



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

Escuela Nacional de Trabajo Social

**“EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO
SOCIAL CON MUJERES DERECHOHABIENTES
DEL IMSS CON DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

VARGAS CANSECO ITZEL



DIRECTOR: MAESTRA ELIA LÁZARO JÍMENEZ

MÉXICO D F

AÑO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

D E D I C A T O R I A:

Agradezco a Dios y a la vida por todas las bendiciones que me han dado.

Esta tesis está dedicada a tantas personas en mi vida pero en primer lugar está dedicada a mis padres por todo el amor y apoyo que me han dado y que me seguirán dando a lo largo de mi vida, los amo y agradezco cada una de las cosas que han sacrificado por su familia.

La dedico a mi hija que ha sido el motor de mi vida para seguir impulsándome a ser una mejor madre, persona y ahora trabajadora social, te amo mi pequeña gordis. Te agradezco por tener paciencia y ceder un poco de nuestro tiempo a mis estudios y a este trabajo, por entender lo importante que ha sido para mí seguir estudiando, y porque sé que te serviré de ejemplo para que tu también lo sigas haciendo.

A mis hermanos Yutzil y Benjamin por su apoyo, sus bromas, sus enojos, su paciencia y su amor, gracias.

A todos mis primos Joel, Fabiola, Jona, Lupita, Miguel, Mari, Daniel, Wendy, Frick, Gris, Jazmin, Hugo, Claudia, Alejandra, Josafat, Andrea, Andrés, Adriana, Fernando, Rosa, Ana Laura, Fernanda, Jocelyn, Ernesto y Carolina, con los que he crecido pasando y compartiendo momentos bellos, tristes, felices y desastrosos, los quiero mucho a todos y agradezco infinitamente sus portas.

A mis tíos Jorge, Bety, Marú, Hugo, Blanca, Alejandro, Poncho, Edith, Paco, Amalia, Ernesto, Vero, Ana, Jere, Estela, Zenón, Adolfo, Ángel y Natalia, y a mi abuelito Andrés por su apoyo y sus enseñanzas.

A mis sobrinos por los que me derribo, Lupita, Josué, Ian, Daniela, Abigail, Santiago, Sharon, Katia, Daniela Andrea y André.

A todos mis amigos de la prepa que hasta el día de hoy seguimos unidos y apoyándonos gracias por todos sus ánimos, por los momentos felices que como pandilla pasamos, por todos los recuerdos gratos de nuestra hermosa preparatoria y por los reencuentros que nos hacen recordar aquella linda época, porque sabemos que en las buenas y en las malas seguimos juntos, de verdad gracias Juan, Roció, Fabián, Feila con tu pequeño Alex, Ivan, Yadira, Ana Laura, Diego y Alfredo.

A todos mis amigos de atletismo por estar cuando los necesite, gracias: Angeles, Judith, Paris, Sergio, Rafa, Noé, Miguel, Cris Adriana, Bety, Rosario, Claudia, Anahi, Diana, Juan, Anicia, Paola, Cecilia, Cristel, Michelle, Sharlotte y a mis entrenadoras Estela e Irma por toda su paciencia y por enseñarme que la vida está llena de obstáculos que podemos vencer.

A todos mis amigos que me acompañaron durante toda la carrera y a los cuales he visto superándose, gracias por su amistad, por su tiempo, paciencia y apoyo: Yahira, Sandra,

Luz de María, Luz del Carmen, Nadia, Daniela, Angélica Palacios, Andrea, Lety, Fsmirna, Cintia, Carmen, Diana, Marco, Omar, Rosendo, Karina, Isabel, Karen, Angélica Mena, Alejandrina, Yesenia, Alma, Francis, Susana, Concepción, Paulita, Paula Puga, Claudia Soria, Brendita, Atracely Roano, Lalo, Idalmi, Gisela, Gisel, Bety Solano y demás amigos.

A Analía, Graciela y Charly por todas las motivaciones y por brindarme su amistad a pesar del poco tiempo que llevamos conociéndonos, los quiero mucho.

A mis compañeros de la secundaria que hoy en día he reencontrado por sus ánimos: Joel, Benjamin, Cesar, Gerardo, Karina, Cintia, Maribel y Jorban.

A mi amiga Vianey por su amistad y apoyo incondicional y a mis sobrinos Paquito y Ney por llenarme de energía con su chispa y sus travesuras.

A todos los maestros que he tenido y que han dado un poquito de ellos para hacerme una mejor persona y profesionalista, principalmente a los maestros: Adriana, María Luisa, Silvia, Noemi, Luz, Arturo y Alejandro de la primaria; Flvira, Irma y Fzequiel de la secundaria 117, por su pasión a la enseñanza; a Graciela, Ricardo, Claudia de las secundaria 236; a Elizabeth, Diana, Diosdado, Judith, Juan y Abelardo, de la Prepa 5; a Ismael Jorres, Adriana Urnelas, Niño, Socorro Nigo, Mónica Escobar, Maribel Maldonado, Alejandro Castillo, Daniel Rodríguez, Humberto Chávez, Sanchez Rosado, Claudia y Alma Rosa Olmedo, por su entrega a la educación y por sus grandes enseñanzas en mi vida estudiantil durante la carrera en la Escuela Nacional de Trabajo Social.

A la maestra Flia Lázaro Jiménez por todo su apoyo para la realización de este trabajo, y por ser una maestra dedicada que me dejó grandes enseñanzas de calidez humana durante la práctica comunitaria.

A la maestra Monserrat Gonzales Montaña por apoyarme durante toda la carrera, muchas gracias por dejarme darme lata durante cuatro años y medio.

A las sinodales Lic. Clotilde Margarita Rodríguez Hternández, Lic. María Flena Jéllez Martínez, Lic. Amelia Margarita Contreras Jébar, y Lic. Guadalupe Imelda Manzo Guerrero, por su tiempo y compromiso para conmigo y para entriquecer este trabajo con sus aportaciones.

A la UNAM por haberme permitido ser parte de su historia educativa al recibirme desde su vida preparatoria en la Preparatoria número 5 José Vasconcelos y de la cual me siento orgullosa de haber pertenecido y por permitirme continuar una carrera profesional en la Escuela Nacional de Trabajo Social. Soy de pumas desde la cuna y hasta el cajón.

A la Licenciada Concepción Castilla Bautista jefa de Trabajo Social en el UMS por permitirme hacer mi servicio social y dejarme dar aportaciones a la manera de intervenir de nuestra profesión en la UMF 15, por apoyarme y por dejar que tomara su intervención para la realización de este proyecto.

A todas las chicas del Servicio de Trabajo Social de la UMF 15 por estar dispuestas a enseñarme y porque no, a llamarme la atención cuando así lo ameritaba, gracias además por ayudarme con mi proyecto de tesis: Mimi, Lupita, Selene, Lili, Marú, Martha, Lucely, Rita, Alejandra, Odette.

A las trabajadoras sociales del Instituto Nacional de Pediatría, por enseñarme el lado humano de nuestra profesión, nunca cambien.

Finalmente dedico esta tesis a los que se nos adelantaron en el camino pero no sin antes enseñarnos fortaleza, amor y vida: a mis abues Joya, Eugenia, Librado, a mis tios Javo y Esteban y a mi amiga Gaby que fue fiel amiga durante la licenciatura, y sé que desde donde estén se alegran. Los quiero mucho.

Dedico a todos con los que he topado por la vida, por sus enseñanzas, y a todos aquellos que topare más adelante. Agradezco a todos los que han creído en mí y los que no. Y a la vida por ponerme obstáculos que me hacen ser un mejor ser humano.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO 1. TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD	1
1.1 DEFINICIÓN DE SECTOR SALUD.....	1
1.2 DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL.....	12
1.3 DEFINICIÓN DE TRABAJO MÉDICO SOCIAL	17
1.4 TRABAJO MÉDICO SOCIAL EN EL IMSS	23
CAPÍTULO 2. CÁNCER CÉRVICO UTERINO	35
2.1 DEFINICIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO	35
2.2. FACTORES DE RIESGO.....	41
2.3 ASOCIACIÓN DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO CON EL CÁNCER CERVICOUTERINO.....	44
2.4 ETAPAS DEL CÁNCER CERVICO UTERINO (DISPLASIA).....	47
2.5 ESTUDIOS DE DETECCIÓN DEL CÁNCER	50
2.6 TRATAMIENTO	55
2.7 IMPACTO PSICOLÓGICO Y SOCIAL.....	58
CAPÍTULO 3 INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO	64
3.1 PARTICIPACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.....	64
3.2 PARTICIPACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA CANALIZACIÓN DE USUARIAS CON UN DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA, VPH, O CÁNCER AVANZADO A LA CLÍNICA DE DISPLASIA.....	69
3.3 PARTICIPACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL SEGUIMIENTO DE CASO DE USUARIAS CON ATENCIÓN EN LA CLÍNICA DE DISPLASIA.....	72
3.4 PARTICIPACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA RECONQUISTA DE USUARIAS QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO EN LA CLÍNICA DE DISPLASIA.....	76
CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	79

4.1	APLICACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN	87
4.2	RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	91
	CONCLUSIONES	145
	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	156
	ANEXOS	161

Todo empieza con un sueño, al ponerlo en marcha te encuentras con obstáculos pero al verlo materializado sabes que ha valido la pena.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el cáncer es una de las principales causas de muerte en México y en el mundo, es más común de lo que realmente podemos imaginar, se ha convertido en un problema de salud pública en nuestro país.

El cáncer cérvico uterino es la principal causa de muerte en mujeres y anualmente mueren 4500 mujeres, es decir, al día mueren 12 mujeres por esta enfermedad¹. Para entender esta compleja enfermedad y las cifras mortales que ha alcanzado, es necesario conocer más acerca del cáncer empezando con su definición, por lo que se entiende como cáncer cérvico uterino o cáncer del cérvix a una tumoración maligna que se presenta en el cuello de la matriz.²

Es importante mencionar que para que se desarrolle el cáncer, se dan una serie de cambios celulares en el cuello de la matriz, que son detectables con estudios de papanicolauo y de colposcopia, son tratables y curables en estas etapas. Su diagnóstico es conocido como displasia y tiene niveles dependiendo el grado de cambios anormales de las células pre cancerígenas.

Un factor de riesgo que culmina en cáncer cérvico uterino es el Virus de Papiloma Humano (VPH), es un virus de transmisión sexual que si no se trata llega a generalizarse en cáncer, también se detecta mediante los estudios antes mencionados y es considerado uno de los principales factores para desencadenar el cáncer de matriz.

¹Mirella Loustalot, directora de cáncer de la mujer del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud recuperado el 29 de mayo de 2009, de: <http://www.publivalle.com/articulos-medicos/cancer-cervico-uterino.htm>

² Ídem

El Instituto Mexicano del Seguro Social atiende esta enfermedad en alguno de los 3 niveles de salud dependiendo el nivel o grado del cáncer cérvico uterino.

Dentro de las Unidades Médicas Familiares la principal labor es la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino mediante la intervención por parte de los servicios de Medicina Preventiva y Trabajo Social, quienes informan a las usuarias sobre la importancia de la realización de la prueba de papanicolaou de manera periódica para detectar el cáncer en etapas tempranas o en fase de displasia y/o de virus de papiloma humano, y de esta manera empezar el tratamiento de manera oportuna.

Es importante la intervención que Trabajo Social realiza en el tratamiento de las pacientes diagnosticadas con displasia y/o virus de papiloma humano ya que sensibiliza a la paciente sobre su problema de salud, y la dota de herramientas para que culmine su tratamiento de manera exitosa y no llegue a abandonarlo, además de que ayuda en el aspecto psico-social para que no se derrumben de manera emocional.

La enfermedad del cáncer desgasta tanto física como emocionalmente, no solo a la paciente sino a la familia, por lo que la función de Trabajo Social es importante para disminuir la tensión y las problemáticas que puedan surgir por la enfermedad.

Dentro de la Unidad Médico Familiar número 15 del IMSS, se realiza la intervención de Trabajo Social con mujeres diagnosticadas con displasia y/o Virus de Papiloma Humano mediante la localización de las pacientes con resultados anormales en el estudio de papanicolaou, también con la realización del estudio médico social, seguimiento, cierre de caso y reconquista de paciente en caso de abandono del tratamiento.

A pesar de que la intervención de Trabajo Social con estas pacientes se realiza de manera cotidiana basado en el Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico y Control de Cáncer Cérvico Uterino, en el Manual de

Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico y Control del Cáncer Cérvico Uterino y en la Guía de Comunicación Educativa para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, no existe ninguna evaluación sobre la misma, y es importante realizarla para identificar los alcances, al igual que las debilidades y de esta manera se den propuestas y estrategias viables y la creación de nuevas líneas de intervención.

El presente trabajo contiene 4 apartados que a continuación se describe:

1. TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD.

Dentro de este capítulo se abordará la intervención de Trabajo Social en el sector salud, se explicará las funciones de manera general que se realizan en el mismo, así como las funciones generales en el IMSS y de manera específica en la Unidad Médico Familiar para tener un panorama amplio y general de Trabajo Social en este sector.

2. CÁNCER CÉRVICO UTERINO

En este capítulo se encontrará una perspectiva de lo general a lo particular respecto al cáncer cérvico uterino, para entender esta compleja enfermedad del mismo modo se manejarán los factores de riesgo, estudios de detección, síntomas, diagnóstico y tratamiento de acuerdo al grado de avance de la enfermedad para entenderla mejor y de esta forma entender el impacto psico-social que tiene en las pacientes, y el impacto en la salud pública.

3. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Se tratará la intervención que Trabajo Social tiene con las derechohabientes con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino, en distintos momentos como es la detección, el inicio del tratamiento, el seguimiento del mismo y en caso necesario la reconquista de la paciente.

4. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Finalmente este último capítulo abordará la parte más importante de la tesis, ya que en él se verá el análisis de la intervención de Trabajo social en la Unidad Médico Familiar número 15 del IMSS con el objeto de identificar su alcance, fortalezas, carencias y debilidades y dar propuestas de intervención para mejorar la calidad de la atención a las pacientes.

CAPÍTULO 1. TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD

En el presente capítulo se hablará sobre la importancia del Sector Salud en México, su normativa y composición, así como el surgimiento de Trabajo Social en el área de la salud al igual que las funciones y los objetivos que como parte del equipo multidisciplinario de salud tiene.

El Sector Salud desde su surgimiento en México ha estado ligado a Trabajo Social, sobre todo porque ambos se han ido profesionalizando a lo largo del Siglo XX y a partir del nacimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, Trabajo Social ha formado parte de su equipo multidisciplinario de salud, por lo que se puede decir, que históricamente el trabajador social ha contribuido al crecimiento de esta importante institución de salud, para una gran parte de mexicanos que reciben sus servicios.

1.1 DEFINICIÓN DE SECTOR SALUD

Para entender el funcionamiento del Sector Salud en México es necesario hablar de su surgimiento basando los antecedentes históricos en los autores Guillermo Ontiveros Ruiz y Aida Valero Chávez.

Durante el primer cuarto del siglo XX, México se encontraba sumergido en una desigualdad social, en donde solo los empresarios en su mayoría extranjeros, contaban con privilegios y con una estabilidad económica por parte del presidente Porfirio Díaz. El pueblo empieza a manifestar sus inconformidades ante las necesidades y pobrezas en las que se encontraban y con ello surge un movimiento social en 1910, conocido como Revolución Mexicana y con el surge en el año de 1917, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en donde se plasman los derechos de los ciudadanos mexicanos, de los trabajadores, campesinos y establecen las obligaciones del Estado Mexicano para con el país.

Con la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 1917, “comenzó una legislación diferente en materia de salubridad y beneficencia pública, ya que se incluyeron en ella diferentes

artículos que contribuyeron al fomento y a la construcción de un aparato administrativo con la capacidad de regular de manera sistemática la salud, la educación y la beneficencia pública y privada”³. A partir de ese momento se creó el Consejo General de Salubridad, que dependería directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serían obligatorias en todo el país por disposición oficial, la cual estaba establecida dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Al mismo tiempo se realizaron acciones en esta materia como la creación de hospitales llamados en ese entonces centros de Higiene, como lo fueron los Centros de Higiene Infantil fundados a partir del año 1922 por iniciativa del Doctor Isidro Espinoza de los Reyes.

Para el año de 1926 se promulgó el Código Sanitario en todo el país, y dos años más tarde se establece la reglamentación referente a la higiene industrial y previsión social, para la protección de los trabajadores y las madres solteras⁴.

En 1929 la Lotería Nacional contribuye con el gobierno a la creación del Hospital de Niños y Niñas, el Hospital General, el Hospital Juárez, el Hospital Nacional Homeopático, el Manicomio General de la Castañeda, el Asilo para Ancianos Desvalidos, los Consultorios Públicos 1, 2, 3, 4 y 5. “También durante este año se reformó la fracción XXIX del artículo 123 incluyéndose un párrafo en el que se considera de utilidad pública la expedición de una Ley del Seguro Social, que incluía seguros de invalidez, vejez, vida, incapacidad por enfermedades y accidentes, servicios de guardería y otros. Para el año de 1935, el país ya contaba con “24 hospitales, 81 asilos y 10 Montes de Piedad”⁵

Dentro de las acciones para erradicar las condiciones de pobreza con el mandato presidencial del General Lázaro Cárdenas, en el país se crearon

³Ontiveros Ruiz Guillermo. La Política Social en México 1988-1994: El Programa Nacional de Solidaridad. Capítulo Orígenes Históricos de la Política Social en México. recuperado el 27 de Mayo de 2008, de: <http://www.eumed.net/libros/2005/gor/1c.htm>

⁴Valera Chávez Aída. Desarrollo Histórico del Trabajo Social. pág. 66

⁵ Ibídem pág. 69.

Centros Permanentes de Atención Médica y el Departamento de Salubridad elaboró y ejecutó un programa coordinador de salud que convenía con los estados la puesta en marcha de campañas de vacunación y erradicación de enfermedades como la viruela, la poliomielitis que representaban epidemias y causa de mortalidad entre la población durante esas épocas. Además durante ese sexenio se crea la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil, específicamente el 31 de Diciembre de 1937.

“En 1942, la Comisión Nacional de Alimentación inició un proyecto para crear un Instituto Nacional encargado de la atención nutricional de los niños y madres, culminado el proyecto en 1944 con la inauguración del Instituto Nacional de Nutriología”⁶.

En el año de 1943 se crea una nueva Ley de Seguridad Social, con la que surgió el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En ese mismo año se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública (SSAP) de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública (SAP) y el Departamento de Salubridad la cual contó con cuatro Direcciones Generales: la Dirección de Salubridad, la de Asistencia Médica, la de Asistencia Social y la Dirección de Rehabilitación con el propósito de considerar a la población que quedaba fuera de la seguridad social, el gobierno asumió administrar y manejar recursos para atender a la población abierta y para quienes vivían en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social. Así la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública retomó y reforzó el sentido de asistencia social, brindando atención a todas aquellas personas que no formaban parte de las estructuras y programas de la seguridad social cuya institución rectora era el IMSS. A partir de ese año se ampliaron de manera paulatina los servicios médicos asistenciales.

⁶Ontiveros Ruiz Guillermo. La Política Social en México 1988-1994: El Programa Nacional de Solidaridad. Capítulo Orígenes Históricos de la Política Social en México. recuperado el 27 de Mayo de 2008, de: <http://www.eumed.net/libros/2005/gor/1c.htm>

En 1960 se creó el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con el objetivo de otorgar prestaciones relativas a la salud, al igual que prestaciones sociales, culturales y económicas, extendiendo estos beneficios a los familiares de los trabajadores y pensionados que trabajaban para alguna institución del Estado.

Durante el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado, en el Plan Nacional de Desarrollo 1983–1988 (PND), se trazaron los rasgos que tomaría la administración a lo largo del sexenio. Dentro del PND era la primera vez que la asistencia social se insertaba con dimensiones nacionales, ésta se enmarcó dentro del Programa Nacional de Salud teniendo dentro de sus objetivos de trabajo el diseñar estrategias para mejorar las condiciones sanitarias del país y sobre todo, para extender y mejorar los servicios en las zonas marginadas.

Los lineamientos de estrategia del Sector Salud se dividieron en cinco áreas, a saber⁷:

- ◆ Acciones preventivas.
- ◆ Reorganización y modernización de los servicios.
- ◆ Consolidación del sistema.
- ◆ Reorganización de la asistencia social.
- ◆ Formación, capacitación e integración.

“A partir del diseño del PND, se planteó una organización institucional distinta que dio origen al Sector Salud, el cual se integró de la Secretaría de Salud y de las funciones, programas y servicios de salud IMSS–ISSSTE. En 1984 se estableció el sub-rector de institutos nacionales de salud, dependiendo directamente de la Secretaría de Salud y cuyas actividades estarían reguladas por la Dirección General de Coordinación Sectorial”⁸.

Se adicionó el artículo 4⁰ de la Constitución en materia de salubridad “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso de los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de

⁷ Ídem

⁸ Ídem

salubridad general, conforme lo dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución⁹ y a partir de eso se creó la Ley General de Salud publicada en 1984, que asumía como uno de sus objetivos establecer que el derecho a la salud tiene como finalidad garantizar el disfrute de los servicios de salud y asistencia social que puedan satisfacer eficazmente las necesidades de la población.

En 1987 se creó la Ley de Salud para el Distrito Federal, que establecía la creación de un sistema de salud local, cuyo fin era la contribución en la prestación de servicios asistenciales y dar impulso al desarrollo de la familia.

Durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari en el punto 6.2.3 del PND, se abordó el tema de Salud, Asistencia y Seguridad Social, ratificando por ley, que las tareas asistenciales del gobierno debían insertarse dentro del Sector Salud. “La salud incluirá no sólo la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo”.¹⁰

Una vez que se ha descrito el surgimiento y transformación que ha sufrido el Sector Salud a lo largo de la historia de México, ahora se procederá a definirlo como un “conjunto de valores, normas, instituciones, establecimientos, programas, actores y actividades cuyos objetivos principales son la identificación y control de factores de riesgo para la salud ; promoción de la salud de individuos, familias y grupos; prevención, control y atención a las enfermedades; rehabilitación de discapacidades, así como administración, investigación y capacitación en estos campos, tanto en condiciones normales como en situaciones de emergencia y desastre”¹¹.

⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

¹⁰ Ontiveros Ruiz Guillermo. La Política Social en México 1988-1994: El Programa Nacional de Solidaridad. Capítulo Orígenes Históricos de la Política Social en México. recuperado el 27 de Mayo de 2008, de: <http://www.eumed.net/libros/2005/gor/1c.htm>

¹¹ Güemes Armando. Ponencia Organización Panorámica de la Salud. Organización Regional de la Organización Mundial de la Salud. Análisis del Sector salud. Herramientas para la Formulación de las Políticas. recuperado el 10 de Marzo de 2010 de <http://www.paho.org>

Está formado por un conjunto de instituciones que participan en la construcción social de la salud, realizando funciones de rectoría, aseguramiento, provisión de servicios, investigación y enseñanza en salud.

El Sistema Nacional de Salud está conformado por un marco normativo, del cual se ha explicado su surgimiento a lo largo de este capítulo, y por otro lado está conformado por una parte operativa.

El marco normativo está integrado dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, luego se encuentra dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y de manera más específica en el Programa Nacional de Salud (PNS), (es importante señalar que tanto el PND como en el PNS cambian de manera sexenal de acuerdo a las necesidades y prioridades del gobierno en turno).

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 propone, “en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud”.

Para cumplir con lo planteado, se diseñó el Programa Nacional de Salud 2007- 2012, el cual está estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social:

- 1) mejorar las condiciones de salud de la población
- 2) brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente
- 3) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables
- 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal
- 5) garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.

En la parte operativa el “Sistema Nacional de Salud está constituido por las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y otros), que prestan servicios a sus derechohabientes (trabajadores del sector formal de la

economía y sus familias); la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el programa IMSS-Oportunidades, que prestan servicios a la población que no tiene seguridad social, y el sector privado, que presta servicios a la población con capacidad de pago”¹².

Los servicios que prestan las instituciones de seguridad social a sus derechohabientes se financian con recursos gubernamentales, recursos del empleador (que en el caso del ISSSTE también son recursos del gobierno), y contribuciones de los empleados. La Secretaría de Salud y los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña proporción correspondiente a las cuotas de recuperación que pagan los individuos al recibir la atención. El sector privado se financia con pagos directos que hacen los individuos al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados.

Las instituciones de seguridad social prestan sus servicios con personal e instalaciones propias. La Secretaría de Salud y los SESA también atienden a su población usuaria en sus clínicas y hospitales, y con su propio personal. Finalmente, en el sector privado, los prestadores privados atienden, en clínicas y hospitales privados, a la población que paga directamente por sus servicios o a través de sus compañías aseguradoras. El Seguro Popular de Salud está financiado con recursos del gobierno federal, recursos de los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud a la Secretaría de Salud y a los SESA para sus afiliados.

Debido a que la necesidad de atención de la salud en la población es diferente, el sector salud cuenta con tres niveles de atención¹³:

¹² Programa Nacional de Salud 2007-2012 . Recuperado el 27 de Mayo de 2010 de: <http://www.dif.gob.mx/DIF-DIGITAL/comunicacion%20social//POP2/PRONASA%202007-2012PDF>

¹³ Basados en experiencia de práctica profesional 1 y 2 en el Instituto Nacional de Pediatría año 2008 y de servicio social en la UMF 15 del IMSS.

Primer nivel de atención

En él se ofrecen los servicios básicos de salud cuyos proveedores serán los que conforman el equipo básico de atención integral. Estos servicios se ofrecen a nivel domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos, en las consultas externas de medicina general de clínicas, en centros y puestos de salud, en consultorios comunales públicos y privados, así como en centros de trabajo. Los establecimientos típicos de este nivel de atención son los puestos y centros de salud y las unidades médico familiares, así como también la consulta de medicina general de las clínicas y de los hospitales periféricos y regionales.

Segundo nivel de atención

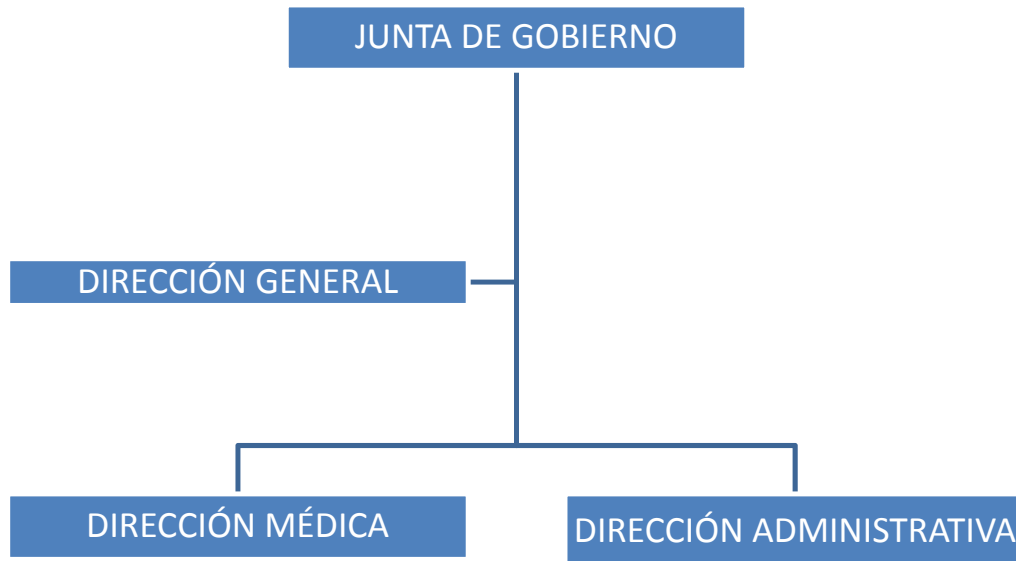
Brinda apoyo al primer nivel de atención, ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, psiquiatría y cirugía general, pero, adicionalmente de algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología u otras, según el perfil epidemiológico de la población. Los hospitales que corresponden a este nivel de atención cuentan con quirófanos dotados del personal y del equipo especializado para realizar cirugía mayor poco compleja.

Tercer nivel de atención

Provee servicios ambulatorios y de internamiento en todas las demás subespecialidades, como son: gastroenterología, endocrinología, alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisiatría; además de intervenciones más complejas en las especialidades y subespecialidades incluidas en el nivel anterior. También brinda servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico, que requieren de alta tecnología y grado de especialización, según nivel de complejidad. Los establecimientos típicos son los hospitales regionales y nacionales generales o especializados.

La parte operativa del Sistema Nacional de Salud se encuentra conformado por un grupo multidisciplinario de salud y de una manera simple¹⁴ el personal que lo compone queda constituido en los siguientes organigramas:

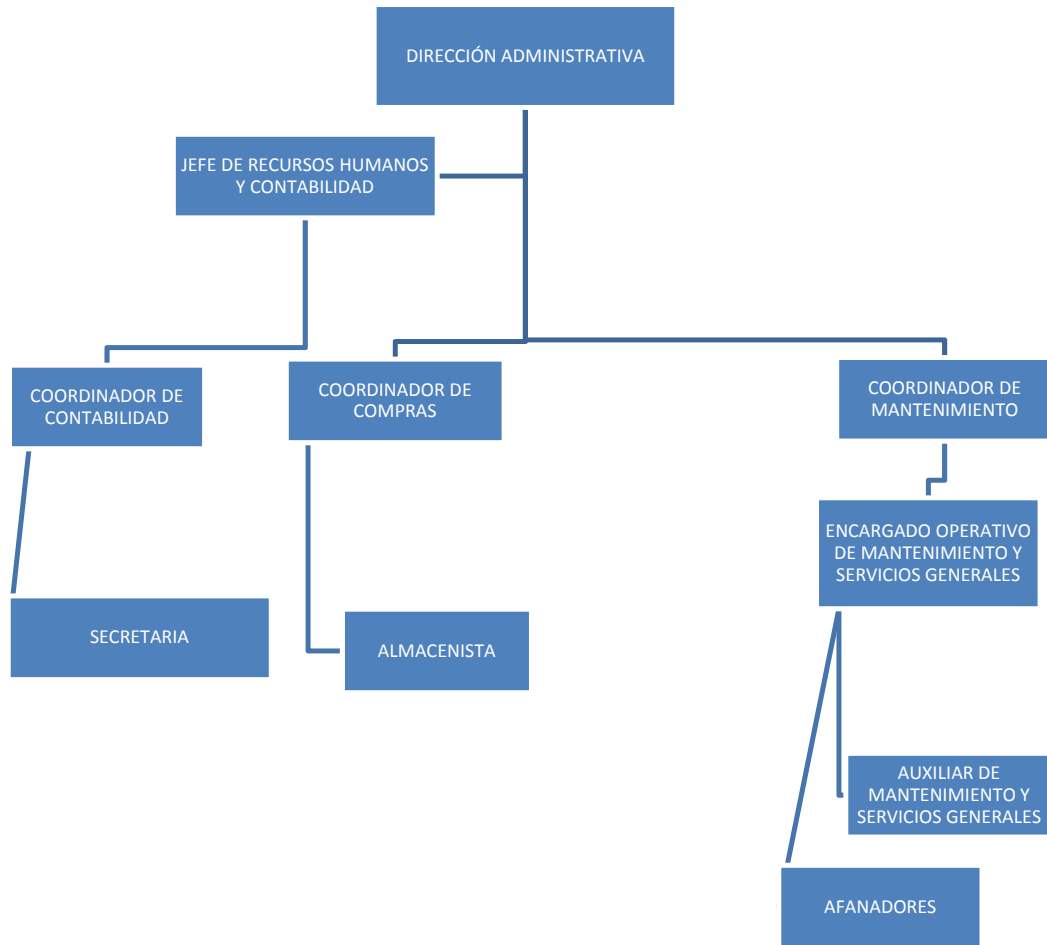
ORGANIGRAMA GENERAL DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente. Organigrama elaborado por la que suscribe la tesis con información obtenida de la experiencia adquirida en práctica institucional en Instituto Nacional de Pediatría, servicio social en UMF 15 del IMSS

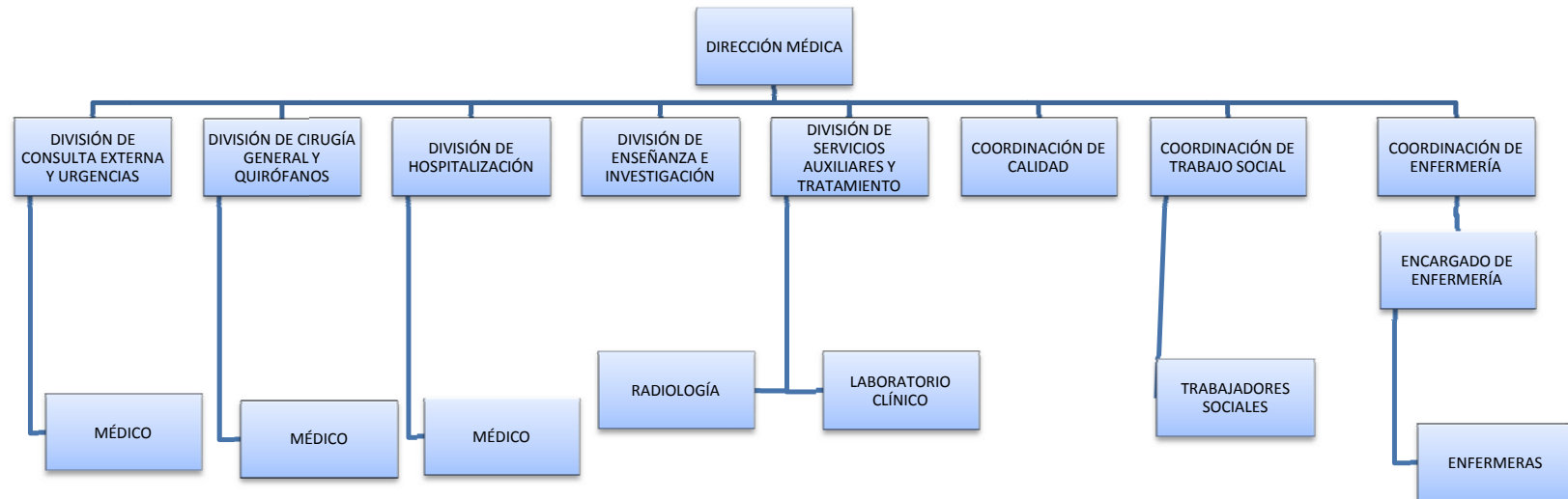
¹⁴ La referencia simple consiste en la composición mínima con la que se cuenta en instituciones de salud de primer nivel de atención.

ORGANIGRAMA GENERAL DE LA PARTE ADMINISTRATIVA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente. Organigrama elaborado por la que suscribe la tesis con información obtenida de la experiencia adquirida en práctica institucional en Instituto Nacional de Pediatría, servicio social en UMF 15 del IMSS

ORGANIGRAMA GENERAL DE LA PARTE MÉDICA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: organigrama elaborado por la que suscribe la tesis con información obtenida de la experiencia adquirida en práctica institucional en Instituto Nacional de Pediatría, servicio social en UMF 15 del IMSS

Como se observa dentro del organigrama general de un hospital la parte administrativa se encarga de administrar, contabilizar, organizar y planear los recursos económicos, financieros, humanos, de instalaciones con los que cuenta el hospital. En el área médica el equipo multidisciplinario se encarga de los aspectos del cuidado de la salud y el control de las enfermedades. Trabajo Social como se observa en el organigrama forma parte del personal de salud, pero para entender y definir cada una de las funciones que realiza se hablará de ello en el siguiente apartado.

1.2 DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Existen varias definiciones que se pueden encontrar sobre el Trabajo Social, particularmente porque hay quien la considera una profesión, una disciplina, para otros es una ciencia y también una técnica. Las múltiples definiciones que existen sobre Trabajo Social se debe al tipo de intervención que ha realizado. La forma de intervenir en las necesidades sociales ha revestido múltiples formas a lo largo de la historia, a través de códigos de conducta, prescripciones, caridad, beneficencia, filantropía, hasta llegar a la ayuda profesionalizada dentro del Estado de Bienestar Moderno.

El Trabajo Social utiliza los recursos de cada época, por esta razón siempre que se hable de Trabajo Social hay que precisar el tiempo y el lugar donde se sitúa. La reflexión de Trabajo Social nace de la capacidad de reflejar el pasado.

Algunas de las definiciones que se pueden encontrar sobre Trabajo Social son las siguientes:

“Trabajo Social, como una profesión, tiene su razón de ser en la existencia de una demanda social que plantea como necesaria la intervención de una práctica especializada en determinado tipo de problemas: en este caso, Trabajo Social se constituye en profesión para intervenir en el efecto que tienen

las contradicciones estructurales de la sociedad, en las condiciones de vida de las clases subalternas.”¹⁵

“El Trabajo Social es una profesión que promueve el logro de valores dentro de diferentes formas y proporciones; dicha promoción no debe ser entendida como la imposición de los valores personales del Asistente Social, sino como una búsqueda de ellos en conjunto con quienes requieren nuestros servicios profesionales.”¹⁶

El Trabajo Social es una disciplina que se encarga de construir conocimiento sobre la necesidad de carácter social.

“El Trabajo Social es una disciplina científica que se ocupa del conocimiento, estudio e intervención en problemas sociales concretos. Se identifica con las relaciones del hombre con los hechos sociales dentro de un límite objetivo, interviniendo para crear condiciones tendientes a modificar las relaciones sociales que están imposibilitando, a determinados sectores de la población, la satisfacción de sus necesidades sociales”¹⁷

Delia Protzel del Castillo define al Servicio Social¹⁸ “como una ciencia de relaciones humanas y como técnica empleada en la consecución del bienestar individual y colectivo, debe ir a las causas, a la cepa, a la raíz misma de los diversos problemas materiales y espirituales que afectan a la humanidad entera, a fin de que sus logros no sean simples lenitivos en un malestar eterno

¹⁵ García Salord Susana. La Especificidad de Trabajo Social publicado en la ENTS en 1986 tomado en Especificidad y Rol en Trabajo Social. Pág. 4.

¹⁶ Macedo Pimentel Elena. Ética y Trabajo Social. en Revista de Trabajo Social no 2. Centro de Estudios y Publicaciones. Arequipa, Perú. Abril-junio de 1982, pág. 54. Tomado en Alayón Norberto. Definiendo al Trabajo Social. pág. 66.

¹⁷ Escuela de Trabajo Social de Costa Rica. El perfil Profesional del Trabajo Social en Costa Rica. Febrero 1980 tomado en Alayón Norberto. Definiendo al Trabajo Social, pág. 59.

¹⁸ En Latinoamérica durante un periodo aproximado de 1940 a 1960 se llamaba al Trabajo Social, Servicio Social o Asistencia Social por eso algunos conceptos definen al Servicio o a la Asistencia Social.

que se transmite de generación en generación, como una herencia del destino fatal de una clase desheredada por su suerte”¹⁹

Retomando la definición de Delia Protzel del Castillo de Servicio Social es importante mencionar que dentro del Trabajo Social Latinoamericano se distinguen tres etapas, las cuales son la Asistencia Social, el Servicio Social y el Trabajo Social. En cada una de las etapas se expresan una diferente conceptualización de la profesión en base al contexto histórico social de cada época.

La Asistencia Social es una concepción dominante en la etapa pre-profesional, en ella no se visualizaba ninguna conexión entre los problemas individuales y las estructuras globales de la sociedad.

En el Servicio Social que comienza en la década de los 40 y culmina en los años 60 aparecen diferentes técnicas o prácticas sociales como instrumentos adecuados para promover y contribuir al proceso general de desarrollo socio-económico de un país.

En la búsqueda de una vinculación entre los objetivos del Servicio Social y las políticas nacionales de desarrollo se empieza a dar una reconceptualización y de esta manera se llega a la última etapa Trabajo Social, con lo que se busca dar nuevos enfoques de problemas sociales²⁰.

Para el mexicano Juan Sandoval Trujillo “el Trabajo Social es una praxis científica, con métodos de observación y comprobación, bien definidos e inherentes a un campo de acción concreto: el hombre integral, sus formas de comportamiento y sobre todo sus instituciones sociales y éticas, en cuanto deben servirle para la satisfacción de todas sus aspiraciones. Como profesión, se funda en el reconocimiento de la existencia de la dignidad humana y de su capacidad de superación, pues mediante procedimientos propios, ayuda a los individuos, grupos y comunidades a valerse por sí mismos y lograr su desarrollo integral, con especial énfasis en aquellos aspectos que más ayuda requieran” ²¹

¹⁹Protzel del Castillo Delia Artículo “El Servicio Social en un Mundo de Evolución, publicado en Revista de Servicio Social no. 16 de la Escuela de Servicio Social del Perú,. Lima, julio de 1961, pág. 163 tomado de Alayón Norberto. Definiendo al Trabajo Social, , pág. 18

²⁰ Ander-Egg Eequiel “Historia de Trabajo Social” págs. 254-267.

²¹Sandoval Trujillo Juan. Perspectiva Histórica de la Preocupación Social en: Sociología y Trabajo Social (X Jornada de Estudios) Asociación Nacional Mexicana de Escuelas de Trabajo Social, Monterrey, México, 1970, pág. 5 tomado de Alayón Norberto. Definiendo al Trabajo Social, pág. 28.

Para la autora Ruth Lacayo de Macías “El Trabajo Social es una técnica profesional cuya finalidad general es ayudar al ser humano en sociedad a enfrentar a los problemas originados por esta última y por sí misma”²²

Para la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Externado de Colombia “El Trabajo Social aparece como una técnica social, fundamentalmente interesada en generar procesos adaptativos en los diversos niveles en que se desarrolla la interacción social y generalmente dentro de los marcos de un sistema de bienestar social específico. Posee o tiende con un fundamento científico orientado hacia la optimización de las relaciones entre medios y objetivos en razón del desarrollo de procesos adaptativos, que se expresa en el uso de sectores de teoría social ya verificada y en una actividad sistemática y racional fundamentada en una metodología que como instrumento de trabajo, permite la obtención de un conocimiento fiable de los factores que generan situaciones de disfuncionalidad social y el uso de tal conocimiento en el desarrollo de procesos adaptativos. En el campo de las denominaciones terminológicas hemos preferido la noción de técnica por cuanto otras generalmente usadas para designar lo anteriormente definido como Ciencia aplicada, arte o Tecnología introducen confusiones sobre el verdadero carácter del Trabajo Social”²³.

La Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM en nuestro país la define como una “disciplina que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y transformación de los procesos para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social”²⁴.

La Federación Internacional de Trabajo Social propone una definición que es adoptada por la Asociación Internacional de Trabajo Social en el año 2000, la cual se considera una de las más completas y que además se adapta

²² Tomado de apuntes de clase Investigación Social I año 2do semestre 2005-2 profesora: Maestra Adriana Ornelas.

²³ Facultad de Trabajo Social de la Universidad Externado de Colombia, Programación Académica, Bogotá, julio de 1978 págs. 32-33. Tomando de Alayón Norberto. Definiendo al Trabajo Social, pág. 53

²⁴ Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Trabajo Social. México Distrito Federal. recuperado en Agosto de 2010 de <http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html>

a las nuevas tendencias del Trabajo Social y la definen como “Una profesión que promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para esta profesión.”²⁵

Para la que suscribe, Trabajo Social es perfilada como una disciplina de las Ciencias Sociales, cuyo objetivo de estudio es sin duda alguna las problemáticas sociales que son producto de las contradicciones que existen entre las clases sociales. El principal objetivo de estudio de Trabajo Social sobre las problemáticas sociales es que a través de la planificación, administración y organización, potencializa en los individuos, grupos, comunidades y sociedades sus propios recursos para obtener un bienestar y de esta manera lograr una transformación social.

Se puede decir que la intervención que Trabajo Social realiza, es entendida como la acción organizada y desarrollada por los trabajadores sociales con individuos, grupos y comunidades. Sus objetivos están orientados a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo humano y en la mejora de la calidad de vida.

Su intervención profesional se basa en los fundamentos éticos, epistemológicos y metodológicos del Trabajo Social, desde un enfoque global, plural y de calidad.

Estos planteamientos del Trabajo Social parten de una concepción dinámica de la persona que se inscribe en un contexto social, histórico, político, económico y cultural de la realidad social, conectando con otras disciplinas y profesiones.

²⁵Valero Chávez Aída. Desarrollo Histórico de Trabajo Social. Pág. 8.

A manera de conclusión el Trabajo Social es una disciplina encargada de estudiar, investigar e intervenir en problemáticas sociales mediante una metodología propia de casos, grupos y comunidades para obtener un bienestar social.

Trabajo Social tiene varias áreas de intervención como lo son:

Sector educativo, asistencial, sector vivienda, sector empleo, en la prevención y readaptación social (penal y penitenciaria) sector social sin olvidar el sector salud que es una de las áreas más importantes para esta profesión y objeto de estudio dentro de este trabajo, por ello en el siguiente apartado se hablará más a fondo de esta área de intervención del Trabajador Social.

1.3 DEFINICIÓN DE TRABAJO MÉDICO SOCIAL

A partir de que en el área médica se empieza a tomar en cuenta los aspectos sociales y emocionales de los pacientes o usuarios, comienza a formar parte de esta área el Trabajo Social con el objetivo principal de procurar la atención médica de los usuarios con el reconocimiento de los factores bio-psico-sociales a contemplar en los padecimientos o enfermedades y de esta manera mantener la salud y la calidad de atención en los pacientes. Con esta lógica que tiene el tratar de otorgar una atención médica integral, con la cual se pretenda resolver los problemas físicos y psicológicos, así como también los problemas sociales de los pacientes se ve la necesidad de crear el Trabajo Médico Social.

El antecedente del surgimiento de Trabajo Médico Social, proviene del año 1880 en Londres Inglaterra cuando se fundó “la Sociedad para convalecientes de escasos recursos del asilo Insane, en la que la labor de Trabajo Social consistía en atender a pacientes de escasos recursos

económicos cuando éstos ya eran dados de alta de Hospitales para enfermos mentales”²⁶.

En 1892 en Londres se publica un plan por el Secretario de la “Sociedad de Caridad” en el que un año más tarde empiezan a trabajar las llamadas “Ladies Almoners” (Damas Limosneras), que se coordinaban con los dispensarios que prestaban ayuda a los enfermos.

En Estados Unidos el principal factor para que los pacientes que necesitaban hospitalización no la tuvieran fue la pobreza, por tal motivo se hizo necesario la presencia de un personal especializado que sirviera como vínculo entre el hospital y el hogar de los pacientes o enfermos, por lo cual, surge el primer Trabajador Social en el área médica, quien era el enlace entre el hogar del enfermo y el hospital.

“En el año de 1905, el Dr. Richard C. Cabot del Hospital General de Boston, solicitó por primera vez, la intervención de un Trabajador Social dentro del Hospital, que coadyuvara al tratamiento integral del paciente.”²⁷

El Trabajador Social dentro de la intervención que realizaba en el área médica al principio de su incorporación, fue de forma muy elemental ya que sólo se realizaba la metodología de Trabajo Social de Caso y se descuidaba la parte preventiva.

A partir de 1920, en Argentina los trabajadores sociales se incorporan al área de la salud realizando visitas a los pacientes. En 1925, en Chile con la creación de la Escuela de Trabajo Social, se prepararon a los trabajadores sociales para convertirse en un ayudante médico capaz de tener el control de orientar a los pacientes sobre el cumplimiento del tratamiento médico, y sobre las normas de higiene, entre otras cosas.

²⁶Osalde Rivera Delfina Elena. Tesis “Organización del Trabajo Social en la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social”. Pág. 8

²⁷ Ibídem Pág. 9

Para el año de 1930, en los Estados Unidos los trabajadores médicos sociales empezaron a realizar trabajos de proyección a grupos masivos en programas de salud y de bienestar de manera interdisciplinaria. Lo cual les ayudó a adquirir una serie de conocimientos que los preparaba para fomentar y valorar la importancia de preservar la salud y no solo de actuar en los factores causales de las enfermedades. Por lo tanto, se refuerza las acciones preventivas mediante campañas fuera de las unidades médicas.

En México el Trabajo Médico Social se incorpora en el año 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con lo cual, fue creciendo el servicio médico-asistencial en donde la intervención de Trabajo Social fue significativa en este campo de trabajo. El hospital en el que se formó el primer grupo de trabajadores médicos sociales fue el Hospital Infantil²⁸.

Al principio de la incorporación de Trabajo Social en México, éste último funcionaba de manera empírica pero con el paso del tiempo se vio la necesidad de capacitarlo.

Con la creciente necesidad de atención médica y con el aumento de centros de salud y hospitales, también se ve la necesidad de aumentar el número de trabajadores sociales dentro del incipiente sistema de salud que nacía en México, no solo aumentó el número de trabajadores sociales sino también las funciones que realizaban.

Con el paso del tiempo se fue profesionalizando la intervención de Trabajo Médico Social sin perder su esencia, y hoy en día determinan el funcionamiento psicosocial de pacientes y de sus familias. “Las intervenciones pueden incluir apoyo de recursos necesarios a pacientes y a las familias, abastecimiento de psicoterapia, asesoramiento de apoyo, o asesoramiento de la pena; o ayudando a un paciente a ampliar y a consolidar su red de ayudas sociales, son diligentes en sus posiciones y se dedican a asistir a los pacientes

²⁸ Ibídem pág. 11

y a las familias que están en necesidad.”²⁹ Por tanto, se puede decir, que el Trabajo Médico Social proporciona a los individuos un grado de autonomía en los problemas de salud de manera individual, familiar, grupal o colectiva.

El vínculo que el trabajador médico social establece en conjunto con el equipo de salud permite conocer la realidad psico-social del paciente para que de esta manera se pueda apoyar a modificar los factores que propician la enfermedad y limitan el tratamiento, favoreciendo el medio para que el paciente recupere sus condiciones de salud y tenga una buena calidad de vida.

El Trabajo Médico Social como ya se mencionó es “una profesión de complemento y apoyo de las acciones médico-sociales, a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas dentro de la institución de salud, sea ésta en primer nivel de atención, en hospitales Generales de Zona, Regionales o en Centros de alta Especialidad.”³⁰

Teniendo como meta la eliminación o reducción de desigualdades para el acceso a la salud, “el Trabajo Médico Social ha de satisfacer una serie de objetivos, los cuales, se insertan a su vez en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Como son tan complejas las metas, deben ser alcanzadas en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir el general de eliminar o disminuir las desigualdades para el acceso a la salud. Estos objetivos específicos son:”³¹

* Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos factores que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y a

²⁹ Trabajo Social en Salud (s.f) recuperado el 22 Marzo de 2010 de <http://www.fortunecity.es/expertos/industrial/106/campos/trasalud>.

³⁰ Ídem

³¹ Ídem

la plena utilización de los servicios, así como localizando los que favorecen su logro.

* Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.

* Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud orientadas hacia la reducción o eliminación de las desigualdades para el acceso a la salud.

El trabajador social en el área de la salud se basa en la premisa de las relaciones entre la salud y los factores sociales y a partir de esta idea se derivan las funciones en el área médica, como son, la de atender las problemáticas sociales detectadas en los centros de atención a la salud que afectan directamente a la salud de los usuarios del centro y que es posible atenuar, atender o prevenir con las acciones realizadas por Trabajo Social.

El trabajador médico social promueve y fortalece la organización de grupos de pacientes o usuarios con la finalidad de lograr grupos de apoyo entre los usuarios con las mismas características, como puede ser pacientes con diabetes, alcoholismo, embarazo, etc. Dentro de la promoción que realiza tiene que elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden de manera notable en las desigualdades para el acceso a la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud como dirigidos a otras profesiones. Y se debe de encargar de suministrar información sobre los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud.

Trabajo Social participa en conjunto con equipos de educación en salud, dentro de los programas de atención primaria, para desarrollar funciones de carácter preventivo. También promueve la formación de consejos locales de salud y programas de medicina y salud comunitaria. Dentro de la prevención el

trabajador médico social estudia la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud. Estudia las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a los mejores niveles de salud. Estudia el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos. Participa en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud. Orienta y capacita a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida. Orienta y fortalece la unidad familiar y capacita a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros. Capacita a voluntarios, auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones que favorezcan la eliminación de desigualdades en el campo de la salud.

Su labor no solo es de prevención sino que además participa en la rehabilitación de pacientes temporales y crónicos. Dentro de la rehabilitación se asegura que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad. Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo o minusválido.

Además se encarga de la reinserción y recuperación del enfermo después de un tratamiento y de una hospitalización que ha producido un cambio en su vida cotidiana contribuyendo con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad. El trabajador médico social capacita al enfermo y su familia para que sean agentes de su recuperación, y ayuda a aminorizar la angustia y el estrés que produce la hospitalización tanto en los pacientes como en los familiares.

El Trabajo Médico Social hoy en día cuenta con un departamento en todas las instituciones de atención a la salud, con la conciencia de que es un elemento indispensable para intervenir en el logro de los objetivos que las mismas instituciones de salud se plantean y de esta manera brindar a la población usuaria una atención médica integral.

El trabajador médico social--- dentro de su quehacer profesional debe de cumplir con sus funciones, conjugando y aprovechando los recursos que cada institución de salud le proporciona y de esta manera ayudar a elevar la calidad de vida de la población.

Una de las instituciones de salud, de la cual, Trabajo Social ha aprovechado su quehacer profesional y lo ha ido reconceptualizando de acuerdo a las necesidades de la institución y del contexto social, es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual es considerado máximo representante de las instituciones de seguridad social en México, pero de ello se hablará en el siguiente apartado.

1.4 TRABAJO MÉDICO SOCIAL EN EL IMSS

Como ya se hizo mención el Instituto Mexicano del Seguro Social, nace el 19 de enero de 1943, con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal, quedando regulado, asegurado y controlado por el Estado, con una propia responsabilidad moral.

Nace por mandato presidencial con el fin de reivindicar a la clase trabajadora, a la cual, se había reconocido desde la Constitución Política de 1917, en el Artículo 123 el cual establece, entre otras medidas, responsabilidades de los patrones en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como también la obligación de observar los preceptos legales sobre higiene y seguridad. Sin embargo, es hasta el año de 1943 cuando se lleva a cabo dicha reivindicación.

El IMSS ampara los riesgos provenientes de accidentes en el trabajo, enfermedades en cualquiera grado, maternidad, invalidez, cesantía por vejez y muerte, de este modo, “el régimen del Seguro Social representa un complemento del salario en la medida que otorga prestaciones que el obrero tendría que obtener de su único ingreso, por lo cual constituye un excelente vehículo para estabilizar el tipo de vida de la capa económicamente débil de la

población, tanto porque su logro vendría a satisfacer nobles aspiraciones de la convivencia humana, cuanto porque al elevar las condiciones de vida del sector mayoritario de la nación, automáticamente se operaría un crecimiento vigoroso de la economía general del país”³²

Los fines principales del IMSS se dirigen a administrar las diversas ramas de la seguridad social, recaudar cuotas y recursos, satisfacer las prestaciones que la Ley Federal de Trabajo establece, invertir los fondos de acuerdo a ésta, establecer farmacias, centros de recuperación y reposo, organizar sus dependencias y fijar las estructuras y funcionamientos de la misma y difundir conocimientos y prácticas de previsión social.

“Sus órganos son: La Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y la Dirección General que tiene a su cargo el Gobierno y la Administración”³³.

El Instituto Mexicano del Seguro Social otorga las siguientes prestaciones a todos sus derechohabientes:

- Médicas
- Económicas
- Sociales

Desde el surgimiento del IMSS el Trabajo Social forma parte del equipo multidisciplinario de salud dentro de esta institución y tiene como misión “Identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población derechohabiente a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de

³²Huerta Maldonado Miguel. La Ley del Seguro Social y sus Reformas. Recopilación. Pág.8.

³³Osalde Rivera Delfina Elena. Tesis “Organización del Trabajo Social en la Subdirección General Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social”. Pág. 16.

acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades.”³⁴

El IMSS define al trabajador social como “un profesional integrante del equipo de salud que participa en los procesos de la atención y que aborda factores sociales involucrados en el proceso salud enfermedad como parte de la atención integral a la salud del individuo y de su familia, siendo su función primordial la identificación de las carencias, necesidades, recursos, expectativas y conjuntamente con el derechohabiente aplica técnicas de intervención para promover el incremento, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud.”³⁵

El trabajador social realiza un proceso de atención a la salud que comprende las esferas biológica, psicológica, social y ambiental del individuo, la familia y la población, en aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria dependiendo del nivel de atención de la salud en el que se encuentre.

Su intervención en unidades como parte del equipo de salud orientando sus acciones hacia la identificación y abordaje de los patrones socio-culturales que inciden de forma positiva o negativa en las condiciones de salud del individuo y de su familia.

La identificación de estos factores sociales contribuyen a precisar las necesidades de intervención del equipo de salud, ya sean estas acciones anticipatorias de promoción, así como la forma en que Trabajo Social participa a través de los procesos sustantivos del área como son: Investigación social, educativo, de reintegración del paciente a control médico y de apoyo social según el caso. Ello implica promover conductas preventivas, de enriquecimiento del nivel de salud y de oportunidad en la rehabilitación a través de información y de un proceso educativo que incorpore al paciente y su familia como participantes activos y conscientes con acciones preventivas.

³⁴ IMSS. Guía de Apoyo Técnico para Trabajo Social en Unidades Médicas. Agosto 2002 pág. 13

³⁵ *Ibíd*em pág. 12

La reintegración oportuna a las actividades económicas y sociales, así como la funcionalidad del grupo familiar requieren frecuentemente de la intervención del equipo de salud contando al trabajador médico social y de la coordinación y concertación con organismos institucionales y todo ello con la finalidad de favorecer y fortalecer una mejor calidad de vida.

Los avances y logros en la atención social del individuo y de su familia debe de ser motivo de análisis con los integrantes del equipo de salud y con el propio derechohabiente, a fin de reconocer su efecto en las diferentes esferas, tratándose de la salud en el trabajo, la salud relacionada con el proceso reproductivo, con la presencia de padecimientos transmisibles y no transmisibles o cualquier otra condición que promueva o afecte a la salud y que constituye el motivo de la atención.

La atención integral de la salud no puede ser ajena al proceso administrativo y en particular a dos subprocesos de apoyo, la planeación y el control, en los cuales se precisa la intervención de Trabajo Social en el abordaje de los factores socioculturales que inciden en las condiciones de salud de la población. La definición de la forma en que Trabajo Social interviene a través de sus procesos sustantivos queda plasmada e integrada en el programa de trabajo de la unidad, de igual forma deben definirse los procedimientos para su evaluación y control.

Trabajo Social dentro de las unidades médico familiar tiene 4 áreas de participación, ya que como se mencionó la atención a los usuarios sanos como a los enfermos y a sus familias debe ser integral, aplicada a los diferentes grupos etarios por lo tanto la definición de las áreas en que participa Trabajo Social se hace exclusivamente con fines didácticos³⁶. Estas áreas de intervención son³⁷:

³⁶ IMSS. Guía de Apoyo Técnico para Trabajo Social en Unidades Médicas. págs. 16,17.

³⁷ Ídem

- Salud comunitaria

Comprende de las prestaciones médicas donde el personal de Trabajo Social contribuye en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, nutrición, prevención, detección y control de enfermedades. Que favorezcan la salud del individuo, la familia y la comunidad mediante la aplicación de los programas integrados de salud, así mismo, con acciones de sensibilización para integrar y mantener en tratamiento al paciente y su familia. Promueve acciones de educación que les permite identificar y modificar estilos de vida que constituyan riesgos a la salud.

- Salud reproductiva y materno infantil

Componente de las prestaciones médicas donde el personal de Trabajo Social desarrolla acciones tendentes a identificar y atender los factores sociales que inciden en las condiciones de salud en la población durante el proceso reproductivo de las mujeres, de los adolescentes y de los varones, así como de la salud materno infantil a fin de propiciar la educación, proporcionar orientación y capacitación a los individuos con sus familias para que participen activamente en el autocuidado de su salud reproductiva a través de los programas integrados de salud.

- Salud en el trabajo

Componentes de las prestaciones médicas en la cual el trabajador social coadyuva en la atención a la salud y a la protección de los medios de subsistencia de la población trabajadora e identifica problemas y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad a través de metodología específica. En las unidades médicas realiza estudios de caso con enfoque laboral, brinda asesoría individual para el otorgamiento de las prestaciones de ley respecto a los riesgos de trabajo e invalidez y colabora en la investigación de casos con tiempo de incapacidad prolongada. En el medio laboral coadyuva en el desarrollo de acciones anticipatorias y preventivas que favorezcan la salud y el bienestar de los trabajadores y sus familias, así como fortalecer la

cultura del autocuidado de la salud mediante la aplicación de los programas integrados de salud.”³⁸

- Atención médica

Componente de las prestaciones médicas donde el personal de Trabajos Social desarrolla acciones de intervención social individual y grupal tendente a identificar y atender los factores sociales que inciden en los daños a la salud de los individuos y las familias. Atiende a la población enferma en las unidades de medicina familiar y hospitales a fin de propiciar la educación y capacitación del paciente y su familia para el manejo del tratamiento en el domicilio. Proporciona terapia de apoyo en situaciones de crisis, aplica una metodología específica en el manejo de las disfunciones familiares que limitan el cumplimiento de las indicaciones o el tratamiento médico. Interviene en la organización social para que los pacientes y sus familias participen en la limitación de los daños a la salud, en el tratamiento médico, en el desarrollo de sus capacidades residuales y en el mejoramiento de su calidad de vida.

Trabajo Social en el IMSS cuenta con procesos sustantivos debido a la importancia de los subprocesos de planeación y de control. Así mismo, las acciones de Trabajo Social, se desarrollan en un orden lógico de manera sistematizada. A continuación se definen los procesos de apoyo y los procesos sustantivos³⁹.

- ❖ Proceso de apoyo:

- ◆ Planeación y programación: El proceso se inicia con la planeación y programación de actividades del servicio de Trabajo Social en unidades de medicina familiar y en los departamentos de Trabajo Social en unidades hospitalarias, acordes con el diagnóstico de salud de la unidad, con los resultados de la evaluación y supervisiones del año anterior y en base a los lineamientos normativos vigentes lo que formará parte del programa de trabajo de la unidad. La participación del personal operativo en este proceso pretende fortalecer la visión como equipo de la intervención de trabajo social para el

³⁸ Ídem

³⁹ Ibídem págs. 18-25.

logro de los objetivos de salud de la unidad, de su función específica en los distintos procesos de atención médica en los que interviene y para el reforzamiento del servicio o departamento como apoyo en la atención social de la población derechohabiente acorde con el recurso horas trabajadora social.

- ◆ Evaluación y control: Este proceso tiene como propósito verificar periódicamente si las actividades planeadas se están desarrollando de acuerdo a lo previsto y en su caso, modificar los planes en aquello que sea necesario y conocer el impacto de las estrategias dirigidas a modificar hábitos y estilos de vida en la población derechohabiente a fin de continuar o reorientar las estrategias que no logran los impactos deseados.

❖ Procesos sustantivos:

- ◆ Investigación social: Este proceso tiene como objetivo realizar investigación en base al estudio médico social y a entrevistas con los usuarios para saber los factores sociales y familiares, así como los de la vida cotidiana que influyen en el paciente y de esta manera llevar a cabo acciones encaminadas al fortalecimiento de la salud.

- ◆ Educación: Este proceso tiene como propósito llevar a cabo acciones de educación para la salud con la población derechohabiente sana o enferma en concordancia con los principales problemas de salud o de motivos de egreso hospitalario de la unidad, de acuerdo al diagnóstico situacional y a las necesidades específicas de la población, tendientes a desarrollar habilidades y propiciar conductas de autocuidado de la salud individual y de su familia a través de métodos y técnicas modernas y de educación de adultos, con un enfoque integral de la salud en el que el componente social del proceso salud-enfermedad sea uno de los ejes primordiales de intervención y en equilibrio con el enfoque biológico.

- ◆ Reintegración de pacientes a control médico: El objetivo de este proceso es reintegrar a control y tratamiento médico o social a los derechohabientes que requieren de atención prioritaria y que no acuden a sus citas programadas, como es el caso de las embarazadas, de los menores de 5

años, pacientes con tuberculosis pulmonar, diabéticos, hipertensos, cardiopatas, oncológicos, nefrópatas, o de cualquier otra prioridad que se esté manejando en la unidad de medicina familiar u hospital y que abandone el tratamiento médico.

- ◆ Apoyo social: Este proceso tiene como propósito el identificar, coordinar y concertar acciones y prestación de servicios con organismos del instituto y con otros organismos principalmente de bienestar familiar así como coadyuvar con el individuo y la familia en la identificación de los recursos familiares o desarrollar sus potencialidades a fin de contemplar el tratamiento médico, prevenir los daños a la salud o a coadyuvar a la reintegración oportuna del paciente a su ambiente familiar, laboral y social.

“La intervención de Trabajo Social en el proceso de la atención a la salud de la población derechohabiente es consciente con los propósitos que se persiguen en cada una de las unidades médicas; sin embargo, al considerarse los factores sociales relacionados con los daños a la salud y con el proceso salud-enfermedad, las necesidades de intervención de Trabajo Social son infinitas y el recurso horas-Trabajo Social de que disponen las unidades de medicina familiar y hospitales siempre serán insuficientes; por lo tanto, determinar en que participará este servicio o departamento según sea el caso, debe ser una acción de planeación reflexiva del Director de la unidad y de la jefe de Trabajo Social a fin de utilizar racionalmente el recurso evitando la duplicidad de esfuerzos del personal multidisciplinario de las unidades y que las actividades que realice Trabajo Social sea a través de sus procesos sustantivos y se dirijan a donde mayor beneficio e impacto pueden tener para la población y de acuerdo a los objetivos institucionales”⁴⁰.

La estructura y composición de la población usuaria es variable y los motivos de atención dependen de la zona y de los servicios con que cuenta cada unidad médica, en consecuencia el conocimiento de las características demográficas y sociales de la población que atiende Trabajo Social en las

⁴⁰ Ibídem pág. 26.

unidades de medicina familiar y en unidades hospitalarias, así como el establecimiento de criterios específicos que orienten su intervención y la visualización de algunas situaciones de riesgo médico-sociales, son indispensables para la adecuada planeación de las actividades a corto y mediano plazo.

Criterios específicos:

A fin de facilitar la intervención de Trabajo Social se consideran los siguientes criterios para la jerarquización de las actividades⁴¹.

- Considerar la estructura y composición de la población de la que será responsable Trabajo social en cuanto a la atención social se refiere.
- Tomar en cuenta los motivos de demanda de atención médica más frecuentes y la morbilidad por padecimientos transmisibles y no transmisibles o los motivos de egreso hospitalario según sea el caso.
- La posibilidad de intervenir sobre los factores socio culturales que estén incidiendo en los principales problemas de salud identificados en la unidad (diagnóstico de salud), de acuerdo a los programas integrados de salud.
- Las características socio culturales de la población de estilos de vida inadecuados relacionados con los principales motivos de demanda de atención médica.
- La existencia generalizada entre la población de estilos de vida inadecuados relacionados con los principales motivos de demanda de servicios de atención médica o egresos hospitalarios.
- Existencia de condiciones psicosociales en la población usuaria que inciden en la saturación o sobredemanda de algunos servicios o con la ausencia de demanda de servicios por grupo de alto riesgo.
- Tomar en cuenta las situaciones de riesgo médico sociales y los factores psicosociales relacionados.
- Situaciones de riesgo médico asociales y aspectos psicosociales relacionados con cada grupo de edad y sexo.

⁴¹ ibídem pág. 31.

- Por último uno de los criterios más importantes para determinar la participación de Trabajo Social se refiere a su perfil profesional, considerando que es más relevante que intervenga sobre los factores sociales y de apoyo a la familia en las que otro profesional del equipo de salud no tenga la preparación específica, a fin de evitar la duplicidad y sobre todo utilizar racionalmente las horas trabajo social de que disponga la unidad.

Con el propósito de aportar mayores elementos que permitieran al personal de Trabajo Social identificar los casos o situaciones que requieren de manera particular su intervención profesional, se consideró necesario la división por grupos etarios y las relaciones con algunas situaciones de riesgo médico sociales para cada grupo.

Los grupos etarios con que Trabajo Social trabaja dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social son los siguientes⁴²:

- ◆ Niño de 0 a 9 años: los cuales pueden presentar algunas de las siguientes situaciones de riesgo médico social: esquema de vacunación incompleto, prematurez, malformaciones congénitas y problemas genéticos, desnutrición, obesidad, niños que no acuden a vigilancia médica, enfermedad recurrente, retraso en el desarrollo psicomotor, quemaduras, traumatismos frecuentes e hiperquinesia.

- ◆ Adolescentes⁴³ de 10 a 19 años: las situaciones de riesgo médico social pueden ser: desnutrición- obesidad, infecciones de transmisión sexual, accidentes de trabajo frecuentes, adicciones, traumatismos frecuentes, suicidio o intento de, embarazo de alto riesgo.

- ◆ Mujer de 20 a 59 años: infecciones de transmisión sexual, embarazo de alto riesgo, no acude a vigilancia médica prenatal, incapacidades frecuentes, desnutrición, obesidad, accidentes de trabajo frecuentes, suicidio o intento de, multiparidad, cáncer cérvico uterino y de mama sin detecciones, paciente

⁴² Ibídem págs. 32-35

⁴³ El IMSS considera al grupo etario de adolescentes a partir de los 10 años. La etapa de los 10 a los 13 años es considerada como pubertad llegando a la adolescencia de los 14 a los 19 años.

que no acude a vigilancia médica, padecimiento crónico degenerativo, adicciones, climaterio.

◆ Hombres de 20 a 59 años: adicciones, lesiones por violencia, suicidio o intento de, infecciones de transmisión sexual, padecimientos crónicos degenerativos, desnutrición, obesidad, incapacidades frecuentes o prolongadas, enfermedades sin detecciones, padecimiento que no acude a control médico.

◆ Personas de 60 años y más: padecimientos crónicos, desnutrición, obesidad, paciente que no acude a control médico, paciente que no sigue el tratamiento médico, complicaciones tardías de padecimientos crónico-degenerativos, hospitalización prolongada, invalidez, demencia senil, fracturas frecuentes, paciente hospitalizado abandonado.

Como se puede ver dentro de las situaciones de riesgo en el grupo de las mujeres de 20 a 59 años, se encuentra el cáncer cérvico uterino, el cual, es considerado un problema de salud pública por la alta mortalidad que representa y el alto número de diagnósticos que se detectan no solo en México sino en el mundo llegando casi a los 500,000 casos cada año.⁴⁴

“Dentro del IMSS el cáncer cérvico uterino registró para el año de 1996, 3139 y 1208”⁴⁵, lo cual, representó la muerte de 3 mujeres usuarias de este instituto por esta enfermedad y la detección de 9 casos al día. La población usuaria mujeres del Instituto Mexicano del Seguro Social está constituida por aproximadamente 13 millones de entre 25 años a más, sin embargo, la cobertura de detección del cáncer cérvico uterino en 1996, solo alcanzó a un 15% de ellas⁴⁶, lo cual habla que un gran número de mujeres tienen cáncer cérvico uterino sin saberlo solo hasta que ya está en etapa terminal, por ello, la alta mortalidad dentro del Instituto y en el país. Pero para entender el impacto

⁴⁴ IMSS. Guía de Comunicación Educativa para la Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino. Pág.

5

⁴⁵ Ídem

⁴⁶ Ídem

que genera esta enfermedad es necesario definir al cáncer cérvico uterino, lo cual, se abordará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2. CÁNCER CÉRVICO UTERINO

En el desarrollo de este capítulo se plantea de manera general qué es el cáncer cérvico uterino, proporcionando información básica sobre este padecimiento, de manera que se puedan comprender los alcances de esta enfermedad y su evolución. Para el entendimiento de algunos términos médicos se anexa un glosario de termino (véase anexo A).

Al concebir el ciclo de vida del cáncer cérvico uterino, así como los factores de riesgo, se entenderá cómo detectarla en etapas tempranas y obtener consciencia sobre este grave problema de salud en México

2.1 DEFINICIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO

Como se mencionó, el cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública por el alto índice de mortalidad y de detección en México y en el mundo. “Llegando a ocupar la primera causa de muerte por *cáncer maligno* en mujeres de 25 a 64 años de edad y el tercero en mortalidad relacionada con los *tumores malignos* en la población en general”⁴⁷. Aunque existen campañas masivas sobre la detección oportuna de esta enfermedad un bajo número de mujeres está consciente de realizarse las pruebas médicas para su detección en etapas tempranas en donde el cáncer cérvico uterino es tratable y curable.

Para hablar de cáncer cérvico uterino tenemos que entender primero, que el aparato reproductor femenino, se divide en dos partes; órganos internos y externos (ver imagen 1). Los órganos externos del aparato genital femenino son: monte de Venus, vulva (constituida por labios mayores y labios menores),

⁴⁷ Instituto de Salud del Estado de México. recuperado el 03 Septiembre de 2010, de <http://salud.edomex.gob.mx/html/article.php?sid=1011>

clítoris⁴⁸. Los órganos internos son: vagina, útero, ovarios y oviductos también conocidas como Trompas de Falopio⁴⁹.

La vulva

Está constituida por los labios mayores y menores, los cuales recubren la entrada de la vagina. Los labios mayores forman la parte más externa de la vulva, y por lo general cubren completamente los órganos genitales externos, y su superficie está cubierta por el vello pubiano, están formados de tejido adiposo, y contienen *glándulas sebáceas* y terminaciones nerviosas. Los labios menores son pliegues de piel muy delicados, tienen más terminales nerviosas que los labios mayores y también más glándulas sebáceas.

El monte de Venus

Es el *tejido adiposo blando* que cubre la coyuntura púbica (unión de los huesos púbicos). Actúa como amortiguador durante la relación sexual y da sensaciones placenteras al presionarlo.

El clítoris

Es un órgano eréctil homólogo al pene, y es un órgano altamente sensible al tacto.

Vagina

Es una estructura cilíndrica que mide aproximadamente 12 cm., sus paredes son elásticas y presentan múltiples pliegues, lo que las hace muy distendibles. Presenta una cavidad virtual, es decir sus paredes se encuentran siempre en contacto, por lo que la única forma de visualizar toda su extensión, los fondos de *saco vaginales* y el cuello uterino, es colocando un espejo vaginal para exploración ginecológica.

Útero

Es un órgano situado en el centro de la pelvis entre la vejiga urinaria y el recto. Su misión más importante es la de albergar al óvulo fecundado durante toda la gestación, hasta la expulsión del producto de la concepción. El útero

⁴⁸ Aparato Reprodutor Femenino. (s.f.). recuperado el 03 de Septiembre de 2010, de <http://www.sexologia.com/index.asp?pagina=http://www.sexologia.com/ellaanatomiam.htm>

⁴⁹ La descripción de en qué consisten todos los órganos internos fue tomado del Programa para la vigilancia prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino tomo Detección págs. 9, 10.

tiene forma de una pera aplanada, con la extremidad superior más voluminosa. Sus dimensiones varían con la edad y con el número de embarazos, pero en promedio fuera del embarazo sus dimensiones son de 6 a 9 cm. de longitud, de 3 a 4 cm de diámetro transversal, y de 2 a 3 cm. de espesor, su peso varía entre 70 y 100 gr.

El útero tiene dos partes anatómicas bien definidas: el cuerpo y el cuello, el primero ocupa dos terceras partes del órgano, está formado principalmente por tejido muscular liso, en el centro posee una cavidad de forma triangular identificada como *cavidad uterina*, cubierta por un *tejido epitelial* denominado *endometrio*, hacia arriba la cavidad uterina se comunica con las trompas de Falopio y hacia abajo con el cuello uterino a través del *canal endocervical* o *endocérvix*.

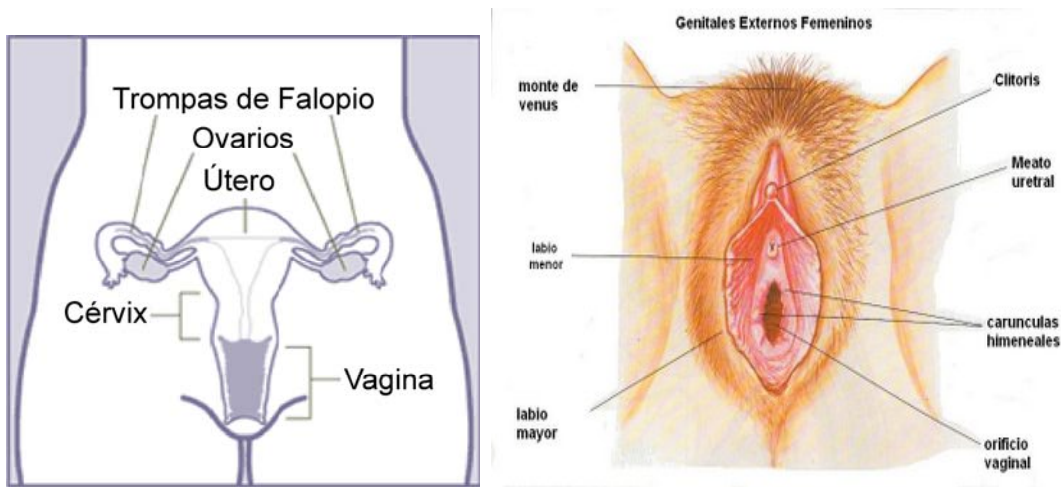
Ovario

Es un órgano par situado en la pelvis en forma de almendra que desempeña 2 funciones importantes: producción del gameto femenino (célula germinal) y secreción de las hormonas estrógenos y progesterona. Las dimensiones de los ovarios son de 2 a 4 cm de longitud, por 1.5 a 2.5 cm. de ancho y 1 a 2 cm. de espesor, tienen color gris blanquecino, con superficie lisa antes de iniciarse la *pubertad*; a partir de ese momento presentan una serie de eminencias por las *formaciones foliculares*, de donde es expulsado un óvulo en forma alterna cada mes. Están situados a cada lado del útero en posición posterior al mismo, unidos a él por el ligamento útero ovárico.

Oviductos o Trompas de Falopio

Están conformadas por una porción *intersticial* en contacto estrecho con el útero, una *ístmica*, una *ampular* y el *pabellón*, cuya terminación se encuentra en contacto estrecho con los ovarios a cada lado, su función es llevar el óvulo fecundado a la *cavidad uterina*.

Imagen 1. Aparato Reproductor Femenino.



Fuente: libredecancer.com

Fuente: byoloypractiko.blogspot.com

El hecho de ser mujer conlleva el riesgo de padecer cáncer cérvico uterino. Si bien escuchamos hablar de cáncer y sabemos que en la mayoría de los casos es una enfermedad mortal es importante definirla entendiendo en su manera más simple al cáncer cérvico uterino como una “tumoración maligna que se presenta en el cuello del útero”⁵⁰.

Cuando las células en un área del cuerpo crecen en forma anormal, puede desarrollarse cáncer, también conocido como *neoplasia*. El cáncer cérvico uterino es el crecimiento celular anormal del cuello. Si no se descubren y tratan en una etapa temprana, estas células anormales pueden convertirse en células cervicales precancerosas que a su vez se convierten en cáncer, esto puede tardar varios años, aunque en algunos casos puede suceder en un año. El cáncer cérvico uterino es una enfermedad seria que puede amenazar la vida de las mujeres.

El cáncer se desarrolla cuando las células anormales de alguna parte de la matriz comienzan a crecer sin control. “Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y mueren en una forma ordenada. Durante los primeros

⁵⁰Instituto de Servicio y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (s.f.). recuperado el 10 de noviembre de 2009, de www.issste.gob.mx

años de vida de una persona, las células normales se dividen con más rapidez hasta que la persona alcanza la edad adulta. Posteriormente, las células normales de la mayoría de los tejidos sólo se dividen para reemplazar las células desgastadas o moribundas y para reparar las lesiones. Debido a que las células cancerosas continúan creciendo y dividiéndose, (son diferentes de las células normales), en lugar de morir, viven más tiempo que las células normales y continúan formando nuevas células anormales. Las “células cancerosas surgen como consecuencia de daños en el Acido Desoxirribonucleico (ADN)”⁵¹. La mayoría de las veces en las que el ADN se daña, la célula muere o ésta puede reparar el ADN. En las células cancerosas el ADN no se repara. “Las personas pueden heredar ADN dañado, que es responsable de los tipos de cáncer hereditarios. Sin embargo, en muchas ocasiones el ADN de las personas se daña como consecuencia de alguna exposición ambiental como el fumar.”⁵²

El cáncer cérvico uterino asume forma de tumor. Las células cancerosas a menudo viajan a otras partes del cuerpo donde comienzan a crecer y a reemplazar el tejido normal. Este proceso, se llama *metástasis*, ocurre a medida que las células cancerosas entran al *torrente sanguíneo* o a los *vasos linfáticos* de su cuerpo. Cuando las células de un tumor como el cáncer del cérvix se propagan a otro órgano como el hígado, el cáncer continúa llamándose cáncer del cérvix, y no cáncer del hígado.

No todos los *tumores* son cancerosos. Los *tumores benignos* (no cancerosos) no se propagan y, con muy raras excepciones, constituyen una amenaza para la vida. Algunos ejemplos de tumores benignos son:⁵³

- Papiloma - Masa protuberante en la piel (por ejemplo, una verruga)
- Adenoma - Tumor que crece en las glándulas y en torno a las mismas

⁵¹ El ADN está compuesto por purinas adenina y guanina y las pirimidinas citocina y timina. Y tiene la función de portar el código genético.

⁵²Instituto Nacional de Cancerología (s.f). recuperado el 02 Septiembre de 2010, de <http://www.incan.edu.mx/>

⁵³Tumores benignos. (s.f) recuperado el 26 de Marzo de 2011, de http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/tumores_benignos.html.

- Lipoma - Tumor en un tejido adiposo
- Osteoma - Tumor de origen en el hueso
- Mioma - Tumor del tejido muscular
- Angioma - Tumor compuesto generalmente de pequeños vasos sanguíneos o linfáticos (por ejemplo, una mancha de nacimiento)
- Nevus - Pequeño tumor cutáneo de una variedad de tejidos (por ejemplo, un lunar).

Cuando el cáncer se inicia, los signos y los síntomas que produce pueden confundirse fácilmente con infecciones vaginales, en donde las mujeres presentan flujo vaginal amarillento o sanguinolento, sangrados vaginales fuera de la menstruación, sangrado durante las relaciones sexuales o después de haberlas tenido o dolor vaginal durante las relaciones sexuales.

Sólo en las etapas muy tardías, cuando el cáncer se ha extendido más allá del cuello de la matriz, es cuando aparecen otros signos poco alentadores: las mujeres bajan de peso, puede presentar problemas urinarios de tipo infeccioso, sangrados anormales o de obstrucción al flujo de orina, por la invasión de la vejiga; o bien, estreñimiento o sangrado, por la invasión del colon y el recto.

Cuando el *tumor* se ha extendido a sitios lejanos como el hígado, el cerebro o los pulmones, que son sitios frecuentes de diseminación del *tumor* a través de la sangre, puede provocar síntomas, dependiendo del lugar afectado llegando a la etapa de *metástasis* y posteriormente a la muerte.

Se identifican diferentes subtipos de cáncer cérvico uterino⁵⁴:

- *Carcinoma de las células escamosas*, que se origina a expensas del epitelio pavimentoso; es el más frecuente (aproximadamente 80% de los casos); el precursor inmediato de este carcinoma son las HSIL, lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado;

⁵⁴ Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson; Mitchell, Richard (2007). «Chapter 19 The Female Genital System and Breast». *Robbins Basic Pathology* (8 edición). Philadelphia: Saunders. ISBN 1-4160-2973-7 recuperado el 02 de Septiembre de 2010, de http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_papiloma_humano

- *Adenocarcinoma cervical*, que constituye el 15% de los casos y se desarrolla a partir de lesiones precursoras denominadas adenocarcinoma in situ;
- *Carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos*, que constituyen el 5% restante de los casos.”

Si el cáncer tiene características de ambos tipos se conoce como carcinoma mixto.

El cáncer invasor del cuello uterino es el resultado de un proceso inflamatorio continuo, como ya se menciono y está asociado a factores de riesgo los cuales se trataran en el siguiente apartado.

Imagen 2. Cáncer Cérvico Uterino en Cuello de la Matriz.



En la imagen se observa el cuello uterino con cáncer invasor Fuente: emol.com

2.2. FACTORES DE RIESGO

Para empezar a hablar de los factores de riesgo del cáncer del cérvix es necesario entender en qué consisten.

Un factor de riesgo se entiende como “la existencia de elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales, y cuya probabilidad de ocurrencia depende de la eliminación y/o control del elemento agresivo. Se denomina riesgo a la probabilidad de que un objeto material, sustancia ó fenómeno pueda, potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, así como en materiales y equipos”.⁵⁵ Los

⁵⁵ Factores de riesgo. (s:f). recuperado el 02 Septiembre de 2010, de <http://saludocupacional.univalle.edu.co/factoresderiesgocupacionales.htm>

factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento.

Existen diferentes tipos de factores de riesgo los cuales se mencionan a continuación⁵⁶:

- ❖ Factores de riesgo químico: Son todos aquellos elementos y sustancias que, al entrar en contacto con el organismo, bien sea por inhalación, absorción o ingestión, pueden provocar intoxicación, quemaduras o lesiones sistémicas, según el nivel de concentración y el tiempo de exposición.

- ❖ Factores de riesgo físico: Se refiere a todos aquellos factores ambientales que dependen de las propiedades físicas de los cuerpos, tales como carga física, ruido, iluminación, radiación ionizante, radiación no ionizante, temperatura elevada y vibración, que actúan sobre los tejidos y órganos del cuerpo de las personas y que pueden producir efectos nocivos, de acuerdo con la intensidad y tiempo de exposición de los mismos.

- ❖ Factores de riesgo físico – químico: Este tipo de factores incluye todos aquellos objetos, elementos, sustancias, fuentes de calor, que en ciertas circunstancias especiales de inflamabilidad, combustibilidad o de defectos, pueden desencadenar incendios y/o explosiones y generar lesiones y daños a las personas y a materiales.

- ❖ Factores de riesgo biológico: En este tipo se encuentran un grupo de agentes orgánicos, animados o inanimados como los hongos, virus, bacterias, parásitos, pelos, plumas, polen (entre otros), presentes en determinados ambientes, que pueden desencadenar enfermedades infectocontagiosas, reacciones alérgicas o intoxicaciones al ingresar al organismo.

⁵⁶ Miguel F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. Aten Primaria. 1998; 22:585-95 recuperado el 02 de Septiembre de 2010, de: http://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo

❖ Factores de riesgo psicosocial: La interacción en el ambiente, las condiciones de organización de actividades y las necesidades, hábitos, capacidades y demás aspectos personales del hombre y su entorno social, en un momento dado pueden generar cargas que afectan la salud, el rendimiento en las actividades y la producción laboral.

❖ Factores de riesgo sexuales. Se refiere a todos aquellos factores que dependen de la actividad sexual de la persona así como de su tendencia sexual, bien se trate de una persona heterosexual, homosexual o bisexual.

Para el área de la salud “un factor de riesgo es cualquier cosa que pueda aumentar las probabilidades de una persona de desarrollar una enfermedad.”⁵⁷

En una forma simple un factor de riesgo es toda aquella circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

Volviendo a los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino, a ciencia cierta los médicos no pueden explicar por qué aparece el cáncer; sin embargo, los factores que aumentan la probabilidad de sufrir esta enfermedad son⁵⁸:

- Ser mujer
- La infección por el virus del papiloma humano (VPH). Es un virus que infecta el cérvix y es la causa principal del cáncer del cuello uterino. Es una infección de transmisión sexual y pueden producir cáncer u otras lesiones verrugosas llamadas condilomas.
- La falta de una prueba regular de *papanicolaou*. El cáncer es más común en las mujeres que no se revisan en forma regular, ya que con esta

⁵⁷ Ídem

⁵⁸ M. Martín Angulo, B. Martínez-Amores Martínez, F. Navarro Expósito y M. Álvarez-Mon Soto Enfermedades Oncológicas. Medicine. 2009;10(24):1606-12 recuperado el 10 de noviembre de 2009, de http://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo

prueba puede detectarse la presencia del virus del papiloma humano y la presencia de células cancerosas en forma temprana que previenen el crecimiento del cáncer.

- Alteraciones en el sistema inmunológico (el sistema de defensa natural del organismo). Por ejemplo, mujeres infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o medicamentos que disminuyan las defensas del organismo.

- Edad. Generalmente el cáncer se presenta en mujeres mayores de 40 años.

- Antecedentes sexuales. Las mujeres que tienen muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de desarrollar este cáncer.

- Tabaquismo. Las mujeres con infección del VPH y que fuman tienen mayor riesgo de sufrir cáncer.

- Uso de anticonceptivos por tiempo prolongado. Las usuarias de anticonceptivos orales por cinco años o más y que además tienen el VPH, tienen mayor riesgo de cáncer.

- Número de hijos.

- Edad de inicio de vida sexual. las mujeres que empiezan su vida sexual antes de los 18 años tienen un riesgo elevado de desarrollar cáncer cérvico uterino.

- Deficiencia de *folatos* y de vitaminas A, C y E

2.3 ASOCIACIÓN DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO CON EL CÁNCER CERVICOUTERINO

Como ya se mencionó existen factores de riesgo que propicia el cáncer cérvico uterino, uno de ellos es el Virus de Papiloma Humano (VPH). Pero primero definiremos al Virus de Papiloma Humano para entender su relación con el cáncer cérvico uterino.

Los virus de papiloma humano son un “grupo diverso de virus ADN perteneciente a la familia de los *Papillomaviridae*. Los VPH sólo establecen infecciones productivas en el *epitelio estratificado* de la piel y mucosas de

humanos, así como de una variedad de animales. Se han identificado alrededor de 200 tipos diferentes de VPH, la mayoría de los cuales no causan ningún síntoma en la mayor parte de la gente.”⁵⁹

Todos los tipos de VPH identificado, se nombran con un número. Una infección persistente por VPH se denominan como de alto riesgo, que incluye cerca de 13 tipos de virus VPH de transmisión sexual entre los que se encuentran los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, que son diferentes de los que causan verrugas, y que puede favorecer el desarrollo de⁶⁰:

- CIN (neoplasia cervical intraepitelial),
- VIN (neoplasia intraepitelial vulvar),
- PIN (neoplasia intraepitelial de pene), o
- AIN (neoplasia intraepitelial anal).

Esas son lesiones precancerosas y pueden progresar a cáncer invasivo.

Las verrugas genitales o condilomas están generalmente asociadas con dos tipos de virus de papiloma humano, el número 16 y número 11. La evolución de las lesiones es imprevisible: pueden desaparecer, crecer o permanecer estables. Tabla 1. Tipos de Virus de Papiloma Humano

Enfermedad	Tipo de VPH
Verruga común	2,7
Verruga plantar	1,2,4
Verruga cutánea chata	3, 10
Verruga genital anal	6,11,42,43,44,55
Malignidades genitales	Riesgo muy alto: 16,18,31,45 Alto riesgo: 33,35,39,51,52,56,58,59 Probabilidad de alto riesgo: 26,53,66,68,73,82
Epidermodisplasia verruciforme	Más de 15 tipos
Hiperplasia focal epitelial (oral)	13,32
Papilomas orales	6,7,11,16,32

Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_papiloma_humano

⁵⁹Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM (1999). «Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide». *J. Pathol.* **189** (1): pp. 12–9. recuperado el 02 Septiembre de 2010, de http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_papiloma_humano

⁶⁰ Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson; Mitchell, Richard (2007). «Chapter 19 The Female Genital System and Breast». *Robbins Basic Pathology* (8 edición). Philadelphia: Saunders. ISBN 1-4160-2973-7 recuperado el 02 de Septiembre de 2010, de http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_papiloma_humano

Las infecciones en el cuello uterino y en la vagina, por lo general, se transmiten por contacto sexual. No obstante, hay evidencia de otras formas de contagio como son: instrumentos médicos que no están bien esterilizados y juguetes sexuales. Otra forma de contagio, aunque poco frecuente, es la de madre al hijo durante el parto en los casos en que existen verrugas genitales en el canal vaginal.

El virus de papiloma humano tiene un periodo de incubación, el cual, por lo general de dos a tres meses, aunque puede ser de años. La mayor parte de las infecciones con VPH en mujeres jóvenes son temporales, y tienen poca importancia a largo plazo. “El 70% de las infecciones desaparecen en 1 año y el 90% en 2 años. Sin embargo, cuando la infección persiste – entre el 5 y el 10 por ciento de las mujeres infectadas – existe el riesgo de desarrollar lesiones precancerosas en el cuello del útero (el cérvix), que puede progresar a cáncer cervical invasivo. Este proceso normalmente lleva entre 15-20 años, dando muchas oportunidades a la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas, a menudo con altas tasas de curación.”⁶¹

En el caso del VPH, los factores de riesgo pueden ser⁶²:

- Inicio de vida sexual activa a temprana edad (antes de los 20 años).
- Adolescentes con vida sexual activa.
- Gran número de compañeros sexuales
- Enfermedades de transmisión sexual o inflamación del cuello del útero persistente o recurrente.
- Virus de inmunodeficiencia (VIH Sida) el cual se asocia tanto a que prevalezca la infección por VPH como a que ésta progrese a lesiones malignas.

⁶¹Goldstein MA, Goodman A, del Carmen MG, Wilbur DC (March 2009). «Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 10-2009. A 23-year-old woman with an abnormal Papanicolaou smear». *N. Engl. J. Med.* **360** (13): pp. 1337–44. doi:10.1056/NEJMcp0810837. PMID 19321871. PMID 19321871 recuperado el 02 de Septiembre de 2010, de http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_papiloma_humano

⁶² Instituto Nacional de Cáncerología (s.f.). recuperado el 02 de Septiembre de 2010, de <http://www.incan.edu.mx/>

Tanto los VPH de alto riesgo como de bajo riesgo, pueden causar el crecimiento de células anormales en el cuello del útero, pero generalmente sólo los tipos de virus de papiloma humano asociados con el cáncer pueden llevar al desarrollo del cáncer del cuello del útero.

Las lesiones que se presentan en el cuello de la matriz, se identifican mediante estudios ginecológicos, los cuales se mencionaran en un apartado posterior, y llevan un tratamiento para impedir llegar al cáncer invasor, el cual consiste en la eliminación de las zonas afectadas mediante cirugía. Es importante mencionar que no hay *antibióticos* o medicamentos que traten al VPH, solo existen tratamientos para controlar los cambios de las células dl cuello del útero que el virus de papiloma causa, por lo tanto, es indispensable que a la mujer que se le detecte lesiones en el cuello de la matriz por VPH, se trate lo antes posible y se mantenga en vigilancia clínica durante los años posteriores al tratamiento.

Ahora bien teniendo bien definido al cáncer cérvico uterino, y al virus de papiloma humano y la asociación de ambos se pasará a explicar las etapas del cáncer cérvico uterino en el siguiente apartado.

2.4 ETAPAS DEL CÁNCER CERVICO UTERINO (DISPLASIA)

El proceso natural del cáncer del cuello del útero está bien identificado, se inicia con cambios *intraepiteliales* clasificados llamadas displasias, las cuales son lesiones precursoras que pueden conducir al *cáncer invasor*. Es decir, el cáncer pasa por algunas etapas, antes de convertirse en *cáncer invasor*, y empieza con el cambio de las *células cervicales* normales a anormales. Las *células cervicales* anormales son células en el revestimiento del cuello que han cambiado de apariencia. Cuanto más severa es la anomalía cervical, mayor es la probabilidad de desarrollar cáncer cérvico uterino en un futuro.

Antes de pasar a identificar los cambios intraepiteliales hay que entender que la displasia es un crecimiento anormal y pre-canceroso de células escamosas en el cuello uterino.

Las displasias se clasifican como leves, moderadas y severas también conocidas como NIC I, NIC II, NIC III (NIC= Neoplasia Intraepitelial Cervical) ; el *cáncer in situ* se considera como una entidad separada del cáncer invasor, el *carcinoma* del cuello uterino se refiere como cáncer microinvasor e invasor. A continuación se definen los cambios celulares en el cuello de la matriz que identifican cada una de estas clasificaciones:

DISPLASIA LEVE o NIC I en la cual se presenta una *lesión intraepitelial escamosa* de bajo grado y significa que hay células cervicales anormales más definidas pero aún levemente anormales.

DISPLASIA MODERADA o NIC II en donde las anomalías celulares afectan dos tercios del espesor del epitelio.

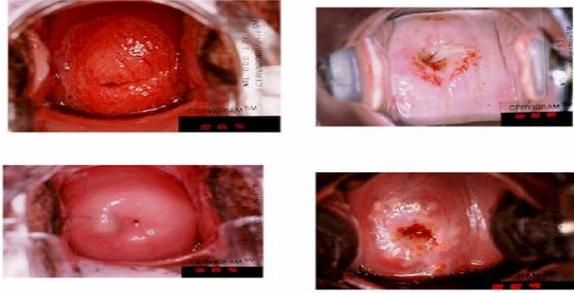
DISPLASIA SEVERA o NIC III en la que se presenta una *lesión intraepitelial escamosa* de alto grado, significa que hay células cervicales severamente anormales que tienen una alta probabilidad de progresar a cáncer cérvico uterino.

CÁNCER INSITU en esta etapa se presentan anomalías celulares que afectan todo el espesor del epitelio.

CÁNCER INVASOR que se caracteriza por presentar *células neoplásicas* en todo el espesor del epitelio, pero además éstas invaden el estroma del cuello uterino con ruptura de la membrana basal.

En la Clínica de Displasia se reciben todas las pacientes con *citologías* anormales para confirmar diagnóstico y tratamiento en aquellos casos con infección por virus del papiloma humano, displasias y cáncer in situ. Una segunda actividad es el diagnóstico y canalización de pacientes con cáncer microinvasor e invasor al servicio de *oncología* en un tercer nivel de atención.

Imagen 3. Cuello Uterino con ejemplos de diferentes lesiones



En la imagen superior izquierda se observa un cáncer *in situ* en el cuello de la matriz, en la imagen superior derecha una lesión de displasia Nic III, en la imagen posterior izquierda se aprecia una lesión de displasia moderada o Nic I y en la imagen del lado posterior derecho corresponde a una lesión de Nic II asociada a VPH Fuente: journalmex.wordpress.com.

Las displasias leve, moderada y severa y el cáncer *in situ* son curables en el 100% de los casos con tratamientos sencillos, que no requieren de internamiento. El cáncer invasor lleva el tratamiento en el tercer nivel de atención en salud, con un pronóstico incierto sobre su recuperación dependiendo del avance de la enfermedad.

“En investigaciones nacionales, la edad promedio en la que se detectan las displasias es: a) leve entre 25 y 30 años, b) moderada de 30 a 35 años y c) severa entre 35 y 45 años de edad. El cáncer microinvasor e invasor es más frecuente por arriba de los 45 años y las tasas de mortalidad y letalidad son más altas después de los 65 años.”⁶³

Ahora bien para identificar el tipo de displasia o etapa del cáncer cérvico uterino se necesita realizar estudios de detección los cuales se explicaran en el siguiente apartado.

⁶³ IMSS. Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de Displasia y Cáncer Cérvico Uterino. pág. 7

2.5 ESTUDIOS DE DETECCIÓN DEL CÁNCER⁶⁴

En la mayoría de las enfermedades es necesario la realización de pruebas médicas para su detección, confirmación, control y tratamiento más adecuado de acuerdo a la enfermedad, a la edad del paciente, grado de enfermedad, entre otros factores para tener éxito en la erradicación de la enfermedad o en el control de la misma, en el caso del cáncer cérvico uterino se realizan una series de estudio con la misma finalidad.

Para le detección de las células anormales es necesario la realización de una prueba de papanicolauo (también conocida como frotis de *Papanicolaou*), la cual, es parte de una exploración ginecológica que ayuda a detectar células cervicales anormales antes de que puedan convertirse en células precancerosas o cáncer cérvico uterino, el papanicolauo consiste en la colocación del espejo vaginal, en la que se toma una muestra de las células del cuello del útero, la mujer tiene que ponerse en posición ginecológica (la cual consiste en poner a la paciente acostada con la cadera a la orilla de la mesa ginecológica con las piernas abiertas, levantadas y recargadas en las pierneras).

Imagen 4. Toma de muestra de papanicolauo



En la imagen se muestra a una médico ginecológica realizando una prueba de papanicolau. Fuente: esmas.com

⁶⁴ La descripción de los estudios de detección fue hecha por la que suscribe la tesis con el apoyo del médico epidemiólogo José Edgar Morales Vizcaya, la enfermera María Teresa Canseco Navarro, Médico Jazmín Ulage Canseco y en el Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino tomo detección y en la Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de Displasia y Cáncer Cérvico Uterino

Se recomienda que el estudio de papanicolauo se realice de manera anual en todas las mujeres que hayan iniciado vida sexual o a partir de los 25 años.

La clasificación del resultado de papanicolauo es la siguiente⁶⁵:

- Negativo a cáncer.
- Negativo con proceso inflamatorio.
- Displasia leve (NIC 1).
- Displasia moderada (NIC 2).
- Displasia grave (NIC 3).
- Carcinoma in situ (NIC 3).
- Carcinoma invasor.
- Carcinoma de células escamosas.
- Adenocarcinoma.
- Maligno no especificado.
- Células neoplásicas de otro origen.
- Imagen de infección por virus del papiloma humano (IVPH).
- Muestra inadecuada para diagnóstico.

Se reportan hallazgos adicionales como:

- 1) Imagen del virus del papiloma humano
- 2) Imagen del virus herpes
- 3) Tricomonas
- 4) Bacterias
- 5) Hongos
- 6) Otros o
- 7) Ninguno

Cuando en la prueba de papanicolauo sale alguna anormalidad dependiendo del grado de células anormales se clasifica en las etapas ya mencionadas de cáncer y dependiendo de esa clasificación se empieza con el tratamiento más adecuado. Además se realizan más estudios para confirmar el diagnóstico. Estos estudios son:

La colposcopia que es un procedimiento médico en el cual se utiliza un microscopio especial (llamado colposcopio) para mirar dentro de la vagina y examinar detenidamente el cuello uterino (la abertura del útero, o matriz). Cuando se realiza la *colposcopia*, la paciente se debe acostar en una camilla

⁶⁵ IMSS Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino. pág. 21.

de examen como lo hace para un examen pélvico normal. El personal médico utiliza un instrumento médico llamado espéculo para abrir las paredes de la vagina, para después colocar el colposcopio, que es como un microscopio con una luz en su extremo, en la abertura de la vagina. El colposcopio no ingresa dentro de la vagina. El personal de atención médica explora dentro de la vagina para localizar cualquier área problemática del cuello uterino (abertura del útero, o matriz), o de la vagina.

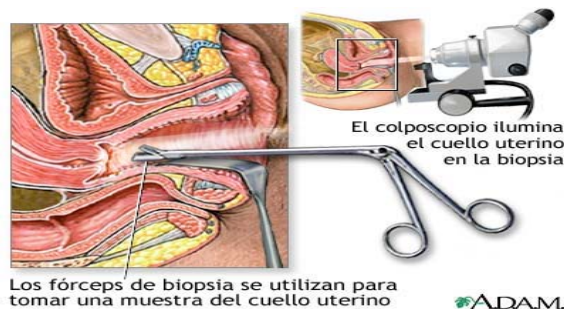
Imagen 5. Realización de colposcopia



En la imagen se observa a un médico ginecológico realizando el estudio de colposcopia
Fuente:cencas.com

Biopsia. Es un método para tomar muestras del cérvix y evaluarlas bajo el microscopio. Al igual que en los anteriores estudios la paciente se pone en posición ginecológica el personal médico emplea unas pequeñas pinzas para biopsia o una aguja grande. Se puede tomar más de una muestra. Las células del canal del cuello uterino también se pueden utilizar como muestras, lo cual se denomina biopsia o legrado (*raspado*) *endocervical* que puede ayudar a identificar y localizar posteriormente células cervicales anormales mediante un *análisis patológico*.

Imagen 6. Ejemplo de toma de biopsia.



El esquema muestra como se realiza una biopsia en el cuello de la matriz
Fuente:clínicadam.com

Para evaluar la extensión de la enfermedad y sugerir el tipo de tratamiento a seguir también puede tomarse:⁶⁶

Tomografía. Es una máquina de rayos X con una computadora que toma imágenes detalladas de los órganos, la cual identifica el tamaño del tumor cancerígeno y si ha invadido otros órganos del cuerpo.

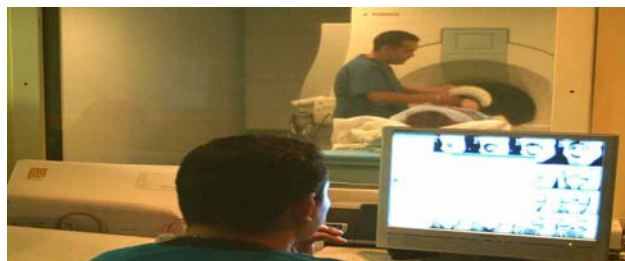
Imagen 7. Estudio de Tomografía



En la imagen se observa a un paciente en un estudio de tomografía.
Fuente: voobis.com

Resonancia magnética. Para evaluar imágenes del cáncer y las zonas invadidas por el tumor. la resonancia magnética está constituida por un complejo conjunto de aparatos emisores de electromagnetismo, antenas receptoras de radio frecuencias y computadoras que analizan datos para producir imágenes detalladas, de dos o tres dimensiones con un nivel de precisión nunca antes obtenido que permite detectar, o descartar, alteraciones en los órganos y los tejidos del cuerpo humano.

Imagen 8. Estudio de resonancia magnética



En la imagen se observa a médicos realizando a paciente una resonancia magnética
Fuente: pcm.com.ve

⁶⁶ Es importante mencionar que estos últimos cuatro estudios que se mencionaran se realizan ya cuando se detecta cáncer invasor para detectar a que otros órganos a invadido el cáncer.

Ultrasonido. Es un método que envía ondas de ultrasonido para crear imágenes de los tumores y las zonas a las que se ha expandido. Debido a que las imágenes por ultrasonido se capturan en tiempo real, pueden mostrar la estructura y el movimiento de los órganos internos del cuerpo, como así también la sangre que fluye por los vasos sanguíneos. El ultrasonido pélvico produce imágenes de las estructuras y órganos de la parte inferior del abdomen o la pelvis. Generalmente se realiza un *ultrasonido transvaginal* para observar el *endometrio* o las paredes del útero, incluyendo su grosor y los ovarios. Habitualmente, estos exámenes se realizan para detectar: anomalías uterinas, cicatrices uterinas, *pólipos endometriales*, *fibroides*, y cáncer, especialmente en pacientes con sangrado uterino anormal.

Imagen 9. Ejemplo de realización de ultrasonido transvaginal.



En la imagen se observa la realización de un ultrasonido a paciente
Fuente:bluter.org

Placas de rayos X el cual es un examen médico no invasivo que ayuda a los médicos a diagnosticar y tratar las condiciones médicas. La toma de imágenes con rayos X supone la exposición de una parte del cuerpo a una pequeña dosis de *radiación ionizante* para producir imágenes del interior del cuerpo. En el caso del cáncer ayuda a verificar si ya invadió los pulmones.

Imagen 10. Ejemplo de toma de rayos x.



Se observa la realización de parte de un radiólogo a un paciente del estudio de rayos X
Fuente: <http://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=chestrax>

Cuando el médico revisa los resultados de los estudios que mando a realizarse a la paciente, analiza el tratamiento más adecuado de acuerdo a las características de la paciente y de la etapa de la enfermedad. De estos tratamientos se hablará en el siguiente apartado de manera detallada.

2.6 TRATAMIENTO

Hay que entender por tratamiento médico al “conjunto de los medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o bien físicos, los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades una vez que se ha llegado al diagnóstico de la misma”⁶⁷. Para el Instituto Nacional de Cáncer “el tratamiento es la atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes y la meta del tratamiento es prevenir o tratar lo más rápidamente posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad y de su tratamiento”⁶⁸.

Existen diversos tipos de tratamiento para combatir las enfermedades, entre ellos, se encuentran: “el médico, que será aquel que emplea fundamentalmente fármacos; el quirúrgico, que es el que emplea los medios de la cirugía para extraer el mal; el específico, que será aquel orientado a atacar la causa que provoca la enfermedad”⁶⁹; el paliativo, el cual intentara ofrecerle al paciente el máximo bienestar posible ya que no existe una concreta cura contra la enfermedad que padece; entre otras.

Dentro de la enfermedad del cáncer existe tratamiento de acuerdo a la etapa en la que la enfermedad se encuentre y a las determinaciones médicas llegando incluso a combinar los tratamientos.

⁶⁷Definición de Tratamiento (s.f.). recuperado el 05 Septiembre de 2010, de <http://www.definionabc.com/salud/tratamiento.php>

⁶⁸Tratamiento para el cáncer (s.f.). recuperado el 05 de Septiembre de 2010, de <http://www.cancer.gov/diccionario/?CdrID=269453>

⁶⁹Tratamiento Médico para e cáncer cérvico uterino recuperado el 05 de Septiembre de 2010, de <http://www.definionabc.com/salud/tratamiento.php>

Cuando es detectado el cáncer de la matriz en etapas tempranas como puede ser NIC I, el tratamiento suele ser con medicamento y pomadas vaginales y se lleva un estricto control con estudios médicos como son el papanicolauo y/o la colposcopia durante algún tiempo para saber si la lesión desapareció. Si después de este tratamiento se persiste con las lesiones en el cuello de la matriz es necesario recurrir a otro tipo de tratamiento.

Los métodos que se utilizan comúnmente para tratar células cervicales anormales incluyen criocirugía que consiste en congelamiento en el cuello de la matriz que destruye células cervicales anormales. Electrocirugía procedimiento de escisión con asa electroquirúrgica, extirpación de células cervicales anormales con un asa de alambre caliente el cual, extrae el tejido anormal. Conización o biopsia de cono la cual consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra el tejido anormal. Al ir cicatrizando el cérvix, el nuevo tejido suele ser normal. Además alguno de estos tratamientos ya sea la criocirugía, la electrocirugía o la conización se utilizan con las pacientes con lesiones por virus de papiloma humano para cauterizar la zonas del cuello de la matriz con lesiones de este tipo y evitar que lleguen las células anormales a propagarse en el cuello de la matriz o en la matriz y evitar llegar a un cáncer.

Cuando ninguno de estos tratamientos tiene un resultado favorable entonces se acude a uno de los 3 tipos de tratamiento para combatir el cáncer del cuello de la matriz en etapas más avanzadas y son los siguientes:

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

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

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

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

Todos estos tratamientos son con el objetivo principal de evitar que el cáncer se propague por todo el cuerpo hasta llegar a la *metástasis* y por tanto a la muerte.

Con el solo hecho de iniciar un tratamiento para el cáncer ya sea en etapas iniciales o avanzadas produce en la paciente como en la familia un impacto psicosocial el cual se habla en el siguiente apartado.

2.7 IMPACTO PSICOLÓGICO Y SOCIAL

Considerando que el cáncer cérvico uterino es una enfermedad con un alto grado de mortalidad en nuestro país por esta razón cuando la paciente se entera de que tiene esta enfermedad es común que piense que puede morir y le llegue a provocar un estado de shock y de depresión.

El hecho de que haya una persona enferma de manera crónica y degenerativa en el entorno familiar, cambia la vida cotidiana de la misma, llegando a provocar una tensión y fricción dentro de la dinámica familiar generado por el impacto de la noticia de una enfermedad que posiblemente acabe en la muerte.

El cáncer despierta miedo asociado a la idea del deterioro, sufrimiento y muerte, generando ansiedad y temor no solo en la paciente sino también en su familia, creando actitudes de ocultamiento, distanciamiento y separación de su vida social, y en muchas ocasiones de la misma familia por creer ser un estorbo.

La paciente que enfrenta con la sospecha o con la evidencia concreta de la existencia del cáncer de cérvix sufre un impacto emocional. Sus sentimientos de por qué a ella y los aspectos de su presunta inmortalidad quedan profundamente afectados. El impacto psicológico de las mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino “se destaca por la pérdida de la imagen corporal, de la autoestima, de funciones básicas como son las de eliminación y socialización”⁷⁰ entre otras. Un aspecto tomado poco en cuenta son las alteraciones de la sexualidad, que “la mayoría de las pacientes presentan, como disminución de la libido secundaria a tratamiento quirúrgico (estomas, exenteraciones pélvicas), radioterapia a pelvis, progresión e invasión de la enfermedad y patologías concomitantes como son diabetes mellitus, infección, etcétera. Por lo que la conducta en las fases de la respuesta sexual se ven

⁷⁰Allende Pérez Silvia, Flores Chávez Paula, Castañeda de la Lanza Celina. Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cérvico uterino en etapas avanzadas pág. 11

alteradas, a medida que la enfermedad avanza, repercutiendo en la dinámica de la pareja sexual y en la vida familiar”.⁷¹

El manejo psicológico y social de la paciente con cáncer y su familia es complejo, ya que dentro de este marco se debe enfrentar el tema de la información diagnóstica de saber que tiene cáncer pero no saber qué tan avanzado esta, su evolución y su pronóstico. La importancia de informarles acerca de los estudios que deberá afrontar para llegar a un diagnóstico certero sobre el grado de su enfermedad.

El médico tratante necesita de la colaboración de la paciente para afrontar los tratamientos. El médico debe conversar francamente sobre la enfermedad que el paciente tiene, el tratamiento, el pronóstico y los efectos secundarios del tratamiento.

Es importante durante esta etapa un soporte emocional en las mujeres con un diagnóstico de cáncer para que adquieran confianza y ánimo y de esta manera atenuar el impacto psicológico de saberse este diagnóstico.

El impacto de la enfermedad produce en una primera fase un grado de desorganización que rompe la estructura de funcionamiento establecido en la familia. La variabilidad cuantitativa va a depender de:⁷²

- Tipo de enfermedad (grado de curabilidad, incapacidad resultante, naturaleza de los procedimientos terapéuticos)
- Del consenso social y familiar de esa enfermedad
- El miembro que enferma
- La dinámica del grupo familiar.

Se producen cambios en los miembros de la familia, la amenaza de pérdida de un ser querido despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la

⁷¹Ídem

⁷²Aresta Laura, Birgin Dora, Blum Susana Buceta Emma, Figini María Cristina, Gulias Susana, Iconikoff Rosa, Kors Betty, Rosenfeld Clara. Psicooncología. Diferentes Miradas. pág. 34

pesadumbre y el dolor, no sólo para el que las sufre sino también para el que acompaña aunque sólo sea por la impotencia que produce el no poder ayudar. La enfermedad muchas veces se sostiene como cómplice de un conflicto que no se puede asumir.

El miembro enfermo puede cumplir diferentes roles:⁷³

- a) Medio de unión familiar
- b) Medio de ruptura.

Este ayuda a detectar qué se puede esperar de la familia ante la paciente enferma, cuál es el lugar del grupo frente a una enfermedad si es una familia capaz de funcionar como red asistencial, o si la red debe ser generada por otra vía, en otras palabras ayuda a realizar un pronóstico social.

El equipo médico tratante de la paciente con cáncer cérvico uterino observa un indicador del tipo de familia con el que tendrá que trabajar, y el nivel de colaboración con el que se contará, al momento de dar el diagnóstico y el pronóstico de la paciente.

De acuerdo el tipo de familias el impacto psico-social es diferente, por lo cual es importante identificar el tipo de familia de las paciente con diagnóstico de cáncer de cérvix para poder intervenir con ellas.

“Familias con características simbióticas:

Se desestructuran fácilmente ante un nuevo emergente, dado que son familias con fallas en la constitución de la individualización-separación, la identidad grupal, miembros que no pueden reconocerse como independientes ante la enfermedad de un integrante, teniendo como resultado que todo el núcleo familiar se enferma.

⁷³ Ídem

Familias con características esquizoides:

En estas familias “aparecen defensas frente a la fusión y pérdida de identidad, son un grupo con un alto grado de individualización, separación afectiva de los miembros del núcleo familiar, teniendo como consecuencia que el miembro que enferma percibe el abandono que antes no reconocía.”⁷⁴

Hay familias con características sostenedoras y receptoras las cuales delegan a la institución de salud la atención del paciente.

Para algunas familias la interacción con los profesionales de la salud puede significar un alivio, el sentirse cuidados y protegidos, aceptado las indicaciones terapéuticas. El impacto que la enfermedad produce en la paciente y en la familia será el lugar que se le otorgue al equipo médico profesional. En un primer momento se le dará un lugar de privilegio e idealización, pero en algunos casos, cuando la enfermedad progresa o tenga un desenlace no esperado, se producen hechos de agresión al vínculo y se da un proceso de desidealización. Esto puede ocurrir cuando no se pueden establecer parámetros claros con la familia y la paciente acerca del proceso de la enfermedad, o no pueden escuchar aquello que el equipo tratante va transmitiendo diariamente. Esto se produce por la necesidad con un discurso propio que lo sostenga y sea coincidente con la idea interna construida.

Cada miembro de la familia ocupa un lugar determinado relacionado con el lugar que el otro le asignó y este lo asumió, lugares asignados desde los momentos iniciales de la vida que quedan guardados en el sujeto y son vislumbrados ante la enfermedad.

Los cambios corporales que se producen deben ir siendo aceptados por la paciente y la familia, los que estarán íntimamente ligados a la aceptación o

⁷⁴ Ibídem pág. 35

no de la enfermedad. Cuando esto no ocurre, algunas veces se intenta que la responsabilidad recaiga sobre el equipo médico profesional.

El deterioro físico, para la familia, supone la frustración de anhelos, fracaso de deseos, ligado a momentos fundantes que reactualizan fantasías de muerte y desamparo. En el proceso de elaboración del duelo por la imagen corporal perdida, emergen sentimientos de culpa y enojo que interfieren el proceso de elaboración de la nueva imagen de ella. El aceptar esa nueva imagen significa haber transitado un periodo de crisis. Cada miembro de la familia vive el proceso de cambio de imagen de su paciente con diferentes miradas, pero todos viven ese proceso de duelo.

El trabajo psicológico y social con la familia es enseñarles a acompañar a la paciente en este trance, a aceptar la enfermedad y no sentirse ni las causantes ni culpables por los acontecimientos ocurridos o a ocurrir por la enfermedad, no abandonar a la paciente pero tampoco abandonar su individualidad y su mundo, no sentir que acompañar y contener significa ser parte del otro.

Las mujeres deben de estar informadas sobre la amenaza que el cáncer de cérvix representa para ellas, esto se puede lograr a través de participación del equipo multidisciplinario de salud, como por ejemplo, el trabajador social, el cual debe tener información suficiente sobre esta enfermedad y sus alcances para concientizar a las mujeres sobre su detección oportuna y de esta manera evitar llegar a la muerte por esta enfermedad.

El trabajador social en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud tiene que informar, asesorar y educar sobre lo que ocurre para evitar claudicaciones emocionales. El trabajador social es la figura que se encarga de favorecer la comunicación. El apoyo que brinda tiene que implicar a la familia de manera conjunta ya que esto es una tarea común donde es importante armonizar los objetivos de la familia y de la paciente.

En conclusión, se puede decir, que el cáncer cérvico uterino es una enfermedad que a pesar de las campañas masivas sobre su detección oportuna en México sigue siendo causa de muchas muertes prematuras en mujeres, que es una enfermedad curable cuando las mujeres están conscientes de revisarse periódicamente para su detección sobre todo porque como ya se explicó pasa por una serie de etapas antes de convertirse en cáncer invasor.

La intervención de Trabajo Social se describe en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3 INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

El desarrollo del presente capítulo describe la intervención que Trabajo Social realiza con pacientes con un diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino en la Unidad Médico Familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

3.1 PARTICIPACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.

Como ya se ha hecho mención a lo largo de este trabajo, el cáncer es una enfermedad que ha causado estragos en la salud pública en México, “entre 1987 y 1990, México se ubicó en el primer lugar de mortalidad por cáncer cérvico uterino a nivel mundial”⁷⁵.

De entre todas las instituciones de salud que existen en el país en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se registra la proporción más alta de mortalidad en mujeres mayores de 25 años por cáncer cérvico uterino, “con 4 de cada 10 defunciones”⁷⁶. “En el mismo año, se registraron 1,208 defunciones por esta causa, con una tasa de 9.6 por 100 mil mujeres derechohabientes usuarias, la mayor proporción de defunciones ocurrió en el grupo de 45 a 65 años, con una tasa de 26.7”⁷⁷.

Viendo esta situación y de acuerdo con las políticas de salud establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo del año 1995-2000, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS desarrolló un plan de acción para lograr un incremento de la cobertura de la detección del cáncer cérvico uterino, así como un reforzamiento de la estructura y del equipamiento de hospitales con la tecnología más avanzada para el diagnóstico y tratamiento del cáncer y sus lesiones precursoras.

⁷⁵ IMSS Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino. pág. 5.

⁷⁶ Ídem

⁷⁷ Ibídem. pág. 6

Para llevar a cabo las acciones del incremento de la cobertura de detección de cáncer cérvico uterino, fue necesaria una revisión del estado del Programa Institucional de Detección y Control del Cáncer Cérvico uterino, del año 1989, del cual, se derivó la necesidad de una actualización y un reforzamiento de las acciones contra este padecimiento, como consecuencia de esta revisión se crea el Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino en el año de 1998 (véase anexo B). Este programa nace con el reto de “hacer que los beneficios de los nuevos enfoques y conocimientos actuales del cáncer cérvico uterino lleguen a toda la población”⁷⁸.

El objetivo general de este programa, es el de “Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la detección y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras y del cáncer en etapas tempranas”.

Para cumplir con los objetivos establecidos, el programa comprende cinco intervenciones: 1. Comunicación Educativa, 2. Detección oportuna, 3. Diagnóstico y Tratamiento, 4. Capacitación y Educación Médica Continua y 5. Vigilancia, Evaluación e Investigación”⁷⁹.

El plan de acción del programa involucra al equipo multidisciplinario de salud, y las actividades que deben de realizar se encuentran en el Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino, y la información general sobre el padecimiento que se debe de manejar, se encuentra plasmado dentro de la Guía de Comunicación Educativa para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Dentro del equipo multidisciplinario de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social que participa en el Programa para la Vigilancia, Prevención,

⁷⁸ ibídem pág. 5

⁷⁹ Ibídem pág. 9

Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino se encuentra el trabajador social, el cual, realiza diferentes tipos de intervención de acuerdo a la etapa de detección del cáncer en el que las usuarias se encuentran. Es importante recordar que Trabajo Social dentro de la Unidad Médico Familiar realiza procesos de apoyo y procesos sustantivos mencionados en el capítulo uno, los cuales lleva a cabo dentro de alguno de los momentos de la intervención que realiza con las pacientes diagnosticadas con displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino.

El trabajador social realiza una intervención de manera preventiva dentro de la unidad médico familiar mediante la comunicación educativa la cual tiene el propósito de lograr una participación activa, reflexiva y entusiasta de la comunidad, mediante un proceso educativo dirigido a las mujeres, su familia y la población en general, para incrementar la percepción del riesgo en relación con el cáncer cérvico uterino y para que puedan tomar decisiones más responsables en cuanto del cuidado de la salud de la mujer.

La comunicación educativa la tiene que realizar el trabajador social con el objetivo de incrementar la cobertura de detección de lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino en los grupos de mayor riesgo. Como son las mujeres mayores de 25 y sobre todo al grupo de mujeres de entre 45 a 64 años que como ya se ha hecho mención son el grupo con un mayor índice de fallecimiento por cáncer cérvico uterino.

La realización práctica en que Trabajo Social interviene mediante la comunicación educativa con la población femenina derechohabiente en la unidad médico familiar es mediante la planificación, programación y coordinación de pláticas educativas mensuales con este grupo etario, en donde se les brinda información sobre los riesgos de enfermedades que como mujeres pueden sufrir, entre ellas el cáncer cérvico uterino, cuáles son los factores de riesgo de esta enfermedad, los estudios clínicos que deben de realizarse y con qué frecuencia hacerlo. Estas pláticas las realizan los médicos internos en coordinación con el trabajador social. La asistencia a estas

pláticas se realiza mediante invitación a toda mujer que acude al servicio de Trabajo Social en donde se le explica la importancia de acudir a este tipo de pláticas educativas, se les da una cita en fechas programadas y al finalizar la sesión se les pone sello de asistencia. Dentro de estas sesiones las mujeres pueden expresar dudas sobre su cuidado personal.

No solo las sesiones o pláticas de comunicación educativa, sobre el cuidado de la mujer es la única manera en que Trabajo Social interviene de manera preventiva, sino que además, mediante intervención directa con las derechohabientes, en donde se les informa y concientiza sobre la importancia de realizarles los estudios clínicos, como es el papanicolauo . A cada usuaria mayor de 25 años que acude a Trabajo Social por cualquier motivo como puede ser el caso de una constancia de tiempo⁸⁰, o por orientación sobre los servicios del IMSS o por otro motivo, se le revisa la cartilla de salud y citas médicas⁸¹ para verificar si ya se realizó el papanicolauo y en caso de que ya lo haya hecho se les pregunta la fecha y el resultado del estudio. En caso de que el estudio se le haya realizado hace más de un año y medio se le envía a medicina preventiva para realizarlo nuevamente y si el estudio salió con alguna anormalidad se les realiza un seguimiento de caso el cual se tratará en un apartado posterior. Cuando la usuaria lleva más de 2 años sin realizarse el papanicolauo o que nunca se lo haya realizado se le pregunta la razón y de esta manera se da pie a una orientación y a entablar una concientización sobre la importancia de realizarlo y las consecuencias de no hacerlo.

De esta manera Trabajo Social realiza la intervención de manera preventiva ocupando la comunicación educativa como se indica en el Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino, sin embargo, no todas los trabajadores sociales realizan esta

⁸⁰ Es un documento que expide Trabajo Social cuando los derechohabientes acuden a la Unidad Médico Familiar número 15 a consulta médica, estudios de rayos X, o al área de medicina preventiva y no es necesario una incapacidad y para demostrar en su trabajo que acudieron a la Unidad por atención médica se les proporciona una constancia de tiempo que con sello de la institución y con firma del trabajador social adscrito a la unidad médica.

⁸¹ Es un cuadernillo en donde se registra las citas de cada uno de los servicios a los que los derechohabientes acuden.

intervención ya que algunos trabajadores sociales no consideran tan importante esta labor, o por falta de tiempo puesto que muchas veces tienen que atender a muchos usuarios y solo les proporcionan lo que necesitan en ese momento dejando de lado la prevención del cáncer de cérvix en el grupo etario al que va dirigida.

Mediante la intervención que Trabajo Social realiza de carácter preventiva se da pie a la detección oportuna en el momento en el que se manda a las derechohabientes a realizarse la prueba de papanicolauo a Medicina Preventiva, en donde las enfermeras sanitarias son las encargadas de realizar la toma de una *muestra citológica* mediante la prueba de papanicolau. La *muestra citológica* es llevada al laboratorio de patología ese mismo día en un hospital general de zona, en la que es preparada por un citotecnólogo por medio de un *frotis de tejido*, para el posterior análisis por un *médico patólogo*.

La detección oportuna constituye una forma efectiva para la prevención del cáncer cérvico uterino, ya que gracias a la realización del estudio de papanicolauo se puede detectar lesiones en etapas tempranas. Aunque Trabajo Social no participa directamente en la detección oportuna ya que no analiza la *muestra citológica*, si lo hace de manera indirecta al fomentar la realización de la prueba de papanicolauo en las usuarias mayores de 25 años o con mujeres menores de 25 años con vida sexual activa y con más de 3 parejas sexuales o bien con hijos o con infecciones sexuales recurrentes.

Además la comunicación educativa que Trabajo Social realiza no solo es de manera preventiva, sino que también la realiza durante todo el proceso del tratamiento por el que atraviesa la derechohabiente diagnosticada con displasia, cáncer cérvico uterino y/o virus de papiloma humano. Cuando una derechohabiente es diagnosticada con un *resultado citológico anormal* Trabajo Social tiene que realizar un estudio médico social para seguir con una canalización de la paciente en conjunto con el médico familiar a la clínica de displasia, el cual se encuentra ubicado dentro de los Hospitales Generales de

Zona⁸² correspondientes a cada demarcación. Pero de esta canalización se hablara en el siguiente apartado.

3.2 PARTICIPACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA CANALIZACIÓN DE USUARIAS CON UN DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA, VPH, O CÁNCER AVANZADO A LA CLÍNICA DE DISPLASIA.

Se ha de recordar que Trabajo Social dentro de la Unidad Médico Familiar tiene establecido dentro de la Guía de Apoyo Técnico para Trabajo Social en Unidades Médicas un proceso de intervención, dividido en dos: los procesos de apoyo y los procesos sustantivos en este último el trabajador social realiza investigación social, educación, reintegración del paciente al control médico y apoyo social, durante la intervención con las pacientes con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino, el trabajador social tiene que apoyarse dentro del Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino y además en el proceso sustantivo.

En el apartado anterior se habla sobre la intervención que Trabajo Social realiza en la prevención del cáncer cérvico uterino y que realiza comunicación educativa con el propósito que dentro del proceso sustantivo corresponde a la educación, y esta educación no solo la aplica de manera preventiva, sino además, lo aplica en los diferentes momentos de la intervención que realiza con las pacientes con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino.

En este apartado corresponde hablar de la intervención de Trabajo Social en la canalización de las pacientes con un diagnóstico citológico anormal a la clínica de displasia para su tratamiento.

Dentro de la intervención en la canalización el trabajador social se apoya en la investigación social, la educación y en el apoyo social que son tres de los

⁸² En este caso corresponde a la Unidad Médico Familiar número 15 en Hospital General de Zona 1ª Venados.

cuatro procesos sustantivos que conforma el proceso de intervención de Trabajo Social en Unidades Médicas marcado en la Guía Técnica para Trabajo Social en Unidades Médicas como se menciona en el capítulo 1.

La canalización empieza cuando el *médico patólogo* detecta estudios de papanicolauo anormales y reporta a los servicios de Trabajo Social y de Medicina Preventiva de cada una de la Unidades Médico Familiar a las que corresponde la *muestra citológica* para que ambos servicios localicen a las usuarias y empiecen lo antes posible con el tratamiento adecuado a su diagnóstico. Los reportes de todos los estudios de papanicolauo son de manera mensual, al igual que los reportes de resultados anormales, solo cuando se detectan cáncer in situ o invasor el reporte se hace de manera inmediata a los dos servicios encargadas de localizar a las derechohabientes que son como ya se dijo Trabajo Social y Medicina Preventiva⁸³.

La intervención que Trabajo Social realiza en la canalización de las usuarias de la Unidad Médica Familiar con un diagnóstico anormal en su papanicolauo, lo tiene que hacer a través, en primer lugar de la localización de la usuaria vía telefónica o por medio de una visita domiciliaria para realizarle un estudio médico social, (el cual corresponde dentro del proceso sustantivo a la investigación social), y le tiene que explicar de manera general su estado de salud ginecológico, (el cual corresponde al proceso de educación), Y tiene que comentar que es conveniente que acuda a Medicina Preventiva por el resultado de su estudio de papanicolauo y posteriormente con su médico familiar para que le explique de manera detallada el padecimiento que presenta, la importancia de tratarse este padecimiento médico, además de que el médico familiar le proporcionara un pase para la Clínica de Displasia, ubicada en el Hospital General de Zona que debe ir firmado y sellado por el médico coordinador del consultorio y por vigencia en el área de archivo para saber que

⁸³ En la Unidad Médico Familiar número 15 no existe una coordinación para localizar a las usuarias con diagnóstico anormal y la realización de un seguimiento en conjunto sino cada área trabaja de manera independiente una de la otra. Solo trabajan en conjunto cuando no se ha podido localizar a una usuaria con un diagnóstico de cáncer in situ o invasor.

es una paciente vigente en el servicio médico del IMSS. Con el pase ya sellado se acude a la clínica de displasia para solicitar cita y empezar con el tratamiento clínico adecuado. El trabajador social le tiene que sugerir a la paciente que siga todas las indicaciones médicas que le sean indicadas tanto por el médico familiar, así como por el médico especialista.

Durante este proceso el trabajador social puede intervenir con apoyo emocional a la paciente, ya que el diagnóstico puede generar en las pacientes angustia, depresión o incluso estrés dependiendo de la información que tenga sobre su padecimiento médico sobre todo en pacientes con diagnóstico de cáncer invasor o in situ. Hay pacientes que presentan angustia no tanto por el padecimiento, sino más bien por lo que dirá la familia cuando se entere de ese padecimiento, sobre todo en mujeres que presentan infección o lesiones por virus de papiloma humano, el cual es una enfermedad de contagio sexual, por lo que algunas de ellas prefieren llevar el tratamiento sin que la familia se entere de su problema de salud. Otras pacientes experimentan una ruptura con su pareja al saber que padecen una enfermedad de transmisión sexual. En cualquiera de los casos el trabajador social proporciona apoyo emocional y si es conveniente la canalizan a algún centro de apoyo psicosocial.

Al momento en el que el trabajador social realiza el estudio médico social detecta las redes de apoyo social con las que cuenta la usuaria y las refuerza cuando la paciente lo requiere y así lo desea.

Cabe aclarar que esta intervención no siempre se realiza en la Unidad Médico Familiar número 15 como se describe, ya que solo un trabajador social está a cargo de participar en el Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino y por la dinámica propia del servicio de Trabajo Social no le es posible localizar a las pacientes por vía telefónica con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino en cuanto se reporta por parte del laboratorio de patología, y en muy raras ocasiones tratan de localizar a la paciente por medio de una visita domiciliar, solo cuando Medicina Preventiva o el médico familiar lo requiere. En

otras ocasiones el teléfono que se proporciona es falso o se encuentra suspendido o nunca se puede localizar a la paciente en las horas en las que hablan a su domicilio. Por otra parte cuando llegan a localizar a la paciente y la citan para realizarle el estudio médico social, en ocasiones no asisten a la cita con el trabajador social aunque el trabajador social insista vía telefónica en entablar una cita para realizarle el citado estudio.

El servicio de Trabajo Social habla de un proceso de canalización de la paciente a la clínica de displasia en el momento en que la localiza para informarle de su padecimiento y termina cuando la paciente realiza su primer cita a la clínica de displasia en el Hospital General de zona 1A Venados.

La siguiente intervención que realiza el trabajador social es el seguimiento de caso de la usuaria hasta la culminación del tratamiento y recibe alta médica de la clínica de displasia, el cual, se tratara en el siguiente apartado.

3.3 PARTICIPACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL SEGUIMIENTO DE CASO DE USUARIAS CON ATENCIÓN EN LA CLÍNICA DE DISPLASIA.

En el momento que la paciente acude para pedir cita médica en la Clínica de Displasia del Hospital General de Zona 1A Venados correspondiente a la atención de pacientes usuarios de la Unidad Médico Familiar número 15 que requieren de una atención especializada, el servicio de Trabajo Social comienza con el seguimiento de caso de la paciente con el propósito de que culmine de manera exitosa el tratamiento y de esta manera se impida llegar a una complicación médica que pueda culminar con la muerte.

Cuando la paciente acude al servicio de Trabajo Social para informar que ya tiene su pase médico para la Clínica de Displasia se le pregunta el día que planea acudir a pedir su cita médica y en base a esa información se le localiza vía telefónica días después de la fecha que la paciente señalo que acudiría para saber el día de la cita médica, si la paciente no ha acudido a pedir cita se le pregunta el motivo y se le explica la importancia de acudir a sacar cita

para que reciba control médico especializado para su problema de salud lo antes posible y de esta manera evitar algún tipo de complicación que pueda ser irreversible y se le insiste vía telefónica hasta que acuda a sacar su cita médica a la Clínica de Displasia.

Cuando la paciente confirma el día de su primera cita médica se le habla sobre la importancia de acudir en la fecha prevista para tener un oportuno control clínico.

Toda la información que la paciente proporcione sobre la atención médica y la intervención que Trabajo Social le brinda se anota en una nota médica social que se anexa a el estudio médico social que cómo se recuerda se realiza en el momento en que se localiza a la paciente para que acuda a iniciar su proceso de canalización a la Clínica de Displasia.

Generalmente en la primera cita médica de las usuarias a la Clínica de Displasia el médico especialista vuelve a realizar la prueba de papanicolauo y una colposcopia para confirmar que el *diagnóstico patológico* por el que fue mandada la paciente sea el correcto, ya que en algunas ocasiones los *estudios patológicos* pueden ser erróneos. Y después de esto se le cita nuevamente con el médico especialista en la clínica de displasia, una vez que el resultado del papanicolauo esté listo, que es aproximadamente en un mes.

Dependiendo del diagnóstico médico en ocasiones el médico especialista además de realizar los dos estudios de papanicolauo y la colposcopia manda a realizar estudios de laboratorios para tener un panorama amplio de la infección o lesión que la paciente padece en el cuello de la matriz.

Trabajo Social le pregunta a la paciente, generalmente por localización vía telefónica, o en entrevista directa en el servicio de Trabajo Social si es que la paciente acude, sobre el manejo que el médico le haya realizado e informado y si el médico especialista le brindo confianza y contesto a todas la dudas sobre su padecimiento y las alternativas en cuanto a los tratamientos que le puede ofrecer y las complicaciones médicas de cada tratamiento.

Si la paciente tiene dudas sobre los procedimientos médicos o sobre los estudios a realizarse el trabajador social le brinda una orientación. Además se le pregunta sobre el estado emocional en el que se encuentra para brindarle apoyo emocional si es que así lo requiere.

En la segunda cita que la usuaria tiene con el especialista generalmente se confirma el diagnóstico por el que fue remitida y se empieza con tratamiento médico adecuado de acuerdo a su diagnóstico, estado general de salud, edad y si desea tener más hijos. En esta etapa el trabajador social localiza a la paciente para tener información sobre el tratamiento que llevara a cabo y las indicaciones médicas que tiene que tener durante el tratamiento y realiza una orientación sobre la importancia de seguir todas las indicaciones médicas para tener un tratamiento que culmine en éxito. En los casos en donde en los estudios de papanicolauo realizado por el médico especialista no confirman el diagnóstico por el que la paciente se mandó y el resultado es sin ningún tipo de alteración en el cuello uterino y se confirma mediante colposcopia se da de alta médica a la paciente y Trabajo Social realiza cierre de caso.

En las citas posteriores al inicio del tratamiento médico Trabajo Social sigue teniendo contacto con la paciente para acompañarle en el proceso médico hasta que es dada de alta de la Clínica de Displasia. Durante este tiempo el trabajador social no solo sigue de cerca el tratamiento de cada usuaria que acude a la Clínica de Displasia, sino que también, participa como apoyo emocional y social para las pacientes.

Durante el seguimiento de caso de las pacientes de la Clínica de Displasia el trabajador social utiliza tres de los procesos sustantivos como es la investigación social, la educación y el apoyo emocional y se apega a la Guía de Comunicación Educativa para la Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino.

Es importante mencionar que las pacientes que son tratadas en la Clínica de Displasia y dadas de alta, siguen requiriendo vigilancia médica después de ser dadas de alta y esta vigilancia corresponde a realizarse de

manera anual el estudio de papanicolauo por el resto de su vida para vigilar que no se presenten lesiones nuevamente en el cuello de la matriz en el caso de virus de papiloma humano o algún nivel de displasia y en el caso de de cáncer invasor o in situ vigilar que no haya células cancerígenas. Trabajo Social tiene que vigilar que así lo hagan, sin embargo, por la dinámica propia del servicio en muchas ocasiones no lo hacen.

En los casos en que se detecta cáncer invasor, a veces se canalizan a la Clínica de Displasia y si el tumor cancerígeno está generalizándose en todo el útero o incluso abarca otros órganos, las canalizan a *Oncología* en Centro Médico Siglo XXI que es alta especialización y que corresponde a los usuarios que así lo requieren de la Unidad Médico Familiar número 15, y en otras ocasiones son canalizadas directamente a *Oncología* de Hospital General de Zona 1 A Venados, en ambos casos Trabajo Social realiza el seguimiento de caso que se acaba de describir pero no solo trabaja con la paciente sino además fortalece la red de apoyo de la paciente y tiene contacto con familiares de las pacientes ya que en ocasiones permanece hospitalizada y mediante los familiares se mantiene el seguimiento de caso.

El seguimiento de caso de las pacientes con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino por parte del Servicio de Trabajo Social en la Unidad Médico Familiar número 15, no se realiza de manera tan estricta como se ha descrito ya que como se ha explicado solo un trabajador social está a cargo de este programa por turno y por la dinámica en la que el servicio de Trabajo Social se ve envuelto de manera cotidiana impide que realicen el seguimiento de caso de esa manera, en vez de realizar las llamadas inmediatamente después de la cita de la paciente con el médico especialista en la Clínica de Displasia, en muchas ocasiones realizan el seguimiento de caso algunos meses después de que la paciente acudió a su cita médica o en otras ocasiones cuando la paciente llega a acudir al servicio de Trabajo Social porque acudió a consulta a la Unidad Médico Familiar y decide informar al trabajador social sobre los avances de su caso.

En ocasiones por diversos motivos la paciente decide abandonar el tratamiento médico y Trabajo Social al detectarlas comienza una reconquista de las usuarias, el cual, se trata en el siguiente apartado.

3.4 PARTICIPACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA RECONQUISTA DE USUARIAS QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO EN LA CLÍNICA DE DISPLASIA.

Existen diversos motivos por el que las usuarias deciden abandonar el tratamiento médico para su padecimiento, (algún nivel de displasia, lesiones por virus de papiloma humano o cáncer in situ o invasor). Entre los principales motivos se encuentran que se trate en clínica privada especializada, que la atención médica brindada no sea del agrado de la paciente o porque no esté consciente del problema de salud que padece.

Trabajo Social tiene que identificar en primer lugar la causa del abandono del tratamiento médico y dependiendo el caso realiza la reconquista o el cierre de caso.

Se habla de cierre de caso cuando la paciente decide tratarse en otra clínica o con un médico privado, los motivos⁸⁴ para esto suelen ser que el médico de la Clínica de Displasia no cubrió las expectativas de la paciente y no le brindó la confianza suficiente para tratarla medicamente. Otro de los motivos, es que las citas con el especialista sean demasiado prolongadas para la usuaria y le genere angustia a la paciente porque desea iniciar tratamiento médico lo antes posible. Cuando se tratan su padecimiento de manera privada las pacientes; queda la atención médica fuera de la Institución, Trabajo Social tiene que realizar cierre de caso. Lo mismo ocurre si la paciente queda dada de baja de la institución⁸⁵, ya que ya no podrá ser atendida en la clínica de displasia y por tal motivo se realiza cierre de caso.

⁸⁴ Motivos que las pacientes comentan en entrevista o en localización.

⁸⁵ Se dice que la paciente se da de baja del IMSS cuando ya no cuenta con las prestaciones sociales que brinda el instituto, ya sea, porque ella o la persona que la tiene asegurada se queda sin empleo en el cual se cuente con esa prestación.

Cuando el motivo de abandono de tratamiento es porque la paciente no está consciente sobre su problema de salud (ya que no tienen ningún síntoma y generalmente se asocia la enfermedad con sentirse mal,) el trabajador social comienza a realizar una reintegración del paciente a control médico, mediante una orientación educativa en la que se trata la importancia del cuidado de la salud y de atender su problema de salud antes de que lleve a complicaciones mayores e irreversibles como puede ser cáncer generalizado en el útero o llegar a la metástasis y por tanto a la muerte, Generalmente la mayor parte de estas pacientes se reintegran al tratamiento médico una vez que se concientizan sobre las consecuencias de no llevar un adecuado tratamiento médico.

En el caso de las mujeres usuarias que abandonan su tratamiento porque el médico especialistas no les proporciona confianza o no cubre las expectativas de ellas, la reconquista es un poco más complicada, ya que Trabajo Social no les puede ofrecer un cambio de médico especialista, pero si puede hablar con la paciente sobre los motivos por los que no está conforme con la atención médica brindada y motivarla para que siga con tratamiento y para que le exprese al médico su inconformidad y este pueda cambiar su actitud y de esta manera recupere la confianza en él y la paciente culmine su tratamiento médico.

Cabe aclarar que lo descrito sobre la intervención de Trabajo Social en la reconquista de pacientes que abandonan su tratamiento es lo que deberían de realizar, pero como ya se ha aclarado en los apartados anteriores no se realiza con la constancia con la que se debería hacer.

Trabajo Social realiza una intervención con las usuarias diagnosticadas con displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino en diferentes momentos como es la prevención, canalización, seguimiento y cierre de caso y reconquista a las pacientes que abandonan el tratamiento, pero es importante saber si la intervención que los trabajadores sociales tiene algún impacto en las usuarias que las lleve a iniciar y terminar con el tratamiento médico

especializado, para ello es conveniente realizar una evaluación a la intervención que Trabajo Social realiza con estas usuarias, la cual, se expone a continuación.

CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

En este último capítulo, se desarrolla el modelo de evaluación aplicado a la intervención de Trabajo Social con las mujeres derechohabientes de la Unidad Médico Familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social con diagnóstico de displasia.

Iniciaremos por puntualizar en qué consiste la intervención social, así como la evaluación.

La intervención social es entendida “como un esfuerzo sistemático y racional para modificar las condiciones sociales y el comportamiento de las personas con el objetivo prioritario de la mejora social”.⁸⁶

La intervención social es una “acción intencional sistemática dirigida a resolver algún problema social, para movilizar recursos y se ajusta a la evolución de los problemas sociales que trata de resolver, están implicados dentro de la intervención social distintos tipos de agentes y grupos de interés como pueden ser afectados o beneficiarios que toman decisiones relevantes en una dimensión temporal, en función de cómo evolucionan los problemas sociales que se enfrentan y las condiciones sociales, económicas y políticas que forman su contexto”.⁸⁷

Para otros autores la intervención social es entendida “como la acción de mediar en un fenómeno, en una situación o en una problemática no resuelta a partir de un inaceptabilidad, pues afecta la vida cotidiana de algunos individuos. Se realiza a partir del conocimiento y comprensión que se posee sobre la problemática y sobre las diferentes realidades subjetivas construidas mediante las representaciones y comprensión interna de los hechos, tanto desde

⁸⁶ Reboloso Enrique, Fernández-Ramírez Baltasar, Cantón Pilar “Evaluación de Programas de Intervención Social” pág. 18

⁸⁷ Ibídem pág. 49.

perspectivas particularizantes, como desde teorías sociales que aportan a la fundamentación de procesos y de resultados.”⁸⁸

La intervención puede realizarse en distintos momentos de la evolución del problema social y de sus consecuencias: se distinguen tres momentos y son:

“Intervención primaria: que es cuando la intervención está dirigida a atajar las causas de los problemas.

Intervención secundaria: dirigida a retardar y reducir los efectos del problema.

Intervención terciaria: que está dirigida a impedir que se cronifique y aparezcan secuelas del problema.”⁸⁹

Con relación a la evaluación, García Ramos la define de la siguiente manera “la evaluación, es la necesidad de valorar técnicas para determinar lo que está sucediendo y como ha ocurrido y apuntar hacia lo que encierra el futuro si no se interviene. En este sentido se puede decir que la evaluación significa, analizar el proceso de transformación, de cambio y valorar su significado. En este análisis es necesario obtener y comparar magnitudes, someterlas a juicio y conseguir resultados concretos que señalen cómo se debe proseguir en la transformación de una situación y a costa de qué esfuerzo”⁹⁰.

Si la definimos de una manera metódica, se puede decir que “evaluar constituye un proceso sistemático, metódico y neutral que hace posible el

⁸⁸ Carballada, Alfredo. La intervención en lo Social. Exclusión e Integración en los Nuevos Escenarios Sociales. Pág. 93-94

⁸⁹ Ídem

⁹⁰ García Ramos, J. M. (1992). Recursos metodológicos en la evaluación de programas. *Bordón*, 4

conocimiento de los efectos de un programa, relacionándolos con las metas propuestas y los recursos movilizados”⁹¹.

Por tanto se podría decir, que la evaluación es un proceso que facilita la identificación, la recolección y la interpretación de información útil para la toma de decisiones sobre la ejecución y la gestión de los programas.

El hecho de llevar a cabo una evaluación tiene alguno de los siguientes objetivos⁹²:

- ◆ Examinar los programas y proyectos vigentes y definir con precisión lo que se pretende con la evaluación y lo que es susceptible de corrección o ajuste a una nueva situación (las prioridades, los objetivos, las estrategias, las asignaciones de recursos y los costos).

- ◆ Medir con indicadores los resultados (progresos o retrocesos) de los programas y proyectos, a base de los objetivos inicialmente formulados, controlando su ejecución y ajustando acciones para corregir el desarrollo del programa.

- ◆ Determinar la eficacia de las actividades utilizadas, y eficiencia de los recursos, en función de los indicadores, de la cantidad de recursos empleados y de sus costos.

De la evaluación se pueden obtener los siguientes resultados⁹³:

- Su pertinencia o incumbencia respecto del fin al cual se aplica en los cual se destaca la coherencia y la factibilidad de la relación entre los fines y los medios comprometidos en ese uso.

- La suficiencia y amplitud de los medios empleados para lograr el fin propuesto cuando éste ha sido debidamente valorado.

⁹¹ Abdala Ernesto “Manual para la Evaluación de Impacto en Programas de Formación para Jóvenes” pág. 26.

⁹² Jauregui G Alejandro. “Serie sobre evaluación de proyectos de carácter social - evaluación real” Recuperado el 20 de Noviembre de 2010 de: <http://www.gestiopolis.com/canales/economia/articulos/no12/evalpr6.htm>

⁹³ Ídem

- El progreso de acción de acuerdo con la medición de los recursos empleados.
- La eficiencia o medida y análisis crítico de los recursos empleados en función de los resultados obtenidos.
- La eficacia o análisis crítico del resultado obtenido en función de los objetivos propuestos.
- El efecto o impacto que ha producido la acción emprendida en función del desarrollo de la población interesada.

Existen diferentes tipos de evaluación dependiendo de su estructura y enfoque. Pueden clasificarse en⁹⁴:

Pseudoevaluaciones: En ellas, se cumple un proceso evaluatorio, pero con fuerte prejuicio de alguna de las partes comprometidas con el proyecto y que presiona para que aparezcan resultados preestablecidos en el proyecto, es decir el evaluador no actúa neutralmente.

Evaluaciones verdaderas cuantitativas puras (cuasi experimentales y experimentales): son evaluaciones exclusivamente cuantitativas. Este tipo de evaluación se exige que exista un grupo de control y se mide el impacto en comparación estadística entre el grupo control y el grupo beneficiario de un programa o proyecto.

Evaluaciones verdaderas mixtas o cuantitativas y cualitativas: En este tipo de evaluación no solo se mide cuantitativamente sino entra lo cualitativo como pueden ser: Cambios psicosociales, autoestima, necesidad y satisfacción del programa.

Evaluación de impacto, la cual tiene un proceso evaluatorio orientado a medir los resultados de las intervenciones, en cantidad, calidad y extensión según las reglas preestablecidas. La cual permite comparar el grado de realización alcanzado con el grado de realización deseado, abarca todos los

⁹⁴ Abdala Ernesto “Manual para la Evaluación de Impacto en Programas de Formación para Jóvenes” pág. 27

efectos secundarios a la planeación y a la ejecución, deseados o no, es decir, el cumplimiento o no de los objetivos y las hipótesis sean estas; positivos, negativos o neutros; directos o indirectos.

“Los modelos de evaluación de proyectos sociales son por definición, conjuntos de aplicaciones y procedimientos a partir de los cuales es posible implementar la evaluación de un determinado proyecto, en cambio, los tipos de evaluación refieren a la clasificación teórica y responden a la diversidad de paradigmas involucrados en el proceso de evaluación.”⁹⁵

Los modelos de evaluación de proyectos sociales pueden ser según Marcos Valdes, Martín Hammersley – Paul Alkinson:

I. Los Modelos Analíticos.

La finalidad de estos modelos es proporcionar explicaciones de funcionamiento de un proyecto en términos de alguna teoría o en relación con factores causales de diversa naturaleza y privilegia el uso de información cuantitativa. Se caracteriza por estudiar aquellos fenómenos observables y susceptibles de medición. El rigor y credibilidad científica se basan en la validez interna. Los procedimientos más utilizados son el control experimental, la observación sistemática del comportamiento y la correlación de las variables. Se enfoca en los estudios realizados en las ciencias físico –naturales, ya que utilizan procedimientos cuantitativos. “En ciencias sociales, la particularidad del objeto de estudio es la que impone la consideración cuantitativa y la impide en otros. Desde esta perspectiva, resulta necesario desarrollar la objetividad para alcanzar resultados válidos, sistemáticos y confiables.

Así este enfoque sigue el método deductivo, basado en el apego a leyes universales, lo que se traduce en la búsqueda de relaciones regulares entre variables de modo de establecer leyes de comportamiento social, las que deberían permanecer estables en el tiempo.

⁹⁵ Valdes Marcos. Modelos de Evaluación de Proyectos Sociales pág. 2 recuperado el 12 de Septiembre de 2010 de: http://liataoe.files.wordpress.com/2007/11/modelos_evaluacion.pdf

Dentro de los modelos analíticos se encuentran:

a) Modelo costo – beneficio.

El modelo costo – beneficio, se emplea cuando los beneficios de un proyecto son fácilmente identificables. Se basa en la cuantificación de los costos y beneficios monetarios actualizados a precios de mercado de un proyecto específico, esto como resultado de la integración de los beneficios en una sola unidad de medida que en este caso es monetaria.

b) Modelo costo – efectividad.

El modelo costo – efectividad, es una variación del modelo anterior que intenta superar las dificultades constatadas en el modelo costo – beneficio, sin embargo, ambos análisis buscan maximizar el logro de los objetivos de un proyecto. La diferencia más notoria respecto del modelo anterior es que vincula una variable nueva cual es, el impacto. Así, la efectividad se relaciona con aquella en la medida que importa mucho más detectar si el proyecto tiene efectos o no sobre la población objetivo y selecciona la alternativa más adecuada.

II. Modelos formalizados.

Son tres modelos en donde los dos primeros responden a un enfoque de investigación cuantitativo y el tercero a uno cualitativo y son los siguientes:

a) Modelo experimental.

Tiene su raíz en el área de las ciencias físicas y biológicas, siendo introducida en las ciencias sociales por la psicología social y educacional. Consiste en que el programador tiene el control de todas las variables que influyen sobre el medio en que se implementa el proyecto, aparte de la propia intervención. Para implementar este modelo se requiere de la creación de dos grupos de similar constitución, el grupo experimental (beneficiarios) y un grupo de control (beneficiarios potenciales).

b) Modelo cuasi experimental.

Este modelo es menos exigente en la metodológicas que el modelo experimental, específicamente en el grupo de control y el grupo experimental; ambos grupos no provienen del mismo grupo objetivo, por lo tanto el grupo de

control es un grupo de comparación. En general, se comparan los grupos en proyectos y contextos similares.

c) Modelo de regresión.

Es una variación de los modelos cuasi experimentales; en el cual se necesita un alto grado de manipulación de las variables, implicando la simulación de control de variables para incrementar la potencia explicativa de algunas variables independientes, para lo que se necesitan una serie de requisitos como una completa base de datos. Tiene que tener un sólido desarrollo teórico previo de la estrategia de intervención y por otro lado el manejo estadístico debe tener un correlato con el manejo real, si no se cumplen estrictamente los pasos anteriores.

III. Modelos semi formalizados.

Los modelos semi formalizados tienen el objetivo de describir las tendencias seculares de un proyecto para poder compararlas con comportamientos tradicionales de las variables dependientes objeto de la intervención programática. Dentro de los modelos semi formalizados, se encuentran los siguientes diseños:

a) Modelo no experimental antes y después.

En este modelo debe existir una medición después de la intervención. “Por lo general, se asocia en la práctica este tipo de modelo antes y después con la lógica de la evaluación de impacto de proyectos sociales, en tanto la medición “antes” se denomina línea de base y la medición “después”, línea de comparación”.

b) Modelo después con grupo de comparación.

Tiene una sola medición después de la aplicación del proyecto, es decir, carece de evaluación “antes” que puede ser suplida por la comparación de otro proyecto similar o intervención paralela, por lo que se puede usar los estudios transversales, donde la comparación se realiza una vez terminada la intervención.

c) Modelo después.

Este modelo en comparación del modelo después con grupo de comparación es un modelo no experimental y no tiene grupo de comparación,

por lo que se puede incluir en esta modalidad, descripciones de resultados de proyectos, relatos o memorias que son en la práctica evaluaciones ex - post de medición “después.

IV. Modelos globales.

Los modelos globales se basan en paradigmas interpretativos o comprensivos, con el propósito de establecer el significado de las acciones y actividades que se desarrollan dentro del proyecto; su enfoque es global, holístico, sin referencia a factores causales ni a variables particulares. Los cuales utilizan información cualitativa y la aplicación al momento de evaluar no es de manera lineal. Dentro de estos modelos es posible distinguir los siguientes:

a) Modelo CIPP.

En el modelo CIPP, Contexto, Insumo, Proceso, Producto, se define como un proceso generador de información útil para la toma de decisiones, desde el planeamiento de la idea (proyecto), pasando por la estructuración relativa a la puesta en marcha y también decisiones de reciclaje.

La evaluación de contexto es un estudio exploratorio que detecta necesidades, problemas o demandas de la población atendida no considerados en el proyecto originalmente y de esta forma poder tomar decisiones de planeación.

La evaluación de insumos pretende determinar la cantidad y el uso de recursos que son necesarios para el logro de los objetivos del proyecto.

La evaluación de procesos permite revisar el desarrollo del proyecto e identificar dificultades en éste.

Y Por último, la evaluación del producto permite medir el logro de los objetivos programáticos y tomar decisiones para sobre los resultados de la evaluación.

b) Modelo de utilización focalizada.

El modelo de utilización plantea la superación de la oposición existente entre un paradigma que privilegia los diseños experimentales con mediciones cuantitativas y otro que privilegia un diseño holístico y el uso de datos cualitativos. En este modelo, la evaluación se inicia con la identificación y organización de las personas que toman las decisiones importantes de un proyecto, como también de las personas que utilizarán la información obtenida por la evaluación.

Una vez puntualizado lo qué es la intervención social y la evaluación pasaremos al siguiente apartado.

4.1 APLICACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN

En cuanto a modelos de evaluación hay una gran variedad, sin embargo, para fines de este trabajo, se expusieron aquellos que señala Valdes Marcos Martín Hammersley, Paul Alkinson, considerando que agrupa a los más representativos, entre ellos el modelo CIPP, que si bien se enfoca a proyectos, el modelo plantea aspectos de proceso, en el cual se ubica la intervención.

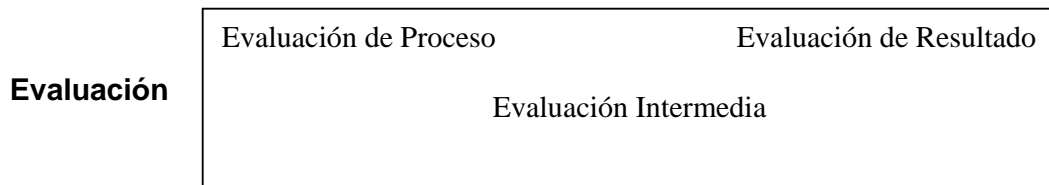
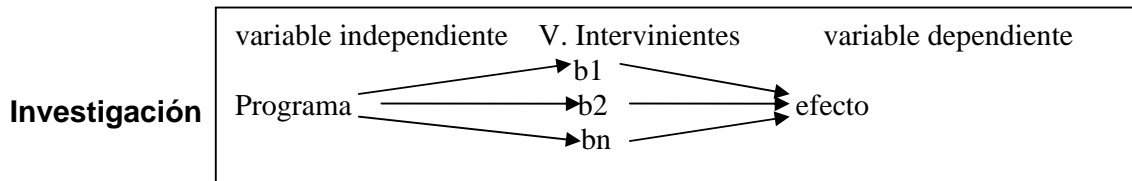
Para evaluar la intervención de Trabajo Social se retomará el modelo de Enrique Reboloso "Evaluación de Programas de Intervención Social". Es importante señalar que no hay gran variedad de modelos de evaluación sobre intervención social, de ahí, que se retoma este autor, cuyo modelo está basado en el modelo CIPP y lo adecua a la intervención. Reboloso retoma del modelo CIPP evaluación de contexto, de entrada, de procesos y de producto o impacto y lo adecua a niveles de intervención quedando de la siguiente manera, para el nivel de intervención primaria, la evaluación de contexto y la de entrada. Para la intervención secundaria la evaluación de procesos y meta una evaluación de resultados y finalmente para la intervención terciaria retoma la evaluación de impacto o producto y meta una evaluación comparativa.

La evaluación de la intervención de Trabajo Social con las mujeres diagnosticadas con displasia, virus de papiloma humano y/o cáncer cérvico

uterino, se llevó a cabo de acuerdo al modelo de evaluación de intervención secundaria que propone Reboloso que consiste en una evaluación de procesos y de resultados y se esquematiza a continuación.

Intervención Secundaria
(actividades/tratamiento)

Teorización Teoría causal del problema



Actividades Análisis de la implementación
Análisis de variables intervinientes
Análisis de subtemas

Metodología Observación
Entrevistas
Cuestionarios
Juicios de clientes
Análisis cualitativos

De acuerdo al modelo de Reboloso se aplicó la evaluación de intervención de Trabajo Social siguiendo de manera estricta las fases del mismo quedando de la siguiente forma:

INTERVENCIÓN	Secundaria-Programa Para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino (programa institucional) del cual, se deriva la Intervención de Trabajo Social con mujeres derechohabientes de la Unidad Médico Familiar número 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cáncer cérvico uterino (cacu).
TEORIZACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Definición del Sector Salud 1.2 Definición de Trabajo Social 1.3 Definición de Trabajo Médico Social 1.4 Trabajo Médico Social en el IMSS 2. CÁNCER CÉRVICO UTERINO <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Definición de Cáncer Cérvico Uterino 2.2 Factores de riesgo 2.3 Asociación del Virus de Papiloma Humano con el Cáncer Cérvico Uterino 2.4 Etapas del Cáncer Cérvico Uterino (Displasia) 2.5 Estudios de detección del Cáncer Cérvico Uterino 2.6 Tratamiento 2.7 Impacto psico-social 3. PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO. 4. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A MUJERES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Participación de Trabajo Social en la prevención del Cáncer Cérvico Uterino. 4.2 Participación de Trabajo Social en la canalización de usuarias con diagnóstico de Displasia y/o Virus de Papiloma Humano, o Cáncer Avanzado a la Clínica de Displasia. 4.3 Participación de Trabajo Social en le seguimiento de caso de usuarias con atención en la Clínica de Displasia. 4.4 Participación de Trabajo Social en la reconquista de usuarias que abandonan tratamiento en la Clínica de Displasia.
INVESTIGACIÓN	<p>Variables independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la intervención <p>Variables intervinientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino • Intervención de Trabajo Social dentro del Programa institucional • Usuarias. <p>Variables dependientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectos

	<ul style="list-style-type: none"> • Carencias • Debilidades • Fortalezas • Alcances
EVALUACIÓN	<p>Evaluación de procesos la cual sirve para obtener el proceso de evaluación que las trabajadoras sociales de la UMF 15 del IMSS realizan con las mujeres derechohabientes de la unidad con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.</p> <p>Evaluación de Resultados en la cual se identifican las carencias, debilidades, alcances y fortalezas de la intervención de Trabajo Social con las mujeres derechohabientes de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia</p>
ACTIVIDADES	<p>Análisis de implementación:</p> <p>A partir de mayo de 2010 se desarrolla el proyecto de evaluación con los Objetivos:</p> <p>General: EVALUAR la intervención de Trabajo Social en los procedimientos de apoyo que otorga a las usuarias con un diagnóstico de displasia, cáncer cérvico uterino y/o de virus del papiloma humano</p> <p>Particulares:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los alcances de la intervención de Trabajo Social en la salud de las mujeres diagnosticadas con displasia, cáncer cérvico uterino y/o virus de papiloma humano. 2. Valoración de la acertividad de la información brindada de parte del trabajador social a las pacientes de la clínica de displasia para la continuidad de su tratamiento. <p>A partir de junio de 2010 se realiza la teorización de la Evaluación de la intervención de Trabajo Social en mujeres derechohabientes del IMSS diagnosticadas con displasia.</p> <p>En Agosto de 2010 se diseñan y elaboran los instrumentos y técnicas a aplicar para la realización de la Evaluación de la Intervención de Trabajo Social en las mujeres derechohabientes del IMSS diagnosticadas con displasia. La técnica fue una entrevista para usuarias. Los instrumentos realizados fueron 2: un cuestionario para trabajadoras sociales y un cuestionario para las jefaturas de servicio que tienen relación con el Programa institucional y con Trabajo Social.</p> <p>En Septiembre de 2010 se realiza la prueba piloto de los instrumentos para la evaluación dirigido a las trabajadoras sociales y a los jefes de servicio en la UMF 47. Y en la UMF 15 del IMSS se aplica la prueba piloto de la entrevista a mujeres derechohabientes y diagnosticadas con displasia, VPH o cacu de febrero a agosto de 2010.</p> <p>De Septiembre a Noviembre de 2010 se realizan las entrevistas a las usuarias (16 mujeres) de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino.</p> <p>En Septiembre se aplican los instrumentos (cuestionarios), a las trabajadoras sociales y jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS.</p> <p>En Noviembre a Diciembre de 2010 se realizan tres bases de datos de acuerdo a los tres instrumentos diseñados y se analizan los</p>

	<p>resultados.</p> <p>Análisis de variables intervinientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino • Intervención de Trabajo Social dentro del Programa institucional • Usuarías.
METODOLOGÍA	<p>+Utilización de la observación, entrevista y cuestionario como técnicas e instrumentos de investigación cualitativa, para la obtención de información por parte de.</p> <p>-Usuarías de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu detectadas de enero de 2009 a enero de 2010 y con intervención de Trabajo Social.</p> <p>-Trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS de turnos matutino y vespertino.</p> <p>- Jefaturas de servicio de la UMF 15 del IMSS que tengan relación directa con el Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino.</p> <p>+Aplicación de instrumento hacia cada grupo.</p> <p>+Análisis de la información en forma cualitativa y cuantitativa de los resultados obtenidos en las entrevistas aplicadas a las derechohabientes de la UMF 15 con diagnóstico de cacu, displasia o VPH y de los cuestionarios aplicados a las trabajadoras sociales y a los jefes de servicios de la UMF 15 del IMSS:</p>

4.2 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

A continuación se exponen los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos. El tratamiento de los datos se llevó a cabo relacionando todas aquellas preguntas enfocadas hacia un determinado aspecto, con la finalidad de hacer un análisis integral de los datos obtenidos.

La evaluación de la intervención de Trabajo Social se llevó a cabo mediante la aplicación de una entrevista dirigida a: a) usuarias, y la aplicación de dos instrumentos hacia: b) a las Trabajadoras Sociales y c) a las Jefaturas de Servicio.

a) Usuaris

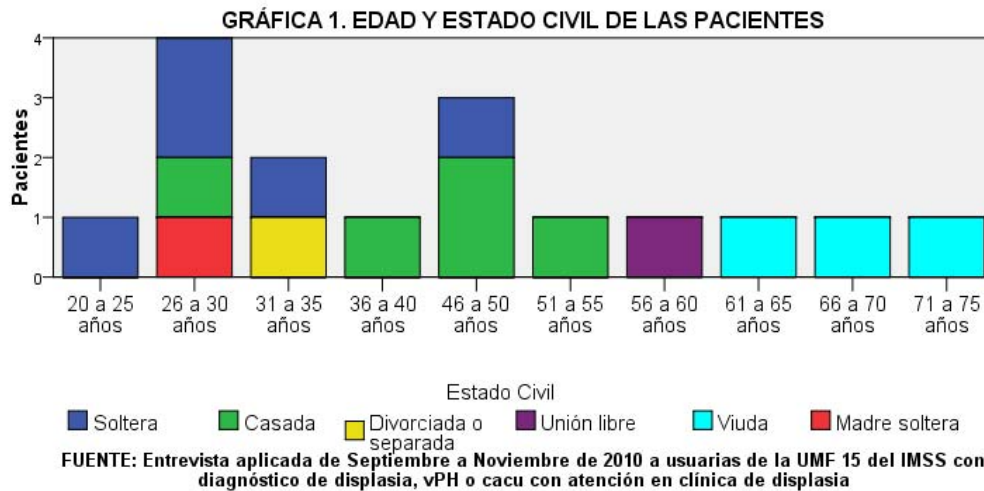
La población inicial para la aplicación la entrevista de usuarias contempló a 54 mujeres derechohabientes que equivale al 100% del universo, las cuales, fueron reportadas por el laboratorio de patología del Hospital General de Zona 1 A Venados, durante el periodo que comprende de enero de 2009 a enero de 2010, sin embargo, 17 derechohabientes fueron descartadas de la aplicación del instrumento ya que nunca fueron localizadas por el servicio de Trabajo Social o en el libro de registros se encontraron notas de no localización de las usuarias.

De las 37 mujeres restantes contempladas para la aplicación del instrumento se descartaron 4 mujeres más ya que contaban con prueba citológica errónea, es decir, el primer resultado por el que fueron enviadas a la clínica de displasia fue un falso positivo a un determinado diagnóstico que con otros estudios se descartó y Trabajo Social al saber esto no hace más que cerrar el caso realizando únicamente una primera entrevista, por lo que no se contaban con elementos necesarios por parte de las usuarias para que se les aplicará el instrumento.

De las 33 usuarias que cumplían con una intervención de las trabajadoras sociales, no se logró por parte de la que suscribe la tesis localizar a otras 17 mujeres para aplicarles la entrevista ni vía telefónica, ni por visita domiciliaria. Se logró localizar a 16 mujeres para la aplicación de la técnica que equivalen a un 29.62% de la población inicial (54 mujeres). La entrevista aplicada (ver anexo C) a estas 16 usuarias, arroja la siguiente información:

El grupo por edad de mujeres que predomina son, en un 25% las que se encuentran entre los 26 a 30 años de edad. Sin embargo, uniendo a los grupos de mujeres que van desde los 46 años a los 75 años, se puede observar que son el grupo que más predomina dentro de la muestra con un 50%. Lo que indica que la incidencia de detección de displasia, VPH o cacu es más probable a partir de los 46 años.

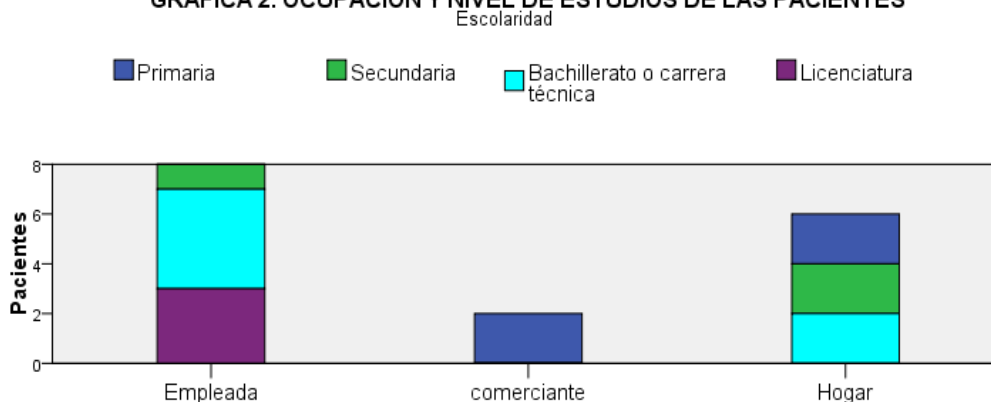
De las 16 usuarias entrevistadas 31.3% de ellas son solteras, un porcentaje equivalente se encuentran casadas y el resto de ellas (37.7%) son divorciadas, viven en unión libre, son viudas o madres solteras. Se puede deducir que en esta muestra el estado civil de las usuarias guarda una relación del diagnóstico con la vida sexual activa de las mujeres.



Las usuarias a las que se les aplicó el instrumento cuentan con estudios que van desde la educación primaria hasta el nivel de licenciatura, predominando el nivel educativo medio superior con 6 usuarias.

En cuanto a la ocupación más de la mitad de ellas son empleadas y solo seis se dedican al hogar. Como se puede observar en la gráfica 2 existe una relación entre el nivel de estudios y la ocupación.

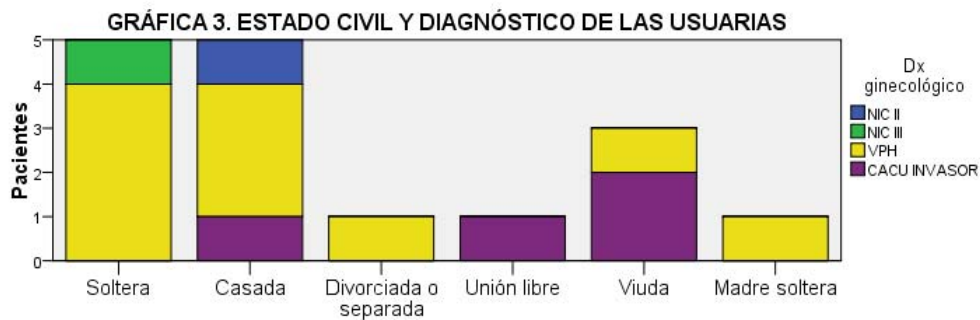
GRÁFICA 2. OCUPACIÓN Y NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS PACIENTES



FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, vPH o cacu con atención en clínica de displasia

El diagnóstico de las derechohabientes que cuentan con intervención del servicio de Trabajo Social en su proceso de tratamiento médico en la clínica de displasia del Hospital General de Zona 1 A Venados es el virus de papiloma humano con 10 usuarias; seguido por el cáncer invasor con 4 derechohabientes y 2 usuarias cuentan con NIC en grado dos o tres.

De las 10 mujeres con VPH, 4 de ellas son solteras, 3 más son casadas y el resto son madres solteras, viudas o divorciadas. La gráfica 3 se considera relevante al informar más de la mitad de las mujeres atendidas en la clínica de displasia enviadas de la UMF 15 del IMSS cuentan con lesiones ginecológicas provocadas por VPH que como se recuerda es un virus de transmisión sexual y es un factor de riesgo asociado al desarrollo del cacu.



NIC II. lesión intraepitelial de grado moderado
NIC III. lesión intraepitelial de alto grado
VPH. virus de papiloma humano
cáncer cérvico uterino invasor
FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

Todas las usuarias conocen el servicio de Trabajo Social de la Unidad Médico Familiar número 15 del IMSS, sin embargo, a un 30% de ellas les costó identificar el servicio ya que en un principio lo confundieron con el de Medicina Preventiva debido a que este servicio también realiza localización y seguimiento de caso, pero cuando se les comentó la localización física del servicio de Trabajo Social dentro de la Unidad, lo identificaron.

Todas las mujeres entrevistadas han acudido al servicio de Trabajo Social, por diferentes motivos, pero en general siete de ellas ha sido a raíz del padecimiento ginecológico que se les detectó ya sea para trámites, asesoramiento o seguimiento de caso.

Las ocho usuarias que comenta que han acudido a este servicio ha sido por motivos ajenos al padecimiento que presentan. Todo esto nos dice que menos de la mitad de las usuarias a no ser por la detección de su padecimiento posiblemente no acudirían a Trabajo Social.

Entre las razones por las que conocen el servicio de Trabajo Social expresan en el cuadro las siguientes:

CUADRO 1. RAZONES POR LAS QUE CONOCEN EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

	Usuarías	%	% válido	% acumulado
*Acudió para asesoramiento sobre trámites administrativos, médicos y/o apoyo psico-social a raíz de su padecimiento.	5	31.25	31.25	31.25
*Acudió para incorporarse a grupos de autoayuda o por asesoramiento en trámites administrativos o constancias de tiempo	8	50.0	50.0	81.25
*La han llamado de TS para darle seguimiento de caso	2	12.5	12.5	93.75
*La han mandado de otros servicios	1	6.25	6.25	100.0
*Total	16	100.	100.0	

FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

Se considera relevante identificar si las usuarias a las que se les realizan seguimiento de caso por haber sido detectadas con un problema de salud ginecológico conocen las funciones del servicio de Trabajo Social, dentro de la Unidad Médico Familiar 15 del IMSS y se encontró, que a pesar de que todas conocen el servicio de Trabajo Social solo 9 de ellas tiene ideas generales de que actividades realizan y esto en función de la experiencia que han tenido, las 7 mujeres que no conocen que actividades y funciones realizan en éste servicio admiten no estar interesadas en enterarse de lo que hacen.

En el siguiente cuadro se muestra el motivo del porque si conocen las funciones que se realizan en el servicio de Trabajo Social.

CUADRO 2. MOTIVOS POR LAS QUE LAS USUARIAS CONOCEN LAS FUNCIONES DE T.S.

	Usuarías	%	% válido	% acumulado
*Porque ha acudido por su problema de salud	6	37.5	37.5	37.5
*Porque ha acudido a pláticas sobre cuidado de la salud	4	25.0	25.0	62.5
*No aplica	6	37.5	37.5	100.0
*Total	16	100.0	100.0	

FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

De las 16 derechohabientes 14 de ellas que equivale al 87.5% de la muestra acostumbran a realizarse la prueba de Papanicolaou de manera cotidiana, es decir, por lo menos una vez al año, las otras 2 mujeres no acostumbraban a realizarse esta prueba citológica con tanta frecuencia hasta que se les identificó su diagnóstico ginecológico.

En general los argumentos de las 14 mujeres que se realizan de manera frecuente el papanicolauo son “por el cuidado de su salud y para evitar enfermedades e infecciones de transmisión sexual, así como el cáncer cérvico uterino” Los argumentos de las otras 2 mujeres sobre porque no acostumbraban a realizarse la prueba de Papanicolaou son “Porque se tardaban mucho en entregarle resultados y porque no estaban acostumbradas”

En el siguiente cuadro se muestra si las usuarias acostumbran a realizarse la prueba de Papanicolaou de manera periódica:

CUADRO 3. PERIODICIDAD PARA REALIZARSE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

	Usuarías	%	% válido	% acumulado
*Si	14	87.5	87.5	87.5
*No	2	12.5	12.5	100.0
*Total	16	100.0	100.0	

FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

Todas las usuarias tienen nociones de las enfermedades que se pueden prevenir o diagnosticar al realizarse la prueba citológica según responden a las pregunta 5 y 5b de la entrevista aplicada como se observa en el siguiente cuadro:

CUADRO 4. ENFERMEDADES SEGÚN LAS USUARIAS QUE SE DETECTAN O PREVIENEN CON EL PAPANICOLAOU.

	Usuarías	%	% válido	% acumulado
*Infecciones, detecciones y control del VPH	4	25	25	25
*Detección de VPH, enfermedades de transmisión sexual	1	6.25	6.25	31.25
*Cáncer cérvico uterino	5	31.25	31.25	62.5
*VPH, cacu, enfermedades de transmisión sexual	6	37.5	37.5	100
*Total	16	100	100	

FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

Sin embargo, al momento de que se les pregunta ¿Usted cómo describiría su padecimiento médico? todas las usuarias que tienen un diagnóstico de NIC II (Neoplasia intraepitelial de grado moderado), NIC III (Neoplasia intaepitelial de grado grave) o cáncer invasor describen lo que les provoca: angustia, miedo, padecimiento difícil, que puede causar muerte”, en general tenían una vaga información de la enfermedad que tienen.

La mayoría de las mujeres con diagnóstico de VPH tienen una idea más clara de lo que es su enfermedad. Aunque solo el 12.5% de ellas conocen y saben explicar el padecimiento que presentan, otro porcentaje equivalente admite no saber explicarlo y las demás solo explican algunos síntomas que han presentado o lo que les hace sentir.

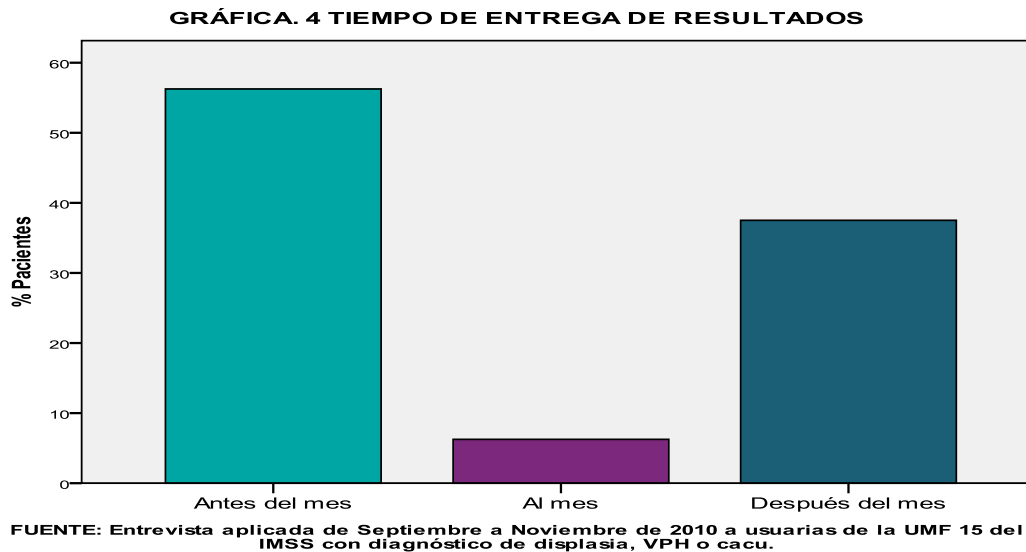
Este resultado es muy importante ya que una de las funciones de las trabajadoras sociales respecto a la intervención que realizan con este tipo de derechohabientes es informar y orientar sobre el diagnóstico que presentan para que de esta manera las pacientes conozcan y puedan participar de manera consciente y positiva durante el tratamiento, y por la información proporcionada por las usuarias, Trabajo Social no les ha informado de manera clara el tipo de padecimiento que presentan y tampoco los médicos encargados de llevar el tratamiento médico. En el siguiente cuadro se muestra como describen su padecimiento las usuarias con diagnóstico de virus de papiloma humano.

CUADRO 5. DESCRIPCIÓN DEL VPH SEGÚN LAS USUARIAS

	Usuaris	%	% válido	% acumulado
*Enfermedad de transmisión sexual que puede causar cacu	2	12.5	12.5	12.5
*No sabe cómo explicarlo	2	12.5	12.5	25.0
*Como infección recurrente al inicio de la enfermedad que causa angustia y que solo se controla	1	6.25	6.25	31.25
*Como enfermedad delicada que se debe atender clínicamente	1	6.25	6.25	37.5
*No se le ha confirmado diagnóstico de VPH	1	6.25	6.25	43.75
*Hongos que causan comezón y flujo	1	6.25	6.25	50.0
*Enfermedad que puede provocar muerte	1	6.25	6.25	56.25
*Enfermedad difícil que se controla	1	6.25	6.25	62.5
*No aplica por que tienen otro diagnóstico	6	37.5	37.5	100.0
*Total	16	100.0	100.0	

FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

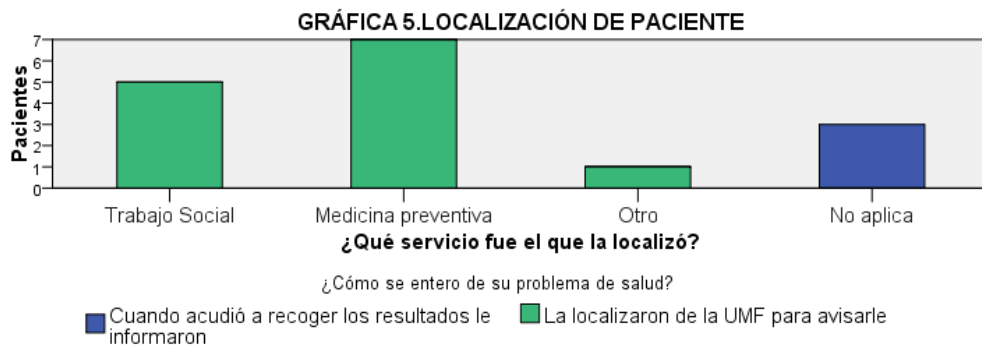
Se observa que el 58% de las usuarias se les comunicó que la prueba de Papanicolaou había salido con un diagnóstico citológico anormal en un lapso menor o igual al mes contrastando con el resto de las mujeres que se enteraron después del mes de haberse realizado la prueba.



De las 16 usuarias a las que se les realizó la entrevista a 3 de ellas les avisaron que su prueba de Papanicolaou presentaba alteración citológica al momento que fueron a Medicina Preventiva de la UMF 15 del IMSS por sus resultados,

A las 13 usuarias restantes se les localizó para informarles, 7 de ellas fueron localizadas por el servicio de Medicina Preventiva, 5 por Trabajo Social y una por Medicina Familiar.

Independientemente del servicio que las localizó para informarles del resultado de papanicolaou han sido contactadas por Trabajo Social para realizarles el estudio médico social, seguimiento y cierre de caso.

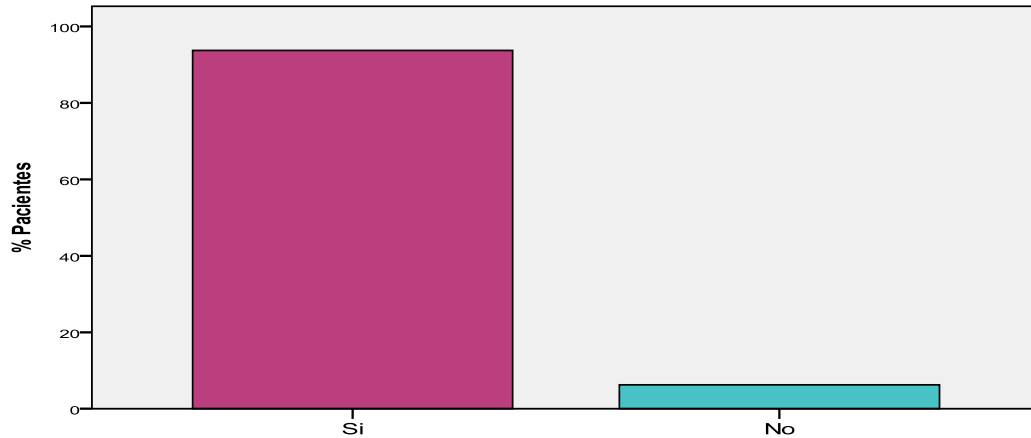


FUENTE:Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

Como se puede notar en la gráfica 6, el 93.75% de las usuarias, es decir, 15 de ellas consideran importante la intervención que trabajo social les ha dado en su caso, argumentando que es importante su intervención, principalmente porque se sienten apoyadas, y porque les informan sobre trámites administrativos, las sacan de dudas y sobre todo porque están al pendiente de que acudan a su tratamiento en la clínica de displasias del Hospital General de Zona 1 A Venados.

Solo el 6.25% no consideran importante la intervención de Trabajo Social con ellas, ya que argumentan “que como mujer se debe de estar consciente del cuidado de la salud”.

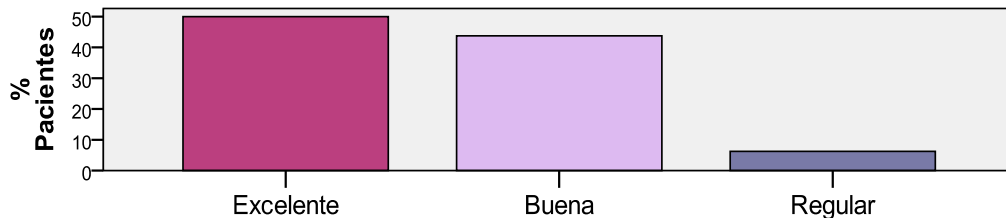
GRÁFICA 6. IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL SEGÚN LAS USUARIAS



FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

La calificación que dan las usuarias a la intervención de Trabajo Social es satisfactoria ya que ningún caso en el que se dijera que fuera una mala atención, como se puede observar en la gráfica 7, el 50% las usuarias califican la atención brindada por Trabajo Social como excelente, el 43.8% la califica como buena y el 6.3% la califica como regular, lo que nos dice que las usuarias están satisfechas con la atención que se les brinda por parte del servicio de Trabajo Social de la UMF 15 del IMSS.

GRÁFICA 7. CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL A LAS USUARIAS



FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.ota al pie

El hecho de que califiquen la atención brindada como buena y excelente en su mayoría lo considera debido a que al 75% de ellas les ayudó Trabajo Social a disminuir la angustia y ansiedad que les generó su problema de salud, al 81.3% de ellas les explicaron las trabajadoras sociales en qué consistía su

problema de salud y además el mismo porcentaje de mujeres que equivale a 13 mujeres Trabajo Social las motivó para que llevaran un tratamiento sobre su problema de salud. Además al 87.5% de ellas respondió que las trabajadoras sociales les explicaron las consecuencias de no atenderse medicamente el diagnóstico ginecológico. Como se observa en el cuadro 6.

CUADRO 6. MOTIVOS POR LOS QUE LAS USUARIAS CALIFICAN COMO EXCELENTE Y BUENO LA ATENCIÓN QUE TRABAJO SOCIAL LES BRINDA PORQUE LES AYUDÓ A DISMINUIR LA ANGUSTÍA Y ANSIEDAD

	Usuarías	%	% válido	% acumulado
Si	12	75.0	75.0	75.0
No	4	25.0	25.0	100.0
Total	16	100.0	100.0	

PORQUE LES EXPLICÓ EN QUE CONSISTÍA SU PROBLEMA DE SALUD

	Usuarías	%	% válido	% acumulado
Si	13	81.25	81.25	81.25
No	3	18.75	18.75	100.0
Total	16	100.0	100.0	

PORQUE LE EXPLICÓ LAS CONSECUENCIAS DE NO TENER TRATAMIENTO

	Usuarías	%	% válido	% acumulado
Si	14	87.5	87.5	87.5
No	2	12.5	12.5	100.0
Total	16	100.0	100.0	

PORQUE LA MOTIVÓ A LLEVAR EL TRATAMIENTO MÉDICO

	Usuarías	%	% válido	% acumulado
Si	13	81.25	81.25	81.25
No	3	18.75	18.75	100.0
Total	16	100.0	100.0	

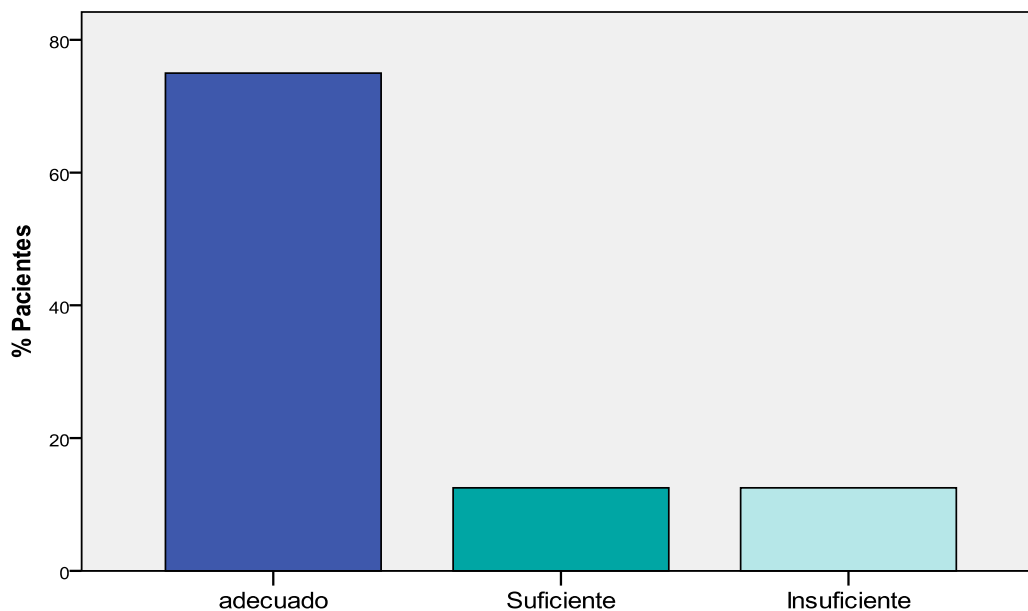
FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

En cuanto a las 4 mujeres que contestaron que el servicio de Trabajo Social no las ayudó a disminuir su problema de salud las razones que dan son las siguientes:

- No le explicaron de manera clara el diagnóstico que padece
- No fueron discretos con el diagnóstico de la paciente ocasionando que la familia se enterara cuando la paciente no le deseaba
- Solo ha hablado directamente con Trabajo Social una vez
- No contesto

Al calificar la información que Trabajo Social le ha brindado de acuerdo a su problema de salud los resultados se observa en la gráfica 8, en donde el 75% de las mujeres consideran que la información que Trabajo Social les brinda de acuerdo a su problema de salud es adecuado, mientras que un 12.5% considera suficiente la información y un porcentaje igual considera inadecuada la información que se le brindó.

GRÁFICA 8. CALIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN BRINDADA POR TRABAJO SOCIAL



FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

Los principales motivos de las 12 mujeres que consideraron la información brindada como adecuada se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 7. MOTIVOS DE LAS USUARIAS SOBRE PORQUE LA INFORMACIÓN BRINDADA ES ADECUADA

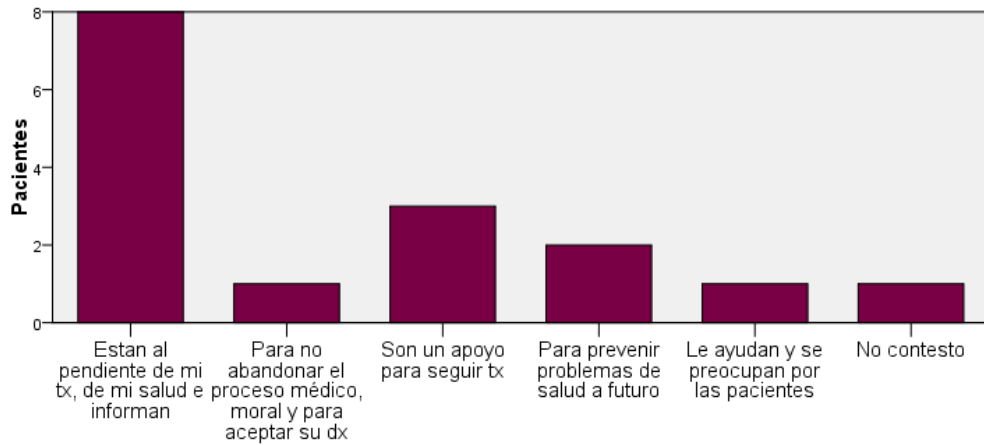
	Usuaris	%	% válido	% acumulado
*Dan seguimiento y están al pendiente de tx y de la salud de las usuarias	5	31.3	31.3	31.3
*La orientación sobre su problema de salud, resuelven dudas y las motivan	4	25.0	25.0	56.3
*Se atendió lo antes posible	1	6.3	6.3	62.5
*Es un buen servicio	2	12.5	12.5	75.0
*No aplica porque calificaron al servicio como suficiente e insuficiente	4	25.0	25.0	100.0
*Total	16	100.0	100.0	

FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

De las dos mujeres que consideraron que la información que la trabajadora social les proporcionó fue inadecuada, los motivos que dan son, “porque no le explicó su diagnóstico” y “porque la trabajadora social fue evasiva con ella”

A pesar de que el 100% de las mujeres considera importante el seguimiento de caso que Trabajo Social les ha dado y al momento de contestar la pregunta por qué consideran importante el seguimiento que Trabajo Social les brinda, las respuestas se explican en la gráfica 9. En donde en general se observa que las pacientes consideran importante el seguimiento de su caso ya que se sienten apoyadas en el proceso médico que su diagnóstico implica, al saber que Trabajo Social está al pendiente de sus citas y de que acudan a su tratamiento. A todas las usuarias se les ha hecho seguimiento de caso, ya sea, vía telefónica, entrevista directa en el servicio de Trabajo Social de la Unidad Médico Familiar número 15 del IMSS y/o en visita domiciliaria.

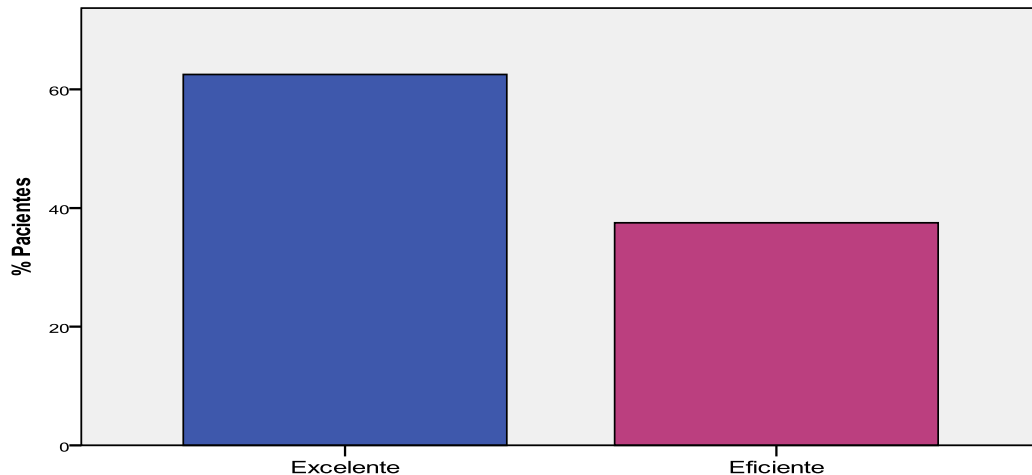
GRÁFICA 9. POR QUÉ ES IMPORTANTE EL SEGUIMIENTO DE TRABAJO SOCIAL



FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

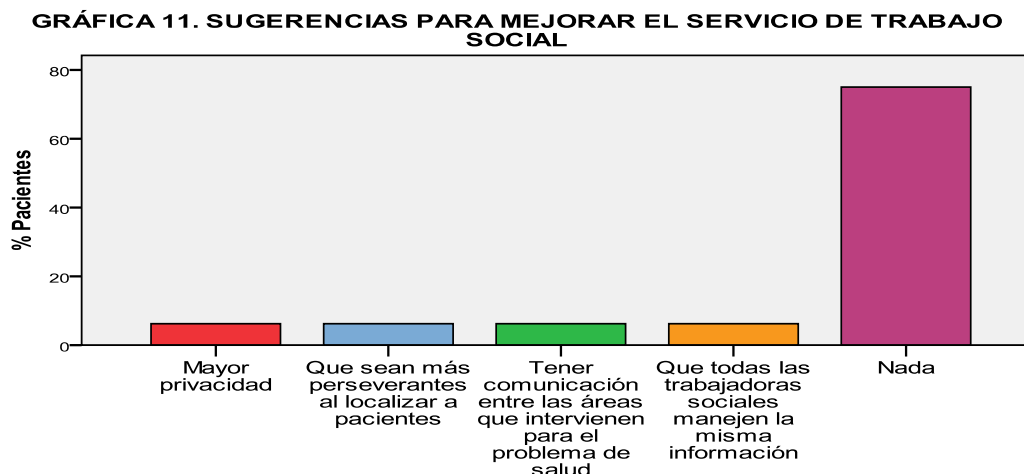
Con toda la intervención que el trabajador social realiza en cada caso y de acuerdo a la atención que cada usuaria ha recibido de parte del servicio, en general, califican con buen desempeño al servicio de Trabajo Social incluso el 62.5% de la muestra lo califican como excelente Y 6 usuarias que equivalen al 37.5% califican al servicio como eficiente.

GRÁFICA 10. CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO DE TRABAJO SOCIAL



FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

A pesar de que solo 4 usuarias proponen mejoras dentro del servicio, son propuestas que tienen que tomar en cuenta todas las trabajadoras sociales de la UMF 15 del IMSS.



FUENTE: Entrevista aplicada de Septiembre a Noviembre de 2010 a usuarias de la UMF 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

b) Trabajadoras Sociales

El cuestionario aplicado a las trabajadoras sociales consta de 40 preguntas con subpreguntas y se aplicó a 6 de las 7 trabajadoras sociales adscritas a la Unidad Médico Familiar 15 del IMSS, ya que una de ellas se negó a contestar el cuestionario con el motivo de “que llevaba una semana trabajando en la unidad y desconocía el programa y la intervención que realizaban”. Las otras 6 trabajadoras sociales mostraron resistencia a contestar el instrumento, ya que solo dos trabajadoras en ambos turnos, matutino y vespertino son asignadas por año, para realizar intervención con las mujeres diagnosticadas con displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino, sin embargo, todas están obligadas a canalizar a las usuarias de la unidad al servicio de Medicina Familiar para la realización de papanicolaou y deben de realizar educación de la salud con el grupo etario de las mujeres. Y además cualquiera de las trabajadoras sociales tiene la obligación de atender a las usuarias con control en la clínica de displasia del HGZ 1A Venados, si la

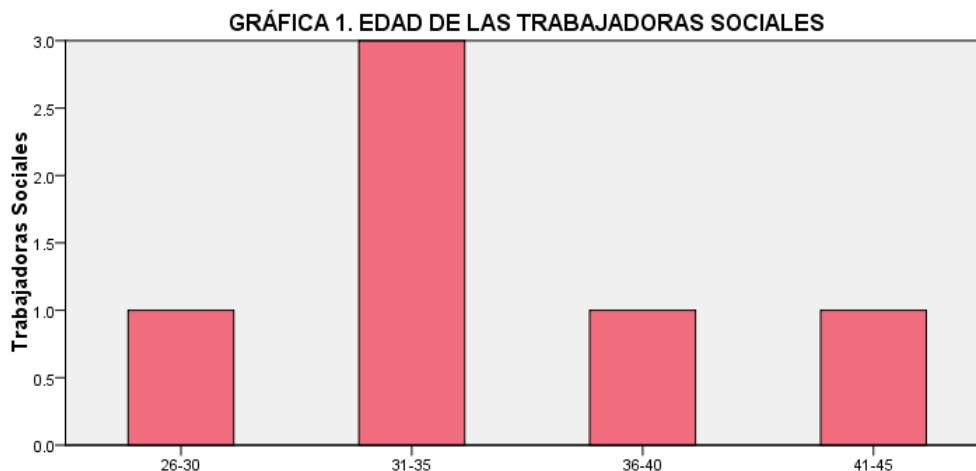
compañera asignada a la intervención se encuentra ocupada o no se encuentra dentro del servicio por cualquier motivo, como puede ser, que este de vacaciones, haya salido a visita domiciliar, se encuentre de incapacidad, etc. Por lo tanto todas las trabajadoras sociales deben de conocer el Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino. al igual que las guías de complemento y la manera de intervención que al servicio le corresponde.

A todas las trabajadoras sociales se les aplicó el instrumento el mismo día de manera individual, algunas trabajadoras sociales manifestaron que no han manejado el programa y se observó incluso que no conocían la Guía Técnica para Trabajo Social en Unidades Médicas ni el Programa para la Vigilancia, prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino y sus respectivas guías y en el momento acudieron a la jefa por los instrumentos para informarse del contenido de los mismos, la jefa del servicio se los proporcionó pero con la llamada de atención de que cuando llegaron a laborar dentro del servicio de Trabajo Social dentro de la Unidad Médico Familiar número 15, ella les proveyó todos los documentos de los diferentes programas en los que participan.

En general se puede decir, que 5 de las trabajadoras sociales contestaron el instrumento apoyándose entre ellas mismas, con la ayuda del internet y con las guías, manuales y programas en mano.

Del instrumento aplicado a las trabajadoras sociales (véase anexo D) se muestra los resultados obtenidos a continuación:

En la gráfica 1, se observa las edades de las 6 trabajadoras sociales; 3 de ellas tienen entre 31 a 35 años; otra, una se encuentra entre los 26 a 30 años y las otras 2 trabajadoras sociales, están en la edad de 36 a 45 años. Se puede decir, que la mayoría de las trabajadoras sociales se encuentran en una edad productiva joven.



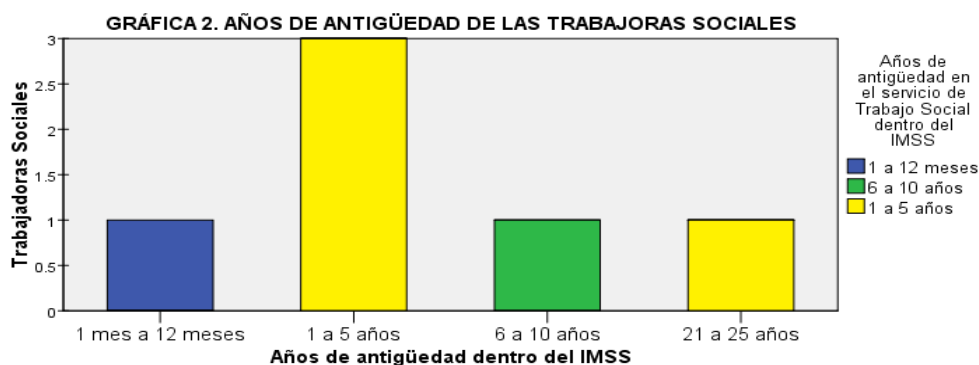
FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

El promedio de la antigüedad de las trabajadoras sociales es de entre 1 a 5 años dentro de la institución lo que equivale al 50% de ellas, solo una de ellas tiene una antigüedad de entre 6 a 10 años, una más cuenta con una antigüedad no mayor a un año, y otra tiene trabajando dentro de la institución entre 21 y 25 años.

Cuatro trabajadoras sociales llevan en el servicio de Trabajo Social de 1 a 5 años, es decir, el 66.7%, y solo una de ellas lleva menos de un año tanto de antigüedad dentro de la institución como dentro del servicio de Trabajo Social.

Es importante mencionar para no confundir porque la gráfica lleva dos datos tanto la antigüedad dentro de la institución como dentro de Trabajo Social, ya que en IMSS se puede entrar a otra categoría y después pedir cambio a la categoría de Trabajo Social, y en esta condición en la que primero entran por otra categoría se encuentra una de las trabajadoras sociales, que lleva entre 21 a 25 años de antigüedad dentro del IMSS, pero lleva ejerciendo como trabajadora social menos de 5 años. Es importante observar que cinco de ellas es decir, el 83.4%, llevan ejerciendo la carrera de Trabajo Social más

de un año, por lo tanto deben de saber todas las funciones del servicio, así como las intervenciones que realizan.



FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

En la gráfica 3 se muestra el nivel de estudios de las trabajadoras sociales que están adscritas al servicio dentro de la Unidad Médico Familiar número 15. Y se observa que la mitad de ellas, es decir, 3 son trabajadoras sociales a nivel técnico, y las otras 3 lo son a nivel licenciatura. Solo dos de las trabajadoras sociales cuentan con otros estudios y además son las que estudiaron la carrera a nivel técnico, ninguna de las licenciadas en Trabajo Social ha realizado algún otro tipo de estudio.



FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Todas las trabajadoras sociales tienen una definición diferente de Trabajo Social, para unas Trabajo Social es una disciplina, profesión o actividad profesional.

Cuatro trabajadoras sociales coinciden que la profesión identifica e interviene en problemas y necesidades sociales.

CRUADRO 1. DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL SEGÚN LAS TRABAJADORAS SOCIALES

	TS	%	% válido	% acumulado
*Disciplina que interviene en la problemática social para mejorar el bienestar social.	1	16.66	16.66	16.66
*Trabajador en el aspecto social en la búsqueda de integrar al ser humano productivo en la sociedad	1	16.66	16.66	33.32
*Intervención con cliente enfocada en soluciones de problemas, cambios de estilo de vida, orientar promover, facilitar e informar	1	16.66	16.66	49.98
*Profesión social que perfila a identificar problemas y carencias, así, como los recursos para favorecer a la equidad social	1	16.66	16.66	66.64
*Disciplina, ciencia o técnica social que identifica necesidades y problemas sociales y proporciona herramientas a individuo para mejorar su calidad de vida	1	16.66	16.66	83.3
*Actividad profesional que ayuda a individuos, grupos y comunidades a mejorar su situación y sus condiciones de vida	1	16.66	16.66	100.0
*Total	6	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

De la misma manera a pesar de que todas tienen diferentes puntos de vista para definir al Trabajo Médico Social, dos trabajadoras sociales coinciden que éste identifica los factores sociales que inciden en el proceso salud, para una es un apoyo en su tratamiento médico gracias a la educación de la salud que imparten a los usuarios.

CUADRO 2. DEFINICIÓN DE TRABAJO MÉDICO SOCIAL

	TS	%	% válido	% acumulado
*Profesión que identifica factores sociales que inciden en el estado de salud de los individuos a través de un proceso metodológico	3	50.0	50.0	50.0
*Parte esencial y coadyuvante para el paciente en el apoyo de tratamiento, educación de la salud del paciente caso o grupo	1	16.66	16.66	66.66
*Facilitador para que las personas desarrollen sus potencialidades y enriquezcan su vida mediante procesos educativos	1	16.66	16.66	83.32
*Proceso en que Trabajo Social interviene en el área de la salud para conocer el medio social para actuar y lograr mejora en salud de usuarios	1	16.66	16.66	100.0
*Total	6	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Todas las trabajadoras sociales afirman dentro del cuestionario conocer y utilizar la Guía Técnica para Trabajo Social en Unidades Médicas, al igual que los procesos de intervención que Trabajo Social utiliza dentro de la institución como se muestran en la tabla 3, pero dentro de la observación realizada por la que suscribe se vio que 5 de las 6 trabajadoras sociales utilizaron al momento de contestar el instrumento, los manuales, guías que ocupan dentro del servicio para contestarlo, lo que indica que no conocían el contenido de los documentos.

CUADRO 3. TRABAJADORAS SOCIALES QUE CONOCEN LA GUÍA Y LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

	TS	%	% válido	% acumulado
Si la conocen	6	100.0	100.0	100.0

	TS	%	% válido	% acumulado
Si la utilizan	6	100.0	100.0	100.0

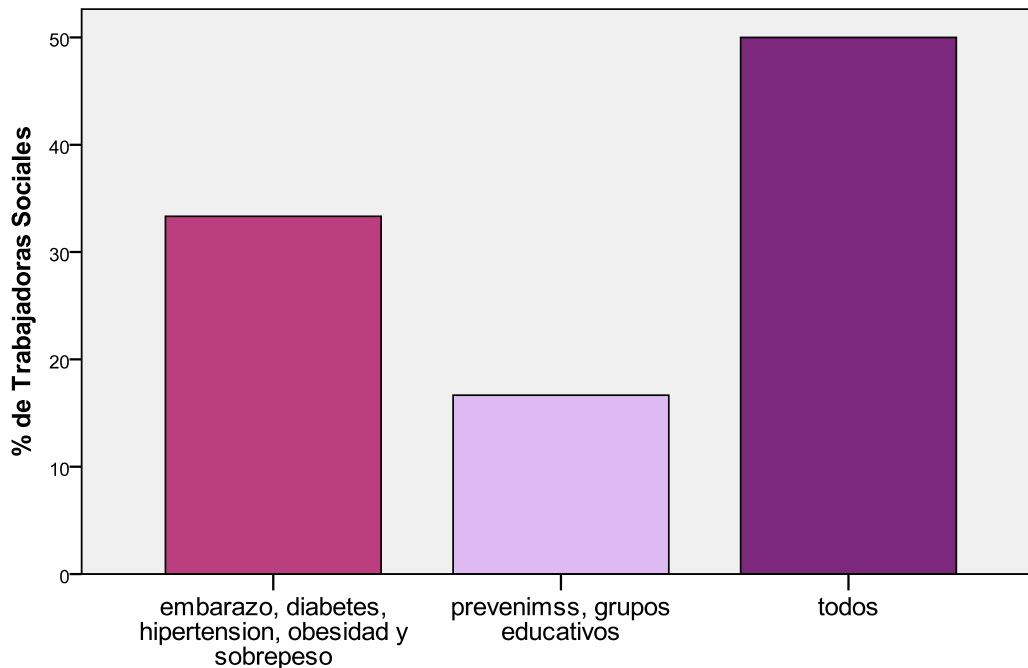
PROCESOS DE INTERVENCIÓN	TS	%	% válido	% acumulado
proceso sustantivo: educativos, integración de paciente apoyo social inv. proceso apoyo: planeación evaluación y control	5	83.3	83.3	83.3
investigación diagnóstico plan tratamiento y evaluación	1	16.7	16.7	100.0
Total	6	100.0	100.0	

PROCESOS DE INTERVENCIÓN EN QUE PARTICIPAN	TS	%	% válido	% acumulado
en el proceso sustantivo	5	83.3	83.3	83.3
en el proceso sustantivo y de apoyo	1	16.7	16.7	100.0
Total	6	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Todas las trabajadoras sociales conocen todos los programas que manejan dentro de la Unidad Médico Familiar, pero algunas les dan más importancia a ciertos programas cuando en la pregunta 9.-Para usted ¿cuáles son los programas más importantes? El 50% de ellas contestó que consideran importante todos los programas en los que participa dentro de la Unidad Médica que son: embarazo y lactancia, embarazo de alto riesgo, tamiz neonatal, diabetes, hipertensión, obesidad y sobrepeso, niño sano, mujeres, varón, adolescentes, adultos mayores, grupos vulnerables, apoyo en localización de pacientes, reintegración de pacientes a tratamiento, resolución de conflictos. Para un 33.3%, los programas con mayor importancia son: embarazo, diabetes, hipertensión, obesidad y sobrepeso. y para un 16.7% solo consideran importantes a los grupos prevenimss y los grupos educativos.

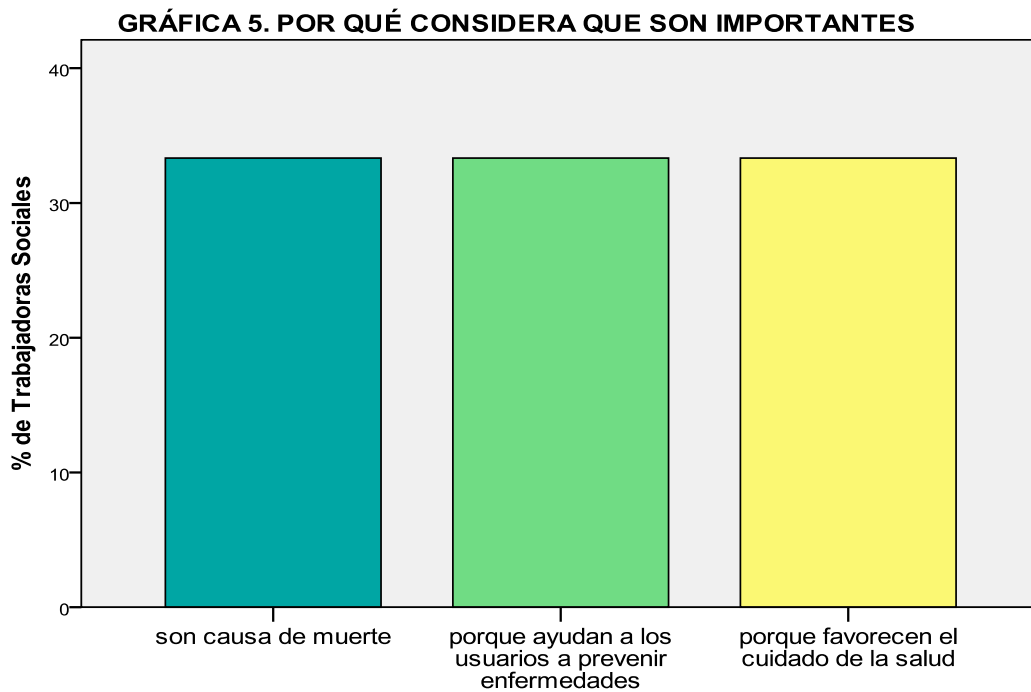
GRÁFICA 4. PROGRAMAS CON MAYOR IMPORTANCIA PARA LAS TRABAJADORAS SOCIALES



FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Las trabajadoras sociales dan tres motivos por los que para ellas son importantes los programas: para dos de ellas “son causa de muerte”, para dos más “porque se ayuda a los usuarios a prevenir enfermedades” y el último motivo que dan dos de las trabajadoras sociales “porque favorecen el cuidado de la salud”

En general se puede decir que todas las trabajadoras sociales buscan a través de la intervención que realizan dentro de los programas que maneja la institución dentro de la Unidad Médico Familiar número 15, incidir en la salud de los usuarios.

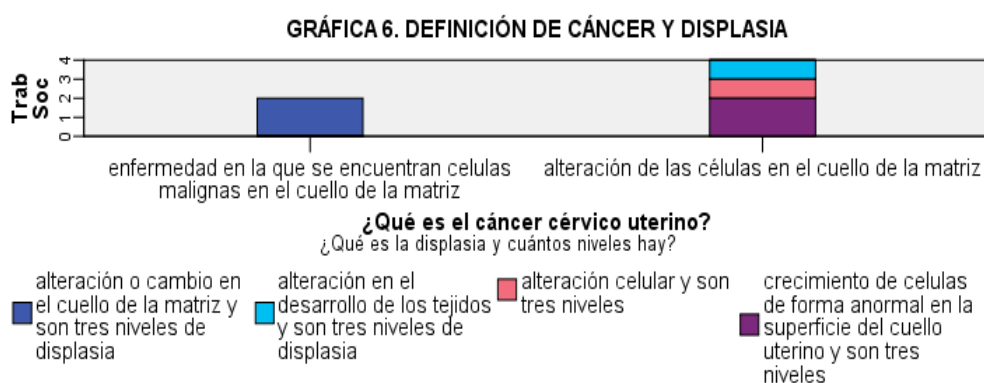


FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Cuando se les preguntó a las trabajadoras sociales qué es el cáncer cérvico uterino, qué es la displasia y sus niveles, qué es el VPH y su relación con el cacu se observa que manejan términos básicos sobre los mismos y se describen en las gráficas 6 y 7.

Las respuestas que dan las Trabajadoras sociales son correctas aunque de manera muy básica, para cuatro de ellas el cáncer cérvico uterino es una alteración celular, para dos más un crecimiento celular de forma anormal.

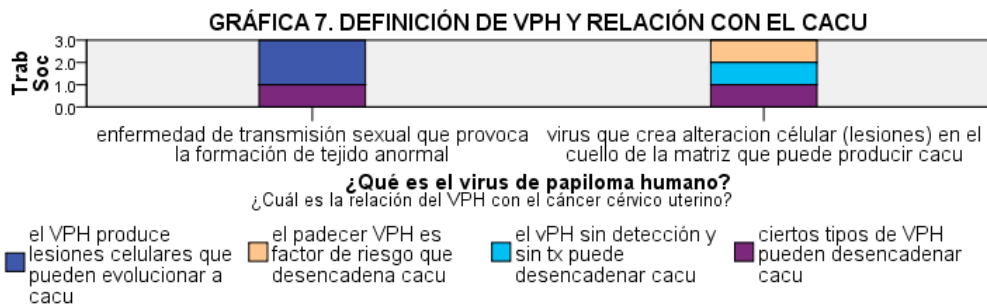
En cuanto a la displasia la definen cuatro de las trabajadoras sociales como una alteración de las células en el cuello de la matriz, y dos de ellas como células malignas en el cuello de la matriz.



FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Tres de las trabajadoras sociales definen al virus de papiloma humano como una enfermedad de transmisión sexual que puede provocar la formación de tejidos anormales. Las otras tres trabajadoras sociales aunque coinciden con la anterior definición, comentan que el VPH puede provocar cáncer cérvico uterino.

En general la información que manejan es básica para poder orientar a las usuarias sobre el problema de salud que conlleva el cáncer cérvico uterino así como su desarrollo desde etapas tempranas, lo cual ayuda a su intervención con las mujeres diagnosticadas con este tipo de padecimientos. Sin embargo, no cuentan con una profesionalización del tema.

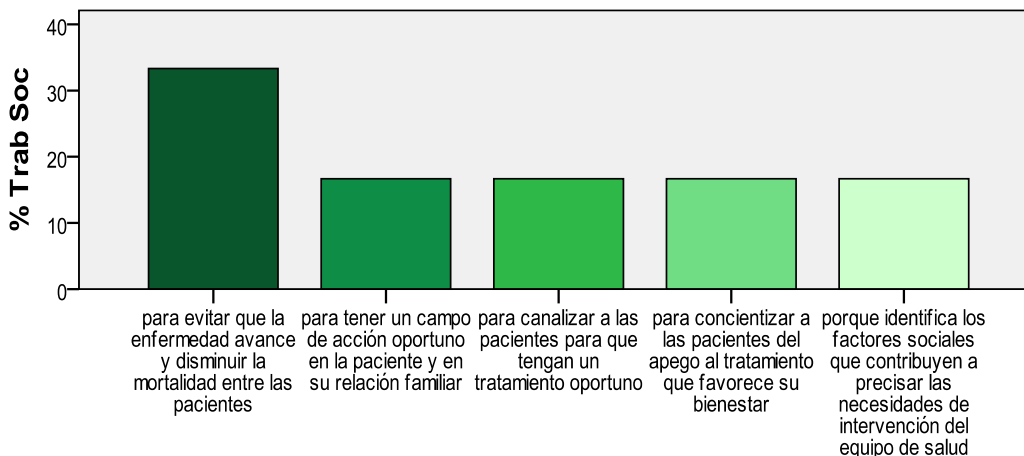


FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Con respecto a la importancia que las trabajadoras sociales les dan a la intervención que se realiza con las usuarias queda reflejada en la gráfica 8.

Como se observa, el 33.33% de las trabajadoras sociales encuestadas, es decir, dos de ellas, considera que la intervención que realiza es importante para evitar que la enfermedad de cáncer cérvico uterino avance y de esta manera disminuya la mortalidad por esta enfermedad en las pacientes, sin embargo, en general, todas las trabajadoras sociales coinciden que su intervención es importante con las usuarias diagnosticadas con VPH, displasia o cáncer cérvico uterino para evitar que la enfermedad llega a convertirse en un cáncer generalizado y por tanto en la muerte prematura de las mujeres.

GRÁFICA 8. IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL



FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo para que las trabajadoras sociales de la Unidad Médico Familiar número 15 del IMSS realicen intervención con las usuarias con los diagnósticos mencionados se tienen que basar en el programa institucional, al igual que en los manuales y guías de comunicación educativa correspondientes, por tanto, dentro del cuestionario que se les aplicó se consideró importante preguntarles si conocen estas herramientas y si las utilizan dentro de la intervención, todas afirman conocer el programa y utilizarlo dentro de su intervención, todas también afirman conocer y utilizar el manual y una acepta no conocer la guía y por tanto no utilizarla, las otras 5 aceptan conocerla y utilizarla.

Por tanto, todas las trabajadoras sociales deben de tener un manejo adecuado de la información y de la forma de intervenir de su servicio.

A las trabajadoras sociales se les cuestionó en la preguntas 29 y 29b sobre si considera útil para las usuarias el manejo de la información que les brindan sobre diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano y cáncer cérvico uterino, y el por qué. El 100% de las trabajadoras sociales considera si le es útil a las usuarias la información que les brindan. Las razones que argumentan las trabajadoras sociales sobre la utilidad del manejo de la

información que se les brinda en general es que se logra integrar a la paciente de manera consciente a tratamiento médico, y de esta manera lo culminen con éxito.

CUADRO 4. PORQUÉ ES ÚTIL EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN SEGÚN LAS TRABAJADORAS SOCIALES

	TS	%	% válido	% acumulado
*Se integra y se logra un apego al tratamiento	4	66.66	66.66	66.66
*La información y el conocimiento es base para conocer la realidad de los hechos del paciente	1	16.66	16.66	83.33
*Se concientiza y aceptan tratamiento	1	16.66	16.66	100.0
*Total	6	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

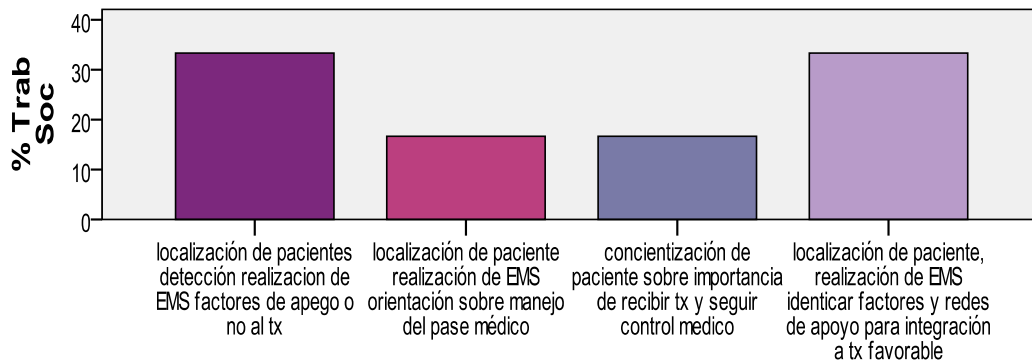
En la gráfica 9, cinco trabajadoras sociales coinciden que una de las actividades que tienen que realizar durante la intervención en la prevención de displasia, VPH o cáncer cérvico uterino es canalizar a las usuarias al servicio de medicina preventiva, además dentro de su intervención realizan orientación o sensibilización sobre el cuidado de la salud. Solo una de las trabajadoras sociales maneja únicamente la sensibilización y orientación sobre los cambios de estilo de vida favorable para el cuidado de la salud.



FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

En esta gráfica 10 se ve que el 33.3% de las trabajadoras sociales realizan localización de pacientes y aplicación del Estudio Médico Social, una de ellas que equivale al 16.7% solo realiza concientización sobre la importancia de seguir tratamiento médico de acuerdo al diagnóstico, dos de las trabajadoras sociales el equivalente a un 33.3%, identifica factores de apego al tratamiento y un equivalente aparte de identificar factores identifica también redes de apoyo. En general se puede observar que las empleadas del servicio de Trabajo Social localizan a todas las usuarias con diagnóstico de displasia, VPH o cáncer cérvico uterino para que sean canalizadas a la Clínica de displasia en el HGZ 1-A Venados e inicien tratamiento de manera rápida.

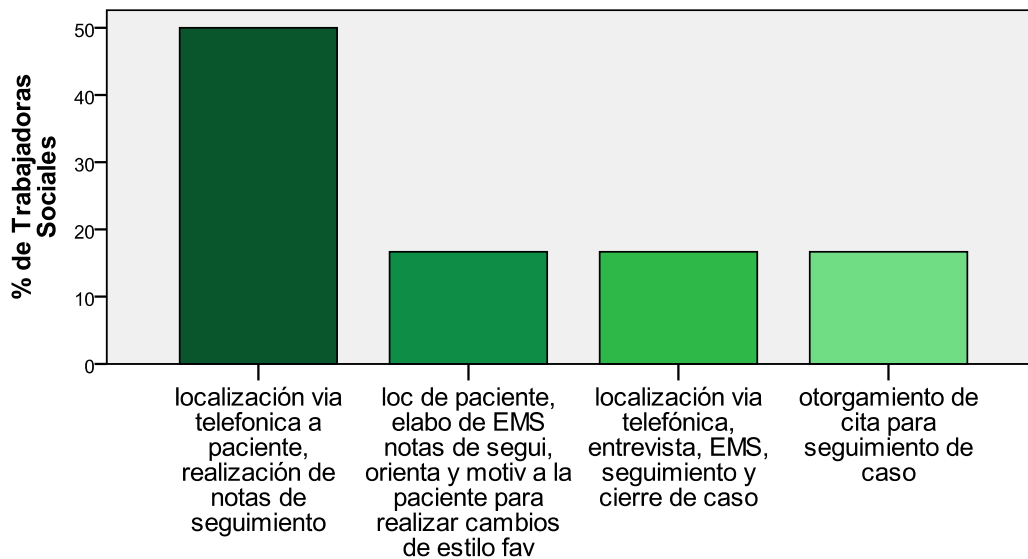
GRÁFICA 10. INTERVENCIÓN DE TRABAJOS SOCIAL EN LA CANALIZACIÓN DE USUARIAS A LA CLINICA DE DISPLASIA.



FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS.

El 50% de las trabajadoras sociales realizan el seguimiento de caso mediante localización vía telefónica y realizando notas, el 16.7% además de lo anterior orienta y motiva a las pacientes para realizar cambios de estilo de vida favorable, otro 16.7%, realiza Estudio Médico Social, entrevista hasta el cierre de caso de la paciente que es cuando es dada de alta de la Clínica de displasia. Otro 16.7% trabajadora social realiza el seguimiento de caso mediante entrevista directa al otorgar cita con ella dentro del servicio. En general, todas las trabajadoras sociales están al pendiente del tratamiento de las usuarias mediante el seguimiento de caso.

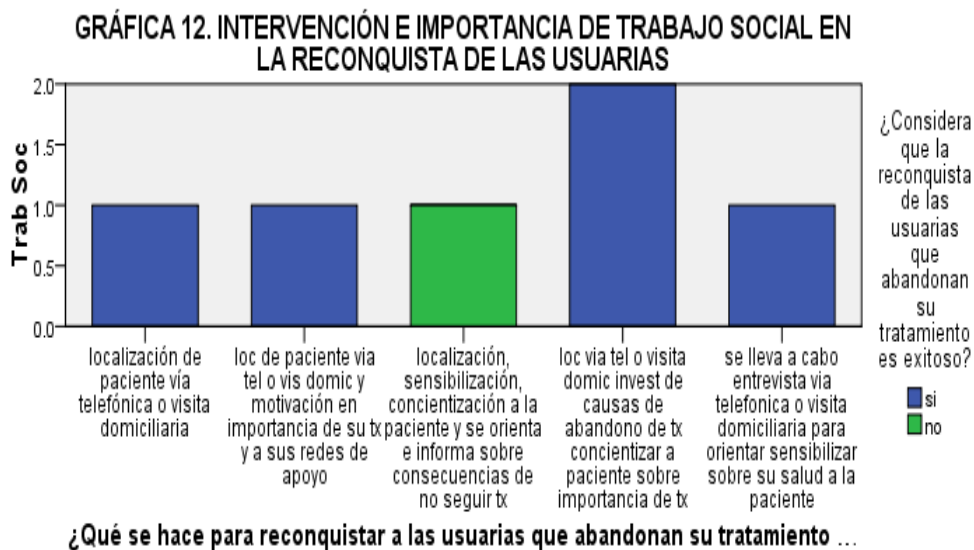
GRÁFICA 11. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES.



FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Como se puede observar en la gráfica 12, en general cinco de las trabajadoras sociales coinciden en concientizar a las usuarias sobre la importancia de seguir con tratamiento médico, además de que localizan a las pacientes y de esta manera identificar los motivos del abandono.

Cinco de las seis trabajadoras sociales consideran que la reconquista de las usuarias que abandonan tratamiento es exitoso y solo una de ellas no está de acuerdo argumentando “porque existe tabús y creencias”. Es importante mencionar que ninguna de las usuarias a las que se entrevisto ha abandonado su tratamiento médico y 14 de ellas consideran que no lo han hecho ya que trabajo social les ha informado las consecuencias de hacerlo. Las otras 2 mujeres consideran que no lo abandonan porque están consientes del cuidado de su salud.



FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

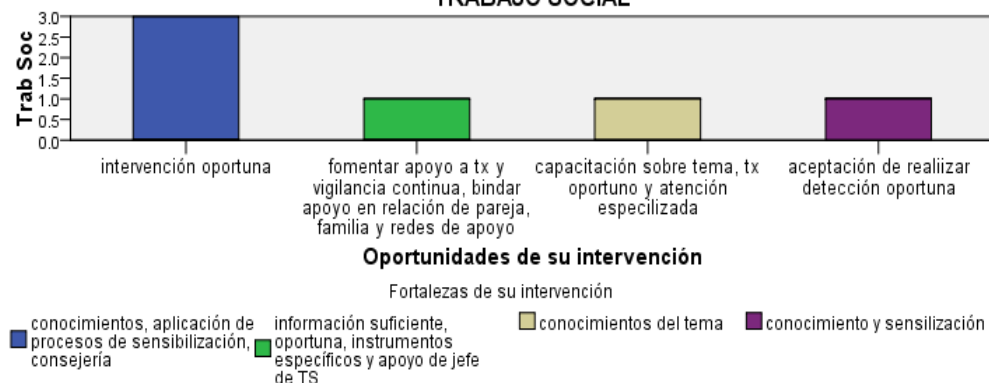
Para conocer las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de las trabajadoras sociales se les pidió que desarrollaran el cuadro FODA, con los datos obtenidos se elaboraron dos gráficas cruzadas cuyos resultados son los siguientes:

Dentro de las fortalezas se señala en la gráfica 13, que tres de las trabajadoras sociales consideran tener una intervención oportuna, una de las trabajadoras sociales comenta que dentro de las oportunidades encuentra el fomentar apoyo al tratamiento médico de la paciente y una vigilancia continua a través del seguimiento de caso, además de que considera que brinda apoyo en la relación de pareja y de familia de la usuaria así como de las redes de apoyo. Otra de las trabajadoras sociales considera que cuenta con los conocimientos necesarios sobre el tema y por último una trabajadora social considera como fortaleza el hecho de que las usuarias acepten la realización de detección oportuna mediante el envío a Medicina Preventiva para la realización del papanicolauo

En cuanto a las oportunidades de la intervención que realizan el 83.4% de ellas consideran que cuentan con conocimientos del tema, además de esto el 66.7% piensa como oportunidad el manejo de los procesos de sensibilización y el 50% la consejería sobre el tema⁹⁶.

⁹⁶ Se hace la aclaración de que son fortalezas, sin embargo, para las trabajadoras sociales son oportunidades.

GRÁFICA 13.FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL



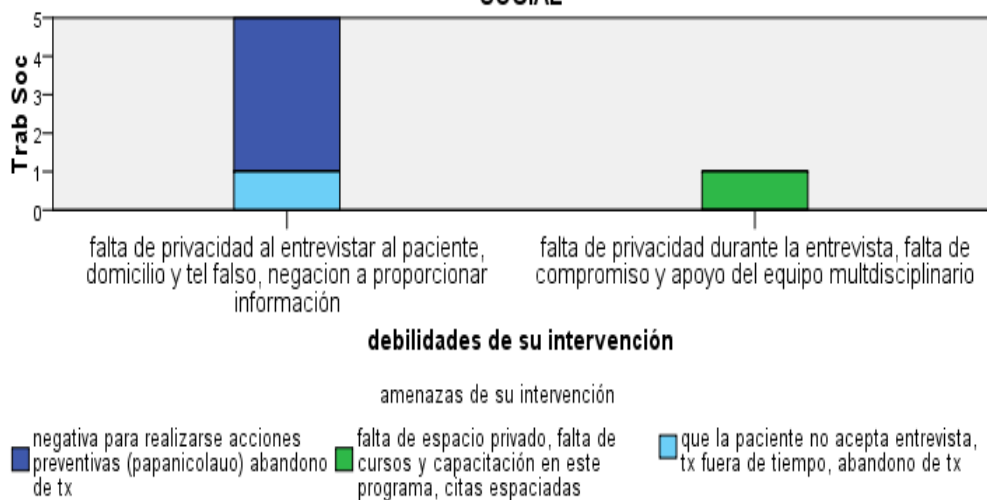
FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

El 100% de las trabajadoras sociales consideran como debilidades la falta de privacidad⁹⁷, es decir, solo se cuenta con un espacio para el servicio de Trabajo Social, en el cual se atiende a todos los usuarios que así lo requieren y por tanto, no se logra en las pacientes una libre expresión del problema de salud, por pena de que los demás usuarios se enteren. Un 16.7% comenta que una debilidad más es la falta de compromiso y apoyo del equipo multidisciplinario. Mientras que el 83.3% piensa que otra de las debilidades tiene que ver con las usuarias al proporcionar datos de localización falsos y la negación de las pacientes para que se les proporcione información sobre su problema de salud.⁹⁸

⁹⁷ Es importante aclarar que la falta de privacidad es una amenaza y una debilidad pero así lo consideran las trabajadoras sociales.

⁹⁸ También los datos de localización falsos, la negación de las pacientes son amenazas y no debilidades.

GRÁFICA 14. DEBILIDADES Y AMENAZAS DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

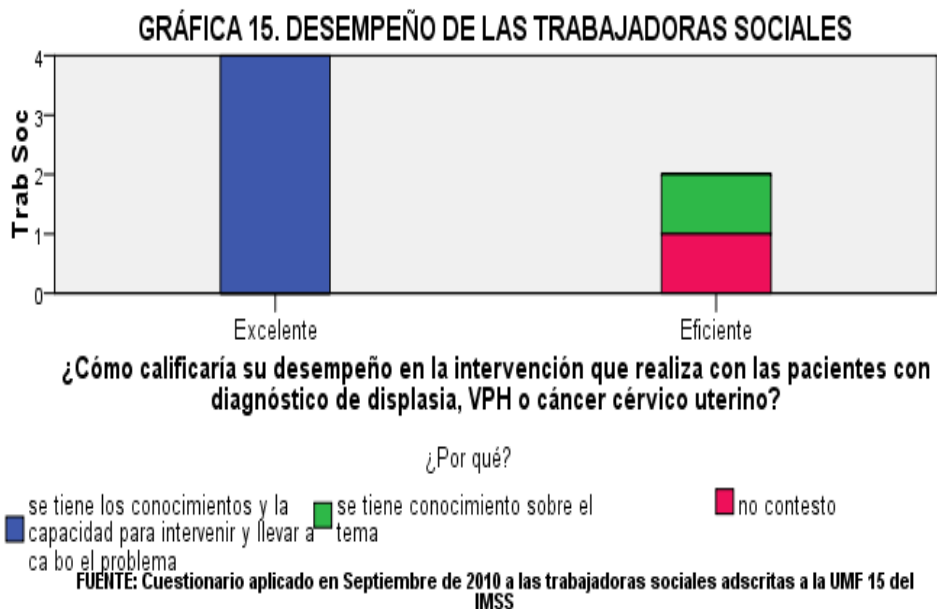


FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Por otro lado se les pidió a las empleadas del servicio de Trabajo Social que calificaran su desempeño en la intervención que realizan con las mujeres con los diagnósticos ya mencionados y como se muestra en la gráfica 15.

En donde se observa que cuatro de las adscritas al servicio de Trabajo Social califican su desempeño como excelente porque tienen los conocimientos y la capacidad para intervenir y llevar a cabo el problema, como se puede ver en la gráfica.

Dos de ellas manifiestan el desempeño de su intervención como eficiente. Y solo una de ellas argumenta que es porque tiene conocimientos sobre el tema.



Cinco de las trabajadoras sociales informan que las evaluaciones sobre la intervención en el servicio las aplica tanto la Jefa de Trabajo Social y el Epidemiólogo que es el jefe del servicio de Medicina Preventiva dentro de la Unidad Médico Familiar, solo una de las trabajadoras sociales comenta que la evaluación la realiza la jefa de Trabajo Social. En cuanto a la periodicidad de la evaluación cuatro están de acuerdo en que se realiza de manera anual, una más comenta que se realiza cada 6 meses y otra más dice que cada mes se les evalúa. Como se puede observar las respuestas sobre la periodicidad varían aunque más de la mitad están de acuerdo que es de manera anual y más adelante se confrontaran con las respuestas de la jefa del servicio y con el epidemiólogo.

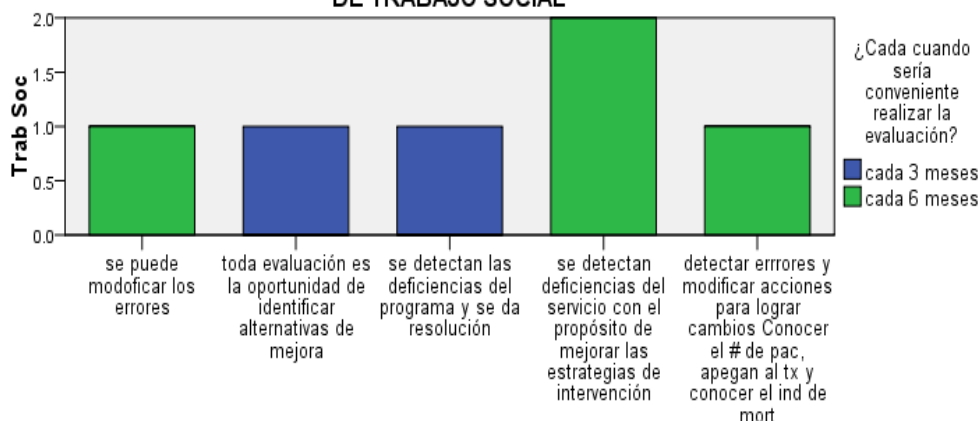


FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Se consideró preguntarles si es importante efectuar evaluaciones de la intervención que realizan y el 100% de ellas están de acuerdo en que si es importante y también se les preguntó porqué lo consideran así y cada cuando les gustaría que se les aplicara esta evaluación y en la gráfica 17 se observan sus respuestas.

Como se puede ver la mayoría de las trabajadoras sociales tienen diferentes opiniones sobre por qué si es importante realizar evaluaciones sobre la intervención que realizan, sin embargo, todas coinciden en que es importante llevar a cabo las evaluaciones para detectar las deficiencias y para corregirlas; solo una de ellas además agrega que es importante para conocer el número de pacientes que se apegan a su tratamiento médico y conocer el índice de mortalidad, por lo tanto también se interesa por el impacto que genera su intervención.

GRÁFICA 17. REALIZACIÓN DE EVALUACIONES A LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL



¿Por qué?

FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Como ellas mismas lo dicen que el hecho de llevar una evaluación sirve para detectar deficiencias en su intervención y corregirlas, se les pregunta si creen necesario mejorar su intervención y todas responden afirmativamente. En general, cinco de las seis trabajadoras que contestaron el instrumento consideran necesario regenerar la intervención que realiza para mejorar la atención a las usuarias que requieran de sus servicios. Solo una de las trabajadoras sociales no contestó. Y los motivos se expresan en el cuadro 5.

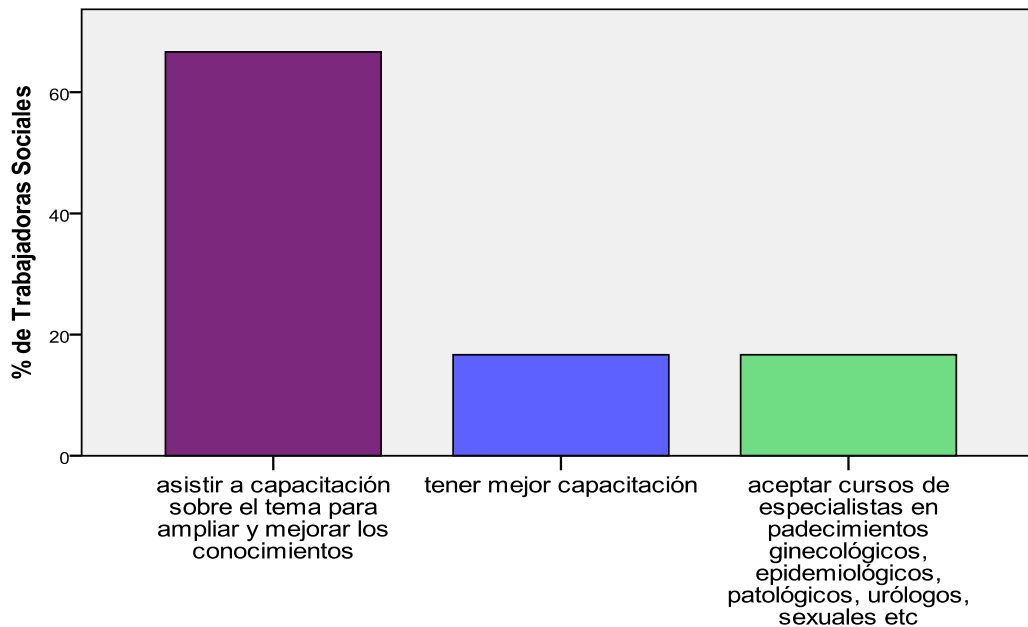
CUADRO 5. MOTIVOS POR EL QUE DEBEN MEJORAR LA INTERVENCIÓN

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
-Para brindar una atención con mayor calidad y calidez	4	66.7	66.7	66.7
-Siempre estamos en constante cambio y siempre existe alternativas para brindar mejor atención	1	16.7	16.7	83.3
-No contesto	1	16.7	16.7	100.0
Total	6	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Justamente como todas las trabajadoras sociales consideran necesario mejorar su intervención, es necesario saber que están dispuestas a hacer para lograrlo y como se puede observar en la gráfica, todas están dispuestas a tener capacitación sobre los temas relacionados con su intervención. Esto nos indica que no tienen resistencia al cambio, siempre y cuando sea para mejorar las funciones, actividades e intervenciones que realizan con las usuarias.

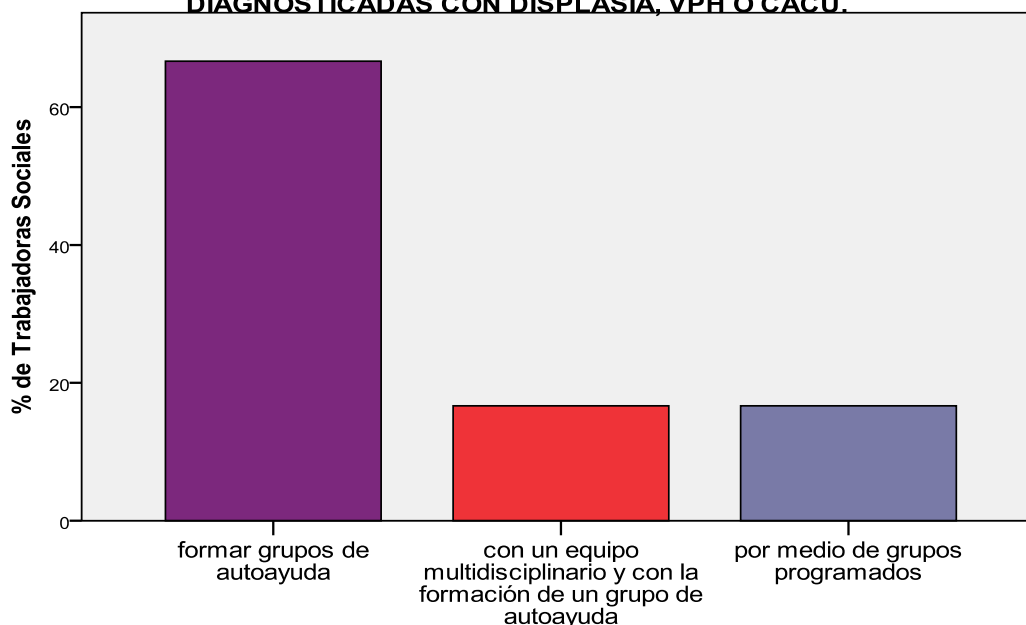
GRÁFICA 18. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA INTERVENCIÓN



FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Por último en relación a la opinión sobre cómo les gustaría que se trabajara en la intervención que realizan con las mujeres con diagnóstico de displasia, VPH, o cacu, se obtuvo que el 66.7% de las trabajadoras sociales les gustaría que se formaran grupos de auto ayuda, a una de ellas además de lo anterior propone trabajar en conjunto con un equipo multidisciplinario, y solo a una de las trabajadoras sociales comenta que le gustaría trabajar con grupo programados, que esta relaciona en cierta forma con los grupos de autoayuda que proponen sus demás compañeras.

GRÁFICA 19. PROPUESTAS DE COMO INTERVENIR CON LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON DISPLASIA, VPH O CACU.



FUENTE: Cuestionario aplicado en Septiembre de 2010 a las trabajadoras sociales adscritas a la UMF 15 del IMSS

Por tanto todas las trabajadoras sociales están conscientes que la intervención que realizan tiene una influencia sobre las pacientes y la manera en que intervienen es la diferencia en como asume la responsabilidad del cuidado de su salud la paciente, por tanto, reconocen que existen deficiencias en la manera de intervenir que con capacitación se pueden cubrir, además también reconocen que tienen fortalezas que hasta la fecha les ha permitido a las pacientes culminar con un tratamiento médico de manera responsable.

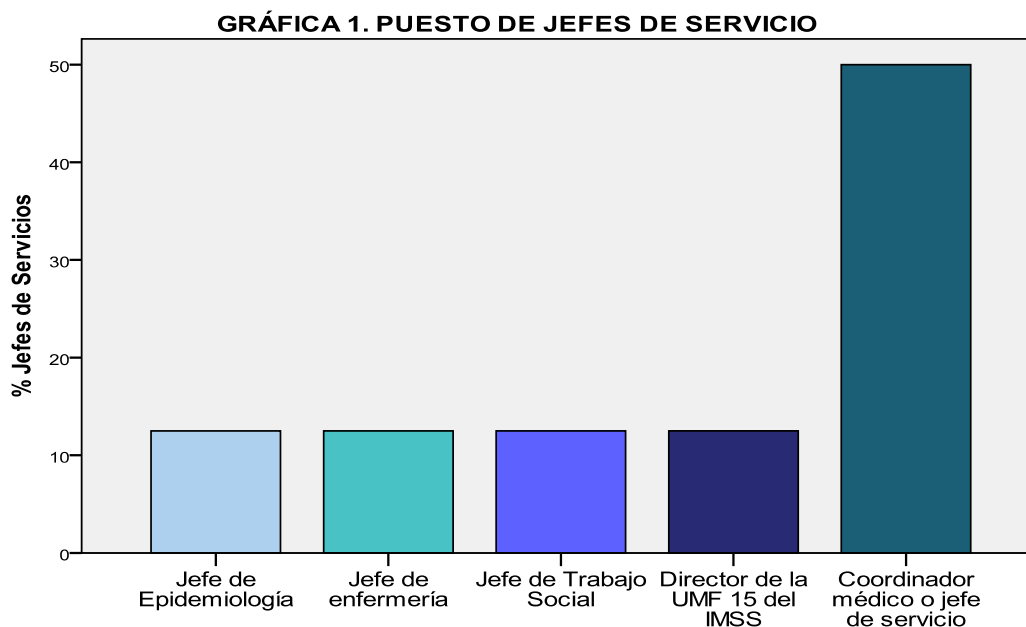
c) Jefes de Servicio

Para obtener diferentes enfoques sobre la intervención que Trabajo Social realiza con las mujeres con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano y/o cáncer cérvico uterino, se aplicó un instrumento a los jefes de servicios que tienen relación con el programa dentro de la UMF número 15 del IMSS. Los resultados del instrumento aplicado a los jefes de servicio (véase anexo E) fueron los siguientes:

Es importante mencionar que en un principio se tenía contemplado aplicar el instrumento a todos los jefes de servicio de ambos turnos (12 jefes), con relación directa con el programa institucional sobre el cáncer cérvico uterino, sin embargo, por falta de disponibilidad de parte de ellos, solo se logró aplicar a ocho de los jefes.

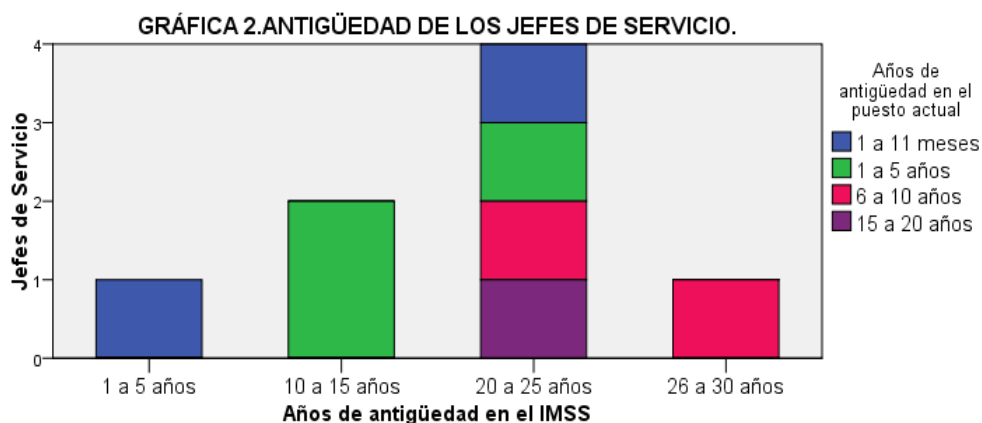
De los ocho jefes que contestaron el cuestionario, cuatro son coordinadores médicos, (en total hay 6 coordinadores médicos en la Unidad Médico Familiar y son los encargados de resolver trámites administrativos de los consultorios a su responsabilidad pero como se menciona solo cuatro contestaron los otros dos no lo hicieron argumentando que no tenían tiempo).

Los otros cuatro jefes de Servicio que contestaron el cuestionario fueron el epidemiólogo que es el jefe del Servicio de Medicina Preventiva del turno vespertino (hay otro jefe en el turno matutino pero estaba de vacaciones durante la aplicación del instrumento), la jefa de enfermeras del turno matutino, la jefa del servicio de Trabajo Social y la Directora de la Unidad Médico Familiar.



FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS

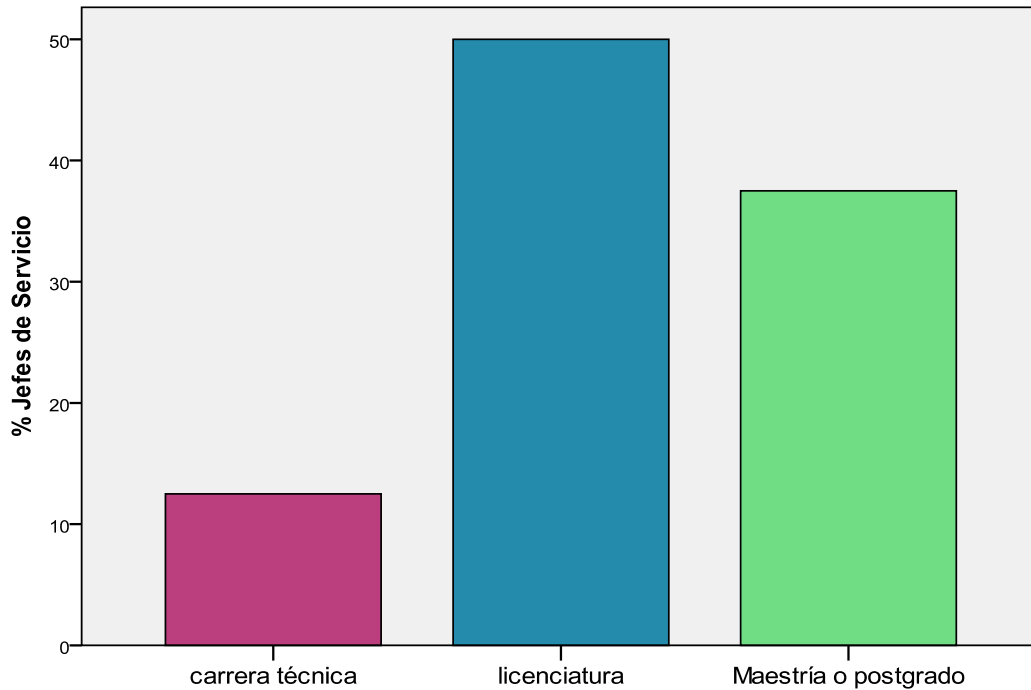
Con respecto a la antigüedad de los jefes, tanto en el servicio como dentro del IMSS, se obtuvo la siguiente información ,solo uno de los jefes de servicio cuenta con una antigüedad de entre uno a cinco años dentro de la institución, el promedio de los años como trabajadores del IMSS es de entre 20 a 25 años, sin embargo, solo uno de los jefes de servicio cuenta con la misma antigüedad en ese puesto, y tres de los jefes cuentan con una antigüedad en el puesto de Jefes de alguno de los servicios de entre un año a cinco años, por tanto, la antigüedad de los jefes es variada tanto en el puesto que ocupan como en la institución.



FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS

En cuanto a la escolaridad del personal que ocupa una jefatura en la gráfica 3, se observa que uno de los jefes de servicio cuenta con una carrera técnica, el 50% de los trabajadores a cargo de una jefatura cuentan con estudios a nivel licenciatura, y el 37.5% tienen estudios de maestría o postgrado. Se puede decir que más del 80% de los jefes de servicio cuentan mínimamente con estudios de licenciatura.

GRÁFICA 3. ESCOLARIDAD DE LOS JEFES DE SERVICIO



FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS

Es importante conocer la forma en que el personal encargado de una jefatura concibe al Trabajo Médico Social de acuerdo a la experiencia que han tenido con esta carrera.

Todos los jefes de servicio definen de forma diferente al Trabajo Médico Social, cinco de los jefes la definen como profesión, servicio, acción, subdisciplina o rama, función y disciplina.

Dos de los jefes no la definen sino más bien definen al trabajador médico social como personal o profesional del área de la salud.

Sin embargo, todos están de acuerdo de que es parte del equipo de salud, hay quienes tienen una definición más completa que otros y para ellos, el Trabajo Médico Social actúa en el entorno psico-social del usuario para de esta forma identificar factores sociales que puedan afectar su estado de salud. Hay quien lo describe en función a las actividades que sabe que realiza dentro

de la Unidad Médico Familiar número 15 y para ellos es el experto en la realización del Estudio Médico Social.

CUADRO 1. DEFINICIÓN DEL TRABAJO MÉDICO SOCIAL SEGÚN LOS JEFES DE SERVICIO

	Jefes	%	% valido	% acumulado
-*Rama o subdisciplina del área de Trabajo Social.	1	12.5	12.5	12.5
-Disciplina de las ciencias sociales que interviene en proceso salud-enfermedad en los diferentes niveles de intervención, prevención, curativo y rehabilitación	1	12.5	12.5	25.0
*Profesión encargada del EMS de una población para mejorar su estado de salud	1	12.5	12.5	37.5
*Servicio que pertenece al equipo multidisciplinario de la Unidad	1	12.5	12.5	50.0
*Acciones encaminadas al fortalecimiento de los procesos de salud-enfermedad del individuo, familia y comunidad	1	12.5	12.5	62.5
*Personal de salud encargado de valorar el entorno psicosocial del paciente	1	12.5	12.5	75.0
*Profesional integral que participa en el proceso de atención al grupo familiar, dirigido a asesorar y resolver problemas sociales	1	12.5	12.5	87.5
*Función de orientar, difundir, promocionar, gestionar recursos existentes en beneficio de los derechohabientes en el ámbito médico	1	12.5	12.5	100.0
*Total	8	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS.

Como se puede ver en el cuadro 2 todos los entrevistados siguen teniendo diferentes opiniones sobre la importancia que ellos le encuentran a la profesión en el área médica, pero tienen algunas similitudes, ya que con la

participación de los trabajadores sociales se consigue una atención integral del paciente.

Todos los jefes de servicio consideran al Trabajo Social como parte importante del equipo multidisciplinario de salud y sus razones son las siguientes:

CUADRO 2. RAZONES POR LAS QUE LOS JEFES DE SERVICIO CONSIDERAN A TRABAJO SOCIAL PARTE DEL EQUIPO DE SALUD.

	Jefes	%	% válido	% acumulado
-*Es fundamental para la atención integral de los pacientes ya que valora lo psico-emocional.	1	12.5	12.5	12.5
*Aborda los aspectos bio.psyco.sociales que intervienen en la salud del derechohabiente	1	12.5	12.5	25.0
Interviene en el aspecto social de la población	1	12.5	12.5	37.5
*Realiza coordinación con diferentes áreas para seguimiento de pacientes	2	25.0	25.0	62.5
*Es un grupo de apoyo al área médica	1	12.5	12.5	75.0
*Es parte integral del equipo de salud	1	12.5	12.5	87.5
*No contestó	1	12.5	12.5	12.5
*Total	8	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS.

De la misma manera que en el anterior cuadro los jefes de servicio explican el por qué se apoyan en Trabajo Social con las experiencias y necesidades que este último servicio les ha resuelto, como el hecho de que localice problemas, sea el mediador entre pacientes y médicos, etcétera.

Todos los jefes de servicio admiten apoyarse dentro del servicio que dirigen en Trabajo Social debido a que:

CUADRO 3. RAZONES POR LAS QUE LOS JEFES DE SERVICIO SE APOYAN EN TRABAJO SOCIAL

	Jefes	%	% válido	% acumulado
*Se abordan aspectos bio-psicosociales en todos los procesos sustantivos: investigación, apoyo social, reintegración a tratamiento y el educativo	1	12.5	12.5	12.5
*A través del servicio de TS se conoce el efecto social de la población	1	12.5	12.5	25.0
*Grupos estadísticos y programas internos	1	12.5	12.5	37.5
*Localización de pacientes	1	12.5	12.5	50.0
*Porque a pacientes problemas las concientizan y las motivan a participar en los diferentes programas	1	12.5	12.5	62.5
*Porque integralmente se orienta, educa y asesora al solicitante para resolver parte de las dudas que presenta	1	12.5	12.5	75.0
*Ayuda a la orientación y gestión a los derechohabientes.	1	12.5	12.5	87.7
*No contestó	1	12.5	12.5	100.0
+Total	8	100.0	100.0	

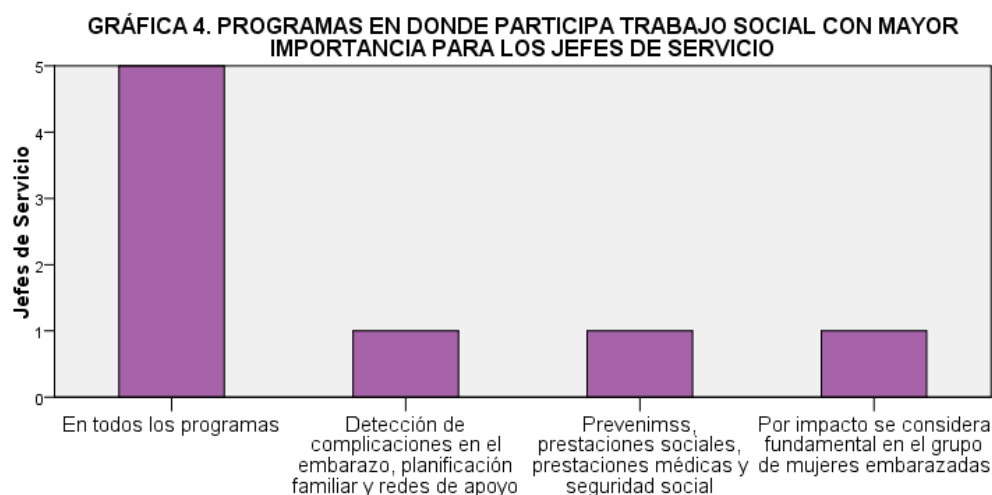
FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS.

La Unidad Médico Familiar número 15 del IMSS contempla diferentes programas y en muchos de ellos participa el servicio de Trabajo Social como parte del equipo de salud.

Cinco de los jefes de servicio dicen que en todos los programas Trabajo Social participa. Para un jefe de servicio la participación importante de Trabajo Social son en los programas materno infantil, ya que se detectan embarazos de alto riesgo y se lleva un control más estricto sobre estas pacientes, y también en el programa de planificación familiar y las redes de apoyo; solo uno opina que para él, la participación de las trabajadoras sociales es importante en

embarazo, que pertenece al programa materno-infantil, y coincide con el anterior jefe de servicio en este programa.

Para un jefe más la importancia de Trabajo Social son en los programas prevenimss, prestaciones sociales, médicas y de seguridad social.



FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS.

En cuanto a la participación del servicio que tienen a su cargo en el Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino informan que todos lo hacen de la siguiente manera:

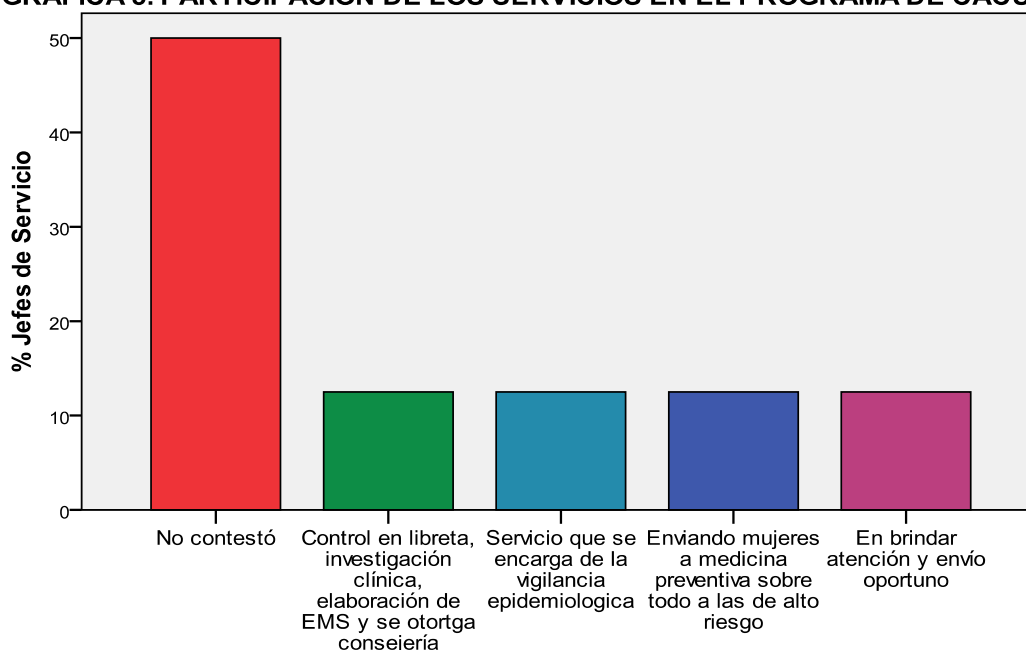
Solo el 50% participa de diferente manera entre sí, un 12,5% de los jefes comenta que su servicio participa en el programa mediante control en libretas de las usuarias detectadas con displasia, virus de papiloma humano y/o cáncer cérvico uterino, y además realizan investigación clínica, la elaboración de Estudios Médicos Sociales, y el otorgamiento de consejería hacia las usuarias.

Otro 12.5% se dedica a la vigilancia epidemiológica, otra parte proporcional se dedica a canalizar a las mujeres a Medicina Preventiva para que se les realice el Papanicolaou y por último, el 12.5% restante brinda atención y envío oportuno.

El 50% de los entrevistados no respondieron a la forma de cómo participan en el servicio que dirigen.

En general la función de todos los servicios a los que se les aplicó el instrumento, trabajan en coordinación sobre el programa institucional, pero principalmente dos áreas que es Medicina preventiva con la vigilancia epidemiológica y trabajo social con la localización y el seguimiento de los casos.

GRÁFICA 5. PARTICIPACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL PROGRAMA DE CACU



FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS.

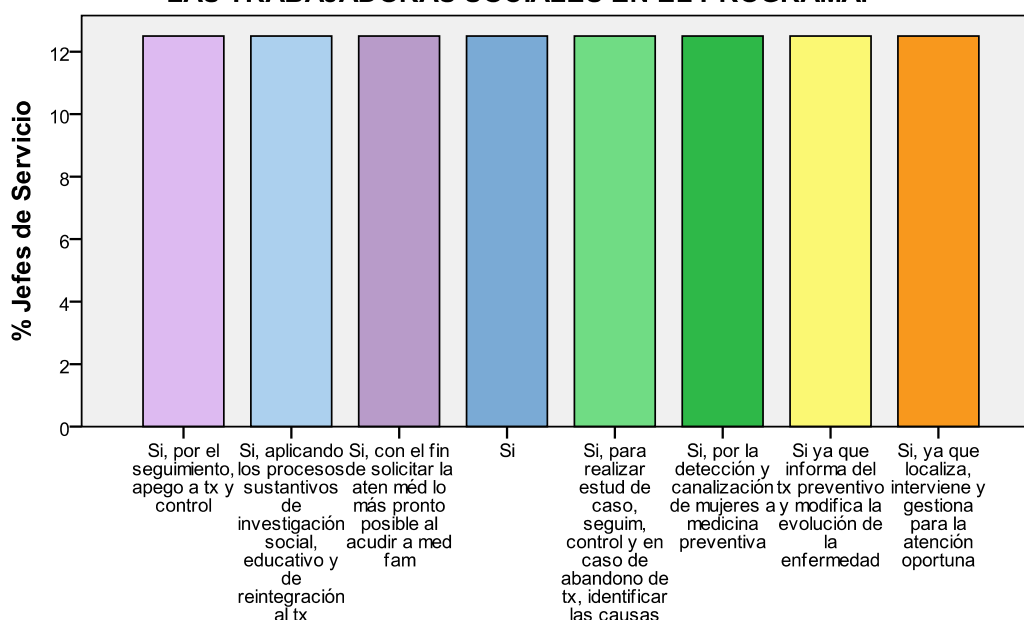
Se les preguntó a los jefes de servicio, si consideran importante la intervención que Trabajo Social realiza dentro del programa con las mujeres diagnosticadas y las respuestas dadas son:

Todos los jefes de servicio están de acuerdo que es importante la intervención de Trabajo Social con las mujeres diagnosticadas con displasia, virus de papiloma humano y/o cáncer cérvico uterino y las razones son: por el seguimiento de caso, el apego al tratamiento y control, para la solicitud de

atención médica oportuna, por la reconquista de pacientes, para la detección y canalización, por la localización y por que pueden modificar la evolución de la enfermedad.

En general, la importancia de la intervención que las trabajadoras sociales hacen, es considerada por los jefes de servicio principalmente porque logran que las pacientes tengan un apego al tratamiento y de esta manera se modifique la evolución de la enfermedad.

GRÁFICA 6. OPINIÓN DE LOS JEFES DE SERVICIO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES EN EL PROGRAMA.



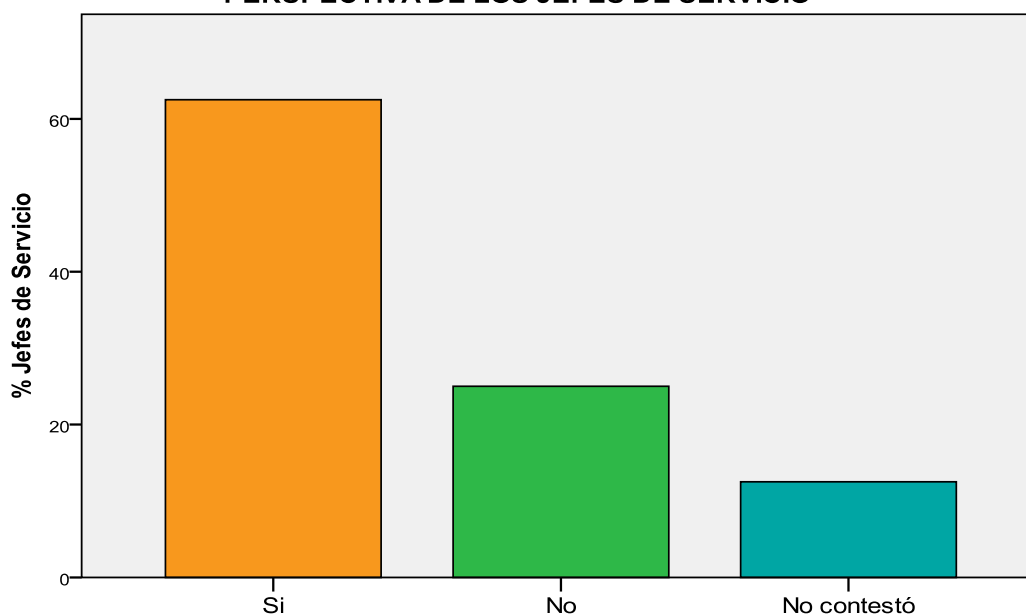
FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS.

Es importante tener en cuenta si para los jefes de servicio la intervención que se realiza dentro del servicio de Trabajo Social tiene carencias y debilidades ya que esto habla de la percepción que tienen los demás sobre el trabajo que realizan.

El 62.5% de los jefes considera que si existen carencias y debilidades dentro de la intervención que Trabajo Social realiza, el 25% comenta que no tienen carencias y solo un 12.5% no contestó.

De los 62.5% que dicen que si hay carencias y debilidades, consideran que son porque “desconocen los manuales de procedimientos y guías” y por falta de coordinación entre todas las áreas que se ven involucradas con el programa.

GRÁFICA 7. CARENCIAS Y DEBILIDADES DE TRABAJO SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS JEFES DE SERVICIO



FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS.

También hacen la observación de que Trabajo Social tiene fortalezas a la hora de intervenir con las usuarias y la principal fortaleza que ven es “la comunicación, control, gestión y apoyo hacia los usuarios” debido al tipo de perfil profesional con el que los trabajadores sociales cuentan.

Se les pidió a los jefes de servicio que calificaran la intervención de Trabajo Social, en excelente, eficiente, regular o deficiente y lo hicieron de la siguiente manera: dos la califican como excelente, cuatro como eficiente, uno le da una calificación de regular y uno más no contestó.

Se les cuestionó del motivo de esa calificación y lo argumentaron (textual) de la siguiente manera:

EXCELENTE:

- Conocen información científica del impacto en la paciente enferma
- Ayuda al manejo oportuno

EFICIENTE:

- Por los resultados del programa
- Falta coordinación de salud pública en referencia con el número de casos
- No contestaron

REGULAR:

- Falta mayor conocimiento del personal de nuevo ingreso

Como se puede ver en referencia a la asignación de la calificación de la intervención que las trabajadoras sociales realizan tienen una calificación de eficiencia en trabajo, aunque dos de los entrevistados no dan motivos del porque, solo un jefe de servicio, califica como regular la intervención y cabe destacar que es la jefa de Trabajo Social, quien las califica de esta forma, lo cual, indica, que reconoce que existen algunas deficiencias en la capacitación de su personal.

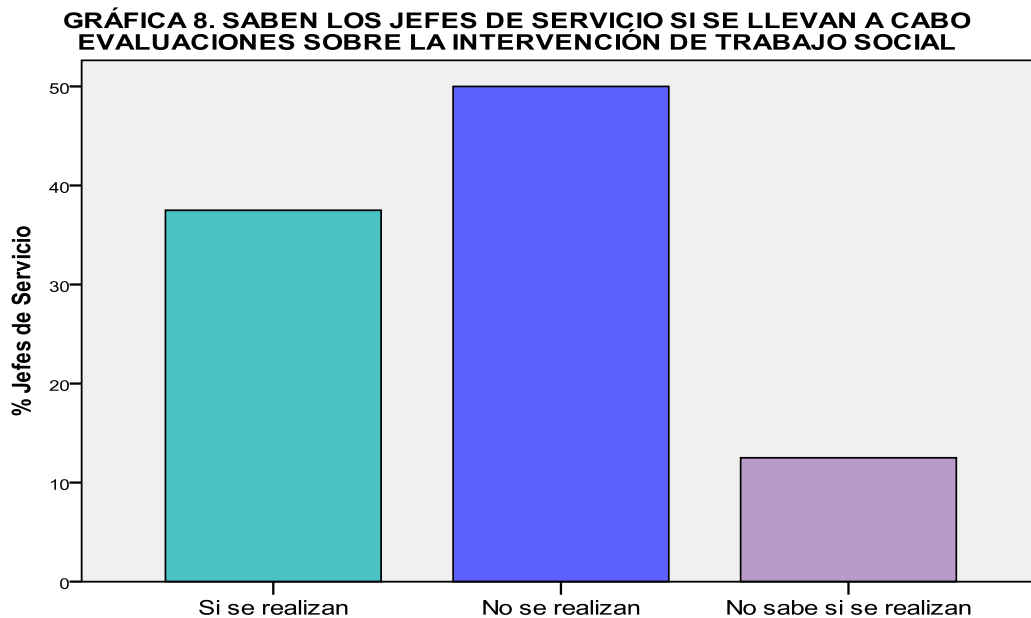
Tres de los ocho jefes de servicio afirman que si se realizan evaluaciones a la intervención que Trabajo Social lleva a cabo con las mujeres con diagnóstico de displasia, VPH o cacu.

Cuatro de los jefes comentan que no se realizan y solo uno de ellos comenta que no sabe si en realidad se realizan.

Los tres jefes de servicio que afirman que si se llevan a cabo evaluaciones a la intervención que realiza Trabajo Social informan dos de

ellos, que quien la realiza es la jefa de ese servicio y uno de ellos dice que es personal ajeno a la institución quien lo hace.

De esta información se puede deducir que no existe una coordinación y una comunicación entre los servicios involucrados dentro del Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino, ya que las respuestas sobre la evaluación fueron variadas y por lo visto tampoco se realizan evaluaciones en conjunto del programa mencionado.



FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS.

El 100% de los entrevistados reconocen que es importante realizar evaluaciones a la intervención que Trabajo Social realiza a las mujeres con diagnóstico de displasia, VPH y/o cacu. Exponiendo los siguientes motivos: El 50% de los entrevistados considera que el hecho de llevar a cabo evaluaciones ayuda a conocer el impacto y la efectividad de la intervención que se está realizando, un 12.5% dice que para que se realicen modificaciones en la aplicación de la normativa, es decir, qué tan vigente está el programa y los manuales y guías de apoyo, en las necesidades

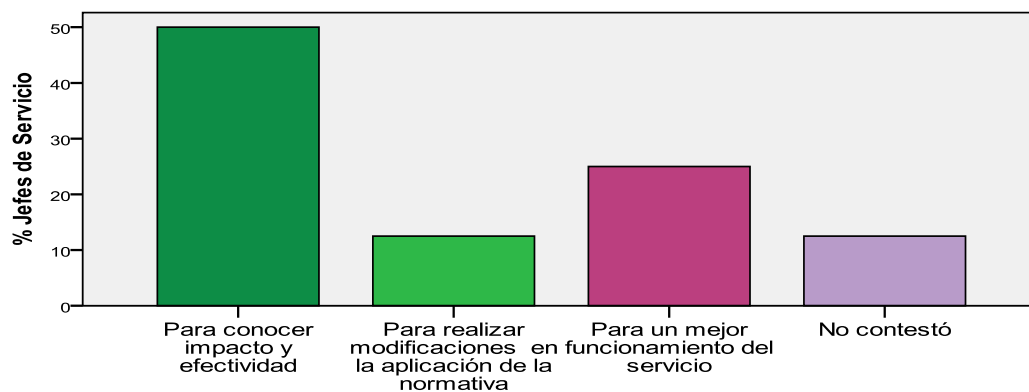
recientes de la población con diagnósticos de cáncer cérvico uterino, displasia o de virus de papiloma humano.

El 25% comenta que siempre es necesario llevar evaluaciones con el objetivo de mejorar el funcionamiento del servicio al que se está evaluando. y solo un 12.5% no contestó.

En cuanto a la periodicidad de la realización de las evaluaciones cuatro jefes de servicio consideran que deben de hacerse cada 6 meses, dos más, dicen que cada 3 meses, y una proporción igual consideran que se realicen evaluaciones cada que sea necesario.

Todos los jefes de servicio dicen que es necesario que Trabajo Social tenga que acudir a actualizaciones sobre los temas relacionados con la intervención que realizan con las mujeres con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano y/o cáncer cérvico uterino, y argumentan que es necesario principalmente, ya que la atención a los usuarios se tiene que mejorar, y porque al día de hoy existen avances científicos sobre el tema del cáncer que todos los integrantes del cuerpo médico dentro del IMSS tienen que conocer.

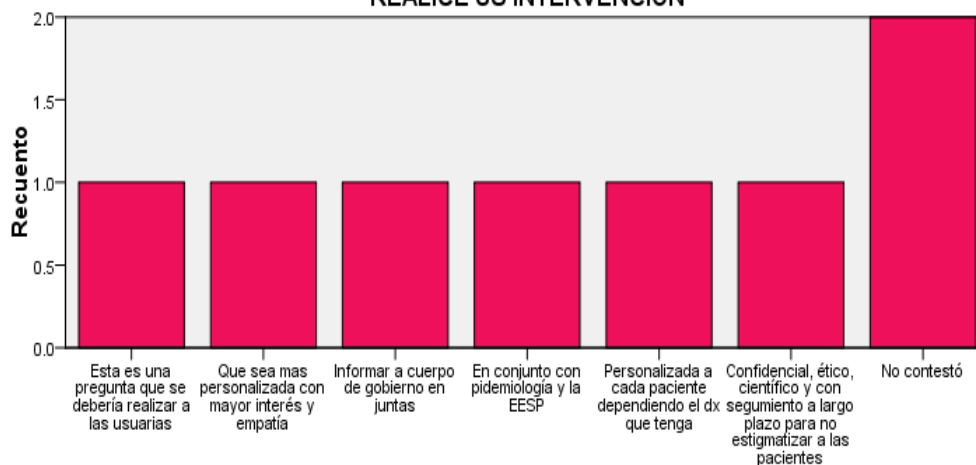
GRÁFICA 9. MOTIVOS PARA REALIZAR EVALUACIONES A LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL SEGÚN LOS JEFES DE SERVICIO



FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS.

Por último a todos los jefes de servicio se les preguntó la forma en que les gustaría que Trabajo Social realizara la intervención en el Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino, y se encontró que dos no contestaron, y uno más dice que “es una pregunta que se les debe de hacer a las usuarias”, por lo tanto, estas tres personas no dan opinión, los restantes cinco jefes que dirigen un servicio dentro de la UMF 15 tienen diferentes opiniones. Dos de los jefes de servicio tienen una opinión parecida al mencionar que debe ser una intervención personalizada a cada una de las pacientes que manejan con diagnósticos de displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino, solo una agrega que además tiene que ser con empatía y con mayor interés. Uno más propone que deben de informar al cuerpo de gobierno en juntas, a otro le gustaría que fuera en conjunto con epidemiología y con EESP, por último, uno más dice que deben de hacerlo de manera confidencial, ética y con seguimiento a largo plazo.

GRÁFICA 10.OPINIÓN DE LOS JEFES DE SERVICIO PARA QUE TRABAJO SOCIAL REALICE SU INTERVENCIÓN



¿Cómo le gustaría que fuera la intervención que Trabajo Social realiza con las mujeres diagnosticadas con displasia, VPH o cacu?

FUENTE: Cuestionario aplicado de Septiembre a Octubre de 2010 a los jefes de servicio de la UMF 15 del IMSS.

CONCLUSIONES

❖ Se puede concluir que en México existe un sistema de salud, que nace a partir de la Constitución de 1917, con la finalidad de atender a la población mexicana, en materia de seguridad social y salud. A partir de entonces se crean instituciones para cumplir con ésta atención. Una de estas instituciones es el Instituto Mexicano del Seguro Social que nace en el año de 1943 e incorpora como parte de su equipo al trabajador social, el cual participa en los procesos de atención, abordando factores sociales que están involucrados en el proceso salud-enfermedad, para brindar una atención integral a los usuarios, debido al perfil profesional con la que cuentan los trabajadores sociales.

❖ El cáncer cérvico uterino es una de las principales causas de muerte en el mundo. Aunque es considerada una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, en México se sigue presentando, debido principalmente a que no existe una cultura del cuidado personal y de la salud. Las mujeres no tienen una conciencia sobre la importancia de realizarse estudios de detección del cáncer cérvico uterino, ni tampoco sobre la de detección oportuna, ni el tratamiento. Trabajo Social tiene una función importante para modificar estas conductas y lograr en las mujeres una educación en el cuidado de la salud, lo cual ayudaría a evitar que muchas mujeres sigan muriendo por esta causa.

❖ De la realización de la evaluación de la intervención de Trabajo Social con mujeres derechohabientes de la Unidad Médico Familiar número 15 del IMSS con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano y/o cáncer cérvico uterino se llega a las siguientes conclusiones:

- El hecho de realizar una evaluación plantea varias preguntas, para que hacerlo, cómo hacerlo, que fin persigue, qué tipo de evaluación elegir. Para ello existe una metodología y diferentes modelos para hacerlo, las evaluaciones en el ámbito social van dirigidas hacia proyectos o programas, sin embargo, en el caso de este trabajo, no se evaluaba un proyecto o programa social en sí, sino una intervención

social que tiene que ver con una parte de un programa institucional, por lo tanto, costó un poco de trabajo encontrar un modelos de evaluación que se adecuara a las necesidades de la evaluación de una intervención en este caso de las trabajadoras sociales, pero se encontró un modelo propuesto por Enrique Reboloso, el cual, a su vez retoma el modelo CIPP y el cual, se adecuó para la realización de la evaluación de la intervención.

- Dentro del servicio de Trabajo Social de la Unidad Médico Familiar número 15 del IMSS, se encuentra, que las funciones marcadas dentro del Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino y de el Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino, son conocidos únicamente por la jefa del servicio y por la trabajadora social encargada de llevar a cabo esa intervención durante un año.

- A pesar de que todas las trabajadoras sociales, contestaron conocer las funciones y actividades que tienen que realizar dentro del programa y el manual, se observó que durante la aplicación del cuestionario empezaron a tener inquietud en conocer estos materiales, al pedírselos a la jefa del servicio en ese momento, es decir, antes de esto no tenían el interés en conocer la forma en que institucionalmente deben de intervenir. Esto se debe a varios factores:

- ❖ La jefa del servicio asigna de manera anual a cada trabajadora social un programa o actividad a la que se enfocará a trabajar durante ese año, es decir, será la encargada de realizar las actividades propias de ese programa y de los resultados del mismo.

- ❖ En los dos últimos años dentro del servicio de Trabajo Social, empezó a ver movimiento de personal, la mayoría de las trabajadoras sociales que llevaban en promedio 6 años laborando ahí, fueron cambiadas a otras unidades por diferentes motivos o jubiladas de la institución, quedando hasta la fecha de la aplicación del instrumento dos trabajadoras sociales que habían trabajado en

la intervención con las usuarias con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano y/o cáncer cérvico uterino.

❖ Durante los años de 2009 y 2010 pasaron por el servicio de Trabajo Social cinco empleadas adscritas al servicio de manera temporal, llegando a permanecer a lo mucho 5 meses, por lo tanto, a la trabajadora social asignada ese año a realizar la intervención, lo dejaba inconcluso al llegarle un cambio de unidad, aunque a la nueva empleada se le asignara nuevamente esa función, no había continuidad en la intervención con las usuarias, ni en la periodicidad de los seguimientos de caso.

❖ En junio de 2010 llegan dos trabajadoras sociales de base y una más en septiembre, es decir, permanecerán en la unidad hasta que ellas pidan cambio voluntario, lo cual, genera cierta estabilidad dentro del servicio, al contar con personal permanente (5 trabajadoras de base) y solo una que puede ser cambiada de unidad en cualquier momento. Sin embargo, las tres nuevas trabajadoras con base son nuevas en lo que respecta a trabajar en Unidades Médico Familiares, ya que venían de trabajar en Hospitales Generales, en donde las funciones son diferentes y no cuentan con una antigüedad mayor a tres años como trabajadoras sociales.

❖ La asignación de programas, funciones y actividades por parte de la jefa del servicio al nuevo personal, solo hace que se interesen por el programa que llevarán a cabo en ese momento.

❖ Al momento de llegar nuevas trabajadoras sociales al servicio de Trabajo Social de la Unidad Médico Familiar no reciben una capacitación o inducción, solo se les orienta en cuanto a las funciones cotidianas del servicio, llenado de constancias de tiempo, integración a programa prevenimss, integración a pláticas de embarazo, detección de embarazos de alto riesgo y canalización de usuarios a Medicina Preventiva.

❖ Tampoco reciben los trabajadores sociales capacitación o curso de inducción al momento de ingresar como personal del IMSS, lo cual, favorece que haya desconocimiento de las labores que se tiene que realizar al momento de empezar a laborar.

❖ Las evaluaciones de todos los programas, funciones y actividades que se llevan a cabo dentro del servicio de Trabajo Social, son evaluadas por dos servicios, la primera evaluación es por parte del personal de la UMF 15 (ARIMAC), que únicamente evalúa la productividad, es decir, al número de pacientes que atienden y que canalizan a Medicina Preventiva, a Nutrición o integración de grupos prevenimss.

Y en segunda evaluación es realizada por la coordinadora de zona de Trabajo Social a través de la jefa de Trabajo Social de la Unidad Médico Familiar 15, la cual, es una evaluación de calidad y que se lleva a cabo en función de cubrir todos los rubros de los estudios médicos sociales, notas de seguimiento, y de llevar a cabo los cierres de caso de todos los pacientes con complicaciones médicas y/o sociales (embarazos de alto riesgo, pacientes con descompensación en su enfermedad, pacientes con problemas de violencia, depresión, pacientes reportados por medicina familiar, con vigilancia epidemiológica, pacientes detectadas con cáncer cérvico uterino, de mama, displasia y/o virus de papiloma humano). Esta evaluación se lleva por programa. Las evaluaciones realizadas por ambos servicios se llevan a cabo de manera mensual, y se presentan informes generales de manera trimestral, semestral y anual. En la evaluación que realiza el personal interno de la Unidad Médico Familiar (ARIMAC) solo les interesa que se atiendan el mayor número de pacientes, sin importar la calidad de la información y de la intervención que se les brinda a los usuarios. En lo que respecta a la evaluación de calidad solo se basan en que se cubran todos los rubros en el llenado de los instrumentos y no en el tipo de atención y opinión de los usuarios, por lo tanto, no se puede ver el tipo de alcance que tiene la intervención de las trabajadoras sociales con las mujeres con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano y/o cáncer cérvico uterino.

Se identificaron las carencias, debilidades, alcances y fortalezas de la intervención de las trabajadoras sociales, siendo estas principalmente:

- Las carencias que se detectan en la intervención que realizan tienen que ver más con las instalaciones y con la falta de recursos materiales y limitaciones en cuanto a los números telefónicos y direcciones de las pacientes para realizar su localización, seguimiento y cierre de caso.

Algunas pacientes proporcionan información incorrecta en cuanto el domicilio y el número telefónico, y en otras el archivo que se tiene en vigencias de derecho (servicio en donde todos los usuarios de la UMF 15 están registrados) no tienen correctas o completas las direcciones, ni números telefónicos por lo que también dificulta la localización de esas derechohabientes.

En cuanto a las instalaciones, no se cuenta con un espacio privado para realizar la intervención de manera confidencial, debido a que todas las trabajadoras sociales están ubicadas dentro de la misma oficina teniendo un escritorio por cada trabajadora social, sin tener divisores entre cada uno.

La falta de recursos materiales se debe a que algunas pacientes proporcionan únicamente número celular y en el servicio no se cuenta con línea telefónica con salida de este tipo de llamadas por lo que se ven limitadas en la localización de pacientes.

- Dentro de las debilidades se encuentra el manejo de la información en cuanto al diagnóstico que las usuarias presentan, ya que a pesar que la mayoría de ellas comentó que Trabajo Social si les explicó en qué consistía su problema de salud, solo dos de las usuarias detectadas con virus de papiloma humano tienen una idea general del diagnóstico clínico, las demás pacientes no tienen una idea clara de su enfermedad solo describen lo que emocionalmente les hace sentir y que puede acabar en la muerte si no se tratan. Esto nos habla de que el manejo de la información por parte de las trabajadoras sociales no es el adecuado para que las usuarias entiendan la enfermedad que tienen.

Otra de las debilidades tiene que ver con la falta de coordinación entre todos los servicios involucrados en el programa institucional, ya que no existe una comunicación, ni reporte del número de casos detectados en cada uno de los servicios que participa, principalmente entre medicina preventiva que es el servicio encargado de la vigilancia epidemiológica y Trabajo Social, y ambos llevan controles independientes sobre las pacientes detectadas y canalizadas a la clínica de displasia de Hospital General de Zona H1A Venados. Incluso a las dos áreas se les reporta por separado y en fechas diferentes los números de casos detectados para localización e inicio de tratamiento, por lo que es un trabajo doble para la institución, ya que se realiza doble localización y seguimiento de caso, llegando a dar confusiones entre las usuarias sobre el servicio que les da la información y el seguimiento de caso, que fue lo que ocurrió al momento de aplicarles el instrumento, no identificaban al servicio de Trabajo Social y lo confundían con Medicina Preventiva hasta que se les hizo la aclaración de donde está ubicado físicamente el servicio de Trabajo Social.

Además tampoco cuentan con juntas informativas entre todos los servicios para planear estrategias de trabajo en coordinación, ni para evaluar resultados sobre los alcances de este programa.

El personal que está involucrado en el programa, tampoco cuenta con capacitación sobre los temas relacionados al cáncer cérvico uterino, displasia, virus de papiloma humano.

- Los alcances de las trabajadoras sociales se cuenta con la de orientar a las mujeres sobre los trámites administrativos y concientizar sobre la importancia de llevar a cabo el tratamiento.

- La fortaleza de las trabajadoras sociales es el apoyo psico-emocional hacia la usuaria, lo cual, en palabras de las usuarias “agradecen ya que aunque son unas desconocidas se preocupan por su salud física y emocional”.

❖ Y finalmente se puede concluir que con respecto al objetivo general se cumplió al evaluar la intervención de Trabajo Social en los procedimientos

de apoyo que se otorga a las usuarias con un diagnóstico de displasia, cáncer cérvico uterino y/o virus de papiloma humano; y por ende también se cumplieron los objetivos específicos logrando identificar los alcances de la intervención de Trabajo Social, así como la valoración de la asertividad de la información brindada de parte del trabajador social a las pacientes con displasia.

De las conclusiones se sugieren una serie de alternativas de acción a seguir mediante nuevas investigaciones, estudios y/o intervenciones desde el enfoque de Trabajo Social. Tales como:

- ◆ Revisión y análisis del programa institucional y del manual de procedimientos por parte de todo el equipo multidisciplinario de salud, para su conocimiento, así como, para proponer cambios o modificaciones, especificando las funciones de cada servicio que participa para responder a las condiciones y necesidades actuales de la problemática de salud que el cáncer cérvico uterino representa. Dentro de los cambios es conveniente rehacer el programa ya que se está hablando de un programa que lleva vigente 13 años, y las condiciones sociales y médicas han cambiado desde entonces, por lo tanto, es conveniente una actualización de la problemática, así como del programa.
- ◆ Que Trabajo Social se apegue en los procesos de apoyo: planeación, control y evaluación, a fin de elaborar estrategias de mejora en la problemática de salud de los derechohabientes con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino. Dentro de esas estrategias de mejora se puede considerar un incremento en la cobertura de las mujeres derechohabientes en la detección oportuna, es decir, en la canalización para la realización de la prueba de papanicolaou, mediante ferias de la salud dentro de la unidad, en la cual se fomente el cuidado de la salud.
- ◆ La Realización de un programa interno del Servicio de Trabajo Social sobre la intervención que realizan con las mujeres con diagnóstico de

displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino partiendo del programa institucional y del manual de procedimientos, planteando objetivos y metas de manera anual y con evaluaciones de manera bimestral, semestral y anual por parte de la jefa del servicio. Dentro de ese programa interno se deberá marcar un programa de trabajo, abordando la intervención como lo indica la normativa, en los procesos sustantivos realizando investigación social, educación, reintegración de pacientes a control médico y el apoyo social. El programa de trabajo deberá contener el cronograma de actividades y funciones por mes. Dentro de las actividades a realizar están la obtención de la lista de las usuarias reportadas cada mes por el laboratorio de patología del HGZ H1A Venados, programación de días para localización de estas pacientes y citas para la elaboración de estudio médico social. Además marcar días específicos por mes para el seguimiento de las pacientes hasta el cierre de caso. Marcar las fechas de las evaluaciones bimestrales, semestrales y anuales.

- ◆ Llevar a cabo una capacitación de inducción al puesto y a las actividades, funciones y programas que deben manejar el personal adscrito al Servicio de Trabajo Social de la Unidad al nuevo personal, impartido por de la Jefa del Servicio.
- ◆ Llevar a cabo capacitaciones de las funciones generales de manera bimestral dentro del Servicio de Trabajo Social a todas las trabajadoras sociales adscritas al mismo, para que manejen todas las actividades y funciones que se llevan a cabo dentro de la intervención que tienen que realizar, además de fortalecer las debilidades que presente el personal en las evaluaciones que se lleven a cabo y se logre una retroalimentación.
- ◆ Realizar una capacitación de manera semestral por parte de personal competente sobre el programa institucional con el personal de la Unidad Médico Familiar que se ve involucrado dentro de la intervención directa con las mujeres con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano

o cáncer cérvico uterino y con esto manejar la intervención de una manera homogénea.

- ◆ La responsable de llevar a cabo la intervención con las mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico uterino, displasia o VPH durante el año de trabajo debe de realizar un plan de trabajo, en donde dedique un día a la semana a la localización y seguimiento de las usuarias mediante llamada telefónica y en caso necesario mediante la visita domiciliaria y dedicar otro día para la realización del estudio médico social mediante la cita a las usuarias. Además debe de elaborar el expediente social de las pacientes, el cual debe contener el estudio médico social, notas de seguimientos marcando el proceso médico al que se ha sometido la paciente y las citas posteriores y el pronóstico y plan social que Trabajo Social precisa de acuerdo al pronóstico médico y al compromiso de la paciente hacia su tratamiento.
- ◆ Establecer estándares de calidad en la intervención marcando los lineamientos mínimos que deben de realizar en la intervención, los lineamientos sería la elaboración del expediente social (con notas de seguimiento por cita en la clínica de displasia, estudio médico social, plan y pronóstico social), citas de seguimiento dentro de la UMF o mediante visita domiciliaria, apoyo emocional y orientación sobre el problema de salud que padece de cada una de las pacientes diagnosticadas. Implantando como mínimo alcance de intervención un 90% de las usuarias detectadas.
- ◆ Fortalecer las acciones preventivas apegadas al proceso sustantivo de educación, mediante la consejería de manera individual y grupal sobre el tema de prevención del cáncer cérvico uterino y fomentando la participación consciente de las usuarias con vida sexual activa para la realización de la prueba de papanicolaou y de esta manera se llegue a incrementar la cobertura y eficiencia en la detección oportuna.
- ◆ Trabajar en coordinación con el Servicio de Medicina Preventiva en los casos clínicos para tener un control más exacto y evitar dar información

y manejo diferente y obtener un resultado favorable en beneficio de las usuarias.

- ◆ En base a que los Servicios de Trabajo Social y Medicina Preventiva realizan sus evaluaciones de manera interna e independiente uno del otro, se propone comparar los resultados de las evaluaciones que se efectúan en ambos Servicios para observar las concordancias y las disparidades y trabajar de manera conjunta para mejorar y reforzar la intervención que se lleva a cabo con las usuarias para que culminen con éxito su tratamiento médico.
- ◆ Realizar un censo nominal anual, para saber el tipo de población y conocer detenidamente el porcentaje de usuarias detectadas, las enviadas a la clínica de displasia, la incidencia de diagnóstico, la deserción del tratamiento y las altas clínicas por culminación de tratamiento y de esta manera conocer al tipo de población que manejan y crear estrategias de intervención adecuadas a ellas.
- ◆ Juntas bimestrales con el equipo de salud para dar a conocer los resultados de la intervención que realizan las trabajadoras sociales con las mujeres diagnosticadas con displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino con la finalidad de que todas las áreas refuercen sus tareas y funciones y planten estrategias de trabajo en coordinación.
- ◆ Gestionar el establecimiento de un espacio privado para poder realizar las entrevistas directas con las usuarias y los estudios médicos sociales.
- ◆ Utilizar como mecanismo de recolección de base de datos de usuarias la hoja de estudio de papanicolaou que se llena en Medicina Preventiva al momento de realizarse la toma de muestra para tener un control más exacto y una intervención oportuna de las derechohabientes con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino. Esta recolección de datos se deberá realizar diariamente al finalizar ambos turnos y ambos servicios (Trabajo Social y Medicina Preventiva).

- ◆ Gestionar la solicitud de llamadas a números celulares para localización de pacientes, con control mediante clave de marcación que solo autorice la jefa del servicio.

FUENTES DE INFORMACIÓN

BIBLIOGRAFIA

- ALAYÓN NORBERTO. Definiendo al Trabajo Social. Editorial humanitas, Buenos Aires Argentina, 1990 pp. 108
- ALLENDE PÉREZ SILVIA, et al. "Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cérvico uterino en etapas avanzadas" EN: Revista del Instituto Nacional de Cancerología. México, D,F. Volumen 46, número 1. Enero-Febrero 2000. págs. 10-16
- ANDER-EGG EZEQUIEL Diccionario de Trabajo Social. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina.1995. pp. 351
- ANDER-EGG EZEQUIEL. Historia de Trabajo Social. Editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina. 1994. pp. 522
- ARESCA LAURA, et al. Psicooncología. Diferentes Miradas. Editorial Lugar. 2004 pp. 105
- CARBALLEDA, ALFREDO. La intervención en lo Social. Exclusión e Integración en los Nuevos Escenarios Sociales. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina 2004.
- DE VITTORIOSO LIDIA. Trabajo Médico Social. Editorial Humanitas. Argentina. 1976. pp. 59.
- EDITORIAL MASSON. Diccionario Médico. Barcelona, España. 1998. 4ta edición. pp. 747
- EDITORIAL OCEANO Diccionario de Medicina. Editorial Océano. México. 2002. 4ta edición pp. 1504
- EDITORIAL PORRÚA Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Editorial Porrúa. México. 1998. 12va edición. Pp 147.
- GARCÍA RAMOS, J. M. (1992). Recursos Metodológicos en la Evaluación de Programas. Editorial Bordón. España. 1991 pp 476.
- GARTNER LESLIE P. HIATT JAMES L. Texto Atlas de Histología. Editorial Mc Graw Hill, México. 1998. pp. 539
- GIBB DONALD. Ginecología y Obstetricia. Notas para Estudiantes de Medicina. Editorial Limusa Noriega. México D, F. 1990 pp. 118

- HURTADO MALDONADO MIGUEL. La Ley del Seguro Social y sus Reformas. Recopilación. 5ª edición IMSS. México D, F. 1966
- IMSS. Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de Displasias y Cáncer Cérvico Uterino del Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino. México, 1998.pp. 49.
- IMSS. Guía para Medicina Familiar del Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino. México. 1998. pp. 26
- IMSS. Guía Técnica de Comunicación Educativa Para La Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino. México. pp.38
- IMSS. Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino. México. 1998 pp. 67
- IMSS. Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino. México, 1998. pp. 13.
- HAMMERSLEY MARTÍN – ALKINSON. PAUL. Métodos de investigación. Editorial Paidós Iberica, Madrid, España. pp. 297
- MONTROYA CUERVO et al. Un Modelo para la Evaluación de la Intervención Social desde la dimensión de las expresiones motrices. Grupo de Investigación Cultura Somática Línea Construcción Social. Instituto Universitario de Educación Física. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia 2007.
- OSALDE RIVERA DELFINA ELENA. Tesis “Organización del Trabajo Social en la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social”. ENTS-UNAM, IMSS- Trabajo Médico Social. 1976. pp. 138
- REBOLLOSO ENRIQUE, et al Evaluación de Programas de Intervención Social. Editorial Síntesis Madrid, España 2008. pp. 428
- VALERO CHÁVEZ AIDA. Desarrollo Histórico de Trabajo Social. Universidad Nacional Autónoma de México-Escuela Nacional de Trabajo Social.2003 pp. 172

PONENCIAS

ABDALA ERNESTO "Manual para la Evaluación de Impacto en Programas de Formación para Jóvenes". Documento elaborado por Cinterfor/OIT con el apoyo del Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE) de España y presentado EN: Seminario Internacional: Modelos de evaluación para programas de capacitación de jóvenes Medellín, Colombia 17 y 18 de julio, 2001. págs. 25-40.

FUENTES DE INTERNET

-Aparato Reproductor Femenino (s.f) recuperado el 03 de Septiembre de 2010, de:

<http://www.sexologia.com/index.asp?pagina=http://www.sexologia.com/ellaanatomiam.htm>

-Definición de Tratamiento (s.f.). recuperado el 05 Septiembre de 2010, de <http://www.definicionabc.com/salud/tratamiento.php>

-Factores de riesgo. (s.f.). recuperado el 02 Septiembre de 2010, de <http://saludocupacional.univalle.edu.co/factoresderiesgoocupacionales.htm>

-Goldstein MA, Goodman A, del Carmen MG, Wilbur DC (March 2009). «Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 10-2009. A 23-year-old woman with an abnormal Papanicolaou smear». *N. Engl. J. Med.* **360** (13): pp. 1337–44. doi:10.1056/NEJMcp0810837. PMID 19321871. PMID 19321871 recuperado el 02 de Septiembre de 2010, de http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_papiloma_humano

-Güemes Armando. Ponencia Organización Panorámica de la Salud. Organización Regional de la Organización Mundial de la Salud. Análisis del Sector salud. Herramientas para la Formulación de las Políticas. recuperado el 10 de Marzo de 2010 de <http://www.paho.org>

-Instituto de Salud del Estado de México. recuperado el 03 Septiembre de 2010, de <http://salud.edomex.gob.mx/html/article.php?sid=1011>

-Instituto de Servicio y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (s.f.). recuperado el 10 de noviembre de 2009, de www.issste.gob.mx

-Instituto Nacional de Cancerología (s.f). recuperado el 02 Septiembre de 2010, de <http://www.incan.edu.mx/>

-Jauregui G Alejandro. "Serie sobre evaluación de proyectos de carácter social - evaluación real" Recuperado el 20 de Noviembre de 2010 de: <http://www.gestiopolis.com/canales/economia/articulos/no12/evalpr6.htm>

-Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson; Mitchell, Richard (2007). «Chapter 19 The Female Genital System and Breast». *Robbins Basic Pathology* (8 edición). Philadelphia: Saunders. ISBN 1-4160-2973-7 recuperado el 02 de Septiembre de 2010, de http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_papiloma_humano

-Ontiveros Ruiz Guillermo. La Política Social en México 1988-1994: El Programa Nacional de Solidaridad. Capítulo Orígenes Históricos de la Política Social en México. recuperado el 27 de Mayo de 2008, de: <http://www.eumed.net/libros/2005/gor/1c.htm>

-Programa Nacional de Salud 2007-2012 . Recuperado el 27 de Mayo de 2010 de: <http://www.dif.gob.mx/DIF-DIGITAL/comunicacion%20social//POP2/PRONASA%202007-2012PDF>

Miguel F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Aten Primaria*. 1998; 22:585-95 recuperado el 02 de Septiembre de 2010, de: http://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo

-Mirella Loustalot, directora de cáncer de la mujer del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud recuperado el 29 de mayo de 2009, de: <http://www.publivalle.com/articulos-medicos/cancer-cervico-uterino.htm>

-M. Martín Angulo, B. Martínez-Amores Martínez, F. Navarro Expósito y M. Álvarez-Mon Soto *Enfermedades Oncológicas*. *Medicine*. 2009;10(24):1606-12 recuperado el 10 de noviembre de 2009, de http://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo

-Trabajo Social en Salud (s.f) recuperado el 22 Marzo de 2010 de <http://www.fortunecity.es/expertos/industrial/106/campos/trasalud>.

-Tratamiento Médico para e cáncer cérvico uterino recuperado el 05 de Septiembre de 2010, de <http://www.definicionabc.com/salud/tratamiento.php>

-Tratamiento para el cáncer (s.f.). recuperado el 05 de Septiembre de 2010, de <http://www.cancer.gov/diccionario/?CdrID=269453>

- Tumores benignos. (s.f) recuperado el 26 de Marzo de 2011, de http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/tumores_benignos.html.
- Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Trabajo Social. México Distrito Federal. recuperado en Agosto de 2010 de <http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html>
- VALDES MARCOS. Modelos de Evaluación de Proyectos Sociales pp. 12 recuperado el 12 de Septiembre de 2010 de: http://liataoe.files.wordpress.com/2007/11/modelos_evaluacion.pdf
- Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM (1999). «Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide». *J. Pathol.* **189** (1): pp. 12–9. recuperado el 02 Septiembre de 2010, de http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_papiloma_humano

ANEXOS

ANEXO A. GLOSARIO DE TÉRMINOS MÉDICOS

Adenocarcinoma cervical.- Epitelioma cilíndrico que forma tubos pseudoglandulares que recuerdan las glándulas mucosas.

Ampular.- componente anatómico encontrado en el tercio distal de trompa de Falopio

Análisis patológico.- Estudio de las enfermedades en su más amplia aceptación, como procesos anormales de causas conocidas o desconocidas. Para probar la existencia de una enfermedad, se examina la existencia de una lesión en sus niveles estructurales, se evidencia la presencia de un microorganismo (virus, bacteria, parásito u hongo) o se advierte la alteración de algún componente del organismo.

Antibiótico.- Sustancias antimicrobianas de origen bacteriano, micótico o sintético. De acuerdo con la acción sobre los gérmenes se clasifican en bacteriostáticos y bactericidas y según sean activos contra muchos o pocos grupos de gérmenes, son de amplio o reducido espectro, respectivamente.

Biopsia.- Examen del organismo vivo en oposición a necropsia y especialmente examen microscópico de una porción de tejido obtenida de un cuerpo vivo.

Cáncer maligno.- Tumor maligno en general y especialmente el formado por células epiteliales. Las características básicas de la malignidad es una anormalidad de las células, transmitidas a las células hijas, que se manifiestan por la reducción del control del crecimiento y la función celular, conduciendo a una serie de fenómenos adversos en el huésped, invasión de tejidos vecinos y metástasis.

Cáncer in situ.- Lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Canal endocérvical o endocérvix.- Conducto que comunica el interior del útero con la vagina; solamente se abre durante la fase final del ciclo menstrual para dejar pasar la sangre y durante el parto para permitir la salida del feto.

Carcinomas.- Tumor o neoplasia maligna formada por células epiteliales neoformadas, con anaplasia en mayor o menor grado y con capacidad de provocar metástasis a distancia.

Carcinomas de las células escamosas.- Tumor epitelial originado en las células del tejido escamoso estratificado o en las zonas de metaplasia escamosa.

Carcinomas adenoescamosas y neuroendocinas.- Neoplasia perteneciente a un gran grupo de tumores epiteliales que tiene localización en glándulas

Cavidad uterina.- Espacio hueco dentro del útero.

Células cervicales.- conjunto celular del epitelio del cérvix

Células neoplásicas.- crecimiento anormal de un tejido nuevo, a nivel celular, benigno o maligno.

Cérvix.- Significa cuello. Por derivación se refiere a la parte inferior del útero. Mide aproximadamente 4 cm de largo y se extiende desde el istmo hasta la vagina. La unión de la vagina con el cérvix lo divide en porción supravaginal y porción vaginal. El canal endocervical está cubierto por epitelio columnar, que normalmente se convierte en epitelio escamoso al nivel del orificio externo (unión escamocolumnar.

Citología.- Parte de la histología que trata de las células, de su estructura y funciones. Estudio celular. Su aplicación principal es la detección de carcinoma cervical y sus precursores mediante el frotis de papanicolaou, tomado del cérvix, del canal endocervical y del fórnix posterior donde se colecta células descamadas. También permite diagnosticar tricomonas y monilias, herpes simple, verrugas por enfermedad viral e infecciones bacterianas. La citología exfoliativa se utiliza para detectar carcinomas de pulmón, vejiga e intestino, pero su aplicación principal es en ginecología.

Clínica de displasia.- Departamento o servicio dentro de un hospital o centro oncológico con un área física adecuada (sala de espera, sala de entrevista y sala de exploración), equipo básico adecuado (colposcopio estereoscópico de alta resolución y una unidad de electrocirugía de alta frecuencia), así como al menos un médico capacitado, donde se realiza el diagnóstico colposcópico y tratamiento conservador de las lesiones precursoras y malignas intraepiteliales del cérvix.

Colposcopia.- Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede

observar la vulva, vagina y el cérvix uterino, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, al cual se le pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica. Dos de sus principales indicaciones incluyen la visualización del cérvix cuando el resultado de la citología cervical es anormal y la revisión de un cérvix clínicamente sospechoso aún en presencia de una citología normal.

Conización.- Resección de una lesión de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm. También se denomina cilindro o cono diagnóstico.

Criocirugía.- Aplicación de temperatura inferior a cero grados centígrados, que alcanza el punto de congelación de las células produciendo la muerte celular.

Displasia.- Significa literalmente desarrollo o crecimiento alterado. Las displasias cervicales son alteraciones que modifican la estructura normal de los epitelios exocervical o endocervical. Se inician en la zona de transformación o unión escamo columnar. Se clasifican en displasia leve, moderada o severa. Por sí mismas, son asintomáticas y pueden ser reversibles en sus etapas iniciales, o bien, evolucionar hacia un cáncer. Sinónimos: lesiones precursoras o premalignas.

Diagnóstico citológico.- Diagnóstico de los procesos benignos o malignos por el estudio de las células.

Diagnóstico patológico.- Diagnóstico al que del organismo, especialmente de sus alteraciones por medio de técnicas histológicas. se llega mediante el examen de sustancias y función de los tejidos

Electrocirugía.- Empleo de corriente eléctrica alterna de alta frecuencia para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor a 5 mm.

Endocervical.- Recubrimiento del canal cervical desde el orificio interno hasta el orificio externo.

Endometrio.- Recubrimiento mucoso del útero, consiste en dos capas, la superficial funcional y la basal localizada en la porción profunda.

Epitelio estratificado.- Capa de células epiteliales muy agrupadas, dispuestas sobre la superficie externa del cuerpo y con la mayor parte de las estructuras huecas.

Estudios patológicos.- Conjunto de procesos bioquímicos e histopatológicos llevados a cabo por el especialista en patología para el diagnóstico de enfermedades orgánicas.

Fibroides.- Semejante a un fibroma o de estructura fibrosa.

Folatos.- Sales del ácido fólico. Cualquiera de las sustancias encontradas en algunos alimentos y en las células de los mamíferos que actúan como coenzimas y favorecen la transferencia química de unidades aisladas de carbono desde una molécula hasta otra.

Formaciones foliculares.- Es un conjunto de procesos en el ovario, llevado a cabo durante el ciclo menstrual a nivel celular estimulado de manera hormonal, para la liberación del óvulo.

Frotis de tejido o papanicolauo.- Frotis cervical con el fin de obtener células exfoliadas para su examen microscópico y detectar la presencia de cáncer. De este modo pueden detectarse procesos malignos cervicales, endometriales, vaginales, tubarios e inclusive ováricos.

Glándulas sebáceas.- Órgano cuya función es elaborar productos especiales a expensas de los materiales de la sangre. Las acinosas situadas en el corión, generalmente en conexión con un folículo liposo y que secretan sebo.

Intraepiteliales.- Componentes o conjunto de procesos llevados a cabo dentro del epitelio celular.

Intrerestial.- Sustancias, componentes o procesos que se encuentran o llevan a cabo entre los tejidos.

Ístmica.- Istmo o porción ístmica es la parte más estrecha de las trompas de Falopio u oviductos o también conocidas como tubas uterinas.

Legrado endocervical.- Intervención instrumental que consiste en raspar con una cucharilla una superficie dada, especialmente la del canal endocervical.

Lesión intraepitelial escamosa.- Lesión con células y núcleos atípicos, indistinguibles de los ocasionados por una masa invasiva, que se extiende a través del epitelio escamoso, pero no atraviesa la membrana basal. Se detecta mediante citología o colposcopia y se confirma mediante biopsia.

Médico patólogo.- El patólogo es el médico especializado en el estudio de las alteraciones que producen las enfermedades en los órganos a nivel celular y sistémico y diagnostica una lesión, a través de estudio histopatológico.

Metástasis.- Aparición de uno o más focos morbosos secundarios a otro primitivo, con o sin desaparición de éste, en regiones o partes no contiguas al foco primitivo.

Miometrio.- Capa muscular del útero

Muestra citológica.- Porción de un producto o tejido que se emplea para estudiar su naturaleza, composición y estructura. Parte o porción extraída de un conjunto de métodos que permiten considerarlas como representativas de aquél.

Neoplasia.- Neoformación de tejido, en el que la multiplicación celular no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y que a veces tiene un carácter progresivo. Tumor.

Oncología.- Rama de la medicina que se dedica al estudio y al tratamiento de los tumores.

Pabellón.- Expansión en el extremo de un paso tubo, sonda o conducto de la trompa de Falopio u oviducto.

Papillomaviridae.- Género de virus de la familia de los papovaviridae, en el que se incluyen el virus de las verrugas vulgar. Familia de virus que son causa de tumores malignos o benignos en vertebrados.

Pólipos endometriales.- Masa peduncular de tejido, por lo general cubierta por epitelio columnar. Los pólipos endometriales, endocervicales y cervicales se presentan por lo general en las mujeres de 35 a 55 años. Si bien pueden ser banignos, pueden ser carcinomatosos o sarcomatosos.

Pubertad.- Período de la vida comprendido entre los 12 y los 14 años en el que comienza la función de los órganos reproductores, indicados en el hombre por la erección y eyaculación seminal y en la mujer por la menstruación

Radiación ionizante.- La transmisión de una energía por medio de radiaciones primaria o secundariamente ionizantes, empleadas para el tratamiento de tumores.

Resultados citológico anormal.- Alteraciones en el desarrollo y anatomía celular de una muestra de tejido.

Saco vaginal.- Porción anatómica ubicada en el fondo de la vagina y es la unión del cérvix y la vagina.

Tejido adiposo blando.- Células encargadas de almacenar grasa por eso el tejido adiposo puede definirse como un conjunto celular con gran actividad metabólica, que representa una importante reserva energética, este tejido blanco tiene mayor numero de receptores hormonales.

Tejido epitelial.- Termino general para los tejidos no mesodérmicos, constituidos especialmente por células en contacto directo.

Torrente sanguíneo.- Flujo de sangre que circula entre los tejidos y órganos a través de las arterias y venas.

Tumor.- Tumefacción o hinchazón morbosa. Neoformación de tejido en que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y que puede tener un carácter progresivo.

Tumor benigno.- Neoformación cuyas células e parecen mucho al tejido normal del que han derivado en su estructura celular y actividad fundamental. Es generalmente encapsulado, limitado, cuya acción nociva se reduce a comprensión de las partes próximas.

Tumor maligno.- El de crecimiento periférico rápido que desorganiza las partes en que se implanta, recidiva después de extirpado y tiende a propagarse por metástasis.

Ultrasonido Transvaginal.- transvaginal. significa a través de la vagina. Ultrasonido transvaginal. Estudio que mediante ondas de transducción emite imágenes del aparato reproductor femenino.

Vaso linfático.- Los que se originan en la intimidad de los tejidos, independientemente de los capilares sanguíneos y que, con los ganglios del mismo nombre, forman el sistema que transporta la linfa de todo el cuerpo a las venas subclavias y yugular interna.

**ANEXO B. PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN,
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO (AÑO
1998).**

**1998
IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN GENERAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
PROGRAMA PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN,
DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL
CÁNCER CÉRVICO UTERINO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
CLAVE DE LA NORMA FECHA DE EMISIÓN/ACTUALIZACIÓN PAGINA _____
2200-54-001-A001 31-JULIO-1998

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

GENERAL
ESPECÍFICOS

METAS

LÍMITES

TIEMPO
ESPACIO
POBLACIÓN BLANCO

INTERVENCIONES Y RECURSOS

COMUNICACIÓN EDUCATIVA
DETECCIÓN OPORTUNA
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y EVALUACIÓN
INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA

INTRODUCCIÓN

Entre 1987 y 1990, México se ubicó en el primer lugar de mortalidad por cáncer cérvico uterino a nivel mundial. Según las cifras oficiales en nuestro país, este cáncer es la primer causa de muerte por tumores malignos en la mujer a partir de los 25 años, ya que en promedio mueren alrededor de doce mujeres al día por este padecimiento y en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se registra la proporción más alta con 4 de cada 10 defunciones.

Además de las estimaciones numéricas sobre el impacto en salud que el cáncer cérvico uterino representa en la población femenina, en el IMSS, se reconoce la necesidad de reforzar las acciones en salud que promuevan un desarrollo equitativo de la mujer y amplíen sus opciones de protección y mantenimiento de la salud.

Asumiendo esta responsabilidad, hemos participado con las demás instituciones del sector salud en la elaboración de este nuevo programa, esforzándonos por aportar ideas y enfoques novedosos que coadyuven el logro de nuestros objetivos. Así mismo, al interior del Instituto se creó un grupo de expertos que representan a cada una de las coordinaciones de la Dirección de Prestaciones Médicas y con el apoyo de las áreas administrativas, nos dimos a la tarea de la reestructuración del programa existente y también de una inversión en salud congruente con las necesidades de atención de la población derechohabiente.

Conscientes de la importancia que las actividades institucionales de prevención y control de este problema tienen en el panorama nacional, nos hemos comprometido firmemente, de tal forma que se considera a este programa una alta prioridad, se ha reforzado la estructura para lograr un incremento de la cobertura de la detección del cáncer cérvico uterino y se ha asegurado la atención médica del padecimiento a través del equipamiento de hospitales con la tecnología más avanzada para el diagnóstico y tratamiento del cáncer y sus lesiones precursoras.

Se incluye también, un sistema de vigilancia epidemiológica y evaluación del programa, para que de manera continua y sistemática se identifiquen las fortalezas y debilidades que sirvan para orientar la toma de decisiones. Este sistema contempla mecanismos automatizados para el seguimiento de las mujeres con displasias y cáncer cérvico uterino, con los que podremos mejorar su atención.

Un reto lo constituye hacer que los beneficios de los nuevos enfoques y conocimientos actuales en cáncer cérvico uterino lleguen a toda la población, de ahí la importancia de la educación médica y la comunicación educativa como los apoyos fundamentales a los ejes de prevención y control del padecimiento. En el Instituto, estamos convencidos de que la lucha contra el cáncer cérvico uterino requiere de un frente común, del apoyo y respuesta de la sociedad y sobre todo, de nuestra participación coordinada y comprometida.

JUSTIFICACIÓN

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino muestra un comportamiento estable en los últimos 20 años, por lo que se concluye que las intervenciones en este período no han logrado el impacto esperado. Más aún, a partir de 1989 se observa una tendencia ascendente de la mortalidad y de la letalidad por esta enfermedad.

En 1996, se registraron 3,139 casos nuevos de cáncer del cuello uterino, con una tasa de 16.7 por 100 mil mujeres derechohabientes, constituyendo al igual que en el pasado, la primera causa de cáncer en la mujer. Su diagnóstico se efectuó básicamente entre los 45 a 64 años, grupo en el que se presentó hasta el 45% de los casos, con una tasa de morbilidad de 45.1 por 100 mil mujeres.

En el mismo año, se registraron 1,208 defunciones por esta causa, con una tasa de 9.6 por 100 mil mujeres derechohabientes usuarias, la mayor proporción de defunciones ocurrió en el grupo de 45 a 64 años, con una tasa de 26.7 sin embargo, es en las de 65 años y más donde se presentó la tasa de mortalidad más alta con 35 defunciones por cada 100 mil mujeres.

Al analizar la letalidad como un indicador de la gravedad de la enfermedad al momento del diagnóstico, de la calidad de la atención médica y de la efectividad de los programas de detección oportuna, se identificaron delegaciones que registraban tasas de morbilidad bajas con altas tasas de letalidad. Lo anterior significa que el programa de detección tuvo un bajo impacto, y que las mujeres son identificadas en las etapas tardías del cáncer cuando el tratamiento médico tiene poco que ofrecer.

Por este motivo, se efectuó una revisión del estado del Programa Institucional de Detección y Control del Cáncer Cérvicouterino; de los resultados, se derivó la necesidad urgente de una actualización y reforzamiento de las actividades de lucha contra este padecimiento. Esta necesidad coincidió con la propuesta de la Secretaría de Salud, para elaborar una nueva normatividad y un nuevo programa; Así entonces, nace el *Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino*.

OBJETIVOS GENERAL

Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la detección y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras y del cáncer en etapas tempranas.

ESPECÍFICOS

1. Formar y capacitar al personal de la salud en la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino.
2. Fortalecer las acciones educativas y orientarlas hacia el incremento de la cobertura de detección en la población femenina de 25 y más años.
3. Incrementar la cobertura, calidad y eficiencia de las actividades de detección.
4. Mejorar la calidad de atención médica, en los tres niveles de atención
5. Reforzar la capacidad resolutive del segundo y tercer nivel de atención en el diagnóstico, tratamiento y control de displasias y cáncer cérvico uterino, a través del equipamiento y la capacitación al personal.
6. Instrumentar mecanismos eficientes de evaluación y control del programa, a través de un sistema de vigilancia epidemiológica activa de todo el proceso.

7. Promover la investigación epidemiológica, biomédica y en servicios de salud, en relación con el cáncer cérvico uterino, para retroalimentar el plan de acción en forma permanente.

METAS

- Promover la detección del cáncer cérvico uterino en el 100% de la población derechohabiente femenina de 25 años y más, a través de la educación para la salud, la promoción de la salud y la participación social y comunitaria.
- Lograr el 80% de cobertura de detección con periodicidad trianual a partir de 1998, en mujeres derechohabientes de 25 y más años.
- Efectuar en el 100% de los estudios realizados, el envío e interpretación de laminillas y la entrega de resultados en un plazo no mayor a un mes, posterior a la toma de la muestra.
- Otorgar atención médica con calidad y oportunidad al 100% de las mujeres derechohabientes con displasias y cáncer cérvico uterino en forma permanente en las unidades de atención médica de la institución.
- Operar el sistema de vigilancia epidemiológica activa de displasias y cáncer cérvico uterino en todas las unidades del sistema.
- Evaluar el programa en forma continua y permanente en el 100% de las unidades médicas con actividades de vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino.

LÍMITES

TIEMPO: Permanente a partir de 1998

ESPACIO: Las 7 Regiones con las 37 Delegaciones del Instituto Mexicano de Seguro Social.

POBLACIÓN BLANCO: Mujeres derechohabientes de 25 y más años.

INTERVENCIONES Y RECURSOS

En congruencia con los capítulos anteriores y con el fin de cumplir con los objetivos establecidos, el programa, comprende cinco intervenciones: 1. Comunicación Educativa, 2. Detección Oportuna, 3. Diagnóstico y Tratamiento, 4. Capacitación y Educación Médica Continua, y 5. Vigilancia, Evaluación e Investigación.

COMUNICACIÓN EDUCATIVA

Tiene el propósito de lograr una participación activa, reflexiva y entusiasta de la comunidad, mediante un proceso educativo dirigido a las mujeres, su familia y población en general, para incrementar la percepción del riesgo en relación con el cáncer cérvico uterino y para que puedan tomar decisiones más responsables en cuanto al cuidado de la salud de la mujer.

Las actividades de comunicación educativa las realiza el personal de salud con el objetivo de incrementar la cobertura de detección de lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino en los grupos de mayor riesgo. Así como, lograr la adherencia de las pacientes a los servicios institucionales. Para lograr lo anterior se cuenta con el documento normativo *Guía de comunicación educativa*.

Recursos

Personal de salud de los tres niveles de atención de las unidades médicas y de las de prestaciones sociales. Reproducción, difusión y aplicación del material educativo y de la *Guía de comunicación educativa* a todas las unidades de atención médica en el ámbito institucional.

DETECCIÓN OPORTUNA

La detección oportuna constituye la forma más efectiva para la prevención de este padecimiento, e incluye dos importantes procesos: la toma y la interpretación de la muestra.

En relación al procedimiento para la toma de la muestra, deben unificarse los criterios y seguirse la técnica adecuada en todas las unidades de atención médica del IMSS. De la calidad de la toma de muestra citológica depende que en el proceso de interpretación sea posible identificar las lesiones precursoras del cáncer, las imágenes compatibles con la infección por el virus del papiloma humano (VPH), y el carcinoma cérvico uterino.

Para una adecuada interpretación de la muestra, se busca incrementar la capacidad de respuesta de los centros de lectura y elevar la calidad de la

interpretación. Lo anterior se piensa lograr mediante la capacitación y actualización de los citotecnólogos y una reorganización de los centros de lectura, la cual comprende el aumento de la plantilla de personal, compra de equipo y mobiliario, abastecimiento regular de insumos, nuevos mecanismos para la recepción y entrega de laminillas y la reubicación estratégica del personal, bajo la dependencia normativa de los patólogos, quienes participan activamente en la asesoría, supervisión y control de sus actividades.

Recursos

Para incrementar la capacidad de toma de muestras, así como elevar la calidad de la toma e interpretación de las mismas se requiere de la capacitación del personal de salud que participa en estas actividades, y para ello se tienen que llevar a cabo cursos de actualización en cada una de las regiones del instituto, como apoyo a las actividades de capacitación y operación de los laboratorios debe difundirse y aplicarse la *Guía para la detección* y la *Guía para laboratorios con citología cervical*.

Por otro lado, se adecuará la plantilla de citotecnólogos para cubrir las necesidades generadas por la ampliación de cobertura programada. En ambas etapas se contempla el fortalecimiento de los mecanismos para el abastecimiento regular y completo de insumos y el equipamiento suficiente de los centros de lectura.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El éxito completo del programa se basa en el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de las displasias y del cáncer cérvico uterino en etapas tempranas. El diagnóstico y tratamiento se consideran en la actualidad las medidas más efectivas para disminuir la morbilidad y mortalidad por este padecimiento, por lo que se promoverá el garantizar el acceso a la atención médica dentro de las dos semanas siguientes a la entrega de resultados de la citología y el de otorgar atención médica integral con calidad, eficiencia y efectividad. Para lo anterior, este proceso no puede sustraerse de la debida capacitación al personal involucrado, entre ellos, médicos familiares,

ginecólogos, colposcopistas, oncólogos, trabajadoras sociales y asistentes de consultorio.

Es de importancia mayor el eficientar los mecanismos de referencia y contrarreferencia para el diagnóstico y seguimiento clínico de las pacientes y que toda mujer con diagnóstico citológico de infección por virus del papiloma humano, displasias o cáncer, tenga el diagnóstico confirmatorio y el manejo oportuno que corresponda. Para apoyar las actividades de atención médica, se elaboraron la *Guía para medicina familiar* y la *Guía para el diagnóstico y tratamientodisplasias y cáncer cérvico uterino*.

Recursos

Para consolidar la infraestructura institucional en una primera etapa se instrumentan 42 clínicas de displasias, una por cada delegación y hasta dos en aquellas que por su distribución geográfica y demanda potencial son indispensables.

Cada una de las clínicas de displasias, contará por lo menos con un colposcopio, una unidad de criocirugía, y una de electrocirugía. La atención en estas clínicas será otorgada por un médico con capacitación específica en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Debe haber cuando menos dos médicos capacitados por clínica.

CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Como puede apreciarse, es un proceso inseparable de los anteriores, la capacitación y educación continua, son la base para mantener la calidad de los procedimientos en las diferentes etapas de intervención.

La capacitación de todo el personal de salud que participa en el programa tiene como objetivo, consolidar los conocimientos, habilidades, destrezas, y actitudes del personal técnico, de salud, médicos familiares y especialistas, en los procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino en el ámbito institucional.

Así mismo la capacitación y educación médica deben lograr la persecución de dos políticas de atención:

- Efectuará las actividades de vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la paciente con calidez, confidencialidad y calidad, promoviendo la satisfacción de la usuaria y el respeto a sus derechos.
- Diseñará y aplicará estrategias para que el personal de salud, se sensibilice a la importancia del padecimiento y proporcione a la mujer la atención integral adecuada con las características anteriormente mencionadas.

Para el apoyo de las actividades anteriores se elaboraron las guías técnicas, manuales de procedimientos e instructivos de operación para capacitar al personal en cada uno de los procesos sustantivos.

Los cursos, contenidos generales, la metodología didáctica y cartas descriptivas se llevan a cabo conforme la estructura, funcionamiento y recursos institucionales en los diferentes niveles de atención.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y EVALUACIÓN

En congruencia con las etapas anteriores, este proceso utiliza como estrategia un sistema de vigilancia epidemiológica para el monitoreo y evaluación del programa, en el cual se recolecta información para: 1. Determinar la ocurrencia del cáncer, 2. Construir indicadores de procesos y resultados para la evaluación del programa, 3. Identificar los factores o condiciones que incrementan el riesgo de morir, 4. Operar mecanismos automatizados que apoyan las actividades de seguimiento y control de las pacientes, 5. Señalar desviaciones y permitir la toma de decisiones en favor de la mejora continua del programa.

La evaluación del programa debe responder a las necesidades de información para apoyar la toma de decisiones, por lo que no sólo se deben comparar los objetivos y metas con los resultados, sino se debe describir y analizar la forma en que son alcanzados, esto requirió de la incorporación de indicadores de

calidad, eficacia e impacto que tomarán en consideración las acciones relevantes que se realizan en el programa. Una descripción completa de los indicadores se encuentra en la *Guía para la Vigilancia Epidemiológica* y en el *Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino*.

Las intervenciones de comunicación educativa y capacitación y educación médica, se evalúan con el sistema de vigilancia a través del incremento de la demanda de la detección en la población femenina y en la calidad del diagnóstico y tratamiento médicos. Una evaluación más específica y concreta de todas las intervenciones deberá efectuarse en los niveles operativos y delegacionales a través de la investigación evaluativa.

Es necesario insistir en que, si bien, la captura y procesamiento de la información son responsabilidad primaria de los epidemiólogos y del personal de salud comunitaria, la recolección de la información, su análisis, difusión y utilización son tarea de todo el equipo de salud y requieren de la participación decidida y activa de las autoridades en cada uno de los niveles de atención.

Recursos

Personal de salud comunitaria de los tres niveles de atención. Se apoya en un sistema de información computarizado que se localiza en las unidades con laboratorio de citología cervical, clínicas de displasias y servicios de ginecología oncológica.

INVESTIGACIÓN

La investigación epidemiológica, básica, clínica o en servicios de salud, puede ser guiada por los resultados y preguntas de investigación que se generen en el sistema de vigilancia. Se consideran necesarias todas aquellas líneas de investigación en las que se determinen factores de riesgo biológicos, sociales, económicos, de acceso a los servicios de salud o de la calidad de la atención médica que orienten hacia la instrumentación de intervenciones de mayor

eficacia para la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino.

PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA

Con el fin de establecer los criterios normativos actualizados, se elaboró el ***Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino***. Dicho documento, describe las actividades de los personajes principales que intervienen en el programa y fue elaborado por representantes de cada una de las coordinaciones de la Dirección de Prestaciones Médicas, de la Coordinación General de Comunicación Social y de la Coordinación de Prestaciones Sociales de la Dirección de Prestaciones Sociales y Económicas.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Lic. Genaro Borrego Estrada

Director General

Dr. Mario Madrazo Navarro

Director de Prestaciones Médicas



ANEXO C. INSTRUMENTO USUARIAS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Cuestionario de evaluación dirigido a usuarias de la Unidad Médico Familiar número 15 del IMSS.

Objetivo: Evaluar la intervención que Trabajo Social realiza con las mujeres diagnosticadas con displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino.

Instrucciones: lea cuidadosamente cada una de las preguntas y conteste de manera objetiva a cada una de ellas. Recuerde que este cuestionario será tratado con confidencialidad.

a)Escolaridad: _____ b)Edad: _____ c):Ocupación: _____

d)Estado civil: _____ e)Dx ginecológico: _____

1.- ¿Conoce usted el servicio de Trabajo Social en la Unidad Médico Familiar número 15?

si () no ()

1b.¿Por qué?

2.-¿Conoce qué actividades realizan en el servicio de Trabajo Social?

si () no ()

2b. ¿Por qué?

3.- ¿Se realiza periódicamente la prueba de papanicolau?

si () no ()

3B.- ¿Por qué?

4.- ¿Considera importante realizarse esta prueba?

si () no ()

4B.- ¿Por qué?

5.- ¿Sabe qué enfermedades se puede prevenir al realizarse la prueba de papanicolau?

si () no ()

5b.- ¿Cuáles?

6.- ¿Usted cómo describiría su padecimiento médico?

7.- ¿Después de cuanto tiempo de haberse realizado el papanicolau se entero de su problema de salud?

a)antes del mes() b)al mes () c)después del mes ()

8.-¿Cómo se entero de su problema de salud?

b) cuando acudió a recoger los resultados le informaron ()

a) la localizaron de la UMF para avisarle() 8b. ¿Qué servicio fue el que la localizo?

a) Trabajo Social () b) Medicina Preventiva () c) otro () _____ d) no sabe
9.- ¿Cuánto tiempo después de enterarse de su problema de salud Trabajo Social intervino para apoyarla en su padecimiento?

a) () al momento de localizarme para avisarme que había salido mal en mi papanicolauo

b) () cuando decide acudir a Trabajo Social por otra cuestión

c) () después de enterarme del resultado de papanicolauo porque otro servicio me derivó

d) () Jamás ha intervenido

10.- Como fue la atención que el trabajador social le brindó:

excelente () buena () regular () mala ()

11.- ¿Considera importante la intervención de Trabajo Social para la atención de su problema de salud?

si () no ()

12.- ¿Por qué?

13.- ¿Considera que el enterarse de su problema de salud le causó angustia y ansiedad?

si () no ()

14.- ¿Considera que Trabajo Social le ayudó a disminuir la angustia y la ansiedad?

si () no ()

14b.- ¿Por qué?

15.- ¿Trabajo Social le ha explicado en qué consiste su problema de salud?

si () no () 15b ¿por qué no? _____

16.- ¿Trabajo Social le ha explicado las consecuencias de no tratarse de manera médica su problema de salud?

si () no () 16b ¿por qué no? _____

17.- ¿La intervención que Trabajo Social ha realizado con usted la ha motivado a llevar un tratamiento sobre su problema de salud?

si () no () 17b ¿por qué no? _____

18.- La información que Trabajo Social le brinda de acuerdo a su problema de salud es:

a) adecuado () b) inadecuado () c) suficiente () d) Insuficiente ()

18b.- ¿Por qué? _____

19.- ¿En su primera cita con Trabajo Social se le realizó un estudio médico social?

si () no ()

19b. En caso de que su pregunta sea negativa ¿cuándo se le realizó?

a) en cita posterior () b) jamás se la ha realizado ()

20.- ¿Trabajo Social le ha dado seguimiento a su tratamiento médico?

si () no ()

21.- ¿Considera importante el seguimiento que Trabajo Social le ha dado?

si () no ()

21b.- ¿Por qué? _____

22.- ¿En algún momento abandonó el tratamiento médico?

si () no ()

22b.-En caso de que la respuesta sea afirmativa ¿por qué motivo decidió abandonarlo?

23.- ¿Trabajo Social ayudo a que regresara a su tratamiento médico?

si () no () porqué _____

23b. En caso de que la respuesta sea afirmativa ¿cómo la ayudo?

24.- ¿Cómo realiza Trabajo Social el seguimiento de su caso?

25.- El desempeño de Trabajo Social en la intervención que ha realizado en su caso ha sido:

excelente () eficiente () deficiente () malo()

25b.- ¿Por qué? _____

26.- ¿Qué mejoraría de la intervención que Trabajo Social realizó en su problema de salud?

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO D. INSTRUMENTO TRABAJADORAS SOCIALES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



Cuestionario de evaluación dirigido a trabajadores sociales de la Unidad Médico Familiar número 15 del IMSS.

Objetivo: Evaluar la intervención que Trabajo social realiza con las mujeres diagnosticadas con displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino.

Instrucciones: lea cuidadosamente cada una de las preguntas y conteste de manera objetiva a cada una de ellas. Recuerde que este cuestionario será tratado con confidencialidad.

a) Edad: _____ b) Años de antigüedad dentro del IMSS: _____

c) Años de antigüedad en el servicio de trabajo social dentro del IMSS: _____

d) Nivel de estudios de Trabajo social: Técnico () Licenciatura ()

e) Otros estudios: _____

1.- El IMSS ¿Cómo define a Trabajo Social?

2.- De acuerdo a su experiencia profesional para usted ¿qué es el Trabajo Social?

3.- ¿Cómo describiría qué es el Trabajo Médico Social?

4.- ¿Conoce la Guía Técnica para Trabajo Social en Unidades Médicas?

si () no () 4b ¿Por qué no la conoce? _____

5.- ¿Utiliza la Guía Técnica para Trabajo Social en Unidades Médicas?

si () no () 5b ¿Por qué no la utiliza? _____

6.- ¿Cuál es el proceso de intervención de Trabajo Social en Unidades Médicas?

7.- ¿En qué parte del proceso participa usted?

8.- ¿Cuántos programas maneja Trabajo Social dentro de la Unidad Médico Familiar número 15?

9.- Para usted ¿Cuáles son los programas más importantes?

9b.- ¿Por qué? _____

10.- ¿Qué es el cáncer cérvico uterino?

11.- ¿Qué es la displasia y cuántos niveles hay?

12.- ¿Qué es el virus de papiloma humano (VPH)?

13.- ¿Cuál es la relación del VPH con el cáncer cérvico uterino?

14.- ¿Por qué es importante que Trabajo Social realice intervención con mujeres diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino?

15.- ¿Conoce el Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino?

Si lo conoce () 15 b.- ¿Se apoya en él para realizar su intervención profesional con mujeres diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino? si () no() 15c ¿Por qué no se apoya en él? _____

No lo conoce () 15d ¿Por qué no lo conoce? _____

16.- ¿Conoce el Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino?

Si lo conoce () 16b.- ¿Se apoya en él para realizar su intervención profesional con mujeres diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino? si () no() 16c ¿Por qué no se apoya en él? _____

No lo conoce () 16d ¿Por qué no lo conoce? _____

17.- ¿Conoce la Guía de Comunicación Educativa para la Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino?

Si la conoce () 17b.- ¿Se apoya en ella para realizar su intervención profesional con mujeres diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino? si () no() 17c ¿Por qué no se apoya en ella? _____

No la conoce () 17d ¿Por qué no la conoce? _____

18.- ¿Cómo interviene Trabajo Social en la prevención de cáncer cérvico uterino con las usuarias de la Unidad Médico Familiar?

19.- ¿Cómo interviene Trabajo Social con las usuarias diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino para la canalización a la clínica de displasia?

20.- ¿Cuál es el proceso que realiza Trabajo Social en el seguimiento de caso de estas pacientes?

21.- ¿Qué se hace para reconquistar a las usuarias que deciden abandonar su tratamiento de la clínica de displasia?

22.- ¿Considera que la reconquista de las usuarias que abandonan su tratamiento es exitoso?

si () no ()

22b.- ¿Por qué? _____

23.- ¿Qué tipo de métodos utiliza durante la intervención profesional con las pacientes diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino?

24.- ¿En qué técnicas e instrumentos se apoya?

25.- Desarrolle el FODA en el siguiente cuadro:

FORTALEZAS DE SU INTERVENCIÓN	OPORTUNIDADES DE SU INTERVENCIÓN
DEBILIDADES DE SU INTERVENCIÓN	AMENAZAS DE SU INTERVENCIÓN

26.- De acuerdo a la intervención que realiza Trabajo Social con las usuarias con diagnóstico de displasia, VPH o cáncer cérvico uterino ¿Cuáles consideraría que son los alcances de la misma?

27.- ¿Considera que existen carencias y debilidades dentro de la intervención que Trabajo Social realiza con estas pacientes?

no ()

si () 27b.- ¿Cuáles son esas carencias y debilidades? _____

27c.- ¿Por qué considera que existen carencias y debilidades? _____

28.- ¿Cuáles son las fortalezas que Trabajo Social tiene con respecto a la intervención que realiza con las mujeres diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino?

29.- El manejo de la información que Trabajo Social brinda a las usuarias con este tipo de diagnóstico ¿considera que le fue útil a la usuaria?

si () no ()

29b. ¿Por qué? _____

30.- ¿Considera que su manejo adecuadamente?

si () no ()

30b.- ¿Por qué? _____

31.- ¿Cómo calificaría su desempeño en la intervención que realiza con las pacientes con diagnóstico de displasia, VPH o cáncer cérvico uterino?

Excelente () Eficiente () Regular () Deficiente ()

31b. ¿Por qué? _____

32.- ¿Se realizan evaluaciones a Trabajo Social sobre la intervención que realizan con las pacientes diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino?

si () no () 32d. ¿por qué? _____

32b.- En caso de ser afirmativa ¿con qué periodicidad se realizan?

a) Cada 3 meses () b) Cada 6 meses () c) Cada año () d) Otro () _____

32c.- ¿Quién la realiza?

a) La jefa de Trabajo Social () b) Personal de la institución ()

c) Personal externo de la institución () d) Otros () _____

33.- ¿Considera importante efectuar una evaluación de la intervención que Trabajo Social realiza con las pacientes con diagnóstico de displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino?

si () no ()

- 33b.- ¿Por qué? _____
- 34.- ¿Cada cuando sería conveniente realizar la evaluación?
a) Cada 3 meses () b) Cada 6 meses () c) Cada año () d) Otro ()__
- 35.- ¿Qué ventajas se obtienen de realizar una evaluación sobre esta intervención?

- 36.- ¿Considera que existen desventajas al realizar evaluación?
si () no ()
- 36b.- Si su respuesta anterior fue afirmativa ¿qué tipo de desventajas? _____
- 37.- ¿Cree necesario que Trabajo Social tenga que mejorar su intervención con las mujeres diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino?
si () no ()
- 37b.- ¿Por qué? _____
- 38.- ¿Qué estaría dispuesto a hacer para mejorar su intervención con estas pacientes?

- 39.- ¿Por qué es necesario acudir a una actualización sobre el manejo de la intervención que realiza con estas usuarias?

- 40.- ¿Cómo le gustaría que se trabajará en la intervención que Trabajo Social realiza con las mujeres diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino?

Muchas gracias por su colaboración



ANEXO E. INSTRUMENTO JEFES DE SERVICIO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



Cuestionario de evaluación dirigido a las jefaturas de servicio de la unidad médico familiar número 15 del IMSS.

Objetivo: Evaluar la intervención que Trabajo Social realiza con las mujeres diagnosticadas con displasia, virus de papiloma humano o cáncer cérvico uterino.

Instrucciones: lea cuidadosamente cada una de las preguntas y conteste de manera objetiva a cada una de ellas. Recuerde que este cuestionario será tratado con confidencialidad.

a)Escolaridad:_____ b)Puesto:_____ c)Edad:_____

d) Años de antigüedad en el IMSS:____e) Años de antigüedad en el puesto actual:_____

f) Otros estudios:_____

1.- El IMSS ¿cómo define a Trabajo Social?

2.-De acuerdo a su experiencia profesional para usted ¿qué es el Trabajo Social?

3.- ¿Cómo describiría qué es el Trabajo Médico Social?

4.- ¿Se considera a Trabajo Social como parte del equipo multidisciplinario de salud?

si () no ()

4b. ¿Por qué?_____

5.- ¿Se considera importante la intervención de Trabajo Social en los programas que se ejecutan dentro de la Unidad Médico familiar?

si () no ()

5b- ¿Por qué?_____

6.- ¿Dentro del servicio que dirige se apoyan en Trabajo Social?

si () no ()

6b- ¿Por qué?_____

7.- ¿En qué programas de su servicio participa Trabajo Social?

8.- Para usted ¿Cuáles son los programas en donde Trabajo Social tenga una participación importante?

8b.- ¿Por qué?_____

9.- Podría explicar de manera general qué es:

9a.-El cáncer cérvico uterino

9b.-Displasia y cuántos niveles hay de ella?

9c.- ¿Qué es el virus de papiloma humano (VPH)?

9d.- ¿Cuál es la relación del VPH con el cáncer cérvico uterino?

10.- ¿Es importante la intervención de Trabajo Social con mujeres diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino?

11.- ¿Conoce el Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino?

si lo conoce() no lo conoce() 11b ¿Por qué no lo conoce?_____

12.- ¿El servicio que dirige participa en este programa?

si participa () 12b ¿Cómo participa?_____

no participa ()

13.- ¿Conoce el Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino?

si lo conoce() no lo conoce() 13b ¿Por qué no lo conoce?_____

14.- Conoce la Guía de Comunicación Educativa para la Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino?

si lo conoce() no lo conoce() 14b ¿Por qué no lo conoce?_____

15.- ¿De qué manera interviene Trabajo Social con las mujeres diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino?

si() no() 15b ¿Por qué no la conoce?_____

16.- De acuerdo a la intervención que realiza Trabajo Social con las usuarias con diagnóstico de displasia, VPH o cáncer cérvico uterino ¿Cuáles consideraría que son los alcances de la misma?

17.- ¿Considera que existen carencias y debilidades dentro de la intervención que Trabajo Social realiza con estas pacientes?

no ()

si () 17b.- ¿Cuáles son esas carencias y debilidades?_____

17c.- ¿Por qué considera que existen carencias y debilidades?_____

18.- ¿Cuáles son las fortalezas que Trabajo Social tiene con respecto a la intervención que realiza con las mujeres diagnosticadas con displasia, VPH o cáncer cérvico uterino?

19.- ¿Considera que Trabajo Social realiza un manejo adecuado de la información?

si () no ()

20b.- ¿Por qué?_____

20.- ¿Cómo calificaría el desempeño en la intervención que realiza Trabajo Social con las pacientes con diagnóstico de displasia, VPH o cáncer cérvico uterino?

Excelente () Eficiente () Regular () Deficiente ()

