



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
AREA ACADEMICA DE TRABAJO SOCIAL

**INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PREVENCION DEL
CANCER CERVICO UTERINO EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN
SOLIS MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN TLAXIACA DURANTE EL PERIODO**

ENERO –JUNIO 2006

TESINA

PARA OBTENER EL TITULO DE TRABAJADOR SOCIAL

PRESENTA:

ISELA ÁNGELES ZAMORA

ASESOR DE TESIS

LIC. LUZ MARIA SANCHEZ RIOS



Junio 2007

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado.
Un esfuerzo total es una victoria completa.”

Mahatma Gandhi

Dedicatorias

Dios:

Gracias por darme la vida por haberme permitido llegar hasta la meta deseada y por contar con una familia, te agradezco por todas las alegrías que me has regalado en mi vida.

A mi esposo

Marcial Hinojosa quiero que sepas que eres una persona a la que amo gracias por todo el apoyo incondicional que me haz brindado y llegar a esta meta para ti mi agradecimiento y mi reconocimiento por que formas parte de mi vida y esto hace que nuestros planes y proyectos se unen en uno mismo agradezco tu apoyo, confianza y comprensión

A mi madre

Guillermina Zamora eres una persona a la que quiero mucho y que me siento muy afortunada en tenerte te admiro por luchar día a día sin importar las adversidades que la vida te imponga, gracias por cuidarme cuando lo necesitaba, por tus consejos y tu amor, por ser un ejemplo de vida por que gracias a dios hoy podemos juntas compartir este logro quiero que sepas que el llegar a esta meta también esparte de tu esfuerzo y sacrificio simplemente....GRACIAS

A mi padre

Estaban Ángeles que ocupa un lugar muy importante en mi corazón por quererme y educarme por ser un padre que lucha y se esfuerza para sacar adelante a su familia por apoyarme en lo que yo siempre he querido hacer solo me queda decirte.....GRACIAS

A MI HIJO

José Manuel quiero que sepas que eres una persona a la que quiero mucho desde antes que nacieras existía la inquietud de cumplir esta meta y a pesar de tu corta edad fuiste testigo de mis preocupaciones, de mis ausencias, de mis tristezas, alegrías y enojos, pero deseó de todo corazón que sea un estímulo para que tu forjes tu propia vida profesional con el mismo deseo y con la necesidad de ser alguien en la vida..... TE QUIERO

A mis hermanos

Grisel, Marín, Marisela

Por pasar juntos una experiencia en la que pudimos salir adelante a pesar de nuestra corta edad y eso fue lo que me impulso a realizar este trabajo espero que cuando pase el tiempo sigamos siendo unidos y nos sigamos llevando bien

Lic. Luz Maria Sánchez Ríos

Por dedicar parte de su tiempo para la culminación de este trabajo mi más sincero agradecimiento y admiración gracias.

Isela Ángeles

| ÍNDICE | PÁGINAS |
|--|----------------|
| CAPÍTULO I | |
| DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 1.1 Planteamiento del problema..... | 1 |
| 1.2 Justificación..... | 5 |
| 1.3 Objetivo general..... | 7 |
| 1.3. Objetivo específico..... | 7 |
| 1.4 Hipótesis..... | 8 |
| 1.5 Marco Teórico..... | 9 |
| 1.6 Metodología de la investigación..... | 16 |
| 1.7 Tipo de Investigación..... | 17 |
| 1.8 Elaboración del instrumento de investigación..... | 18 |
| 1.9 Análisis e interpretación de datos..... | 20 |
| CAPÍTULO II | |
| GENERALIDADES DE LA COMUNIDAD DE SAN JUAN SOLIS MUNICIPIO DE SAN AGUSTIN TLAXIACA HGO | |
| 1.-Antecedentes de la comunidad..... | 22 |
| 2.-Localización..... | 24 |
| 3.- Demografía..... | 26 |
| 4.-Niveles de vida..... | 27 |
| 5.- Organización Social..... | 31 |
| 6.- Aspecto medico sanitario..... | 33 |
| 7.- Ciclo de vida | 36 |
| 8.- Diagnostico comunitario..... | 37 |

CAPÍTULO III

SITUACIONES EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

| | |
|---|----|
| 3.1 Orígenes del cáncer..... | 39 |
| 3.2 Descripción y etapas del cáncer cérvico uterino..... | 42 |
| 3.3 Formas y mecanismos de detección oportuna..... | 49 |
| 3.4 Factores de riesgo para adquirir cáncer cérvico uterino..... | 52 |
| 3.5 Diversos tratamientos para Combatir el cáncer cérvico uterino..... | 54 |

CAPITULO IV

RESPUESTA PSICOLOGICA DE LA PACIENTE AL DIAGNOSTICO DE CANCER

| | |
|--|----|
| 4.1.- Influencia de la paciente a los diversos tratamientos..... | 55 |
| 4.2.-Sintomatología y consecuencias..... | 62 |
| Del cáncer cérvico uterino | |
| 4.3.- proceso final de la paciente con cáncer cérvico uterino..... | 71 |

CAPITULO V

PROPUESTA A LA PROBLEMÁTICA DE LA NO ASISTENCIA DE LA MUJER AL EXAMEN DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICO UTERINO EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN SOLIS

| | |
|---|----|
| 5.1.- Concepto de Trabajo Social..... | 73 |
| 5.2.- Niveles de intervención casos | 74 |
| 5.3.-nivel de intervención grupo..... | 78 |
| 5.4.-Nivel de intervención comunidad..... | 82 |
| Conclusiones..... | 93 |
| Propuesta de Trabajo Social | 95 |
| Glosario | |
| Bibliografía | |

INTRODUCCIÓN

En los países en que tienen campañas de detección adecuados con el estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cervico uterino, atribuye a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo, tanto social como para los servicios de salud.

Si bien se ha resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cervico uterino y se encuentran en desarrollo alternativas terapéuticas y de prevención lograr altas coberturas de detección temprana, a través del estudio citológico papanicolaou ,garantizando un nivel adecuado de calidad de los procedimientos de los laboratorios de citología, así como del tratamiento y seguimiento de las mujeres afectadas ,constituirá el eje fundamental del programa de prevención y control del cáncer cervico uterino

Debido a que en nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad se considera un problema de salud pública por lo tanto es necesario subrayar como estrategia principal, la coordinación de los sectores publico, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso eficiencia y eficacia.

El presente trabajo muestra en el primer capítulo la metodología de trabajo social utilizado en la investigación

En el segundo capítulo se realizó un estudio de comunidad observando el perfil económico, educativo y de salud de la comunidad, este perfil contribuyó a las condiciones sociales para la realización del diagnóstico que nos da como resultado las ideocicracias de la gente su cultura y las condiciones de vida de los miembros de la comunidad.

En el tercer capítulo se hace referencia a los orígenes del cáncer, como se puede prevenirlo y los factores de riesgo para adquirir cáncer cervico uterino; así mismo los diferentes tratamientos para combatir el cáncer cervico uterino.

En el cuarto capítulo nos proporciona información de acuerdo a como afecta psicológicamente los tratamientos a las pacientes y el proceso final de la paciente con cáncer cervico uterino.

El quinto capítulo trata acerca de los niveles de intervención del trabajo social la propuesta a cerca de la no asistencia examen de papanicolaou, enmarcado en la metodología de trabajo social.

CAPITULO I.-DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“De acuerdo a las estadísticas en el año, 2000 se calculó que habría 470.606 casos nuevos y 233.372 defunciones por carcinoma del cuello uterino (cáncer cérvico uterino) al año entre las mujeres de todo el mundo. Además, se calculó que más del 80 por ciento de ésta carga se presentaría en los países menos desarrollados, donde esta enfermedad es la principal neoplasia maligna entre las mujeres en América, se pronosticaron 92.136casos y 37.640 defunciones por cáncer cérvico uterino, de los cuales 83,9 y 81,2 por ciento corresponderían a América y el caribe”¹

Hoy en día el cáncer cérvico uterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, ha bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con los métodos para tamizaje en mujeres sintomáticas, junto con un diagnóstico tratamiento y seguimiento apropiado. No obstante, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito. “En México el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias en mujeres mayores de 25 años. El Sistema Nacional de Salud Mexicano brinda atención médica aproximadamente a 9,000 casos de cáncer cérvico uterino invasor y se registran 4,000 muertes anualmente.

¹ Lewis, Merlej .Análisis de la situación del cáncer Cérvico uterino en América latina y caribe .2004 Pág.103-104

En el año 2001 se reportaron 4,051 muertes, en mujeres por cáncer Cérvico uterino, con una tasa de mortalidad de 8.8 por cada 100,000 mujeres. Para el año 2002 se Registraron 4,323 casos con una tasa de 8.6 %²

“En el Estado de Hidalgo de cada 100 defunciones 40% se deben al de cuello uterino, por medio de los datos anteriores podemos ver que son muy pocas las mujeres que asisten a la realización del papanicolaou para la prevención del cáncer cérvico uterino, cabe mencionar que en San Juan Solís Municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hgo., el 7% de las defunciones se debe a tumores malignos en la matriz,”³ es por ello, que la gran importancia de analizar los diversos aspectos que aquejan esta problemática uno de los principales problemas a los que se enfrenta las mujeres en la comunidad es la migración y en algunas ocasiones esto origina promiscuidad de ambas partes generando diversos problemas para las mujeres tanto físicos, como psicológicos.

Otro factor que existe en la comunidad son los malos hábitos de higiene ya que se toma en cuenta simultáneamente tan solo vivienda, agua potable, drenaje y electricidad se presenta un panorama que empeora desde el medio urbano hasta el medio rural, por ejemplo, aconsejar a los habitantes del baño diario si se carece de agua potable lo más prudente en estos casos será aconsejar no como actividad expresa de educación para la salud, sino en materia de educación social; así mismo algunas mujeres desconocen que las infecciones de transmisión sexual cuando no hay la suficiente higiene sexual ó no se atienden a tiempo, son precursores de cáncer cérvico uterino.

En virtud de que ellas tienen la responsabilidad del cuidado de los hijos e hijas además del trabajo doméstico y del renumerado, estas condiciones aunadas al

²) Boletín Informativo Centró de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, 2005

³) “INEGI dirección general de estadística encuestas vitales Hidalgo 2005”

debilitamiento por la enfermedad agotan a las mujeres, dificultando su recuperación.

“Cuando deviene la muerte por cáncer cérvico uterino el 40% de estas generalmente es en mujeres que están en etapas de producción entre los 25y 45 años gran actividad”⁴ pero desafortunadamente, la mortalidad tiene que ver con la falta de prevención oportuna a nivel individual y social; las mujeres con más riesgo para padecer cáncer cérvico uterino son mayores de 35 años con antecedentes familiares de tumor maligno e inicio de relaciones sexuales a temprana edad, haber tenido muchos hijos e infecciones genitales frecuentes; el fumar origina que los agentes químicos del tabaco tengan un efecto carcinogénico actuando a nivel de las células epiteliales del cuello uterino, estudios realizados por la organización mundial de la salud en programas sanitarios han encontrado que el inicio de tabaquismo antes de los 15 años incrementa el riesgo de cáncer cérvico uterino también las deficiencias nutricionales el deficiente aporte de vitamina A ó de sus precursores se acompaña de alteraciones en la diferenciación celular del epitelio del cuello uterino esta deficiencia vitamínica se considera como precursor de la neoplasia intraepitelial del cuello uterino.

Es fundamental que los programas que busquen reducir el cáncer, fomenten la participación masculina, para abordar de manera conjunta la responsabilidad de los varones y que se incorporen a la prevención, como podemos ver dentro de la comunidad existen diversos factores que originan la no asistencia de la prevención del cáncer cérvico uterino por tal motivo es necesario idear un programa con la intervención de un equipo multidisciplinario que permita disminuir la problemática que aqueja la comunidad.

⁴ INEGI dirección general de estadística 2005.

1.2 Justificación

El presente trabajo se orienta a investigar los factores que influye en La detección del cáncer cérvico uterino en mujeres de la comunidad de San Juan Solís Municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hgo. la falta de información y la concientización sobre el procedimiento al examen de detección oportuna del cáncer cérvico uterino impide que la mujer asista a la realización del papanicolaou ,comúnmente en esta localidad las madres de familia le dan prioridad a la salud de su familia que a la propia; también es necesario considerar que existen diversos factores implicados en la prevención del cáncer cérvico uterino como son, desinterés por parte de las mujeres, falta de información o temor a la prueba del papanicolaou y principalmente la economía, porque si una mujer llega a tener dinero extra para los servicios médicos, lo gasta en sus hijos y no en la salud de ella misma.

Se puede mencionar que la migración es un punto importante porque en los últimos 5 años el 50% de la población masculina emigro a los Estados Unidos así como algunos estados de la republica, porque en la comunidad las fuentes de empleo son insuficientes para poder mantener una familia, en algunos casos los padres de familia se ausentan por varios años teniendo como consecuencia la promiscuidad por ambas partes, siendo esto una forma para contraer el virus del papiloma humano, este virus si no se detecta a tiempo es un precursor para contraer el cáncer cérvico uterino.

Podemos mencionar que la gran mayoría de las madres de familia no cuentan con el apoyo por parte del esposo e incluso de los hijos para poder revisarse anualmente y prevenir oportunamente el cáncer cérvico uterino.

Es por ello que se realizara un análisis e investigación de estas causas que de alguna u otra manera perjudican a la paciente y a las familias, siendo esto una

limitante para el desarrollo de la comunidad, originando una problemática de salud pública no solo para la misma comunidad si no también a nivel mundial así mismo se buscaran alternativas de solución con metodología de trabajo social encaminadas a resolver esta problemática que repercute en el desarrollo y mejoramiento de nuestra sociedad.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GENERAL

Conocer las causas que condicionan o limitan a las mujeres de la detección oportuna del cáncer cérvico uterino en la comunidad de San Juan Solís municipio de San Agustín Tlaxiaca.

1.3.2 ESPECIFICOS

- Identificar a la población femenina en riesgo de adquirir cáncer cérvico uterino.
- Investigar los factores que limitan la asistencia a la realización del examen de prevención oportuna de cáncer cérvico uterino.
- Elaborar una propuesta con metodología de trabajo social que permita informar, prevenir y concienciar a las mujeres sobre el cáncer cérvico uterino.

1.4 HIPOTESIS

A MAYOR DESCONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DEL CANCER CERVICO UTERINO MENOR SERA LA ASISTENCIA A LA APLICACIÓN DEL EXAMEN DE DETECCION OPORTUNA.

1) VARIABLES

| VARIABLE INDEPENDIENTE | VARIABLE DEPENDIENTE |
|--|---|
| DESCONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DEL CANCER CERVICO UTERINO | ASISTENCIA A LA APLICACIÓN DEL EXAMEN DE DETECCION OPORTUNA |

1.5.-MARCO TEORICO

A finales del siglo XX, la patología de los países en desarrollo se encuentra en transición, todavía conservamos la patología de la pobreza enfermedades infecciosas y parasitarias, desnutrición, alcoholismo, aunque empiezan a surgir entre nosotros algunos de los padecimientos de las sociedades afluentes cáncer, aterosclerosis y sus complicaciones, diabetes y otras enfermedades metabólicas. El cáncer del cuello uterino se encuentra en la encrucijada de esta transición, forma parte de la patología de la pobreza, porque su frecuencia en los países en desarrollo, como México, es muy elevada, pero es una enfermedad neoplásica, que supuestamente corresponde a las sociedades afluentes. Pero aquí hay una contradicción, cuya salida está convincentemente demostrada en este el cáncer del cuello uterino tendría la misma morbilidad y mortalidad en todos los países si no fuera porque en los desarrollados se han implementado en forma eficiente las técnicas de diagnóstico precoz y de tratamiento efectivo de la enfermedad en toda la población. Los resultados de tal política nacional de salud no pueden ser más convincentes, reducciones en la frecuencia del carcinoma del cuello uterino de 70% en Estados Unidos de América, de 60% en Canadá y de 60% en Islandia demuestran claramente que ésa debería ser la manera de enfrentar a la enfermedad en México. El problema es que nuestro país no tiene acceso a esa solución porque no cuenta con los recursos necesarios para implementarla. Se debe, entonces, buscar otra u otras estrategias, y para esto lo primero que se necesita es un conocimiento lo más completo posible de la realidad del padecimiento en nuestro medio. Además, es indispensable contar con un instrumento adecuado para la capacitación y consulta del personal técnico y profesional encargado del diagnóstico oportuno de la enfermedad.

Un programa eficaz de prevención y control del cáncer cérvico uterino debe abordar varios aspectos, entre ellos la cobertura y la calidad de los servicios de prevención y detección temprana, así como la disponibilidad de un diagnóstico, tratamientos Y atenciones subsiguientes rápidas, fiables y aceptables. También se requieren los demás elementos de una infraestructura de apoyo, como servicios de orientación y sistemas de información.

Para mejorarla calidad de la atención y facilitar una gestión eficaz de pacientes y programas.

Las perspectivas religiosas, socioculturales y de género de las mujeres pueden influir profundamente en la efectividad de los programas. Entre los obstáculos a la participación de las mujeres destacan factores predisponentes tales como conciencia y conocimientos sobre el problema; creencias, valores, actitudes y temores respecto a la salud; factores facilitadores, como los costos, la

accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios; y factores de refuerzo, como las expectativas sociales. Obstáculos para una participación, eficaz encuestas realizadas para la secretaria de salud han revelado que las mujeres mostraban cierta renuencia a someterse a la prevención, porque percibían al cáncer cérvico uterino como un sinónimo de muerte. La falta de información sobre los posibles tratamientos generaba un temor aún mayor entre las mujeres, y esto se acentuaba todavía más por la forma impersonal en la cual los trabajadores de salud se comunicaban con las mujeres afectadas. Además, la presencia de hombres como prestadores de asistencia sanitaria fue un factor de disuasión para algunas mujeres. En México, el conocimiento sobre los beneficios del tamizaje, la situación socioeconómica y la escolaridad fueron los principales factores para predecir el empleo de dichos servicios de prevención. Específicamente, las mujeres con estudios universitarios tuvieron cuatro veces más probabilidades de haber acudido a programa de Detección oportuna de cáncer, en tanto que las mujeres que contaban con un seguro médico tuvieron el doble de probabilidades. Las mujeres que habitaban en buenas viviendas tuvieron una cobertura con Papanicolaou cuatro veces mayor que quienes vivían en condiciones físicas deficientes. Un estudio en una zona rural de México reveló que sólo 40 por ciento de las mujeres en edad reproductiva sabían lo que era la prueba de papanicolaou, en tanto que en Granada, Antillas Occidentales, 17,9 por ciento de las mujeres entrevistadas desconocían el objetivo de la prueba de Papanicolaou. Uno de los principales obstáculos para solicitar una prueba de Papanicolaou en las instituciones públicas de salud se relaciona con un periodo de espera muy largo antes de recibir los resultados. Falta de seguimiento apropiado y oportuno de las mujeres afectadas y los costos constituyeron obstáculos de consideraciones.

A si mismo del 2 al 5 de marzo del presente año se celebró en la ciudad de Nueva Orleans el Primer Congreso Mundial sobre Cáncer del Útero, auspiciado por la Sociedad Americana de cáncer ya que las cifras de cáncer aumenta los médicos de varios países de América; se dieron cita ya que a juicio de la Sociedad Americana de cáncer han contribuido, en sus respectivos países, a introducir o mejorar las campañas contra el cáncer uterino. El objetivo primordial del congreso era para intercambiar ideas sobre la forma como marchan las campañas detectores de carcinoma cérvico-Uterino en los diferentes países del mundo donde dichas campañas existen, especialmente a nivel nacional y auspiciadas por Salud Pública, haciendo énfasis en las muertes innecesarias que este tipo de cáncer sigue ocasionando e interesar a los participantes para seguir luchando en mejorar tales campañas para que algún día, en el futuro, ninguna mujer del mundo muera de tan nefasta enfermedad. Esto desde luego, solamente será factible cuando las campañas sean efectuadas como tales, cuando la práctica del "PAP-test" sea hecho de rutina en todas las mujeres de una comunidad dada, venciendo obstáculos socio-económicos tremendos, especialmente en países como el nuestro donde hay que sumar la ignorancia de la mayor parte de nuestro sector femenino que aún no está compenetrado de las conquistas actuales que en materia de detección se han logrado con tremendo éxito en otros países donde desde hace muchos decenios, dichos obstáculos ya han sido vencidos. En nuestro país funciona una campaña desde 1960 la cual ha rendido frutos indiscutibles, pero debido a una falta de compenetración del problema y a las mezquindades del medio, dicha campaña nunca se ha superado a nivel nacional y es indiscutible que la misma necesita una reestructuración completa no solamente desde el punto de vista científico, sino desde el punto de vista administrativo para estar en capacidad de suministrar un sinnúmero de datos estadísticos que nos interesan especialmente y a la Organización Mundial de la Salud, de cuya dirección posiblemente, dependa en un futuro cercano el manejo administrativo de las campañas de Detección de Cáncer cérvico-uterino en todo el mundo.

Un nuevo informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a situacional detectó que los programas de prevención de cáncer cérvico uterino en la región no habían podido reducir los casos y las tasas de mortalidad, principalmente por tratamientos y seguimientos inadecuados. Según el informe, la tasa de incidencia y la tasa de mortalidad han disminuido abruptamente en Norteamérica, ya que en Estados Unidos y Canadá llegaron a 10 por 100.000 mujeres. Sin embargo, las tasas en la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe están por encima de 20 casos por 100.000 en algunos países es mucho más alta y sólo son superadas por las tasas del África Occidental y Melanesia.

Además, el cáncer cérvico uterino es la causa de un alto porcentaje de muertes por cáncer en la región; en Haití es del 49,2% en comparación con 2,5% en Norteamérica.

A pesar de que todos los países de la región cuentan con programas de prevención, las tasas altas persisten. En México, donde se han hecho tamizajes por más de 20 años sólo se ha logrado evitar menos del 13% de los casos prevenibles. En Costa Rica, ninguno de los programas establecidos desde 1960 ha tenido un impacto en la incidencia o la mortalidad. En Cuba, la incidencia y la mortalidad han aumentado entre las mujeres jóvenes aunque el tamizaje se efectúa desde 1968. Según el informe, estas tasas altas se deben a problemas de acceso y calidad de los servicios. Por ejemplo, en México las tasas de cáncer cérvico uterino se correlacionan con los niveles de pobreza. En Costa Rica, se encontraron tasas altas de cáncer cérvico uterino invasivo en las áreas costeras donde el acceso a los servicios de salud es prácticamente inexistente.

El informe también destaca que:

- Muchas mujeres tienen temor de someterse al tamizaje porque no conocen las opciones de tratamiento. En las zonas rurales de México, apenas 40% de las mujeres sabían lo que era la prueba del Papanicolaou.
- La larga espera para obtener los resultados del Papanicolaou, a menudo hace que las mujeres pierdan interés en el proceso y no acudan al seguimiento.
- Los centros de salud no logran coordinar las etapas de diagnóstico y tratamiento lo que impide programar el seguimiento. En 199, un estudio de 16 centros de interpretación de datos en México halló que los falsos negativos variaban entre 10% y 54%.
- Las mujeres jóvenes se someten más frecuentemente al tamizaje, a pesar de que tienen menos riesgo de desarrollar la enfermedad en comparación con las mujeres mayores. Además, en muchos países sigue siendo baja la cobertura de tamizaje.

Para mejorar la situación, el informe de la OPS preconiza lo siguiente:

- Abogar en el ámbito político y técnico y promover la causa ante los donantes y la comunidad para garantizar la inclusión de la prevención del cáncer cérvico uterino en el programa político de los países.
- Aumentar la investigación sobre el virus del papiloma humano. Intercambiar información de manera más eficiente y mejorar la coordinación entre los países y las regiones.
- Incorporar los conocimientos más recientes sobre este cáncer en la capacitación de profesionales.

“En México se estima que durante los últimos 15 años hubo más de 62 mil fallecimientos por cáncer cérvico-uterino, pese a la existencia desde hace 24 años de un programa nacional de detección oportuna de cáncer cervical.

Investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México y del Instituto Nacional de Salud Pública señalan que en América Latina y el Caribe se presentan las más altas tasas de incidencia de cáncer cervical a nivel mundial. Cada año mueren más de 25 mil mujeres por esta razón en la región.

En México, cada dos horas fallece una mujer por ese cáncer y anualmente se registran más de cuatro mil muertes, lo que demuestra que el programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino ha tenido un impacto casi nulo en la disminución de la frecuencia de esta enfermedad.

Entre los principales factores responsables de la ineficiencia del programa existente se encuentra su baja cobertura, particularmente en mujeres de alto riesgo. Además un alto porcentaje de mujeres son atendidas tardíamente por los servicios de detección de cáncer.

Más aún, el 55 por ciento de los casos de cáncer cervical, obtienen la prueba del papanicolaou, cuando ya existen síntomas, lo que disminuye la efectividad del programa de detección dado que el beneficio de la prueba se encuentra en la fase asintomático. El primer problema en México es que muchas mujeres no tienen siquiera la oportunidad de realizarse el Papanicolaou, pues una es la realidad de la paciente que acude a un consultorio privado para someterse anualmente a una citología cervical, y otra es la de miles de mujeres en los Altos de Chiapas o la Sierra Tarahumara que tienen que invertir 8 horas para llegar a un centro de salud. Son estas últimas quienes se acercan al médico cuando tienen un cáncer sumamente desarrollado y es poco lo que se les puede ofrecer en cuanto a tratamiento”⁵

Así, y como ocurre en otras naciones en vías de desarrollo, la alta incidencia de cáncer del cuello del útero en nuestro país se vincula con bajos niveles culturales, pobreza, falta de acceso a servicios de salud y problemas para difundir información, ya que ésta se canaliza, por lo general, a través de medios que llegan a gente de clase media y alta.

Pero además de esto hay otras dificultades que no son tan evidentes y que contribuyen a hacer más complejo el problema. Quienes efectúan estas pruebas no están exentos de cometer errores, a los que denominan falsos positivos cuando se diagnostica la presencia de lesiones que no existen, y falsos

⁵ Encuesta secretaria salud SSA-México 200

negativos, en caso de que la mujer tenga célula anormales y no las vemos. Estos últimos son los casos que más nos preocupan, y casi siempre ocurren por una mala toma del Papanicolaou convencional.

“Al respecto, el anátoma patólogo del centro médico siglo XXI comenta que durante el decenio 1990-2000 trabajó con otros especialistas en una investigación para evaluar el proceso de la toma de muestras para citología cervical en centros privados de la Ciudad de México. El resultado que obtuvimos fue que prácticamente 2 de cada 3 muestras estaban mal tomadas, lo cual se debe, al parecer, a que esta labor se le asigna a estudiantes o enfermeras que desconocen detalles técnicos básicos.

Los errores más comunes consistieron en que las porciones de tejido se tomaron de regiones equivocadas, además de que la manipulación de las muestras fue deficiente y permitió la muerte de las células por analizar. Asimismo, se observó que en todo este proceso no existió la intervención de un experto que indicara los errores y los corrigiera”⁶

No existen los recursos para realizar las pruebas de Papanicolaou que se necesitan para cubrir a toda la población femenina en edad reproductiva. De acuerdo con la norma mexicana de detección del cáncer cérvico uterino que hemos citado, un cito tecnólogo o persona entrenada para detectar células anormales en el microscopio, analiza por turno un poco más de 40 muestras. Trabajando doble jornada hablamos de cerca de 80. Un cálculo veloz nos mostraría que no tenemos la capacidad humana para manejar tal volumen de estudios a nivel nacional. Probablemente ésa es la razón por la que la norma correspondiente sugiere que las mujeres con dos citologías cervicales con resultado negativo, efectuadas en años consecutivos, se realicen la prueba de Papanicolaou cada tres años, a fin de que la capacidad instalada para hacer pruebas no se vea rebasada. Además de esto, menciona que muchos microscopios en instituciones de salud pública pueden estar en malas condiciones, y ello entorpece la obtención de resultados fidedignos.

Otro tanto habría que decir respecto a la colposcopia y la falta de preparación en quienes la realizan. Ha habido muchos médicos que compran un colposcopio y no cuentan con entrenamiento en un sitio calificado, pues sólo toman un curso de un mes. De ahí que en ocasiones se generen lesiones que no tendrían por qué darse o por diagnósticos erróneos se recurra a intervenciones agresivas e innecesarias en se extirpa el cuello de la matriz; el problema no es menor, ya que esto da origen a la formación de cicatrices en el cérvix, mismas

⁶ Revista Salud Publica México, Nov .2006

que ocasionan infecciones recurrentes o impiden el paso del semen, imposibilitando embarazo.

Queda claro que para mejorar en el combate contra el cáncer cérvico uterino es necesario emprender medidas que ayuden a encauzar los esfuerzos en una misma dirección. Uno de los más importantes es la ya citada norma oficial que regula los procedimientos a seguir en cuanto a detección y prevención. Esta normatividad representa un esfuerzo serio e importante en la materia, pero considera que habría algunos aspectos en que podrían incorporarse medidas ya comprobadas que contribuirían a economizar recursos.

El futuro en el tratamiento y prevención del cáncer del cuello de la matriz es prometedor, ya que los métodos de diagnóstico están mejorando continuamente y se trabaja en vacunas que permitirán considerable disminución del problema en 30 o 50 años. Sin embargo, es importante subrayar que estos avances tecnológicos no lograrán su objetivo si antes no se atienden problemas como los ya citados, en los que cada parte debe asumir su responsabilidad.

La cobertura poblacional del programa de detección es muy baja, se estima que en áreas rurales sólo 30.2 % de las mujeres tienen una historia previa de al menos un papanicolaou.

Asimismo, para las mujeres estar sanas equivale a ausencia de síntomas, a su vez, uno de los mayores obstáculos para efectuar la prueba del papanicolaou, es el pudor natural que experimentan frente a lo que consideran un procedimiento muy agresivo.

Un gran número de mujeres que no son usuarias del programa de detección oportuna de cáncer cervical, no conocen la existencia del papanicolaou.

La pareja masculina tampoco suele estar informada ni sensibilizada sobre la necesidad de la prevención de neoplasia cervical en su pareja y, por tanto, no le da importancia a la asistencia de la mujer a la consulta, lo que constituye otra barrera importante en la utilización del papanicolaou.

Los especialistas en la materia recomiendan proporcionar mayor información a las mujeres que les permita crear una cultura de prevención, que las acerque al programa de detección oportuna del cáncer cérvico-uterino. Para ello requieren de información que incluya la edad del inicio y término de uso de la prueba; su periodicidad; instrucciones previas para realizarse el estudio; descripción del procedimiento médico para la toma de la muestra e instrucciones acerca de cuando regresar por el resultado.

1.6 METODOLOGÍA

Con base a lo ya planteado anteriormente, se llevó a cabo la investigación, basada en el método cualitativo, partiendo del análisis de los resultados de las entrevistas; se pretende conocer los factores sociales y culturales que limitan la asistencia de las mujeres al examen de detección oportuna del cáncer.

El instrumento en que nos apoyaremos será un cuestionario en donde se definen variables, se utilizaran técnicas de investigación social, así como la observación y la entrevista, el nivel de intervención con el que trabajaremos será casos, porque a partir de las vivencias de las mujeres se recopilará información, se realizaran técnicas de investigación documental con el fin de recopilar información sobre el tema de estudio; las investigaciones se realizaran en la comunidad de San Juan Solís Municipio de San Agustín Tlaxiaca Hgo.

1.7 TIPO DE INVESTIGACION

Con base a lo ya planteado anteriormente se llevara acabo una investigación exploratoria, basada en técnicas cualitativas y observación participante cuyo objetivo es conocer la problemática del ¿por qué? las mujeres no asisten a la prevención del cáncer cérvico uterino, realizándose la prueba del papanicolaou y así elaborar un diagnostico previo.

A si mismo se realizaran entrevistas sumí estandarizadas, en el cuestionario vinculado a la problemática de la no asistencia al examen de detección oportuna del cáncer cérvico uterino también se aplicará la técnica de observación en la cual se identificara la actitud de las personas entrevistadas y el medio social en el que se desenvuelven basándonos en un estudio exploratorio –descriptivo comunitario

La investigación se llevara acabo en la comunidad de San Juan Solís Municipio de San Agustín Tlaxiaca Hgo.

1.8 Elaboración del Instrumento de Investigación

Para prevenir el cáncer cérvico uterino, el único recurso disponible es tratar las displacias, ya que solo se reconocen al estudio microscópico no pueden manifestarse por si mismas en consecuencia transcurren asintomáticas por lo que es importante el examen de detección oportuna papanicolaou para reducir el impacto de la enfermedad se pretende concientizar a las mujeres sobre las causas del cáncer cérvico uterino y sus consecuencias en la salud de la mujer y familia se tratara de lograr implementar en las mujeres la educación para lograr conciencia en base de esta enfermedad.

Por lo anterior se aplicaron cuestionarios a las mujeres de la comunidad que estén en riesgo de adquirir cáncer cérvico uterino; llevando acabo la entrevista semiestandarizada ó informal.

Las preguntas fueron diseñadas porque clínicamente son las principales señales de advertencia para las mujeres que nunca se han realizado el papanicolaou, son preguntas elaboradas de manera sencilla y clara en términos comunes a las mujeres de la comunidad, sin causarles incomodidad y culturalmente hablando son aptas para las amas de casa, las respuestas sirvieron para detectar si alguna mujer presenta síntomas que indican que hay una disfunción o alteración en el organismo de las mujeres y deben asistir urgentemente al doctor para descartar cualquier alteración en su organismo.

La finalidad de estas preguntas es conocer hasta donde la cultura de las mujeres de la comunidad de San Juan Solís les permite realizarse la prueba del papanicolaou y concientizarlas acerca de la prevención del cáncer cérvico uterino. Cabe mencionar que el cuestionario aplicado se integra de 13 preguntas las cuales fueron cerradas porque fue encaminado a la búsqueda de factores que impiden a la mujer la realización del examen del papanicolaou de las cuales se conocieron algunos aspectos que lo impiden como son desinterés y falta de información.

SISTEMA D.I.F MUNICIPAL DE SAN JUAN SOLIS MUNICIPIO DE

SAN AGUSTIN TLAXIACA HGO.

Proyecto "Prevención del Cáncer Cérvico Uterino"

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a la detección oportuna de padecer cancer cérvico uterino, le solicitamos y agradecemos anticipadamente su apoyo para contestar, esta información es totalmente confidencial

DATOS GENERALES:

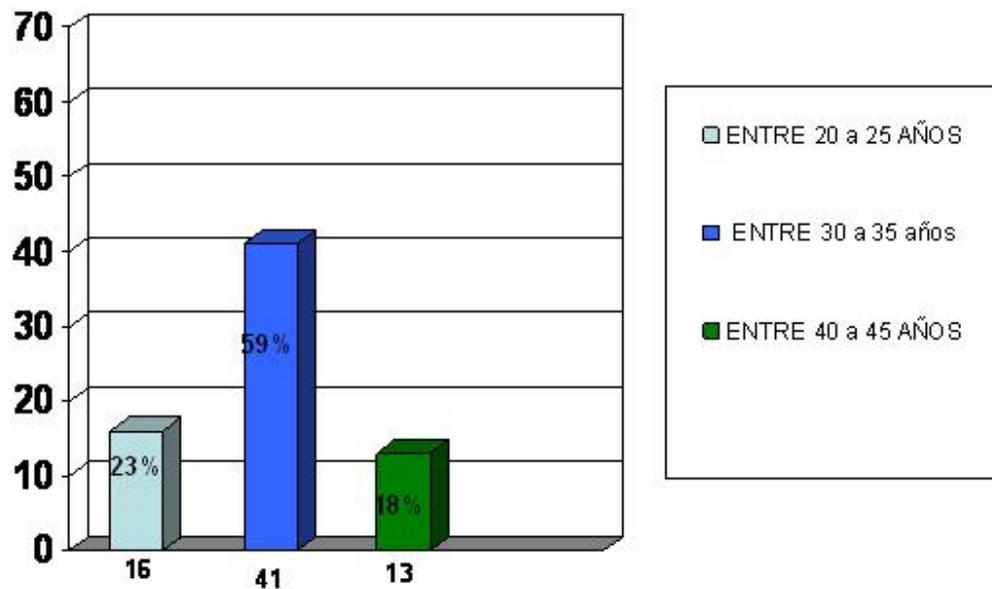
1. ¿Cual es su nombre? _____
2. ¿Edad? _____
3. ¿Estado civil? _____
4. ¿Cuantos hijos tiene? _____
5. ¿Su esposo ha salido a trabajar a los estados unidos? _____

DATOS CLÍNICOS:

6. ¿Cuantas veces al año se realiza el Papanicolaou? _____
7. ¿Alguna vez ha escuchado del cáncer Cérvico uterino? _____
8. ¿Tiene usted flujo de color rojo o amarillento? _____
9. ¿Dolores abdominales constantes o problemas urinarios constantes? _____
10. ¿Dolor o sangrado después del acto sexual? _____
11. ¿Sangrados anormales o se encuentra en la menopausia? _____
12. ¿Es mayor de 30 años? _____
13. ¿Cambios en la coloración o textura de una verruga o lunar? _____
14. ¿Ulcera que no cicatrice? _____

Estas señales de advertencia indican un cambio anormal en el buen funcionamiento de nuestro cuerpo, debemos recordar que solo el Doctor puede decirnos con exactitud lo que esta pasando ¡GRACIAS POR SU COLABORACION!

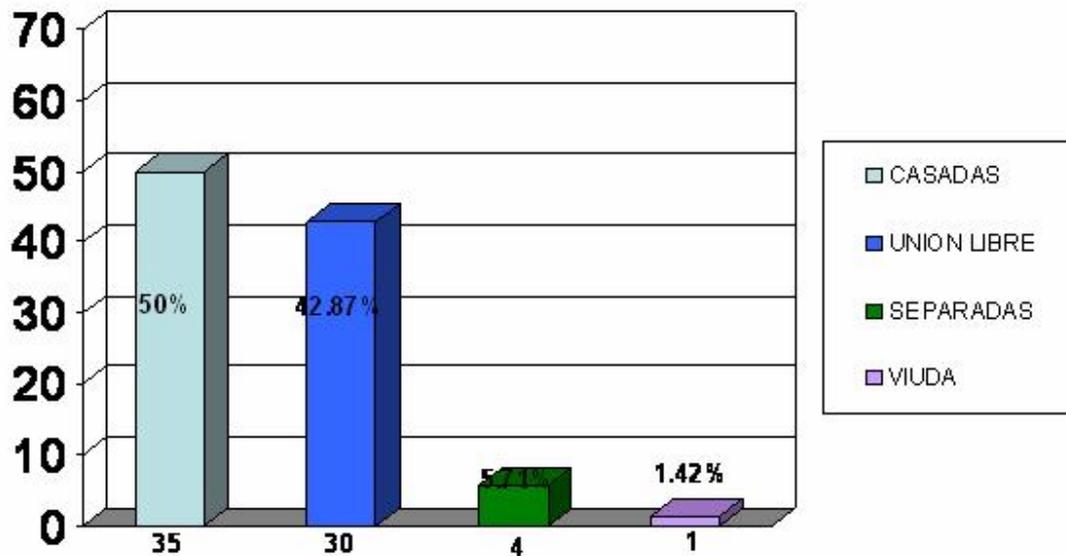
2.- ¿ EDAD ?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: la grafica arroja como resultado que el 23% de las mujeres tienen entre 20 a 25 años de edad y el 59% tienen de 30 a 35 años así mismo el 18% tienen de 40 a 45 años respectivamente.

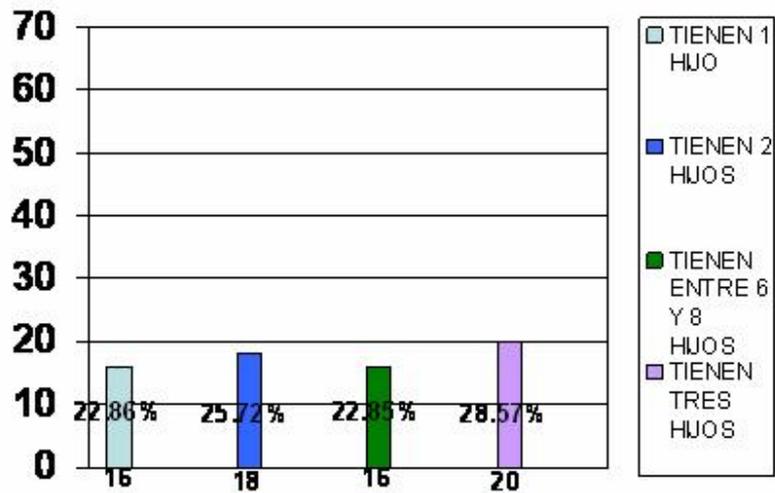
3.- ¿ESTADO CIVIL?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad el periodo enero junio 2006

INTERPRETACIÓN: Como se puede observar en la grafica el 50% de las mujeres son casadas esto es por ser una comunidad tradicionalista, algunas desde su adolescencia se casan y el 42% de las mujeres viven en unión libre dicen que no les importa casarse solo el buen trato de la pareja por lo regular se casan un poco mas maduras, el 5.71% están separadas esto se da a consecuencia de la violencia intrafamiliar o por la migración, el 1.42% son viudas.

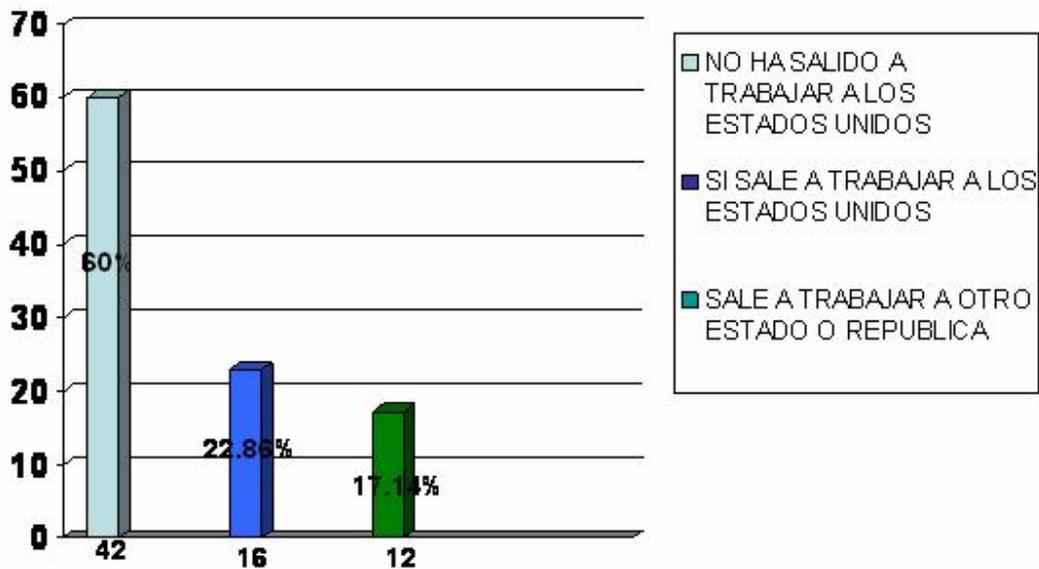
4.- ¿ CUANTOS HIJOS TIENE?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: Como se puede observar el 22% de las mujeres solo tienen 1 hijo, el 25% tienen 2 hijos, mientras que el 22% tienen entre 6 y 8 hijos y el 28% tienen 3 hijos se puede apreciar que las mujeres actuales solo tienen 1 a 2 hijos.

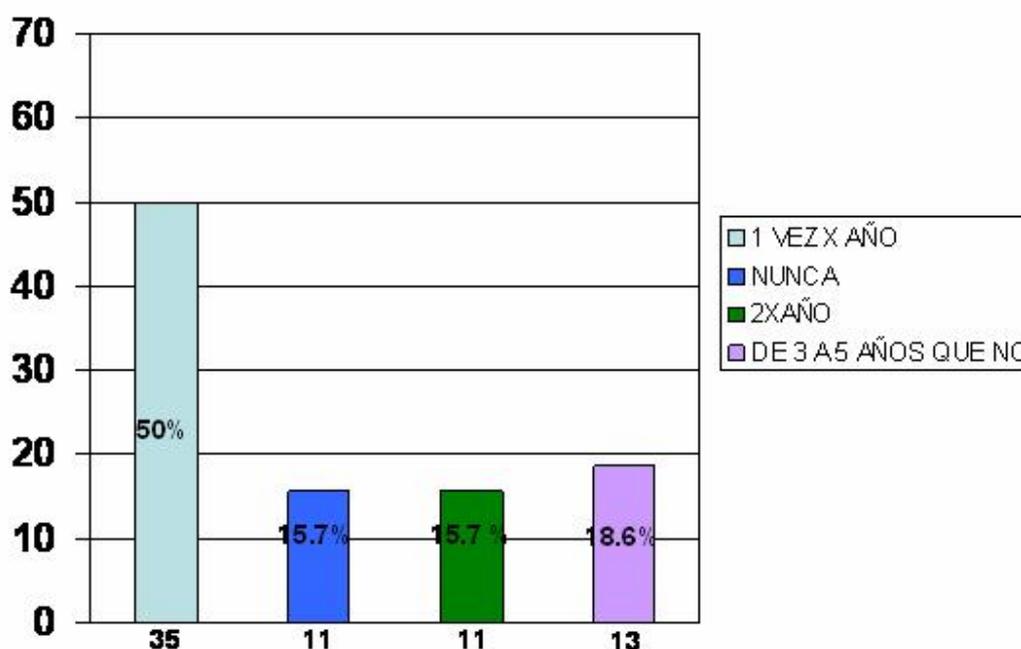
5.- ¿SU ESPOSO HA SALIDO A TRABAJAR A LOS ESTADOS UNIDOS?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos arrojados en la aplicación del cuestionario nos da a entender que el 60% de los padres de familia buscan un empleo que les permita estar cerca de su familia para el cuidado de sus hijos el 22.86% de los padres de familia, emigran a los estados unidos para tener una mejor calidad de vida para su familia, el 17.14% sale a otro estado de la republica buscando un empleo que sea bien remunerado

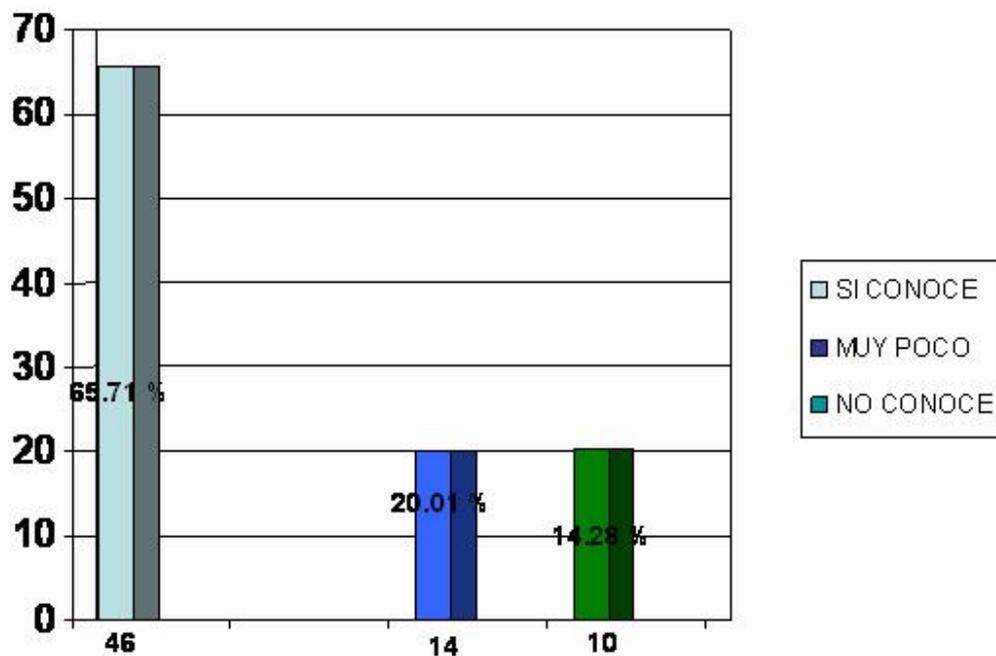
6.- ¿CUÁNTAS VECES AL AÑO SE REALIZA EL PAPANICOLAOU?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: según los resultados obtenidos del cuestionario indican que el 50% de las mujeres son responsables en la realización del papanicolaou el 15.7% lo hace dos veces por año o nunca pero el 18.6% de 3 a 5 años que no se lo realizan se observa que pocas mujeres son responsables con su salud.

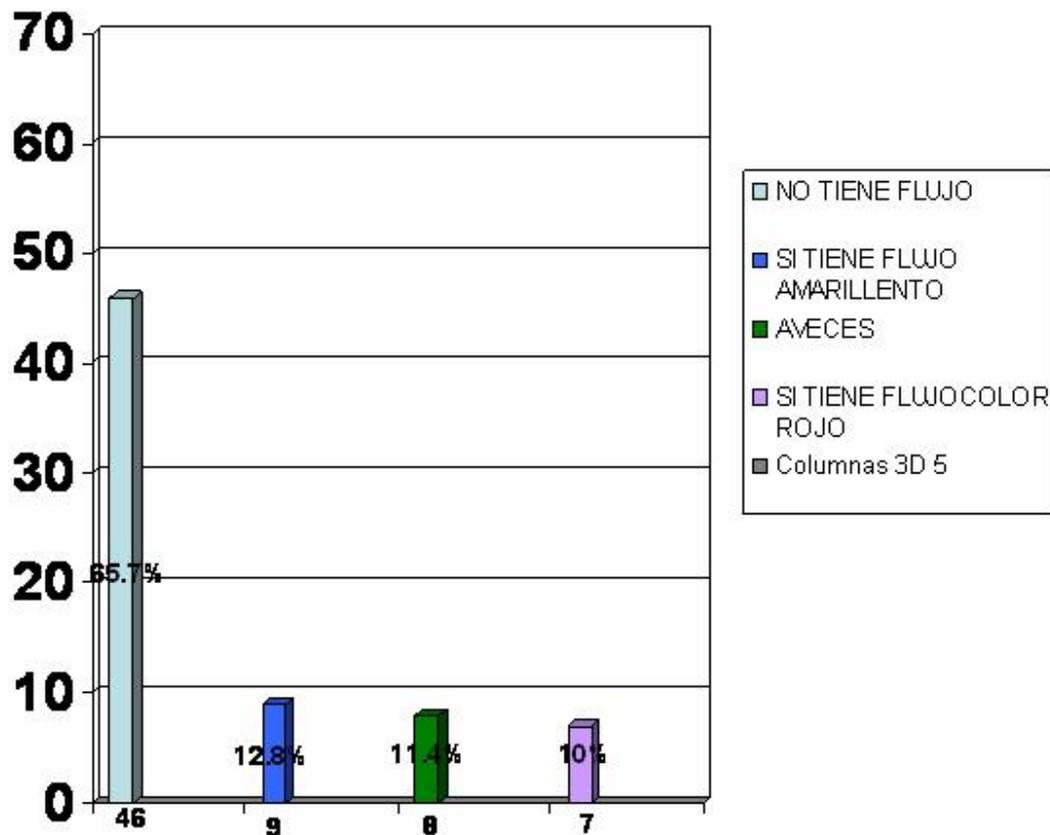
7.- ¿ALGUNA VEZ A ESCUCHADO HABLAR SOBRE EL CANCER CERVICO UTERINO?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: Se observa en la grafica que el 65% de mujeres si conoce del cáncer cérvico uterino pero el 20% solo sabe que existe no sabe cual son los factores de riesgo que lo origina y el 14.2% no sabe nada acerca de la enfermedad que aqueja a las mujeres del mundo.

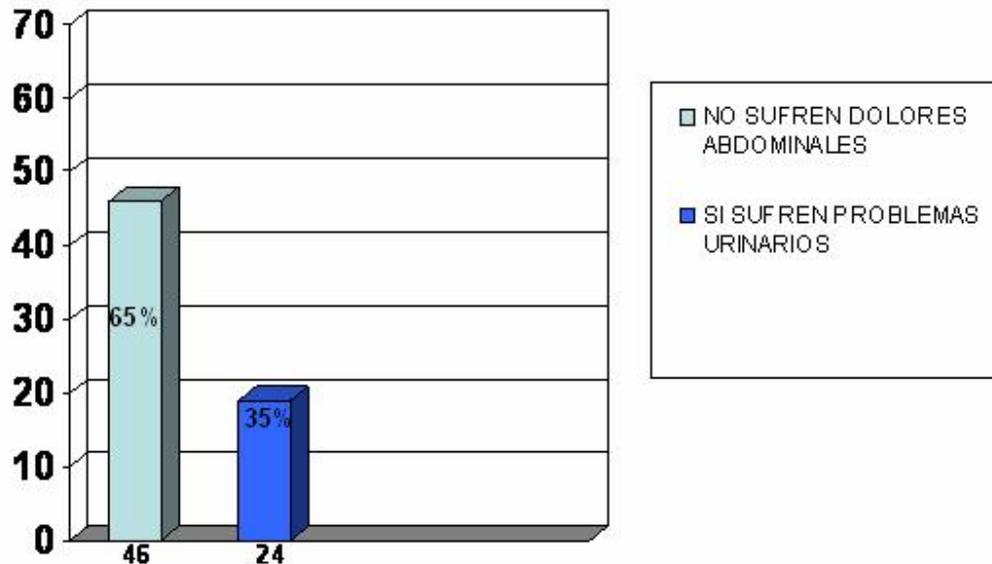
8.- ¿ TIENE USTED FLUJO DE COLOR ROJO O AMARILLENTO?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: Como se puede observar en la grafica el 65.7% de las mujeres no tienen flujo rojo ni amarillo, así mismo el 12.8% indican que tienen flujo de color amarillo, mientras que el 11.4% dice tenerlo a veces y el 10% presenta flujo rojo.

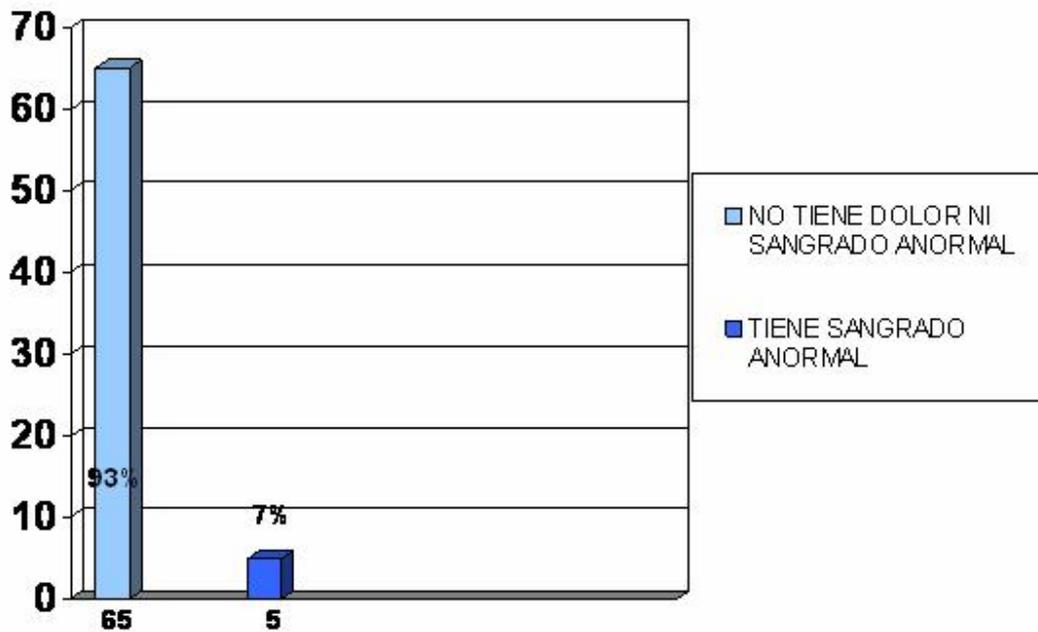
9.- ¿DOLORES ABDOMINALES CONSTANTES O PROBLEMAS URINARIOS CONSTANTES?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: Observamos en la grafica respectiva que el 65% de las mujeres no tienen dolores abdominales, mientras que el 35% de las mujeres dicen haber tenido problemas urinarios constantes.

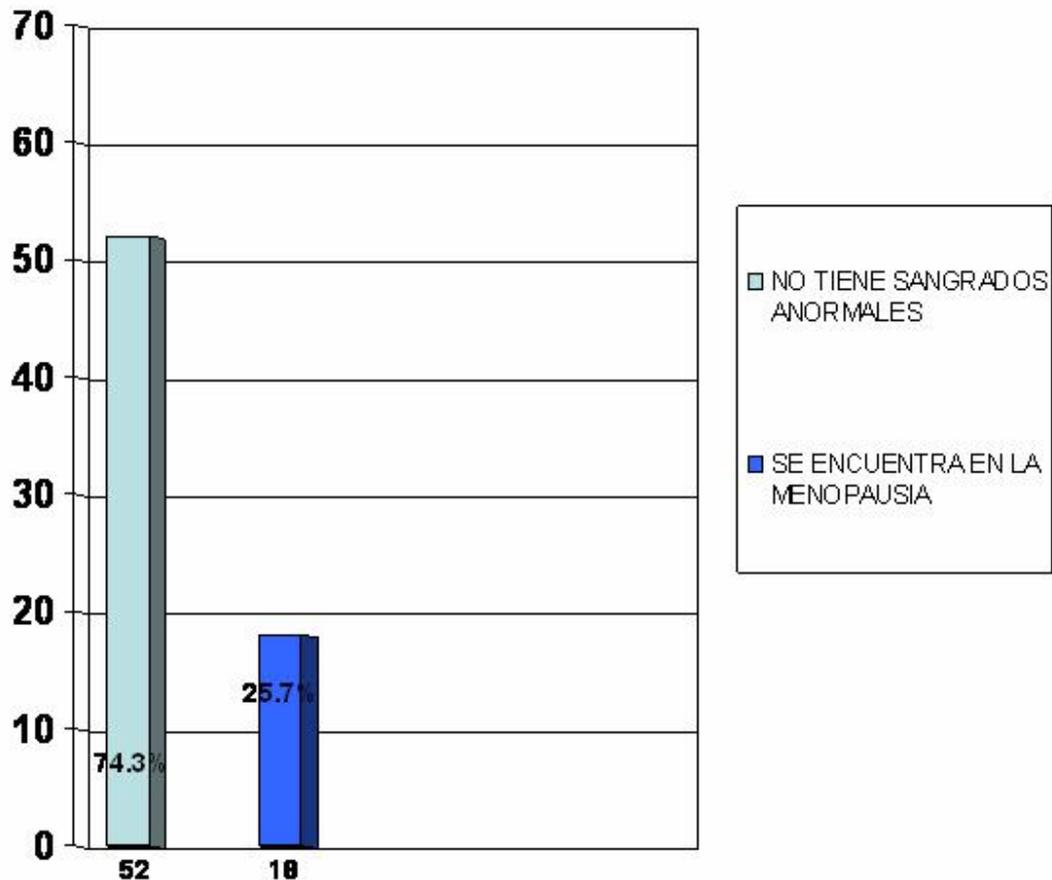
10.-¿DOLOR O SANGRADO DESPUES DEL ACTO SEXUAL?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: según los datos obtenidos por la encuesta dan como resultado que el 93% de las mujeres no presentan dolor o sangrado después del acto sexual y el 7% de las mujeres no presentan ningún síntoma relacionado con dolor o sangrado.

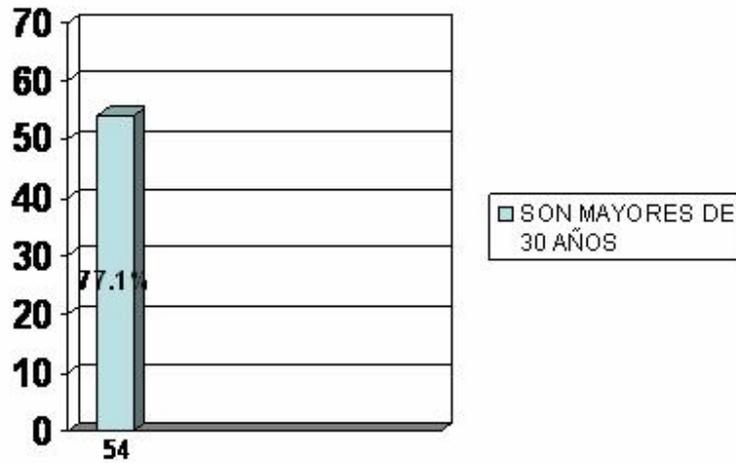
11.-¿SANGRADOS ANORMALES O SE ENCUENTRA EN LA MENOPAUSIA?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: como se puede observar en la gráfica respectiva el 74% de las mujeres no tienen ningún tipo de sangrado anormales antes o después de su menstruación y el 25% de las mujeres se encuentran en la menopausia.

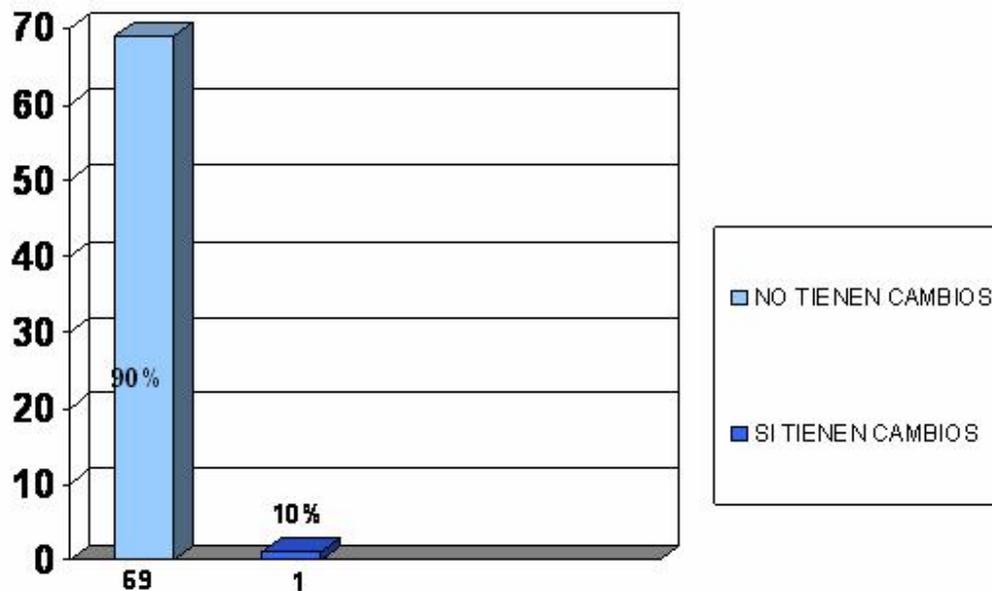
12.- ¿ ES MAYOR DE 30 AÑOS?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a las investigaciones realizadas nos podemos percatar que el 77.1% de la población femenina son mayores de 30 años

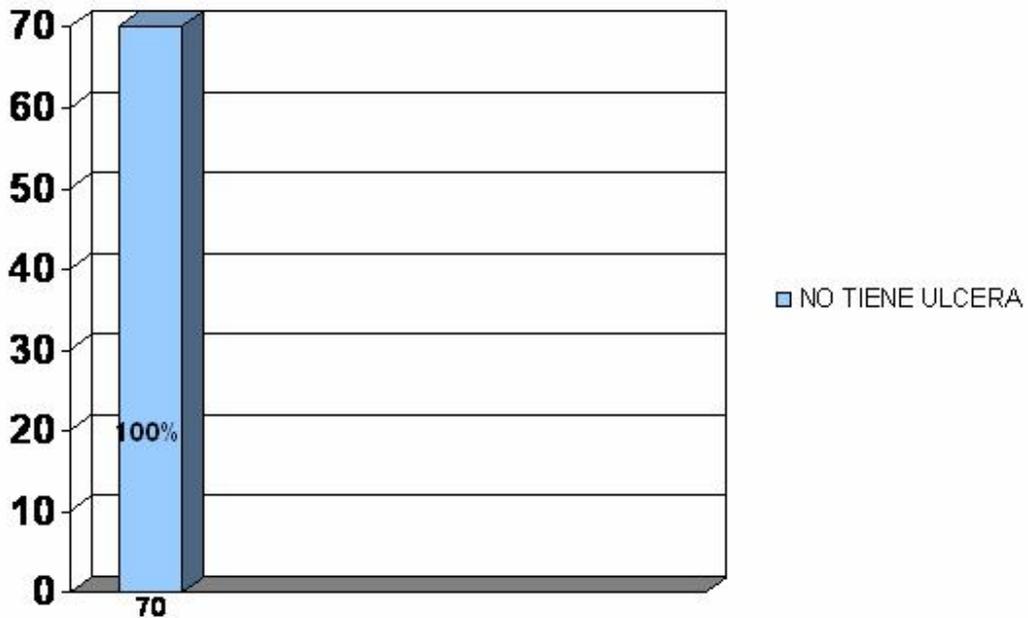
13.- ¿HA TENIDO ALGUN CAMBIO EN LA COLORACIÓN O TEXTURA DE UNA VERRUGA O LUNAR?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos arrojados de la investigación nos da como resultado que el 90% de las entrevistadas no presentan ningún cambio en la coloración de una verruga o lunar mientras que el 10% de las entrevistadas tienen cambios en una verruga desde hace tiempo sin tener problema alguno.

14.-¿ULCERA QUE NO CICATRICE?



FUENTE: Entrevista directa aplicada a amas de casa de la comunidad en el periodo enero junio 2006.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos arrojados en la aplicación del cuestionario nos da como resultado que el 100% de las mujeres entrevistadas no tienen ningún tipo de úlceras que les ocasionen malestar.

1.9 ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Se realizo este estudio con el fin de encontrar los factores sociales y culturales que limitan a la a asistir a la realización del examen de detección oportuna del cáncer cérvico uterino.

La población entrevistada fueron 70 mujeres que se distribuyen de la siguiente manera; 10 mujeres de la colonia cerrito, 30 de la colonia chamizal , 10 mujeres colonia , gloria y 20 mujeres de la colonia canal , que se encontraban dentro del grupo de 20 a 45 años de edad, en su mayoría en estado civil casada; siendo esto un dato importante por que una mujer con vida sexual activa esta considerada como el grupo con mayor predisposición a contraer el cáncer cérvico uterino, el 70 % de las mujeres entrevistadas se han realizaron el examen de detección oportuna del cáncer cérvico uterino ,sin embargo no lo hacen continuamente como lo recomienda el ginecólogo dos veces por año, ya que se detecto que la mayoría de las mujeres se practican el examen de detección oportuna(papanicolaou) en un periodo comprendido de 3 a 4 años, algunas desde su ultimo hijo no asisten al doctor aproximadamente en un lapso de 8 a 15 años.

Esta apatía se debe a que las mujeres no conocen las causas y consecuencias del cáncer cérvico uterino si no se realizan el papanicolaou.

Se pude apreciar que un 50 % de las mujeres son responsables en la realización del papanicolaou y son aquellas que conocen las causas que originan el cáncer cérvico uterino, cabe señalar que el 15.75% de las personas nunca se lo han realizado es por que tienen esa idea absurda de "a mi no me pasa nada" y prefieren hacer otras cosas que cuidar su salud, así mismo se observo que el 15 % de las mujeres prefieren ser atendidas por una persona del mismo sexo debido a la confianza que esto les proporciona y acuden principalmente al centro de salud de la comunidad.

Por otro lado se encontró que el 22% de los esposos y padres de familia salen a trabajar para darles una mejor calidad de vida a su familia y no solo a los Estados Unidos también el 17 % a otros estados de la república; porque las fuentes de empleo en la comunidad son insuficientes para poder mantener una familia, siendo esto un factor de promiscuidad trayendo como consecuencia infecciones vaginales y el virus del papiloma humano; dicho virus es un precursor para contraer cáncer cérvico uterino. Es por eso que la migración en este lugar es un factor de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual. Ya que las mujeres entrevistadas indicaron que sus esposos les mandan dinero y ellas lo ocupan para la educación de los hijos y el cuidado de la casa pero nunca para asistir al doctor a la realización del papanicolaou; durante la investigación y preguntas realizadas para el cuestionario encontramos que las mujeres si han escuchado hablar del cáncer cérvico uterino pero no saben como se origina, que es lo que lo ocasiona y sobre todo si se puede prevenir. El 25% de las mujeres están pasando por la menopausia pero solo asisten al medico cuando los síntomas se agudizan, siendo que es una etapa en donde deben ser atendidas por un ginecólogo ya que la edad es un factor de riesgo para contraer cáncer cérvico uterino, esto se debe posiblemente a que su ingreso económico no les permite acudir a un consultorio u hospital particular.

Con respecto al conocimiento del cáncer cérvico uterino el 65 % de las mujeres si ha escuchado hablar sobre la enfermedad pero no sabe cuales son los factores de riesgo, el 14% de la población entrevistada no sabe nada acerca de la enfermedad y es por eso que no acuden al centro de salud para que les realicen el papanicolaou.

En relación con la pregunta sobre la realización del examen de detección oportuna un 50% de las mujeres de la comunidad lo conoce esto es porque el sector salud presiona a las mujeres para la realización de la prueba; siendo negativos en su mayoría los resultados, y en caso de presentar cáncer serán

informados por un trabajador social en una visita domiciliaria, ya que la mayoría de las mujeres no tienen interés por el resultado de la prueba realizada; mas de la mitad de las mujeres están relacionadas con personas que se han realizado el examen, esto es un punto de importancia ya que la influencia que reciben de un contexto social, puede motivar a la mujer para que acuda a realizarse su examen; se observo que por iniciativa una mujer no acude a la realización de la prueba.

En relación a las preguntas sobre dolores abdominales o problemas urinarios, nos pudimos percatar que un 65% de las mujeres ha enfermado de las vías urinarias así mismo el 7% de las mujeres han tenido flujo rojo y solo una mujer de las 70 que se entrevistaron tiene dolor después del acto sexual.

En relaciona la pregunta si han tenido cambios en la coloración de una verruga o lunar el 69% de las entrevistadas dicen no haber presentado cambios y el 1% si presenta cambios pero sin tener alguna molestia por eso no acude con el medico.

Respecto a la pregunta si tienen una ulcera en el cuerpo que no cicatrice el 100% de la población femenina entrevistada dice no tener ningún tipo de ulcera. En general se percibe una indiferencia por parte de la familia para motivar a la mujer a realizarse el examen de detección oportuna (Papanicolaou) a si mismo se pudo observar que la religión y los hábitos de limpieza personal no influyen para acudir a la realización de la prueba; además en su mayoría o prefieren ser atendidas por una persona del mismo sexo. Referentemente la influencia que ejerce la familia sobre la mujer para que esta acuda a realizarse el examen de detección oportuna papanicolaou se puede observar hasta un cierto punto una indiferencia, ya que, aunque en su gran mayoría no reciben influencia negativa ni positiva esta es por lo regular del esposo o de la hermana que se da una mayor relación y confianza.

CAPITULO II

GENERALIDADES DE LA COMUNIDAD DE SAN JUAN SOLIS

1. ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD

Primer periodo (1818-1910)

La comunidad surgió en el año 1818 por su cercanía con las haciendas de Tecamatl, Chicavasco, el Cedro y el Rancho la Soledad. Los primeros pobladores eran los trabajadores de dichas haciendas. Para poder fundar el pueblo los trabajadores pidieron su templo del culto el cual era católico a favor del cacique, para poder tenerlos oprimidos.

En 1816 salieron 3 misioneros del poblado de Actopan y llegaron a la comunidad, los misioneros propagaron la fe, se inicio y se termino la iglesia.

A la comunidad se le dio el nombre de San Juan Solís en honor a uno de los misioneros, quien llevaba al Santo de San Juan Bautista.

Hubo un señor de nombre Prisciliano Gutiérrez Flores quien era hacendado y empezó a contratar a los trabajadores de las haciendas en 1907 se separo el pueblo del ejido.

Se inicio una enseñanza elemental que fue leer y escribir, esto fue por parte del clero, asistiendo solamente personas que hablaban español.

En 1838 se inicio la escuela en algunos locales que estaban cerca del centro de salud durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, la escuela apporto el nombre de Francisco Sarabia.

-Segundo periodo (1911-1943)

Al paso de los años llega un prof. de la ciudad de Pachuca enviado, por la Secretaria de Educación Publica, el cual formalizo primero y segundo grado y viendo la respuesta de los alumnos se amplio hasta cuarto grado con solo dos profesores y se nombra Francisco Sarabia en memoria del primer piloto mexicano.

-Tercer periodo (1944-1956).

En el transcurso del tiempo llega la Profa. Micaela Hernández Zamora quien en un local organizo a grupos y se formo el sexto grado, ella se dio cuenta que faltaban aulas y profesores, lo cual gestiono con el gobierno estatal y obtuvo una respuesta positiva después, con la ayuda del patrimonio del Valle del Mezquital se construyeron 3 salones en lo que ahora es la escuela.

Posteriormente ya estaban con 6 grados, seis profesores y un director, debido a que esta población estaba creciendo se formo una sala de lectura la que hoy es la biblioteca; se realizaron obras en servicio de la comunidad como luz y agua

Los habitantes de la comunidad se percataron que necesitaban una carretera; y la gestionaron con el gobierno de Pachuca, pero no hubo respuesta, durante ese tiempo llego a la comunidad el hijo del presidente de México Lic. Luís Echeverría Álvarez y los pobladores se acercaron a platicar con el y le mencionaron la problemática el se comprometió a realizarla.

Pasaron seis días y el lic. regresó con doctores, enfermeras ellos les proporcionaron los desayunos y se construyo el Centro de Salud y las jardineras que se encuentran en el centro de la comunidad.

-Cuarto periodo (1977-200)

Posteriormente se solicito un jardín de niños, con una asistencia de 18 niños y el cual lleva el nombre de Manuel Fernando Soto en honor al poeta y escritor de Actopan Hgo., su construcción dura dos años.

En 1986 se solicita la tele secundaria por la profa. Micaela Hernández Zamora y en agradecimiento lleva su nombre, esta se construyo en la colonia la gloria, ubicada en la entrada de la localidad.

Cuenta con tres grupos de cada grado, ocho profesores un director y dos intendentes a si como un profesor en el taller de danza y dos secretarias. La escuela primaria cuenta con dos grupos de cada grado 12 profesores, un director un intendente y personal de administración.

2.- LOCALIZACION

Hidalgo, colinda al norte con el estado de México y Tlaxcala, al este con el estado de Veracruz y Puebla y al oeste con el estado de Querétaro

La comunidad se encuentra ubicada al oeste del estado de Hidalgo, cuenta con una superficie de 57.3 kilómetros cuadrados. con una altitud norte de 20° y si longitud oeste 90°

La comunidad de San Juan Solís colinda al norte con San José Tepenene, al sur con San Mateo Ixcuicuitlapilco, al oeste con San Francisco Tecajique y al este con San Miguel Tornacuxtla. Las tres últimas mencionadas son pertenecientes al municipio de San Agustín Tlaxiaca. La comunidad está dividida por 4 manzanas o colonias las cuales son: el canal, la gloria, el Chamizal y el cerrito.

2.1.- CLIMA

“La comunidad cuenta con una temperatura media anual de 15° centígrados, su clima es templado con lluvias y en verano, es sumamente seco en el mes de mayo y septiembre; heladas en octubre y febrero con vientos dominantes, su precipitación pluvial anual es de 750 mililitros.”

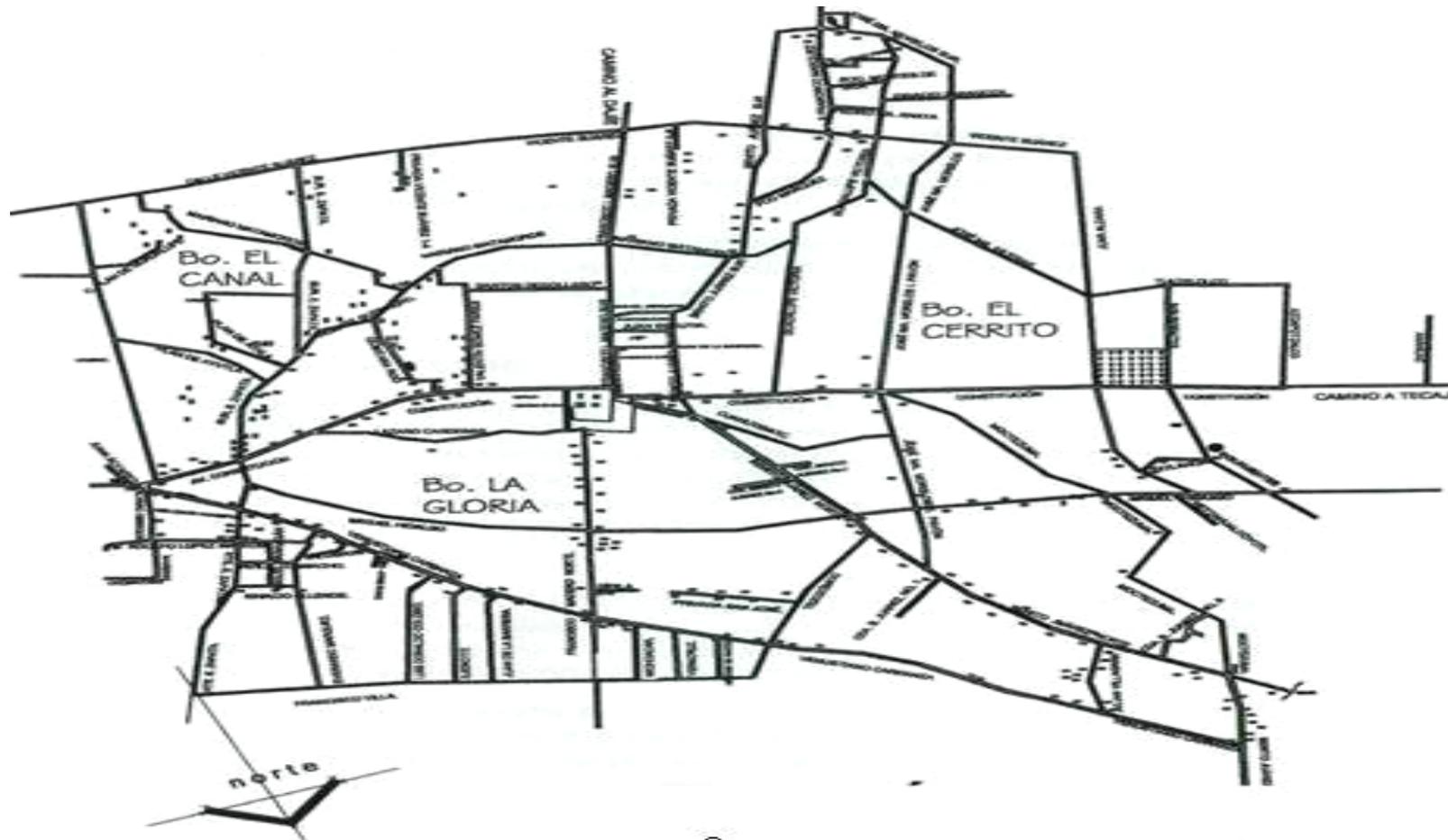
2.2.- TOPOGRAFÍA

“Su altura sobre el nivel del mar es de 750 metros. La comunidad no cuenta con llanuras y mesetas, solo a su alrededor cuenta con un cerro que lleva el nombre de el “cerro grande”⁷

2.3.- HIDROGRAFIA

Anteriormente existía un río que llevaba el nombre de el “damie” nombre que le pusieron los habitantes de la comunidad, pero debido a la baja precipitación pluvial ha desaparecido, solo cuando llueve por temporadas largas se llena por pocos días.

⁷ censo de población y vivienda INEGI HIDALGO 2005.



CARTOGRAFIA COMUNITARIA

FUENTE: OBRAS PUBLICAS



Bo. EL
CIAMIZAL

San Juan Solís

2.4.- FLORA Y FAUNA

El tipo de vegetación silvestre que más predomina es el nopal maguey, lechuguilla, huisache, mezquite, palo dulce palo blanco, eucalipto, fresno, y cardones: Árboles frutales como durazno, limón, naranja, ciruelo, chabacano y garambullo

La fauna que más predomina es la especie ganadera como bovina, caprina, equina, porcina, aves de corral y otros animales silvestres como ardillas, víboras, tlacuaches .ratones, etc.

2.5.- COMUNICACIONES

Anteriormente había una caseta telefónica y una oficina de correos en donde solamente se pagaba el timbre, pero con forme las necesidades de las personas se fueron ampliando los servicios de comunicación se extendieron ahora; La comunidad cuenta con los siguientes medios de comunicación, teléfonos públicos a si como teléfonos particulares, dos café Internet y el común uso del celular.

Igualmente con una línea de autobuses valle del mezquital con una ruta de Pachuca hidalgo pasando por san Juan Solís y llegado a actopan el costo por persona es de 9 pesos, el autobús sale cada hora desde las seis 6:00am y su ultima salida es a las 9:15 p.m.

Otro medio de transporte son los taxis y combis, línea azul con la ruta de la central, río de las avenidas a san Juan Solís con un costo por persona de 10 pesos, las salidas son cada 25 o 30 minutos, iniciando el servicio desde las 5:30 a.m. hasta las 9:00p.m. Todos los días de la semana.

3.- DEMOGRAFIA

3.1 LA POBLACION Y SU COMPOSICION

“La comunidad cuenta con una población total de 1850 habitantes, por kilómetro cuadrado es de 38 habitantes

“Este lugar tiene una población infantil del 39%, la población joven esta representada por el 40% la adulta por el 26% y la población adulta mayor es el 15% es el sexo que más predomina es el femenino pues representa el 52% y el masculino el 48% de la población.⁸

La situación conyugal es variada ya que el 56% es casado y el 31% son solteros, el 9% esta en unión libre, el 1% es viudo el 7% es divorciado y el 6% son madres solteras.”

La población económicamente activa es del 48% mientras que la inactiva representa el 52%.

Del total de la población el 46% concluye y al mismo tiempo cursan el nivel básico, un 33% se divide entre los que cursan y tiene terminado el nivel superior y solamente el 1% es analfabeto.

Algunos causas por las cuales los habitantes quienes tienen a emigrar de la comunidad son las laborales en un 50%, bajo las económicas son un 43%, en las educativas son el 5% y en algunas otras el 2%. Las causas por las que emigran son el 22% económicas el 3% laborales y el 75% es por otras causas muy diferentes.⁹

⁸ “INEGI Hgo., 200”

⁹ Datos Estadísticos Centro de Salud San Agustín Tlaxiaca “

4.- NIVELES DE VIDA

4.1 Habitual

Las personas de la comunidad inician sus actividades a partir de las 5:00am a las 7: 00 p.m., sus labores cotidianas son ir al molino, raspar maguey, ir de compras ya sea a Pachuca o a Actopan, acudir a la escuela, e ir al trabajo.

Los días de descanso son los fines de semana este espacio lo aprovechan para convivir con la familia, jugar fútbol e ir a misa.

Por otro lado todo lo de alimentación es de acuerdo a los recursos económicos con que cada familia cuenta, así como también su aspecto personal, ya que la mayoría se bañan cada tercer día y el cambio de ropa es variado.

Respecto a al actitud de la comunidad los habitantes muestran un grado de participación favorable por que a través de su trayectoria se ha dado un avance benéfico para el desarrollo de esta.

Es notorio que el respeto se da entre los mismos habitantes y las personas ajenas a la comunidad

Para realizar la fiesta principal de la comunidad se convoca a una asamblea donde se elige a un presidente y un representante de cada colonia, este tiene la labor de cobrar la cooperación acordada en la asamblea y comunicar los aspectos y acuerdos en los que quedaron la empiezan a hacer de uno a dos meses antes de anticipación la fiesta dura 8 días, por las procesiones que se realizan en todas las casas del pueblo.

4.2.- ALIMENTARIO

La mayoría de las personas compran sus alimentos en tiendas o en el tianguis de la comunidad los días martes otras personas salen a la central de abastos de pachuca o actopan y adquieren sus productos esto se debe a lo económico de las cosas.

Lo que consumen los habitantes de dicho lugar en general no es adecuada ya que no adquieren las suficientes proteínas, vitaminas y minerales carbohidratos y grasas necesarios para el buen funcionamiento de su organismo .los métodos que utilizan para conservar sus alimentos en buen estado son el consumo diario y la refrigeración.

Las personas no llevan acabo una dieta balanceada ya que su situación económica es deficiente y por lo tanto consumen a diario sus productos.

En cuanto al combustible que mas utilizan es el gas y en ocasiones la leña cuando este se termina.

4.3.- EDUCACION

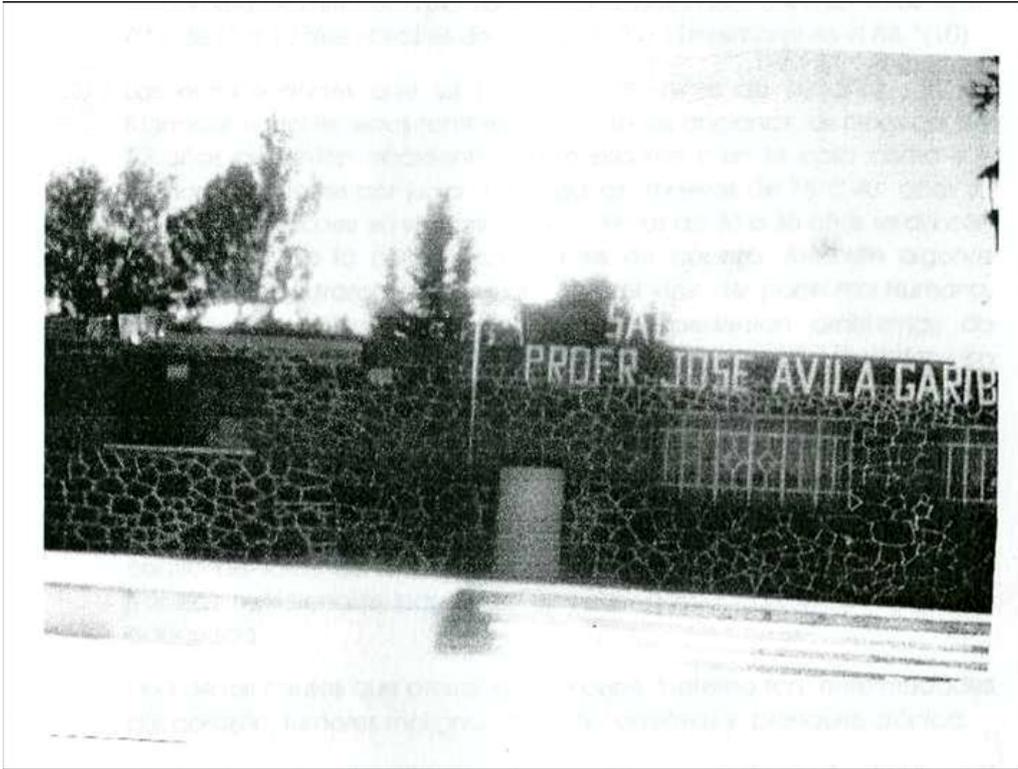
Las personas del lugar no hablan ningún tipo de dialecto debido a que no fue transmitido de generación en generación (este se perdió), respecto al analfabetismo la escolaridad de los adultos es de tercer grado de primaria .la mayor parte de la población ha concluido o cursan el nivel básico, a si como el nivel superior.

NIVELES DE EDUCACIÓN COMUNIDAD DE SAN JUAN SOLIS

| <u>ESCOLARIDAD</u> | <u>HOMBRE</u> | <u>HOMBRE DEL I</u> <u>DIRECTOR</u> | <u>POBLACIÓN</u> <u>ACTUAL</u> <u>N. ALUMNOS</u> |
|--------------------|--------------------------------|--|--|
| JARDÍN DE NIÑOS | MANUEL FERNANDO SOTO | PROF. MARTHA PATRICIA TERLLEZ REYES | 105 ALUMNOS |
| PRIMARIA | ~ FRANCISCO SARABIA | PROF. JOSÉ GUADALUPE REYES LINA | 302 ALUMNOS |
| TELESECUNDARIA | MICAELA HERNÁNDEZ ZAMORA | PROF. JOSÉ LEOBARDO FERNANDO OCAMPO AIVE | 75 ALUMNO |
| | | | |



JARDÍN DE NIÑOS MANUEL FERNANDO SOTO



SALA DE LECTURA PROF: JOSE AVILA GARIBAY

4.4.- HECHOS VITALES

“El numero de miembros por familia varia, pues de 1 a 4 miembros es un 47% de 6ª a 10 miembros es de 22% y de 8 a 11 miembros es el 8% “¹⁰.

Las enfermedades que se presentan en niños de 10 años son de faringoamigdalitis, estas también se da en los ancianos, los niños de 6 a 10 años presentan accidentes en la escuela y en la casa como son caídas muy leves por jugar. En algunas mujeres de 15 a 40 años se dan las infecciones en vías urinarias, entre las de 30 a 35 años se da con mas frecuencia la colitis y los dolores de cabeza, también algunas infecciones de transmisión sexual como el virus del papiloma humano, en algunas mujeres entre los 40 años presentan problemas de hipertensión y en algunas mayores de 45 años se da por la diabetes y en otros casos cáncer cérvico uterino.

En la comunidad no se han presentado enfermedades endémicas, solamente las epidemias de varicela.

Las mujeres embarazadas tienen mucha vigilancia por parte de el centro de salud de la comunidad a si mismo les otorgan bolsas con papillas nutricionales para que el bebe nazca con un peso y talla adecuado.

Una de las causas que provocan la muerte materna son: enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes anemias y bronquitis crónica.

A si mismo las causas mas frecuentes de mortalidad infantil son: infecciosas intestinales, infecciones respiratorias malformaciones congénitas, deformaciones y paro cardiaco.

¹⁰ ENCUESTAS VITALES INEGI 2005

4.5 Habitacional

La mayoría de las viviendas están construidas de concreto (bloc tabique, arena grava, etc.) las cuales se encuentran divididas en tres cuartos y están distribuidas de la siguiente manera: uno es para recamara, cocina el otro en ocasiones para comedor y sala.

En lo que se refiere al tipo de baño, las personas que cuentan con el servicio de drenaje utiliza el baño de tipo Ingles, siendo este el menos predominante, y en su mayoría usan letrina o fosa séptica, encontrándose este en un cuarto independiente a la casa.

En algunas familias da la promiscuidad y el hacinamiento, debido a que en cada casa viven por lo regular de 4 y 11 miembros y el espacio es pequeño.

Su movilización es de acuerdo a su condición económica ya que algunas viviendas son favorables y están en buen estado encontrándose otras en malas condiciones.

Algunas personas utilizan como combustible el gas con el cual preparan sus alimentos, y en ocasiones también ocupan la leña, pues en algunas ocasiones no les alcanza para cubrir el costo de dicho combustible

5.- ORGANIZACIÓN SOCIAL

5.1- Organización política

La forma de elegir a sus representantes es a base de una asamblea comunitaria, se elige democráticamente y quien convoca a la asamblea es el comisariado ejidal próximo a salir.

Cuando los habitantes de la comunidad necesitan alguna obra, el delegado solicita a la presidencia municipal apoyo para que se haga lo solicitado y con ayuda de la gente se logre el objetivo.

El partido que más predominó en las últimas elecciones fue el partido Acción Nacional (PAN), otro partido que se pudo percatar es el partido revolucionario institucional (PRI) el reglamento que se utiliza para impartir justicia son la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, la Constitución del Estado de Hidalgo, la Ley Orgánica Municipal la Ley Orgánica de la Administración Pública.

El delito que más predomina es el abigeato (robo de ganado) cuya sanción es de 2 a 7 años de prisión o multa y la violencia intrafamiliar así como el robo a casa habitación; la multa o la sanción lo determina la juez de acuerdo a la gravedad del problema y a la ley orgánica municipal, los factores que ocasionan este problema son el alcoholismo, la drogadicción, el desempleo y la pobreza extrema.

5.2.- ORGANIZACIÓN FAMILIAR

Regular mente las normas son tipo matriarcal debido a que los padres de familia se van a trabajar durante todo el día, en ocasiones solo visitan a su familia los fines de semana, otros solo se comunican por teléfono debido a que están en los estados unidos.

Existe una gran actividad entre familias que originan distanciamiento, esto se da por deslindes de tierras, el tipo de familia que predomina es la extensiva; las relaciones entre los miembros de las familias son positivas, las normas se determinan la residencia matrimonial por lo regular depende del padre.

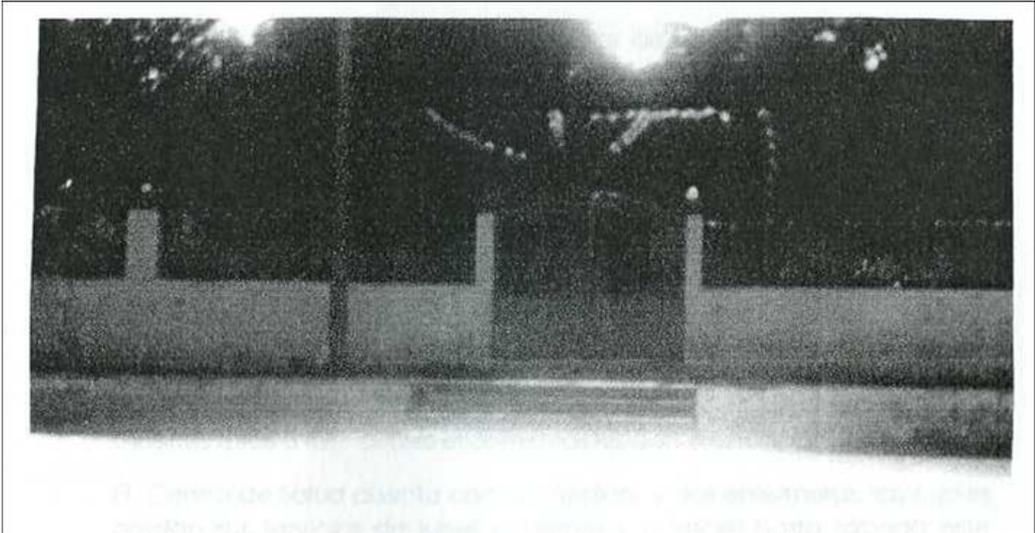
El compadrazgo tiene gran importancia, es considerado una persona de mucho respeto.

5.3.- ORGANIZACION RELIGIOSA

Los tipos de religión son la católica, testigos de Jehová y evangelistas; el concepto de religión no la tienen bien definida la influencia de la religión es muy grande y el resto de cultos lo llevan acabo; La fiesta principal del lugar es el 25 de junio, que se celebra en honor al santo patrón san Juan bautista, el día 12 de diciembre festejan a la virgen de Guadalupe, el 15 de septiembre día de la independencia, el primero y dos de noviembre día de muertos ,el 20 de noviembre día de la devolución mexicana.

Estas festividades hay una repercusión económica muy fuerte, pero aun así son participativos, la comunidad cuenta con una iglesia que lleva el nombre de san Juan bautista y una capilla en la colonia de el chamizal, y una privada lo cual esta ultima solamente se ocupa para si los habitantes la piden para ofrecer misas, en esta se encuentra la imagen de la virgen de Guadalupe.

La principal peregrinación se hace unos días antes del 24 de junio y consiste en un recorrido dentro de la comunidad llevando al santo patrón san Juan bautista.



IGLESIA DE SAN JUAN BAUTISTA

6.- ASPECTO MEDICO SANITARIO

6.1.- SALUD Y ENFERMEDAD

Los habitantes de la comunidad utilizan diferentes tipos de medidas protectora entre ellos están los amuletos los cuales son utilizados para diversas creencias como, el mal de ojo en los niños pequeños.

Según fue comentado por las personas del lugar, estas se lavan las manos antes de preparar los alimentos y también a los niños cuando van a consumirlos se les lavan las manos.

Los remedios caseros que utilizan con mas frecuencia es la elaboración de tez a base de distintas hierbas como son la manzanilla, Bugambilia, ruda, hierba buena, epazote; también se da la automedicación.

Entre los habitantes del lugar es regular él numero de accidentes y envenenamientos y no se hacen referencia a muertes violentas.

Las personas son influenciadas hacia el aspecto de hechos sobre naturales tales como la brujería, tienen diversas creencias en cuanto a muertes raras a las cuales ellos mismos les dan explicación.

El Centro de Salud cuenta con un medico y dos enfermeras, las cuales prestan sus servicios de lunes a viernes y a veces hasta sábado este personal adiestrado adecuadamente atiende a la totalidad de la comunidad y a la mayoría de los habitantes de comunidades vecinas.

Las mujeres con probable embarazo acuden al centro de salud para revisarlas y descartar o a confirmar la noticia; otras se dan cuenta por los síntomas que presentan, las creencias que tienen sobre poner en peligro el embarazo son, el no cargar cosas pesadas, cuando se presenta u eclipse se coloca unos seguros

en forma de cruz y no deben tejer porque él bebe se le enreda el cordón umbilical la alimentación de las mujeres es de acuerdo a las posibilidades económicas.

La mayoría de las señoras durante el embarazo acuden a una revisión con él medico, es muy bajo el índice que se alivian con parteras.

La atención después del parto que le brinda a la madre es guardar cuarentena y bañarse con hierbas, en cuanto a los cuidados del recién nacida son baños de sol y de preferencia que la madre le dé leche materna cada vez que él bebe tenga hambre.

Pasando seis meses de edad, la lactancia materna debe de continuar pero es necesario complementar la alimentación del niño con papillas hechas basado en frutas y verduras, regularmente se retira la alimentación, del seno materno completamente al año, para amamantar al niño es necesario que la madre se lave las manos perfectamente y tenga su pezón limpio y seco. Los habitantes de la comunidad tienen creencia que el parto prematuro es causa de un malestar físico de la madre por falta de alimentación o por descuido de ella.

La secretaria de salud y asistencia apoya a las madres brindándoles orientación sobre la importancia de la planificación familiar.



"CENTRO DE SALUD"

COMUNIDAD SAN JUAN SOLIS

6.2 ESTRATIFICACION SOCIAL

En la comunidad predomina la clase media baja debido a que tienen un empleo donde perciben un salario mínimo y esto alcanza para cubrir las necesidades básicas de alimentación, vestido y educación

Algunos profesionales ejercen su carrera pero otros no encuentran trabajo debido a situaciones personales o simplemente no quieren salir de la comunidad.

Es muy mínimo el porcentaje de agricultura a causa de que la tierra es poco fértil solo en temporadas de lluvia se siembra maíz o frijol

Dentro de la comunidad hay algunas personas que tienen prestigio por sus profesiones o por su oficio.

En la localidad no hay asentamientos de grupos étnicos

Debido al nivel económico de la población a si como a las costumbres familiares, son escasas las familias que utilizan la servidumbre.

6.3.- VIDA SOCIAL

Todos los habitantes participan voluntariamente en las diferentes actividades, los grupos organizados que predominan mas es la religión católica, testigos de Jehová y el evangelista, también grupos deportivos de fútbol y básquetbol para poder ingresar al grupo mencionado, en primer lugar debe contar con disponibilidad de horario para el entrenamiento en los otros grupos solo se necesita saber y tener tiempo para los entrenamientos edad y sexo voluntario.

Los grupos antagónicos que existen son los partidos políticos al igual que los grupos religiosos y antes mencionados.

En este lugar influye más la religión pero no se aplica correctamente por que no la llevan acabo como es debido, otra presión social es la económica y política.

7.- CICLO DE VIDA

Las mujeres con probable embarazo acuden al centro de salud para hacerse su prueba de embarazo otras se dan cuenta por los síntomas que presentan o están incorporadas al seguro popular, a si como al IMSS.

Las creencias que tienen sobre poner en peligro el embarazo son el no cargar cosa pesadas, cuando se presenta un eclipse se colocan unos seguros en forma de cruz y no deben tejer por que en base a eso se enreda el Gordón umbilical, la alimentación de las mujeres es de acuerdo a las posibilidades económicas la conducta del marido y la familia es normal ante esta situación.

La mayoría de las señoras durante el embarazo acuden a una revisión con el medico y al momento del parto el doctor las prepara para el nacimiento del niño, es muy bajo el índice de señoras que se alivian con parteras.

La atención del Gordón umbilical es vahándose en higiene y el instrumento que utilizan para cortarlo son tijeras de Beinstin o bisturí estos deben estar perfectamente esterilizados.

Después del parto, los cuidados que se le deben dar a la madre es guardar cuarentena y bañarse con hierbas; en cuanto a los cuidados del recién nacido, este debe tomar leche materna cada vez que tenga hambre.

Regularmente se retira la alimentación del ceno materno completamente al año para amamantar al niño es necesario que la madre se lave las manos perfectamente.

Y tenga un pezón limpio y seco.

Estos a veces obtienen dicha información a través de amigos pero esta distorsionado, la mayoría de los padres muestran autoridad ante la rebeldía de los hijos reprendiéndolos verbal y físicamente.

8.- DIAGNOSTICO SITUACIONAL COMUNITARIO

San Juan Solís, Municipio de San Agustín Tlaxiaca Hgo. es una comunidad antigua ya que surgió a finales del siglo XIX.

Se encuentra ubicada al oeste del Estado de Hidalgo tiene cercanía con la capital de la ciudad, cuenta con suficiente transporte el cual permite que las personas se trasladen a diversos lugares.

Existen diversos tipos de flora y fauna, esto favorece aumentar sus ingresos económicos y de esta manera aumentar su nivel de vida; El sexo que predomina es el femenino quienes son las que llevan a cabo los quehaceres domésticos y en ocasiones el cuidado de los hijos, se observo ausencia de la figura paterna debido a que salen a trabajar fuera de la comunidad porque se carece de fuentes de empleo, también se da mucho la migración situación a tomar en cuenta; por que se desarrollan diferentes problemas uno de ellos es la desintegración familiar y la promiscuidad por parte de los cónyuges.

El nivel educativo de la comunidad es aceptable considerando que una gran mayoría de los pobladores se preocupa por una educación formalizada.

En el aspecto sexual es deficiente pues solo adquieren los conocimientos a través de la escuela y en ocasiones de personas ajenas al núcleo familiar; esto repercute más en adolescentes y que por no tener una educación adecuada cometen errores como un embarazo no deseado, contraer matrimonio a temprana edad trayendo esto como resultado madres solteras.

En general, podemos mencionar que las condiciones de las casas son favorables no se pueden descartar que en alguna viviendas existe el nacimiento y promiscuidad esto se genera por los malos hábitos higiénicos y por su baja situación económica.

Se considera que es una localidad afortunada porque cuenta con el servicio de centro de salud en el cual trabajan dos doctoras y una enfermera y los pueblos vecinos acuden a consulta a San Juan Solís.

Por lo mismo se pueden detectar que las mujeres en la comunidad son irresponsables en la realización del papanicolaou por que a pesar de que dicho estudio es completamente gratuito no asisten, lo que trae como consecuencia algunas enfermedades de vías urinarias e infecciones de transmisión sexual a si mismo el virus del papiloma humano se dice que en la comunidad predomina este virus pero solo se detecta cuándo el virus presenta síntomas en las mujeres esto es a consecuencia de relaciones sexuales sin protección y por la promiscuidad que origina la migración en algunas familias sin embargo no se puede ayudar a las mujeres si no ponen de su parte para el cuidado de ellas misma.

En lo que respecta a lo cultural no es deficiente ya que las personas se han preocupado por salir adelante y superarse. Esto da la pauta para un mayor crecimiento tanto profesional como en forma social.

La comunidad de San Juan Solís es pequeña, la gente tiene valores, principios, y la autoridad que principalmente predomina es la principal.

La gente participa en los eventos que realizan las autoridades de la misma; La comunidad tiene la posibilidad de desarrollarse más en el aspecto cultural, político, social y religioso, siguiendo los patrones y actitudes que hasta ahora presentan, en el aspecto de valores y corrigiendo algunos problemas sociales como alcoholismo.

CAPITULO III

Situaciones en la detección oportuna del Cáncer cérvico Uterino

3.1.- LOS ORIGENES DEL CANCER

“El cáncer es el precio que debemos pagar por nuestra naturaleza de seres pluricelularmente complejos.

Aunque nadie sabe exactamente cuando sucedió y solo podemos aventurar los mecanismos moleculares que generaron los primeros tumores, parece que el cáncer nos ha acompañado desde el principio de nuestra historia como especie.

Mas aun, los paleopatólogos han encontrado indicios de tumores óseos malignos en vértebras de dinosaurios del periodo mesozoico, avalando la idea de que el cáncer es un proceso muy antiguo.

La adquisición de la pluricelularidad, proceso que aconteció hace mas de 800 millones de años, fue un indudable logro evolutivo, y a el le debemos la vida, pues engendro valiosas estrategias de reproducción y supervivencia de organización y comunicación, que acabaron con mas de 2.000 millones de años de existencia exclusiva de organismos unicelulares, cuyo único fin era la perpetuación clónica.

Sin embargo, el proceso de generación de seres pluricelulares deja necesariamente algunos resquicios moleculares que nos proporcionaron alguna ventaja evolutiva, pero que simultáneamente nos abocaron a la posibilidad de desarrollar procesos tumorales.

Entre estas deficiencias mecanísticas intrínsecas a nuestra propia naturaleza pluricelular podemos señalar las siguientes:

Infidelidad en los mecanismos de replicación y reparación del DNA.

Esta capacidad de cometer errores durante la copia de nuestro material genético, aun siendo prácticamente irrelevante en términos cuantitativos, ha sido un motor decisivo en la evolución de las especies. Así mismo ha proporcionado la base para la adquisición de la variabilidad individual dentro de las distintas especies. Sin embargo esta pequeña tasa de error también implica que alguna de nuestras células puede llegar a adquirir las

“Mutaciones que acompañan al proceso de transformación malignas, una situación evolutivamente ventajosa nos coloca también en una ruta universal de predisposición al cáncer.

Necesidad de adquirir una compleja red de mecanismos de comunicación inter e intracelulares. Cada célula se encuentra en contacto con otras células semejantes o distintas, con las que se debe comunicar mediante una red de señales químicas y físicas cuya complejidad solo ahora empiezan a vislumbrarse.

Tal complejidad constante de sufrir alteraciones en alguna de las citadas vías y no en vano un número significativo de procesos tumorales va acompañado por una pérdida de control en los sistemas de señalización y comunicación celulares.

Mantenimiento de nuestros órganos y tejidos de un cierto número de células con gran potencialidad proliferativo e invasivo. “¹¹

La pérdida de controles que mantienen la función de estas células en unos límites apropiados conlleva la adquisición de las propiedades mito génicas e invasivas consustanciales a las células tumorales malignas, afortunadamente

¹¹ cibergráficas Pág. Web.”Blanco M. S y Navia V. A (1991) Factores psicosociales y cáncer una revisión crítica, 535

nuestro diseño evolutivo también ha proporcionado una serie de mecanismos biológicos para tratar de minimizar en la medida de lo posible el potencial tumoral derivado de estas deficiencias mecánicas entre ellas podemos citar la capacidad replicativa finita de la células la cuantiosa la cuantiosa inversión en sistemas e reparación de daño genético los programas de apoptosis o la eficacia de nuestro sistema inmune anti tumoral, pese a ello es una verdad incuestionable que los organismos pluricelulares desarrollan tumores malignos y, en el caso de nuestra especie, con una frecuencia que ha venido incrementándose en las ultimas décadas ¿por qué sucede esto?

Muy probablemente por que hemos ido adquiriendo una gran capacidad de inferir con nuestra propia naturaleza a través de cambios en la dieta, exposición a agentes cancerígenos, o simplemente por nuestra mayor longevidad." ¹²

¹² cibergráficas Pág. Web."Blanco M. S y Navia V. A (1991)

3.2 DESCRIPCIÓN Y ETAPAS DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

“El cáncer cérvico uterino es un tipo frecuente de cáncer de mujeres, y consiste en una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) y en los tejidos del cuello uterino.

El útero es el órgano hueco, en forma de pera invertida, donde se desarrolla el feto. El cuello o cervix uterino es una abertura que conecta el útero con la vagina (canal de nacimiento), el cáncer cérvico uterino empieza creciendo lentamente antes de que aparezca las células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales del cuello uterino, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como **displacia** durante el cual empieza a aparecer células anormales. Una citología continción de papanicolaou generalmente encontrara estas células pre-malignas.

Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes ya que en general no hay síntomas asociados con cáncer cérvico uterino, suelen ser una serie de pruebas para diagnosticarlo por que el diagnostico de NIC varían algo entre patólogos las características mas importantes de esta enfermedad.¹³

¹³ *kumar Cotran Robbins Patología Humana Enfermedades del cervix Pág. 145-190.

la inmadurez celular, la desorganización celular, las anormalidades nucleares y la actividad mitótica incrementada, el grado de neoplasia esta determinado por la extensión de la actividad mitótica incrementada la proliferación de las células inmaduras, y la atipia nuclear. Si las mitosis y las células inmaduras están presentes solo es el tercio mas inferior del epitelio, la lesión es anormalmente designada,

NIC1, la afectación del tercio medio o superior se diagnostica de NIC2, o NIC 3. NEOPLASIA literalmente significa "crecimiento nuevo" un neoplasma es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento es excesivo e incordiando respecto al del tejido anormal; este crecimiento continua aun después de interrumpir el estimulo que indujo el cambio un hecho fundamental es el origen de toda neoplasia es la perdida de la capacidad de respuesta a los controles normales del crecimiento."¹⁴

¹⁴ "kumar Cotran Robbins Patología Humana Enfermedades del cervix Pág. 145-190.

Se dice que las células neoplásicas han sufrido alguna transformación por que continúan replicándose, al parecer ignorando las influencias reguladoras que controlan el crecimiento normal de las células. Además las neoplasias a veces se comportan como parásitos y compiten con células y tejidos normales respecto a sus necesidades metabólicas; por lo tanto los tumores pueden prosperar en pacientes que sufren algún otro proceso desgastante, las neoplasias también tienen un cierto grado de autonomía e incrementan su tamaño de manera mas o menos estacionaria, cualesquiera que sean las condiciones locales donde se desarrolla y el estado nutricional del huésped de manera decisiva para su nutrición y su riesgo sanguíneo. En

lenguaje medico una neoplasia casi siempre se refiere como a un tumor y el estudio de los tumores se llama *oncología* de *oncos* tumor y *logos* estudio en sentido estricto ,tumor solo es un aumento de volumen a veces producido entre otras cosas por edema o hemorragia dentro de un tejido el termino tumor casi se aplica de manera exclusiva a masas neoplásicas que pueden causar aumento de volumen sobre o dentro del cuerpo ,el uso de este termino para lesiones neoplásicas de benigna a maligna ,se basa en un juicio acerca de la posible conducta clínica de la neoplasia" ¹⁵

¹⁵ "Vicen T. Devita Jr Principios y practica de oncología vol. 1 Quinta edición Pág. 145- 148"

ETAPAS DEL CANCER CERVICO UTERINO

“El cáncer cérvico uterino se debe codificar de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión por la Organización mundial de la salud y la organización panamericana de la salud”

Displacías:

1. Desplacía del cuello uterino, excluye carcinoma in situ del cuello del útero
2. displacia cervical leve
3. neoplasia intra epitelial cervical (NIC) grado 1
4. displacia cervical moderada
5. neoplasia intraepitelial cervical (NIC) grado 2
6. displacia cervical severa ,no clasificada en otra parte
7. displacia cervical severa SAI
8. excluye neoplasia intraepitelial cervical (NIC) ,grado 3 ,con o sin mención de displacia severa (DO6)
9. displacia del cuello del útero no especificada¹⁶

¹⁶ norma oficial mexicana NOM -014-SSA-1994

Carcinoma in situ del cuello uterino

1. Carcinoma in situ del cuello uterino incluye neoplasia intraepitelial cervical (nic), grado 3 con o sin mención de displasia severa excluye displasia severa del cuello.
2. melanoma in situ del cuello
3. carcinoma in situ del endocervix
4. carcinoma in situ del exocervix
5. carcinoma in situ de otras partes específicas del cuello del útero
6. carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada
7. tumor maligno del cuello del útero
8. tumor maligno del endocervix
9. lesión de sitios contiguos del cuello del útero
10. tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación."

"ESTADIO 0 ó CARCINOMA IN SITU el carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran solo en primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

ESTADIO I El cáncer afecta el cuello uterino pero no se ha diseminado a los alrededores

I-a una cantidad muy pequeña de cáncer, solo visible por microscopios encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino

I-b una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.¹⁷

¹⁷ "Norma oficial mexicana NOM -014-SSA-1994 "

ESTADIO II El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas pero aun se encuentran en el área pélvica

II-a El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina

II-b El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

ESTADIO III El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan a los riñones a la vejiga)

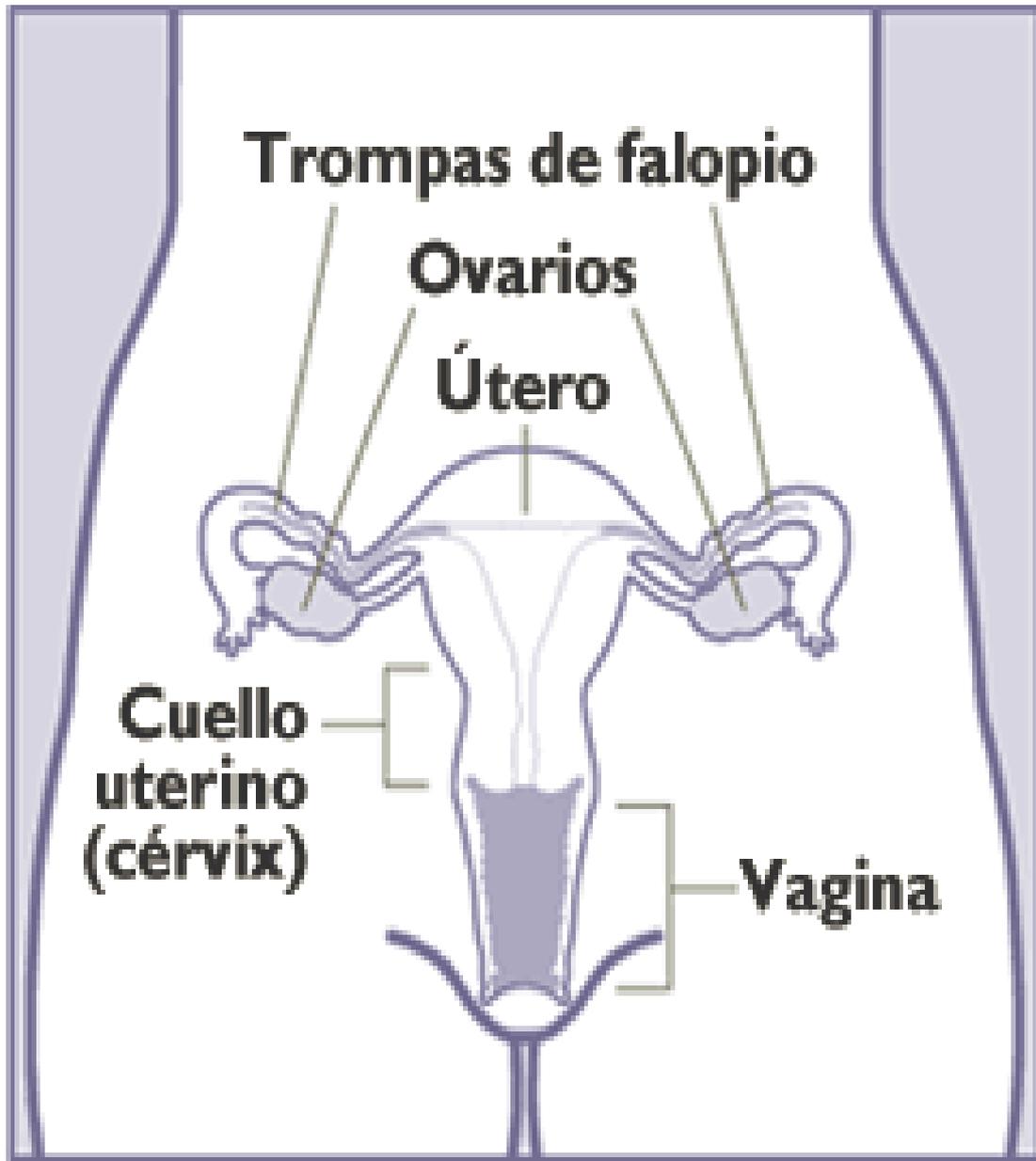
ESTADIO IV El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo

IV-a Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino)

IV -b Diseminación a órganos distales como los pulmones

RECURRENTE Enfermedad recurrente (recidiva) significa que el cáncer ha vuelto después de haber sido tratado puede ocurrir en el propio cervix o aparecer en otra localización."¹⁸

¹⁸ kumar Cotran Robbins Patología Humana Enfermedades del cervix Pág. 145-190.



APARATO REPRODUCTOR FEMENINO SIN RASTRO DE CANCER CERVICO UTERINO

3.3.- FORMAS Y MECANISMOS DE DETECCION OPORTUNA

Afortunadamente el cáncer cérvico uterino evoluciona lentamente por lo cual es posible detectarlo, tratarlo y curarlo a tiempo, para este fin se desarrollo la colposcopia y el papanicolaou aprovechando los avances científicos y médicos. La prevención del cáncer cérvico uterino se realiza por medio de promoción de la salud y de las detecciones oportunas orientadas a disminuir los factores de riesgo y descubrir tempranamente alteraciones citológicas.

El estudio de la citología cervical ó papanicolaou es el método de elección para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino la citología cervical se realiza cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas ,con resultado negativo a infección por virus del papiloma humano displacias o cáncer, las mujeres con los problemas anteriores ,serán objeto de un seguimiento en una clínica de displacias y cuando sean dadas de alta reiniciaran la periodicidad anual .

Las mujeres con resultados positivos o procesos inflamatorias inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que hallan dos resultados consecutivos negativos.

La colposcopia es un estudio de diagnostico avanzado que permite explorar el aparato genital inferior femenino sin originar molestias, realizado mediante la colocación de un espejo vaginal desechable y poder observar externamente los tejidos del cuello uterino por medio de un microscopio de aumento, a través del cual se puede observar la vulva, vagina y cervix uterino, visualizándole en este ultimo las condiciones de su epitelio ,al cual se le pueden realizar tinciones de orientación diagnostica.

Este procedimiento realizado por médicos especialistas permite detectar el cáncer del cuello de la matriz en su etapa inicial siendo posible efectuar los tratamientos de curación antes de que se convierta en un cáncer invasor ya

que en esta etapa se requiere de tratamientos muy fuertes como quimioterapia y radiación con costos muy altos y aun así disminuyen considerablemente las posibilidades de curación.¹⁹

¿A quien se le debe indicar una colposcopia?

A toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales, toda mujer que presente flujo vaginal o comezón, rebelde a tratamiento, toda mujer que haya resultado con papanicolaou anormal, a toda mujer que desee estar segura de no tener problemas cancerosos.”²⁰

¹⁹ “Norma oficial mexicana NOM -014-SSA-1994 “

²⁰ “Norma oficial mexicana NOM -014-SSA-1994 “

De acceso a los servicios de análisis y tratamiento adecuados de:

Uno de los tipos de cáncer más prevenible, detectable y tratable, se ha convertido en una causa importante de mortalidad entre las mujeres, particularmente en la falta de cultura en las mujeres pobres en México.

Si bien la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en Norte América ha disminuido en los últimos 10 años, en los países en desarrollo de las Américas, permanecen constantes. Esa realidad refleja la necesidad de un nuevo planteamiento del cáncer cérvico uterino, que enfatice la Prevención y los aspectos positivos de los análisis y la detección temprana.

El género es un factor importante en la decisión de la mujer de no hacerse Pruebas para detectar el cáncer cérvico uterino. Es necesario hacer un análisis de situación con un enfoque de género para entender a cabalidad La incidencia del cáncer cérvico uterino en las Américas y en México.²¹

²¹ chive gráficas. El cáncer cérvico uterino en Norteamérica

3.4.- FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR CÁNCER CERVICO UTERINO

“El cáncer cérvico uterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto). Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo en más del 50% de las mujeres con lesiones pre-cancerosas, las células permanecen benignas (pre-cancerosas).

Con frecuencia, en sus etapas iniciales el cáncer cérvico uterino no muestra Síntomas por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo.

El factor de riesgo más común del cáncer cérvicouterino es la exposición a ciertas variedades del *Papiloma virus Humano* (HPV). El HPV es una infección de transmisión sexual (ITS) que en muchos casos es asintomático. Dada esta característica del HPV, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte.²²

²² Vicen T Devita Jr Principios y Practicas de Oncologia Vol. 1 Quinta Edición Pág. 149-152

Otros factores de riesgo del cáncer cérvico uterino son:

- No hacerse la prueba de detección de cáncer cérvico uterino 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 cérvico uterino.
- Grupo de edad (las mujeres de 25-64 años de edad corren un riesgo mayor y éste también aumenta con la edad).
- Fumar.
- Deficiencia de vitaminas A,C y E
- Estado socioeconómico, 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.”²³

²³ “Vicen T. Devita Jr Principios y practica de oncología vol. 1 Quinta edición Pág. 149- 152”

3.5.- DIVERSOS TRATAMIENTOS PARA COMBATIR EL CANCER CERVICO UTERINO

Existen tratamientos para todas las pacientes con cáncer cérvico uterino se emplean tres clases de tratamiento.

CRIOCIRUGÍA: con criocirugía, el tejido normal se congela con un metal súper congelado hasta que se forma una bola de hielo que se extiende cinco milímetros mas allá de la lesión, esta técnica es adecuada para eliminar el virus del papiloma humano.

CIRUGIA: Extracción del cáncer en una operación

RADIOTERAPIA: Radiaciones de alta energía para eliminar las células cancerosas

QUIMIOTERAPIA Medicamentos o “venenos” para eliminar las células cancerosas.

Conización: consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. Se emplea para biopsias, pero también para el tratamiento de cánceres tempranos del cuello uterino.

Escisión electro quirúrgico: usa una corriente eléctrica que pasa por un aro de alambre delgado, el cual sirve como cuchilla una histerectomía es una operación el cual se extrae todo el útero, incluyendo todo el cuello uterino, además del cáncer

Histerectomía Abdominal: El útero se extrae mediante una incisión en el abdomen puede ser necesario extraer también los ovarios y las trompas de Falopio.

Histerectomía radical: es una operación en la cual se extraen el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extraen los ganglios linfáticos de la zona (los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de alubia que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones) Exenteración Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, puede ser necesario extraer el colon inferior, recto o vejiga (dependiendo del lugar en donde se halla diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina.

CAPITULO IV

RESPUESTAS FISICAS Y SOCIALES DE LA PACIENTE AL DIAGNOSTICO CON CANCER CERVICO UTERINO

4.1 INFLUENCIA DE LA PACIENTE A LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS

-ACTITUD DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO

El cáncer esta determinado no solamente por variables biológicas, sino también por un conjunto d factores sociales, culturales, y psicológicos que afectan ala forma de responder a la enfermedad por parte del sujeto que se eencuentra en una situación sumamente estresante.

Las pruebas y exploraciones médicas, la confirmación del diagnóstico y los tratamientos médicos suponen una fuente de estrés tanto para los pacientes como para los familiares. Según los estudios realizados, al menos las cuarta parte de los enfermos de cáncer necesitan tratamiento psicológico. Las intervenciones psicológicas dependen de la fase en la que se encuentre el paciente o los familiares, pudiendo distinguirse diversas fases que describimos a continuación. Las repercusiones psicológicas de las distintas enfermedades sobre el ser humano son un factor importante que siempre debe de considerarse y que varia de una dolencia a otras, bebido al contenido emocional que cada una conlleva .Esto es especialmente evidente en el caso del cáncer rodeado además de una fuerte tensión mezcla de temor e indefensión.

Algunos autores indican que el diagnostico de cáncer o sospecha el ajuste psicosocial o la enfermedad crónica y el miedo al tratamiento, o a la muerte influyen en las respuestas psicológicas de los pacientes.

En principio las reacciones al estrés generadas por un cáncer son universales aunque factores como el tipo de tumor, la facilidad o dificultad para localizarlo, su situación y las manifestaciones externas que conlleva pueden influir en la respuesta psicológica del paciente y de su familia.

El diagnóstico y posterior tratamiento de las enfermedades oncológicas provoca un fuerte impacto emocional que motiva la necesidad de investigar la reacción psicológica del paciente, los problemas psicológicos que aparecen, es como el paciente se define a sí mismo y su entorno desde este nuevo rol y las estrategias de afrontamiento que utiliza para enfrentarse a la enfermedad y que van a determinar su proceso adaptativo. Cambios que le afectan no solo al mismo sino también a su familia y que normalmente conduce a una crisis. En este proceso se suceden diversas fases con distintos problemas que el enfermo debe ir encarando si quiere conseguir adaptarse a la nueva situación estas etapas pueden resumirse en tres: antes de conocer el diagnóstico, la comunicación del diagnóstico propiamente dicha y después de conocerlo.²⁴

a) Previa al conocimiento del diagnóstico este periodo puede fluctuar dependiendo de variables sociodemográficas, edad, sexo, nivel cultural y psicológicas principalmente el miedo a la enfermedad, el conocimiento previo a que el sujeto tenga sobre.

Los síntomas de la enfermedad y sus experiencias previas con ella por ejemplo familiares diagnosticados con algún tipo de cáncer influirán en su comportamiento ante la misma, llevándole a negar los hechos y a decirse que no es nada o impulsándole a acudir al médico para someterse a un examen.

²⁴ "Ibáñez y Andréu dificultades psicológicas que presenta el paciente oncológico a lo largo de su enfermedad, 1988, p. 11

b) comunicación del diagnóstico e identificación con el papel del enfermo, que puede aceptar o rechazar, en la mayoría de los casos genera ansiedad, conflicto y desestructuración de la personalidad.

En estos momentos el paciente puede pensar que va a morir o puede responder con incertidumbre en cuanto a la evolución del proceso. Se pasa de una negación de la variable tiempo (tenemos toda la vida por delante) a reconocer un final (la vida tiene un límite) y después a una valoración del tiempo (vivir intensamente el tiempo que queda), este periodo genera sentimientos de desesperanza y desesperación, distrofia y ansiedad, depresión, enfado, dificultad para controlarse y para mantener las funciones y actividades diarias.

c) después de conocer el diagnóstico se produce una negación o adaptación a la enfermedad debe producirse un cambio que permita al paciente el hecho, disminuyendo la ansiedad inicial, para lo cual puede necesitar ayuda psicológica. Este proceso varía en función de las características psicológicas del sujeto y de aspectos propios de la enfermedad y tratamiento que se le apliquen ²⁵

El término calidad de vida aplicado al paciente oncológico, pretende englobar las respuestas emocionales que se producen como consecuencia del diagnóstico de un cáncer

LA PACIENTE A LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS

La situación clínica y los efectos de los tratamientos no es fácil separar las respuestas emocionales a la enfermedad en sí misma, de las que dan al tratamiento para ambos sexos el deterioro corporal producido por los

²⁵ "BARRETO, M.P; CAPAFONS, A e IBAÑEZ E . Depresión y cáncer o adaptación y cáncer. Boletín de psicología p.14 (1998) "

tratamientos y por la propia enfermedad traumatizarte aunque dicho deterioro, influye mas negativamente en la mujer que en el hombre a pesar que de que a medida que aumenta el nivel social estas diferencias disminuyen.

Quimioterapia en si mismo es un tratamiento de quimioterapia no tiene expresión emocional propia, si no que en cada individuo, a través de su biografía y circunstancias personales se expresara de un modo diferente .La sintomatología anímica tanto del paciente sometido a este tratamiento mas perturbador debido a que es el tratamiento mas utilizado contra el cáncer sus efectos secundarios se convierten ,en la mayoría de las ocasiones en las características psicológicas mas importantes de la enfermedad a las que el paciente tiene que dar respuesta entre dichas consecuencias se destacan las siguientes:

- " Alopecia en muchos casos ,el efecto secundarios que mas asusta a los pacientes condicionando claramente su adaptación a la vida cotidiana ya que evitan todo contacto social
- Problemas sexuales la lesión de los epitelios germinales provoca con gran frecuencia amenorrea en la mujer y zoospermia en el hombre en las mujeres normalmente cesa la menstruación durante el tratamiento y aparecen síntomas menopausicos debido al bajo nivel hormonal .si solamente se ha aplicado quimioterapia ,lo normal es que después de 4 a 8 meses de la aplicación del tratamiento hayan desaparecido estos problemas a largo plazo la consecuencia quizás mas importante a la que tienen que hacer frente es la infertilidad.
- Náuseas y vómitos sienten sensación de ansiedad y nauseas el efecto secundario que hace sentir peor a los enfermos

- Cansancio y /o debilidad de los enfermos se afecta su nivel de energía en varios caos vuelven a la normalidad nueve años después del diagnostico, perdida de autoestima y confianza." ²⁶

Para lograr que la quimioterapia y la radioterapia tengan los menores efectos secundarios posibles no debe de hablarse de ella en la que se les comunica el diagnostico a medida que pasa el tiempo los pacientes son mas concientes a la dificultad del tratamiento quimioterapico dependiendo del régimen que les apliquen.

"Radioterapia los efectos son similares a los de la quimioterapia aunque normalmente menos acentuados

Tratamiento quirúrgico los problemas mas comunes que suelen aparecer son excesiva dependencia y demandas hacia las personas que les rodean, conductas regresivas, manipulación del personal y de la familia hostilidad hacia el personal que le atiende los trastornos mas frecuentes son depresión y ansiedad que pueden generar formas de suicidio pasivo como no tomar los medicamentos o plantear problemas con la comida

Finalización del tratamiento la inminencia de la finalización del tratamiento puede generar problemas psicológicos, principalmente por el miedo del paciente a una posible recaída, a esto se añade que tal finalización debe suponer pasar de status de enfermo al de sano con la consiguiente perdida de beneficios que esto puede conllevar ,el paciente empieza su desconexión con el hospital y de los médicos que les protegían contra la enfermedad a esto se le llama "síndrome de lazarus " se define este síndrome como el conjunto de problemas que los pacientes pueden tener cuando pasan al periodo de remisión de la enfermedad y la posibilidad de encontrar problemas en el

²⁶ Ibáñez y Andréu dificultades psicológicas que presenta el paciente a lo largo de su enfermedad 1998

proceso de adaptación a la nueva situación los niveles de ansiedad y depresión son mas graves al terminar el tratamiento que al principi6.²⁷

-Causas o determinantes primarios

La enfermedad diagnosticada tanto del paciente como para la familia física y psicol6gica pueden determinar su respuesta psicol6gica al c6ncer la estructura de personalidad del sujeto su reacci6n ente conflictos y traumatismos y los mecanismos de defensa que emplea influyen como determinantes de las neoplasias existe una marcada tendencia a la represi6n de los afectos en los pacientes con c6ncer ,a si como dificultad en la expresi6n de las tendencias emocionales ,la mujer sufre mayores trastornos en relaci6n con la expresi6n de los sentimientos.

Motivados en parte porque al hombre no se le permite expresar.

Socialmente sus sentimientos del mismo modo que a ella por lo que reclama menos ayuda.

El deterioro psicol6gico del paciente se relaciona altamente con la perdida de soporte social, aunque no esta clara la asociaci6n entre respuestas disforicas en los pacientes con c6ncer y la perdida de apoyo social ;el apoyo social puede actuar potenciando las conductas de enfrentamiento activo en la resoluci6n de los problemas mediante el esfuerzo y el modelo aportador por las personas de su entorno consiguiendo que se desarrollen estrategias de afrontamiento adecuadas del mismo modo puede facilitar la expresi6n de emociones facilitando la manifestaci6n de su malestar en situaciones de crisis

²⁷ Ib6ñez y Andr6u dificultades psicol6gicas que presenta el paciente a lo largo de su enfermedad 1998 P6g. 12-1

Fase de diagnóstico

“La confirmación del diagnóstico de cáncer supone un fuerte impacto emocional. Pueden aparecer reacciones de miedo, ansiedad, depresión e incredulidad. Estas personas se enfrentan de repente con su propia mortalidad. Algo que veían como muy lejano en el tiempo aparece de repente ante sus ojos como algo más cercano y real.

Por lo general, las personas en esta fase tienen una gran necesidad de información. Han de tomar decisiones importantes respecto a los tratamientos. También es habitual que se hagan preguntas acerca del por qué de la enfermedad, por qué les ha pasado a ellos, si podrían haberlo evitado, etc. Por este motivo, la intervención psicológica en esta fase está orientada en gran parte a proporcionar información al paciente o ayudarle a buscar fuentes fiables de información. Por ejemplo, ayudarle a establecer una adecuada comunicación con el médico que lo trata, animarle a buscar otras fuentes de información y ayudarle a resolver las preguntas de tipo "por qué a mí", sentimientos de culpa, ansiedad o depresión y ayudarle a adoptar un enfoque orientado hacia la lucha y búsqueda de soluciones. La información adecuada acerca de las opciones de que dispone, eficacia de los tratamientos disponibles, porcentaje de curación de casos similares, etc. puede ayudarle a adoptar un enfoque adecuado de la situación.

Así mismo, en esta fase se ayuda al paciente a anticipar situaciones y planear estrategias de afrontamiento.²⁸

²⁸ David Spiegel and Susan Diamond: Psychosocial Interventions, American Society of Clinical Oncology. Educational Bot. 1998, p 386.

4.2.-SINTOMATOLOGIA Y CONSECUENCIAS DEL CANCER CERVICO UTERINO

-Fase libre de enfermedad

Una vez acabado el tratamiento y superada la enfermedad, suele quedar el miedo a una recurrencia. En esta fase, los pacientes se vuelven más conscientes de las secuelas de los tratamientos (por ejemplo, los efectos de las intervenciones quirúrgicas, como puede ser el caso del cáncer de mama) y pueden requerir apoyo psicológico para afrontarlas.

Con frecuencia, los valores de la persona han cambiado tras la enfermedad, y puede resultarles duro volver a la misma rutina y responsabilidades de siempre. Por este motivo, lo comentado en el apartado anterior puede aplicarse también a esta fase, pues algunas personas necesitarán reestructurar sus vidas o hacer algunos cambios en ellas, mientras que otras personas necesitarán ayuda para volver a adaptarse y la vida de antes.

-Fase de recidiva

El diagnóstico de una recurrencia de la enfermedad suele provocar aún más ansiedad que el diagnóstico inicial. Los pacientes presentan más miedo y preocupaciones por su futuro y su vida y mayores sentimientos de tristeza y depresión. Algunos pacientes se sienten abatidos, aunque otros piensan que si vencieron la enfermedad una vez pueden volver a hacerlo " ²⁹

²⁹ "Secretaría de Salud, Registro Histopatológico de Tumores Malignos, 1998"

Fase de enfermedad avanzada

Cuando la enfermedad está ya en una fase muy avanzada, algunos pacientes se rinden y esperan pasivamente la muerte, otros se sienten frustrados y se hacen reproches a sí mismos o al sistema, otros se muestran agresivos, otros sienten la necesidad de despedirse de seres queridos o lugares, hacer testamento, etc. Muchas personas sienten un miedo intenso y una sensación de fracaso, mientras que otros siguen luchando sin descanso, buscando nuevos tratamientos o recurriendo a las medicinas alternativas.

“El apoyo psicológico en esta fase suele centrarse en ayudar al paciente a revisar sus valores y el sentido de su vida, expresar y manejar sus miedos y mantener la esperanza de que pueda controlar el sufrimiento. En muchos casos también es necesario ayudar al paciente a aceptar su dependencia de los demás y no verse como una carga, sino como una persona valiosa a pesar de su enfermedad.

-Fase Terminal

En esta fase es importante que el paciente no se sienta abandonado. Tal vez ya nada puede hacerse para curarlo, pero se puede mejorar su calidad de vida teniendo en cuenta pequeños detalles que le sirvan para proporcionarle el mayor confort posible y bienestar emocional.

Así mismo, el tratamiento ha de estar centrado en el control del dolor. Es esencial para el bienestar psicológico del paciente que sepa que se va a evitar el dolor. Hay que tener en cuenta que las personas en esta fase suelen tener más miedo al sufrimiento físico que puede llegar a padecer, que al hecho mismo de que van a morir.

Los familiares también suelen necesitar apoyo psicológico en esta fase, debido a que suelen llegar emocionalmente agotados y con sentimientos contradictorios, deseando, por un lado, que todo se acaba lo antes posible

para evitar un mayor sufrimiento, y temiendo la pérdida de su ser querido al mismo tiempo.”³⁰

En 1998 se notificó un total de 87,910 casos de cáncer en la República Mexicana, el 64.8 % fueron mujeres y 35.2 % hombres. La mortalidad por tumores malignos se ha incrementado persistentemente. En 1950 el número de defunciones fue de 8,655 y la tasa por 100,000 habitantes 32.4. En 1980 la tasa subió a 41.8 con 28,106 defunciones., y en 1998 las defunciones notificadas llegaron a 52,681 y la tasa llegó a 54.7. Según esta información en nuestro país el cáncer es un problema de salud pública.

Afortunadamente los avances en el conocimiento de la biología del cáncer y de su tratamiento médico, han aumentado el promedio de vida de los enfermos; ahora el cáncer deja de considerarse enfermedad letal y se transforma en enfermedad crónica; sin embargo, si es mayor el número de enfermos que se curan, también crece el número de enfermos con remisión del tumor durante varios años, que viven con el constante temor de la recurrencia y con la necesidad de tratamiento de los síntomas físicos y psicosociales. Un informe de la American Cancer Society refiere que en 1992 en EEUU había más de ocho millones de sobrevivientes después del tratamiento del cáncer, de ellos, más de 4 millones han sobrevivido de 4 a 5 años.

El costo creciente del tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas motivó que los sistemas de salud del mundo desarrollaran distintas estrategias para el cuidado de los mismos. En ellas se destacan las de cuidados paliativos, que según una definición de la Organización Mundial de la Salud es “la asistencia, integral, individualizada y continuada de la persona enferma en situación avanzada y Terminal, teniendo en el enfermo y su familia la unidad a tratar, desde un punto de vista activo, vivo y rehabilitador con fines de mejorar la calidad de vida”.

³⁰ David Spiegel and Susan Diamond: Psychosocial Interventions, American Society of Clinical Oncology. Educational Bot. 1998, p 386.

El modelo de hospital de cuidados paliativos se inició en Inglaterra en 1967, con la apertura del St. Christopher's Hospice. Muchos de los principios que hoy rigen los tratamientos paliativos en varios hospitales se basan en este modelo. Actualmente en los hospitales oncológicos hay grupos interdisciplinarios integrados por oncólogo médico, cirujano, radioterapeuta, psiquiatra, clínica del dolor, trabajadoras sociales y enfermeras preparadas en cuidados paliativos. La función de estos equipos es establecer estrategias para que, con perspectiva ética y de calidad de vida; se proporcione la asistencia integral, no sólo sintomática, al enfermo y a su familia. En algunos países se han creado centros que atienden a estos pacientes, con personal sanitario familiarizado con los enfermos de cáncer avanzado, en el manejo de fármacos específicos, de drogas de acceso restringido y conocimiento de los diferentes tratamientos que estos enfermos requieren. El compromiso de estos equipos interdisciplinarios es técnico y ético

- Control de los síntomas
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo
- Apoyo a la familia, énfasis especial en la atención en su domicilio
- Servicio de consulta y cuidados en consultorios
- Asistencia de trabajo social durante el periodo de duelo
- Tratamiento en el hogar

Desde hace varios años se tiene el concepto del tratamiento paliativo; inicialmente se definía como el tratamiento que pretende aliviar o mitigar los síntomas físicos sin afectar al tumor. El concepto de paliación no incluía la atención de las alteraciones psico-sociales del enfermo y de su familia; tampoco era un tema relevante el concepto de calidad de vida; un ejemplo es la práctica frecuente, en los años cincuenta, de la lobotomía prefrontal transorbitaria para suprimir el dolor. Los tratamientos paliativos se indicaban cuando el enfermo estaba fuera de tratamiento efectivo y con frecuencia en su fase Terminal. El concepto ha cambiado, ya no se habla de tratamiento paliativo, sino de "cuidados paliativos" o "medicina paliativa" que pretende evitar, aliviar o reducir los síntomas físicos causados por el cáncer, y por los

tratamientos antineoplásicos; al mismo tiempo que se proporciona apoyo psicosocial al enfermo y a la familia, El control de los síntomas disminuye la angustia del paciente y mejora la calidad de vida. El informe del Grupo de Trabajo de la American Society of Clinical Oncology (ASCO) sobre Tratamiento del Cáncer al Final de la Vida, reconoce claramente la responsabilidad de los médicos en el cuidado físico y psíquico de los pacientes a lo largo de todas las fases de la evolución de la enfermedad. Han demostrado que al disminuir los síntomas psiquiátricos tales como ansiedad y depresión, mejora la capacidad del enfermo para afrontar sus problemas, y disminuye síntomas como dolor, náuseas y vómito. Las principales recomendaciones del Instituto de Medicina de la ASCO, para mejorar la medicina paliativa en los centros oncológicos son:

- 1.-Asistencia de apoyo fiable y capaz
- 2.- Uso eficaz del conocimiento para prevenir y aliviar el dolor y otros síntomas.
- 3.- Cambiar la educación médica para garantizar actitudes, conocimiento y capacidad de relevantes.
- 4.- Reconocimiento de los cuidados paliativos como un área definida de pericia, educación e investigación.
- 5.- Promover la investigación para aumentar la base de conocimientos
- 6.- Estimular la educación pública

- TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS FÍSICOS FRECUENTES

“El tratamiento del cáncer puede ser eficaz con curación y prolongación de la vida; pero siempre existen problemas físicos, psicosociales o espirituales que deben ser atendidos para mantener la función y optimizar la calidad de vida. El oncólogo médico, en general, se ha centrado durante mucho tiempo en los resultados de la quimioterapia antineoplásica y, con mucha frecuencia se ha olvidado de una parte muy importante de la asistencia integral del enfermo con cáncer: el tratamiento de soporte que incluye la atención de los síntomas físicos y los trastornos psico- social y familiar.

-DOLOR

El dolor crónico del cáncer tiene diferentes etiologías: presión de los nervios por el tumor, metástasis viscerales, principalmente del hígado. La causa más frecuente son las metástasis óseas; éste es el dolor más persistente, intenso e incapacitante, principalmente si afecta a la columna vertebral. Los recursos actuales para el tratamiento del dolor, aplicados adecuadamente en la clínica de algo logía pueden aliviar el dolor en la mayoría de los pacientes; Pero mucho más importantes, sobre todo en los ancianos, son los sufrimientos morales: el temor a la soledad, al abandono y a las miserias de todo tipo, que el enfermo anciano lúcido percibe o espera en estas situaciones: el miedo a la muerte y a la separación. También aquí la actitud ética del médico tiene gran importancia. Los temores son tanto menores cuanto mejor sea la relación interpersonal; la confianza del paciente en su médico y en las capacidades de éste para superar los males y temores que adivina, mejora la calidad de vida del paciente y su capacidad de trabajar productivamente, disfrutar de sus periodos de descanso y tener una función normal en la familia y en la sociedad. La participación de la clínica de psicología es muy importante en el alivio del dolor y en el apoyo de los trastornos psico-sociales, estimulando la participación de la familia en el tratamiento del dolor, mediante comprensión, vigilancia de la evolución del dolor y del tratamiento médico. El tratamiento del dolor oncológico debe basarse en el conocimiento de los principios fisiopatológicos del dolor neoplásico correctamente valorados por el servicio de algo logía, en donde se define el programa de tratamiento y su vigilancia periódica."³¹

- FATIGA

"La fatiga es el síntoma más comúnmente asociado con el cáncer y su tratamiento; prevalece en 60 a 90 %, según el criterio diagnóstico. La fatiga se considera el síntoma más duradero, debilitante y con mayor impacto en la calidad de vida del enfermo. Se distingue clínicamente por sensaciones subjetivas y físicas, como pérdida de energía, disminución de las capacidades de concentración, afectiva y de expresión. La definen como una rara, subjetiva y persistente sensación de cansancio relacionada con cáncer o con terapia antineoplásica, que interfiere con las actividades normales del enfermo.

Con frecuencia la fatiga es uno de los síntomas iniciales del cáncer, y se incrementa durante el curso del tratamiento y del progreso de la enfermedad. Además, la fatiga puede persistir por meses o años después de concluido el tratamiento del cáncer; el 17% de los sobrevivientes tratados por cáncer,

³¹ Jessie Grumman: Beyond Chemotherapy: Marking Psychology and Social Cancers Part of Cancer Care: American Society of Clinical Oncology. Educational Book 1998, 412-417

continúan con fatiga por más de un año. En los pacientes con cáncer avanzado, la fatiga puede coexistir con síntomas de depresión, dolor, anorexia, insomnio, ansiedad, náusea y disnea, síntomas que agravan la fatiga.

La etiología de la fatiga es incierta, porque coinciden múltiples factores, principalmente cáncer, síndromes para-neoplásicos, tratamiento antineoplásico como quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia o cirugía. Por ejemplo, en el paciente que recibe quimioterapia, con frecuencia la fatiga alcanza un máximo durante los días de saturación del fármaco y disminuye hasta el siguiente ciclo de tratamiento. Sin embargo, se desconocen los mecanismos concretos que precipitan o sostienen el síndrome. Se ha publicado que el factor etiológico más importante para padecer fatiga patológica, es el incremento de citó kinas producidas por la necrosis tumoral, que contribuyen a la fatiga, anemia, caquexia, anorexia, fiebre, infección y depresión.

Es necesaria la caracterización detallada del cansancio para conocer los probables factores etiológicos, y definir la estrategia terapéutica. La historia clínica del paciente debe contener todo el espectro de síntomas y signos, e intentar caracterizar los rasgos asociados a cada componente de la fatiga, información que es de gran utilidad para clasificar la gravedad del problema y los posibles factores etiológicos. Muchos de los tratamientos farmacológicos para la fatiga asociada con enfermedades médicas no se han valorado rigurosamente en ensayos controlados; sin embargo, existen pruebas para apoyar el uso de varios fármacos.

El tratamiento puede ser específico, dirigido a la supresión de procesos patológicos coexistentes como: dolor, normalizar el sueño, corregir la anemia, tratar las anomalías por disfunción endocrina o metabólica, tratamiento de las infecciones, vigilar la hidratación, manejar las alteraciones del carácter. O bien puede indicarse tratamiento sintomático farmacológico: corticoides, agentes progestacionales, psico estimulantes; y no farmacológicos: sugerir programas educativos y ejercicio. ³²

³² Cella D, Davis k, Breitbar W, Curt G, for the Fatigue Coalition, Cancer- related fatigue: Prevalence of proposed diagnostic criteria in United States sample of cancer survivor, J Clin Oncol 2001; 19:3385-91

-ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS

“La decisión de proporcionar alimentación o de hidratar a un paciente germinal, a veces inconsciente, para mantener la vida, es otro de los problemas que se le pueden plantear al médico. Desde luego que es lícito recurrir a ellos siempre que exista una esperanza razonable de recuperación o mientras se dispone de información clínica suficiente acerca del pronóstico inmediato. De lo contrario, si la situación Terminal no es reversible, la decisión puede depender de factores como el nivel de conciencia del paciente, la posibilidad de pueda expresar su voluntad, el grado de sufrimiento asociado o las posibilidades de mantenimiento de la vía de alimentación. En este contexto también existen grados; no es lo mismo mantener una simple vía venosa que un programa detallado de alimentación enteral o parenteral. En general, podría aceptarse que, siempre que sea posible, debe intentarse mantener medidas mínimas de soporte. También es conveniente evitar los efectos secundarios de algunos fármacos analgésicos, como el estreñimiento, o la disnea que originan en algunos tipos de cáncer.

El frecuente uso de laxantes en los pacientes que toman opioídeos es un tema controvertido. Los opioídeos son fármacos excelentes en el tratamiento del dolor, pero con frecuencia producen estreñimiento. En un estudio se ha analizado el uso de laxantes en 498 pacientes terminales hospitalizados por cáncer. Los que tomaron opioídeos a dosis altas, requerían laxantes en un 87 %; el 74 % en los pacientes que tomaron dosis moderadas o bajas de opioídeos. De los pacientes que no los tomaban el 64 % necesitaron laxantes. El análisis concluye que los opioídeos son responsables en 25 % de los estreñimientos observados en los pacientes terminales con cáncer, y la dosis de laxante requerida está en relación con la dosis del opioídeo.”³³

³³ American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 1992. Atlanta GA, ACS, 1992.

4.3.- PROCESO FINAL DE LA PACIENTE CON CANCER CERVICO UTERINO

-ASPECTOS PSICOSOCIALES Y ESPIRITUALES DE LOS PACIENTES Y DE LA FAMILIA

“Las consecuencias psicosociales del diagnóstico de cáncer puede incluir temor de recurrencia o muerte, estrés familiar, aislamiento social, depresión, alteración de la imagen corporal y problemas económicos; la concurrencia de estos problemas y su cronicidad pueden conducir al enfermo a estados severos de angustia. Condiciones que, definitivamente, influyen en la evolución de la enfermedad y en su respuesta al tratamiento.

La asistencia eficaz del enfermo exige que con igual interés se atiendan los síntomas físicos, psicosociales y espirituales.

El mejor método para ayudar al enfermo es la comunicación, veraz, amigable, oportuna y directa por el médico que hizo el diagnóstico. Comunicar malas noticias y responder a las preguntas hechas por el enfermo o su familia, exige educación, compasión, empatía y habilidad.

Dar malas noticias es una tarea difícil, pero inevitable para el médico. Antes de comunicar directamente la noticia, es importante valorar las características sociales, culturales y emocionales del enfermo y de su familia, para decidir el contenido y la forma de la información.

A veces parece imposible conseguir un equilibrio entre la honestidad y el mantenimiento de la esperanza; es posible conservar en al enfermo la esperanza si se le informa directa y verazmente de las opciones reales para el tratamiento y el pronóstico, que siempre existen.

Desde la primera relación del médico con el enfermo, es muy importante que el médico vea en el enfermo a la persona, no a la enfermedad, para conocer su situación emocional, social y cultural, y así proporcionar una asistencia física,

psíquica y espiritual adecuadas. Los factores de estrés sufridos con frecuencia por los pacientes sometidos a tratamiento del cáncer pueden ser tan problemáticos para el paciente como el declive físico. Con frecuencia los pacientes tienden a ocultar sus luchas, la depresión y la ansiedad. Investigaciones recientes han demostrado que muchos individuos temen sobrecargar a sus familias emocionales, física y financieramente durante los últimos días. Los retos psicosociales que con mayor frecuencia enfrentan los enfermos con cáncer son.”³⁴

“-Pérdida de la capacidad de participar en el trabajo -Pérdida de la capacidad en todas las actividades sociales de las que antes disfrutaba - Sentimiento de culpa sobre el impacto del diagnóstico sobre las personas por las que el paciente se preocupa. -Disminución del sentimiento de autoestima y autovaloración

La posibilidad de que un enfermo con cáncer avanzado reciba o no atención religiosa de acuerdo con sus propias creencias y deseos también depende, muchas veces, de una decisión médica, previa revisión de la historia clínica inicial, para informarse de sus preferencias religiosas, si las tiene; sobre todo si las condiciones físicas del enfermo anuncian las posibilidades de muerte.

Es difícil valorar en qué medida la religión ayuda a superar buena parte de los problemas que acompañan al trance de morir. La creencia en un más allá, es alguna forma de supervivencia o de resurrección, es algo que puede ayudar de forma muy importante a superar estos momentos.”³⁵

(35)

³⁴ “BARRETO, M.P; CAPAFONS, A e IBAÑEZ E (1987) Depresión y cáncer o adaptación y cáncer. Boletín de psicología p.14 ”

³⁵ “BARRETO, M.P; CAPAFONS, A e IBAÑEZ E (1987) Depresión y cáncer o adaptación y cáncer. Boletín de psicología p.14 ”

-DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

“El carácter moral de la medicina se basa en tres valores fundamentales de la relación humana: 1) beneficio para el paciente; 2) Autodeterminación del paciente; 3) Integridad ética del profesional médico y paramédico.

El beneficio del enfermo es el compromiso inherente de la profesión médica; el rasgo definitorio de la responsabilidad ética del médico. Asistir al paciente de manera que los beneficios superen las cargas o las lesiones; los beneficios se conocen sólo en relación con los objetivos que el enfermo y el médico buscan conseguir.

Los valores esenciales del ser humano son la vida y la autonomía; en el contexto médico, el respeto del médico por la autodeterminación del paciente consiste en su participación activa en las decisiones sobre su propia asistencia. Esto conlleva la comunicación franca del diagnóstico y el pronóstico, los riesgos y beneficios relativos de las alternativas del tratamiento; al mismo tiempo, la explicación de los procesos de la asistencia.

-DÓNDE MORIR

Antes la gente moría en sus hogares. El gran desarrollo de la medicina hospitalaria y la tecnificación son los factores que han cambiado la antigua tradición. El enfermo Terminal tiene el derecho de renunciar a las “ventajas tecnológicas”. La muerte en el propio domicilio, se asocia generalmente a un menor riesgo de agresión médica y también a una mayor posibilidad de despedirse de este mundo en el mismo entorno en el que se ha vivido.

Duelo

“Los familiares que han estado al lado del paciente durante mucho tiempo (tal vez años) en su lucha contra la enfermedad, pueden necesitar apoyo psicológico tras la muerte de esta persona.

En esta fase pueden servir de gran ayuda los grupos de apoyo formados por otros familiares de fallecidos de cáncer, conducidos por un psicólogo. Estos grupos pueden ayudar a manejar el dolor, aportar reflexiones sobre el sentido o falta de sentido de estas experiencias y manejar la ansiedad o depresión.³⁶

³⁶ Mock V, Piper B, Sabatini P, Escalante C. National Comprehensive Cancer Network fatigue practice guidelines. *Oncology* 1998; 151-61

CAPITULO V

Propuesta a la problemática de la no asistencia de la mujer al examen de detección oportuna del cáncer cérvico uterino en la comunidad de San Juan Solís municipio de San Agustín Tlaxiaca Hgo.

5.1.- CONCEPTOS DE TRABAJO SOCIAL

La intervención de trabajo social se puede definir como un proceso de ayuda realizado por un profesional colocado en el contexto de un sistema organizado de servicios ,en general de tipo público, dirigido a individuos ,grupos o sujetos colectivos tendente a activar un “cambio” tanto en el modo de situarse de los individuos ,de los grupos o colectividades frente a los problemas que los afectan de los cuales tienen invención de hacerse cargo como en la relación entre las exigencias evidenciadas y las respuestas personales colectivas e institucionales por activar o ya disponibles.³⁷

Es una profesión que tiene como meta real servir como catalizador y dinamizador de los procesos sociales de cambio respetando los valores propios de nuestro pueblo identificándonos como su realidad histórica y rescatando el respeto de la responsabilidad ciudadana para el logro de una sociedad cuyo desarrollo respete el equilibrio igualitario de todos los hombres que la conforman basados en la justicia social, la libertad la armonía en la fraternidad y que identifique con afecto a las realidades nacionales sin desechar el conocimiento y la evolución de la civilización adoptando y no adoptando las posturas que concurren a reforzar los valores propios para el fortalecimiento de la paz y la concordia humana, fuentes inagotables donde se abreva el bienestar social.³⁸

³⁷ Werner Boehm, “ objectives for the Social Work Curriculum of the future” en w.w. Boehm ed. Social work vol 1 Nueva York council on social work education, 1998

³⁸ R. Merjalejo y E. Duarte? Reconceptualización o conceptualización en el servicio social en América Nacionalismo como solución, Asunción 1997.

5.2.- NIVEL DE INTERVENCIÓN DE CASOS

“El trabajo social de casos es un trabajo individualizado, donde el proceso de investigación presenta una fuerte investigación psicológica, ya que centra su atención en el individuo, su medio familiar, social y cultural; la forma como influye la concepción de su propio problema y en la conformación.

INVESTIGACIÓN: es la etapa inicial en el trabajo social mediante este paso se obtienen los datos que permiten formular el diagnóstico la investigación abarca información de índole económica, intelectual, emocional, etc.

PLANILLA INICIAL: las planillas son modelos, fichas y formas que se emplean con el propósito de recoger datos significativos y necesarios la mayor parte de los casos, suele constituir la carátula del expediente a demás adecuada, sugiere a simple vista el problema o los problemas presentados por el paciente o cliente.

PLAN: es la composición de principios o actividades recomendadas con el objetivo de resolver o atenuar el o los problemas del cliente del servicio social”³⁹

³⁹ castellanos. M.c. manual de trabajo social ed. La prensa medica mexicana. 1999

“PRONOSTICO: es el enunciado de las posibilidades de fracaso o éxito según los prevé e trabajador social, el pronostico en general deja ver la opinión del trabajador social respecto a las posibilidades mas o menos ventajosas que el caso pueda tener.

DIAGNOSTICO INTERPRETATIVO: puede definirse desde el punto de vista del trabajador social como la interpretación presentada por el cliente basándose en la investigación

EVALUACIÓN: es considerada como ultima etapa de la estructura básica de procedimiento, constituye la fase final de un proceso de estudio –investigación, programación, ejecución y evaluación, que consiste inutilizar una serie de procedimientos destinados a comprobar si se ha conseguido o no, las metas y objetivos propuestos en un plan programación o proyecto.

EJECUCIÓN: es el proceso por el cual se pone en marcha un plan desarrollo de acción social, de educación

Para eso es importante determinar claramente los objetivos que nos permitirá evaluar los resultados sin olvidar el programa.”⁴⁰

Dentro del nivel de intervención de casos de aplican diferentes tipos de modelos para el tratamiento de los individuos según su condición. El concepto de “**modelo**” proviene de la lógica matemática y muy a la “moda” en toda descripción científica actual y puede ser utilizado en diversos niveles de abstracción Es decir es la inclusión de un todo en una unidad, de los aspectos teóricos metodológicos funcionales y también filosóficos de una forma determinada de práctica “⁴¹

⁴⁰ Castellanos C. Maria Manual de trabajo social ED. La prensa medica Pág. 103-134 1999.

⁴¹ Hill. Ricardo Modelos en servicio Social Ed. Humanitas Buenos Aires 1973

MODELOS DESCRIPTIVOS POR WERNER A.LUTZ

1.- Modelos relacionados estrechamente con el clínico normativo:

- a) Modelo de la comunicación – interacción
- b) Modelo de crisis

2.- Modelos especialmente diseñados para ayudar al desventajado y alienado, o aquellos que deben tratar con las burocracias y gubernamentales:

- a) Modelo de provisión institucional
- b) Modelo del cliente indigente
- c) Modelo radical igualitario

3.- Modelo con marcada diferencia en su orientación teórica o filosófica:

- a) Modelo socio –conductista
- b) Modelo existencial

MODELOS DE SOCIALIZACIÓN

- a) El modelo del cliente desfavorecido (o defectuoso indigente)
- b) el modelo de servicio social agresivo(o del "hard-to-reach-treatment")
- c) El modelo de socialización propiamente dicho

Las personas abarcadas por este trío de modelos, son las crónicamente pobres y los miembros de cualquier grupo radical o étnico estigmatizado o reprimido.⁴²

⁴² lutz, werner A:Emergig Models of Social case Work practice: escuela de trabajo social de la universidad de connecticut 1976

MODELO CLINICO NORMATIVO

Este modelo se preocupó primero de la recolección de datos sociológicos y finalmente de la evaluación de los factores emocionales subyacentes al comportamiento de los individuos que servirían

MODELO DE COMUNICACIÓN -INTERACCION

Este modelo vio al ser humano sobre todo como un agente activo, un sistema abierto desde el nacimiento, poseedor de amplias potencialidades de comportamiento a ser actualizadas con otros en su medio ambiente, este modelo se dirige a la familia con el contexto principal del individuo

-Fenómenos que comprende:

Esta constituido por formas desordenadas de comunicación e interacción la unidad que le preocupa es usualmente la familia, pero se concibe que el problema puede ser experimentado y tratado también en estas organizaciones sociales.

-base conceptual del modelo:

Las diferentes formulaciones teóricas en que se basa varían ampliamente, algunas conciben a la familia como un sistema y analizan la situación - problema.

-objetivos y métodos se concibe generalmente como objetivo de la practica, el modificar las distorsiones en la comunicación, lo que resultara en una transmisión franca de intenciones consientes de una persona a otra.⁴³

⁴³ lutz, werner A:Emergig Models of Social case Work practice: escuela de trabajo social de la universidad de connecticut 1976

5.3.- NIVEL DE INTERVENCIÓN DE GUPO

Para poder definir que es un grupo a continuación expondremos tres definiciones de los siguientes autores:

- 1.- Sportt "el grupo es una pluralidad de individuos que interactúan entre si, mas de lo que hacen con cualquier persona que no pertenezca al grupo"
- 2.- Lewin define al grupo "como una totalidad de personas en constante acción y a quienes une la interdependencia mas que la similitud " .
- 3.- Colley define al grupo "como una relación de cooperación estrecha cara a cara dice también que los grupos primarios son elemento fundamental de la naturaleza humana y de la formación de los ideales humanos "

Entendiendo las definiciones anteriores, podemos definir al trabajo social de grupos, como al conjunto de personas que persiguen un fin común sin importar raza, credo o religión donde todos os integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas y valores que todos han creado o modificado el trabajo social de grupos fue considerado como un campo de actuación luego un movimiento y mas tarde un objetivo o meta ,pero a medida que fue considerado como un campo de actuación luego un movimiento y mas tarde un objetivo o meta, pero a medida que fue perfilando su enfoque ,ámbito y modalidad operativa fue adquiriendo carácter de método específico de trabajo social.⁴⁴

⁴⁴ Natalio Kisnermar Teoría Practica de Trabajo Social Ed. Humanitas Tomo VI

El trabajo social de grupos debe tener dos tipos de cualidades de capacidades y destrezas.

“Capacidades:

1.- Procedimientos mentales que extrañan un buen manejo de procedimientos de técnicas grupales y tiene conocimiento teórico y practico de la dinámica de grupos.

Destrezas:

2.- Interaccionales esto se refiere a su implicación personal sus cualidades humanas a la forma de relacionarse y de actuar con otros.

Según Yolanda Contreras la metodología de trabajo social de grupo esta conformada por investigación, diagnostico, plan, ejecución, y evaluación; para el desarrollo de la metodología se cuentan con tres etapas de la vida de un grupo que son:

Etapas de formación: es el nacimiento de grupo esta etapa el líder profesional identifica los intereses comunes que poseen un conjunto de personas y las ayuda a asociarse.

Etapas de organización: es donde los miembros comienzan a tener la capacidad de auto dirigirse ; los puntos para darnos cuenta de que el grupo ha entrado a esta etapa son , la declinación de la ansiedad ,la división del trabajo ,la aparición del líder sociológico del grupo ,la adquisición de mayores responsabilidades por parte de los miembros ,la identificación con el grupo expresada en “nosotros “el aprendizaje de una tarea permite a su vez el aprendizaje de cómo organizarse bien, ya que los implica mas en el trabajo a realizar y en lograr la integración.

Etapas de integración: en esta el grupo funciona como una unidad productiva, las relaciones interpersonales son primarias y aproximadas a serlo .La capacidad de los miembros esta dada a su sensibilidad a los problemas de interacción y a las necesidades del grupo, así su habilidad para resolverlos y satisfacerlos, el grupo ha llegado a la madurez, el liderazgo esta repartido entre todos sus miembros.”⁴⁵

⁴⁵ Contreras de wilhem Yolanda trabajo social de grupos ED. Pax México Pág. 45-54 2003.

"DOCUMENTOS PARA EL TRABAJO CON GRUPOS

"Para llevar a cabo el trabajo con grupos es importante conocer algunos documentos que serán indispensables como son los siguientes:

FICHA DE IDENTIFICACION

Esta se realiza en el momento de inscripción de las personas en el lugar donde se llevaran acabo las sesiones aquí se anotaran los datos generales de cada uno de los participantes como son:

- Nombre del programa en el encabezado
- Nombre del participante
- Edad
- Domicilio
- Teléfono
- Ocupación
- Hora seleccionada de las reuniones
- Día de las reuniones
- Nombre del trabajador social ⁴⁶

⁴⁶ "Contreras de wilhem Yolanda trabajo social de grupos ED. Pax México Pág. 48-79. 2003."

CRÓNICA DE GRUPO

“La crónica es una descripción detallada de todo lo sucedido en cada una de las sesiones con el grupo, se describirá como una fuente de inscripción y observación al individuo en su relación común dentro del grupo y la forma ñeque este se beneficia del mismo para esto debe realizar inmediatamente después de cada una de las sesiones y llevara los siguientes datos:

Nombre del trabajador social
Fecha de reunión
Numero de reunión
Numero de asistentes
Numero de inasistentes
Numero de socios retirados
Numero de socios nuevos
Visitas
Nombre del programa
Actividad
Nombre del programa anterior
Relato

HOJA DE TRABAJO DE DIARIO

Numero de sesión
Fecha
Nombre del trabajador social
Actividad
Objetivos específicos
Objetivo terapéutico
Recursos

5.4.-NIVEL DE INTERVENCIÓN DE COMUNIDAD⁴⁷

Metodología de la comunidad

La metodología del desarrollo de la comunidad tiene una estructura de procedimiento que comporta cuatro fases:

- estudio, investigación, diagnóstico
- programación
- ejecución
- evaluación

Estas bases que denominamos "estructura básica del procedimiento", no debe considerarse como una secuencia rígida de etapas y fases compartilizadas. Retrata de una guía operativa que debe adaptarse a la dinámica de la realidad social y que admite en el caso de desarrollo de la comunidad exige un estructuramiento de los diferentes momentos.

Los estudios de la comunidad aparecidos en los últimos 30 años, que suelen considerarse clásicos en el campo de las ciencias sociales.

Todo estudio o investigación social, lo mismo obviamente para un estudio de comunidades comienza con la formulación del problema y se extiende por una serie de fases hasta encontrar la respuesta.

⁴⁷ Técnicas de trabajo social grupal " (47)" Contreras de wilhem Yolanda trabajo social de grupos ED. Pax México Pág. 48-79. 2003."

1.- Formulación del problema



2.- Diseño de la investigación

Esta fase consiste en elaborar el esbozo esquema, prototipo o modelo que indica las decisiones, pasos y actividades a realizar para llevar a cabo la investigación dentro del programa del desarrollo de la comunidad, esto incluye una serie de tareas como :

- Elaboración de la estructura general de la investigación
- Coordinación de tareas
- Esquema presupuestario

Marco teórico referencial

En el marco teórico se expresan las proposiciones teóricas generales las teorías específicas, los postulados y supuestos que sirven de marco de referencia al problema que son motivo de estudio en la investigación o bien sirve como marco en que se sitúan las hipótesis.

Elaboración de la estructura general de la investigación.

Consiste fundamentalmente en elaborar el paradigma de las operaciones a realizar con las variables, pueden entenderse también en un estudio para el desarrollo de la comunidad como la elaboración de un guía general de investigación.

Coordinación de tareas y diagrama del proceso general de la investigación

No es lo mismo coordinación de tareas que el diagrama del proceso general de la investigación no hay mejor sistema para organizar la coordinación de tareas que el utilizar un diagrama que indique las diferentes fases los tiempos en los que debe se, cada momento de la investigación.

3.- Constitución del equipo de investigación

Dentro del programa de desarrollo de comunidad las tareas de estudio de investigación las realiza el mismo equipo responsable de llevar acabo los trabajos de campo.

4.- Los métodos y técnicas a utilizar

Las "armas metodológicas" como se las ha llamado dependen de cada caso concreto de una serie de factores

- La naturaleza del fenómeno a estudiar
- El objetivo de la investigación
- Los recursos financieros disponibles
- El equipo humano que realizara la investigación
- La cooperación que se espera lograr del público

5.- Organización del material de consulta e investigación

Hablar de organización del material de consulta que hace referencia al área o sector en el que se ha de realizar el programa.

*La organización del material que hay que consultar para realizar la investigación

*la organización del material mediante la ordenación de las informaciones y datos recogidos durante la realización de la misma investigación

6.- Determinación y elección de la muestra

Este método consiste en obtener un juicio sobre un total que se denomina "conjunto" o "universo" ya sea de individuos o de elementos; mediante al recopilación y examen de una parte demonizada "muestra" que se selecciona por procedimientos científicos que reciben el nombre de "muestreo".

7.- Prueba previa de instrumentos y procedimientos

No basta con haber elegido los instrumentos metodológicos de acuerdo al problema a investigar, es necesario que estos procedimientos sean aptos para abordar científicamente esa realidad concreta, antes de explicar las técnicas de investigación, es menester un "afinamiento" de última instancia.

Esto es lo que se llama la prueba previa de instrumentos y procedimientos, el modo que podremos denominar clásico para realizar esta prueba es el denominado "test preliminar" o "investigación de ensayo"

8.- preparación de la comunidad o del grupo en que se realizara la investigación.

Esta actividad consiste en crear un clima favorable en el cuadro territorial, local, regional, provincial, o en la institución u organización en cual se proyecta llevar acabo la investigación como la metodología propuesta busca la máxima participación de la gente en este caso la preparación de la comunidad.

Existen dos tareas o actividades en la preparación de la comunidad

- por una parte, crear un clima favorable para que el trabajo sobre el terreno, se eviten recelos abstenciones, explicaciones previas.
- La preparación para incorporar algunos miembros de la comunidad en la realidad del estudio.

9.- Obtención y recolección de datos

La obtención y recolección de datos comprende dos tareas

*la recopilación de datos sobre el terreno (datos primarios)

*el uso de datos disponibles, que también exige una tarea de identificación y recolección (datos secundarios)

Para la realización y recopilación de datos e información, existen numerosos procedimientos que dependen de la naturaleza del problema a estudiar y del equipo de investigación disponible

- La observación
- La entrevista
- El cuestionario
- La recopilación documental
- La escala de actitudes y opiniones
- * Los test

- * La sociometría

- * La semántica diferencial

- Análisis del contenido

NOTA: los test, la sociometría y la semántica diferencial no son ocupados para el estudio de comunidad.

10.- El conocimiento proviene de la práctica

Tiene una doble dimensión esta totalmente entrecruzada

- -el conocimiento que se adquiere como consecuencia de haber iniciado algunas tareas sobre el terreno
- conocimiento que proviene de la inserción inmersión dentro de una determinada realidad se lleva acabo el programa de desarrollo comunal, el solo hecho de iniciar el trabajo sobre el terreno y de realizar determinadas tareas, la práctica nos proporciona un conocimiento de la realidad.

11.- Clasificación, codificación y tabulación de datos

Los datos recogidos mediante algunos de los procedimientos indicados precedentemente, son elaborados y clasificados con arreglo a ciertos criterios de sistematización, para proceder luego al recuento y clasificación conforme al sistema más adecuado y factible

La elaboración de clasificación comporta dos operaciones fundamentales:

- la codificación
- la elaboración (que consiste fundamentalmente en la tabulación de los datos)

El objetivo de codificar es el traducir una serie de respuestas extensa a un conjunto sintético todas y cada una de las categorías que comprende el cuestionario mediante la codificación, se hace posible la tarea de tabulación de datos.

12.- Análisis elaboración e interpretación de los datos

Cuando se realiza el tratamiento estadístico matemático de los datos en sí mismos tienen limitada importancia es necesario "hacerlos hablar "esto es encontrarles significación, consiste en la esencia del análisis o interpretación de los datos.

El propósito de análisis; es resumir y comparar las observaciones llevadas a cabo en forma tal que sea posible materializar los resultados de la investigación con el fin de proporcionar respuestas a las interrogantes de la investigación o sea, a los problemas formulados.

El objetivo de la interpretación: es buscar un significado más amplio a las respuestas mediante su trabazón con otros conocimientos disponibles, generalizaciones, leyes, teorías.

Ambas tareas –análisis o interpretación son la culminación de todo el proceso de la investigación.

DIAGNOSTICO

Conforme a la metodología propuesta, es preciso distinguir dos tipos de diagnostico:

*El diagnostico preliminar (primera aproximación a la situación problema)

*El diagnostico resultante de un estudio sistemático

Aspectos a considerar del diagnostico

- Sistematización de la información y de datos sobre la situación –problema de una determinada realidad ,de cómo se ha llegado a ella y cuales son las tendencias ;
- Se intenta establecer la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas y la jerarquización de los mismos en función de ciertos criterios ideológicos, políticos y técnicos;
- Comporta, a si mismo el conocimiento de los factores mas relevantes dentro de la actividad o aspecto que interesa considerar, de las diferentes fuerzas en conflicto y de los factores que actúan de manera favorable neutra o desfavorable para alcanzar los objetivos o la finalidad propuesta.
- Incluye también la determinación de recursos e instrumentos disponibles en función de la resolución de los problemas y/o la satisfacción de necesidades o carencias detectadas.

EL DIAGNOSTICO

Es el procedimiento por el cual se establece la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan al aspecto, sector o situación de la realidad social que es motivo de estudio –investigación en vista de la programación y realización de una acción.⁴⁸

En el I diagnostico se establecen también la jerarquización de las necesidades y problemas en función de ciertos criterios políticos, ideológicos, y técnicos .comporta ,a si mismo ,el conocimiento de las diferentes fuerzas en conflicto y de los factores que actúan de manera favorable, neutra o desfavorable ,para alcanzar los objetivos a la finalidad propuesta .También incluye la determinación de los recursos disponibles ,tiene por finalidad servir de base para un hacer(realización de un proyecto o programa) y para fundamentar las estrategias que se han de expresar en una practica concreta ,conforme a las necesidades y aspiraciones manifiestas por los mismos interesados de manera directa y a través de sus organizaciones.

⁴⁸ Ander Egg. Ezequiel Metodología y Practica del Desarrollo de la Comunidad ED humanitas Pág. 103-121 año 1993.

5.5.- METODOLOGÍA DE TRABAJO SOCIAL

En toda actividad que realizamos es necesario llevar acabo una serie de actividades conjuntamente ligadas para poder alcanzar nuestras metas con mayor exactitud y en trabajo social no es la excepción y a este proceso se le denomina Metodología, la cual abordaremos brevemente.

INVESTIGACION: Es la búsqueda de los hechos, un camino para conocer la realidad, es un procedimiento reflexivo, sistemático controlado y criticó que tiene como finalidad descubrir o interpretar hechos o fenómenos relacionados, leyes de un determinado ámbito a la realidad.

DIAGNOSTICO: Indica el análisis que se realiza para determinar cual es una situación y cual es una realidad y cuales son las tendencias de la misma .Esta determinación se realiza sobre la base de informaciones ,datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente que permiten juzgar mejor que hacer y como hacerlo.

PLAN : Es el conjunto organizado de fines ,objetivo ,metas instrumentos medios y recursos para lograr el desarrollo de una área determinada como país, religión , comunidad, o de un sector agrícola, minero , industrial ,educativo ,sanitario.

EJECUCION: Es el proceso por el cual se pone en marcha un plan desarrollo de acción social, de educación

Para eso es importante determinar claramente los objetivos que nos permitirá evaluar los resultados sin olvidar el programa.

En el primero se invierte claramente la autoridad de donde dependerá el grupo y el segundo será elaborado por los miembros de acuerdo a sus propios intereses.

EVALUACION: Es considerada como ultima etapa de la estructura básica de procedimiento, constituye la fase final de un proceso de estudio –investigación, programación, ejecución y evaluación, que consiste inutilizar una serie de procedimientos destinados a comprobar si se ha conseguido o no, las metas y objetivos propuestos en un plan, programación o proyecto.⁴⁹

⁴⁹ Ander Egg. Ezequiel Técnicas de Investigación Social ED Lumen año 1995.

CONCLUSIONES

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública que ha existido desde épocas muy remotas se dice que es un mal de los países pobres con deficiente atención médica y marcada influencia de los factores culturales adversos

El cáncer cérvico uterino es la neoplasia ginecológica maligna más común en nuestro medio y la que produce mayor número de defunciones por cáncer cérvico uterino en la mujer mexicana, por lo que repercute un problema de serias repercusiones nacionales.

Los servicios médico sociales están en todos los países de un alto nivel cultural ya que las enfermedades por sí solas son suficientes para provocar las mayores transformaciones en la vida de los individuos no solo alteran su nivel económico ,sino sus hábitos y costumbres ,intereses, relaciones familiares ocupaciones ,etc.

Por estas y otras razones suelen ocasionar notables cambios en las esferas físicas, psíquicas y sociales del individuo.

En el análisis de la investigación obtuvimos que la vergüenza la decidía el desconocimiento a que instituciones asistir a la realización del examen de detección oportuna, la envidia y la promiscuidad, son los factores que influyen en la decisión de la mujer para que asista a realizarse el examen.

El entender el desarrollo de una verdadera educación para la salud solo es posible a través de un proceso educativo iniciado, al nacer el individuo y continuado a través de toda la vida por la familia, la escuela la universidad, los grupos sociales, las instituciones sociales .Lo que el individuo y la cierta autonomía y una consecuente responsabilidad para proteger y cultivar su salud.

En los países en que tienen campañas de detección adecuados con el estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la incidencia mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuye a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales en las del diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo, tanto social como para los servicios de salud.

La cuestión de los hábitos y de la cultura de una población esta muy relacionada con la aceptación social de las innovaciones que se proponen a la colectividad.

Tomando en cuenta que los patrones culturales que son de gran importancia, ya que los sentimientos de dignidad y orgullo, las ideas sobre lo que constituye la decencia son imbuidos en los miembros de todas las sociedades en sus respectivas culturas, los criterios sobre la decencia suelen constituir obstáculos serios para algunos tipos de programas de cambio cultural dirigido.

El trabajador social como participante en este tipo de programas debe conceder especial importancia al conocimiento de las creencias, para que el como promotor, educador, orientador pueda modificar la actitud que se tiene respecto al examen de detección oportuna del cáncer cérvico uterino.

PROPUESTA DE TABAJO SOCIAL

El cáncer cérvico uterino constituye un problema de serias repercusiones nacionales, que urge atender en virtud al daño que origina a la integración familiar y la comunidad de san Juan Solís municipio de san Agustín Tlaxiaca; no esta exenta de este problema de salud publica; a si mismo el trabajador social en equipo multidisciplinario debe proporcionar información amplia y precisa tanto del procedimiento técnico de la aplicación del examen como de las causas y consecuencias del examen del cáncer cérvico uterino alas mujeres rurales.

Proporcionar información a través de folletos, carteles, y que sea reforzada con platicas a grupos informales de la comunidad.

Será también importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución e este problema de salud, lo cual se lograra mediante la enseñanza, difusión y concientización de los riesgos y complicaciones de la misma.

Sensibilizar no solo a la mujer sino también a la pareja masculina de la importancia de la realización del examen de detección oportuna y de los riesgos que esto contrae no solo para la madre sino también para toda la familia.

concientizar a las mujeres sobre las causas del cáncer cérvico uterino y sus consecuencias en la salud de la mujer y la familia ,se tratara de lograr que las mujeres tengan una buena higiene corporal e implementar en ellas una educación para lograr conciencia en base de esta enfermedad.

Tratar de aumentar el número de mujeres que se realicen el examen de detección oportuna sin tener que estar condicionadas por algún programa de

ayuda económica ò en su lugar que sea una forma para que las mujeres asistan a la revisión anualmente.

Por medio de un proceso de dialogo concientizar a las mujeres a cerca de la cultura de la prevención que no asistan al doctor hasta que tengan la enfermedad y ya sea demasiado tarde incluso para someterse a tratamientos.

Orientar a las mujeres sobre de los diferentes instituciones de salud que lleven acabo el programa y que hagan uso de cualquiera de ellos; a si mismo difundir sobre el departamento de medicina preventiva remarcando que este departamento tiene como uno de sus programas la detección oportuna del cáncer cérvico uterino.

Que los resultados del examen sean totalmente confiables y entregados en el tiempo estipulado porque en ocasiones no llegan a la comunidad o llegan con resultados llamados "falsos negativos "esto es por que los instrumentos son demasiado viejos para la acertividad del examen a si mismo que las autoridades gubernamentales se encarguen de supervisar que en las comunidades rurales tengan el equipo necesario y en buenas condiciones

Que los trabajadores sociales tengan más campo de trabajo en el área médica para una mejor ejecución de este tipo de programas en las comunidades rurales; mediante grupos informales otorgando información acerca del tema.

Citas Textuales

1. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 1992. Atlanta GA, ACS, 1992.
2. "BARRETO, M.PCAPAFONS, A e IBAÑEZ E. Depresión y cáncer o adaptación y cáncer. Boletín de psicología p.14 (1998)"
3. Boletín Informativo Centró de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, 2005"
4. David Spiegel and Susan Diamond: Psychosocial Interventions, American Society of Clinical Oncology. Educational Bot. 1998
5. Datos Estadísticos Centro de Salud San Agustín Tlaxiaca "
6. Encuesta secretaria salud SSA-México 2005
7. Fóster M. George Problemas en Programas Sanitarios ED. Consejo
8. Ibáñez y Andréu dificultades psicológicas que presenta el paciente oncológico a lo largo de su enfermedad, 1988
9. INEGI encuestas vitales Hidalgo 2005"
10. Ibáñez y Andréu dificultades psicológicas que presenta el paciente oncológico a lo largo de su enfermedad, 1988
11. Jessie Grumman: Beyond Chemotherapy: Marking Psychology and Social Cancers Part of Cancer Care: American Society of Clinical Oncology. Educacional Book 1998
12. Kumar Cotaran Robbins Patología Humana Enfermedades del cervix.
13. Lewis, Merlej .Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América latina y caribe .2004
14. R. Merjalejo y E. Duarte? Reconceptualizacion o conceptualizacion en el servicio social en América Nacionalismo como solución, Asunción 1997.
15. Norma oficial mexicana NOM -014-SSA-1994
16. Secretaría de Salud, Registro Histopatológico de Tumores Malignos, 1998"
17. Per did Mock V, Piper B, Sabatini P, Escalante C. Nacional Comprehensive Cáncer Network fatigue práctica guidelines. Oncology 1998.
18. Vicen T. Devita Jr Principios y practica de oncologia vol. 1 Quinta edición Pág. 145- 148"

19. Werner Boehm, "objectives for the Social Work Curriculum of the future" en w.w. Boehm ed. Social work vol 1 Nueva York council on social work education, 1998

Revista Salud Publica México, Nov .2006

Cibergraficas Pág. Web."Blanco M. S y Navia V. A (1991)

Factores psicosociales y cáncer una revisión crítica, 535

BIBLIOGRAFÍA

1. Ander -Egg Ezequiel metodología y práctica del desarrollo de la comunidad ED. Humanitas buenos Aires 1993
2. Ander -egg Ezequiel técnicas de investigación social ed. Lumen 1995.
3. Ander -Egg Ezequiel Metodología del Trabajo Social ed. Lumen 2003
4. Castellanos Maria, manual de trabajo social ED. Prensa medica Mexicana. 1999
5. Contreras de wilhem Yolanda trabajo social de grupos ED. Pax México 2003
6. Lutz, werner a emergin. Models of case Word practice escuela de trabajo social de la universidad de connecticut 1979
7. Hill Ricardo modelos en servicio social ed. Humanitas buenos aires 1973