

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
AREA ACADEMICA DE TRABAJO SOCIAL**

**INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL COMO ENFATIZADOR EN EL
FENOMENO SOCIAL DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES
DEL MODULO DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL MUNICIPIO DE
PACHUCA HGO.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
TRABAJADOR SOCIAL**

PRESENTA:

**P. S. T. S. CLAUDIA HERNÁNDEZ GÓMEZ
P. S. T. S. ELIZABETH OJEDA VÁZQUEZ
P. S. T. S. MARÍA ELENA ALBARRÁN NIEVES
P. S. T. S. SABRINA OLGUÍN CRUZ**

**ASESOR:
MTRA. MARÍA CRISTINA PÉREZ ROCILES**

PACHUCA SE SOTO, HGO. MAYO 2007

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.	7
1.1 Planteamiento del Problema	8
1.2 Justificación	10
1.3 Objetivos	12
1.3.1 Objetivo General	12
1.3.2 Objetivos Específicos	12
1.4 Metodología	13
1.4.1 Tipos de Investigación	13
1.4.2 Hipótesis	13
CAPÍTULO 2 VIRUS DE PAPILOMA HUMANO	15
2.1 Antecedentes del Virus del Papiloma Humano	16
2.2 Características del Virus del Papiloma Humano	18
2.3 Formas de Transmisión	23
2.4 Cuadro Clínico	26
2.5 Tratamiento	28
CAPÍTULO 3 LA FAMILIA	33
3.1 El Origen Biológico de la Familia	34
3.1.1 Conceptos Básicos de la Familia	35
3.1.2 Tipos de Familia	37
3.1.3 Dinámica Familiar	40
3.2 Conceptualización de Equidad de Género	43
3.2.1 Diferencias entre Sexo y Género	44
3.2.2 Equidad de Género en Salud	46

CAPÍTULO 4 SISTEMA NACIONAL DE SALUD	49
4.1 Plan Nacional de Desarrollo	50
4.1.1 El Compromiso con la Salud	51
4.2 Programa Nacional de Salud	52
4.3 Plan Estatal de Desarrollo	59
4.3.1 Fortaleza y Gestión Pública	59
4.3.2 Principios de la Acción del Gobierno	60
4.3.3 Salud	60
4.3.4 Objetivos	63
4.3.5 Estrategias	64
4.3.6 Líneas de Acción	64
 CAPÍTULO 5 INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD	 66
5.1 Origen del Trabajador Social	67
5.2 Conceptualización de Trabajo Social	70
5.3 Trabajo Social de Grupos	75
5.4 Etapas de la Vida de un Grupo	80
5.5 Antecedentes del Instituto Mexicano del Seguro Social	81
5.6 Programa de Salud Reproductiva	84
 CAPÍTULO 6 RESULTADOS	 92
6.1 Aplicación del Instrumento	93
6.2 Descripción de Resultados	94
6.3 Interpretación y Análisis de los Resultados	110
6.4 Conclusiones	112

CAPÍTULO 7 PROPUESTA DE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL	114
7.1 Denominación del Proyecto	115
7.2 Naturaleza del Proyecto	115
7.2.1 Fundamentación	115
7.2.2 Objetivos	115
7.2.2.1 Objetivo General	115
7.2.2.2 Objetivos Específicos	116
7.2.3 Servicios que Prestara	116
7.2.4 Localización Física del Proyecto	116
7.3 Cronograma de Actividades	117
7.4 Metodología	120
7.5 Ejecución	120
7.6 Evaluación	120
BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXO 1 INSTRUMENTO	123
ANEXO 2 GLOSARIO	128

INTRODUCCIÓN.

A través de los años se han dado cambios en los aspectos sociales, políticos, religiosos, culturales, económicos, educativos y de salud, en estos el hombre a tenido que actuar de acuerdo a la situación presentada; por lo que este documento se refiere a la preocupación que se tiene del Virus del Papiloma Humano, así mismo al grado de conocimiento que la población femenina tiene sobre este padecimiento.

Es importante señalar que el estado de salud y el comportamiento de los hombres es resultado de construcción social del género, los problemas sociales como la violencia, las adicciones y el contacto sexual inseguro nos lleva a la promiscuidad, provocando un problema de salud pública como es el Virus del Papiloma Humano.

El Virus es una enfermedad que al no ser tratada nos conduce a un Cáncer Cervico Uterino, no solo se asocia a enfermedades de transmisión sexual sino también a otras formas de contagio como; negligencia médica o manejo de instrumentos inadecuadamente esterilizados. De acuerdo a lo antes mencionado la ley señala que las mujeres tienen las mismas oportunidades que los hombres, con sus necesidades y capacidades para un mejor nivel de vida.

Como primer capítulo tenemos el diseño de la investigación, iniciando por el planteamiento del problema, justificación, objetivo general, objetivos específicos, y la metodología; en la cual encontramos el tipo de investigación, diseño del instrumento, selección de la muestra, hipótesis y variables.

El segundo capítulo damos a conocer los antecedentes históricos a cerca del Virus del Papiloma Humano, la conceptualización, características de este, formas de transmisión, cuadro clínico y tratamiento.

En el tercer capítulo mencionaremos lo referente a familia encontrando el origen biológico de ésta, los conceptos básicos y tipos de familia, así como la dinámica familiar y los roles que desempeña cada miembro, no dejando a un lado que equidad y género se esta presentando en la actualidad tanto en lo social como en la salud.

Dentro del cuarto capítulo se da ha conocer el sistema nacional de salud en los documentos expuestos a nivel Nacional y Estatal entre los que se mencionan: el Plan Nacional de Salud, Programa Nacional de Salud y por ultimo el Plan Estatal de Desarrollo junto con sus objetivos, estrategias y líneas de acción.

Posteriormente en el capítulo quinto se hablará de la intervención del Trabajador Social en el área de la salud. Para esto se retomaran temas como origen del Trabajador Social, conceptualización, Trabajo Social de Grupos, antecedentes históricos del Trabajador Social, antecedentes de la institución y sobre el Programa de Salud Reproductiva.

En cuanto al capítulo seis se aplicó un instrumento que a través de la entrevista directa a la población femenina, arrojando resultados que se graficaron para analizar el grado de conocimiento que tiene la mujer en edad reproductiva sobre el V.P.H.

Por ultimo damos a conocer la propuesta de intervención que se hace a partir de los resultados obtenidos en la investigación, que como equipo de Trabajo Social que somos nos damos a la tarea que la población femenina que asiste al Módulo de Salud Reproductiva tenga el conocimiento de lo que es este padecimiento.

CAPÍTULO 1

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El presente documento tiene como propósito identificar el conocimiento que tiene la población femenina sobre el Virus de Papiloma Humano del Módulo de Salud Reproductiva del Centro de Seguridad Social IMSS Pachuca Hidalgo. En esta investigación se hablará del VPH como una enfermedad de transmisión sexual que se esta presentando en las mujeres, puesto que ellas le dan más importancia a otros ámbitos como lo familiar, laboral, dejando de lado su autocuidado por razones diferentes como temor, pudor, inseguridad e indecisión.

Entre la familia de enfermedades de transmisión sexual una de las mas comunes y menos conocidas es el Virus del Papiloma Humano, produce lesiones en forma de verrugas que aparecen en los órganos genitales masculinos y femeninos, este padecimiento tiene mayor incidencia en mujeres con un inicio de vida sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales, con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo y malos hábitos alimenticios. Esta enfermedad nos lleva al Cáncer Cervicouterino si no detecta o se trata a tiempo.

Para que esta situación cambie es necesario influir en algunas situaciones como es la comunicación en todos los aspectos entre parejas, familias y promotores de salud para que haya un comportamiento sexual responsable, es preciso que se sensibilice y exista igualdad en las relaciones entre géneros, es decir, que su vinculación sea respetuosa y armoniosa entre ambos sexos.

Hoy en día es indispensable que los roles de familia estén bien definidos, ya que dependiendo de los factores que se desarrollen serán capaces de enfrentar sus problemas, la salud es una de las preocupaciones que tiene el país por ello hoy en día se han desarrollado programas a nivel nacional. De los cuales

hablan de la importancia que tiene la salud pero ninguno menciona sobre el Virus del Papiloma Humano como tal, sino de la consecuencia que es el Cáncer Cervicouterino.

Otro aspecto importante que debemos conocer es la intervención del Trabajador Social en el Campo de la Salud como un enlace entre el paciente y las instituciones, para orientar, educar y dar alternativas de solución. El grupo que estudiaremos serán mujeres en edad reproductiva de 15 a 44 años que acuden al Módulo de Salud Reproductiva del Centro de Seguridad Social Pachuca Hgo., De acuerdo a este planteamiento y con base a la preparación adquirida en la carrera de Trabajo Social cuyo perfil permite analizar este tipo de problemas, se elaborara un proyecto con la metodología que permitirá a la población femenina adquirir conocimiento sobre este padecimiento.

¿Qué conocimiento tiene la población femenina que acude al Módulo de Salud Reproductiva del Centro de Seguridad Social de Pachuca Hgo., sobre el Virus del Papiloma Humano?

1.2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad día con día el ser humano se encuentra en constante evolución, por lo consiguiente estos cambios propician diversos problemas en la sociedad como políticos, económicos, educativos, culturales y de salud donde la vinculación con las diferentes instituciones publicas y privadas, y la relación con un equipo multidisciplinario, así como estén en constante actualización en todos los aspectos para buscar alternativas de solución.

La salud es una de las prioridades básicas de la sociedad, por lo que esta investigación se enfoca en el Virus de Papiloma Humano. Este virus se adquiere por transmisión sexual, con mas frecuencia en parejas promiscuas que inician una vida sexual a temprana edad, se manifiesta en 3 etapas a).- Latente (no tiene signos ni síntomas), b).- Sub Clínica (a través de estudios de papanicolao y la colposcopia) c).- Clínica (la presencia de las verrugas). Al no detectarse a tiempo puede causar una enfermedad mortal (Cáncer Cervicouterino).

En un estudio realizado por el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaria de Salud en el 2004 se refiere los siguientes datos, de acuerdo a los estados con mas prevalencia que en ese momento eran: en 5to lugar es Baja California Norte con 1070, en 4to lugar Oaxaca con 1479, en 3er lugar Veracruz con 1664, en 2do lugar Quintana Roo con 1730 y 1er lugar Jalisco con 5157 casos, donde la edad en que predomina el virus es de 25 a 44, en el Estado de Hidalgo se ubica en el 13vo lugar con 347 casos.

Para el año 2005 las cifras en el Estado de Oaxaca ocupo el 5to lugar con 1199, en 4to lugar es Veracruz con 1445, en 3er lugar Quintana Roo con 2153, en 2do lugar Distrito Federal con 2723, y en 1er lugar continua el estado de Jalisco con 5180 casos, de los anteriores datos se analiza que en estos últimos

dos años estas cifras han aumentado en algunos hasta el doble, se a sumado a la lista el Distrito Federal la ciudad mas grande de Latinoamérica y el estado de Hidalgo se encuentra en el 7to lugar, donde de 347 se triplico a 1172 casos de personas infectadas por este virus.

Por tal motivo se hará un estudio para conocer que tanto sabe la población sobre la prevención de la enfermedad del VPH., donde se tomara una muestra aleatoria con mujeres de 15 a 44 años del Centro de Seguridad Social de Pachuca Hgo., se selecciona este grupo de edad ya que es el periodo de mayor incidencia con base al Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaria de Salud y que de acuerdo a los resultados que se obtendrán al aplicar el instrumento, nos permitirá elaborar una propuesta de intervención en Trabajo Social.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1.OBJETIVO GENERAL

Identificar el conocimiento sobre Virus del Papiloma Humano que tiene la población femenina que acude al Modulo de Salud Reproductiva del Centro de Seguridad de Pachuca Hidalgo, para realizar una propuesta de intervención entorno a esta problemática.

1.3.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el Nivel Educativo con relación al conocimiento que tiene las mujeres sobre el Virus del Papiloma Humano en el C. S. S.
- Identificar el Nivel Económico con relación al conocimiento que tiene las mujeres sobre el Virus del Papiloma Humano en el C. S. S.
- Identificar el estado civil que prevalece en los mujeres que acuden al Modulo.

1.1. METODOLOGÍA

1.4.1.TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se hará una investigación de tipo exploratoria tomando una muestra del universo de trabajo del Centro de Seguridad Social, Pachuca Hgo., dicha muestra se selecciona al azar entre las mujeres de 15 a 44 años de edad que acuden al mismo durante los meses de Abril – Mayo; las cuales de acuerdo a la consulta registrada diariamente y a un informe mensual. Se diseñara un instrumento a través de entrevistas directas, aplicándose a 400 mujeres aproximadamente. Cabe hacer mención que en primera instancia se realizará la prueba piloto para darlo a revisión nuevamente para las observaciones correspondientes, antes de hacer el instrumento final a fin de que no presente errores.

1.4.2.HIPOTESIS

- A mayor nivel de escolaridad, se tiene un mayor conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano.
- A mayor número de parejas sexuales mayor grado de contagio del Virus del Papiloma Humano.
- Las mujeres con estado civil casadas, tiene un mayor conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano.

VARIABLES

- Escolaridad
- Nivel Económico
- Estado Civil
- V.P.H

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Escolaridad.- Conjunto de grados académicos que cursa una persona para un desarrollo profesional, donde se tomara en cuenta Preescolar, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Carrera técnica y Profesional.

Contagio.- Transmitir una enfermedad de una persona a otra, hablando específicamente sobre el Virus del Papiloma Humano.

Estado Civil.- Relativo a las relaciones e intereses privadas en orden al estado de las personas, régimen de la familia, condición de los bienes y los contratos. Se tomara en cuenta los reconocidos por la ley solteros, casados y divorciados y los no reconocidos como son: unión libre, separada y viudo.

Virus del Papiloma Humano.- Es una enfermedad de transmisión sexual que se presenta en forma de verruga, si no se trata a tiempo se transforma en tumores benignos y malignos, este ultimo nos da como consecuencia un Cáncer Cervico Uterino.

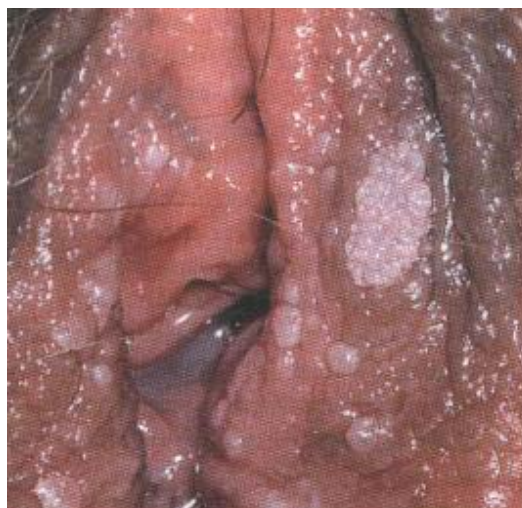
CAPÍTULO 2

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

2.1.- ANTECEDENTES DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

El papiloma virus humano (VPH) se considera un virus antiguo; en la actualidad su biopatología se conoce bien y se halla en constante desarrollo. El VPH, que adopta la forma de verrugas genitales sea identificado en todo el mundo durante mucho tiempo; se trata de una enfermedad bien conocida y descrita en la antigua literatura griega y romana. En esta época ya se sospechaba que era una enfermedad de transmisión sexual puesto que incidía más a menudo en individuos implicados en conductas homosexuales o promiscuas. El término utilizado para describir las verrugas eran condilomas acuminados en referencia a sus dos principales características, esto es, su aspecto redondeado (condiloma) y acabado en punta (acuminado).

Durante siglos, los condilomas acuminados se consideraron la más insignificante de todas las enfermedades venéreas. En documentos médicos publicados en el siglo XIX, los condilomas acuminados y las verrugas cutáneas se consideraron una misma enfermedad, cuya expresión clínica difería según la localización anatómica concreta. Ciuffo fue el primero en publicar un informe sobre la posible naturaleza viral de las verrugas cutáneas.



Infección por VPH. Condiloma Acuminado

La transmisión sexual de las verrugas cutáneas fue confirmada por Barret y cols En 1954, que describieron un aumento de prevalencia en las esposas de los soldados norteamericanos de la guerra de Corea. Para el año 1968 Dunn y Ogilvie establecieron la etiología viral de las verrugas genitales, al igual que Oriel y Almeida en 1970 estos investigadores empleando microscopia electrónica, identificaron en las verrugas genitales partículas virales similares a las presentes en las verrugas cutáneas. Della Torre y cols mencionaron en 1978 la demostración de partículas virales en una infección subclínica del cuello uterino.

En la década de los 80's, los progresos en las técnicas de la biología molecular permitieron descubrir que el VPH no era un virus individual, sino que existían más de 60 tipos diferentes. Posteriormente se estableció la naturaleza oncogénica de algunos de ellos. En la actualidad, el aspecto más importante de la infección por VPH es la correlación de algunos de estos virus (VPH oncogénicos) con NIC de bajo y alto grado y con el carcinoma de células escamosas invasivo cervical.

En los últimos años se ha multiplicado la literatura sobre el VPH como demuestra la existencia de una revista específica "Papiloma virus Report", que señala 64 publicaciones internacionales. En 1993 se alcanzó una cifra de 621 artículos sobre VPH.

La infección de los genitales por VPH es una enfermedad de transmisión sexual pero se reconoce también la transmisión por fomites, ya sean familiares, hospitalarios o maternos (intraparto y posparto). La enfermedad se registra principalmente en el grupo de 20 a 40 años de edad como propia de la madurez sexual, siendo la edad de inicio paralela a la de la gonorrea en individuos que viven en promiscuidad sexual con múltiples parejas, o que solo tienen una sola

pareja pero ésta tiene a su vez otra o diversas parejas. Los estudios por medio de técnicas de biología molecular han sugerido que, a pesar de una citología normal, un 40% de las mujeres jóvenes sexualmente activas albergan el DNA del VPH, y que su prevalencia disminuye con la edad.



LESIÓN POR VPH EN CERVIX

2.2. CARACTERISTICAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

ETIOLOGÍA

Más de 65 años atrás, el Papiloma virus fue el principal virus del DNA identificado en la descripción de una secuencia papiloma-carcinoma en conejos infectados por el Papiloma virus del conejo común. El virus causaba papilomas cutáneos en su huésped natural. El papiloma experimentaba alteración maligna en el 25% de los casos. Se demostró que la aplicación repetida de metilcolantreno en el papiloma inducido por Papiloma Virus en Conejos comunes (PVCC) provocaba transformaciones malignas más precoces y frecuentes. Además, se puso de manifiesto que la epidermodisplasia

verruciforme, caracterizada por lesiones polimorficas diseminadas similares a las verrugas planas, se debía al papiloma virus, y que algunas de dichas verrugas planas se transformaban en cáncer de piel.

Los VPH pertenecen a los virus Papova o Viridae, un gran grupo del DNA que comprende además otros papilomas virus, el virus del polioma y el virus vacuolante del simio. El término Papova es un acrónimo de papiloma, polioma, vacuolante. Los papiloma virus comprenden los VPH, bovino y de Shope.

Los VPH son virus de pequeño diámetro (55nm) con una disposición icosaédrica de las proteínas de la cápside; están formados por 72 unidades en una superficie sin envoltura. El genoma consta aproximadamente de 8.000 pares de bases, con un peso molecular de $5,2 \times 10^6$ a la sexta potencia daltons. Los VPH son exclusivamente epiteliotropicos y específicos de cada huésped. Hasta el momento se han identificado 71 tipos de virus de VPH, pero las numerosas nuevas secuencias parciales del DNA del VPH indican la existencia de muchos más, se considera que un genoma del VPH constituye un nuevo tipo cuando sus secuencias génicas E6, E7 y L1 (es decir aproximadamente un tercio del genoma) difieren en más del 10% de las de algún tipo VPH conocido previamente. Los subtipos de variantes de VPH suelen diferir un 2-5% entre sí. Algunos tipos del VPH pueden infectar la piel y mucosas del Tracto Genital Inferior (TGI) cavidad oral y vías respiratorias altas.

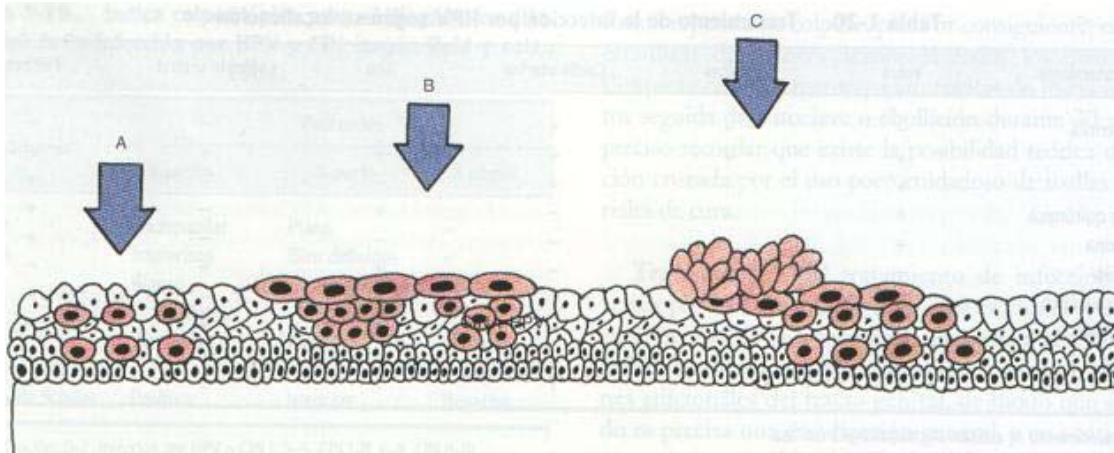
No obstante, existen algunas excepciones a esta clasificación: por ejemplo, los tipos mucosos VPH 16 y 26 se han detectado en lesiones cutáneas como en la enfermedad de Bowen y las verrugas cutáneas respectivamente. En el tracto genital inferior se han identificado 34 tipos por VPH. Los papiloma virus que afectan el tejido ano genital forman un grupo denominado "papiloma virus ano genital".

Los tipos 6 y 11 (virus de bajo riesgo) se asocian con verrugas genitales exofíticas benignas de la vulva, vagina y área perianal. Los tipos 16,18,45, y 56, denominados “alto riesgo”, así como el 31, 33, 35, 39, 51, 52, 58,59,66 y 68, denominados de “riesgo intermedio” se asocian con lesiones planas que reaccionan al ácido acético y pueden observarse mediante colposcopia. Todos estos virus pueden detectarse en caso de NIC de grado elevado, así como en más del 93% de los carcinomas invasores cervicales.



IMAGEN DEL VPH EN CUELLO UTERINO Y VAGINA.

El conocimiento de las variantes por VPH 16 podría ser importante para determinar el riesgo de padecer una neoplasia cervical y para diseñar estrategias de vacunación. La infección por VPH del TGI puede presentarse de forma clínica, subclínica y latente.



Evolución de la Infección Genital por VPH. A) Latente. B) Subclínica. C) Clínica.

Infección clínica

La imagen clínica de las verrugas genitales consiste en tumores únicos o múltiples de escaso tamaño, con características papilares ásperas y epitelio superficial queratósico. Aparecen especialmente en áreas lampiñas; las localizaciones más frecuentes son los labios menores y el vestíbulo en las mujeres; el glande, prepucio o surco coronal en los varones, y las regiones perianales en ambos sexos. Menos frecuente se localiza en el clítoris y labios, las verrugas genitales son más queratósicas. Las lesiones pueden aumentar con el paso del tiempo, pero tienden a autolimitarse. Las imágenes clásicas son apreciables a simple vista.

La infección clínica del cuello uterino es poco frecuente han descrito la denominada “papilomatosis”, en ocasiones apreciable a simple vista. Otra presentación visible sin necesidad de colposcopia consiste en una forma queratinizada.



Infección por VPH. Tipo Papilomatoso.

Infección subclínica

La infección por condilomas planos es relativamente reciente según Meisels y cols. En Finlandia, señalaron en 1977 que un número considerable de las características citológicas previamente descritas como displasia leve en realidad constituían cambios morfológicos indicativos de efecto citopático viral subyacente.

El diagnóstico de infección sólo es posible mediante colposcopia u otra forma de aumento; el tejido debe irrigarse previamente con una solución de ácido acético. La infección subclínica y la clínica sólo difieren en grado.

Infección latente

La infección latente constituye una peculiaridad biológica insólita de VPH. Demostraron la presencia de virus en el área adyacente a la tratada. Ello

explicaría la alta frecuencia de recidivas y la dificultad para distinguir entre persistencia y reinfección. Se desconoce el intervalo de tiempo necesario para que una infección latente progrese hasta alcanzar forma subclínica o clínica, pero se sabe que la inmunosupresión puede activar infecciones latentes. La infección solo es demostrable por medio de pruebas de hibridación VPH-DNA, ya que el tejido histológico, la colposcopia y la clínica son aparentemente normales.

2.3. FORMAS DE TRANSMISIÓN.

La vía sexual es el modo de infección más frecuente. Puede influir una serie de factores: la relativa infectividad de la fuente, los parámetros inmunes de la pareja expuesta, la frecuencia del coito y el número de parejas sexuales. En teoría, cuanto mayor es el número de partículas virales, mayor es la tasa de diseminación viral y, por consiguiente, mayor el riesgo de infección por VPH.

En consecuencia, la infección clínica es más contagiosa que la subclínica. El potencial de transmisión del VPH está demostrado por la presencia de lesiones asociadas en el 49,5 – 88% de las parejas de mujeres con infección demostrada por VPH o NIC asociada VPH.

Se describen tres estadios: infección, incubación y expresión activa.

Infección. Se produce por contacto sexual directo. A partir de fragmentos de tejido infectado, los viriones de VPH pueden penetrar en localizaciones de traumatismo microscópico experimentado durante el coito. Por consiguiente la topografía de las lesiones corresponde exactamente a los lugares más propensos a traumatismo, es decir, la ZT cervical, las caras internas de los labios menores y el vestíbulo. Los viriones de VPH penetran en la capa basal, eliminan su core externo y permiten que el genoma viral atraviese la membrana

celular. El genoma viral es transportado hasta el núcleo, donde provoca una infección episómica. La infección productiva que se produce a consecuencia de la liberación de virus infeccioso tiene lugar en el epitelio escamoso diferenciado terminal.

Incubación. La replicación del VPH en el interior de las células produce múltiples copias del genoma viral, que infectan de forma cruzada las células vecinas. Por lo tanto, grandes áreas de epitelio anogenital pueden hallarse colonizadas por una infección latente por VPH.

Expresión activa. La infección puede permanecer silente (es decir, en fase latente) en las células basales. Según la interacción entre la tolerancia celular, el tipo viral y la susceptibilidad del huésped, la infección latente por VPH puede volverse productiva, progresando hasta alcanzar una expresión viral activa caracterizada por proliferación epitelial y capilar. En caso de proliferación vascular extensa, las proyecciones estromales se vuelven apreciables a simple vista en forma de condilomas clínicos. Si el desarrollo capilar es insuficiente, las lesiones siguen siendo subclínicas y solo se identifican colposcopicamente después de la aplicación de una solución de ácido acético al 5%. Por consiguiente, las infecciones subclínica y clínicas solo difieren en grado y forman parte de una continuación. Sin embargo no se sabe en qué casos ni en que momento una infección latente por VPH progresara hasta alcanzar forma subclínica o clínica.

En resumen una infección latente puede permanecer estática o alcanzar forma subclínica; en el caso que según puede experimentar regresión si existe buena respuesta del huésped, o bien progresar hasta convertirse en una infección clínica

El VPH puede transmitirse por contacto bucogenital, incluso entre parejas lesbianas, así como por contacto no sexual. La transmisión puede darse por

fomites toallas, ropa interior, al igual que en caso de las verrugas cutáneas. Bergeron y cols en 1990 señalan que el DNA del VPH se ha detectado en la ropa interior de pacientes con verrugas genitales externas en el 17% de los casos, con independencia del tipo viral. Además, se ha sugerido que el VPH podría transmitirse incluso por medio de espejos vaginales.

Respuesta del huésped

La inmunosupresión es importante en la génesis de la infección por VPH y el NIC asociado. Los siguientes datos respaldan la importancia del déficit inmunológico en la infección por VPH: en paciente con trasplante renal tratados con inmunosupresores se pone de manifiesto una elevada incidencia de infección genital por VPH y NIC; los pacientes con linfoma de Hodgkin, linfoma no hodgkiniano u otras neoplasias presentan un mayor riesgo de infección por VPH; las verrugas genitales aumentan durante el embarazo que constituye un intervalo de inmunosupresión.

PREVALENCIA

En muchos países la incidencia aumentado espectacularmente en los últimos años; en ocasiones se a hablado incluso de “proporciones epidémicas”. Ello se ha atribuido a los siguientes factores:

- Aumento de la promiscuidad sexual.
- Disminución de la edad de la primera experiencia sexual.
- Uso de anticonceptivos orales frente al uso previo de métodos de barrera.

En la actualidad, en numerosos países la infección por VPH en forma de verrugas clínicas constituyen la enfermedad sexual (ETS) más frecuente, así

como la razón más habitual de consulta ginecológica. La incidencia se ha duplicado en la década de los años 80'. En 1971, la incidencia anual media de condilomas acuminados en el Reino Unido era de 29.7 por 100.000 (39.8 en varones y 20.3 en mujeres), en comparación con un 63.4 por 100.000 en 1981 (82.6 en varones y 45.3 en mujeres). En EE UU, un estudio epidemiológico realizado en Rochester demostró que la tasa de incidencia anual media aumentó desde 13 por 100.000 entre 1950 y 1954 hasta 106.5 por 100.000 entre 1975 y 1978. En 1990 se instituyó en Italia un sistema de vigilancia prospectiva de la ETS, constituido por una red de 45 clínicas piloto en todo el país. El diagnóstico más frecuente fue de verrugas genitales (31%) tanto en varones como en mujeres, seguido por infección genital inespecífica (13% en varones y 11.5 % en mujeres). Un 9% de los pacientes eran seropositivos al VIH.

Además, todos estos datos hacen referencia tan sólo a infecciones clínicas, ya que en los centros a partir de los cuales se recogieron los datos no se habían llevado a cabo colposcopias rutinarias. Por consiguiente, la infección por VPH en forma de verrugas genitales observables clínicamente sólo presentaba la punta de iceberg, dado que muchos podrían haber albergado del VPH sin signos clínicos de infección.

2.4 CUADRO CLÍNICO.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se establece por citología, colposcopia e histología mediante la demostración de cambios atribuibles directamente al virus. Se emplean técnicas como la inmunohistoquímica, microscopia electrónica y análisis del DNA del VPH, pueden poner de manifiesto la presencia del virus.

Histología

Parte de la anatomía que estudia los tejidos orgánicos. Para detectar cualquier tipo de infección entre ellas Virus de Papiloma Humano se requiere de unas pruebas:

Citología o Papanicolao:

Estudio que consiste en obtener una muestra de las células del cuello uterino y la vagina para su estudio al microscopio, se inserta un espejo en la vagina que se abre para desplegar las paredes de la misma y puede verse el cuello, con un citobrus se obtienen muestras que luego se fijan con un cito spray y se observa al microscopio, a su vez se detectan las características celulares. Esta prueba puede identificar 13 de los tipos de VPH de alto riesgo.

Deben realizarse la prueba de Papanicolao las mujeres que son o han sido sexualmente activas, o mayores de 18 años, si los resultados de la prueba son normales y así como aquellas mujeres que han tenido una histerectomía deben preguntar al médico si es necesario este estudio y con que frecuencia.

Colposcopia

El VPH provoca lesiones de aspecto diferente según su localización anatómica en el tracto genital. La colposcopia constituye un procedimiento indispensable para el diagnóstico de infección subclínica por VPH del cuello uterino así como la vulva, la vagina y el pene.

El colposcopio es una especie de microscopio o lente de aumento que permita visualizar a mayor tamaño los tejidos y que sirven para detectar lesiones tanto benignas como malignas.

2.5. TRATAMIENTO.

Los principios generales del tratamiento de infección por VPH consisten en:

- a) Diagnóstico preciso
- b) Tratamiento establecido de modo seguro
- c) Seguimiento.

El diagnóstico preciso se establece mediante colposcopia y biopsia dirigida colposcópicamente. La elección del tipo y del momento de tratamiento es esencial, ya que en el pasado éste a menudo se encauzaba de forma inadecuada y en ocasiones resultaba excesivamente agresivo y provocaba secuelas físicas y psicológicas. El control de la infección por VPH debe englobar la educación sanitaria general, la educación profesional y el tratamiento apropiado de las lesiones activas.

Educación relacionada con la salud. Con respecto a la educación sanitaria, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1987) se aplican los mismos principios básicos que en el control de las enfermedades de transmisión sexual:

- Fomentar una actividad sexual discriminatoria, evitando las parejas múltiples y la promiscuidad sexual.
- Favorecer el uso de anticoncepción de barrera, especialmente preservativos.
- Fomentar la asistencia a la consulta médica siempre que se identifiquen lesiones.
- Favorecer el cumplimiento del tratamiento.
- Promover y facilitar la exploración médica de las parejas sexuales.

Educación de los profesionales. Con respecto a la educación de los médicos, la Organización Mundial de la Salud ha insistido en la importancia de establecer un diagnóstico correcto de la infección por VPH (clínica, subclínica y latente) como un proceso diferente del NIC asociada. Además, es preciso que los médicos sean informados sobre la posibilidad de transmisión por fomites. Se han detectado genomas virales en instrumentos inadecuadamente esterilizados y en contenedores de solución de ácido acético utilizados de forma repetida en colposcopia. Por consiguiente, es preciso esterilizar de manera apropiada todos los instrumentos (limpieza con detergente o ebullición durante 20 minutos). Es preciso recordar que existe la posibilidad teórica de infección cruzada por el uso poco cuidadoso de toallas y materiales de cura.

Tratamiento

El tratamiento de infección genital activa por VPH depende de si ésta es clínica o subclínica, así como de la localización anatómica afectada. Las lesiones cervicales suelen asociarse con lesiones adicionales del tracto genital, de modo que a menudo es precisa una erradicación general, y en ocasiones un tratamiento combinado. La infección por VPH del cuello uterino, los dos métodos más comunes son el láser y la electrodiatermia.

Láser: La palabra láser es un acrónimo de las palabras inglesas correspondientes a la luz, amplificación, estimulada, emisión y radiación. En la actualidad, en el tratamiento de la infección por VPH se utilizan la evaporación mediante el láser o la resección bajo aumento coposcópico. Este tratamiento permite eliminar el epitelio patológico con independencia de su tamaño, localización y forma, pero que requiere un buen entrenamiento profesional para evitar lesiones.

Electrodiatermia: se trata del método que utiliza un electrodo esférico con corriente pura de coagulación ajustada a una potencia de 30-35 watts. También produce el efecto de destruir el tejido adyacente, potencialmente infectado, por conducción del calor.

Interferones (IFN). Son fármacos experimentales. Los interferones son immunoestimulantes naturales. Son componentes del sistema de defensa frente a infecciones virales (incluyendo los tipos oncogénicos). Reducen eficazmente el número de células infectadas, inhibiendo la multiplicación celular y ejerciendo una compleja actividad inmunomoduladora que incluye la estimulación de células NK (natural Killers) y la función del sistema monocítico. Pueden definirse como sustancias biológicas con actividad antiviral, inmunomoduladora y antiproliferativa. Por estas razones, los IFN pueden ser útiles para el tratamiento de infección por VPH y NIC asociada. Actualmente uno de los inconvenientes es el elevado coste del producto.

Los efectos adversos consisten en un síndrome de tipo gripal (fiebre, malestar, debilidad y anorexia), toxicidad cardiocirculatoria (hipotensión y taquicardia), toxicidad neurológica (confusión, letargia y parestesias) y mielosupresión (leucopenia y trombocitopenia).

En la actualidad, los interferones son los fármacos de elección para numerosas infecciones virales como Hepatitis B crónica, hepatitis C crónica y algunas mielodiplasias como la leucemia de células vellosas. Sin embargo los resultados de los IFN alfa, beta, gamma y recombinante en las verrugas genitales son dudosos, con independencia de si se administran intra o perilesionalmente, de forma tópica o intramuscular/subcutánea.

La pregunta básica es si la infección subclínica por VPH debe ser tratada. Muchos autores han señalado que no se han demostrado los beneficios del tratamiento de la infección subclínica por VPH. Sin embargo, otros indican que

el tratamiento de las lesiones por VPH del cuello uterino se instauran para conseguir la ablación del epitelio metaplásico de la ZT, que es inestable y constituye localización común de neoplasia, siendo susceptible de infección por VPH. El motivo de la ablación de la ZT puede explicarse mediante la analogía de “la semilla y la tierra”, siendo la semilla el VPH y la tierra la ZT. Dado que no se dispone de medidas terapéuticas convencionales para erradicar la “semilla”, la estrategia terapéutica conlleva a la destrucción de la “tierra”.

Merece la pena recordar que la infección por VPH puede experimentar regresión espontánea sin tratamiento. El sistema inmune de la paciente desempeña un papel importante, lo cual es puesto de relieve por el desarrollo de verrugas genitales en pacientes inmunosuprimidas.

Las pacientes que reciben tratamiento a causa de infección por VPH a menudo preguntan cuando dejarán de ser transmisoras. La respuesta es difícil. El VPH puede producir un “campo de infección”, y en consecuencia puede manifestarse como un proceso reciente en otras localizaciones del TGI. Además, la infección clínica por VPH se halla rodeada por otra subclínica y latente: mediante técnicas de hibridación se ha demostrado la presencia de VPH en el tejido normal adyacente a la lesión clínicamente evidente. En consecuencia, es frecuente la recidiva en la misma localización. En otras palabras, el fracaso del tratamiento podría reflejar simplemente una reactivación del propio reservorio viral de la paciente, en vez de un fenómeno de “ping-pong”.

Cabría aquí citar a Dianzani “al igual que el director de una orquesta sinfónica sabe cuándo hacer sonar los instrumentos de viento con respecto a los de cuerda y cuando realizar una pausa, el médico debe aprender cómo y cuándo utilizar el arsenal terapéutico disponible frente a la infección por VPH.”¹

¹ G. de Palo, W. Chanen, S. Dexeus, Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior, Editorial Masson 2000, Pág. 43-60.

2.6 PRONOSTICO.

Generalmente se pueden controlar los brotes de verrugas genitales con el tratamiento adecuado. Sin embargo éstas reaparecen frecuentemente después dichos tratamientos además, incluso después de haber recibido el tratamiento para el Virus del Papiloma Humano las personas pueden aún infectar a otros.

CAPÍTULO 3

FAMILIA

Ahora bien, se ha comprobado que la familia es la parte central en la cual el hombre adquiere valores y conocimientos básicos para su crecimiento, formación y desarrollo, de ahí que el origen de la familia sea sin duda de gran importancia. El carácter biológico de la familia es indiscutible ya que uno de sus principales objetivos es la reproducción y/o multiplicación del ser humano, de esta existen roles para cada uno de los miembros, principalmente obligaciones de lo cual permitirá la supervivencia de éstos.

Una de las características esenciales del ser humano es la de vivir en sociedad. Es de suma importancia para el individuo el poder interrelacionarse dentro de diversos grupos, lo cual permite obtener la satisfacción de sus necesidades bio-psico-sociales.

3.1. EL ORIGEN BIOLÓGICO DE LA FAMILIA

El origen histórico de la familia se remota al origen mismo del hombre primitivo desde el momento mismo en que responde a los impulsos vitales básicos como: la búsqueda de protección y seguridad (necesidad de ser protegido ante un medio extraño), mientras niño o adolescente inicia la búsqueda de autonomía y actitud protectora para valerse así mismo, y actuar en sentido protector como un impulso vital de la especie.

La familia tiene la necesidad de un impulso imitativo y asimilativo, creativo e innovador, lo contrario de estos impulsos nos dan respuestas del desarrollo social, son tendencias de la herencia y la inercia, frente a la modificación y el cambio.

Se dice que cuando la familia no cumple con las funciones físicas, psíquicas y sociales se convierte en el principal agente motivador de conductas antisociales tales como: excesivos divorcios, delincuencia juvenil, abandono escolar, entre otros.

Desde nuestros ante-pasados a existido la familia como base de la sociedad, el sobrevivir por sí solo para cumplir sus necesidades básicas como alimentación, protección y afecto tenían la necesidad de relacionarse con otros individuos dando como consecuencia la formación de clanes, tribus, entre otros, y en la actualidad lo mas importante para el individuo debería ser la familia.

En el siglo XXI la familia tradicional esta conformada por padre, madre e hijos, donde el punto central en la familia es dar seguridad, confianza, valores, amor, respeto esto se vera reflejada en el desarrollo bio-psico-social; cuando estos aspectos no se cumplen algunos miembros de la familia adoptan roles difusos y comportamientos negativos.

3.1.1 CONCEPTOS BÁSICOS DE FAMILIA

Por otro lado se ha conceptualizado a la Familia desde diferentes aspectos tales como:

“La familia es un sistema vivo de tipo abierto, el cual se encuentra intercomunicado con otros sistemas biopsicosociales y ecológicos, cuenta además de funciones como, el nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden ser normales o patológicas, que viven bajo el mismo techo y los une una carga emotiva intensa y significativa a sus miembros”.

Dichos sistemas están integrados por:

- 1.- Subsistema marital (relación entre cónyuges)
- 2.- Subsistema parental (relación entre padres e hijos)
- 3.- Subsistema fraterno filial (relación entre hermanos). ²

² Dr. Lauro Estrada Inda El ciclo de la Familia Editorial posada. México D.F. 6te edición Pág.21

Otra conceptualización “es aquella que menciona a la familia como el núcleo primario y fundamental para proveer la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos de su carácter de dependientes, para así poder lograr un óptimo resultado de un proceso de crecimiento y desarrollo”.³

Aunque hay quienes la consideran como:

“Un grupo primario, que se encuentra constituido por personas relacionadas entre si teniendo como base lazos de parentesco, así como una vivienda en común”.⁴

Harry M. Jonson menciona a “la familia como una relación estable en la que se permite socialmente a un hombre y una mujer, tener hijos, sin perder la reputación dentro de su sociedad, derecho a las relaciones sexuales, cohabitar en un mismo techo y cooperar en la producción económica”⁵

Por ultimo Virginia Satir la define “como aquel lugar donde se forman las personas que viven humanamente, y entre los cuales se suscitan cuatro aspectos de vida, tales como:

- Los sentimientos que uno tiene de si mismo: la autoestima, que puede ser alta o baja.
- Las formas que la gente utiliza para expresar, lo que quiere decir, el uno al otro. La comunicación (abierta y cerrada).
- Las relaciones de la gente con los demás y en las instituciones.
- Las relaciones de la gente con los demás y con las instituciones: enlace con la comunidad.

³ Jorge Sánchez Azcona Familia y Sociedad Editorial Joaquín Motriz S.A.

⁴ Luís Leñero Otero La Familia Instituto Mexicano de Estudios Sociales Editorial Edicol S.A.

⁵ Harry M. Jonson, Sociología y Psicología de la Familia, editorial paidós.

Según Satir, las personas que viven humanamente son: aquellas que comprenden, valoran y desarrollan su cuerpo, encontrándolo bello y útil, personas auténticas, honestas consigo mismas y con los demás, dispuestas a arriesgar, ser creativos, demostrar su competencia, cambiar cuando lo exija la situación, adaptarse a lo nuevo y diferente, conservando lo útil y descartando lo demás, de esta manera tienen que ser personas físicamente sanas y mentalmente despiertas, sensibles, juguetonas, productivas, que se basten así mismas, que se amen profundamente y que peleen en forma justa y afectiva, además de que luchen tenazmente hasta alcanzar sus objetivos”.⁶

3.1.2 TIPOS DE FAMILIA

En cuanto a los tipos de familia tienen diferentes características dependiendo de los factores en el que se desarrolla como lo social, cultural, político, económico: una familia bien estructurada es capaz de ser frente a los problemas internos o externos que se le presenten, tratando de ajustarse a cada situación; mientras que las familias no estructuradas se ven afectadas en su funcionamiento, sobre todo en condiciones de desintegración familiar. A continuación se mencionan algunos de los muchos tipos de familia que existen.

Familias consideradas por sus miembros:

“Familia Nuclear: Es aquella que esta integrada solamente por padre, madre e hijos.

Familia Extensiva: Comprende el padre, la madre y los hijos agregándole mas familiares en línea ascendente como también en línea descendente, como nietos, tomando en cuenta a tíos, cuñados, hermanos.

⁶ Virginia Satir, Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar, Editorial Pax. México.

Familia Mixta: Son aquellos que están integrados por madre e hijos, padrastro o madrastra, hermano y medios hermanos; o sea, que la familia se forma cuando un viudo, un divorciado o una divorciada con hijos, ambos deciden realizar otro matrimonio.

Familia de un solo padre o Especiales: Las constituyen aquellas que se encuentran integradas por padre o madre, solteros sin matrimonio, viudos, abandonados o divorciados. Las formas más comunes pueden ser.

- El padre abandona a la familia y el que se queda no se casa de nuevo
- Cuando hay un padre y un hijo adoptivo
- Una madre soltera que mantiene a su hijo”⁷

Familias consideradas por su situación geográfica:

“Familia Rural: Es una familia extensiva, numerosa y mixta, de bajo nivel económico, social y cultural; con un tipo de vivienda donde prevalece el hacinamiento y la promiscuidad, su ocupación (la agricultura y la ganadería) generalmente los limita a una subsistencia física, existe confusión en sus normas morales y su dinámica familiar es indefinida.

Familia Subproletariada: Generalmente se trata de una familia extensiva y numerosa, subempleada, con su autoridad familiar de tipo matriarcal, con dinámica familiar conyugal, de bajo nivel cultural, económico y social; sin establecimiento previo de normas y metas familiares, predomina el hacinamiento y la promiscuidad.

⁷ Virginia Satir, Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar, Editorial Pax, México.

Familia Proletariada: Se trata de una familia nuclear consanguínea en forma parcial, ya que los cónyuges no se han logrado desprender en forma total de sus familias de origen, se nota el establecimiento de normas y metas para el futuro, tiene característica de una familia igualitaria, comparten sus decisiones, existe influencia nociva de su parentela por su cercanía domiciliaria, cuenta con una independencia económica; la mujer juega el papel de esposa dependiente económicamente de su esposo y se dedica a la educación y crianza de los hijos, su nivel económico social y cultural es medio; el centro de la autoridad la tiene el esposo, existe el establecimiento de normas morales y religiosas aunque no legales (unión libre).

Familia de clase Media: Es una familia nuclear, consanguínea conyugal de nivel económico social y cultural aceptables, hay influencia de sus familias de origen, dado que los cónyuges no han logrado un desprendimiento total de esta; cuentan con una forma de vivienda adecuada y con las ventajas de la urbanización citadina; predomina la inmadurez, esta familia establece sus normas y metas, muestra interés por los principios de planificación familiar.

Familia de Clase Acomodada: Familia nuclear, conyugal y consanguínea no numerosa, con adopción de los métodos de planificación familiar; familia de tipo igualitario con establecimiento de normas morales, sociales, culturales, legales y religiosas; existe una cierta dependencia, aunque no total de sus familias de origen; su nivel de vida se considera ideal en los aspectos económico, social, moral, intelectual y emotivo.

Una amplia gama de problemas sociales esta afectando muy sensiblemente a nuestra sociedad, como el aumento creciente de divorcios, la delincuencia juvenil, la drogadicción, el abandono escolar, entre otros; el denominador común es la familia, ya que si esta no cumple con las funciones físicas, psíquicas y sociales se convierten en un agente motivador de conductas antisociales.

Hay etapas y funciones por las que pasa la familia, que a través del tiempo ha sufrido modificaciones como:

La familia debe proveer la satisfacción de las necesidades integrales del hombre a través de la experiencia familiar, de la comunicación y de la empatía, los miembros de la familia deben ir desarrollando lo esencial de cada uno de ellos, al encontrar el refugio y la alimentación material y anímica que permita darle un sentido existencial humanista a su vida⁸.

3.1.3.DINÁMICA FAMILIAR

La dinámica familiar es infinitamente compleja, por cada rasgo que se examina se podrían encontrar decenas de variaciones que pueden producir salud o enfermedad.

Siguiendo el concepto de Jackson, se puede decir que la dinámica familiar es una coalición de fuerzas positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta unidad funcione bien o mal. La familia sin problemas no existe, es humanamente imposible experimentar siempre sentimientos positivos hacia otra persona. La ambivalencia es una de las características esenciales del ser humano, por lo tanto, aun en una familia que funcione bien, es decir, que no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no esta en lucha constante, se encontrará aspectos de ambivalencia de un miembro respecto a otro.

En el contexto de la terapia familiar, se tiene por objetivo un estado de cosas, donde el equilibrio de las fuerzas familiares sea tal, que la familia pueda

⁸ Luis Leñero Otero, La Familia, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, Editorial Edicol. S.A

progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de una manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia una mayor madurez.

Por otro lado el Dr. Leopoldo Chagoya B. la define como una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia, permitiendo a cada uno desarrollarse como individuos y les da el sentimiento de no estar aislados, al mismo tiempo de contar con el apoyo de los otros miembros.

En las familias normales se encaran las crisis en grupos: cada miembro acepta un papel para ser frente a la crisis, y la familia necesariamente cambia para adaptarse a las circunstancias. Cada miembro conoce las fuerzas positivas y las debilidades de los otros y no las explota. Cada miembro da apoyo a los otros pero también lo impide. Hay cierta igualdad en el nivel humano que permite el cambio cuando se necesita funcionar de una manera satisfactoria.

La familia normal identifica sus problemas de una manera clara. Los miembros no dudan en expresar verbalmente su inconformidad o incomunicación cuando una situación difícil llega. Se dicen mutuamente lo que uno quiere y lo que el otro no quiere, dispuestos a negociar o hasta comprometerse en una batalla que tenga por meta eludir el callejón sin salida. Por ejemplo, si hace falta el dinero, toda la familia ve ese problema como suyo; el padre obrará de manera de traer el dinero a la casa, la madre limitará sus gastos y los hijos no exigirán los beneficios de que gozan otros niños en este caso, toda la familia colabora en una situación difícil; ningún miembro utiliza el problema del dinero para atacar, humillar o castigar a otro, la estabilidad y la compatibilidad de los miembros no está amenazada de manera grave.

Dentro de una dinámica familiar se encuentra la expresión de sentimientos, como los que veremos a continuación:

Ternura: En una familia normal, los sentimientos positivos son expresados de manera libre. Esto incluye la ternura, el amor y el deseo de ambos.

Cólera: Cuando en una familia normal estalla el cólera y las frustraciones de la vida cotidiana invaden el ambiente familiar, los miembros permiten la expresión libre de los sentimientos de rabia y desacuerdo.

Depresión: Toda familia tiene períodos depresivos, sea por la muerte de alguien, por el alejamiento de uno de los miembros, por la HTA (Histerectomía Total Abdominal) de mamá, por el padre que tiene un fracaso en los negocios o incluso por un hijo que no ha tenido éxito en sus ambiciones. El grado de salud o de patología en una familia puede notarse según como enfrentan los períodos depresivos. Si expresan libremente la depresión, lloran juntos y se reconfortan mutuamente, la depresión es resuelta; con el tiempo y la unidad familiar se refuerza después de la crisis.

Incertidumbre: Una familia normal tolera también la incertidumbre de situaciones que no están claramente definidas.

Individualidad y dependencia: En esta se reconoce que cada miembro es un individuo con necesidades, pensamientos y sentimientos diferentes. Se dan apoyo empático pero nadie sacrifica ni impone su individualidad, salvo si la familia decide que eso es temporalmente necesario para resolver una crisis.⁹

Dentro de la dinámica familiar debe existir:

- Comunicación
- Roles o papeles familiares
- Límites
- Individualismo
- Satisfacción

⁹ Documental del V Congreso de Psiquiatría.

3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE EQUIDAD DE GÉNERO

Equidad: los ciudadanos son iguales ante la ley y deben tener las mismas oportunidades para desarrollarse, independientemente de sus diferencias económicas, de opinión política, de género, religiosas de pertenencia étnica, preferencia sexual u otras. Esas diferencias no pueden en ningún caso utilizarse o involucrarse para evitar que todas las personas se brinden las mismas oportunidades.

La resolución de inequidades que son innecesarias evitables e injustas. La equidad es distinta al concepto de igualdad. No significa una distribución igual de recursos si no una distribución diferencial de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo.

-GÉNERO.- La constitución social de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. El género requiere la destrucción de las expectativas sobre el comportamiento y las características de hombres y mujeres descrito como feminidad y masculinidad contrario a la opinión popular, género no significa la mujer o el feminismo, se refiere a las relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas¹⁰

Durante mucho tiempo la psicología solo considera la dimensión biológica a la determinación del sexo de las personas. En consecuencia se asumía que la identidad sexual del individuo estaba exclusivamente dada en función de los factores biológicos. No fue si no hasta la década de los 50' cuando se empieza a reconocer las limitaciones biológicas en la identidad sexual, frente a la necesidad de explicaciones científicas mas avanzadas acerca de los casos de discordancia entre sexos e identidad sexual, se reconoce así la convivencia de

¹⁰ Gómez Elsa, Equidad de Género y Salud, Mitos y Realidades Revista Mujer Salud 2000.

temor en cuanto el papel que juegan los factores sociales y se introduce el concepto de género en las ciencias sociales que empezó a ser utilizados en los 70'.

De acuerdo a la autora Norma Ojeda su propuesta teórica y metodológica explica el género como una construcción psicosocial en estrecha relación con el concepto de sexualidad ya que este también es definido en un tiempo y en un espacio específico. Los contenidos culturales y subjetivos sobre los roles femeninos y masculinos, lo mismos que la base social que regula las relaciones entre los géneros además de variar entre los grupos étnicos cambian con el tiempo y adquieren significados distintos conforme se trate contextos y espacios de acción social diferentes.

Es esencial reconocer esta relación y su determinación espaciotemporal para comprender la importancia de la condición de género en la conceptualización social de la Salud Reproductiva, dada que esta última se encuentra altamente influida por las diferentes maneras que hombres y mujeres conciben la sexualidad y la reproducción. No obstante la definición social de género y del binomio-sexualidad esta sujeta como la de cualquier otro fenómeno social a las variaciones impuestas por las leyes del cambio social en cada tiempo histórico.¹¹

3.2.1 DIFERENCIAS ENTRE SEXO Y GÉNERO.

Cuando hablamos de sexo nos referimos a la diferencia biológica que existe entre un hombre y una mujer. Somos diferentes, nuestros genitales son distintos. Los humanos somos seres sexuados o sea tenemos un sexo definido; somos mujeres u hombres. Es una diferencia con la cual nacemos, es propia de nuestra naturaleza lo cual somos machos y hembras.

¹¹ Ojeda Norma, Género, Familia y Conceptualización de Salud Reproductiva, Año 1999, Pág. 25-26, 28.

“El género es un conjunto de características sociales atribuidas a una persona, según su sexo. No es lo mismo el sexo biológico que el género, que es la identidad asignada o adquirida por ese sexo”.

Como hemos dicho anteriormente se nace machos o hembras pero poco a poco se da el cambio en hombres o mujeres. La sociedad ha establecido que es lo “propio de las mujeres” y que es lo “propio de los hombres”. Establece sus propios “modelos” de feminidad y de masculinidad y obliga a todos ajustarse a esos patrones. Por eso nos moldea para que nos parezcamos cada vez más a ese modelo, inventado por cada sociedad según sus intereses y necesidades.

El modelo que nos impone la sociedad se da desde la familia donde lo que indican que es mujer y hombre, esté sigue en la educación formal que es todo un conjunto de situaciones pretendidamente “formativas“, que logran convencernos que para ser felices tenemos que ser de una manera. Nos inculcan, por ejemplo, que las mujeres nacimos para “darnos”, entregarnos constantemente por el bien de los hombres, que se constituyen en nuestros dueños. Además se hace uso del “control social”. Si no nos parecemos al “modelo” de niñas nos acusan con nuestros padres, de grandes nos tachan de malas, de sospechosas y nos ponen calificativos muy feos; pero lo mas grave es que se nos cierran muchas puertas.

Tanto hombres como mujeres somos personas humanas con una sola diferencia fundamental, que es nuestro sexo. Toda persona humana tiene la capacidad de razonar, de decidir, de amar. Toda persona humana nace con un destino común:

La felicidad. Los seres humanos, cualquiera que sea su sexo, pueden desarrollar valores de diversa índole de acuerdo a su personalidad o a sus deseos y aspiraciones.¹²

3.2.2 EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD.

Significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre hombres y las mujeres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud.

Estas disparidades, definidas como inequidades resultan de las diferencias de sexo, nivel socio-económico, etnicidad, edad, región geográfica y orientación sexual.

La perspectiva de género en salud implica vincular la distribución del poder y el trabajo entre los hombres y mujeres a sus perfiles epidemiológicos. Las inequidades de género en salud están concentradas en 3 tipos de desajuste:

1. Entre los riesgos de salud y las oportunidades para gozar de una mejor calidad de vida. En parte debido a su función reproductiva las mujeres enfrentan un conjunto diferenciado de riesgos de salud que los hombres. El menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos significan que las mujeres poseen menos oportunidad de gozar de una buena salud.
2. Entre las necesidades de salud y acceso a los recursos: debido a su función reproductiva, las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres, no obstante tienen menos oportunidad de acceder a los recursos materiales que les permiten obtener los servicios necesarios.

¹² Equipo Mujeres en Acción Solidaria A.C. Centro Michoacano de Investigación y Formación, Vasco de Quiroga. Pág. 7-10.

3. Entre las responsabilidades y poder en el trabajo de salud:

Las mujeres constituyen la mayoría de los trabajadores de salud con o sin remuneración. Al estar concentrados en niveles inferiores de la fuerza laboral de salud tiene menor capacidad de influenciar la política de salud y la toma de decisiones.

En este sentido a través de los años se han venido dando cambios en los seres humanos, ya que el desarrollo del país lo exige. La equidad de género es una de los temas actuales y más vistos en cualquier institución. La equidad de género en salud significa asegurar que las mujeres y los hombres tengan una misma oportunidad para gozar de buena salud, en general las mujeres tienen una esperanza de vida mas prolongada que los hombres.

La salud significa mucho más que la expectativa de la vida, debemos mirar la calidad de comportamientos, aunque las mujeres pueden vivir mas tiempo, tienden a ser mas afectadas por la enfermedad a largo plazo que afecta significativamente la calidad de sus vidas.

Es importante señalar que el estado de salud y el comportamiento de los hombres es un resultado de la construcción social del género como lo es para las mujeres. La función que tiene la familia como la institución encargada de la adaptación e integración del individuo a la sociedad tiene el objeto de mantener y reproducir una organización y un orden social específicos que implican participaciones sociales distintas para los hombres y las mujeres mediante la asignación y ejecución de los roles.

La violencia, las adicciones y el contacto sexual inseguro nos llevan a la promiscuidad provocando enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el Virus del Papiloma Humano que es un problema de salud. De acuerdo a lo antes mencionado la ley señala que debemos tener las mismas oportunidades

como hombres o como mujeres con sus necesidades y capacidades para un mejor nivel de vida, y que mejor que el espacio familiar para cubrir tales necesidades, por ello es necesario que desde la formación de la familia exista la igual de género y que haya educación sobre la sexualidad.

CAPÍTULO 4

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

4.1. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

El Plan Nacional de Desarrollo fue realizado como producto de un amplio proceso de participación ciudadana y del Sistema Nacional de Planeación. Representa las prioridades, objetivos y estrategias que la Administración Pública Federal se ha fijado para el período 2001-2006.

Este Plan considera la influencia del entorno en la vida del país a través de cuatro grandes transiciones que el país experimenta: demográfica, económica, política y social que obliguen a adecuar la acción del gobierno para aprovechar las oportunidades y prever y evitar posibles efectos negativos. El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 atiende a los retos que plantean las transiciones a través de la visión de México en el año 2025.

En este Plan se delinean las políticas social, económica interior y exterior, que establecen el marco que normara la acción de gobierno para poner al país al día.

Con base en lo estipulado en este Plan, el gobierno federal promoverá que todas sus dependencias y entidades descentralizadas utilicen prácticas de buen gobierno, así como las acciones necesarias para contar y dar sinergia a los esfuerzos de gobierno federal, la presencia de la república estableció tres comisiones:

- Desarrollo Social y Humano
- Crecimiento con Calidad
- Respecto.
- El Plan establece como columna vertebral del desarrollo a la Educación, por lo que se habrá de impulsar una revolución educativa que nos permita elevar

la competitividad del país en el entorno mundial, así como la capacidad de todos los mexicanos para tener acceso a mejores niveles de calidad de vida.

4.1.1 EL COMPROMISO CON LA SALUD.

La salud es junto con la educación, un componente esencial del capital humano, el estar sano es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una autentica igualdad de oportunidades. La salud es un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir. La protección de la misma es un valor compartido por todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas, y por tanto que fortalece el tejido de nuestra sociedad. Es por eso que la salud es algo que debe tenerse en primer lugar en todas las instancias, puesto que se debe prever para así tener un mejor desarrollo humano.

El desarrollo de la ciudadanía culmina con la implantación de los derechos sociales. En consecuencia, debe ser el principio de la ciudadanía el que defina tanto las reglas de acceso de la población a los servicios de salud como los mecanismos de participación de los mexicanos, en las decisiones del sistema.

Para mejorar la salud de los mexicanos, es necesario democratizar la atención a la misma. Esta democratización supone aplicar las normas y los procedimientos de la ciudadanía a instituciones que antes estaban regidas por otros principios; y aplicarlas a individuos que antes no gozaban de tales derechos y obligaciones.

Para hacer realidad la democratización de la salud, México debe contar con un sistema al cual tengan acceso todos los mexicanos, independientemente de su capacidad de pago; que responda con calidad y respeto a sus necesidades y expectativas; que amplíe sus posibilidades de elección, que cuente con instancias sensibles y eficaces para la atención de quejas y propuestas.

Para enfrentar los retos señalados la presente administración se ha propuesto:

- Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
- Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- Ofrecer protección financiera en materia de la salud a todos los mexicanos.
- Fortalecer el sistema de salud.

Analizando el Plan Nacional de Desarrollo podemos darnos cuenta que lo que sea propuesto en materia de salud es dar atención a la población en general sin importar clases sociales, religión, situación económica y a su vez no marginando aquellas personas con capacidades diferentes, personas de la tercera edad, niños y mujeres; llegando a la conclusión que el objetivo principal del Plan es la Educación ya que sin esta no se podrá lograr las metas establecidas en el mismo.¹³

4.2 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

La salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. A medida que el país va en vías de desarrollo la salud también debe hacerlo. El desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de nuestra población.

El programa Nacional de Salud 2001-2006 sea propuesto la democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud busca responder a este desafío y contribuir así al cambio en el país, cuatro premisas lo inspiran:

- La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una autentica igualdad de oportunidades.

¹³ Plan Nacional Desarrollo, Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la Republica, Impreso en México, año 2001.

- La salud es, junto con la educación, el componente central del capital humano, que es el capital más importante de los individuos y las naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer la capacidad del individuo y la sociedad para procurarse y acrecentar medios de vida.
- Dados el valor que en si misma tiene y su potencial estratégico debemos de ver la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir.
- Finalmente, la protección de la salud es un valor compartido por prácticamente todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. La buena salud, por lo tanto es un valor que puede fortalecer el tejido de nuestra sociedad.

Para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención de la salud. La democratización de la salud implica primeramente crear condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago, o a la facilidad de acceso al lugar donde habita. La salud es un derecho social.

El acceso a los servicios de salud debe ser universal, haciendo mayor énfasis en aquellos grupos de personas cuyos derechos no han sido plenamente reconocidos, como las mujeres, los indígenas o las personas con capacidades diferentes.

La democratización de la salud significa la participación de los ciudadanos, desde asumir la responsabilidad por su propio estado de salud hasta influir en el

diseño de la agenda sectorial y la toma de decisiones. El acceso a la información es un asunto prioritario en este esquema. Los legisladores, los partidos políticos, las instituciones académicas y la sociedad en general deben contar con todas las facilidades para hacer uso de la información que se genera en la operación de los servicios públicos de salud, con excepción, por supuesto, de aquella información que pudiera violar la privacidad de los pacientes.

Por ultimo, democratizar la salud implica desarrollar un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano, que amplíe sus posibilidades de elección, que ponga a su disposición instancias sensibles y eficientes para presentar sus quejas y sugerencias, y que ofrezca a los prestadores de servicios remuneraciones justas y oportunidades de desarrollo profesional.

Para enfrentar cada uno de los retos: equidad, calidad y protección financiera se plantean objetivos similares a los que se establece en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 entre los cuales se encuentran los siguientes:

- Abatir las desigualdades en salud.
- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
- Garantizar un trato adecuado.
- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
- Fortalecer el sistema de salud en particular sus instituciones públicas.

Si los objetivos se llevan acabo, va a fortalecer el sistema de salud y así se tendrá una mejor atención a la población, no importando su nivel social, cultural, económico y político, si no el prevalecer la misma.

El Programa Nacional de Salud tiene 10 estrategias que son:

1. Vincular a la salud con el desarrollo económico y social

La salud, de hecho, depende de múltiples factores cuyo control escapa al sistema de salud, la mejoría de las condiciones de salud de la población depende, por lo tanto de la colaboración de otros sectores.

2. Reducir los rasgos en salud que afectan a los pobres.

Entre las líneas de acción de esta estrategia destacan los esfuerzos por mejorar, la salud y la nutrición de los pueblos indígenas y por garantizar un arranque parejo en la vida mediante la atención universal del embarazo, el parto en los dos primeros años de vida.

3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la diferencia de prioridades

El perfil epidemiológico del país se caracteriza por el predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones tanto accidentales como violentas. Estos problemas no están concentrados y afectan tanto a las poblaciones de ingresos altos y medios como a los pobres. Los problemas emergentes exigen una definición clara de prioridades, la promoción de estilos de vida saludable y mayores esfuerzos para detectar tempranamente los principales padecimientos de este grupo. La discapacidad generada por estos problemas debe atenderse con la participación de otros sectores de la administración pública y la sociedad.

3.1.-Disminuir la prevalencia de la diabetes

3.2.-Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión

3.3.-Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica

- 3.4.-Promover el trasplante como una alternativa accesible
- 3.5.-Racionalizar la atención de las lesiones accidentales e intencionales
- 3.6.-Disminuir la adición al tabaco, alcohol y drogas
- 3.7.-Atender los problemas de salud mental
- 3.8.-Atender las neoplasias malignas
- 3.9.-Prevenir y controlar las infecciones de transmisión sexual y VIH (SIDA)
- 3.10.-Garantizar la disponibilidad de sangre humana segura
- 3.11.-Fortalecer la prevención y rehabilitación

4.-Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.

La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes, la calidad tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos, al prestar los servicios de salud de acuerdo con las mejores normas de la práctica profesional. La dimensión interpersonal que se ha dado en llamar “calidez” de la atención, supone el respeto del paciente como ser humano y la búsqueda.

5.-Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.

La salud tiene siempre un elemento de incertidumbre. Nadie sabe cuando va enfermar. Si estos acontecimientos imprescindibles se enfrentan sin un seguro de salud o sin ahorros suficientes, se corre el peligro de incurrir en gastos catastróficos.

La transición del país hacia una economía moderna con instituciones salidas, requiere de un sistema de salud financieramente más justo y que proteja a la población contra pagos excesivos y potencialmente catastróficos. Esto puede lograrse invirtiendo anticipadamente servicios de salud.

6. Construir un federalismo cooperativo en materias de salud.

Consolidar el federalismo es una prioridad del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Con esto se busca llevar las decisiones y los recursos a donde suceden las cosas, acercar los servicios a los ciudadanos y lograr una distribución más equitativa de oportunidades entre los distintos niveles de gobierno.

Las acciones de cooperación interestatal en el ámbito regional se dirigen a los servicios de alta especialidad y de salud pública. La necesidad de enfrentar riesgos que rebasen las fronteras estatales y aprovechar economías de escala requiere que estos operen bajo esquemas de colaboración. Finalmente se propone llevar la prestación de servicios hasta el plano municipal, siempre en función de la capacidad económica y organizativa de los gobiernos municipales.

7. Fortalecer el papel rector de la secretaría de Salud.

La Ley General de Salud le confiere a la SSA las funciones de rectoría sobre todo el sector, que comprende a todos los actores e instituciones públicos o privados, federales o estatales que desempeñen actividades relacionadas directamente con la salud. Esto incluye la responsabilidad de conducir la política nacional en la materia y coordinar los programas de salud de las diferentes dependencias y entidades.

Supone sobre todo la definición y conducción de las políticas de salud, la planeación estratégica, la regulación de bienes, servicios e insumos, la generación y el análisis de la información y la evaluación del desempeño.

8. Avanzar hacia un Modelo Integral de Atención

La atención a la salud en prácticamente todo el mundo ha pasado de privilegiar el acto clínico curativo, hospitalario, especializado e institucional a promover cada día más la salud preventiva en el medio familiar y en la comunidad. Por otro lado los esfuerzos por mejorar la respuesta del sistema y la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud han acercado el manejo de los recursos al ámbito local y les han otorgado a los usuarios mayor capacidad de decisión.

9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.

El desarrollo democratizador de México debe sustentarse en el ejercicio de los derechos ciudadanos y el reconocimiento de la riqueza de la sociedad civil. En el plano de las políticas sociales esto debe traducirse en políticas de inclusión y mecanismos e instancias de participación.

Un sistema de salud efectivo y eficiente de ciudadanos y grupos organizados interesados en incorporar temas a su agenda y participar en el diseño, implantación y evaluación de sus políticas y programas; ciudadanos y grupos que se constituyan en parte de su soporte técnico. Que le den legitimidad a sus iniciativas y cuerpos al nuevo pacto que la sociedad estableció con sus instituciones públicas.

10. Fortalecer la inversión de recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

La producción de servicios de salud se caracteriza por el empleo intensivo de una amplia gama de recursos humanos y materiales, información y conocimiento. En la medida en que estos recursos se generen y distribuyan de

manera racional y equitativa se garantizará una prestación de servicios de salud equitativa y de calidad.

En México hay insuficiencia de ciertos recursos y un problema grave de distribución en la mayoría de ellos. Mientras que en las ciudades hay un exceso de personal médico y paramédico, que se traduce en desempleo y subempleo, en las áreas rurales.¹⁴

4.3. PLAN ESTATAL DE DESARROLLO.

En cumplimiento a lo establecido por los artículos 86 de la Constitución Política de Hidalgo y 26 de la Ley de Planeación para el Desarrollo de la entidad, el Gobierno del Estado cumple, en el tiempo y forma, con la obligación de elaborar y publicar el Plan de Desarrollo 2005-2011.

4.3.1.FORTALEZA DE LA GESTIÓN PÚBLICA.

La contundencia de las directrices contenidas en el Plan, lo define como una herramienta útil para replantear las formas actuales de planear el vértice democrático e institucional de nuestro Sistema Estatal de Planeación. Se trata de hacer de la planeación un ejercicio permanente que otorgue a la administración pública los elementos para sustentar racionalmente todas y cada una de sus actividades, así como para señalar tareas bien definidas a los sectores de la sociedad, poderes y órdenes de gobierno involucrados en las tareas de promover el progreso de la entidad.

El Plan será la base de nuestro actuar administrativo, ya que conducirá el trabajo de las dependencias y la elaboración de los correspondientes programas sectoriales, especiales, regionales, institucionales y operativos

¹⁴ Programa Nacional de Salud. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. 2001-2006.

anuales, que permitan convertir en acciones específicas, lo que aquí se registra como políticas generales de desarrollo.

4.3.2.PRINCIPIOS DE LA ACCIÓN DE GOBIERNO

En el contexto del Plan, un buen gobierno es aquel que es capaz de alinear sus esfuerzos con las expectativas de los ciudadanos, básicamente en aspectos como cobertura y calidad de los servicios; la honestidad y racionalidad y transparencia en el manejo de los recursos; el impulso a las iniciativas sociales y el respeto a los derechos de la población; es asimismo, un espacio para el reforzamiento permanente de la vocación de servicio y para el impulso a una atención pública congruente, oportuna y de calidad.

4.3.3.SALUD.

La atención y preservación de la salud es una premisa básica para el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades humanas y el bienestar general de la población. Alcanzar mejores estados de salud general en la población es una obligación del Estado y la sociedad, que en conjunto son los actores y factores determinantes para garantizar, preservar y mejorar el acceso a los servicios, con prontitud, calidad y responsabilidad.

Para mejorar el bienestar general de la población, requiere de especial atención en la salud pública. La salud actualmente se ha tornado más compleja y costosa. En el Estado se enfrentan cambios potenciales en cuanto a los servicios requeridos y al incremento en la demanda de estos, aunado a una transición epidemiológica que nos demanda reformas profundas en nuestras políticas públicas, con instrumentos de respuestas más efectivas y oportunas en el área médica, de seguridad social y administración.

La salud y la enfermedad son resultado de la interacción del hombre con su entorno biológico, socioeconómico y cultural, no son estados opuestos, sino diferentes grados de adaptación de nuestro organismo al medio.

El Estado de Hidalgo atraviesa por una transformación que muestra grandes contrastes por cambios demográficos, culturales, educativos, económicos, políticos y sociales. En la población Hidalguense las enfermedades transmisibles que ocupaban los primeros lugares han sido desplazadas por patologías no transmisibles y lesiones.

Con relación a la morbilidad en el Estado, los datos de enfermedades seleccionadas por su demanda de atención entre el periodo de 1981 y 2004, observan cambios cuyos resultados han estado principalmente en función del aumento de la cobertura por los servicios públicos de salud.

Uno de los rasgos distintivos de las condiciones de salud generales del país es la inequidad. Mientras que los daños a la salud de los grupos de mayores ingresos del país tienen un perfil similar al del primer mundo, en las regiones y grupos sociales empobrecidos se observa una nación de escaso desarrollo con una brecha considerable entre la tasa de mortalidad entre hombres y mujeres.

Las tasas de mortalidad por suicidios, homicidios y SIDA aunque son inferiores a la nacional, presentan un incremento considerable en los últimos años así como los tumores malignos son la segunda causa de mortalidad general, de estos se destacan el Cáncer Cervico Uterino, el de mama y de próstata, que en conjunto afectan principalmente a la población de mujeres y hombres en edad productiva y post productiva.

Dentro de los problemas emergentes que no causan gran mortalidad pero si la perdida de un importante número de años de vida saludable, alteraciones de la dinámica familiar y una carga económica considerable, destacan los trastornos neurológicos y de la salud mental, dentro de los que sobresalen, los trastornos depresivos, la epilepsia y los trastornos de ansiedad. No dejando a un lado el uso y abuso de sustancias adictivas, lo cual constituye un riesgo de salud en personas jóvenes.

Así mismo, el estado presenta rezagos significativos en materia de salud reproductiva y Planificación Familiar, ubicándose entre los primeros dos, cinco y siete lugares en indicadores tales como la probabilidad de tener el primer hijo en la adolescencia, la infertilidad, la recibieron en el primer trimestre, sin atención médica en el parto y tasa de mortalidad infantil.

En Hidalgo, solo el 23% esta afiliada a la seguridad social. El IMSS, en su régimen ordinario, agrupa a 385.048 personas que representan 16% de la población; el ISSSTE a 144.393 que significa el 6% y otras instituciones representan el 1% con 24.065 de la población total, lo que nos da una cuarta parte de la población que tiene atención médica.

La población del Estado de Hidalgo se distribuye en 84 municipios que se agrupan en 13 Jurisdicciones Sanitarias, estas corresponden con la sectorización por regiones basadas en variables socioeconómicas y geográficas que establece el Gobierno del Estado.

Las diferencias señaladas en la población contribuyen a acrecentar la complejidad que significa otorgar servicios de salud eficientes y son motivo de búsqueda de estrategias para hacer llegar mayores recursos.

Una de las estrategias es el Seguro Popular que inicio en Hidalgo en el 2003, que actualmente tiene presencia en 34 municipios y otorga servicios médicos a través de 135 Centros de Salud y 7 Hospitales donde se atiende a cerca de 44 mil familias.

Si bien es cierto que el Estado debe asumir mayores responsabilidades en la atención a la salud, también lo es que este cambio planeado debe obedecer a un proyecto funcional y con una visión de largo plazo.

Las acciones habrán de centrarse en lograr la equidad en el acceso al servicio y consolidar un sistema de salud mas eficiente y capaz de hacer frente a las necesidades de la población; en fortalecer la cobertura y la calidad de los servicios favoreciendo a los grupos mas desprotegidos y en consolidar los esfuerzos por impulsar la investigación, el mejoramiento tecnológico, el desarrollo de infraestructura médica y la capacidad de los recursos humanos.¹⁵

4.3.4.OBJETIVOS:

- Promover una alta participación ciudadana en la formulación, aprobación, ejecución, control y evaluación de políticas y programas de salud para efficientizar la atención médica y procurar, usar su prestación con mayor calidad y calidez.
- Contribuir a incrementar la gobernabilidad, la justicia social y el desarrollo en el Estado, garantizando el derecho constitucional a la protección social de la salud, en condiciones de equidad, certeza y prontitud.
- Asegurar a la población el acceso y provisión de servicios de salud eficaces, permanentes, oportunos de calidad y con protección financiera, privilegiando la oferta de servicios de salud a los grupos sociales de atención prioritaria y de alta vulnerabilidad.

¹⁵ Plan Estatal de Desarrollo, Gobierno del Estado de Hidalgo, 2005-2011.

4.3.5. ESTRATEGIAS:

- Incorporar a todos los sectores sociales y de participación ciudadana en los programas y acciones que en materia de salud pública se llevan a cabo en la presente administración.
- Establecer una cobertura completa de los servicios de salud en condiciones de equidad, inclusión y accesibilidad para toda la población hidalguense.
- Otorgar a la población servicios de salud con calidad y calidez en la atención médica acordes a los mayores estándares nacionales para la prestación de los mismos.
- Mejorar los procesos de gestión institucionales, reduciendo los procesos burocráticos y optimizando los recursos públicos.

4.3.6. LINEAS DE ACCION:

- Consolidar la creación de un Sistema Estatal de Salud.
- Intensificar la vinculación con sectores públicos y privados.
- Impulsar la municipalización de la salud.
- Estimular y establecer mecanismos para la participación ciudadana.
- Mejorar y ampliar la cobertura de servicios del primer nivel de atención.
- Extender los servicios de especialidad básica a toda la población.
- Intensificar la prevención y protección de la sociedad contra los riesgos, con la limpieza de ríos y presas contaminadas con aguas negras.
- Incorporar a los beneficios del seguro popular a toda la población no derechohabiente.
- Certificar la totalidad de las unidades de atención a la salud.
- Establecer programas de calidad y mejora continua en todas las áreas de servicio y administrativo.
- Fortalecer la cultura de la calidad y la actitud de servicio de los trabajadores de la salud.

- Modernizar la administración de los recursos en todos los órdenes.
- Fortalecer el desarrollo del capital humano que presta su servicio en el área de la salud.
- Garantizar el abasto suficiente de insumos médicos.
- Mantener la óptima funcionalidad de la capacidad física instalada.
- Implementar un programa estatal de salud.

Como podemos ver, dentro de la estrategia 3 en el apartado 3.8 y 3.9 mencionan la promoción de estilos de vida más sanos, la prevención de riesgos específicos entre los sectores de la población más expuesta, la detección y la atención oportuna de casos con enfermedades de transmisión sexual y neoplasias malignas.

En estas dos líneas de acción no se menciona el Virus del Papiloma Humano como tal, si no que se generaliza dentro de las Enfermedades de Transmisión Sexual que nos aqueja hoy en día y nos da como consecuencia un Cáncer Cervico uterino, dicha estrategia señala que se debe enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.

Así con estos objetivos y estrategias respectivamente con sus líneas de acción, se encuentra contenida la preocupación por los problemas de salud de la población y sobre todo de la mujer, por lo que no cabe duda de la importancia de la enfermedad del VPH como un problema de la salud que debe atenderse urgentemente.

CAPÍTULO 5

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

5.1. ORIGEN DE TRABAJO SOCIAL

En los Estados Unidos de Norteamérica se generaron y cumplieron etapas fundamentales del proceso evolutivo de Trabajo Social, hay una autora que constituye el punto de referencia del nacimiento del servicio social institucionalizado o profesional Mary E. Richmond (1861-1928), fue la primera persona que formulo la teoría de Trabajo Social de Casos y fundamento principios filosóficos y las técnicas básicas de esté trabajo, confirmándose así la calidad profesional de este hacer. Pone el énfasis en la prevención de los desajustes, antes que la atención de los desajustes, para ella era más importante investigar y atacar las raíces profundas de los problemas sociales visibles que los problemas visibles.

Otro antecedente histórico es donde el doctor Calmette funda en 1900 un dispensario antituberculoso creando un puesto de monitora de higiene, que recibía el nombre de visitadora obrera y el doctor Richard Cabor es el que da los primeros fundamentos filosóficos más sólidos de servicio social hospitalario.

En 1905 se abrió la primera Escuela de Ciencia Social en Liverpool, realizándose concursos de Trabajadores Sociales. En Inglaterra nació la profesión de Trabajo Social, como una técnica científica humanística de intervención de la realidad. Estos hechos entre otros se van dando su sello y matiz al servicio social.

El nacimiento del trabajador social en América Latina de acuerdo a Ezequiel Ander Egg se remota a la década de los 20's, tomando como punto de referencia la creación de la escuela Alejandro del Río en Santiago de Chile 1925. Desde su nacimiento el Trabajador Social Latinoamericano recibió una

fuerte y decisiva influencia exterior de 1925 – 1940 aproximadamente la influencia fue Europea. A partir de 1940 paso a llevar el sello Norteamericano.

Para este mismo el desarrollo histórico del trabajador social comprende tres etapas:

ASISTENCIA SOCIAL

CONCEPCIÓN BENEFICO ASISTENCIAL.

El asistente social es considerado como un “técnico para hacer la caridad”, Es un “asistentico”; un ejecutor de obras de caridad que se realizan gracias a la contribución de donantes, motivados por razones moralistas, religiosas o filantrópicas.

Las acciones benéfico-asistenciales son una forma degradante de la caridad. Se ha confundido a la caridad con el paternalismo y la costumbre de ayudar a pobres mediante la canasta, desfiles de modelos, bailes de beneficencia y otras actividades igualmente agraviantes para los pobres; la verdadera caridad es donde se da lo de si mismo y no donación de lo que sobra.

CONCEPCION PARAMEDICA Y/O PARAJURIDICA.

Principalmente en las instituciones de salud se ocupan asistentes sociales no como profesionales sino con el papel de auxiliares a nivel técnico intermedio, útiles para ayudar a la labor del médico o del abogado, pero sin tener una tarea específica, a estos se les llamo visitadores sociales. Algunos médicos se dieron cuenta que podían contar con otro integrante dentro del equipo de subprofesionales. Uno que les cumpliera las funciones de “brazos extendidos” y “ojos prolongados” a los domicilios de los pacientes. Un “ayudante” que fuera capaz de controlar el buen cumplimiento prescrito, de dar “normas de higiene”, de saber algunas actividades de medicina menor como: aplicar inyecciones,

hacer lavados de estomago, enseñar a preparar biberones, a cuidar a fajar bebes. Algunos abogados vieron en los asistentes sociales algo más que una secretaria administrativa. Todavía hoy no se ha podido desterrar completamente esa imagen de los asistentes sociales.

SERVICIO SOCIAL.

CONCEPCION ASEPTICO-TECNOCRATICA.

En esta etapa se inicia la preocupación técnico-científica, elevación del status profesional, acentuación psicologista en el marco teórico referencial y técnico aséptico. Son los profesionales del servicio social químicamente puros: incoloros, inodoros e insípidos.

Con esa actitud neutral se carece de toda vibración humana frente al dolor y la miseria; los profesionales del servicio social son tan asépticos que consideran toda la consagración apasionada y comprometida como contraria a la objetividad profesional, olvidando que no se compromete a una acción, al hombre en su totalidad. Para los tecnócratas del servicio social, lo ideológico y lo político nada tienen que ver con el servicio social.

CONCEPCION DESARROLLISTA.

Cuando se habla de la concepción desarrollista se hace referencia a una corriente de pensamiento y acción que surge en la década de los 50's apoyada en diversos estudios sobre el desarrollo Latinoamericano.

Este enfoque considera el desarrollo económico como un proceso o etapas que abarcan diferentes aspectos, pero en general consiste en la inducción del cambio hacia una situación modernizante conforme al modelo de los llamados países desarrollados. En América Latina no se importan solo productos, se importa también ciencia, tecnología, cultura y educación.

Los países Latinoamericanos se han estado haciendo “desde afuera”; se ha impregnado y penetrado por “exterior”, por que imitaban.

TRABAJO SOCIAL.

CONCEPCION CONCIENTIZADOR-REVOLUCIONARIA.

Al ver la insuficiencia del desarrollismo hubo nuevos planteamientos desde y con una perspectiva ideológica y política, los cuales hicieron ver y comprender los problemas de nuestro desarrollo de manera diferente. El servicio social en América Latina parece estar dando paso al Trabajador Social Latinoamericano.¹⁶

5.2. CONCEPTUALIZACION DE TRABAJO SOCIAL

En este subcapítulo se dará a conocer que es el Trabajo Social: Es una profesión del área de las ciencias sociales que a través de procedimientos científicos promueve la organización y la participación, conscientes de los miembros de la colectividad en las transformaciones sociales a fin de contribuir al desarrollo integral de la población.¹⁷

Otra definición de Trabajo Social es: Una profesión que a través de una práctica social con fundamento científico, coadyuva en la promoción de las potencialidades del ser humano para lograr su desarrollo integral, así como su participación en la transformación de su realidad circundante, propugnando por los valores universales.¹⁸

¹⁶ Ander Egg, Ezequiel et al. Del ajuste a la transformación. Apuntes para una historia del Trabajo Social, Edit. Ecro, Buenos Aires 1975. Pág. 246.

¹⁷ Trabajadores Sociales de la UMAM.

¹⁸ Trabajadores Sociales de la UAEH.

Definición de Trabajo Social en el Área de la Salud.- Es el conjunto de acciones metodológicamente orientados mediante la investigación de factores sociales que influyen en la salud para participar en programas tendientes a educar, organizar y movilizar a la población a efecto de contribuir a su salud integral.¹⁹

De acuerdo a Natalio Kisnerman el Trabajo Social por su función, es decir, por lo que se hace. Evidentemente para que un Trabajador Social pueda ejercer su papel, es necesaria la presencia de un individuo, un grupo o una comunidad que demanden sus servicios frente a una situación vivida como problemática. Pero esa persona siempre es portavoz, directa o indirecta, de un grupo afectado por una enfermedad, por carencia de trabajo estable, de vivienda, etc.

El Trabajo Social procura crear una actitud crítica acerca de las causas-efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva, transformadora que lo supere. Para ello el Trabajador Social deberá:

- Conocer científicamente esos problemas.
- Determinar como los hombres los enfrentan y qué alternativas de solución tienen.
- Capacitarlos para que puedan asumir el papel de sujetos en la acción transformadora de los mismos.
-

Natalio kisnerman, señala los objetivos de Trabajo Social en salud, que son: "Aportar al equipo de salud un estudio de las variables económicas y culturales que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando o eliminando a aquellos que impidan el logro de los objetivos de salud y la plena utilización de

¹⁹ Revista de Trabajo Social, Enero, Febrero y Marzo de 1989 Volumen 37 Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM. Pág. 32.

los servicios, así como localizando los que favorecen su logro”, otro objetivo es “orientar y capacitar a los pacientes, familias y comunidades en general a los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que asuman como agentes de promoción, prevención, recuperación rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar” y finalmente “participar en la formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud desde el punto de vista de su competencia”.²⁰

En este sentido las funciones del Trabajador Social las podemos catalogar de la siguiente manera:

1.-PROMOCIÓN

- 1.1.-Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud.
- 1.2.-Suministrar información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.

2.-PREVENCIÓN

- 2.1.-Estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- 2.2.-Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de vida.
- 2.3.-Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos.
- 2.4.-Participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud.
- 2.5.-Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que pueden contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.

²⁰ Natalio Kisnerman, Salud Publica y Trabajo Social, Edit Humanitas, Buenos Aires 1981.

2.6.-Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.

2.7.-Capacitar a voluntarios, auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones de salud.

3.-RECUPERACIÓN

3.1.-Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad.

3.2.-Capacitar al enfermo y su familia para que sean agentes de su recuperación.

4.-REHABILITACIÓN

4.1.-Asegurar que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencial.

4.2.-Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo o minusválido.

ACTIVIDADES

En el sector salud el Trabajador Social presta sus servicios en las siguientes áreas de trabajo:

A) Servicios de atención directa a individuos, grupos y comunidades, trabajando con quienes presentan problemas sociales o dificultades de integración social, o previniéndolos.

B) Investigación, identificando los factores que generan la enfermedad, su distribución y desarrollo, detectando a enfermos y minusválidos, evaluando servicios y recursos, actitudes y valores, etc.

C) Política y promoción social, estimulando y provocando medidas tendientes a mejorar la calidad de vida para la población, creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación en el logro de esas medidas.

D) Planificación, transformando necesidades concretas en respuestas también concretas que las satisfagan.

E) Administración de servicios sociales organizando, dirigiendo o coordinando Departamentos de Trabajo Social.

F) Capacitación de Recursos Humanos, sean o no profesionales.

Podemos decir que el Autor Natalio Kisnerman maneja las funciones y actividades del Trabajador Social en salud más concretas tomando en cuenta al paciente, familia y comunidad, para que ellos de acuerdo a sus potencialidades y recursos disponibles tengan más alternativas de solución a sus problemas y así tener mejor nivel de salud.

La labor de los Trabajadores Sociales en esta área es tan completa, que requiere de tener un carácter estable, fuerte, noble y amable de conocer de salud pública, ya que los necesitara para tratar con el paciente y las personas que lo rodean en el ámbito en el que se desenvuelve.

Tanto en las zonas rurales como en las zonas urbanas, las enfermedades son las causantes de un desequilibrio en la estabilidad emocional, económica, moral, familiar, laboral, social, educativa del paciente y de las personas que le rodea, estas ultimas son sus familiares, amigos etc., ya que en ocasiones se trata de enfermedades crónicas degenerativas, mortales o que requieren tratamientos prolongados, costosos o difíciles de conseguir donde se necesita la participación de los familiares para que tengan una fácil recuperación, tratamiento y rehabilitación total.

La labor de los Trabajadores Sociales será preventiva, curativa y rehabilitatoria, tendrá que ejercer el convencimiento, exhortando la participación de la familia para la recuperación del paciente, elaborara estudios médicos sociales de los

pacientes, entrevistara al paciente y sus familiares, realizara investigación de campo, estará pendiente de los pacientes que sufran el abandono de los familiares y amigos, trabajara en coordinación con otras instituciones del Estado y particulares, hará los tramites pertinentes para el traslado del paciente, participara en actividades terapéuticas y estará al tanto de que los pacientes no abandonen su tratamiento.

5.3. TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS.

El método de grupos fija su atención en el individuo para orientarlo a obtener el máximo de sus posibilidades sociales espirituales, físicas y culturales. El método de grupo es un proceso educativo en el que el trabajador social conduce a los individuos a establecer relaciones de grupo satisfactorias que les permita crecer emocionalmente y los capacite para actuar de acuerdo a las circunstancias de su medio ambiente social y familiar. Hoy en día el trabajo social de grupos está inserto en un sistema de cambios que influyen el crecimiento del individuo.

Tiempos antes de que el trabajo social de grupos fuera definido como un método profesional con técnicas y objetivos propios. Este nació con el deseo de satisfacer necesidades sociales en el llamado “humanitarismo” que influyo en el movimiento de la caridad creando una conciencia de ayuda a las clases trabajadoras, no solo cuando el individuo estuviera enfermo o desvalido, sino para que se recreara y compartiera con amigos un ambiente adecuado durante su tiempo libre.

El grupo ha sido siempre un medio importante para la realización de los propósitos humanos primeramente con la familia, con el clan, la tribu, el gremio, la comunidad y el estado, instrumentos de gobierno, de trabajo, de recreación y de educación.

Los primeros antecedentes los encontramos en el siglo XIX, donde se dedicaron a estudiar masas y sus fenómenos. Pero los verdaderos intentos de formular una definición de la práctica profesional no se hicieron sentir hasta 1920 se empieza a escuchar en las instituciones el termino “trabajo social de grupos” En esta época se contemplo la necesidad de mejorar la presentación de servicio social individual, surgiendo la idea de utilizar el grupo como vinculo de solución; como hospitales psiquiátricos, clínicas de salud mental, escuelas, hogares para niños etc., hasta que en 1951 Gisella Konopka destaco que el Trabajador Social de Grupos, debe estar el individuo al grupo y del grupo a la sociedad.

Actualmente se le considera un proceso que a través de experiencias busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social. Así que el trabajo social de grupos es un instrumento esencial en la motivación y educación social de los ciudadanos, para el cambio de estructuras, siendo un factor terapéutico, preventivo y rehabilitatorio.²¹

Definiciones de Trabajo Social de Grupos.

NATALIO KISNERMAN

El Trabajo Social de Grupo es un método para crear y desarrollar sentimientos de seguridad en tanto los integrantes aprenden a dar, recibir, comunicar experiencias, compartir casos, trabajar cooperativamente y elaborar contenidos. Es un método de educación socializante, en el que se refuerzan los valores del individuo, ubicándolo en la realidad social que la rodea para promover su cooperación y responsabilidad en una acción integradora en el proceso de desarrollo.

²¹ Trabajo Social de Grupos, Yolanda Contreras de Wilhelm, Editorial Pax México.

GISELLA KONOPKA

Es un método de Trabajo Social que ayuda a los individuos a mejorarse en funcionamiento social a través de intencionadas experiencias de grupo, a manejarse más eficazmente con problemas personales de su grupo y de su comunidad.

GRACE COLE

Es un proceso educativo realizado en grupos voluntarios durante las horas libres bajo la dirección de un líder o jefe de grupo; sus propósitos son el desarrollo de la personalidad a través de las interrelaciones sociales originadas entre sus miembros y el fomento de tales situaciones como medio para la acción integral y cooperativa.

GERTRUDE WILSON

Es un método socioeducativo por medio del cual el Trabajador Social ayuda al hombre a establecer relaciones satisfactorias que le harán crecer emotiva e intelectualmente, capacitándole así para cumplir eficazmente con sus funciones en la comunidad y demás colectividades a las que pertenece y para establecer fines socialmente deseables.

ROBERT DE VINTER

El Trabajo Social de Grupo es un método de educación psicosocial con ciertas características: igualdad, participación, libertad de acción, respeto mutuo, responsabilidad, comunicación, diálogo y creación entre los miembros. En un medio para crear, para satisfacer las necesidades humanas y desarrollar potencialidades creadoras.²²

²² Documental de Trabajo Social de Grupos UAEH.

El Objetivo de Trabajo Social de Grupo al aplicar su método, permite seleccionar los medios adecuados para la elaboración de un programa a través de actividades que pueden cambiar según sea el momento y la situación.

Objetivos específicos del Trabajo Social de Grupos.

- Curativo.- Busca identificar, controlar o eliminar los factores que han causado deterioro en las relaciones sociales.
- Rehabilitatoria.- Se intenta reconstruir y/o reorganizar esas relaciones sociales, a un nivel inmediato (familiar, trabajo, escuela) o mediato (con la institución o con la estructura social).
- Prevención.- Objetivo netamente educativo. Aquí el Trabajador Social se inserta en la problemática del desarrollo en tanto capacita a los individuos, grupos o comunidades para ser agente de dicho desarrollo. Así como previniendo los problemas relacionados con la interacción social.

Proceso del método de trabajo social de grupo.

Investigación.- Etapa de recopilación de datos. Esta puede ser:

- Directa o indirecta.
- Objetiva o subjetiva.
- Con datos pasados o presentes.

Diagnóstico.- Se define como un resumen de los problemas y recursos encontrados; es equivalente a un análisis e interpretación de los datos.

Planeación.- Es una serie de medidas que se proponen para la resolución de los problemas encontrados basándose en el diagnóstico.

Ejecución.- Es el realizar las medidas propuestas en la planeación.

Evaluación.- Es un proceso destinado a demostrar la relación entre los servicios prestados y el alcance de los objetivos propuestos. Puede ser interna o externa, cuantitativa o cualitativa.

Concepto de grupo en Trabajo Social

Concepto Tradicional de grupo: Es un conjunto de personas que interactúan en una situación dada y el objetivo está establecido por ellos mismos.

Concepto Científico.- Es un conjunto de personas ligadas por constantes de tiempo y espacio, articuladas con una mutua representación interna y una tarea en común.

Tipos de Grupo de Trabajo Social de acuerdo a su:

Relaciones (como interactuar).- Primario y secundarios.

Integración: Natural o espontánea impuesto y motivado.

Normas: Formales e informales

Miembros: Homogéneos y heterogéneos

Pertenencia: De pertenencia y de referencia

Organización: Organizados y desorganizados

Ingreso: Abierto y cerrado.

Transitorios: Se determina por la edad.

5.4. ETAPAS DE LA VIDA DE UN GRUPO

Aunque cada una de ellas tiene sus propias condiciones básicas y sus procedimientos, la aplicación varía de acuerdo al tipo de grupo que se maneja.

ETAPA DE FORMACIÓN

Es el nacimiento del grupo, el líder profesional identifica los intereses comunes que poseen un conjunto de personas y las ayuda a asociarse. El Trabajador Social es el líder profesional donde su función incluye estudio o investigación para la formación del grupo, en el diagnóstico inicial permitirá formular metas y toda la planeación que se realiza en esta etapa.

ETAPA DE ORGANIZACIÓN

En dicha etapa, el grupo elabora los sistemas que le permite el desarrollo de la capacidad para autodirigirse o autogobernarse. El líder profesional lo encauza hacia su organización a través de las necesidades de los miembros y de los objetivos del método de grupo.

ETAPA DE INTEGRACIÓN

Es la etapa de maduración del grupo, durante la cual se adquiere independencia del liderazgo del Trabajador Social. Este proceso significa alcanzar la conciencia de lo que es y de lo que puede ser. En esta etapa se considera terminada cuando se pronostica que el grupo continuará su asociación porque ha aceptado un ritmo de reuniones.²³

²³ Trabajo Social de Grupos, Yolanda Contreras de Wilhelm, Editorial. Pax. Méx. Pág. 1,15,57 y 95

5.5. ANTECEDENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

EL 19 de Enero de 1943, mientras que los aviones de guerra surcaban los cielos de Europa, en las ciudades sonaban las sirenas de alarma y los humos en los campos de batalla obscurecían los cielos, cuando el mundo se hundía en una contienda que amenazaba con destruir todo creando un caos, la miseria y la inseguridad, en nuestro país nacía una institución que con el tiempo sería pilar en la construcción de una nación más justa, más vigorosa y moderna: el Instituto Mexicano del Seguro Social.

A través de sus 50 años de vida el IMSS, ha comprometido sus acciones en la satisfacción de sus necesidades básicas y detención prioritaria para el pueblo mexicano: la salud y el bienestar social. Por ello, atender a la clase trabajadora del país y a los sectores más desprotegidos significa elevar los niveles de vida de los mexicanos y de fortalecer el principio de solidaridad social. El humanismo en el IMSS es hoy su línea de conducta, cuyo fundamento es atender al hombre como su razón de ser, como principio y como fin.

Desde su función en el mes de enero de 1943, su preocupación a sido además de atender a la población enferma y aportar las acciones de la medicina preventiva para la protección del núcleo sano; ver por los pequeños propietarios que desean incorporarse a una de las instituciones revolucionarias que más orgullo da a los mexicanos; así como de los empresarios nacionalistas que se preocupan por la salud de sus trabajadores.

En el marco de las transformaciones del mundo y de este país, la modernización de la institución tiene una enorme trascendencia. Es esencial hacer de él un instrumento de seguridad social adecuado a la época y a una

sociedad mucho mas demandante y participativa, que reclama los servicios que le corresponden por derecho y exige que sean de buena calidad.

La seguridad social responde sin duda a las necesidades de los ciudadanos, que ejercen los individuos. Contribuye atenuar las desigualdades y es una aportación a la paz y estabilidad social del país, al ser un órgano de redistribución de la riqueza. Es también la realización de un anhelo colectivo, elemento de modernidad y desarrollo.

Frente a una realidad social, dinámica y compleja no se debe a atenuar con viejos esquemas que han provocado su ineficiencia; es necesario revertir la inercia para avanzar así los niveles de calidad y calidez que exigen los nuevos tiempos del México moderno. Al decir calidad referimos a un nivel de excelencia en las características de los servicios que se presentan, hablar de calidez es referirse a una dimensión especialmente humana del quehacer institucional.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, posee una amplia tradición de trabajo y gran vocación de servicio. En esta institución convergen los recursos y el talento de obreros, empresarios y servidores públicos, que bajo el esquema del tripartidismo promueven el bienestar y la justicia social. La extensa gama de servicios que brinda para otorgar salud y seguridad social a los trabajadores de México, implica un reto de formidable magnitud, al que se suma la preocupación por hacer de la atención institucional un modelo de calidad y calidez, es decir la eficiencia de productividad y de calor humano.

La actuación del IMSS, reflejada en su evolución orgánica, ha sido siempre acorde con el momento y circunstancias del país, por lo que el conocimiento del cambio de sus estructuras y el devenir histórico de nuestra nación, orientara al lector sobre esta correlación. El Seguro Social es una institución nacida del pensamiento revolucionario, que se expreso en las sesiones del Congreso

Constituyente de 1916, en ocasión de los debates suscitados por los proyectos relativos a la legislación del trabajo. Los constituyentes descubrieron las limitaciones de las garantías individuales incapaces de proteger la dignidad de los trabajadores en la segunda mitad del siglo XIX.

El primero en comprender las limitaciones que tenían las leyes de trabajo y de las sociedades mutualistas para proteger plenamente a los trabajadores y sus familias, fue el presidente Álvaro Obregón quien también entendió perfectamente la actuación del Estado en la época contemporánea, ya que consideraba que debería ser el principal gestor de la justicia social.

A través de la promulgación de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos en el año de 1917, se establecieron los principios de la seguridad social. La fracción XXI y del artículo 123 indicaba “se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos. Por lo tanto el gobierno federal, como el de cada Estado deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole para infundir la previsión popular”.

A pesar de los buenos deseos de los gobiernos revolucionarios no fue posible en aquellos años implantar el régimen de seguridad social en México. Fue hasta el año de 1929, siendo presidente de la República Emilio Portes Gil, cuando se reformó la Constitución en el sentido de otorgar a la federación el derecho a legislar en materia de trabajo, y concederle la facultad de crear el régimen obligatorio del Seguro Social. Los legisladores federales dieron atención preferente a la ley federal del trabajo, que se promulgó en el año de 1931 y se dejó para el futuro los estudios relativos a la ley del Seguro Social.

En los años treintas siendo presidente Lázaro Cárdenas, se establecieron los aspectos básicos para la expedición de la ley del Seguro Social en virtud de que

llevó a cabo cambios fundamentales en la vida de la nación, primordialmente en la industria, la agricultura y los ferrocarriles; expropió la industria petrolera y se establecieron los lineamientos para crear y organizar las grandes centrales obreras y campesinas.

El presidente Manuel Ávila Camacho, conciente de la situación histórica del país, nombro una comisión técnica redactora, en 1941, para estructurar el anteproyecto de la ley del Seguro Social, que fue entregada 13 meses después. El proyecto de la ley del Seguro Social fue aceptado por el congreso de la unión el 23 de diciembre de 1942 y fue promulgado el 19 de enero de 1943 a partir de entonces, el Seguro Social ha sido una forma idónea para proteger la vida y dignidad del trabajador, y al mismo tiempo, una manera de elevar su salario. Por eso se hace necesario realizar esfuerzos cada día a mayores de solidaridad nacional con el propósito de beneficiar a los sectores más desprotegidos.

Como otro antecedente histórico el 14 de Enero de 1961 el Honorable Consejo Técnico autoriza al director general para que se inicie la prestación de servicios del Seguro Social de Pachuca, Tulancingo y Tepeji del Río. El subdirector general médico del IMSS, Carlos Mac Gregory develó una placa que consigna al Instituto del Seguro Social del Hospital General zona no. 1 Pachuca Hidalgo el 3 de Noviembre de 1988, rindiendo homenaje al doctor Alfonso Mejía Schroeder, quien fuera iniciador de los servicios médicos de esta institución, por lo cual desde esta fecha el hospital lleva su nombre.²⁴

5.6. PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA

En septiembre de 1994 se llevó a cabo en el Cairo Egipto, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), bajo los auspicios de la Organización de las Naciones Unidas, la conferencia delineó un horizonte más amplio y desafiante en materia de población y desarrollo, y marcó una nueva

²⁴ Recopilación Documental del Instituto Mexicano del Seguro Social Pachuca Hidalgo.

etapa de compromiso y voluntad de todos los gobiernos, que quedaron plasmados en el Programa de Acción de la CIPD.

Al cumplirse cinco años de la CIPD, la Asamblea General de las Naciones Unidas, siguiendo las recomendaciones del Consejo Económico y Social, convocó a los países miembros de esté, a un período extraordinario de sesiones del 30 de junio al 3 de julio de 1999, destinado a examinar y evaluar la ejecución del Programa de Acciones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el desarrollo, proceso que se ha denominado CIPD 5. El gobierno de México, se ha sumado a esta iniciativa, participando activamente en los foros de consulta regional y multilateral, entre los que destacan: El foro Internacional de la Haya, que se llevó a cabo del 8 al 12 de febrero de 1999, y el XXXII período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo, que tuvo lugar en Nueva York del 22 al 31 de marzo de 1999.

Desde 1940 México ha venido experimentando un crecimiento de población, en los años 60's alcanzó una tasa nunca antes registrada en el país y una de las más altas en el mundo, a causa de una tasa de mortalidad en descenso principalmente, y una tasa elevada de natalidad de 48.1 por 1000 hab. que para 1970 disminuyo a 44.2 por 1000 hab. Este crecimiento de la población dio un cambio político en 1973, permitiendo la regulación de la fecundidad para un crecimiento económico y social del país, incorporándose en diciembre de ese año en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 4, que establece "El hombre y la mujer son iguales ante la ley. Esto protege la organización y desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de una manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos".

En Enero de 1974 se decretó la Nueva ley General de población y en 1977 el Gobierno federal decidió dar un impulso prioritario a las actividades de planificación familiar, hasta 1983 fue cuando la orientación de Planificación

Familiar tenía como principal función reducir la fecundidad esto lleva a que los promotores de salud identificaran que no solo era el número de hijos sino las condiciones previas antes del embarazo, dando lugar a un riesgo reproductivo en las mujeres, por lo que se crea el Programa de Salud Reproductiva.

En 1992 el gobierno de México y diversas agencias de cooperación internacional acordaron establecer el apoyo al Programa de Salud Reproductiva hacia un grupo de 9 estados del país, con indicadores socioeconómicos y demográficos más desfavorables. Se consideró su baja utilización anticonceptiva, alta fecundidad y mortalidad infantil y los primeros estados donde se estableció este programa fueron Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, D.F, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz., en la actualidad esta en toda la República.

El propósito del programa es difundir a la población de altos índices de marginación y pobreza considerando que los individuos tienen diferentes pensamientos, cultura, religión, ideología, libre albedrío y capacidad para tomar decisiones, por lo que se decidió orientar con información objetiva, clara, veraz y confiable a través de la consejería sobre el enfoque de la Salud Reproductiva y los servicios de Planificación Familiar, dicho concepto debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos.

La salud reproductiva es la capacidad de los hombres y de las mujeres para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera libre y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Los elementos que se contemplan como pilares esenciales de las acciones de salud reproductiva y Planificación Familiar son:

La Planificación Familiar

Salud sexual y reproductiva de los Adolescentes

Salud perinatal e infantil

Riesgo preconcepcional

Enfermedades de transmisión sexual

Prevención y detección de cáncer cervico-uterino

Climaterio y postmenopausia

Planificación Familiar

Desde hace poco mas de dos décadas, cuando dio marcha el programa de planificación familiar en este país, los métodos y estrategias de acercamiento hacia a la mujer para su incorporación en el programa, han sufrido cambios a lo que ahora se denomina como salud reproductiva. La planificación familiar entendida como proceso permanente en la vida del individuo conlleva una vida reproductiva sana, que repercute no solo en la persona y su familia (presente o futura), sino en la sociedad, el país y obviamente en el bienestar de las próximas generaciones.

Salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos emocionales, intelectuales y sociales de bienestar sexual, que contribuye al mejoramiento de la personalidad, la comunicación y el amor. Implica una vida sexual y reproductiva satisfactoria y segura. Con un enfoque hacia el respeto mutuo entre compañeros sexuales. Al igual que salud reproductiva es definida como el bienestar bio-psico-social desde el nacimiento hasta la muerte.

Salud perinatal.

Se considera un periodo especialmente importante del desarrollo humano, cuyo abordaje debe tener en cuenta la forma en que interactúan los riesgos biológicos con los determinantes de la salud. Un comienzo de la vida sano está relacionado con los estilos de vida y el nivel de capacitación de los padres para cuidar y educar a sus hijos.

La salud perinatal impulsa la mejora de la salud reproductiva actuando sobre la intervención integral a la maternidad/paternidad, para lo cual planifica y coordina actuaciones que abarcan desde la etapa preconcepcional hasta el periodo neonatal.

Riesgo preconcepcional.

Se trata de la consulta que debería realizar toda pareja que se plantee un embarazo. La asistencia preconcepcional forma parte de la asistencia prenatal, siendo su principal objetivo promover la salud de la mujer y de su futura descendencia. Como muchos embarazos no son planificados, es nuestra obligación, como profesionales de la salud que prestamos asistencia médica a la mujer en su época reproductiva, estar alerta sobre la posibilidad de una gestación y aconsejar a la mujer y a su pareja sobre aquellos comportamientos que puedan poner en riesgo la vida de la madre o del feto.

Enfermedades de transmisión sexual.

El control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) es fundamental para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Entre las estrategias de intervención que han demostrado ser eficaces para su control es básica la búsqueda, detección, el manejo precoz y eficaz de los casos, al permitir no solo la prevención secundaria a nivel individual, sino también la prevención primaria a nivel colectivo; adicionalmente, el tratamiento precoz y eficaz de las ETS. Para lograr lo anterior es necesario proveer servicios

accesibles, aceptables, que satisfagan las expectativas de los pacientes, eficaces y oportunos, y promover ampliamente su uso; para lo cual es necesaria la normalización del proceso de atención de las ETS en el marco del plan obligatorio de salud.

Prevención y detección de cáncer cérvico-uterino.

La detección temprana del cáncer de cuello uterino corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología cervico uterina.

La atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino, corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres con diagnóstico de lesión preneoplásica, tendientes a incrementar las posibilidades de curación, minimizar los riesgos de complicación y aumentar el tiempo de vida y su calidad.

Climaterio y posmenopáusica.

El climaterio constituye una etapa de la vida de la mujer en la que se presenta una disminución de la actividad ovárica que se manifiesta en forma temprana como alteraciones en la menstruación, bochornos (sofocos), sudoraciones nocturnas, sequedad vaginal, problemas urinarios, trastornos psicológicos. Sin embargo, hay dos consecuencias graves provocadas por esta falla ovárica, que llevan a grandes limitaciones o hasta causar la muerte, si no se les atiende: la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares.

Es importante saber que estar en esta etapa de la vida es inevitable, con las repercusiones psíquicas, sociales y culturales que esta conlleva; pero también que se pueden prevenir y tratar estas alteraciones. El Climaterio es un período de tiempo durante el cual la mujer pasa de la vida reproductiva a la no

reproductiva. El climaterio se inicia en promedio a los 40 años de edad y se caracteriza por una disminución de la actividad ovárica y se prolonga hasta la senectud. La Menopausia es simplemente la fecha de la última menstruación, en la vida de una mujer mayor de 40 años y se hace alusión a ella cuando han pasado 12 meses sin que haya presentado sangrado vaginal.

Estos conceptos son un proceso constante dentro de la vida misma, que se incorporan de manera substancial al nuevo enfoque del programa de salud reproductiva, incluye de manera global la atención al adolescente, así como los padecimientos de transmisión sexual hablando de la enfermedad del Virus de Papiloma Humano.

Uno de los objetivos del programa de salud reproductiva en las áreas urbano marginadas es brindar información sobre el concepto integral del mismo que propicie una actitud favorable, que redunde en una mayor demanda de los servicios de planificación familiar. Por lo que se elaboraron una serie de estrategias y actividades a desarrollar, contando con el personal adecuado para llevarlas a cabo como son un supervisor, el equipo de promoción y un equipo asistencial este ultimo cuenta con la participación de un médico, de una enfermera y un trabajador social el cual se encarga del área de consejería dentro del módulo. Asimismo, apoyan a los promotores en las sesiones grupales y en el desarrollo de la estrategia escolar.

La capacitación del equipo es fundamental, brinda al personal información en diversos temas relativos a la salud reproductiva y comunicación educativa, pero sobre todo, la capacitación debe estar enfocada a sensibilizar al personal para que realice una labor dirigida a la gente, en donde predomine el factor humano.

El programa es básicamente de penetración y posicionamiento dentro de la localidad y de sensibilización a la misma. Aquí el Trabajador Social hará uso del proceso metodológico de comunidad, grupal y de casos. Este profesional nunca esta solo en el desempeño de sus actividades, es decir, siempre trabaja con un equipo multidisciplinario para hacer la canalización de pacientes a diferentes instituciones.

25

²⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social D.P.M Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, Campaña Nacional de Extensión de las Acciones de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

CAPÍTULO 6

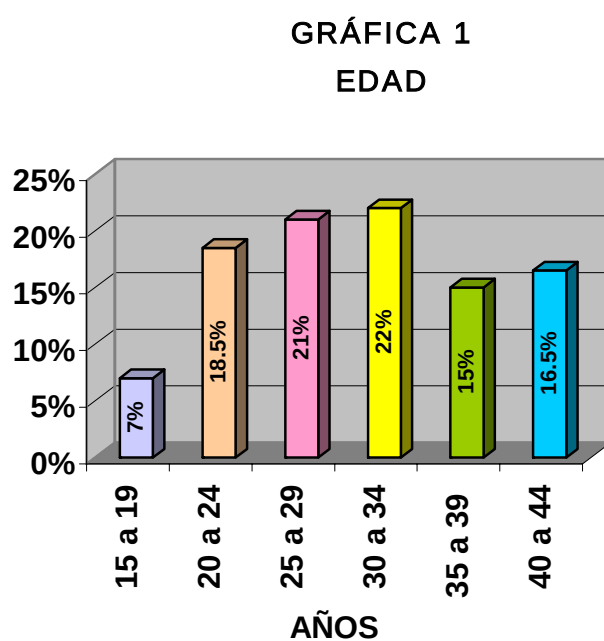
RESULTADOS

6.1.- APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento se aplicó a 450 mujeres que acuden al Centro de Seguridad Social IMSS Pachuca Hidalgo, a partir de un cuestionario que se aplicó cara a cara a cada una de las mujeres que accedieron a contestar, con la finalidad de identificar los conocimientos que tienen sobre el Virus del Papiloma Humano.

6.2.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

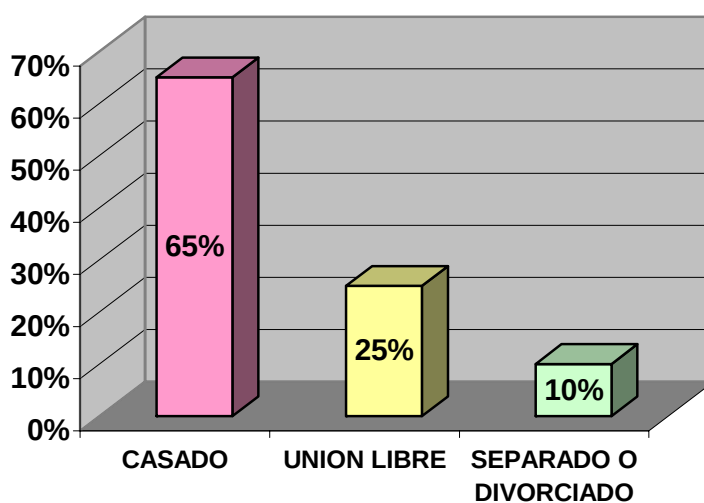
En la gráfica se observa que las mujeres entrevistadas fluctúan entre las edades de 15 a 44 años, la edad que mayor prevalece con el 22% de 30 a 34 años, ya que éstas tienen una vida sexual y la edad que menos encontramos es de 15 a 19 años con un 7%.



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

Un dato importante es el estado civil, el cual nos permite identificar que el 93.90% tiene una relación en pareja y el 6.1% restante tuvo en algún momento el apoyo de una pareja.

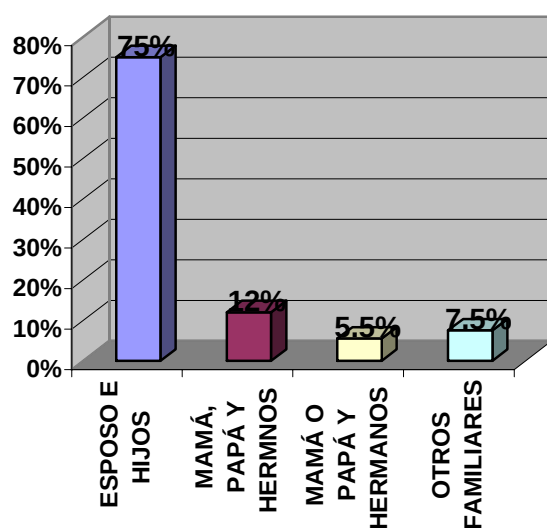
GRÁFICA 2
ESTADO CIVIL



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

Respecto a la familia se observa que el 75% es una familia nuclear y un 5.5% es una familia extensiva por lo que nos damos cuenta que todos los integrantes de la familia son importantes para un desenvolvimiento personal.

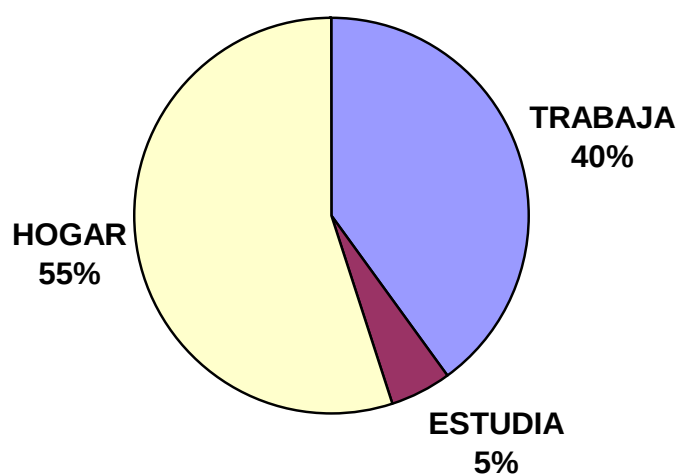
GRÁFICA 3
¿QUIENES INTEGRAN SU FAMILIA?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

Un 55% de las mujeres entrevistadas se dedican al hogar, un 40% se dedica a trabajar y a su vez al hogar, por lo que nos damos cuenta que para la mayoría de éstas lo importante es el bienestar de la familia.

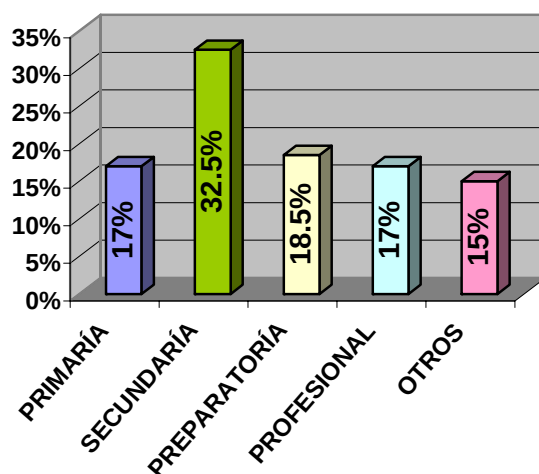
**GRÁFICA 4
OCUPACIÓN**



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006

Con relación a la escolaridad de las mujeres en edad reproductiva entrevistadas, el 32.5% tiene la secundaria, el 18.5% la preparatoria, el 17.5% la primaria, el 17% profesional y el 15.5% restante tiene una carrera comercial. Se analiza que la mayor parte de la población femenina solo tiene la educación básica, por lo que esto permite tener un interés en su educación sexual.

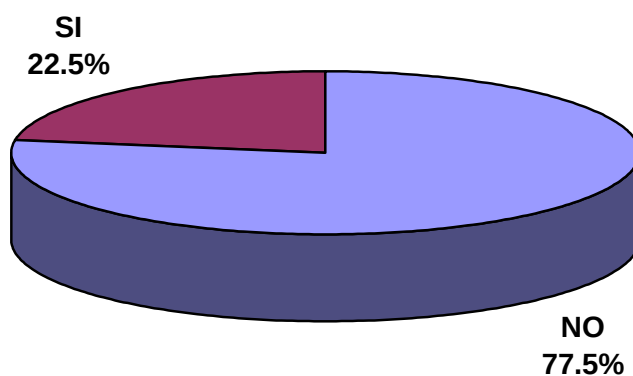
GRÁFICA 5
ASPECTO EDUCATIVO



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006

En esta gráfica se observa que el 77.5% no ha tenido más de una pareja sexual, pero esto no quiere decir que estén exentas de tener una enfermedad de transmisión sexual y el 22.5% si ha tenido más de una pareja.

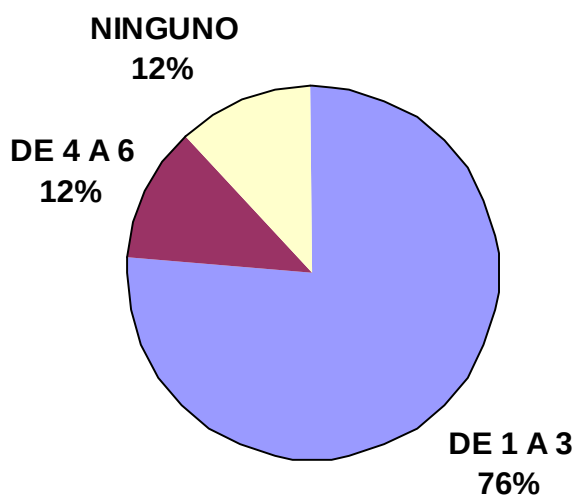
GRÁFICA 6
¿A TENIDO MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006

Se muestra que el 76% de la población entrevistada a tenido de uno a tres hijos, esto quiere decir que en la actualidad se tiene un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos y a su vez nos damos cuenta que un 12% no ha tenido hijos.

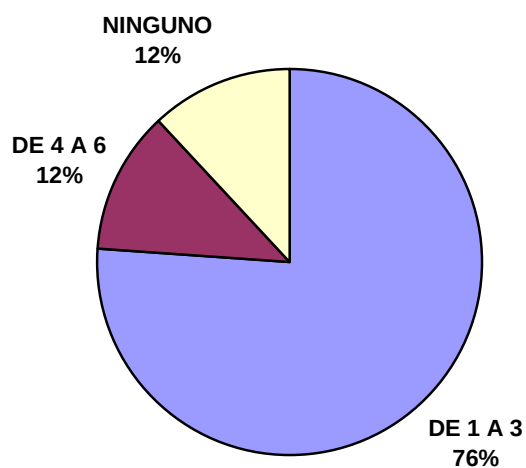
GRÁFICA 7
¿CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO USTED?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

Analizamos en la gráfica 8 que un 30% de las personas entrevistadas ha tenido de uno a dos abortos por lo que los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y el aborto favorecen al desarrollo de las infecciones.

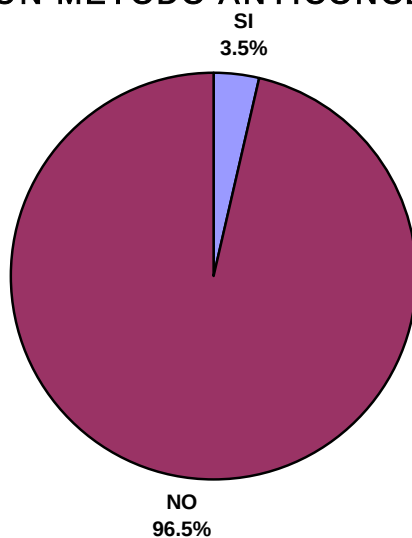
GRÁFICA 8
¿CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO USTED?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

Se observa en la gráfica que un 96.5% de las mujeres entrevistadas sus creencias no le evitan la utilización de un método anticonceptivo y a un 3.5% si le prohíben la utilización de estos, de acuerdo a la religión que profesan.

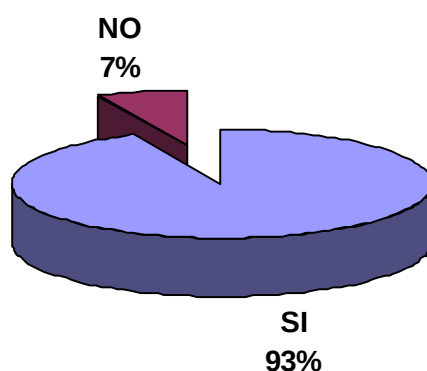
GRÁFICA 9
¿SUS CREENCIAS EVITAN LA UTILIZACIÓN DE
ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

En la gráfica se observa que un 93% de las mujeres entrevistadas tienen el conocimiento de cómo evitar enfermedades de transmisión sexual, por lo que se analizó que las entrevistadas conocen del uso del preservativo como una medida preventiva y el 7% restante no tiene ningún conocimiento.

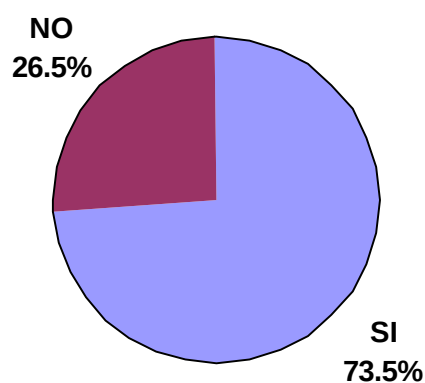
GRÁFICA 10
¿SABE USTED CÓMO EVITAR
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

En esta gráfica se observa que un 26.5% de las mujeres no se ha realizado el estudio del cáncer cervicouterino, por lo que esta población es la más vulnerable para contraer una infección o enfermedad de transmisión sexual y el 73.5% si se lo a realizado como medida preventiva.

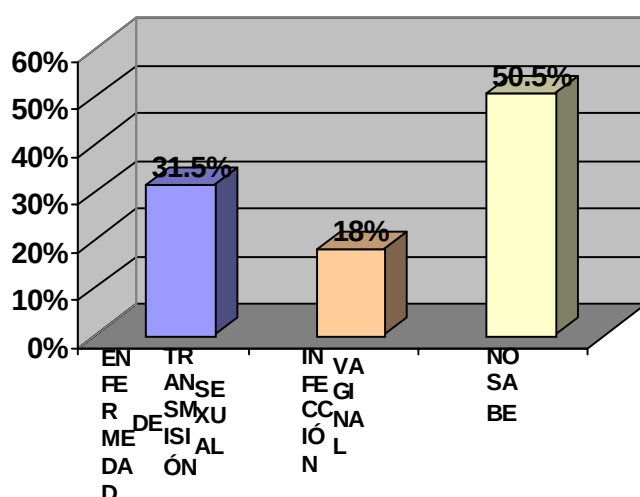
GRÁFICA 11
¿SE HA REALIZADO EL ESTUDIO DEL
CÁNCER CERVICOUTERINO
(PAPANICOLAOU)?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

Como podemos observar en esta gráfica un 31.5% menciona que el Virus del Papiloma Humano es una enfermedad de transmisión sexual, un 18% que es una infección vaginal y el 50.5% que desconoce que es el virus.

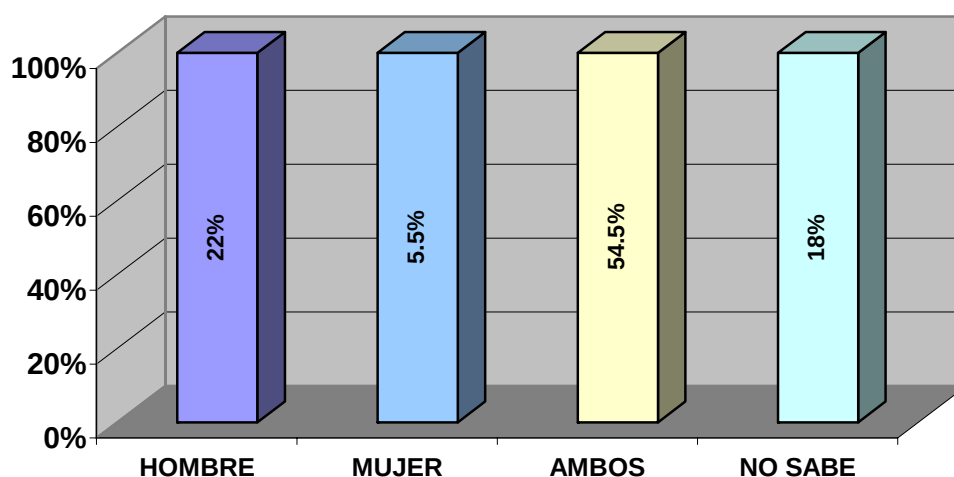
GRÁFICA 12
¿CONOCE QUE ES EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

Se observa en la gráfica que un 22% de las mujeres entrevistadas mencionan que el portador del Virus del Papiloma Humano es el hombre, un 5.5% la mujer, el 18% no sabe, analizamos que estos porcentajes dan la suma de un 45.5% que no tienen conocimiento de quien es el portador y el 54.5% tiene la información de que ambos pueden transmitir esta enfermedad.

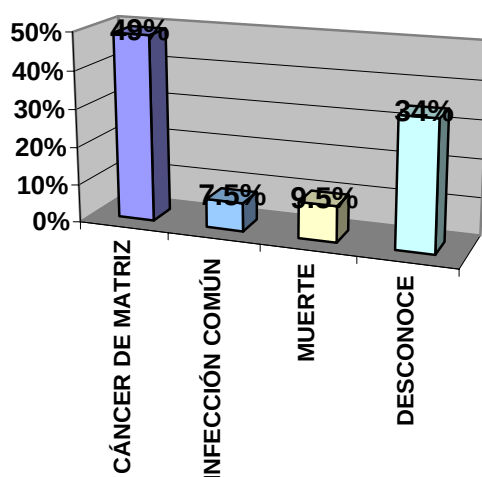
GRÁFICA 13
¿USTEN QUIEN CREE QUE ES EL PORTADOR
DEL VPH?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

Como se puede observar la mitad de la población entrevistada menciona que el Virus del Papiloma Humano conlleva a un Cáncer de Matriz y el otro 50% restante desconoce la consecuencia.

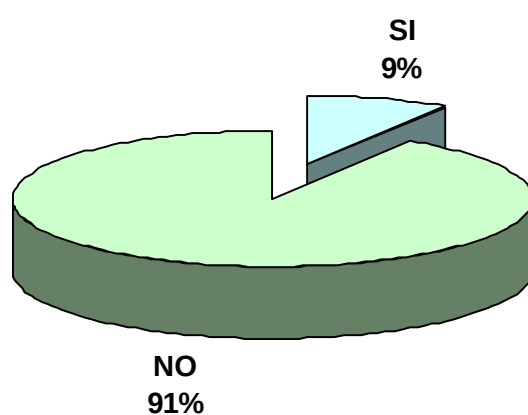
GRÁFICA 14
¿QUÉ CONSECUENCIAS CREE QUE TIENE UNA
PERSONA CON VPH?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

Se observa en esta gráfica que el 91% de las mujeres entrevistadas tienen un desconocimiento acerca de los tipos de tratamientos que existen para poder eliminar un Virus del Papiloma Humano y el 9% restante tiene alguna noción, puesto que han tenido un familiar o amistad con este padecimiento.

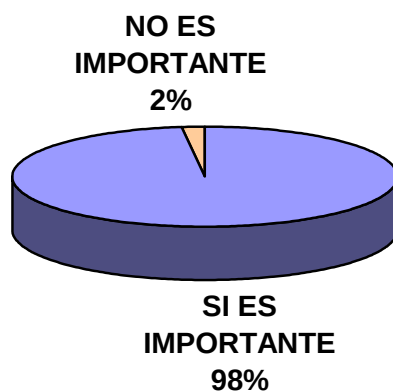
GRÁFICA 15
¿CONOCE ALGÚN TRATAMIENTO?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

En esta gráfica se observa que un 98% de las mujeres entrevistadas consideran que si es necesario difundir el Virus del Papiloma Humano y que se puede prevenir a tiempo y evitar llegar a la muerte y el 2% comenta que no.

GRÁFICA 16
¿CONSIDERA NECESARIO DIFUNDIR QUE ES EL
VPH?



Fuente: Entrevista directa, realizada en el Centro de Seguridad Social, Modulo de Salud Reproductiva de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Abril-Mayo 2006.

6.3. INTERPRETACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS.

De los resultados que se obtuvieron de las entrevistas aplicadas podemos concluir que el objetivo planteado de identificar el conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano que tiene la población femenina se cumplió.

En primer lugar tenemos que respecto a la edad de las mujeres en edad reproductiva entrevistadas, se consideraron de 15 a 44 años de edad, sin embargo la mayor parte de esta población oscila entre los 25 y 34, esto quiere decir que están al tanto de su salud reproductiva. La población más vulnerable es de 15 a 24 y de 35 a 44 años por lo que acuden al módulo por aspectos en salud en cuanto a su edad, se tendrá que trabajar para hacer conciencia de la misma y prevenir alguna enfermedad de transmisión sexual o infección vaginal.

De acuerdo a su estado civil podemos mencionar que el 55% de las mujeres son casadas lo que nos permite comprobar, que no por esto tienen mayor grado de conocimiento del Virus del Papiloma Humano.

En relación a la ocupación, podemos decir que el 55% de estas se dedican al hogar, esto claro por el apoyo que tienen por su esposo, así como un 40% que cuenta con un trabajo y tiene la ayuda de su pareja aunque no lo hayan referido a la hora de la entrevista.

Por otro lado con relación al nivel educativo de las mujeres un 50% tiene la educación básica, por lo que podemos decir que de acuerdo a la hipótesis a mayor nivel de escolaridad mayor conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano, se comprobó que a un teniendo un nivel educativo superior puede o no saber sobre el virus.

De acuerdo a la hipótesis a mayor número de parejas sexuales mayor grado de contagio del Virus del Papiloma Humano, se comprobó que el 77.5% dijo que no ha tenido más de una pareja sexual, esto no quiere decir que estás no están susceptibles a contraer el virus y el 22.5% tiene más de una pareja sexual por lo que tienen mayor índice de contagiarse de este padecimiento.

En cuanto a la pregunta de cómo evitar las enfermedades de transmisión sexual el 93% tiene la idea de que con el uso del preservativo pueden prevenir el Virus del Papiloma Humano no hay que descartar que existen otras formas de contagio, esto es por medio de los fómites, material no esterilizado y por vía perinatal.

Respecto a la prueba del Cáncer Cervico Uterino (papanicolao) la mayoría de la población entrevistada esta conciente de que debe realizarse una vez al año este estudio como medida preventiva y el 26.5% no se a realizado esté, por lo que esta más susceptible a contraer este Virus del Papiloma Humano.

Del 100% de las mujeres entrevistadas, la mitad no tiene la idea de que es el V.P.H mucho menos de quien lo trasmite, que consecuencias tiene y las que conocen este virus es un 49.5% por que ha padecido de esté o ha escuchado hablar de él; por lo anterior nos damos cuenta que es necesario difundir este tema.

6.4. CONCLUSIONES.

Como norma general, la neoplasia del TGI afecta a la parte del cuerpo más identificable como centro de la sexualidad femenina y de las relaciones íntimas. Las enfermedades que afectan al sistema reproductor femenino pueden provocar alteraciones de la sexualidad y complicaciones psicodinámicas, principalmente a consecuencia de sentimientos de culpa. La infección genital por VPH es un buen ejemplo al respecto, ya que causa malestar psicológico y físico da consecuencias fatales.

Una de las preocupaciones principales de las pacientes con verrugas genitales es la desfiguración estética, con el consiguiente sufrimiento psicológico. A raíz de ello la vida psicosexual de la pareja puede verse gravemente afectada. Puesto que la enfermedad es de transmisión sexual y dado que el VPH se relaciona con la patógena de la NIC y el carcinoma invasor del TGI, pueden generarse sentimientos de culpa, melancolía y reproches auto infligidos, da como problemas relacionados con la sexualidad, incluyendo serias dudas con respecto a la pareja.

A menudo las pacientes se preguntan cómo pueden haberse infectado. Al abordar una explicación, un aspecto importante es el uso de un lenguaje técnico preciso. Es necesario explicar la enfermedad de manera clara, con palabras concisas y comprensibles, evitando los términos contradictorios y sin crear ansiedad.

Otro problema delicado radica en preguntar acerca de los hábitos sexuales de la paciente, lo cual forzosamente constituye una invasión de su intimidad. El profesional de salud debe evitar causar una impresión lujuriosa o moralista. En general las adolescentes son más propensas hacer más francas y abiertas con respecto a sus hábitos sexuales y el uso de anticonceptivos. Son mucho

menos aprensivas y mucho más indiferentes por lo que respecta al diagnóstico. Las mujeres de más de 45 años de edad experimentan mayores dificultades.

Es primordial que el Trabajador Social este informado correctamente sobre la educación sexual, para así poder orientar a la población en general y ayudar a romper este ciclo de ignorancia, llevando a una actitud más abierta y comprensiva para obtener un desarrollo armónico en su entorno social.

Que la población femenina ponga más atención en su salud, es decir el realizarse los estudios necesarios como papanicolao, colposcopia, con lo que respecta a la detección del virus.

Por otra parte se queda como propuesta el proyecto disfruta tu sexualidad sin riesgo, donde se les dará a conocer las alternativas que tienen para poder ejercer su sexualidad así como proporcionándoles medidas preventivas para evitar el Virus del Papiloma Humano a las mujeres que acuden al módulo de Salud Reproductiva del Centro de Seguridad Social IMSS Pachuca.

CAPÍTULO 7.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

7.1. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO.

DISFRUTA TU SEXUALIDAD SIN RIESGO.

7.2. NATURALEZA DEL PROYECTO.

7.2.1.FUNDAMENTACIÓN.

Este proyecto surge de la preocupación que como equipo de Trabajo Social observa que en pleno siglo XXI hay desorientación y poca información en las instituciones de salud sobre las enfermedades de transmisión sexual, principalmente el Virus del Papiloma Humano, propiciando el Cáncer Cervico Uterino segunda causa de muerte. Por lo que el profesional a través del enfoque integral del Programa de Salud Reproductiva se da a la tarea de apoyar y concienciar a la mujer en su auto cuidado.

7.2.2.OBJETIVOS.

7.2.2.1. OBJETIVO GENERAL.

Orientar a la mujer sobre los riesgos que se tienen del Virus del Papiloma Humano y concientizarla de una vida sexual sana.

7.2.2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Promover la información de las enfermedades de transmisión sexual y el Virus de Papiloma Humano.
- Propiciar una buena comunicación entre la pareja para una mejor calidad de vida.
- Información sobre el uso de condón como medida preventiva.
- Motivar a la mujer a realizarse el estudio de papanicolao y colposcopia por lo menos cada año.

7.2.3.SERVICIOS QUE PRESTARA.

A lo largo de la investigación se pudo identificar el desconocimiento que se tiene por parte de la población hacia este padecimiento, donde el riesgo es cada día mayor; para que exista una información extensiva en la pareja y su familia, se pretende una buena comunicación en los hogares y miembros de éstas, así como motivar a la población femenina a que tome medidas de prevención y atención entorno al Virus de Papiloma Humano, para evitar riesgos que puedan conducirlos a un Cáncer de Matriz. Con la colaboración del equipo técnico de Trabajo Social en coordinación con un equipo multidisciplinario (médico, enfermera). Los servicios que brindaremos como Trabajadores Sociales es coordinar y evaluar las actividades.

7.2.4. LOCALIZACIÓN FÍSICA DEL PROYECTO.

Este proyecto se llevara acabo en el Centro de Seguridad Social IMSS Pachuca Hidalgo, en el salón de usos múltiples.

7.3.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividades	Propósito	Procedimientos técnicos	Recursos	Fecha de realización	Medios de evaluación
1.- Promoción y difusión	Dar a conocer el contenido del proyecto	- Reunión de trabajo - Observación - Expositiva	Humanos: Equipo técnico de T.S. y población femenina Didácticos: carteles alusivos Institucionales: Centro de seguridad social IMSS.	19 al 23 Febrero 2007	- Cuaderno de notas - Diario de campo
1.1.- Reunión de trabajo	Analizar el proyecto y conocer el contenido de las actividades	- Reunión de trabajo - Observación - Lluvia de ideas	Humanos: Equipo técnico de T.S. y población femenina Didácticos: Papelógrafo pizarrón y plumón	26 de Febrero al 2 de Marzo 2007	- Cuaderno de notas - Diario de campo
1.2.- Organización de actividades y motivación para la asociación del grupo	Despertar el interés de las mujeres que acuden al C.S.S. para la formación del grupo así como la cooperación y el apoyo a la realización de este	- Reunión de trabajo - Observación - Lluvia de ideas	Humanos: Equipo técnico de T.S. y población femenina Didácticos: Papelógrafo pizarrón y plumón Institucionales: Centro de seguridad social IMSS	6 de Marzo 2007	- Cuaderno de notas - Diario de campo

Actividades	Propósito	Procedimientos técnicos	Recursos	Fecha de realización	Medios de evaluación
2.- Proceso de educación	Que las integrantes del grupo conozcan que el proyecto ayudara a tener una relación de pareja sana	- Reunión de trabajo - Observación - Expositiva	Humanos: Equipo técnico de T.S. y población femenina Didacticos:Papelografo pizarrón y plumón Institucionales: Centro de seguridad social IMSS	8 de Marzo de 2007	- Cuaderno de notas - Diario de campo
2.1.- Sexo y sexualidad salud reproductiva	Que conozcan la salud reproductiva como parte integral de la salud del individuo inherente a la vida misma	- Reunión de trabajo - Observación - Expositiva	Humanos: Equipo técnico de T.S. y población femenina Didacticos:Lista de asistencia rota folio Institucionales: Centro de seguridad social IMSS	13 de Marzo de 2007	- Cuaderno de notas - Diario de campo
2.2.- Enfermedades de transmisión sexual	Que las integrantes del grupo conozcan estos padecimientos para así protegerse	- Reunión de trabajo - Observación - Expositiva	Humanos: Equipo técnico de T.S. Doc. Verónica Beltrán y población femenina Didacticos:Lista de asistencia rota folio Institucionales: Centro de seguridad social IMSS	15 de Marzo	- Cuaderno de notas - Diario de campo - Crónica de grupo

Actividades	Propósito	Procedimientos técnicos	Recursos	Fecha de realización	Medios de evaluación
2.6.- Familia como eje fundamental	Que comprendan lo importante que es la relación familiar.	- Reunión de trabajo - Observación - Expositiva	Humanos: Equipo técnico de T.S. y población femenina Didacticos:Lista de asistencia pápele grafos Institucionales: Centro de seguridad social IMSS	29 de Marzo de 2007	- Cuaderno de notas - Diario de campo - Crónica de grupo
2.7.- Comunicación en pareja.	Concientizar a las mujeres para que cada día tengan una mejor comunicación con su pareja.	- Reunión de trabajo - Observación - Expositiva	Humanos: Equipo técnico de T.S. y población femenina Didacticos:Lista de asistencia rota folio y video Institucionales: Centro de seguridad social IMSS	10 de Abril de 2007	- Cuaderno de notas - Diario de campo - Crónica de grupo

Actividades	Propósito	Procedimientos técnicos	Recursos	Fecha de realización	Medios de evaluación
2.6.- Familia como eje fundamental	Analizar los resultados obtenidos y que sea el mismo grupo el que se encargue de difundir lo aprendido.	- Reunión de trabajo - Observación - Expositiva	Humanos: Equipo técnico de T.S. y población femenina Didacticos:Lista de asistencia rota folio Institucionales: Centro de seguridad social IMSS	12 de Abril de 2007	- Cuaderno de notas - Diario de campo - Crónica de grupo

7.4.- METODOLOGÍA

Se aplicará el proyecto bajo la metodología de Trabajo Social de grupos de Ezequiel Ander Egg, con un esquema de la dinámica de grupo en Trabajo Social,

7.5.- EJECUCIÓN

Se desarrollaran 14 sesiones con una duración de 2hrs. cada una, las cuales se llevarán acabo una vez a la semana durante tres meses y medio. Para la ejecución se ocupará la institución del Centro de Seguridad Social IMSS Pachuca Hgo.

7.6.- EVALUACIÓN

Se hará una evaluación inicial con la aplicación de una cédula de información para identificar que saben sobre el Virus de Papiloma Humano; posteriormente se hará una evaluación intermedia durante el desarrollo del proyecto y una evaluación final para identificar el grado de conocimiento y sensibilización que obtuvieron las mujeres que participaron en dicho proyecto.

BIBLIOGRAFIA

1. Del Ajuste a la Transformación (Apuntes para una Historia del Trabajo Social).
Ander Egg Ezequiel et al.
Editorial Ecro, Buenos Aires 1975
Pág. 246.
2. Documental de Trabajo Social de la UAEH.
3. Documental de Trabajo Social de la UNAM.
4. Documental del V Congreso de Psiquiatría.
5. El Ciclo de la Familia.
Dr. Estrada Inda Lauro.
Editorial Posada. México D.F Sexta Edición.
Pág. 21.
6. Equidad de Género y Salud, Mitos y Realidades.
Comes Elsa.
Revista Mujer Salud 2000.
7. Equipo Mujeres en Acción Solidaria A.C.
Vasco de Quiroga.
Centro Michoacano de Investigación y Formación.
Pág. 7-10.
8. Familia y Sociedad.
Sánchez Azcona Jorge
Editorial Joaquín Motriz S.A.
9. Género, Familia y Conceptualización de Salud Reproductiva.
Norma Ojeda.
Año 1999.
Pág. 25-26, 28.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social D.P.M Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, Campaña Nacional de Extensión de las Acciones de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.
11. La Familia (Instituto Mexicano de Estudios Sociales).
Leñero Otero Luis.
Editorial Edicol S.A.

12. Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior.
G. Palo. W. Chanen. S. Dexeus.
Edición Masson 2000.
Pág. 43-60.
13. Plan Estatal de Desarrollo.
Gobierno del Estado de Hidalgo 2005-2011.
14. Plan Nacional de Desarrollo.
Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.
Presidencia de la Republica.
Impreso en México 2001.
15. Programa Nacional de Salud.
Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.
2001-2006.
16. Recopilación Documental del Seguro Social IMSS Pachuca Hgo.
17. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar.
Satir Virginia.
Editorial Pan México, 1991.
18. Revista de Trabajo Social.
Enero, Febrero y Marzo de 1989. Volumen 37.
Escuela de Trabajo Social UNAM.
Pág. 32.
19. Salud Pública y Trabajo Social.
Kisnerman Natalio.
Editorial Humanitas, Buenos Aires 1981.
20. Sociología y Psicología de la Familia.
Jhonson Harry M.
Editorial Paidos.
21. Trabajo Social de Grupos.
Contreras De Wilhelm Yolanda.
Editorial Pax. México 1979.
Pág. 1, 15, 57, 95.

Anexo 1

(Instrumento)

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ÁREA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL**

CUESTIONARIO

Con el fin de recabar información de la población femenina sobre el conocimiento que se tiene del Virus del Papiloma Humano.

Indicaciones: Subraye la respuesta que usted crea apropiada.

I.- Datos Personales

1.- Edad

- a) 15 a 20
- b) 20 a 24
- c) 25 a 29
- d) 30 a 34
- e) 35 a 39
- f) 40 a 44

2.- Estado Civil

- a) Casado
- b) Soltero
- c) Separado o divorciado

II.- Aspecto Familiar

3.- Quienes integran su familia

- a) esposo e hijas
- b) Mamá, papá y hermanos
- c) Mamá y hermanos o viceversa
- d) Otros familiares (abuelos, tíos, etc.)
- e) Otros_____

4.- ¿Cómo ha sido la vida familiar y social?

- a) Excelente
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala
- e) Inferencia

5.- ¿Ante algún problema familiar, salud y económico; cuenta con el apoyo de su familia?

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Son indiferentes

III.-Aspecto Económico

6.-Ocupación

- a) Trabaja
- b) Estudia
- c) Hogar
- d) Desempleado
- e) Otros_____

7.- La economía familiar esta a cargo de:

- a) Usted misma
- b) Esposo
- c) Mamá
- d) Papá
- e) Otros_____

8.- Mencione cuales son sus ingresos

- a) Salario mínimo
- b) Menos del salario mínimo
- c) Más del salario mínimo

IV.- Aspecto educativo

9.- Estudios

- a) Primaria completa
- b) Secundaria completa
- c) Preparatoria
- d) Profesional
- e) Otros_____

V.- Aspecto de Salud

10.- ¿Cuenta usted con algún servicio médico?

- a) IMSS
- b) ISSSTE
- c) SSA
- d) PEMEX
- e) Otros_____

11.- ¿A que edad tuvo su primera relación sexual?

- a) 15 a 19

- b) 20 a 24
- c) 25 a 29
- d) 30 a 34
- e) 35 a 39

12.- ¿Ha tenido más de una pareja sexual?

- a) No, solo una pareja
- b) Si. Más de una pareja sexual

13.- ¿Cuántos embarazos ha tenido usted?

- a) De 1 a 3
- b) De 4 a 6
- c) De 7 a más
- d) Ninguno

14.- ¿Ha tenido abortos?

- a) Si
- b) No

15.- ¿Cuántos?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) Más de 4

16.- ¿Sus creencias evitan la utilización de un método anticonceptivo?

- a) Si
- b) No

17.- ¿Sus mitos y creencias intervienen en la utilización del condón?

- a) Si
- b) No

18.- ¿Sabe usted como evitar enfermedades de transmisión sexual?

- a) No teniendo relaciones sexuales
- b) Evitar tener relaciones sexuales con varias parejas
- c) No sabe

19.- ¿Se ha realizado el estudio de Cáncer Cervicouterino (Papanicolao)?

- a) Si
- b) No

20.- ¿Con que frecuencia se lo realiza?

- a) Cada 6 meses
- b) Cada año
- c) Más de un año
- d) Nunca

21.- ¿Con que fin se lo realiza?

- a) Como medida de prevención
- b) Por que el médico lo indica

22.- ¿Conoce que es el Virus del Papiloma Humano?

- a) Es una enfermedad de transmisión sexual
- b) Es una infección vaginal
- c) No sabe

23.- ¿Sabe como se transmite?

- a) Por mala higiene
- b) Por transmisión sexual
- c) Baños públicos y albercas

24.- ¿Usted quien cree que sea el portador del Virus del Papiloma Humano?

- a) Hombre
- b) Mujer
- c) Ambos

25.- ¿Qué consecuencias cree que tiene una persona con Virus del Papiloma Humano?

- a) Cáncer en la matriz
- b) Infección común
- c) La muerte
- d) Desconoce

26.- ¿Conoce algún tratamiento?

- a) Si ¿Cuál? _____
- b) No

27.- ¿Conoce usted algún programa de salud hacia la mujer o ha escuchado de alguno?

- a) Si ¿Cuál? _____
- b) No
- c) Muy poco

28.- ¿Considera usted que es necesario difundir a toda la población en general este tipo de padecimiento?

- a) Si es importante
- b) No me interesa
- c) Me es indiferente

Anexo 2

(Glosario)

GLOSARIO

ACIDO TRICLOROACETICO: Agente desecante empleado en el Tratamiento de las lesiones clínicas Virus de Papiloma Humano, de las áreas cutáneas de la vulva, pene, ano y perineo.

BIOPSIA: Extracción y examen ordinariamente microscópico de tejido u otras materias procedentes del organismo vivo.

CARCINOMA: Canero o tumor maligno, constituido por células epiteliales poliformas con tendencia a la infiltración de los tejidos próximos y a la metástasis.

CERVICAL: Concerniente o relativo a un cuello (cervix = El cuello o una parte en forma de cuello).

CITOPATICO: Citopatología: Patología celular, enfermedad de las células.

CITOBRUST: Materia que es utilizado para tomar una muestra de células cervicales.

COLPOSCOPIA: Colposcopia (espejo vaginal)

DISEMINACIÓN: difusión extensión o dispersión de un proceso patológico o de gérmenes morbosos.

ELECTRODO: pieza terminal de una pila eléctrica; en electroterapia, instrumento de forma muy variable para la aplicación directa de la corriente eléctrica al cuerpo.

EPITELIO: Capa celular que cubre todas las superficies externas e internos del cuerpo se caracteriza principalmente por estar formada de células de forma y disposición variables, sin sustancia Intercelular y vasos.

EPISOMICO: Eposidio: Incidente en el curso ordinario de los acontecimientos.

EPIDERMICA: Epidermis: Capa exterior de la piel no vascular situada sobre la dermis y formada por 5 capas.

EPIDERMODISPLASIA: Displasia congenica epidermis con lesiones verrugosas planas la cara y manos.

FOMITES: Sustancia u objeto cualquiera, no alimenticio, que conserva y trasmite el contagio.

GENOMA: Conjunto de los genes de los cromosomas.

HIDRIDACIÓN: Producción de híbridos (animal o planta originados del cruzamiento de 2 especies distintos o de 2 variedades distintas).

HIPOTENSIÓN: Tensión o presión baja o reducida especialmente de la sangre.

HISTERECTOMIA: Operación de extirpar parcial o totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

HISTOLOGICO: Experto en Histología (histología estudio de la composición y estructura microscópica de los tejidos).

INMUNE: Protegido natural o artificialmente contra una enfermedad determinada.

INMUNIOLOGIA: Suma de conocimientos relativos a la inmunidad.

INMUNOISTOQUICO: Inmunoquímica (química de las sustancias y reacciones relativas a la inmunidad).

INTERFERONES: Interferón: Proteína producida para las células parasitadas por un virus y que las hace resistentes a un amplio espectro de invasiones víricas.

LEUCOPENIA: Reducción del número de leucocitos en la sangre por debajo de 5.000.

LINFOMA: Tumor formado de tejido linfático o adenoide, con tendencia a la generalización. Tumor de un ganglio linfático con causas diversas.

MIELOSUPRESIÓN: Forma de supresión de la médula.

MORBOSIDAD: Estado o condición de enfermedad.

MORFOLOGICOS: Morfología: Estudio de la forma y estructura de los seres organizados y de las series que lo rigen.

ONCOGENICO: Oncogénesis producción o desarrollo de tumores.

PAPILOMATOSIS: Estado morboso caracterizado por el desarrollo de papilomas.

PAPILOMA: Hipertrofia de las papilas de origen inflamatorio con neoformación de tejidos conjuntivo.

PARESTESIAS: Sensación anormal, rara, alucinosa táctil término de los sentidos o de la sensibilidad general.

POLIFORMICAS: Poliformo: Que existe o se presenta en varias formas; diseño de los cuerpos que ofrecen distintas formas cristalinas y de ciertas células.

POLIOMA.: Virus capaz de provocar en el ratón, hámster y rata diferentes tipos de cáncer.

PROLIFERACIÓN: multiplicación de formas celulares, especialmente tratándose de células y quistes morbosas.

QUERATOZIS: Dermatitis caracterizada por una anomalía de la queratinización.

RECOMBIONANTE: Recomprensión: Mayor presión atmosférica de la que después de operar en aire comprimido muestran síntomas de parálisis de los buzos al volver de la presión atmosférica normal.

RESIDIVA: Reaparición de una enfermedad más o menos tiempo después de transcurrido un periodo de salud completa.

TOXIDAD: Grado de virulencia de una toxina o veneno.

TROMBOSITOPENIA: disminución de número de plaquetas de la sangre.

VACULANTE: Vacuolar pequeño espacio en el protoplasma de una célula vacuolización proceso inflamatorio de vacuolas de generación.

VESTIBULO: Espacio a cargo que sirve de entrada a otra cavidad.

VIRIÓN: Partícula de virus completa.