

Ref.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
PROGRAMA DETECCION OPORTUNA DEL CANCER
CERVICOUTERINO Y MAMARIO. PROYECTO DE
INVESTIGACION EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N°. 92 DEL IMSS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A :

MARIA DEL ROSARIO ALCANTARA FERNANDEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA

MEXICO, D. F. 1991

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE

	PAG
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. SALUD PUBLICA Y TRABAJO SOCIAL	6
1.1 ¿Qué es la Salud Pública? -----	6
1.1.1 Bases de la Salud Pública -----	8
1.1.2 Campos de la Salud Pública -----	9
1.1.3 Funciones de la Salud Pública -----	9
1.2 ¿Qué es el Trabajo Social? -----	10
1.2.1 Objetivos del Trabajo Social en Salud -----	13
1.2.2 Funciones y actividades del Trabajo Social en - Salud -----	16
1.2.3 Niveles de actuación del Trabajo Social -----	28
1.2.4 Rol y encuadre de la tarea profesional -----	33
1.2.5 Perfil del Trabajador Social en Salud -----	38
1.3 Participación del Trabajador Social en los Programas de Educación para la Salud -----	40
1.4 Importancia del Trabajo Social para la Salud Pública	46
CAPITULO II. CONSTITUCION ORGANICA DE LOS SERES VIVOS	45
2.1 Crecimiento celular normal -----	50
2.2 Crecimiento celular anormal -----	51
CAPITULO III. ¿QUE ES EL CANCER?	52
3.1 Concepto de Cáncer -----	52
3.2 Medidas de control y prevención del Cáncer -----	54

	PAG
CAPITULO IV. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRO- DUCTOR FEMEENINO	56
4.1 Organos Internos -----	56
4.1.1 Ovarios -----	56
4.1.2 Trompas de Falopio -----	56
4.1.3 Utero -----	57
4.1.4 Vagina -----	57
4.2 Organos Externos -----	57
4.2.1 Himen o membrana virginal -----	57
4.2.2 Vulva -----	58
CAPITULO V. CANCER GINECOLOGICO	59
5.1 Cáncer de la Cérvix y del Útero -----	60
5.2 Etiología o causas predisponentes -----	61
5.2.1 Inicio de vida sexual activa a temprana edad-	62
5.2.2 Infecciones genitales no atendidas o infeccio nes crónicas -----	62
5.2.3 Multiparidad -----	63
5.2.4 Factor Coital -----	63
5.2.5 Conyuge no Circuncidado -----	63
5.2.6 Uso de métodos anticonceptivos sin vigilancia médica -----	64
5.3 Diagnóstico -----	65
5.4 Tratamiento -----	68
5.5 Cáncer de Mama -----	71
5.5.1 Etiología o causas predisponentes -----	72

5.5.2 Factores de Riesgo -----	72
5.5.3 Enfermedades de Riesgo -----	74
5.5.4 Diagnóstico -----	74
5.5.5 Tratamiento -----	75

CAPITULO VI. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 77

6.1 ¿Qué son las Unidades de Medicina Familiar? -----	77
6.2 Unidad de Medicina Familiar No. 92 -----	78
6.2.1 Areas de la Unidad -----	79
6.2.2 Area de Medicina Preventiva -----	80
6.2.2.1 Funciones y actividades del área de Medicina Preventiva en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino y Mamario -----	80
6.2.3 Departamento de Trabajo Social Médico -----	84
6.2.3.1 Funciones y actividades del Departamento de Trabajo Social Médico -----	85
6.2.3.2 Participación del Departamento de Trabajo Social en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino y mamario -----	88

CAPITULO VII. PROYECTO DE INVESTIGACION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 90

7.1 Justificación -----	90
7.2 Planteamiento del Problema -----	93
7.3 Planteamiento de Hipótesis y Variables -----	93
7.4 Procedimientos y selección de la muestra -----	95

	PAG
7.5 Cuadros y gráficas de presentación de resultados --	97
7.6 Análisis de resultados y comprobación de hipótesis--	135
CAPITULO VIII. PROPUESTA DE TRABAJO "PARTICIPACION DEL - TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE ORIENTA- CIÓN E INFORMACION PARA LA PREVENCION Y - CONTROL DEL CANCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO EN LA MUJER, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMI LIAR No. 92 DEL INSS"	143
8.1 Justificación -----	143
8.2 Objetivos -----	147
8.3 Metas -----	148
8.4 Límites -----	149
8.5 Organización -----	150
8.6 Funciones y actividades de Trabajo Social -----	151
8.7 Funciones de los Participantes -----	154
8.8 Supervisión -----	158
8.9 Evaluación -----	158
CONCLUSIONES	159
SUGERENCIAS	164
ANEXOS	168
BIBLIOGRAFIA	185

INTRODUCCION

El cáncer es una de las principales enfermedades causa de un gran índice de mortalidad en México, en el año de 1976 ocupó el 5o. lugar como causa de defunción, determinando 22 635 muertes.

Todo ser vivo está constituido por células, que deben cumplir con determinadas funciones para el adecuado desarrollo del organismo, sin embargo, en ocasiones éstas se multiplican más rápidamente, en forma desordenada y anárquica, sin cumplir con una función o necesidad orgánica, estableciéndose una neoformación denominada neoplasia o tumor sea benigno o maligno.

No obstante, las diversas acciones que se realizan contra el cáncer y las numerosas investigaciones que se llevan a cabo en la actualidad, aún se desconocen muchos aspectos en relación con la aparición de éste, sus causas o etiología.

Existen diversos tipos de cáncer que se desarrollan tanto en la mujer como en el hombre, cabe mencionar, que para fines de éste trabajo únicamente se exponen y analizan el cáncer cervicouterino y mamario -cáncer propio de la mujer- por ser estos padecimientos los más frecuentes y principales causas de muerte - en la población femenina de más de 30 años de edad, cuyas causas predisponentes se encuentran en la multiparidad, inicio de vida sexual activa antes de los 18 años, multiplicidad de parejas sexuales, conyuge no circuncidado y procesos inflamatorios de la cervix, asimismo, antecedentes heredo-familiares, edad de menarca o vida menstrual, lactancia, uso de productos hormonales, respectivamente.

En la sustentante surgió la inquietud por conocer los aspectos básicos de éste tipo de cáncer, tal inquietud surgió a partir de la formación académica, de observaciones y de la experiencia obtenida durante la prestación del Servicio Social, lo que proporcionó elementos que ayudaron a comprender que la mujer de clase media principalmente desconoce casi por completo los aspectos generales no sólo de el cáncer sino también de cualquier enfermedad, llevándola en ocasiones a descuidar su salud y la de su familia, provocando que la enfermedad avance día a día alcanzando con frecuencia la muerte.

Este trabajo pretende ser un análisis de los aspectos generales del cáncer, específicamente del cervicouterino y mamario, - sus conceptos, definiciones, generalidades, causas predisponentes o etiología, así como su diagnóstico, tratamiento y consecuencias de una no detección oportuna de éste. Pretende además hacer un llamado a toda persona para que tome conciencia de la importancia de estar adecuadamente informado sobre cualquier padecimiento, así como de la práctica de un diagnóstico precoz de cualquier enfermedad, con el objeto de aplicar un tratamiento - adecuado y oportuno que redunde en beneficio de la salud tanto individual como de la familia, de igual manera pretende hacer conciencia en la mujer ya que ésta como núcleo de la familia debe ser una persona sana, informada sobre aspectos sanitarios, - así como de la importancia de mantener y conservar la salud que le permitirá procrear y formar una familia con hijos sanos físicamente y mentalmente.

Cabe mencionar, que éste trabajo no estaría completo sin realizar un análisis sobre la magnitud e importancia práctica de éste padecimiento como uno de los principales problemas médicos del país, su frecuencia de aparición, causas predisponentes, diagnóstico y tratamiento aplicado a la población afectada por éste, para ello se realizó una investigación de campo en la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, quien dentro de su sistema organizacional desarrolla diversos programas básicos de salud, tal es el caso del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino y Mamario, y otros, encaminados a prevenir enfermedades y preservar la salud y la vida de la población derechohabiente del Instituto.

Para lograr con éxito su cometido dicha unidad en coordinación con el Departamento de Trabajo Social Médico desarrolla varios subprogramas con objeto de orientar e informar a su población derechohabiente, es importante señalar que trabajo social tiene poca participación dentro de éste programa, siendo el área de Medicina Preventiva quien se encarga de desarrollarlo, a través de la práctica de exámenes médicos, aplicación de instrumentos para conocer antecedentes gineco-obstétricos de la población atendida por la misma, efectúa visitas domiciliarias, orienta e informa sobre aspectos generales de la enfermedad, la importancia de su diagnóstico precoz y el manejo del tratamiento adecuado, mientras que trabajo social sólo en ocasiones tiene contacto con determinadas pacientes especialmente a mujeres que se les diagnosticó cervicovaginitis o inflamación de la cervix, a quié

nes se les realiza estudio médico-social y se les orienta respecto al manejo de su tratamiento y medidas higiénicas.

Como futura trabajadora social, se considera un compromiso de la profesión la educación y concientización no solo de la sociedad en general sino también del mismo profesionista, por ello tiene un largo camino que recorrer en todos los ámbitos de la vida, en éste caso particular, dentro del área de la Salud Pública debe luchar por la reeducación y sensibilización de la población respecto a los programas sanitarios, a través de los siguientes objetivos:

- a) Desterrar de la gente la ignorancia, en cuanto al padecimiento que presenta
- b) Combatir la apatía que la colectividad manifiesta para con las campañas sanitarias que realizan las instituciones de salud
- c) Crear conciencia, principalmente en la mujer, quien muchas veces acude a los servicios médicos cuando la enfermedad que presenta está demasiado avanzada y a quienes de alguna manera se les induce u obliga a acudir a sus exámenes médicos

Asimismo, el trabajador social debe participar en la elaboración, aplicación y evaluación de programas de educación para la salud, tendientes a orientar, informar y capacitar a toda la colectividad sobre la importancia de preservar la salud.

Por lo antes mencionado, al final de este trabajo se expone la propuesta de trabajo, resultado de la investigación bibliográfica y de campo, dicha propuesta es un programa de intervención

del trabajador social dentro del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino y mamario, dentro del cual este profesionalista se encargará de orientar e informar a la población femenina adscrita a la unidad médica, sobre aspectos básicos del padecimiento, así como de realizar funciones y actividades propias de su disciplina en el área de la salud, tal programa, pretende ser implementado dentro del Departamento de Trabajo Social de la unidad, con el deseo de que se asigne un trabajador social específico para el área de Medicina Preventiva, cuya participación será de gran trascendencia dentro de los programas de detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan el cáncer y la diabetes, y de la promoción de la participación de la población en los programas sanitarios de la Institución.

Finalmente se presentan los cuadros y gráficas de presentación de resultados, al análisis de los mismos, los anexos y la bibliografía consultada.

Vale decir, que este trabajo no pretendió agotar el tema del cáncer, puesto que los conocimientos que se poseen al respecto son limitados, por ello, éste fué expuesto en forma general, abarcando sus aspectos básicos, sabiendo de antemano que él mismo tiene ciertas deficiencias, que con futuros y adecuados estudios pueden ser superadas, el cual se pone a consideración del jurado calificador y de los compañeros que requieran de su consulta.

CAPITULO PRIMERO

SALUD PUBLICA Y TRABAJO SOCIAL

Para comprender la relación que existe entre la Salud Pública y el Trabajo Social, es necesario conocer primeramente en que consiste cada una de estas disciplinas, para posteriormente analizar la relación que guardan ambas, especialmente en lo que se refiere a la importancia que el Trabajo Social tiene para la Salud en general y para los Programas de Educación para la Salud en particular.

Para tal efecto, se analizará en primer término el concepto de Salud Pública, así como sus bases, su campo de acción, sus funciones y actividades propias, posteriormente se analizará el Trabajo Social.

1.1 ¿Qué es la Salud Pública?

La Salud Pública como su nombre mismo lo indica, se refiere a la salud propia de la colectividad, en ésta, el interés se centra en la salud de la población en general y no de la salud individual como algo particular.

En el año de 1946 la Organización Mundial para la Salud (OMS) definió a la salud como "un estado de completo bienestar físico mental y social y no simplemente la ausencia de afección o enfermedad". (1)

(1) Kisnerman Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Buenos Aires. 1981. Humanitas. p. 1

La Salud Pública surge como una disciplina que se apoya en los conocimientos médicos y en aportes de otras profesiones para el estudio de la realidad social, ésta se define "cómo el conjunto de actividades interdisciplinarias que competen al Estado y a todos los habitantes de un país -de ahí el carácter de pública- para promover, recuperar y rehabilitar salud en una sociedad".(2)

Existen numerosas definiciones sobre Salud Pública, sin embargo, se considera que la más completa es la de Winslon, que a la letra dice "salud pública es el conjunto de ciencias y artes encaminados a prevenir y combatir enfermedades, prolongar la vida fomentar la salud y la eficiencia de los individuos a través del esfuerzo organizado de la comunidad..." . (3)

En esta definición se destaca la necesidad de que la comunidad participe activamente y en forma organizada, aspectos fundamentales para lograr cambios permanentes y progresos respecto a la salud, dicha organización debe ser tanto en forma individual como colectiva, con objeto de dar mayor eficiencia a los programas sanitarios, lograr cambios significativos y beneficios sociales en la población y para el uso racional y adecuado de los servicios de salud.

Otro aspecto de importancia se refiere al establecimiento o creación de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud, factor

(2) Op-Cit. p. 4

(3) Sanchez Rosado Manuel. Elementos de Salud Pública. México. 1983. Editor MC. p. 10

básico para la elevación del nivel de vida de la colectividad.

En este sentido, los agentes de la salud pública, en el caso específico y particular el trabajador social, debe interesarse y asumir la responsabilidad de ser promotor de cambios sociales que influyan integralmente en el nivel de salud y de vida de la población.

1.1.1 Bases de la Salud Pública

Las bases de la Salud Pública están constituidas por los aportes otorgados por un conjunto de disciplinas que tienen el carácter de asociadas, de ellas la salud recibe conocimientos que le permiten desarrollarse y a su vez pone al servicio de la colectividad los hallazgos realizados, estas son: biología, anatomía, fisiología, genética, ecología, patología, existen sin embargo, - otras que para fines de este trabajo son de mayor importancia, - tal es el caso de las Ciencias Sociales, dentro de las que se ubica el Trabajo Social.

Las Ciencias Sociales son un conjunto de disciplinas centradas en el estudio del hombre como ser social, cultural, económico y político; facilitan el conocimiento de los factores que generan la enfermedad; de las subculturas profesionales en salud y las pautas de conducta que las caracteriza; de los roles sociales, liderazgo, aspiraciones, necesidades y expectativas de la población; de los componentes de la organización institucional; del impacto de distintos programas; de la demanda potencial y real; actitudes frente a los servicios y agentes sanitarios; de la evaluación de la eficacia y eficiencia de los servicios y rec^{ursos} de salud.

1.1.2 Campos de la Salud Pública

Los campos dentro de los cuales interviene la Salud Pública son:

1. Atención sobre las personas o atención médica
2. Actividades sobre el medio ambiente o saneamiento ambiental
3. Actividades de administración sanitaria
4. Actividades de investigación
5. Actividades de docencia

1.1.3 Funciones de la Salud Pública

Tanto las acciones sanitarias como el conjunto de medidas tendientes a asegurar un nivel óptimo de salud en la población se dirigen a realizar funciones básicas directas e indirectas de las cuales las primeras se refieren a la labor que se dirige especialmente a la población en tanto que las segundas aún cuando mantienen relación con dicha labor no se aplican directamente a la misma.

Las funciones directas de la salud pública son: promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud y reubicación social de los enfermos, en cualquiera de estas existe siempre el intento por prevenir, evitando la ocurrencia de un riesgo o enfermedad que ocasione incapacidad o muerte en la colectividad.

Por su parte las funciones indirectas de ésta disciplina son la investigación, la administración, la legislación, la estadística y el desarrollo de los recursos humanos.

1.2 ¿Qué es el Trabajo Social?

Tradicionalmente se define al Trabajo Social como "una profesión eminentemente práctica, en donde su quehacer profesional - se ubica dentro de la práctica social, cuyos objetivos van más allá de la simple adquisición de conocimientos". (4)

Cabe mencionar, que existen diversas definiciones sobre esta profesión, sin embargo, en la actualidad existe una nueva concepción, en la que se considera que el Trabajo Social "es una disciplina de las ciencias sociales que mediante metodología científica contribuye al conocimiento de los problemas y recursos de la comunidad, a la educación social, a la organización y movilidad conciente de la colectividad, así como de la planificación y administración de acciones, todo ello con el propósito de lograr la transformación para el desarrollo integral del hombre". (ENTS/UNAM. 1987). (5)

Resulta común definir al Trabajo Social por la función que desempeña, es decir, por lo que hace, sin embargo, resulta necesario comentar que, para que un trabajador social pueda ejercer su labor y desempeñar su papel, es indispensable la existencia de un individuo, un grupo o una comunidad que se encuentre en demanda de sus servicios, al pasar por una situación establecida como problemática.

(4) Kisnerman Natalio. Op-Cit. p. 8

(5) Gómezjara Francisco. Teoría y Técnicas de Salud Comunitaria México. 1983. Nueva Sociología. p. 106

Esa situación problema es siempre social debido a que involucra implícita o explícitamente a los seres humanos en constante interacción, afectados por la misma situación.

En consecuencia se entiende que el trabajo social procura - "crear una actitud crítica de las causas-efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles con el fin - de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva transformadora que los supere".(6)

Para lograr ello, el trabajador social debe:

1. Conocer científicamente los problemas
2. Determinar cómo los hombres los enfrentan y que alternativas de solución elijen
3. Capacitar a la población para que pueda asumir el papel de - sujeto en la acción transformadora de ella misma

Respecto a la participación de éste profesionista dentro del área de la Salud Pública, se sabe que en un principio éste se ocupó únicamente de fijar cuotas, de otorgar ayuda material a - pacientes con escasos recursos económicos, sin embargo, a medida que se ha ido avanzando en la práctica profesional se han - ido delimitando sus funciones, de tal manera que en la actualidad se define al trabajo social como "una acción ejercida mediante la metodología científica para el conocimiento de los factores sociales que influyen en la salud, para intervenir en la investigación, planeación y administración de los programas ten--

(6). Op-Cit. p. 8

dientes a concientizar, organizar y movilizar a la población a efecto de contribuir a las transformaciones sociales necesarias para la salud integral". (7)

Vale decir, que dentro de la práctica profesional y real se ha definido al trabajo social mediante una concepción operativa en la que se dice que ésta profesión dentro de la salud "es un elemento del equipo sanitario que desarrolla acciones metodológicas tendientes al estudio de carencias y necesidades que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como a la identificación y utilización de recursos disponibles para su atención y establecer alternativas de acción para la promoción, educación, recuperación y rehabilitación de la salud, con la participación del individuo, de los grupos y de las comunidades". (8)

Tal definición tiende a plantear ciertas interrogantes:

QUE BUSCA

- . El conocimiento de factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad
- . La identificación de carencias y necesidades concretas
- . La identificación de recursos para la atención de la salud

PARA QUE

- . Contribuir a la salud integral de la población
- . Promover la educación, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud

(7) ENTS/UNAM. Revista de Trabajo Social No. 37 "Perfil del Trabajador Social en el área de la Salud". México. 1989. p. 22

(8) Op-Cit. p. 33

CÓMO

- . Con una metodología de acción
- . A través de la investigación de la realidad social
- . Con la planeación y administración de programas
- . Por medio de la organización y participación de la población

CON QUIEN

- . El equipo multidisciplinario
- . Directamente con los individuos, grupos y comunidades que integran los diferentes tipos de unidades de análisis

1.2.1 Objetivos del Trabajo Social en Salud

El trabajador social funge como complemento y colaborador de las actividades y acciones médico-sanitarias, mediante la aplicación de programas integrados dentro de las instituciones sanitarias, sus objetivos se insertan en los objetivos generales de las mismas, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y problemas sociales a que se enfrenta la población.

Los objetivos específicos del trabajo social son:

1. Orientar a los individuos, grupos y comunidades sobre aspectos básicos de salud, transmitiendo mensajes y fomentando hábitos higiénicos adecuados, orientando además la participación de la colectividad para el mejoramiento de la salud
2. Sensibilizar a la población para lograr su participación dentro de los programas de salud creando una conciencia crítica en la población

3. Concientizar, entendiéndolo ésta cómo "el proceso a través del cual las personas elevan el nivel de conciencia, lo que les permite comprender la situación a la que se enfrentan". (9)

La conciencia implica: el análisis de las condiciones actuales de existencia; la exteriorización de los intereses y necesidades y la creación de formas de acción para la consecución de intereses de clase.

La concientización implica la reflexión de las situaciones vividas a las que se enfrenta el hombre y conlleva a una acción conciente en busca de la transformación. este proceso - incluye también: la participación, considerada como uno de los factores más importantes para una acción realmente transformadora, implica la integración de grupos; organización, - concebida como un proceso de coordinación sistematizada de los intereses de determinado grupo y/o clase social con vistas a lograr metas específicas.

Cabe señalar, que en el año de 1974, la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, como resultado de una investigación estableció en forma general ciertos objetivos para el profesional de esta disciplina, mismos que con ciertos ajustes pertinentes dieron lugar a los objetivos específicos de trabajo social en salud.

(9) Gómezjara Francisco. Op-Cit. p. 107

El objetivo general quedó estructurado de la siguiente forma

- Contribuir a la concientización y movilización del pueblo para lograr su participación en las transformaciones sociales

Respecto a los específicos, destacan los siguientes:

1. Lograr con los sujetos el análisis de su realidad y el contexto que la determina
2. Promover la incorporación organizada de la población en las acciones para el cambio progresista
3. Contribuir a la planificación, programación y ejecución de acciones para el desarrollo social
4. Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, en relación a un contexto social determinado
5. Identificar las políticas de Estado en materia de Salud y las instituciones que las operacionalizan
6. Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que llevan a la promoción, protección y restauración de la salud
7. Promover la educación y capacitación del individuo, grupos y comunidades para que participen conciente y activamente en los programas de salud
8. Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de ésta área, generando modelos de intervención para la acción social

Cabe señalar, que actualmente se utiliza la palabra especificidad, con obtejo de plantear la relación sujeto-objeto de estudio, tomando en cuenta la condición de sujeto cognocente y sujeto del conocimiento, quienes se involucran en un proceso de construcción de una condición humana determinada, en donde la relación que se establece, responde a un contexto particular.

De tal manera que las concepciones actuales, a partir de la reconceptualización, muestran la relación de identificación del objeto es decir, sujeto o individuos sociales con determinadas carencias y necesidades, y el sujeto, en este caso trabajador social del área de la salud, mismos que forman parte de un proceso en donde la participación consciente de los primeros, es fundamental para el logro de los objetivos que propueve el segundo.

Delimitando así, el objeto de las acciones que despliega el trabajador social del área; los procesos sociales en donde los actores no solo son percibidos como entes biopsicosociales, sino como sujetos sociales, cuyas carencias y necesidades están históricamente determinadas y los satisfactores para alcanzar la salud integral, se encuentran condicionados por su inserción en el proceso productivo; lo que va a dar un mayor o menor acceso a los satisfactores y recursos para preservar la salud.

De éste modo, la especificidad del trabajador social se ha integrado por una aproximación a la realidad social, en donde participa como un vínculo o enlace entre los sujetos sociales portadores de carencias y necesidades y que a su vez demandan atención y servicios y el Estado y las Instituciones satisfactoras.

1.2.2 Funciones y actividades del Trabajo Social en Salud

Tradicionalmente, las principales funciones del trabajo social dentro de las instituciones de salud se han orientado prácticamente a la sola atención de problemas individuales de la población atendida por éstas.

En el año de 1978, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) de México, convocó y dirigió un grupo específico, con el objeto de definir de manera adecuada el rol profesional del trabajador social en ésta área. De tal reunión, surgió un documento en cuyas páginas se establecieron las siguientes conclusiones

"Se enfatiza que el estudio de los problemas que afectan la salud deben realizarse en el contexto social del hombre, reconociendo la interdependencia de ambos y que el papel del trabajador social es importante para reconocer y evaluar la problemática social y su influencia en el aspecto de la Salud". (10)

Asimismo, se aprobaron como funciones primordiales del trabajo social las siguientes:

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. Investigación | 2. Supervisión |
| 3. Planeación | 4. Evaluación |
| 5. Coordinación | 6. Educación |
| 7. Asesoría | 8. Capacitación |
| 9. Asistencia | 10. Capacitación |

(10) Kisnerma Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Buenos Aires. 1981. Humanitas. p.p.122-123

A continuación se exponen las actividades correspondientes a cada una de las funciones establecidas por la SSA.

1. Investigación

- a) Identificación de los factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de las enfermedades
- b) Conocimiento de los aspectos poblacionales de acceso a los servicios de salud
- c) Determinación de las necesidades sociales y los recursos de la salud
- d) Estimación del costo social de los programas y proyectos de salud
- e) Realización de estudios de prospectivas sociales para la educación sanitaria en el país
- f) Investigación de los factores ambientales, actitudes y valores que facilitan o dificultan el acceso a los servicios de salud tanto a nivel comunitario como grupal e individual
- g) Participación multidisciplinaria en la formulación de diagnósticos de salud -local, regional o nacional-
- h) Investigación y comprobación de la validez de la aplicación y eficacia de los métodos, técnicas e instrumentos que redunden en un enriquecimiento y mejoramiento de la teoría del trabajo social
- i) Investigación de los recursos propios de la comunidad para la atención de la salud

- j) Planeación y realización de investigaciones de salud en las que ~~tengan~~ relevancia las condiciones sociales de la población
- k) Establecimiento del perfil de los usuarios de servicios

2. Planeación

- a) Colaboración y participación en la planeación de programas y proyectos de salud pública, respecto a la adecuada administración de los recursos propios del trabajo social
- b) Planeación y organización de programas de capacitación y adiestramiento del personal de trabajo social en las instituciones, del equipo de salud, de estudiantes de prácticas, servicio social y personal voluntario
- c) Participación en la planificación de servicios que satisfagan las necesidades prioritarias de la población

3. Supervisión

- a) A través de la cual se propicia el desarrollo profesional de los trabajadores sociales y del personal de salud de la institución como individuos y como profesionistas insertos en una realidad social y comprometidos con la población que comparte su experiencia histórica
- b) Contribuir a la utilización racional de los recursos institucionales, así como a la simplificación de los trámites respectivos

4. Evaluación

- a) Medición en forma analítica y objetiva de las actividades realizadas, tanto a nivel interno como externo, cuantitativamente en relación a las metas propuestas y cualitativa y cuantitativamente con respecto a los objetivos establecidos en los programas de salud de las instituciones
- b) Valoración de la efectividad de los métodos, técnicas e instrumentos empleados en los procesos desarrollados en los programas
- c) Evaluación en forma objetiva y sistemática durante el desarrollo y aplicación de los programas y al término de cada uno de los mismos
- d) Valoración de los resultados positivos y negativos, así como sus causas con objeto de proponer modificaciones o ajustes pertinentes y necesarios

5. Coordinación

- a) De las actividades del sector salud y de los diversos servicios de las instituciones sanitarias
- b) De los recursos sanitarios con objeto de lograr un mayor rendimiento de esfuerzos
- c) Establecimiento de canales de comunicación interna y externa con todo el personal de la institución para el logro de objetivos y metas de los programas sanitarios
- d) Integración en forma organizada del equipo de salud, cumpliendo de manera adecuada y eficiente con su rol profesional, sin olvidar el rol propio del resto de los profesionales

sionistas con que mantiene contacto

- e) Servir de enlace entre la población atendida, el equipo de salud, las autoridades institucionales y gubernamentales con el objeto de lograr la ejecución de los programas sanitarios

6. Educación

- a) Mantener a la población informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad
- b) Impulso a la educación para la salud física y mental
- c) Promoción de la paternidad responsable
- d) Incremento de la participación comunitaria para el mejoramiento del saneamiento ambiental
- e) Movilización de la comunidad para obtener recursos en pro de la salud
- f) Orientación a la población sobre el aprovechamiento de los servicios sanitarios
- g) Integración de grupos para la prevención, control y rehabilitación de padecimientos como la diabetes, el alcoholismo, la obesidad, la neurosis, el cáncer, etcétera
- h) Participación en campañas comunitarias de salud
- i) Realización de estudios de comunidad para incrementar la participación en el mejoramiento ambiental
- j) Integración de grupos de salud en las comunidades
- k) Organización de la población de las comunidades para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud

- l) Motivación y sensibilización de la población para lograr su participación en los programas de salud
- m) Concientización de la colectividad para que ubicada en su realidad de manera crítica sea autora de su propia salud y que la considere un valor común
- n) Desarrollo de programas de ocupación del tiempo libre para todos los grupos de la comunidad, con el objeto de conservar y mantener la salud mental de la población y prevenir o evitar enfermedades
- o) Diseñar material didáctico de apoyo

7. Asesoría

- a) Investigación en forma permanente de la situación o acciones del trabajo social que deben ser mejorados o innovados
- b) Planeación de cambios permanentes y necesarios para proporcionar una adecuada atención
- c) Sugerir acciones concretas y detalladas que lleven al cambio planeado, contando de antemano con la aprobación de las autoridades correspondientes
- d) Contar con la aprobación y aceptación, apoyo y participación del equipo sanitario en los cambios propuestos
- e) Dar respuesta a cualquier duda o problema que se presente durante la implementación del cambio planeado especialmente al inicio del mismo
- f) Revisión en forma constante y permanente de los resultados, evaluandolos con objeto de implementar nuevos cam--

bios o realizar sugerencias que conlleven a la superación tanto del personal de la institución como de la población atendida por estas, lo que redundara en el rendimiento de los programas desarrollados

8. Capacitación

- a) De la comunidad para que informada y asesorada comprenda la magnitud y repercusiones de los problemas que afronta
- b) Capacitación para la formación de trabajadores sociales_ y de otros profesionistas que participan en el equipo de salud con un objetivo común, un código compartido y unidad de criterios
- c) Información a los integrantes del equipo sanitario sobre objetivos, funciones, actividades y aspectos específicos_ de trabajo social

9. Asistencia

Vale decir, que la asistencia es la función que ha venido ocupando el mayor esfuerzo y desarrollo del trabajador social en las instituciones sanitarias, ésta es la que exige emplear el mayor tiempo y esfuerzo en su realización, lo que limita en buena medida el quehacer profesional del mismo. Las actividades que se desarrollan en dicha función son:

- a) Coordinación de acciones sobre información y orientación continua a pacientes y/o familiares
- b) Canalización de pacientes cuyos requerimientos de atención no corresponde a la institución

- c) Realización de entrevistas iniciales a pacientes y/o familiares para la elaboración de estudio de caso (atención individualizada)
- d) Realización de entrevistas subsecuentes para la elaboración del estudio de caso
- e) Elaboración de estudio de caso psicosocial
- f) Aplicación de instrumentos de valoración inicial
- g) Coordinación de las acciones de trabajo social con las del equipo de atención a pacientes
- h) Orientación a la población de recién ingreso a los servicios, sobre aspectos diversos
- i) Localización de familiares para información diversa
- j) Control de visitas familiares con problemas concretos relacionados con la atención del servicio
- k) Orientación médico-legal
- l) Promoción de servicios de ambulancia
- m) Realización de acciones necesarias tendientes a dar solución a problemas sociales que interfieran en la prevención control y rehabilitación del paciente
- n) Orientación a la población respecto a los servicios que proporcionan las diversas instituciones sanitarias, así - como los trámites administrativos que debe efectuar para la obtención de los beneficios que prestan las mismas
- o) Orientación y apoyo a aquellos pacientes que encuentran obstáculo para recibir atención médica de urgencia
- p) Orientación a pacientes y/o familiares con el objeto de

formar una familia organizada y mantener su salud y vida

10. Promoción

Entre otras actividades rutinarias dentro de la asistencia se encuentran las de promoción a la comunidad, sus acciones - están orientadas a:

- a) Participación en campañas comunitarias de servicios de - salud
- b) Realización de estudios de comunidad para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental
- c) Integración de grupos de educación para la salud
- d) Movilización de la comunidad
- e) Elaboración, ejecución y evaluación de programas de difu- sión de los diversos factores que inciden sobre la salud, dirigidos tanto a la población usuaria de los servicios - como al personal de las instituciones sanitarias y otros profesionistas
- f) Información sobre derechos y obligaciones de la pobla- ción respecto a la salud
- g) Elaboración de material didáctico de apoyo para los pro- gramas a desarrollar
- h) Fortalecer la unidad familiar ya que ésta es el medio de integración o desintegración de la salud y enfermedad
- i) Proporcionar pláticas de información sobre objetivos y - metas de los programas sanitarios
- j) Promoción y formación de grupos y comités de la comunidad atendida y lograr su participación en programas de salud

Cabe señalar, que la Escuela Nacional de Trabajo Social, en su revista número 37 sobre el perfil profesional del Trabajador Social en el área de la salud, establece otras funciones y actividades para el desempeño del quehacer profesional de éste.

Tales funciones son:

1. Administración

- a) Participación en planes, programas y proyectos acordes a las necesidades nacionales del sector salud
- b) Participación en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general
- c) Establecimiento de coordinación con instituciones de salud y de bienestar social de diferentes niveles
- d) Ampliación de coberturas de servicios sanitarios
- e) Búsqueda de la optimización de la eficiencia de recursos intrainstitucionales
- f) Control de los procesos administrativos del servicio de trabajo social
- g) Promoción de mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y cantidad de ésta
- h) Supervisión constante y asesoría a programas específicos

2. Sistematización

- a) Análisis del conjunto de los casos atendidos para conformar indicadores del perfil del usuario
- b) Teorización de los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación

- c) Teorización de los logros y acciones comunitarias
- d) Detección de indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida.
- e) Integración de marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad
- f) Generación de modelos integrales de acción médica partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo
- g) Teorización de las formas de intervención específica de trabajo social

3. Enseñanza

- a) Asesoría a estudiantes y pasantes de trabajo social
- b) Orientación a estudiantes y pasantes de otras profesiones del sector salud
- c) Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes
- d) Coordinación de actividades y proyectos especiales con institutos educativos de trabajo social
- e) Difusión de las funciones y programas de los servicios de la profesión a nuevos miembros del equipo
- f) Promoción de la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional
- g) Realización de sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área

4. Promoción Social o Comunitaria

- a) Participación en campañas comunitarias de salud
- b) Realización de estudios comunitarios para incrementar la

participación en el mejoramiento ambiental

- a) Integración de grupos de educación especial y sanitaria'
- d) Participación en acciones de atención en casos de desas-
tre y siniestros

5. Orientación Legal

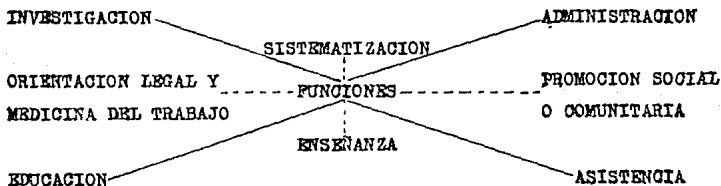
- a) Orientación a los pacientes y familias sobre aspectos so-
ciales de medicina legal
- b) Coordinación en la integración de expedientes clínicos -
con información legal
- c) Establecimiento de coordinación y apoyo con el agente del
ministerio público -en casos necesarios-

El siguiente esquema representa la ubicación de las funciones
que son consideradas como básicas y las de apoyo para la profe-
sión del área de la salud.

Funciones Básicas———

Funciones de Apoyo-----

**FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL
EN EL AREA DE LA SALUD**



Es importante comentar que las funciones de investigación, administración, educación y asistencia pueden considerarse como funciones básicas de ésta profesión, tanto por su extensión como por la regularidad de sus acciones, mientras que las restantes como la promoción social, orientación médico-legal -en aspectos penales y del trabajo- se encuentran condicionadas a programas generales o en su defecto al nivel de atención de la institución en que se labore.

En cuanto a la sistematización que corresponde a la organización, seguimiento y teorización de la disciplina en el área de la salud, aún no se ha desarrollado en el sector, sin embargo, se espera que con la creación de la especialización del trabajo social en el área, ésta se impulse redundando en la validación y ubicación plena de los profesionales.

1.2.3 Niveles de actuación del Trabajo Social

Como es sabido, Mary Richmond señaló que el trabajador social en el área de la salud es un puente o lazo entre la institución y la comunidad, sin embargo, en la práctica se ha demostrado lo contrario, debido a que la mayoría de los profesionistas de esta disciplina se limitan a actuar intramuros en las instituciones sanitarias, por ello, son escasos los trabajadores sociales que actúan en los niveles de planificación, investigación, educación, etcétera.

Respecto a los niveles de actuación de ésta disciplina se encuentran:

1. Microestructura, caracterizado por la relación directa y un

enlace restringido -hospital- o medianamente restringido -co
munidad-

2. Macroestructura, caracterizado por un enlace más vasto y la ausencia de relación directa

Al primero se le llama comúnmente trabajo de base, en tanto que el segundo se refiere a la formulación y planificación de políticas de salud.

Estos niveles son complementarios, formando una unidad estrecha debido a que la microestructura apunta y consolida el trabajo con el individuo, grupos y comunidades, proporcionando a su vez insumos al de la macroestructura, al señalar necesidades y problemas que deben ser satisfechos y resueltos a corto, mediano o largo plazo.

El trabajo social del área, desempeña y realiza su papel en efectos de la salud -nivel operativo- y en organismos normatizadores de salud nacional, provincial, regional o municipal.

Al respecto, algunos autores consideran que el trabajador social tiene participación en tres niveles de actuación.

1. Normativo y de decisión, dictando orientaciones y normas generales, elaborando programas y planes de acción a desarrollar por los servicios sanitarios.
2. Control, encargándose de la supervisión y evaluación.
3. Operativo, nivel de aplicación caracterizado por actividades de programación y ejecución de acciones.

El trabajo social sin embargo, ha desempeñado su labor principalmente en el nivel operativo, no trascendiendo ni participando

en los niveles restantes, especialmente en lo referente a la negmatividad, planeación y promoción de políticas sociales que influyen en la transformación de la sociedad.

Cabe señalar, que el trabajador social desempeña sus funciones dentro de las diversas instituciones de atención en los tres niveles de atención médica, dirigiendo su integración a los siguientes programas: planificación familiar, adicción, salud mental, atención al menor, bienestar a los ancianos, atención materno-infantil, control sanitario, educación para la salud, capacitación a la población para la solución de problemas simples de salud y prevención de accidentes y enfermedades, vigilancia epidemiológica, prevención de accidentes de trabajo y actividades socioculturales para la ocupación del tiempo libre.

En cada uno de estos programas se proporciona información al trabajador social, orientación a manera de introducción al puesto, la cual se reduce en todos los casos a las funciones y actividades de cada unidad operativa, ello ocasiona que el profesional que únicamente cuenta con elementos esenciales sobre el área de intervención elegida tenga una lenta integración al equipo de trabajo, cuyas inquietudes e iniciativa le permitieran ampliar sus conocimientos y lograr una participación plena y satisfactoria para él mismo.

Lo anterior, arriba a la existencia de dos niveles de trabajo social, es decir, técnico y licenciatura, origina una escaza ubicación en el área de acción, al grado de que siendo evidente y notoria la diferencia de niveles de preparación y categoría -

escalafonaria, resulta frecuente observar al licenciado realizar las mismas acciones que el técnico, resultado de la inseguridad que presenta este profesionista, al encontrarse en un ámbito que por sus particularidades resulta necesario estudiarse como una especialidad.

Al respecto, se ha resumido una lista de las características que el trabajador social enfrenta en el desempeño de su labor profesional en el área.

1. Falta de vinculación entre las políticas y estrategias con las funciones y los objetivos genéricos del trabajo social
2. Carencia de personal de alto nivel que se integra a los cuadros de planeación de recursos en ésta área
3. Imprecisión en cuanto a funciones y actividades específicas
4. Carencia de un cuerpo de categorías y técnicas que le permitan establecer teorías particulares que validen ésta área de su profesión

Vale decir, que en el año de 1933, se reestructuraron los servicios del sector salud, marcando una importante cobertura para elevar el trabajo que venía desarrollando éste profesionista en dicho ámbito, en dicha reestructuración el primer nivel de atención fué dividido en tres subniveles en donde se integra la participación del trabajo social, estos son:

1. Subnivel de autoatención, en el que se promueve la participación de la población de áreas geográficas bien delimitadas, realizando un diagnóstico de necesidades y recursos para la salud, a través de la observación de los cuidados de la fami

lia, la práctica de la medicina tradicional, hábitos cotidianos de alimentación, higiene, abrigo, educación e información formas de integración y solidaridad social.

Una vez que se ha realizado e integrado el diagnóstico se procederá a establecer un programa con una serie de proyectos específicos cuyas acciones tenderán a rescatar y difundir prácticas cotidianas, para posteriormente evaluar los resultados.

Dentro de los programas de autoatención, se requiere de la puesta en marcha de diversos modelos de intervención de trabajo social, incluyendo los referentes a la investigación participativa y formal.

2. Nivel de apoyo técnico o auxiliar, que consiste en la incorporación y capacitación en educación para la salud de la población de cada comunidad, en programas de prevención de enfermedades, cuidado materno-infantil, higiene y saneamiento ambiental, etcétera, en cuyo nivel la labor del trabajador social consiste en la detección de personas idóneas para integrarlas a dicho nivel, así como de la capacitación de las mismas, promoviendo el fortalecimiento de los grupos existentes o bien de la formación de grupos específicos para la atención de problemas sencillos de salud.
3. Subnivel de atención médica primaria, que se apoya en personal no médico como trabajadores sociales, psicólogos, nutriólogos, etcétera, que tienen relación con la medicina, mismos que se incorporan a los programas con objeto de promover la educación para la salud y la atención de problemas de salud.

comunes, de igual modo, sirven de enlace y canalización de pa-
cientes a unidades médicas.

Con respecto al segundo y tercer nivel de atención, el traba-
jador social realiza acciones tendientes a reforzar el tratamien-
to médico de los enfermos, mediante la participación de pacien-
te mismo y de su núcleo familiar, ya sea a través de procesos -
de atención individualizada o bien mediante grupos de atención
para la conservación y rehabilitación de la salud.

1.2.4 Rol y encuadre de la tarea profesional

El rol del trabajador social, desde el punto de vista de las
categorías ocupacionales es un rol de servicio, ya que éste no
produce bienes materiales, por lo cual dentro del sector salud,
dichos servicios se prestan en las siguientes áreas de trabajo:

1. Servicios de atención directa a individuos, grupos y comuni-
dades, que presentan una situación, problema social o cierta
dificultad de integración social, ubicándose dentro del nivel
de la prevención.
2. Investigación, identificando los factores que generan la en-
fermedad, su distribución y desarrollo, detectando enfermos,
minusválidos y evaluando los servicios, recursos, actitudes_
valores, etcétera.
3. Política y promoción social, estimulando y promoviendo medi-
das tendientes a lograr una mejor calidad de vida en la po--
blación, creando canales, sistemas y otras condiciones para_
lograr la participación de ésta.
4. Planificación con objeto de transformar las necesidades en -

respuestas que satisfagan dichas necesidades.

5. Administración de servicios sociales, organizando, dirigiendo y coordinando los diversos departamentos de trabajo social de las instituciones sanitarias.
6. Capacitación de recursos humanos sean o no profesionales.

Cabe mencionar, que existe una evidente confusión por parte de los trabajadores sociales respecto al rol o papel que deben desempeñar, así como un serio complejo de inferioridad en relación a otras profesiones socialmente con más prestigio, quienes han abarcado el campo de trabajo de los propios trabajadores sociales, ello trae como consecuencia una serie de problemas que afectan a dichos profesionistas y a la población atendida por estos, ya que se pierde el interés en los valores y problemática de dichos sectores, generando a la vez una barrera en la comunicación entre estos y las comunidades.

Esto resulta complejo pues se entiende que el trabajo social es una profesión que se ocupa de las relaciones interpersonales cuyo profesionista es un educador que se capacita y capacita a las personas afectadas por situaciones problema, busca el conocimiento de una realidad concreta, transfiere instrumentos -métodos, técnicas, teorías, etcétera- para que los individuos puedan operar en la misma.

Por su parte, el encuadre de la tarea profesional tiene su significación en la necesidad de definir un número de variables que como constantes sirvan como guía de referencia para la acción profesional en las instituciones, con ellas y en lo que

hace a las relaciones, que en función de trabajo deberá mantener con otros profesionistas, dicho encuadre debe realizarse desde el primer momento en que se inicia o se desarrollan las funciones propias de su disciplina.

El objeto de realizar el encuadre es el de caracterizar un perfil profesional, explicitando su rol, evitando ambigüedades o sobre entendidos.

Las condiciones del encuadre de la tarea profesional se refieren al profesional, mismas que se encuentran vinculadas a un conjunto de tareas, en base a las cuales asume su papel y son:

1. Mantener cierto grado de disociación instrumental que posibilite a la vez la identificación con los hechos y las personas pero manteniendo cierta distancia que le permita estudiar problemas sin verse íntimamente implicado en ellos.
2. Establecer relaciones explícitas y claras en todo lo que atañe a su papel profesional -horario, salario, dependencia administrativa y técnica, etcétera-
3. Esclarecimiento del carácter de la tarea profesional por realizar, evitando asumir aquellas que no puedan cumplirse o que no correspondan a su profesión.
4. Realizar tarea de esclarecimiento sobre el carácter de la tarea profesional en todos los grupos, secciones o niveles en los que debe actuar.
5. Establecimiento del carácter de la información sobre la institución, grupos, personas a quienes está dirigida y las situaciones en que dicha información será suministrada.

6. Secreto profesional y lealtad estrictamente observadas, en el sentido de que la información sólo se tratará con quien corresponda.
7. No tomar partido por subsistemas de la institución sino ver la siempre como un todo.
8. No asumir responsabilidades ajenas
9. No formar superestructuras que desplacen o se superpongan con la institución.
10. No fomentar la dependencia, sino ayudar a resolverla.
11. Toda tarea debe ser comprendida y emprendida en función de la unidad y totalidad de la realidad de trabajo como parte de un suprasistema que lo contiene y que aquella produce.
12. No hay posibilidad de hacer un buen trabajo si éste no es unapermanente indagación de lo que ocurre en la unidad en la que se actúa, de lo que se hace y cómo se hace, y que esa práctica de investigar no ocurre antes o fuera de la práctica total, sino que es parte permanente de ella.

El encuadre de la tarea profesional manifiesta una actitud profesional frente a la tarea misma, permitiendo asumirla y llevarla a cabo sin obstáculos, debe entenderse que todo profesionalista antes de iniciar su trabajo o labor, debe exigir en función de su tarea un tiempo mínimo y necesario para conocer qué es esa institución donde va a ejercer su rol profesional.

1.2.5 Perfil del trabajador social en salud

El término perfil se aplica en el campo de la investigación social para referirse a "un conjunto de datos sistematizados que caracterizan a un sujeto o población". (11)

El perfil profesional implica un conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades, aptitudes y actitudes que debe poseer el egresado de tal o cual profesión para el óptimo desempeño de su disciplina.

Al respecto, las características que debe poseer todo trabajador social para cumplir con un perfil profesional son las siguientes:

CONOCIMIENTOS

1. de la metodología, la teoría y las técnicas de investigación en ciencias sociales
2. del proceso salud-enfermedad y su desarrollo en el contexto que lo determina
3. de la legislación y los sistemas de seguridad social en México
4. de educación para la salud y dinámica de grupos sociales
5. de la evolución del trabajo social para la comprensión de las respuestas a las necesidades del proceso salud-enfermedad

CAPACIDADES PARA

1. desarrollar diseños de investigación
2. dominar aspectos administrativos de planeación, supervisión, coordinación de programas sociales
3. participar interdisciplinariamente en programas de salud
4. sistematizar el trabajo especializado para actualizar la teo

(11) ENTS/UNAM. Op-Cit, p. 2

ría del trabajo social en el área

5. utilizar adecuadamente las relaciones humanas
6. establecer diagnósticos sociales
7. identificar recursos humanos, materiales e institucionales - que ayuden a resolver problemas
8. sensibilizar y movilizar a la población
9. formar e integrar grupos

HABILIDADES Y DESTREZAS EN

1. la identificación de la estructura jurídico-administrativa - del sector salud
2. la identificación de políticas de Estado en el área, así como los programas en que las instituciones las operacionalizan
3. en el manejo de técnicas de trabajo individual, dinámica y - control de grupos y organización comunitaria
4. la utilización de técnicas de comunicación y educación social
5. en la utilización de técnicas de investigación social observación y entrevista

Cabe señalar, que para el diseño de un perfil profesional se requiere del análisis de las características generales de la profesión y de la práctica real de la misma, considerando los siguientes elementos:

1. Nivel del 'Deber Ser', que lleva a precisar el perfil ideal de la profesión.
2. Nivel del 'Ser', que permite la estructuración de un perfil real y verdadero, caracterizado por el tipo de intervención en la actualidad y la demanda del profesional.

1.3 Participación del Trabajo Social en los Programas de Educación para la Salud

Para comprender la importancia de la participación del trabajador social dentro de los programas de Educación para la Salud es necesario conocer en primer término qué es la educación sanitaria y en segundo el papel que éste profesionalista desempeña en sus programas.

La educación para la salud "es el conjunto de acciones encaminados a provocar cambios en los conocimientos, hábitos y en la conducta, favorables para la salud del individuo y de la colectividad"... "es una especialización que persigue aplicar principios educativos para promover cambios de conducta respecto a la salud del individuo y de la comunidad". (12)

En consecuencia el objetivo de la educación higiénica es el incremento de la promoción de la salud y la prevención específica de las enfermedades.

Las acciones educativas en el área de la salud pública implican un conjunto de actividades orientadas a crear comportamientos que permitan conservar y fomentar la salud individual y colectiva, por tanto, educar no significa informar, ya que la simple información no es suficiente para modificar los compor-

(12) Sanchez Rosado Manuel. Elementos de Salud Pública. México 1983. Editor MC. p. 256

tamientos y conductas de la población.

La educación se nutre de la investigación ya que necesita incorporar el conocimiento que tiene sobre la realidad que vive - como un todo, por otra parte, la educación se centra en el aprendizaje, es decir, en el acto de pensar, por medio del cual se - llega a la modificación más o menos estable y permanente de las conductas.

El proceso educativo surge frente a una situación-problema, que tiende a alterar el comportamiento habitual del individuo, el aprendizaje sin embargo, exige que haya motivos, es decir, que exista una fuerza interna en el individuo, que le provoque determinada necesidad y en consecuencia que lo lleve a actuar, es importante además que se tenga conocimiento previo acerca del esquema referencial que el individuo posee, ya que esto permitirá al educador cambiar o romper estereotipos que se tienen sobre las cosas o situaciones, asimismo, es necesario indagar que tanto afecta o provoca ansiedad determinada situación debido al peligro o temor que implica lo nuevo, lo desconocido, la pérdida de un esquema referencial que daba seguridad, amén de considerar que la modificación de un comportamiento está ocasionado por necesidades sociales, psicológicas, culturales, económicas.

Al respecto, la participación del trabajo social es de importancia, ya que éste se dedica al estudio del hombre que se en-frenta a una situación problema que afecta su estabilidad, y como agente de cambio, se dedica a la educación y orientación de la población para que enfrente la problemática que menifies-

ta, que la enfrente y modifique su conducta, hábitos y costumbres.

Resulta esencial que la población esté informada sobre aspectos concernientes a la salud, por ello las instituciones sanitarias desarrollan diversos programas denominados de educación para la salud o educación higiénica.

Desde un punto de vista práctico y operante quizá las dos actividades más estrechamente vinculadas con la educación sanitaria son las relaciones públicas y la organización de la comunidad, funciones primordiales y de importancia particular del profesional de trabajo social, en el área de la salud pública.

La educación para la salud es un proceso continuo y vigoroso que adopta técnicas psicológicas para el manejo del individuo y de los grupos, adopta información científica con términos comprensibles y utiliza todos los medios disponibles de la comunicación de masas, aspectos que de igual manera maneja el trabajo social, principalmente en relación a la investigación.

El proceso educativo que lleva a cabo el equipo de salud del que forma parte el trabajador social, debe girar en torno a las esferas del conocimiento afectivas y volitivas, con el objeto de llegar a formar el hábito de la salud, a través de las siguientes etapas:

- a) Información Sanitaria
- b) Conciencia Sanitaria
- c) Conducta Sanitaria

La Educación Higiénica es un mecanismo de transmisión formal de ideas, tradiciones y costumbres relativas a la salud, por - ello aún cuando ésta debe darse a toda la población, la educa-
ción formal es más enfática en la infancia ya que es en ésta - donde pueden lograrse cambios más significativos y duraderos.

Como se ha observado, la educación para la salud tiene como finalidad ayudar integralmente al individuo a alcanzar la salud a través de su propio comportamiento y esfuerzo, comenzando por crear interés en la población por mejorar sus condiciones de vida, aspirando a crear un sentimiento de responsabilidad para el mejoramiento sanitario de la gente, ya sea en forma individual, grupal como miembro de la familia o de la colectividad.

En base a la finalidad de la educación sanitaria el papel que desempeñan los agentes o educadores de salud, sea el médico, la enfermera, pero principalmente el trabajador social, es el siguiente:

1. Contribuir a despertar el interés, a facilitar la comprensión y la obtención de los valores que permiten al hombre en una situación determinada llevar una vida sana.
2. Contribuir a la interpretación de las necesidades educativas de la comunidad, sugiriendo la utilización de diversos medios que permitan conocer qué sabe la población sobre salud, cuáles son sus necesidades reales y qué intereses o creencias orientan su conducta.

3. Promover la planificación de actividades educativas como parte de un plan de salud dirigido a la comunidad.
4. Orientar y dirigir campañas destinadas a motivar a la comunidad en la solución de problemas inmediatos.
5. Coordinar las acciones educativas que realizan los diferentes miembros del equipo a través de programas específicos.
6. Asesorar al equipo en la selección y utilización de los medios de comunicación y de acercamiento educativo más adecuados para la comunidad, considerando su nivel educacional, sus centros de interés, creencias y costumbres.
7. Contribuir a través de técnicas propias el crecimiento de servicios de la comunidad, interpretando ante ésta sus necesidades de salud y finalidad de los servicios en relación a ella
8. Promover una mejor coordinación entre los servicios de salud otras instituciones y grupos de la comunidad, especialmente con los organismos educacionales.
9. Participar en forma conjunta con los miembros del equipo en la evaluación de programas de comunidad.

Como se observa, el trabajador social tiene un amplio campo de acción dentro de los programas de educación para la salud de carácter individual, grupal y comunitario, incluyendo cada uno de los aspectos que integran la investigación, administración, planeación y evaluación de programas.

Como es sabido, tradicionalmente la participación de éste profesionalista dentro de las instituciones sanitarias se ha dirigido

do a la solución de problemas individuales, sin embargo, esto resulta ser inadecuado, ya que la población no debe ser un elemento pasivo y expectante que se concrete a recibir atención y servicio por parte de las actividades de salud, en este sentido el trabajador social es un elemento esencial como agente de la movilización social.

Este profesionista basado en sus conocimientos y habilidades debe reconocer los recursos de los individuos, de la familia, de los grupos y comunidades, para organizarlos, coordinarlos y promover su mejor su mejor aplicación, para la atención de las necesidades sanitarias de la población.

El trabajador social a través de sus conocimientos sobre dinámica de grupos, relaciones públicas, manejo de grupos, organización de la comunidad e investigación social, es un elemento clave para promover y propiciar la intervención organizada y activa de la población en todas sus acciones sanitarias.

Cabe mencionar, que los procedimientos generales mediante los cuales se busca obtenerla colaboración y participación de la colectividad, se se dividen en tres grupos:

1. Procedimientos individuales mediante la información personal y el convencimiento social
2. Acción a través de los grupos organizados
3. Procedimientos colectivos, a través de la comunicación de masas

La movilización implica la participación de la población en forma organizada, de las instituciones, de grupos, autoridades y en general de los diversos sectores que integral la colectividad.

1.4 Importancia del Trabajo Social para la Salud Pública

Por la importancia que la Salud Pública tiene dentro de las condiciones generales de vida de la población, por su función humanística y por que sus acciones se sustentan en la organización y fomento de la participación efectiva y activa de la colectividad, se deduce la importancia y trascendencia que el trabajo social tiene dentro de ésta y de sus programas.

Los problemas sociales solo pueden precisarse a partir de un marco teórico que trascienda una disciplina particular, dado que se presentan pluridimensionalmente, por ello, sólo corresponde abordarlos en forma interdisciplinaria, a través de un equipo de trabajo, es decir, de un grupo de especialistas en el que cada uno de ellos proporcione los conocimientos propios de su profesión, para formar un código común, único y operacional.

Dentro del área de la salud pública, el trabajador social -- tiene un amplio campo de trabajo, para ello, en primer término debe insertarse y operacionalizar los conocimientos específicos de su profesión en el sector salud, debe dominar los conocimientos básicos que le permitan tener un código de trabajo, ello, - sin embargo, no significa que debe diagnosticar y curar enfermedades, sino que forma parte de un equipo de trabajo, que abarca la enfermedad desde un triple enfoque, en el que se incluyen:

- a) El problema orgánico de la enfermedad
- b) El componente psicológico de ésta
- c) El cuadro social de la misma

Dentro del estudio, el diagnóstico y el tratamiento del cuadro social de la enfermedad y sus consecuencias, se inserta al equipo de salud el trabajador social como generalista de los problemas comunitarios, el que valora la salud individual, grupal y colectiva, incluyendo sus hábitos, creencias y formas de vida, el que involucra a los usuarios en un proceso de investigación y diagnóstico, en las discusiones respecto a las actividades que deben realizarse y cómo deben ser abordados.

El trabajador social apoyado en sus conocimientos y habilidades debe reconocer tanto los recursos de los individuos como de los grupos, con objeto de organizarlos, coordinarlos y promover la mejor y adecuada participación y utilización para la atención de las necesidades sanitarias.

Este profesionalista realiza funciones específicas tales como: orientación de los individuos sobre aspectos relacionados con la higiene en general, para ello se vale de los contactos que tiene con la población para transmitir mensajes que fomenten hábitos higiénicos adecuados para la salud, éste profesionalista es un elemento que promueve el cambio de las actitudes desfavorables para la salud por conductas que favorezcan su fomento, conservación y restauración.

Para ello debe iniciar y mantener un constante proceso de concientización en la comunidad, respecto a los problemas sanitarios y de los servicios necesarios para mantener y/o recuperar la salud, cabe mencionar, que la concientización no significa únicamente la simple toma de conciencia, sino que implica tam-

bién el asumir un compromiso con la organización y participación de la población.

Por otra parte, el trabajo con grupos es de gran importancia para el trabajo social, debido a que en toda comunidad funcionan diversos grupos, así, este profesionista debe movilizar a dichos grupos con objeto de lograr su participación en actividades sanitarias, asimismo, la formación y organización de nuevos grupos con un carácter y objetivos específicos como son comités de salud, grupos de promotores sanitarios, etcétera, resultan de gran importancia para la conservación de la salud de la comunidad.

Otra función de gran valía para el trabajo social dentro de la salud pública es la coordinación de recursos, lo que permite proporcionar mayor rendimiento de los esfuerzos, debido a que la falta de coordinación tanto intra como interinstitucional es un problema frecuente en las instituciones sanitarias, existiendo un derroche excesivo de recursos frente a múltiples necesidades que no son satisfechas en forma adecuada y oportuna, por ello, este profesionista debe poner mayor interés en este aspecto con objeto de dar un uso racional a los recursos que la población requiere.

Asimismo, una de las funciones de primordial importancia y trascendencia para esta disciplina es la investigación de los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad, del estudio de carencias y necesidades que afronta la población, para intervenir en la planeación y administración de programas ten--

dientes a concientizar, organizar y movilizar a la colectividad a efecto de contribuir a las transformaciones sociales necesarias.

Cabe mencionar, que entre las funciones que desempeña el trabajo social dentro del campo de la salud se encuentran la investigación, planeación, supervisión, evaluación, educación, asistencia, orientación, promoción, asesoría, capacitación, administración, coordinación y sistematización, sin embargo, desafortunadamente, éste profesionista no ha desarrollado ampliamente todas ellas, encasillandose en el aspecto asistencial, siendo menester que ponga mayor énfasis e interés en el desarrollo del resto de dichas funciones y sus respectivas actividades.

CAPITULO SEGUNDO

CONSTITUCION ORGANICA DE LOS SERES VIVOS

Para comprender la forma en que se desarrolla el cáncer en el ser humano, es necesario conocer la forma en que está constituido el hombre.

Todo ser vivo está formado por tejidos cuya unidad básica es la célula, misma que debe tener un desarrollo normal para el adecuado funcionamiento del individuo, se dice que el cáncer nace a nivel de la célula, respecto a un desarrollo anormal que se origina por diversos factores.

2.1 Crecimiento celular normal

La célula para el adecuado desarrollo del ser humano debe tener un crecimiento normal determinado.

Las células del cuerpo van evolucionando a partir de una célula única, a ésta evolución se denomina diferenciación, cuyo proceso inicia con la división del óvulo fecundado en dos células separadas, estas a su vez se dividen en dos cada una formando cuatro, que se dividen nuevamente convirtiéndose en ocho, y así sucesivamente hasta formar un acúmulo de células, a partir de este momento dicho acúmulo empieza a organizarse de acuerdo a un plan bien definido, comenzando a diferenciarse en diversas clases para formar el rudimento del sistema vascular, del esqueleto, etcétera, este proceso de reproducción, diferenciación y organización celular prosigue hasta llegar a completar la formación del nuevo ser.

Después del nacimiento la parte más activa del crecimiento -

normal está determinado por la división de tipos de células que conformen dicho crecimiento en el ser humano, solo aumenta el tamaño de las estructuras hasta llegar a la madurez, y la división celular se va limitando al reemplazo de células gastadas o desprendidas y a la reparación de las heridas en forma lenta.

2.2 Crecimiento celular anormal

El crecimiento celular anormal ocurre en cualquier clase de ser vivo, sin embargo, tiende a ocurrir con mayor frecuencia en el hombre.

Dentro del mecanismo de crecimiento es necesaria una cantidad incalculable de divisiones celulares para mantener la vida, sin embargo, esa división no debe excederse de lo normal y necesario para el cuerpo, ya que ello trae consigo un crecimiento anormal.

El crecimiento celular anormal se origina por una superproducción de células sin función o finalidad aparente, la cual forma un acúmulo de células que se denomina tumor.

Se dice además, que las células cancerosas o tumor "es un elemento anárquico que ya no obedece a la sociedad que contribuye a formar o constituir". (13)

(13) Djian Jacqueline. *La Medicina Contemporanea*. México. 1969
Siglo XXI. p. 46

CAPITULO TERCERO

¿QUE ES EL CANCER?

Existen ciertas enfermedades de naturaleza no transmisible - que a causa de uno u otro aspecto tienen importantes efectos sobre la salud pública, denominadas enfermedades crónicas, una de las cuales es el cáncer, uno de los mayores problemas médico-sociales de la humanidad, ya que incapacita y mata a muchos adultos en pleno período de producción.

3.1 Concepto de Cáncer

En el trabajo clínico la palabra 'Cáncer' se usa para "designar una condición patológica -carcinoma- con características específicas que la diferencian de otros tumores malignos... en estadística vital el término empleado es el de neoplasia maligna, que es más una clasificación que la designación de un padecimiento específico". (14)

Debe mencionarse, que no es fácil definir el concepto de cáncer, puesto que es un proceso muy complejo, sin embargo, una de las definiciones más completas y aceptadas en medicina sobre este padecimiento es la del Doctor Ysidro Valladares Sanchez y que a la letra dice "el cáncer es el nombre genérico de un grupo de procesos de múltiple etiología, caracterizado por hiperplasia, neoplasia y heterotipia, de comienzo unicéntrico o multicéntrico, órgano-focal con capacidad infiltrativa y metastatizante que produce una sintomatología variable según la localización de la (14) Mustara Harry Etolli, Salud Pública. México. 1965, La Prensa Médica. p. 269

proliferación primitiva y de la metastasis, tiene una evolución generalmente mortal". (15)

Dentro de la interpretación de tal definición, se encuentra que el cáncer es el nombre genérico de un grupo de procesos, que representa una serie de enfermedades cancerosas agrupadas por tener características comunes en sus aspectos histológico, fisiopatogénico, bioquímico y biológico.

Esta enfermedad posee una etiología múltiple, es decir, sobre viene de numerosos agentes causales, por ello el valor de las diversas hipótesis acerca de su origen.

Esta se caracteriza por presentar hiperplasia debido al aumento anormal del número de células de un órgano o tejido, éste aumento en ocasiones tiene la forma de masa, bulto o tumor al que se le denomina neoplasia, en tanto que se le llama cáncer de heterotipia por la desviación o pérdida de las funciones normales de la célula.

La mayoría de los canceres se originan en una célula que se transforma, cuya masa tumoral procede generalmente de una célula única, lo que expresa el hecho de que la enfermedad tiene comienzo unicéntrico, también se dice que los tumores pueden ser monoclonales por lo antes mencionado.

Asimismo, debido a que las noxas patogénicas inciden sobre los tejidos compuestos por millones de células que corresponden

(15) González Domingo, Cáncer, verdad y esperanza. Madrid, España, 1983, Dossat Bolsillo, p.p. 5-10

en forma similar, es posible un comienzo unicéntrico en el padecimiento, y órgano-focal por que tiene un origen simultaneo o quasi simultáneo en las células; por otra parte, se dice que son tumores clonales de un mismo tejido u órgano por mera probabilidad estadística.

Existen además dos características de importancia que presentan los tejidos cancerosos, que son: la capacidad infiltrativa que consiste en traspasar los límites que tiene marcada cada célula en un tejido, y éste en relación con los tejidos vecinos - en condiciones normales, estos límites son fronteras anatómicas e histológicas que las células cancerosas no respetan, desarrollando ramales en todo el cuerpo; capacidad metastatizante en la cual dichos ramales se desprenden y por vía cavitaria linfática o sanguínea se transportan y llegan a otros lugares asentándose en ellos y prolikerando, formando además tumores secundarios.

El cáncer muestra una tendencia a reproducirse en diversos tejidos, a cierta distancia del lugar de origen, cabe decir, que la propagación de las células cancerosas puede interrumpirse, no así su multiplicación.

Este padecimiento tiene una evolución mortal, generalmente cuando se permite que prosiga su curso natural, por ello estos tumores reciben el nombre de malignos.

3.2 Medidas de control y prevención del cáncer

La prevención del cáncer puede realizarse actualmente en aquellas formas producidas por sustancias carcinogénicas identifi

cables o bien por estados precancerosos diagnosticados a tiempo esto sin embargo, es efectivo en la minoría de los casos, ya - que los recursos actuales se refieren al diagnóstico temprano, - al tratamiento oportuno y a la rehabilitación del paciente.

Una de las principales dificultades que se presentan en su - prevención es la falta de conocimientos de los mecanismos respon - sables de la multiplicación de las células para convertirlas en cancerosas.

De igual modo, la ignorancia de la población en cuanto a los aspectos básicos del padecimiento, especialmente en lo que se - refiere al diagnóstico precoz.

El cáncer a diferencia de otras enfermedades crónicas puede - ser curado si se localiza en determinadas zonas, siempre y cuan - do se descubre a tiempo.

CAPITULO CUARTO

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Para comprender como se desarrolla el cáncer cérvicouterino y mamario en la mujer, es necesario conocer cómo está estructurado el aparato reproductor femenino.

El aparato reproductor de la mujer está formado por órganos internos localizados en la cavidad pélvica y por órganos externos situados en el periné límite inferior del tronco, región ubi cada entre los muslos y las nalgas, cada uno de los cuales tienen determinadas funciones que cumplir.

4.1 Organos Internos

Los órganos genitales femeninos internos constan de dos ovarios, dos trompas de falopio, el útero y la vagina. (ANEXO 1)

4.1.1 Ovarios

Son glándulas de secreción interna que constituyen las góndas femeninas, cuya función primordial es la secreción de hormonas, la maduración y liberación de óvulos.

Los ovarios se localizan en la cavidad pélvica uno a cada lado del útero.

4.1.2 Trompas de Falopio

Las Trompas de Falopio son también llamadas oviductos, que convergen al óvulo del ovario hacia el útero.

Constituyen el lugar donde se lleva a cabo la fertilización del óvulo por el espermatozoide masculino.

Las trompas de falopio se hallan suspendidas por ligamentos, inclinándose hacia los ovarios y acoplándose sobre ellos.

4.1.3 Utero

Comúnmente denominado matriz, es un órgano hueco que tiene la forma de una pera, se localiza en el centro de la cavidad pélvica, ligeramente por encima y detrás de la vejiga, frente al recto, colgando un poco por debajo de las trompas de falopio y en medio de ambas.

El útero es el encargado de recibir al óvulo fecundado, implantándose en el endometrio en un período de tres a cuatro días

La Cérvix es una parte más pequeña que el cuerpo uterino, ésta se proyecta dentro de la vagina, creando un puente para el paso de los espermatozoides.

4.1.4 Vagina

Es una estructura tubular que se extiende desde los genitales hasta el útero, se ubica entre la vejiga y el recto, sirve como tubo excretorio de éste y es el canal conductor para el nacimiento del producto.

4.2 Organos Externos

Los órganos externos se encuentran situados en el periné, límite inferior del tronco, región situada entre los muslos y las nalgas. (ANEXO 2)

4.2.1 Himen o membrana vaginal

Es un pliegue de tejido conjuntivo que parcialmente cierra el orificio externo de la vagina, varía en tamaño y espesor, pueden

do permanecer intacta hasta la primer relación sexual, sin embargo, existe la posibilidad de que se reduzca su tamaño sin que - haya contacto sexual.

4.2.2 Vulva

La Vulva es el sistema genital externo de la mujer, formado por las siguientes partes visibles:

1. Labios Mayores y Menores

La abertura exterior de la vagina está rodeada por dos pares de estructuras en forma de labios.

El par que se ubica hacia el exterior y que asimismo es más grande se denomina labios mayores.

Los menores son dos pliegues longitudinales localizados dentro de los labios mayores.

2. Clitoris

Es una estructura cilíndrica eréctil pequeña, situada encima del vestíbulo, en el borde inferior de la sínfisis púbica.

Se encuentra debajo de la parte superior de los labios mayores.

3. Vestíbulo

Es una región como hendidura rodeada por los labios mayores, alberga la abertura de la vagina y la uretra.

4. Monte de Venus

Frente a los labios mayores sobre la superficie de la región púbica se encuentra una especie de colchoncillo de tejido adiposo y fibroso denominado monte de venus.

CAPITULO QUINTO

CANCER GINECOLOGICO

El cáncer puede atacar cualquier parte del cuerpo, incluso el sistema sexual femenino y masculino, sus síntomas son diversos, por lo cual a la menor sospecha que se tenga se debe consultar con el médico.

Al respecto, la American Cancer Society, ha señalado siete sospechas de cáncer: (16)

1. sangrado desusado o flujo
2. tumor o endurecimiento en senos o cualquier parte del cuerpo
3. úlceras que no cicatrizan
4. cambios en los hábitos intestinales
5. ronquera o tos persistente
6. dificultad para deglutir o indigestión persistente
7. cambios en el tamaño o color de verrugas o lunares

El cáncer más frecuente en la población femenina es el cervicouterino y el mamario, el primero hasta hace algunos años representó un grave y serio problema de salud, ocupando uno de los primeros lugares como causa de mortalidad por tumores malignos en la mujer, actualmente, resulta evidente que éste tipo de padecimiento es perfectamente curable, ya que del 30 al 40 por ciento de cáncer que presenta dicha población, éste es uno de los más benignos en el cual el promedio de curación es elevado,

(16) McCary James Leslie y McCary Stephen P. Sexualidad Humana. México, 1982, El Manual Moderno, p. 336

especialmente en sus primeras etapas.

A continuación se expondrán los aspectos básicos del cáncer cervicouterino y mamario, a los que actualmente, se les ha dado la importancia debida, al desarrollarse los programas de detección oportuna de estos padecimientos, dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, programas que han sido implementados en todas las Unidades de Medicina Familiar y Hospitales de Zona, con objeto de lograr el control y la prevención de este padecimiento en su población derechohabiente.

5.1 Cáncer de la Cérvix y del Utero

Las principales anomalías que presenta la cervix son las siguientes:

1. Erosión Cervical

Se debe a defectos congénitos o lesiones provocadas durante el parto, los síntomas que habitualmente se presentan son la presencia de tejido rojo, granulaciones en la zona y alrededor de la abertura cervical externa.

2. Cáncer del Útero

El cáncer del útero se produce en el cuello de la matriz en la parte inferior y vaginal, tiene gran incidencia en la población femenina, al rededor de 45 000 mujeres lo padecen cada año, el cáncer se presenta sin embargo, de 4 a 5 veces más en la cervix o cuello de la matriz que en el cuerpo del útero.

A lo largo de su evolución éste padecimiento pasa por diversas etapas, la primera se denomina de premalignidad, siguiendo con el estado de cáncer intraepitelial o cáncer in situ, continúa con la fase de invasión local y termina con la etapa de di-seminación pélvica y metastasis a distancia.

3. Miomas uterinos o fibroides

Se encuentran en un 4 u 11 por ciento de las mujeres, estos se forman de tejido muscular, presentandose con mayor frecuencia en mujeres de más de 50 años de edad, pudiendo presentarse también en personas jóvenes.

Cabe señalar, que el cáncer cervicouterino crece en forma expansiva en todos los sentidos, por lo que se considera que es una enfermedad tridimensional, ya que simultaneamente a su crecimiento por continuidad se lleva a cabo una invasión del drenaje linfático o sanguíneo y finalmente por medio de estos mecanismos se origina la llamada metastasis a los ganglios linfáticos.

5.2 Etiología o causas predisponentes

Etimológicamente la palabra etiología significa "estudio de las causas de las enfermedades". (17)

En este sentido, la etiología del cáncer se refiere a las causas que lo originan o predisponen su desarrollo en el organismo. Como cualquier padecimiento el cáncer del cuello uterino es originado por diversas causas entre las que destacan:

- (17) Larousse. Diccionario Básico de la Lengua Española, México 1984. p. 231

5.2.1 Inicio de vida sexual activa a temprana edad

Está estadísticamente comprobado que el cáncer del útero se desarrolla con mayor frecuencia en mujeres que contraen matrimonio o inician su vida sexual activa antes de los 18 años de edad.

Existen sin embargo, ciertos autores que argumentan que aún no se está en posibilidades de afirmar la existencia de una correlación entre el coito y el cáncer cervical y que la frecuencia de las relaciones sexuales, la intensidad de los impulsos, factores relacionados con la personalidad o una mayor probabilidad de contacto con hombres cuyos genitales no son aseados o presentan alguna enfermedad son causa que originan la enfermedad en la mujer.

5.2.2 Infecciones genitales no atendidas o infecciones crónicas

Dentro de las principales infecciones que presenta la mujer y que en un momento dado pueden dar lugar a que se desarrolle un cáncer están:

1. Infecciones Trichomoniasis
2. Infecciones por Virus

Estudios realizados por diversos investigadores reportaron la existencia de una correlación entre la incidencia de displasias y carcinoma in situ y las infecciones trichomoníasicas y el virus Herpes tipo II, sin embargo, aún no ha sido posible establecer una relación significativa entre el número de atipias celulares y estas infecciones.

5.2.3 Multiparidad

Se ha considerado como una de las causas predisponentes del cáncer cervical en la mujer, ya que la multipara tiene diez veces más de posibilidades de afectarse que la mulipára, la mujer con 6 hijos está doblemente expuesta a adquirir el cáncer que - la que solo tiene uno, sin embargo, no todas las estadísticas - coinciden con tal afirmación.

Algunos estudiosos consideran que en todo caso, el primer embarazo sería patogénicamente decisivo en cuanto al desarrollo - de la enfermedad, además de las circunstancias que se presentan refiriéndose al hecho de la edad de inicio de vida sexual.

5.2.4 Factor Coital

Aún cuando no se sabe todavía mediante que mecanismos ni a - través de que medios este factor determina la aparición de cáncer en la mujer, las pruebas y los resultados obtenidos a lo lar go de los últimos años sugieren que los contactos sexuales desa rrollan una acción deletera sobre los epitelios de la pórtico.

Se ha argumentado además, que existen ciertos factores impli cados en el coito como los espermatozoides, agentes químicos, - irritantes mecánicos, estímulos hormonales y nerviosos que po-- drían en un momento dado influir en el desarrollo de la enferma dad.

5,2.5 Conyuge no circuncidado

El pene es un órgano cuya base está situada bajo las glándu las de Cowper, está formado por tres cilindros unidos por teji-

do selectivo, termina en una expansión de forma cónica denominada glande -cabeza del pene- en éste se encuentra un pliegue circular de piel llamado prepucio, reflejado sobre el glande, en el se localizan las glándulas prepuciales que segregan una especie de líquido descargandolo sobre el glande, la acumulación de éstas secreciones se llama esmegma y actua como cultivo de bacterias. (ANEXO 3)

Resulta conveniente señalar, que por razones higiénicas, funcionales y en ocasiones religiosas se extirpa una porción del prepucio que cubre al glande mediante un procedimiento quirúrgico denominado circuncisión, ésta por lo general se realiza después de que un niño varon nace. (ANEXO 4)

Algunos autores han aceptado la existencia de una relación + causal entre la no circuncisión y el cáncer cervical, otros en cambio, afirman no haber encontrado diferencias estadísticas - significativas entre las mujeres con parejas circuncisadas y con parejas no circuncisadas.

5.2.6 Uso de métodos anticonceptivos sin vigilancia médica

El empleo o uso de algunos métodos anticonceptivos sea hormonal o mecánico, despierta preocupación en un número considerable de personas, en cuanto a diversos problemas, entre los que destaca el cáncer.

Sin embargo, en la actualidad no existen pruebas disponibles que en forma inequívoca correlacionen el cáncer con cualquier método anticonceptivo.

5.3 Diagnóstico

El cáncer del cuello uterino puede evolucionar durante determinado tiempo, sin producir molestias o bien puede avanzar con alteraciones leves que no inducen a la mujer a solicitar atención médica, por ello, cuando los síntomas se hacen más intensos generalmente, el tumor existente ha alcanzado etapas avanzadas, por ésta razón, el diagnóstico precoz de la enfermedad debe basarse en la búsqueda intencionada del padecimiento, especialmente en mujeres asintomáticas, que por factores como la edad, antecedentes sexuales y obstétricos sean susceptibles de desarrollar la enfermedad.

Para realizar el diagnóstico de cualquier enfermedad y en particular del cáncer se lleva a cabo el siguiente procedimiento:

1. Historia Clínica

Consiste en la revisión cuidadosa de la historia del paciente respecto a padecimientos que ha presentado, frecuencia, intensidad, periodicidad, evolución que han tenido desde el momento en que fueron percibidos, edad, ocupación, estado civil, número de embarazos, incluso causa de muerte de los padres, hermanos y otros familiares.

Algunos tipos de cánceres son fácilmente diagnosticables o tienen historias clínicas muy sugerentes, que proporcionan datos importantes para su diagnóstico.

2. Citología Exfoliativa, comúnmente denominada Papanicolau

El Papanicolau constituye uno de los métodos más eficaces para realizar un diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, el cual, se basa en el hecho de que las células vaginales y uterinas 'se descaman', siendo posible encontrarlas en las secreciones vaginales y uterinas, en consecuencia una simple muestra de dichas secreciones, tomada sobre una lámina por 'frotamiento', de ahí el nombre de frotis vaginales o cervicales, y con una coloración apropiada las células pueden ser examinadas al microscopio. Este estudio permite además el estudio del funcionamiento ovárico, detectar estados precancerosos de ciertas células caracterizadas por la presencia de anomalías en el núcleo.

Vale decir, que el cáncer del cuello de la matriz puede ser una rara eventualidad, siempre y cuando todas las mujeres de edad avanzada, con vida sexual activa, con uno o varios hijos o que hayan tenido lesiones o infecciones crónicas, acuden a la práctica de éste sencillo examen por lo menos una vez al año y no como se acostumbra.

3. Prueba de Schiller

Esta hace más accesible el reconocimiento de algunas lesiones del cuello uterino, se basa en el hecho de que la mucosa normal de la cervix es rica en glucogeno y se tiñe de color café caoba, mientras que cuando existen anomalías en el metabolismo de las células, éstas no se tiñen.

La prueba de Schiller es de suma utilidad ya que orienta a los médicos con respecto al sitio más adecuado para la práctica de la biopsia.

4. Examen Físico

Se refiere a la localización de la enfermedad y al reconocimiento general del paciente, el examen físico es indispensable para responder a las siguientes interrogantes ¿si se ha extendido el cáncer a otras partes del organismo o si persiste la localización del mismo en el órgano de origen?, en el caso del cáncer de mama, el médico debe reconocer cuidadosamente si la otra mama, la axila, el cuello y los pulmones están afectados por el tumor o cáncer.

El examen físico es de suma importancia y ayuda para el médico, ya que en base a éste puede seleccionar cual tratamiento es el más adecuado para el paciente.

5. Biopsia

La última palabra en el diagnóstico precoz y adecuado del cáncer se encuentra en la práctica de la biopsia o examen microscópica de una porción del tumor, si éste es de fácil acceso la muestra puede obtenerse en el primer examen, sin embargo, si el tumor recide profundamente en el cuerpo y sólo puede llegarse a él mediante un escopio, su toma será tomada en otra ocasión.

Este examen es aceptado por los médicos como el único método para determinar la naturaleza del tumor.

5.4 Tratamiento

La medicina ha hecho grandes progresos al aumentar la esperanza media de vida de la población, actualmente existen ciertas afecciones que prácticamente ya han desaparecido, sin embargo, el cáncer presenta el mayor número de casos de mortalidad.

Desde que se conoce la existencia de éste padecimiento, como una de las enfermedades principales en Salud Pública, se ha tratado de destruir las células cancerosas que originan los tumores ésta destrucción se ha intentado por diversos medios como la extirpación quirúrgica en primer término y más recientemente por medio de la quimioterapia, es decir la administración por vía general o local de ciertas sustancias químicas, que inhiben e impiden la proliferación de los elementos neoplásicos.

Dentro de los principales métodos utilizados como tratamiento para el cáncer se encuentran:

1. Cirugía

Fue el primer método terapéutico empleado, consistente en realizar la extirpación del tumor, ésta, permite obtener notorios resultados siempre y cuando se practique en el momento en el que el cáncer ha sido localizado, cabe mencionar, que en algunos casos el cáncer está bastante generalizado por lo que es la metastasis, es decir la proliferación del tumor primitivo, lo que constituye el primer signo revelador de su existencia.

Cada vez que se puede se trata de aplicar una cirugía con -

finés de curación, consistente en remover la totalidad del tumor y si es posible la totalidad del órgano afectado, así como todos los ganglios linfáticos susceptibles de ser invadidos.

2. Irradiaciones: Rayos X y Radium

Se supone que cuando las células están en proceso de reorganización de su estructura interna, preparándose para su inmediata división, son vulnerables a la acción de ciertos rayos en este sentido, determinada cantidad de irradiaciones causan profundos cambios en las células afectadas por el cáncer destruyéndolas casi por completo en un lapso de una semana, sin afectar las células normales.

Teóricamente éste principio pudo hacer posible la curación de todos los cánceres, y en un momento se pensó que podría ser así, sin embargo, se puso de manifiesto que frecuentemente el tejido normal que rodea al tumor también resulta afectado, siendo éste hecho una limitación para la utilización de los rayos X y del radium como tratamiento de la enfermedad.

3. Radioterapia y Quimioterapia

La radioterapia representa un método de acción eficaz sobre las afecciones malignas del cuello uterino, registrando un 90% de curaciones en estados localizados, sin embargo, ésta se utiliza en combinación con la cirugía para obtener mejores resultados y lesionando al mínimo las regiones sanas.

Por su parte la quimioterapia es una técnica reciente y sus

aplicaciones son diversas, pues se le emplea como complemento tanto de la radioterapia como de la cirugía, antes, durante y después de ésta, mejorando notablemente los resultados, en ciertos tipos de cánceres, y por el contrario en algunos casos solo tiene efectos mitigantes.

4. Hormonas

Mediante el tratamiento hormonal es posible en parte modificar por lo menos dos clases de cáncer, uno de los cuales es el de la mama, sin embargo, los resultados no son constantes ni duraderos, ya que se restringe durante varios períodos, -debido a la eliminación de la mayor fuente de hormonas sexuales femeninas -ovarios- a través de su extirpación quirúrgica o bien por la destrucción de sus células funcionales por medio de rayos X, y por la supresión de las hormonas mediante la administración de hormonas sexuales masculinas -testosterona-.

Cabe mencionar, que de dos a tres pacientes disfrutaban de cierto alivio en sus dolores y de una mejoría de otros síntomas de la enfermedad, y en uno de cada tres los tumores se hacen más pequeños e incluso ocasionalmente parecen desaparecer por completo.

5.5 Cáncer de Mama

El cáncer de la mama es otro de los cánceres más temidos por la población femenina, ocurriendo con mayor frecuencia después de los 40 años de edad, sin embargo, también es probable que se presente antes de ésta edad.

La primera evidencia de la presencia de un cáncer de mama es la aparición de un bulto, generalmente indoloro en cualquier parte de la misma, aún cuando el cuadrante externo superior es la parte más favorable para su aparición.

Cabe señalar, que cuando la masa de crecimiento del cáncer se hace mayor, aparecen determinados signos que hay que tomar en cuenta, tal como:

- 1) Retracción de la piel
- 2) Depresión del contorno normal de la masa
- 3) Hoyuelos en la piel
- 4) Aplanamiento del pezón
- 5) Retracción o hundimiento del mismo
- 6) Piel tensa con aspecto de naranja
- 7) Aumento en el volumen de la mama

El cáncer de mama puede presentarse en diversas formas antes de concretar sus manifestaciones clásicas, destacando:

- a) Sarcomas
- b) Enfermedad de Paget del pezón y areola
- c) Carcinomas
- d) Tumores In Situ Intralobulilares, intraductales e Infiltrantes
- e) Carcinomas Inflamatorios

5.5.1 Etiología o causas predisponentes

La gran cantidad de riesgos involucrados en la etiología del cáncer mamario traduce los constantes esfuerzos que se realizan día a día para aclararlos, sin embargo, aún no ha sido posible establecerlos con exactitud.

Existen ciertos factores que ya han sido aceptados y están consistentemente documentados, tal como la historia personal y familiar, vida menstrual prolongada, status socioeconómico bajo factores que aún se encuentran en etapa de investigación como el efecto producido por el uso de anticonceptivos orales, tintura para el cabello, drogas, bebidas alcoholicas, etcétera.

5.5.2 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo se relacionan con significativa frecuencia a una patología tumoral mamaria, estos son:

1. **Edad:** el 80 % de los carcinomas mamarios ocurren con mayor frecuencia a partir de los 40 años de edad, el 67% en personas mayores de 50 y solamente en el 1.5% en menores de 30.
2. **Antecedentes Genético-familiares:** la posibilidad de desarrollar la enfermedad por mujeres con historia familiar de cáncer de mama es de dos a tres veces mayor que la de la población sin estos antecedentes.
3. **Vida Menstrual:** la predilección de éste padecimiento en la población femenina, está vinculada con la función menstrual y el número de ciclos ovulatorios. La prolongada duración de ésta actividad sea por menarca temprana, menopausia tardía o bien la asociación de ambas aumenta el riesgo de enfermar.

4. **Paridad:** al parecer el parto temprano ejerce una acción protectora frente al cáncer mamario de la post-menopausia, siempre y cuando el primer embarazo se realiza después de los 20 años de edad, ya que las primigestas añosas tienen un riesgo relativamente mayor.
5. **Abortos:** recientemente se ha insistido en el hecho de que el aborto del primer trimestre sea espontáneo o inducido, del primer embarazo, constituye un factor de riesgo para la enfermedad en mujeres jóvenes principalmente.
6. **Estado Marital:** Los estudios clásicos refieren un incremento del riesgo en favor de las solteras, aún cuando esto parece tener relación estrecha con la edad.
7. **Lactancia:** en general, se niega el valor protector de la lactancia en el cáncer de mama, sin embargo, en un reciente estudio se halló que las mujeres que lactaron a sus hijos tenían la mitad de riesgo de desarrollar la enfermedad que las que no lo hicieron.
8. **Hormonas:** son múltiples las teorías sobre el papel de las hormonas en el desarrollo del cáncer, aunque aparentemente los estímulos hormonales en la primera etapa de la vida pueden iniciar el proceso degenerativo celular, mientras que aquellos que actúan más tardíamente modifican la evolución de las formas in situ, transformandolas en invasoras.

5.5.3 Enfermedades de Riesgo

Las alteraciones patológicas que se vinculan epidemiológicamente con el cáncer de mama son:

1. Mastopatias benignas y lesiones premalignas

Son tumores no palpables, clínicamente invisibles, microscópicos, indetectables macroscópicamente y en la mayoría de las veces son invasores. La mujer portadora de mastopatía fibroquística tiene de dos a cuatro veces más de riesgo de desarrollar un cáncer de mama.

2. Carcinoma Lobulillar In Situ o lesión premaligna

Constituye un hallazgo histopatológico, su frecuencia es variable, pero en general los porcentajes son bajos.

3. Carcinoma de Mama previo

Se trata de un factor de riesgo de innegable importancia, ya que las mamas son órganos pares sometidos a la misma influencia genética, hormonal y ambiental.

5.5.4 Diagnóstico

La respuesta al problema del cáncer de mama en primer término se refiere al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno y adecuado antes de que éste se propague a otras regiones.

Frecuentemente la mujer que presenta tal padecimiento acude a consulta médica cuando el tumor mide aproximadamente 2 pulgadas a lo ancho, el cual fué descubierto en forma accidental o bien porque presento molestias.

Cabe mencionar, que pueden pasar de 6 a 12 meses antes de que un cáncer de mama crezca al tamaño que regularmente tiene cuando la paciente es sometida a cirugía para extirpación del mismo, en este sentido, este tiempo resulta ser de suma importancia, ya que si la mujer fuese lo suficientemente inteligente para realizar un examen metódico de sus mamas una vez al mes, esto no sucedería.

Dentro de los procedimientos llevado a cabo para realizar el diagnóstico de la enfermedad, como en el caso del cáncer cervicouterino se encuentra:

1. La Historia Clínica de la paciente.
2. El Examen Físico, en cual entra tanto el reconocimiento que realiza el médico, como la autoexploración que debe realizar la paciente por lo menos una vez al mes.
3. La Biopsia, al respecto, vale decir, que uno de los principales procedimientos para establecer un diagnóstico preciso de cáncer de mama, así como su naturaleza es la práctica de la biopsia, sin la cual no se puede afirmar ni descartar la presencia del padecimiento.

5.5.5 Tratamiento

No todos los cánceres de mama pueden ser curados mediante un tratamiento oportuno, sin embargo, los exámenes continuos del padecimiento, permiten descubrirlo cuando todavía el tumor es pequeño, lo que en gran medida refuerza el número o porcentaje de curaciones que pueden obtenerse.

Los tumores de la mama pueden ser palpados antes de ser vistos o de que se produzcan las señales antes mencionadas.

Los cánceres precoces de la mama son raramente dolorosos o insensibles, por lo cual numerosas mujeres se quejan de dolores en la o las mamas, o de áreas sensibles de las mismas.

En este sentido, el tratamiento utilizado para el control o curación del cáncer de mama se refiere a:

1. Cirugía consistente en la extirpación quirúrgica del tumor y en casos extremos de la totalidad del órgano afectado, así como de los ganglios linfáticos.
2. Radioterapia y Quimioterapia, es decir, la administración por vía local o general de ciertas sustancias químicas que inhiben e impiden la proliferación de las células cancerosas.
3. Hormonas, a través de la administración de hormonas sexuales masculinas -testosterona- o bien de la extirpación de los ovarios fuente hormonal femenina, sin embargo, el tratamiento hormonal solo tiende a aliviar el padecimiento, más no a curarlo completamente, puesto que los resultados iniciales del tratamiento son satisfactorios, el tumor tarde o temprano sale fuera de las manos del especialista.

Puede decirse, que hoy en día si el cáncer se descubre a tiempo, en el momento precoz, el más moderno tratamiento debería salvar aproximadamente a la mitad de los afectados, sin embargo, solamente se salva la cuarta parte de estos.

CAPITULO SEXTO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dentro de la estructura socioeconómica del país, se encuentra establecido un sistema de seguridad social, constituido para garantizar el derecho humano a la salud, a la asistencia médica, a la protección de los medios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

En este sistema de seguridad social, existen ciertas dependencias encargadas de llevar a cabo tales principios, estas son públicas, federales, locales, organismos descentralizados, de participación estatal y organismos privados.

Uno de los principales organismos encargados de proporcionar esa seguridad social a la población es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Esta institución con fundamento en la Ley del Seguro Social, proporciona los servicios de seguridad social mediante prestaciones en especie y dinero, brindando servicios sociales de beneficio común con fundamento en la solidaridad social.

6.1 ¿Qué son las Unidades de Medicina Familiar?

Dado que los servicios médicos del IMSS tienen como objetivo fundamental garantizar el derecho a la salud de la población amparada por él, estos se encuentran estructurados y regionalizados para su mejor funcionamiento en tres niveles de atención médica, los que tienen el fin común de garantizar y proporcionar atención médica eficiente y adecuada a la problemática de salud.

El primer nivel de atención está constituido por las Unidades de Medicina Familiar que representan el primer contacto de la población derechohabiente con los servicios médicos institucionales.

6.2 Unidad de Medicina Familiar No. 92

La Unidad de Medicina Familiar No. 92 se encuentra ubicada en el Municipio de Ecatepec de Morelos Estado de México, en la Avenida Central, localizada frente al Centro comercial Plaza Aragón, en una zona urbana que cuenta prácticamente con todos los servicios públicos.

Esta unidad es de nueva creación, inaugurándose el día 18 de julio de 1988, misma que integró su población derechohabiente de los cambios procedentes de las siguientes unidades:

1. Unidad No. 93 con una población de 49 418 personas
2. Unidad No. 77 con 39 725 derechohabientes
3. Unidad No. 67 con 11 625 personas

La unidad se integró con un total de 1007 68 derechohabientes, ésta tiene capacidad para 28 consultorios de los cuales solo de inicio se abrieron al público 20, los 8 restantes lo hicieron en el año de 1990.

Esta institución cuenta con los servicios indispensables para otorgar atención operativa de primer nivel con calidad y sentido humano.

La unidad cuenta en su estructura con los siguientes servicios: consulta externa de medicina familiar, medicina del tra

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

bajo, trabajo social médico, hematología -odontología-, medicina preventiva, primeros auxilios, curaciones e inyecciones, laboratorio, dietología, rayos X, farmacia, optometría, control de prestaciones, planificación familiar, fomento a la salud, orientación y quejas.

6.2.1 Areas de la Unidad

Dentro de la estructura organizacional de la unidad existen diversas áreas, distribuidas en forma específica con objeto de proporcionar mejor atención en calidad y cantidad a su población derechohabiente.

Cada área desarrolla diversas funciones y actividades, mismas que se encuentran establecidas en el fluxograma de la Institución.

El área principal de la Unidad es el Área de Gobierno, integrada por la Dirección, administración, departamento de personal enseñanza e investigación y trabajo social médico.

Por otra parte se encuentra en área de medicina familiar, departamento de enfermería, control de prestaciones, laboratorio, rayos X, farmacia y control de prestaciones.

6.2.2 Area de Medicina Preventiva

Dentro de las Unidades de Medicina Familiar el área de Medicina Preventiva, tiene como finalidad principal el control de los riesgos que amenazan la salud y evitar la aparición de enfermedades en forma oportuna.

Para ello desarrolla diversos programas dirigidos a la población derechohabiente, entre los que destacan:

1. Programa de nutrición
2. Campañas y aplicación de vacunas
3. Detección de enfermedades crónicas
4. Detección de tuberculosis

6.2.2.1 Funciones y actividades del área de Medicina Preventiva en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer - Cervicouterino y Mamario

El Cáncer Cervicouterino es una alteración de las células que crecen en forma anormal, este es el más frecuente y de gravedad si no se diagnostica a tiempo, su detección es fácil a través de un sencillo estudio llamado citología exfoliativa comúnmente conocido como papanicolau, el cual se practica a las mujeres mayores de 35 años de edad o con vida sexual activa cada año, por medicina preventiva.

El cáncer de seno es también curable si se detecta a tiempo, a través de un sencillo examen que puede realizar uno mismo, - practicado frente a un espejo.

Las pruebas para la detección oportuna tanto de cáncer cervi

couterino como mamario son realizados por tal área, en donde el personal de enfermería toma la muestra de flujo cervical para la prueba del papanicolau o bien la exploración de los senos a las pacientes para su detección de cáncer.

El resultado del examen de senos es proporcionado a las pacientes después de la exploración de éstos, en caso de haber sospecha de malignidad o tumoración, éstas son enviadas con el médico familiar, a quien se hace entrega de los resultados de la exploración en un formato especial (ANEXO 5), éste nuevamente valora a las pacientes, dando su diagnóstico y tratamiento, y si los resultados son positivos, es decir, de malignidad, envía a la paciente con el especialista de segundo nivel -hospital de zona- para que ésta sea atendida en él mismo.

Con respecto a los resultados del examen del papacicolau, éstos son proporcionados a las pacientes dos o tres meses después de la toma de la muestra citológica, si ésta presenta alguna alteración cancerosa, sea inflamación, infección o sospecha de malignidad son enviadas con el médico familiar, quién estudia los resultados, valora y extiende pases para segundo nivel, o bien él mismo indica el tratamiento a seguir, así como la periodicidad de las visitas a medicina familiar.

Cabe mencionar, que los resultados del examen del papanicolau son entregados a las pacientes por las enfermeras del servicio de medicina preventiva, quienes realizan visitas domiciliarias para tal efecto, informando a las pacientes sobre la importancia de acudir tanto con el médico familiar, como para llevar

adecuadamente su tratamiento y control. (ANEXO 6)

Respecto a las visitas domiciliarias, resulta conveniente comentar, que existe cierta contradicción entre el Departamento de Trabajo Social Médico y el área de Medicina Preventiva, ya que según la jefe de ésta última; es trabajo social quien debe realizar las visitas para notificar a las pacientes su diagnóstico, así como para la reconquista de remisas que hayan abandonado su tratamiento o control médico, sin embargo, no lo hace, por su parte dicho departamento, argumenta no efectuar dichas visitas por diversas razones como la falta de personal, de presupuesto para viáticos, falta de tiempo, carga de trabajo en el departamento, motivos por los que las trabajadoras sociales desde el mes de agosto de 1990 no realizan visitas domiciliarias, dejando tal actividad al personal de enfermería de medicina preventiva, cuya jefe comenta además, preferir la no intervención de trabajo social en sus actividades y la no realización de visitas, debido a que cuando por algún motivo las realizaban la información obtenida en éstas no se le comunicaba, ocasionando que cuando la paciente se presentaba a la unidad médica nuevamente era interrogada provocando fastidio y molestia como es lógico; considera además, que en caso de que trabajo social tuviese participación más amplia en su área, ésta solo debe ser en casos especiales, siempre y cuando las trabajadoras sociales tengan nociones mínimas sobre salud pública, medicina preventiva, enfermería y cáncer, aspectos que dicho profesionista no maneja, así mismo, que éste debe ser responsable, serio en su trabajo, capaz, -

dispuesto a colaborar con el equipo de salud y la población que atiende, debiendo además depender exclusivamente de medicina preventiva en todos los aspectos.

Por su parte el personal del Departamento de Trabajo Social Médico comenta que sí realiza visitas domiciliarias a los pacientes que presentan algún problema de cáncer, y que es medicina preventiva quien no informa sobre las visitas que deben realizar las trabajadoras sociales, éstas consideran además que existe cierta rivalidad entre el personal de ambos departamentos lo que como es obvio obstaculiza la labor de ambos, perjudicando además a la población que requiere de su apoyo.

Argumentan que la jefe de medicina preventiva es quien selecciona y determina la relación de pacientes que deben visitarse, siendo ella misma quien informa a trabajo social o bien a su personal de enfermería las visitas domiciliarias a realizar por cada uno.

6.2.3 Departamento de Trabajo Social Médico

El Departamento de Trabajo Social Médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 92, está integrado por el siguiente personal jefe de trabajo social -nivel licenciatura- seis trabajadoras sociales, cuatro auxiliares de trabajo social y seis pasantes que realizan su servicio social en el mismo, todas ellas con estudios de trabajo social a nivel técnico, distribuidas en ambos turnos.

La labor principal de éste personal es la de intervenir en los problemas sociomédicos de los derechohabientes y familiares cuando estos problemas interfieren en la atención médica, manejando además grupos familiares y estableciendo terapias adecuadas al problema que se presente.

Asimismo, realiza actividades planeadas para fomentar el desarrollo social de la población derechohabiente con la finalidad de mejorar las relaciones laborales, familiares y/o sociales además de realizar investigaciones y visitas domiciliarias solicitadas por otros departamentos o servicios como: medicina preventiva, medicina familiar y del trabajo, control de prestaciones, subdelegación y H. Consejo Técnico del Instituto.

6.2.3.1 Funciones y actividades del Departamento de Trabajo Social Médico

Para el adecuado desarrollo y funcionamiento del Departamento de Trabajo Social Médico, existen determinadas funciones y actividades designadas y enmarcadas en el fluxograma de la unidad, en embargo, no todas ellas son realizadas al 100% y en muchas ocasiones ni siquiera al 50%. Dichas funciones y actividades son las siguientes:

1. Actividades técnico-administrativas

- a) Elaboración de planes y programas que correspondan a las prioridades de salud, que involucren factores culturales, previamente establecidos en el programa de la unidad
- b) Presentar al director de la unidad los programas aprobados por el jefe de departamento clínico
- c) Recibe del jefe de departamento clínico o bien del director de la unidad solicitud de información sociomédica relacionada con factores condicionantes y determinantes del estado de salud de la población, comprendida en el área de influencia de la unidad
- d) Involucra al paciente en el análisis de sus problemas y en la búsqueda de soluciones
- e) Realiza acciones profesionales y trámites pertinentes

Aunado a las actividades mencionadas, las trabajadoras sociales desarrollan otras más, que a continuación se enumeran, sin olvidar que no todas ellas se realizan en forma total y continúa en la rutina cotidiana de trabajo de la unidad.

1. Efectúa enlace y coordinación con el equipo de salud con respecto a los programas específicos que se llevan a cabo en la unidad, así como a casos especiales que presentan los pacientes
2. Participa en el desarrollo óptimo de programas de trabajo social general de la misma
3. Participa en el manejo de los problemas socioculturales y psicossociales que están interfiriendo en el estado de salud de los núcleos familiares a su cargo
4. Participa en el adecuado desarrollo de las relaciones humanas entre el personal prestador de servicios y los derechohabientes usuarios de los mismos
5. Establece comunicación constante con el equipo de salud para la atención, detección e implementación de estrategias de acción necesarias
6. Participa en los programas de investigación que se le asignen tanto en la unidad como en la comunidad
7. Coordina su participación con la del equipo de salud en las acciones de fomento a la salud para el personal prestador de servicios y los usuarios
8. Realiza estudios socioeconómicos a los pacientes y familiares por solicitud del médico familiar o del paciente mismo
9. Realiza estudios individuales o familiares con el objeto de conocer la dinámica familiar del paciente, que requiera intervención específica de trabajo social para ingresarlos a terapia familiar

10. Efectúa el registro de cada una de las actividades realizadas
11. Se coordina con otras instituciones médicas del mismo Instituto para la solución de problemas médicosociales de los pacientes que así lo requieren
12. Forma grupos y/o clubes de pacientes con características similares para la solución integral de casos especiales
13. Elabora crónicas grupales e informes mensuales de las actividades realizadas
14. Participa en la realización y aplicación de encuestas para conocer el nivel de la calidad de atención al derechohabiente y familias
15. Participa en las campañas y programas emanados de la Jefatura Médica de Medicina Preventiva y Planificación Familiar
16. Elabora anualmente calendario de actividades de acuerdo con su programa de trabajo
17. Elabora trabajos para presentar sesiones generales de información y capacitación al personal de la unidad
18. Asiste a sesiones departamentales y bibliográficas en la Jefatura de trabajo social médico
19. Asiste a visitas en la comunidad para la elaboración de estudios económicos y sociales de integración, convivencia y supervivencia, captura de remisos y comprobación de datos - en entrevistas estructuradas
20. Realiza localizaciones telefónicas y a domicilio
21. Informa a la Jefe de Trabajo Social sus actividades en forma mensual

6.2.3.2 Participación del Departamento de Trabajo Social en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino y Mamario

Cómo se comento en el punto 6.2.3.1, el Departamento de Trabajo Social tiene poca participación dentro del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario, sin embargo, dicho departamento ha elaborado un programa de orientación dirigido exclusivamente a pacientes que presentan problemas de cervicovaginitis -inflamación de la cérvi-x-.

Cabe mencionar, que este programa debería estar dirigido a toda la población femenina adscrita a la unidad, poniendo mayor interés en mujeres de más de 30 años de edad o con vida sexual activa, con el objeto de prevenir y controlar el padecimiento.

El programa lleva el nombre de 'Atención a pacientes con problemas de Cervicovaginitis'

Cuyo objetivo es el de informar a la población femenina con problemas de Cervicovaginitis el cuidado adecuado de sus órganos reproductivos, el alto riesgo que corre su salud y su vida así como la repercusión que esto tiene en el ámbito social y familiar, con el fin de propiciar un cambio favorable en la actitud de las pacientes.

Metas

1. Realizar entrevista inicial al 80% de pacientes con cervi

covaginitis e integrarlas al programa

2. Aplicar cuestionarios de pre y post medición a las personas asistentes a las sesiones
3. Lograr en un 80% que las pacientes comprendan la magnitud - de su problemática

Universo de Trabajo

El programa está dirigido a las pacientes que presentan problemas de cervicovaginitis

Duración

El programa será aplicado a partir del mes de enero al mes de diciembre de 1991

Actividades de las Trabajadoras Sociales

1. Formación de grupos de mujeres con cervicovaginitis
2. Realización de entrevistas iniciales a dichas pacientes e integración de las mismas a las sesiones de orientación
3. Investiga causas de deserción tanto a las sesiones de capacitación como al cumplimiento de sus citas de control médico
4. Elaboración de notas informativas de las acciones de trabajo social y anexarlas a expedientes clínicos
5. Realiza estudios médico-sociales cuando se detectan disfunciones familiares que interfieran en el tratamiento de las - pacientes
6. Realiza localizaciones telefónicas y domiciliarias

CAPITULO VII. PROYECTO DE INVESTIGACION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

7.1. Justificación

El Cáncer es una de las principales enfermedades causa de un gran índice de mortalidad en México, en el año de 1976 ocupó el quinto lugar como causa de defunción, determinando 22,635 muertes.

En la población femenina, el Cáncer Cérvicouterino hasta hace algunos años representó la primera causa de muerte por tumores malignos en la mujer de más de 30 años de edad, cuyas causas predisponentes se encuentran en la multiparidad, inicio de vida sexual activa a temprana edad -antes de los 20 años-, multiplicidad de parejas sexuales, conyuge no circuncidado y procesos inflamatorios crónicos de la cérvix.

La mujer como núcleo de la familia, formadora de nuevos seres y creadora de costumbres y hábitos, debe ser una persona responsable, debe poseer información sobre diversos temas, -así como estar conciente de su papel como madre y pareja, ya que de ella depende en suma medida su salud y su vida y la de su familia.

La formación académica, observaciones realizadas y la experiencia obtenida a partir de la prestación del servicio social ha permitido comprender que la mujer de clase media desconoce casi por completo, por no decir totalmente, los aspectos más generales y básicos no solo sobre el cáncer sino también so--

bre cualquier otra enfermedad, llevándola en la mayoría de las veces a descuidar su salud y su vida y la de su familia, provocando que el padecimiento que presente ella o algún miembro de su familia, que en sus inicios pudo ser combatido o curado en forma total avance día a día, alcanzando con cierta frecuencia la muerte.

Como futura trabajadora social surgió en mí la inquietud - por conocer los diversos aspectos relacionados con este padecimiento, asimismo, saber hasta que grado la mujer conoce o desconoce tales aspectos, de igual manera identificar las acciones que el departamento de trabajo social de la Unidad ha realizado en cuanto a su participación en los programas de Detección Oportuna de Cáncer Cérvicouterino y Mamario.

Por tal motivo, fué necesario realizar una investigación de campo, para conocer la magnitud e importancia práctica de esta enfermedad, como una de las más trascendentes dentro de la población femenina del país.

Cabe mencionar, que el Instituto Mexicano del Seguro Social y específicamente la Unidad de Medicina Familiar No. 92 dentro de su sistema organizacional y a través del área de Medicina Preventiva desarrolla diversos programas básicos de salud tal es el caso de los programas antes mencionados, tendientes a prevenir y controlar el cáncer cérvicouterino y mamario en la población femenina adscrita a la unidad.

De esta manera, también se eligió tal Institución para realizar la investigación programada, tomando en cuenta que en di

cha institución, el departamento de trabajo social tiene poca incluso nula participación en este programa, asimismo, tampoco realiza acciones de orientación, información o asistencia con las pacientes que acuden a su examen de detección y a quienes se les diagnóstica cáncer cérvicouterino o mamario.

Por lo antes mencionado, consideró de suma importancia que trabajo social participe ampliamente en tales programas, ya que éste es quien modificará las actitudes desfavorables para la salud por conductas y actitudes que favorezcan su conservación y restauración.

Cabe mencionar, que los resultados obtenidos en la investigación permitieron la elaboración de una propuesta de trabajo en la cual se especifican las funciones y actividades propias del trabajo social, con el deseo de que se lleve a cabo en beneficio de la población femenina que se enfrenta a este problema y a la población en general, asimismo, para lograr el desarrollo profesional de los trabajadores sociales dentro de el área de la Salud Pública.

7.2 Planteamiento del Problema

El propósito de esta investigación fue el de conocer la importancia que la labor del trabajador social tiene dentro del campo de la Salud Pública, específicamente dentro de los programas de Educación para la Salud, asimismo, conocer e identificar los factores que influyen y determinan la aparición de cáncer cérvicouterino y mamario en la mujer, diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y oportuno e importancia de la detección oportuna de éste, como uno de los padecimientos más - importancia y de mayor incidencia en la población femenina de más de treinta años o con vida sexual activa del país.

7.3 Planteamiento de Hipótesis y Variables

Las hipótesis planteadas para el desarrollo de la investigación son las siguientes:

HIPOTESIS GENERAL

El desconocimiento de las causas que originan el cáncer - cérvicouterino y mamario, la no detección oportuna y la falta de programas de orientación e información sobre el padecimiento determinan el aumento en el índice de mujeres con cáncer.

VARIABLES

- INDEPENDIENTES: a) Desconocimiento de las causas que originan el cáncer
b) No detección oportuna del padecimiento
c) Falta de programas de orientación e -

información sobre el cáncer

DEPENDIENTE a) Índice de mujeres con cáncer

HIPOTESIS ESPECIFICAS:

1. El cáncer cérvicouterino se presenta con mayor frecuencia en la población femenina de más de 30 años de edad con antecedentes de multiparidad, conyuge no circuncidado así como inicio de vida sexual activa a temprana edad.

VARIABLES

INDEPENDIENTES: a) Población femenina de más de 30 años de edad

b) Multiparidad

c) Conyuge no Circuncidado

d) Inicio de vida sexual activa a temprana edad

DEPENDIENTE: a) Cáncer cérvicouterino en la mujer

2. El cáncer de mama se presenta con más frecuencia en la mujer de cualquier edad, con antecedentes heredo-familiares, menarca temprana, no amamantación a los hijos y uso de productos hormonales.

VARIABLES

INDEPENDIENTES: a) Antecedentes heredo-familiares

b) Menarca temprana

c) No amamantación de los hijos

d) Uso de productos hormonales

DEPENDIENTE: a) Cáncer mamario en la mujer

7.4 Procedimientos y selección de la muestra

Para la elaboración y aplicación de la investigación de campo, en primer término se realizó una investigación documental, con objeto de conocer los diversos factores que influyen y determinan la aparición del cáncer cérvicouterino y mamario en la población femenina, y poder establecer el marco teórico de este trabajo.

Posteriormente, se procedió a establecer una muestra de la población con problemas de cáncer, que se encuentra en control en el área de Medicina Preventiva de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, dentro de los programas de Detección - Oportuna de Cáncer Cérvicouterino y Cáncer Mamario.

La muestra se determinó de la siguiente forma:

1. Personas con cáncer cérvicouterino que se encuentran en control en medicina preventiva de la unidad.
Total de casos controlados 120 del año de 1988 al año de 1990, muestra seleccionada 50% de los mismos, es decir 60 casos.
2. Personas con cáncer de mama que se encuentran en control en el mismo servicio.
Total de casos controlados 160 del año de 1988 al año de 1990, muestra seleccionada 25% de los mismos, es decir, 40 casos.

Para el trabajo de campo, se elaboró un directorio con los nombres y domicilios de las pacientes que forman la muestra, además de que también se diseñaron dos instrumentos para la

captación de la información requerida. (ANEXO 7)

En la aplicación de los instrumentos correspondientes a cada caso particular, es decir, para la muestra de pacientes con cáncer cérvicouterino y la muestra de pacientes con cáncer de mama, se utilizaron las técnicas de la visita domiciliaria y de la entrevista, explicando, los motivos de la misma así como la importancia de la investigación y de la participación de las pacientes.

Posterior a la aplicación de los cuestionarios, se procedió a la tabulación de los datos obtenidos y a su concentración en cuadros, de los cuales se desprendieron las gráficas e interpretación de estos datos, cabe señalar que las gráficas utilizadas en el trabajo son las gráficas de pastel y el polígono de frecuencias.

Finalmente, se procedió a analizar los resultados obtenidos en la investigación de campo efectuada, con objeto de probar o bien disprobar las hipótesis planteadas al inicio de dicha investigación, asimismo, en base al análisis de los resultados, se estableció la propuesta de trabajo, misma que se especifica en el capítulo VIII.

Vale decir, que de los 60 casos seleccionados sobre cáncer cervicouterino, únicamente se tomaron 40 para realizar el análisis de resultados y la comprobación de hipótesis, puesto que éstos manifestaron problemas de cáncer, en tanto que los restantes 20 casos no manifestaron la enfermedad propiamente dicha, sino que presentaron problemas de inflamación e infecciones limitadas.

CUADROS DE PRESENTACION DE RESULTADOS

PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO

Y

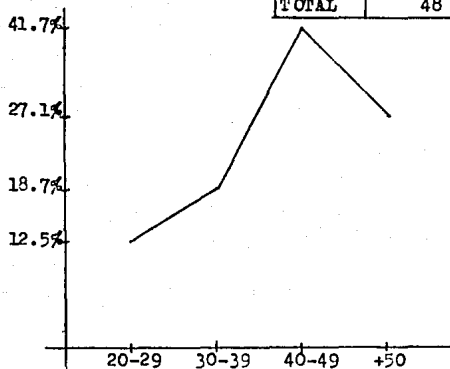
CANCER DE MAMA

7.5 Cuadros y gráficas de presentación de resultados

EDAD DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO

CUADRO 1

AÑOS	FRECUENCIA	%
20-29	6	12.5
30-39	9	18.7
40-49	20	41.7
+50	13	27.1
TOTAL	48	100.0

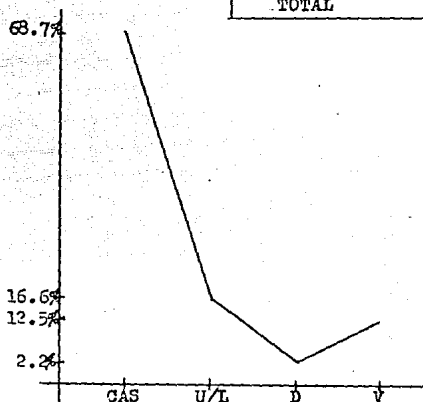


Se observa que la población femenina que con mayor frecuencia presenta problemas de cáncer tiene entre 40 y más de 50 años de edad, población que suma un 68.8%, cabe señalar, que ésta enfermedad también se presenta en la población joven de entre 20 y 39 años, misma que suma un 31.2% del total de los resultados.

ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO

CUADRO 2

EDO. CIVIL		FRECUENCIA	%
CASADA	CAS.	33	68.7
UNION LIBRE	U/L	8	16.6
DIVORCIADA	D	1	2.2
VIUDA	V	6	12.5
TOTAL		48	100.0

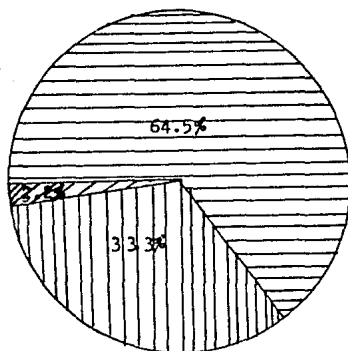


Se observa que las pacientes con problemas de cáncer cervicouterino en su mayoría son casadas obteniendo el 68.7%, mientras que el restante 21.3% está integrado por mujeres que viven en unión libre, personas divorciadas y viudas.

EDAD EN QUE LAS PACIENTES INICIARON SU VIDA SEXUAL ACTIVA

CUADRO 3

EDAD	FRECUENCIA	%
- 20	31	64.5
20	16	33.3
+ 20	1	2.2
TOTAL	48	100.0

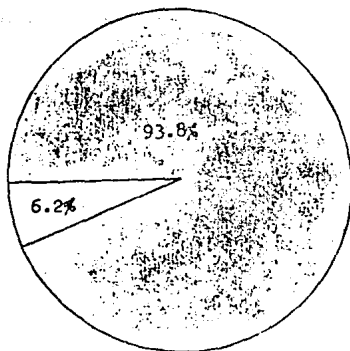


Se observa que la población femenina que presenta alguna alteración cancerosa inicio su vida sexual activa a temprana edad es decir, a la edad de 20 años o menos, dicha población suma un total de 87.8%, mientras que el restante 2.2% de la misma, inicio su vida sexual después de los 20 años.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO

CUADRO 4

PAREJAS	FRECUENCIA	%
1	45	93.8
2	3	6.2
TOTAL	48	100.0

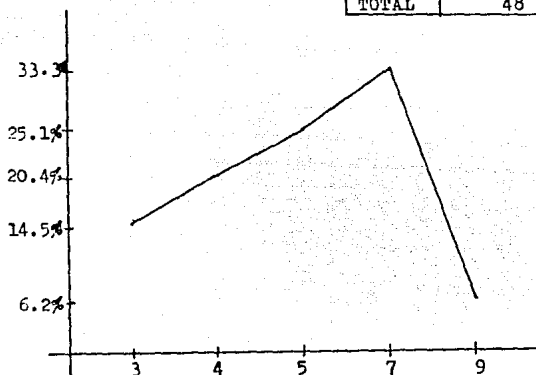


Con respecto al número de parejas sexuales de pacientes con cáncer, se observa que el 93.8% de éstas, desde el inicio de su vida sexual ha tenido un solo compañero, mientras que el 6.2% ha tenido dos compañeros sexuales.

NUMERO DE HIJOS DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO

CUADRO 5

HIJOS	FRECUENCIA	%
3	7	14.5
4	10	20.8
5	12	25.1
7	16	33.4
9	3	6.2
TOTAL	48	100.0

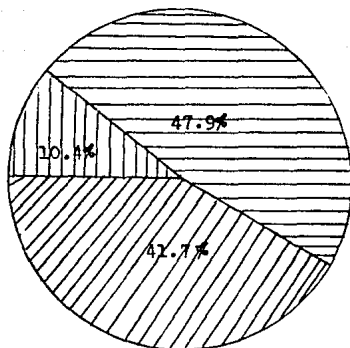


Se observa que las mujeres que sufren un alto índice de problemas de cáncer cervicouterino en su mayoría han procreado más de 4 hijos, éstas suman un total de 85.5%, mujeres que tienen de 4 a 9 hijos, en tanto que el restante 14.5% procreo 3 hijos.

PACIENTES CUYO COMPAÑERO SEXUAL ESTA CIRCUNCIDADO

CUADRO 6

CIRCUNCIDADO	FRECUENCIA	%
SI	5	10.4
NO	23	47.9
NO SABE	20	41.7
TOTAL	48	100.0

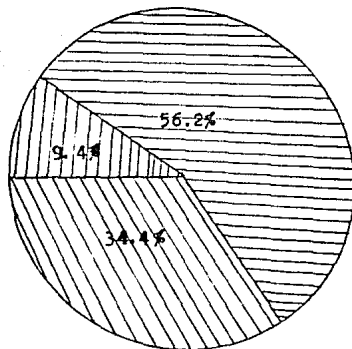


Respecto al hecho de que la mujer tenga por compañero un hombre circunciso o no, se observa que únicamente el 10.4% del total de los pacientes comentaron que su pareja está circuncidado mientras que el 47.9% no lo está, cabe mencionar sin embargo, que el 41.7% de las pacientes entrevistadas argumentaron ignorar si su compañero cuenta o no con ésta característica.

METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO POR LAS PACIENTES CON PROBLEMAS DE CANCER

CUADRO 7

METODO	FRECUENCIA	%
PASTILLAS	3	9.4
DISPOSITIVO	18	56.2
DEFINITIVO	11	34.4
TOTAL	32	100.0

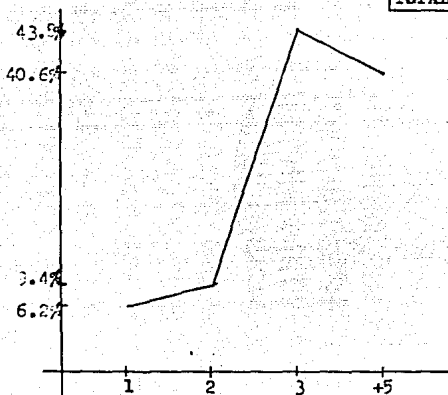


Se observa que la población femenina se inclina hacia el uso del dispositivo como método anticonceptivo, dicha población integra el 56.2%, por su parte el 34.4% recurrió al método definitivo para planificar su familia y el 9.4% utiliza las pastillas.

TIEMPO DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR PARTE DE LAS PACIENTES

CUADRO 8

AÑOS	FRECUENCIA	%
1	2	6.2
2	3	9.4
3	14	43.8
+5	13	40.6
TOTAL	32	100.0

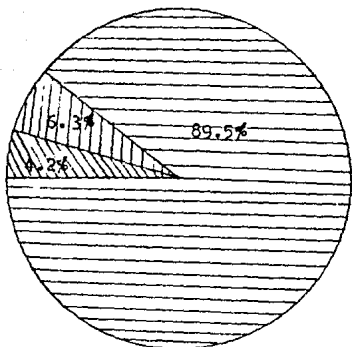


Se observa que el 43.8% de la población femenina que utiliza anticonceptivos tiene más de 5 años usandolos, el 40.6% 3 años y el 15.6% de las mismas lleva entre uno y dos años con dichos métodos.

FRECUENCIA CON QUE LAS PACIENTES ACUDEN A LA PRACTICA DE SU EXAMEN DE DETECCION OPORTUNA DE CANCER CERVICOUTERINO

CUADRO 9

AÑOS	FRECUENCIA	%
C/ AÑO	2	4.2
C/ 3	3	6.3
C/ 5+	43	89.5
TOTAL	48	100.0

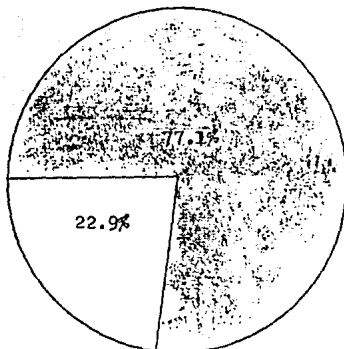


Con respecto a la frecuencia con que las pacientes acuden a la realización de su detección oportuna de cáncer, se observa que únicamente el 10.4% de éstas acude cada año a la misma, el 12.5% lo hace cada 3 años, sin embargo, resulta de considerable importancia comentar que el 91.6% de éstas acuden a su detección cada 5 o más años.

MOTIVO POR EL CUAL LAS PACIENTES NO ACUDEN CON MAS FRECUENCIA A SU DETECCION DE CANCER

CUADRO 10

MOTIVO	FRECUENCIA	%
FALTA DE TIEMPO	37	77.1
PENA	11	22.9
TOTAL	48	100.0

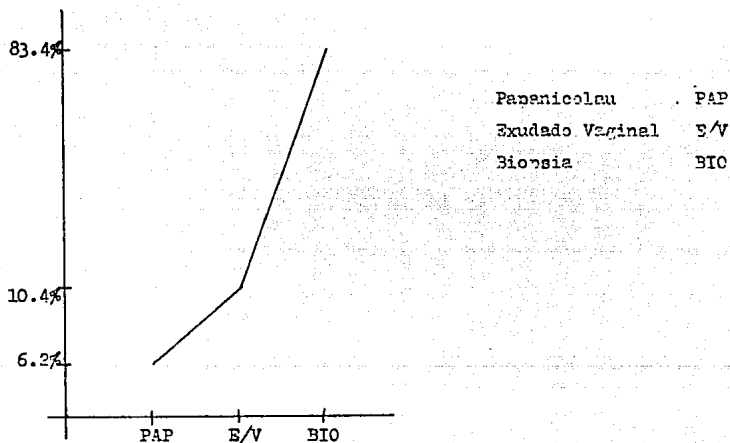


Entre los motivos que las pacientes argumentaron tener para no acudir con regularidad a su detección de cáncer, se observa, que el 77.1% de éstas coincidió en el hecho de no tener tiempo suficiente para acudir al médico, el restante 22.9% de las mismas por su parte comentó, sentir pena ante el hecho de que el médico o las enfermeras observen sus órganos, motivo por el cual no acuden a sus exámenes de cáncer.

ESTUDIOS CITOLOGICOS REALIZADOS A LAS PACIENTES PARA CONFIRMAR
DIAGNOSTICO

CUADRO '11

ESTUDIOS	FRECUENCIA	%
PAPANICOLAU	3	6.2
EXUDADO VAGINAL	5	10.4
BIOPSIA	40	83.4
TOTAL	48	100.0

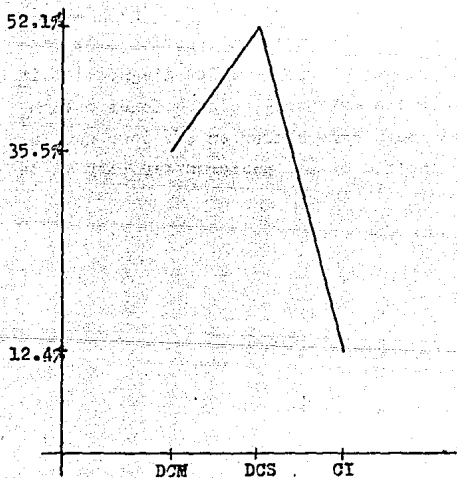


Dentro de los estudios citológicos realizados a las pacientes con objeto de confirmar diagnóstico indicado en el servicio de medicina preventiva, en la toma de la muestra inicial por medio de la citología exfoliativa -papanicolau-, se encuentran en primer lugar la biopsia, misma que fue practicada al 83.4% de las pacientes, mientras que al 6.2% se les tomaron varias muestras a través del papanicolau, mientras que al restante 10.4% se les practicó exudado vaginal.

DIAGNOSTICO DE LAS PACIENTES

CUADRO 12

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
DISPLASIA CERVICAL MODERADA DCM	17	35.5
DISPLASIA CERVICAL SEVERA DCS	25	52.1
CARCINOMA INTRAEPITELIAL CI	6	12.4
TOTAL	48	100.0



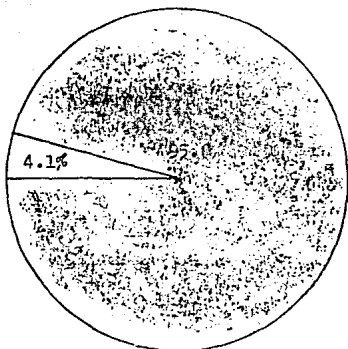
Con respecto al diagnóstico de las pacientes, se observa que el padecimiento más frecuente en la población femenina adscrita a la unidad de medicina familiar no. 92, es la displasia cervical severa, ya que se presentó en el 52.1% de las pacientes investigadas, en segundo término se encuentra la displasia cervical moderada, misma que afectó al 35.5% de las mismas, y como tercer lugar se encuentra el carcinoma intraepitelial que se presentó en el 12.4% de éstas.

Cabe mencionar, que inicialmente el total de la muestra fue de 60 pacientes, sin embargo, solo se tomó el resultado de 48, debido a que respecto al padecimiento que se les diagnosticó, únicamente dicho número de pacientes presentó problemas de cáncer cervicouterino, mientras que al resto se les diagnosticó inflamación de la cérvix -cervicovaginitis-, ulceraciones o bien miomatosis, los que no se toman como cáncer en sí, pero que de no haberse diagnosticado en ésta etapa, pudieron dar paso al desarrollo de un cáncer.

TRATAMIENTO INDICADO A PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO

CUADRO 13

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
RADIOTERAPIA RAD.	2	4.1
CIRUGIA CIR	46	95.9
TOTAL	48	100.0

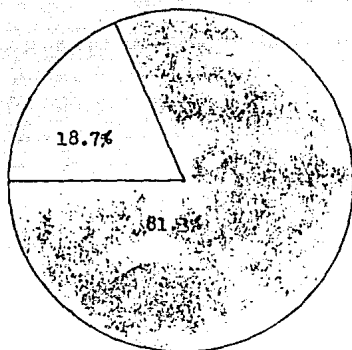


En cuanto al tratamiento indicado se observa que el 95.5% - de los casos reportados fueron tratados por medio de la cirugía sea a través de la conización o de la histerectomía simple o radical según la gravedad del caso, y el segundo tratamiento utilizado fue la radioterapia, especialmente aplicado a casos de cáncer o carcinoma intraepitelial, el que fue utilizado en el 4.1% de las pacientes.

PACIENTES QUE HAN RECIBIDO ORIENTACION O INFORMACION SOBRE CAN-
CER CERVICOUTERINO

CUADRO 14

ORIENTACION	FRECUENCIA	%
SI	9	18.7
NO	39	81.3
TOTAL	48	100.0

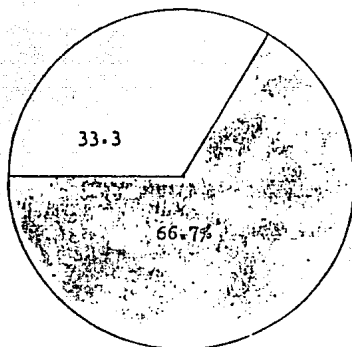


De las pacientes con problemas de cáncer cervicouterino, se observa que únicamente el 18.3% de éstas ha recibido algún tipo de información sobre las características del padecimiento, en tanto que un porcentaje considerablemente elevado, del 81.7% no ha recibido orientación al respecto, cabe mencionar, que la información que las pacientes recibieron por parte de los médicos fue otorgada después de su diagnóstico.

PACIENTES QUE CONSIDERAN ADECUADA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ORIENTACION E INFORMACION SOBRE EL CANCER CERVICOUTERINO

CUADRO 15

PROGRAMA	FRECUENCIA	%
SI	16	33.3
NO	32	66.7
TOTAL	48	100.0

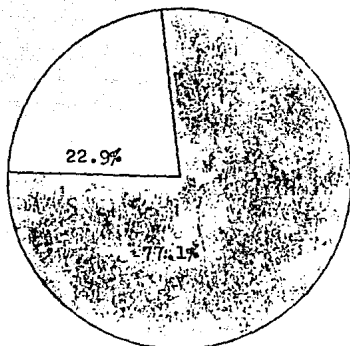


Se observa que el 33.3% de las pacientes con problemas de cáncer cervicouterino considera adecuada la elaboración de un programa de orientación e información sobre los aspectos básicos del padecimiento, sin embargo, el 66.7% comentó ignorar si es o no adecuada la elaboración de dicho programa. Las pacientes comentaron que es necesario contar con programas de orientación e información con objeto de llevar un mejor control de los padecimientos o bien prevenir su aparición.

PACIENTES QUE HAN ACUDIDO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

CUADRO 16

ACUDIO	FRECUENCIA	%
SI	11	22.9
NO	37	77.1
TOTAL	48	100.0

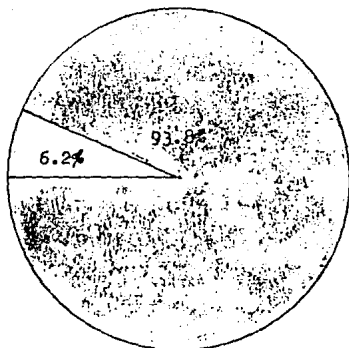


De las pacientes que presentaron alguna alteración cancerosa se observa que únicamente el 22.5% de éstas ha acudido por lo - menos una vez al departamento de trabajo social, mientras que - el restante 77.5% de las mismas no lo ha hecho, cabe mencionar, que entre los motivos que las mismas tuvieron para acudir a di- cho servicio se encuentran el solicitar información diversa o - bien para asistir a sesiones de orientación de temas variados.

PERSONAL DE LA INSTITUCION QUE VISITO A LAS PACIENTES PARA INFORMAR SOBRE DIAGNOSTICO DE EXAMEN DE CANCER CERVICOUTERINO

CUADRO 17

PERSONAL	FRECUENCIA	%
TRABAJADORA SOCIAL	3	6.2
ENFERMERA SANITARISTA	45	93.8
TOTAL	48	100.0

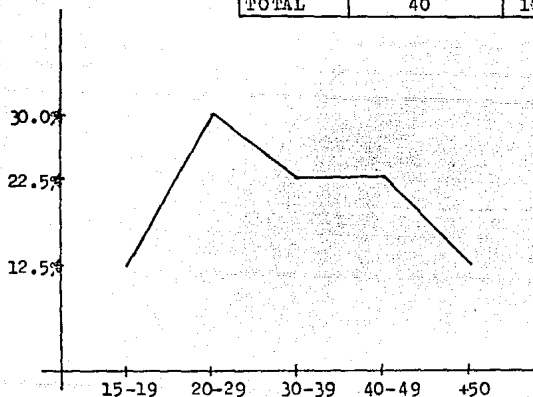


Con respecto al personal de la institución que realizó visitas domiciliarias para informar a las pacientes el diagnóstico correspondiente a su examen de detección de cáncer cervicouterino, se observa que el 6.2% de éstas fueron visitadas por el personal de trabajo social y el 93.8% por enfermeras sanitarias.

EDAD DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA

CUADRO Y GRAFICA 1

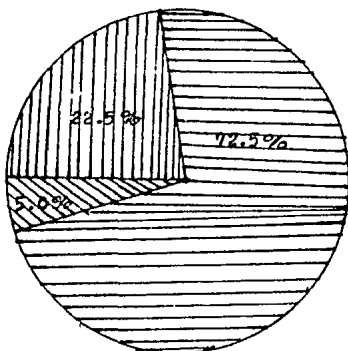
EDAD	FRECUENCIA	%
15-19	5	12.5
20-29	12	30.0
30-39	9	22.5
40-49	9	22.5
+50	5	12.5
TOTAL	40	100.0



Se observa, que el cáncer de mama se presenta tanto en la población femenina joven como en personas adultas, ya que el 45.0% de las pacientes que manifestaron tal padecimiento tienen entre 30 y 49 años de edad, el 12.5% tiene más de 50 años, en tanto que el 42.5% de éstas corresponde a mujeres jóvenes de entre 15 y 29 años de edad.

ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA
CUADRO Y GRABICA 2

EDO. CIVIL	FRECUENCIA	%
SOLTERA	9	22.5
CASADA	29	72.5
VIUDA	2	5.0
TOTAL	40	100.0

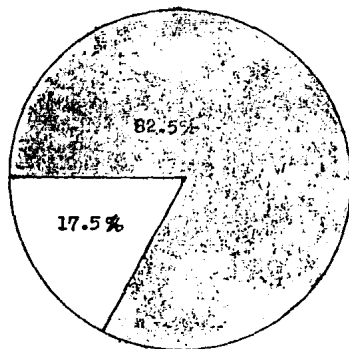


En el cuadro de resultados y en la gráfica se observa que la población femenina con problemas de cáncer de mama es en su mayoría casada, dicha población tiene un porcentaje elevado - del 72.5 %, sin embargo, cabe mencionar, que esta padecimiento también se presenta dentro de la población soltera, mismo, que se manifestó en el 22.5 % de éstas, en tanto que el restante 5.0 % de la población femenina con este problema es viuda.

EDAD DE MENARCA DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA

CUADRO Y GRAFICA 3

EDAD	FRECUENCIA	%
12	33	82.5
13	7	17.5
TOTAL	40	100.0

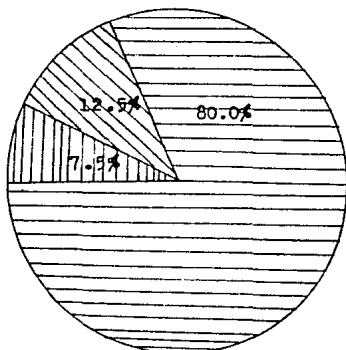


En el cuadro de resultados y en la gráfica se observa que la edad de menarca de las pacientes con problemas de cáncer de mama, fluctúa entre los 12 y los 13 años de edad, con respecto a esto, el 82.5% de las mismas comenzó a menstruar a los 12 años, en tanto que el 17.5% lo hizo a los 13 años.

FAMILIARES DE LAS PACIENTES QUE HAN TENIDO PROBLEMAS DE CANCER DE MAMA

CUADRO Y GRAFICA 4

FAMILIAR	FRECUENCIA	%
MADRE	3	7.5
NO SABE	5	12.5
NADIE	32	80.0
TOTAL	40	100.0

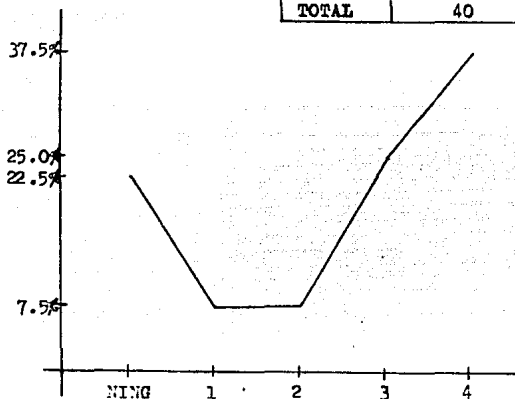


Con respecto a los antecedentes heredo-familiares de las pacientes con problemas de cáncer de mama, se observa que el 80.0% de éstas comentó no existir alguna persona de la familia que ha ya presentado el mismo padecimiento, sin embargo, el 7.5% de las mismas indicó que el familiar que manifestó el mismo problema - fue su madre, cabe mencionar, que el 12.5% de las pacientes argumentó ignorar si existen o no antecedentes con respecto a ésta enfermedad, dentro de su familia.

NUMERO DE HIJOS DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA

CUADRO Y GRAFICA 5

HIJOS	FRECUENCIA	%
NINGUNO	9	22.5
1	3	7.5
2	3	7.5
3	10	25.0
4	15	37.5
TOTAL	40	100.0

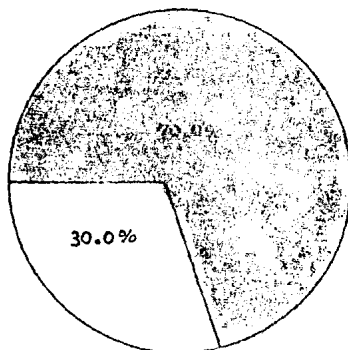


Con respecto al número de hijos de las pacientes con éste padecimiento, se observa que el 37.5% de éstas tiene 4 hijos, el 22.5% de las mismas con 3 hijos, el 15.0% de éstas tienen entre uno y dos hijos, cabe mencionar, que un porcentaje considerable del 22.5% de las pacientes no tienen hijos.

PACIENTES QUE HAN AMAMANTADO A SUS HIJOS

CUADRO Y GRAFICA 6

AMAMANTACION	FRECUENCIA	%
SI	28	70.0
NO	12	30.0
TOTAL	40	100.0

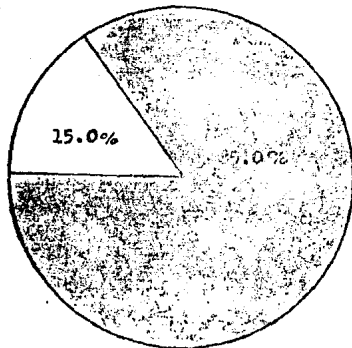


En el cuadro de resultados y en la gráfica se observa que del 77.5 % de las pacientes con cáncer que tienen hijos, el 70.0 % de éstas ha amamantado a sus hijos, mientras que el restante 30.0 % de las mismas no lo ha hecho.

PACIENTES QUE HAN UTILIZADO ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

CUADRO Y GRAFICA 7

USO	FRECUENCIA	%
SI	6	15.0
NO	34	85.0
TOTAL	40	100.0

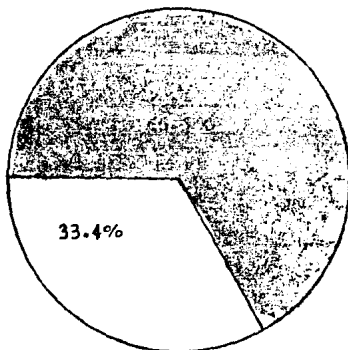


En el cuadro de resultados y en la gráfica se observa que el 85.0 % de las pacientes con problemas de cáncer de mama manifestó no utilizar anticonceptivos hormonales, en tanto que el 15.0 % restante indicó haber ingerido este tipo de método para planificar su familia.

TIEMPO QUE LAS PACIENTES TIENEN USANDO METODOS HORMONALES

CUADRO Y GRAFICA 8

AÑOS	FRECUENCIA	%
3	4	66.6
4	2	33.4
TOTAL	6	100.0

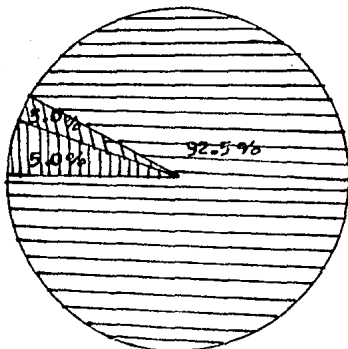


Con respecto al 15.0 % de pacientes que han utilizado anti conceptivos hormonales, el cuadro y la gráfica muestran que - el 66.6 % de éstas, tienen 3 años utilizando este método, en tanto que el 33.4 % de las mismas argumentaron tener 4 años - con éste método, contrariamente a lo que establecen los organismos de salud, quienes recomiendan no utilizar el mismo método por más de dos años.

FRECUENCIA CON QUE LAS PACIENTES ACUDEN A REALIZARSE SU EXAMEN DE CANCER DE MAMA

CUADRO Y GRAFICA 9.

AÑOS	FRECUENCIA	%
C/ 2	2	5.0
C/ 3	1	2.5
la. VEZ	37	92.5
TOTAL	40	100.0

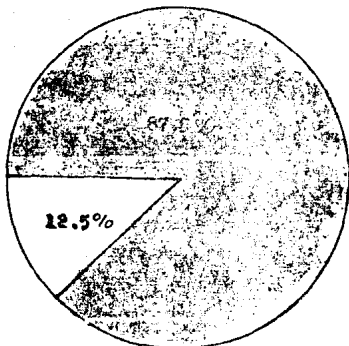


Con respecto a la frecuencia con que las pacientes acuden a la realización de su examen de cáncer de mama, en el cuadro de resultados y en la gráfica se observa que únicamente el 5.0 % acude cada dos años y el 2.5 % lo hace cada tres años, sin embargo, se observa que un porcentaje considerable no acude con regularidad a dicho examen, este porcentaje es del 92.5 %.

MOTIVO POR EL CUAL LAS PACIENTES NO ACUDEN CON MAS FRECUENCIA A SU EXAMEN DE CANCER DE MAMA

CUADRO Y GRAFICA 10

MOTIVO	PRECUENCIA	%
FALTA DE TIEMPO	35	87.5
PENA	5	12.5
TOTAL	40	100.0

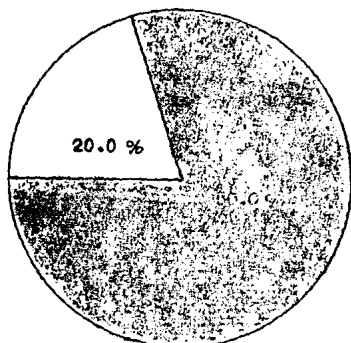


En el cuadro de resultados y en la gráfica se observa que las pacientes comentaron tener diversos motivos para no acudir con frecuencia a la realización de su detección de cáncer de mama, entre los motivos que argumentaron, se observa que el 87.5 % de estas indicó no acudir a dicha detección por no tener tiempo para ello, en tanto que el restante 12.5 % de pacientes no acude por sentir pena con el médico o enfermera.

PACIENTES QUE REALIZAN LA EXPLORACION DE SUS SENOS

CUADRO Y GRAFICA 11

EXPLORACION	FRECUENCIA	%
SI	8	20.0
NO	32	80.0
TOTAL	40	100.0

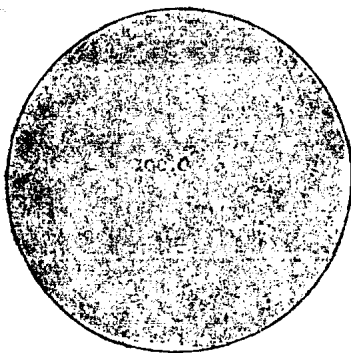


En el cuadro de resultados y en la gráfica, se observa que únicamente el 20.0 % de las pacientes ha realizado la exploración de sus senos con cierta regularidad, en tanto que el restante 80.0 % no lo ha hecho, cabe mencionar sin embargo, que en cierto modo estas pacientes exploraron sus senos detectando algún signo sospechoso motivo por el cual acudieron al médico.

MOTIVO POR EL CUAL LAS PACIENTES NO HAN REALIZADO LA EXPLORACION DE SUS SENOS

CUADRO Y GRAFICA 12

MOTIVO	FRECUENCIA	%
NO SABE	32	100.0
TOTAL	32	100.0

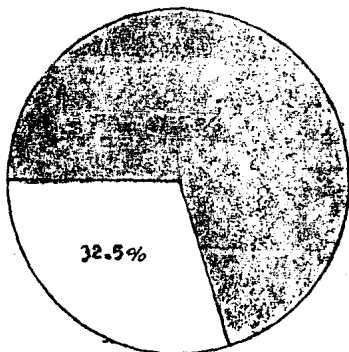


Del 80.0 % de las pacientes que no han realizado la exploración de sus senos, tanto en el cuadro como en la gráfica se observa que el 100.0 % de estas pacientes comentaron ignorar el procedimiento o la técnica de la autoexploración, motivo por el cual no examinan sus senos.

ESTUDIOS REALIZADOS A LAS PACIENTES PARA SU DIAGNOSTICO

CUADRO Y GRAFICA 13

ESTUDIOS	PRECUENCIA	%
PALPACION	27	67.5
RADIOGRAFIA	13	32.5
TOTAL	40	100.0

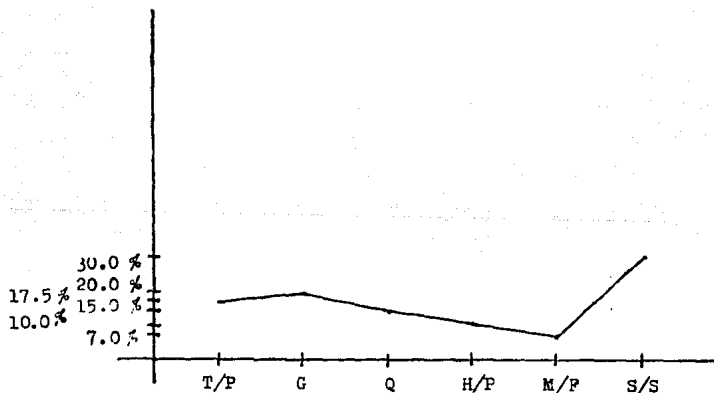


Con respecto a los estudios realizados a las pacientes para establecer diagnóstico correcto, tanto en el cuadro de resultados como en la gráfica se observa que al 67.5 % de estas fueron atendidas por su médico familiar quien les practicó la palpación, en tanto que al restante 32.5 % de las pacientes se les tomó placa radiológica para su diagnóstico.

DIAGNOSTICO DE LAS PACIENTES

CUADRO Y GRAFICA 14

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
TUMORACION PALPABLE T/P	7	17.5
GANGLIO G	8	20.0
QUISTE Q	6	15.0
HUNDIMIENTO PEZON H/P	4	10.0
MASTOPATIA FIBROQUISTICA M/P	3	7.5
SALIDA DE SECRECION S/S	12	30.0
TOTAL	40	100.0



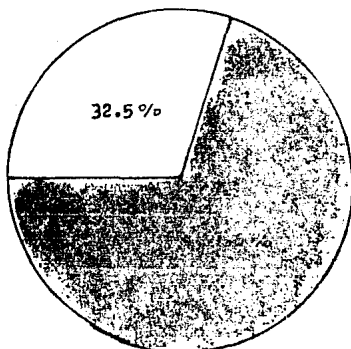
Con respecto al diagnóstico médico de cáncer de mama en la población femenina, se observa en el cuadro de resultados y - , en la gráfica número 19, que un porcentaje considerable de pa-
cientes presentó problemas de cáncer de fácil manejo, ya que el 30.0 % de estas manifestó salida de secreción por alguno -
de sus pezones, el 20.0 % presentó ganglios en alguno de sus_
senos, al 10.0 % se le detectó hundimiento de uno o de ambos_
pezones, cabe mencionar, sin embargo, que un porcentaje consi-
derable de pacientes presentó problemas de cáncer de mama, al
respecto el 15.0 % manifestó tener quistes, el 17.5 % presen-
tó problemas de tumoración en uno de los senos, en tanto que
al restante 7.5 % se les diagnosticó mastopatía fibroquistica.

Cabe mencionar, que dicho diagnóstico no puede ser conside-
rado como cáncer de mama, aunque tampoco puede negar su exis-
tencia, por ello se hace necesaria la práctica de la biopsia_
para descartar o bien confirmar un diagnóstico de cáncer, pues
to que la salida de secreción, hundimiento del pezón, mastopa-
tía fibroquistica, el ganglio, etcétera, son considerados como
enfermedades de riesgo, que de alguna manera dan lugar al desa-
rrollo de un cáncer de la mama.

TRATAMIENTO INDICADO A LAS PACIENTES

CUADRO Y GRAFICA 15.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
CIRUGIA	13	32.5
HORMONAL	27	67.5
TOTAL	40	100.0

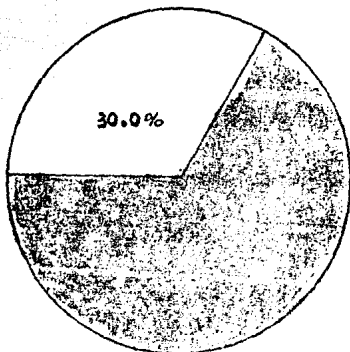


En cuanto al tratamiento indicado a las pacientes con respecto al diagnóstico médico otorgado, se observa en el cuadro de resultados y en la gráfica que el 67.5 % de éstas fueron atendidas con tratamiento hormonal por presentar problemas de fácil manejo, sin embargo, se observa que al 32.5 % de las mismas fueron sometidas a cirugía, por manifestar problemas de tumoraciones y/o cáncer de mama.

PACIENTES QUE CONOCEN LAS CAUSAS Y MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CANCER DE MAMA

CUADRO Y GRAFICA 16

CAUSAS	PRECUENCIA	%
SI	12	30.0
NO	28	70.0
TOTAL	40	100.0

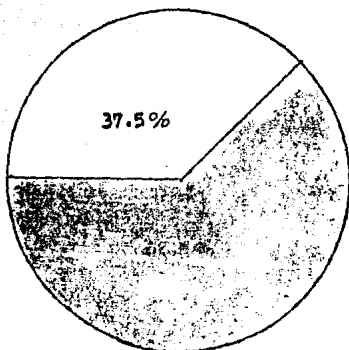


En el cuadro de resultados y en la gráfica se observa que el 30.0 % de las pacientes conoce alguna de las causas y medidas preventivas del cáncer de mama, mientras que el 70.0 % ignora tales aspectos de la enfermedad, cabe mencionar que el conocimiento que las pacientes tienen sobre el padecimiento, lo adquirieron después de que el médico familiar les proporciono su diagnóstico momento en el que él mismo, les orientó sobre aspectos relacionados con el tratamiento y la rehabilitación.

PACIENTES QUE HAN ACUDIDO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

CUADRO Y GRAFICA 17

ACUDIO	PRECUENCIA	%
SI	15	37.5
NO	25	62.5
TOTAL	40	100.0

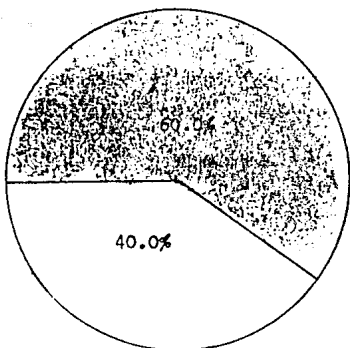


De las pacientes que presentaron problemas de cáncer de ma
 ma, tanto en el cuadro de resultados como en la gráfica se ob
 serva que el 37.5 % de estas han acudido por lo menos una vez
 al departamento de trabajo social, sin embargo, un porcentaje
 elevado del 62.5 % de las mismas no lo ha hecho.

PACIENTES QUE CONSIDERAN ADECUADA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ORIENTACION E INFORMACION SOBRE EL CANCER DE MAMA

CUADRO Y GRAFICA 18

PROGRAMA	FRECUENCIA	%
SI	24	60.0
NO	16	40.0
TOTAL	40	100.0



Se observa que el 60.0% de las pacientes consideran adecuada la elaboración de un programa de orientación e información sobre los aspectos generales del padecimiento, sin embargo, un porcentaje considerable del 40.0% de éstas argumentó ignorar si es o no conveniente la elaboración de tal programa.

7.6 Análisis de resultados y comprobación de hipótesis

Diversos autores coinciden en afirmar que el cáncer se presenta con mayor frecuencia en la población de más de 40 años de edad, una vez que el individuo ha estado expuesto a ciertos factores cancerígenos existentes en el ambiente, en el caso particular del cáncer cervicouterino, en el cuadro y en la gráfica número 1, se observa que éste padecimiento se presentó en el 68,8% de la población femenina de más de 40 años, asimismo, éste también se presentó en la población joven de entre 20 y 39 años grupo que sumó un total de 31.2% de los resultados, en contraste, el cáncer de mama se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes que fluctúan en edades de 15 a 39 años de edad, mismas que integraron el 65.0% del total, lo cual hace pensar, que la mujer de más de 25 años ha estado expuesta a determinados factores predisponentes que la han hecho susceptible de presentar la enfermedad, aún cuando como se observa el cáncer de mama se presenta a más temprana edad que el cervicouterino.

Se ha argumentado además, que el padecimiento se presenta en mujeres que han tenido varias parejas sexuales, sin embargo, a pesar de que las pacientes viven en unión libre, son divorciadas o bien han enviudado, solamente el 6.2% de las mismas comentó haber tenido dos compañeros sexuales, mientras que el 93.8% de éstas incluyendo mujeres casadas, han tenido una sola pareja, - cabe mencionar, que el cáncer de mama aún cuando generalmente se presenta en mujeres casadas -42.5%, también se manifestó en el 22.5% de la población femenina soltera estudiada.

Asimismo, se dice que la edad de inicio de vida sexual activa de la mujer es un factor predisponentes en la aparición del cáncer cervicouterino, al respecto en la gráfica número 3, se observa que la mujer de clase media baja especialmente, inicia su vida sexual antes de los 20 años o bien a los 20 años de edad ya que el 97.8% de las pacientes integrantes de la muestra así lo indicaron, éste factor, tiene estrecha relación con la multiparidad, ya que la mujer que comienza a tener relaciones sexuales a temprana edad, tiene más posibilidades de procrear un número mayor de hijos, como se observa en la gráfica número 5, el 85.5% de las pacientes tienen entre 4 y 9 hijos, lo cual influye en el hecho de que en determinado momento ésta manifieste problemas de salud, no así el cáncer de mama, puesto que la población femenina que presentó tal padecimiento tiene de uno a 4 hijos -72.5%, mientras que el 22.5% de las mismas no tienen hijos al respecto, se dice también, que la mujer que tiene hijos y no los amamanta es más susceptible de presentar dicha enfermedad - sin embargo, la población estudiada que tiene hijos -70,0% comenzó haber alimentado a sus pequeños, no ocurre lo mismo con la mujer que no tiene hijos como es obvio y algunas que no lo hicieron por tener que trabajar ausentandose de su casa.

Con respecto al cáncer de mama algunos autores argumentan que la edad de menarca o de vida menstrual de la mujer, es un factor predisponente para su aparición, ya que una mujer que presenta más períodos ovulatorios es más susceptible a dicho padecimiento, así pues, se observa que el 82.5% de las pacientes -

que manifestaron ésta enfermedad iniciaron su vida menstrual a los 12 años y el 17.5% de las mismas lo hizo a los 13 años de edad.

De igual manera se ha comentado que los antecedentes heredo-familiares son significativos en la aparición de éste tipo de cáncer, sin embargo, la población estudiada comentó -7.5%- que su madre presentó éste problema, el 80.0% de las pacientes indicaron que ninguna persona de su familia ha manifestado la enfermedad y el 12.5% de las mismas ignora dicho factor.

En cuanto al cáncer cervicouterino, se ha argumentado que otra de sus causas predisponentes es el que la mujer tenga por compañero sexual un hombre no circuncidado, aún cuando, tal situación no está del todo comprobada, al respecto, en la gráfica número 6 se observa que el 47.9% de las pacientes con dicha enfermedad tienen por pareja un hombre que no cumple con tal característica, resulta conveniente comentar que un porcentaje considerable del 41.7% de las mismas argumentó ignorar si su compañero está o no circuncidado, cabe mencionar, que los resultados obtenidos en los estudios realizados por diversos autores no son lo suficientemente fidedignos como para corroborar la afirmación de los efectos que produce a la mujer el tener un compañero no circunciso.

Se sabe también, que otro factor que influye en la manifestación del padecimiento en la población femenina es la presencia de infecciones crónicas o ulceraciones no atendidas que bien podrían ser ocasionadas por el uso de métodos anticonceptivos -dis-

positivo en especial-, por un largo período de tiempo sin vigilancia médica, a este respecto, en la gráfica número 7 se observa que el 56.2% de las pacientes utilizan tal método para planificar su familia, mismas que tienen más de cinco años usándolo, sin acudir al médico para su revisión, contrariamente a lo que establecen los organismos de salud quienes aconsejan no utilizar un anticonceptivo por más de dos años bajo vigilancia médica, asimismo, se ha comentado el temor de la población femenina respecto al uso de anticonceptivos hormonales, en cuanto a la posibilidad de que influyan en la aparición del cáncer de mama, sin embargo, de la población estudiada únicamente el 15.0% ha utilizado este método por lo menos 4 años, cabe señalar, que la influencia de los anticonceptivos en la aparición del cáncer como han argumentado numerosos estudiosos es casi nula.

En lo que respecta a las medidas preventivas de éste padecimiento se sabe que la más importante y principal es el diagnóstico oportuno de la enfermedad, debido a que su detección precoz es fundamental tanto para su control como para su curación, sin embargo, al respecto la población no toma en cuenta tal situación no preocupándose por su salud, al no asistir a la práctica de sus exámenes de cáncer que se lleven a cabo en las instituciones sanitarias, provocando que la enfermedad avance, ésta situación se observa en el 77.1% de la población investigada, misma que no acude en forma periódica a la realización de dichos exámenes argumentando que no tienen tiempo o bien sienten temor o vergüenza con el médico o la enfermera encargados de efectuar el -

mismo, vale argumentar, que éste porcentaje acudió a la práctica del papanicolau -citología exfoliativa- por indicación médica, ya que las pacientes tenían problemas de salud, motivo por el cual acudieron a consulta, en el caso del cáncer de mama por que éstas detectaron la presencia de algún signo anormal en sus senos, como se observa éste es un problema serio ya que como se ha comentado, en innumerables ocasiones, el diagnóstico precoz de la enfermedad es de suma importancia para su control o curación total.

Como se ha indicado también, el estar informado o tener conocimiento sobre los aspectos básicos de cualquier enfermedad, en particular del cáncer cervicouterino y mamario, es de considerable trascendencia, el conocer sus causas predisponentes y sus medidas preventivas y de control, es importante, sin embargo, los resultados obtenidos demuestran que la población femenina que manifestó tales padecimientos desconoce dichos factores, las gráficas correspondientes muestran que únicamente el 18.3% y el 30.0% respectivamente, de las pacientes conocen alguna de las causas de la enfermedad o sus medidas preventivas, vale decir, que éste conocimiento fué adquirido después de que éstas conocieron su diagnóstico, información transmitida por el médico familiar, ginecólogo o bien por la enfermera санитарista, al respecto se observa que en la institución donde se realizó la investigación no existe un programa específico de orientación al público sobre el tema, motivo por el cual se comentó con las pacientes la posibilidad de elaborar y aplicar un programa con tales

características, en este sentido, el 33.3% y el 60.0% de las mismas, considera adecuado tal propósito, con el objeto de estar ampliamente informadas, poder manejar adecuadamente su problemática y controlar su padecimiento.

En el presente análisis conviene hacer notar que existen diversas variables teóricas, que no coinciden en sus parámetros con la realidad de una gran cantidad de mujeres afectadas por el cáncer, por ejemplo, en la investigación realizada algunos rubros parecen ser contradictorios.

Por tanto es conveniente enunciar que la hipótesis general planteada al inicio de la investigación quedó comprobada, pues es fácil observar, en los resultados de la investigación un alto índice de mujeres con cáncer cervicouterino y mamario que antes de presentar el problema ignoraban sus causas predisponentes y medidas preventivas, a esto, se auna la falta de programas institucionales dirigidos a la prevención de los mismos, lo cual como es lógico redundan en el aumento del índice de mujeres afectadas por el cáncer, tanto cervicouterino como mamario.

Entre otros elementos que apoyan la comprobación de la hipótesis es el hecho de que queda de manifiesto que es usual llevar a cabo la práctica de exámenes médicos para detectar oportunamente el padecimiento.

En este sentido, se observa que los programas preventivos y de orientación son fundamentales y trascendentales, que tiendan a coadyuvar en la disminución de la población femenina afectada.

Asimismo, se comprobó en forma parcial las dos hipótesis es-

cíficas, al observar, que el cáncer cervicouterino se presenta generalmente en mujeres mayores de 30 años de edad, que tienen antecedentes de inicio de vida sexual activa a temprana edad -antes de los 20 años-, número elevado de hijos -multiparidad-, con yuge no circuncidado, mínimamente en personas que han tendio varias parejas sexuales e infecciones crónicas y ulceraciones de la cérvix.

En ésta mismas vertiente, pero en el caso del cáncer de mama también afecta a mujeres mayores de 30 años de edad, sin embargo, de igual manera puede manifieste dentro de la población femenina joven de entre 15 y 25 años de edad, que ha presentado menarca a temprana edad, cabe aclarar, sin embargo, que las restantes causas no fueron comprobadas, ya que la población estudiada comentó no tener antecedentes haredo-familiares del padecimiento, haber amamantado a sus hijos y no haber recurrido a tratamientos hormonales que pudiesen haber influido en la aparición de alguna enfermedad de riesgo anterior al desarrollo de un cáncer de mama.

Por ello se concluye que dicha hipótesis quedó mínimamente comprobada.

Cabe señalar, que la participación del departamento de trabajo social médico de la Institución dentro del programa de detección de cáncer, como se comentó anteriormente es mínima, al respecto las pacientes estudiadas indicaron haber acudido a dicho servicio para solicitar información sobre trámites administrativos relacionados con su pase para atención en hospital de segundo

nivel -22.9% cáncer cervicouterino y 37.5% cáncer de mama- o -
bien para acudir a sesiones de orientación de temas diversos en
tre los que destacan planificación familiar, control del niño -
sano y control del paciente obeso.

Las pacientes que indicaron haber acudido a trabajo social -
lo hicieron por indicación o sugerencia médica en el caso de -
las sesiones de orientación.

Asimismo, se observa en los resultados que trabajo social -
únicamente acudió a visitar al 6.2% de las pacientes con proble
mas de cáncer para informar sobre resultados de exámenes de de
tección del padecimiento, en tanto que el restante 93.8% de di
cha población fué visitada por el personal de enfermería del --
servicio de medicina preventiva.

Como se observa las trabajadoras sociales tienen nula parti
cipación dentro del programa, no solamente en relación a la in
formación y orientación de la población sino también en la prác
tica de sus actividades y funciones, entre las que destacan des
de luego la educación sanitaria, la realización de visitas domi
ciliarias, la elaboración de estudios médico-sociales, etcétera.

CAPITULO VIII

PROPUESTA DE TRABAJO: "PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA DE ORIENTACION E INFORMACION PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO EN LA MUJER, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 DEL IMSS"

8-1 Justificación

El cáncer es hoy una de las principales causas de muerte en la población mexicana, representa uno de los mayores problemas médicos de la humanidad y es a la vez un importante problema social ya que se trata de una enfermedad crónica que incapacita y lleva a la muerte a un número considerable de adultos en pleno período de producción.

De los tumores malignos más comunes en la población femenina se encuentran el cáncer cérvicouterino y el cáncer de la ma ma, lo que constituye un problema de salud de gran importancia ya que ocupan el primer lugar como causa de muerte en las muj es de más de 30 años de edad, con antecedentes de inicio de vida sexual activa a temprana edad, multiplicidad de parejas sexuales, conyuge no circuncidado, multiparidad, infecciones crónicas de la cér vix, antecedentes heredo-familiares, vida menstrual, lactancia, uso de hormonas, etcétera.

Cabe mencionar, que el personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social desde hacía algunos años concientes de que el cáncer del cuello uterino y de la mama constituyen un serio problema de salud entre la población femenina amparada por ésta Institución, se dieron a la tarea de analizar la experien-

cia nacional y extranjera encontrando que las alternativas con mayores probabilidades de éxito en el abatimiento del padecimiento, lo constituyan el establecimiento de un programa de detección, tratamiento y control de la enfermedad, pero para hacer fáctible tal propósito, se valoraron en forma minuciosa diversos elementos como universo de trabajo; técnicas de detección, tratamiento y control, estructura organizacional del Instituto recursos humanos, materiales y financieros entre otros.

Con los resultados obtenidos el programa se hizo realidad - comenzando a funcionar en el año de 1962, en clínicas ubicadas en el Distrito Federal, y poco a poco se fue haciéndose extensivo al interior del país, hasta que en el año de 1973 todas las delegaciones del mismo iniciaron la realización de actividades de detección, diagnóstico y tratamiento del padecimiento.

La aceptación y la demanda creciente por parte de la población femenina determinó que el número de detecciones aumentara en forma considerable, alvanzando la cifra de 1 millos de estudios en años recientes.

Resulta conveniente comentar que este programa es uno de - los más importantes y dinámicos con que cuenta el Instituto en virtud de los beneficios que hasta la fecha ha brindado, evitando un alto índice de defunciones y un gasto cuantioso al mismo al descubrir la enfermedad en etapas tempranas en las que el costo de la atención es mínima, en este sentido, se ha observado que la cantidad de mujeres derechohabientes en quienes se - ha encontrado alteraciones citológicas sospechosas de cáncer -

cérvicouterino o mamario, se elevó hasta el año de 1988.

Cabe mencionar, que los aspectos de diagnóstico, tratamiento y control son de considerable importancia, sin embargo, existen otros de mayor relevancia y trascendencia para el control de la enfermedad, como lo es la prevención, por ello resulta conveniente elaborar un programa de educación para la salud dirigido a toda la población femenina del país, con objeto de mantenerla informada y orientada sobre los aspectos básicos de este padecimiento, especialmente en lo que se refiere a su prevención y diagnóstico precoz.

En todos los aspectos de la Salud Pública el papel del trabajo social es trascendente, específicamente en lo que se denomina Educación para la Salud, ya que dicha profesión es eminentemente educadora, siendo el trabajador social quien promueve el cambio de las actitudes desfavorables para la salud por conductas y hábitos que favorezcan su fomento, conservación y restauración, de igual manera, debe ser un promotor permanente del trabajo en equipo lo que redundara en beneficio de la población atendida, de los recursos de la Institución y en el desarrollo profesional de los trabajadores sociales y del resto del personal de la misma.

Resulta conveniente comentar nuevamente que trabajo social dentro de la Unidad No. 92 tiene escasa participación dentro del programa de Detección Oportuna de Cáncer, siendo el personal de enfermería del servicio de medicina preventiva quien mantiene relación estrecha y directa con la población femenina

que presenta este padecimiento. En este sentido, se considera de importancia insistir que es trabajo social quien debe participar más en dicho programa, ampliando o bien desarrollando abiertamente sus funciones y actividades en el área de la salud como educador y promotor del cambio en el aspecto preventivo de dicha área, asimismo en el aspecto social mediante el contacto directo con la población que se enfrenta a situaciones problemas emanados de diversa índole.

8.2 Objetivos

GENERAL:

Orientar e informar a la población femenina adscrita a la Unidad, sobre los aspectos básicos del cáncer cervicouterino y mamario, despertando en dicha población el interés por crear un ambiente psicológico adecuado, un buen desarrollo biopsicosocial y mantener el equilibrio salud-vida de ésta y su familia

ESPECIFICOS:

1. Orientar e informar a la población femenina sobre las causas predisponentes del cáncer cervicouterino y mamario, despertando en ésta el interés por conservar su salud y la de su familia
2. Orientar a la población femenina sobre los tratamientos específicos para cada caso
3. Informar a la población sobre la importancia de la detección oportuna de cualquier padecimiento, así como las consecuencias de una no detección oportuna para la salud
4. Sensibilizar a la población femenina para lograr su participación activa en el programa
5. Dar a conocer las medidas preventivas del cáncer cervicouterino y mamario

6. Dar a conocer la propuesta de intervención, objetivos y contenido del programa, a las autoridades de la Institución, al personal médico, a las trabajadoras sociales y a la población femenina adscrita a ésta
7. Lograr el desarrollo profesional de la sustentante

8.3 Metas

Las metas a lograr en el desarrollo y aplicación del programa son:

1. Dar a conocer en un 100% los objetivos, metas y contenido del programa
2. Lograr en un 70% la sensibilización y participación de la población femenina en el programa
3. Que el 60% de la población conozca e identifique las causas predisponentes del cáncer cervicouterino y mamario
4. Que el 70% de la población femenina conozca las medidas preventivas de este padecimiento
5. Que el 70% de la población conozca e identifique las consecuencias de la no detección oportuna de la enfermedad
6. Que el 70% de la población femenina adscrita a la unidad, mayor de 30 años de edad o con vida sexual activa acuda por lo menos cada año a la práctica de su examen de citología exfoliativa cervico vaginal -papacitolau- o exploración de los senos

8.4 · Límites

TIEMPO:

Se espera que una vez que el programa se haya puesto a consideración de las autoridades correspondientes, éste sea aplicado en forma permanente, de acuerdo a las necesidades propias de la institución y de la población atendida por la misma.

ESPACIO:

Se pretende que el programa sea aplicado en la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, específicamente en el Departamento de Trabajo Social en coordinación con el Area de Medicina Preventiva

UNIVERSO:

El programa está dirigido a la población femenina - adscrita a la Unidad, especialmente a mujeres de más de 35 años de edad o con vida sexual activa

MATERIAL Y EQUIPO:

El material requerido para este tipo de programa consta de material de oficina -maquinas de escribir, escritorios, sillas, mesas-, papelería, pizarrón, rotafolios, proyector, diapositivas, grabadora, propaganda

LOCAL:

Se espera que el programa sea desarrollado en el Departamento de Trabajo Social, aula taller y el Servicio de Medicina Preventiva

8.5 Organización

Resulta idóneo que el programa esté coordinado y dirigido - directamente por el Departamento de Trabajo Social Médico de - la Institución, con apoyo y colaboración del siguiente equipo_ de trabajo:

1. Jefatura de Trabajo Social Médico
2. Jefatura de Departamento de Trabajo Social
3. Medicina Preventiva
4. Medicina Familiar
5. Departamento de Enfermería
6. Control de Prestaciones

8.6 FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL

FUNCIONES

I. PROMOCION

II. COORDINACION

ACTIVIDADES

1. De los objetivos, metas y contenido del programa
 2. Formación e integración de grupos de población femenina
 3. De pláticas de orientación e información
 4. Fortalecimiento de la unidad familiar ya que esta es el medio de integración o desintegración de la salud y enfermedad
 5. Elaboración de material didáctico de apoyo
-
1. Con el personal de las diversas áreas de la Institución
 2. Establecimiento de comunicación interna y externa con el personal de la institución para el logro de objetivos y metas del programa
 3. Servir de enlace entre la

población derechohabiente, el equipo de salud y las autoridades de la institución

1. Desarrollo de acciones necesarias tendientes a dar solución a problemas sociales que interfieran en la prevención, en el control y/o rehabilitación del paciente
2. Orientación y apoyo a aquellos pacientes que encuentren obstáculo para recibir atención médica de urgencia
3. Orientación a la población - con respecto a trámites administrativos y servicios que proporciona la institución
4. Realización de entrevistas - iniciales a pacientes y/o familiares para elaboración de estudio médico social
5. Localización de familiares
6. Promoción de servicios de ambulancia
7. Realización de visitas domiciliarias

III. ASISTENCIA

IV. EDUCACION

1. Orientación a la población sobre el aprovechamiento de los recursos sanitarios
2. Integración de grupos para prevenir, controlar y rehabilitar a las pacientes con problemas de cáncer
3. Participación en campañas de salud
4. Sensibilización y motivación de la población para lograr su participación en los programas y campañas sanitarias
5. Concientización de la población para ubicada en su realidad sea autora de su propia salud y la considera como un valor colectivo

V. CAPACITACION

1. De la comunidad para que informada y asesorada comprenda la magnitud y repercusiones de los problemas que afrontan
2. A los integrantes del equipo de salud sobre objetivos, actividades y funciones de trabajo social

VI. ENSEÑANZA

1. Asesoramiento de estudiantes y pasantes de trabajo social
2. Sesiones de supervisión a estudiantes y trabajadores de base del departamento
3. Realización de sesiones bibliográficas y mesas redondas

VII. INVESTIGACION

1. Investigación de los recursos propios de la comunidad para la atención de la salud
2. Planeación y desarrollo de investigaciones de salud
3. Realización de Estudios médico-sociales
4. Identificación de los factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad

VIII. PLANEACION

1. Colaboración y participación en la planeación de programas y proyectos de salud

2. Planeación y organización de programas de capacitación y adiestramiento del personal, de trabajo social, del equipo de salud, de estudiantes y personal voluntario
3. Planeación de acciones y servicios que satisfagan las necesidades de la población

1. Medición en forma analítica y objetiva de las actividades realizadas, cuantitativamente en relación a las metas propuestas y cuantitativa y cualitativamente con respecto a los objetivos establecidos en el programa

2. Valoración de la efectividad de los métodos, técnicas e instrumentos empleados en el desarrollo del programa

3. Evaluación en forma objetiva y sistemática durante la aplicación y desarrollo del programa valorando los resultados positivos y negativos y sus causas para proponer modificaciones a ajustes pertinentes y necesarios

IX. EVALUACION

8.7 Funciones de los Participantes

La experiencia permite inducir que las funciones que el equipo participante pudiera realizar en el desarrollo de este programa son:

JEFES DE DEPARTAMENTO CLINICO

1. Supervisar el envío por médico familiar de las pacientes a medicina preventiva para que se les realice detección de - cáncer
2. Supervisar que se apliquen tratamientos al 100% de las pacientes con patología cervical inflamatoria (clase II)
3. Supervisar que las pacientes con citología clase III, IV, - y V se deriven al hospital correspondiente y autoriza el - traslado de las mismas
4. Informar y coordinar las acciones de los médicos familiares de su módulo respectivo

MEDICOS FAMILIARES

1. Orientar a su población femenina acerca del problema del - cáncer, sus factores de riesgo y la forma de prevenirlo
2. Derivar al Módulo de Detección Oportuna de Cáncer a mujeres mayores de 17 años que hayan iniciado su vida sexual
3. Solicitar los exámenes de laboratorio clínico necesarios y dar tratamiento al 100% de las pacientes con procesos inflamatorios (clase II)
4. Orientar a las pacientes con citología clase III, IV y V y elaborar pases para hospital general correspondiente

ENFERMERA SANITARISTA

1. Determinar las necesidades de material y equipo
2. Realizar la toma de muestra y llenado de las hojas de solicitud de examen citológico
3. Supervisar el desarrollo de las actividades de toma de muestra, registro de detecciones y empaque de laminillas
4. Entregar resultados a las usuarias estudiadas
5. Detectar desviaciones e induce correcciones
6. Participar en las actividades de capacitación y adiestramiento del personal de enfermería

ENFERMERA EN SALUD PUBLICA

1. Promover la detección entre las mujeres asistentes a la unidad
2. Preparar el equipo y material necesario para la toma de muestras citológicas
3. Registrar los datos de las derechohabientes sometidas a examen en la forma 4-31-20-C1-72
4. Realizar la toma de muestras y citas a las usuarias para recoger resultados del examen
5. Colocar las muestras en cajas portalaminillas, prepara los paquetes y los entrega en la dirección de la unidad

TRABAJO SOCIAL

1. Realizar la promoción del Programa, organiza actividades educativas grupales en relación con el cáncer del cuello uterino y mamario,
2. Localizar a las pacientes con citología sospechosa vía telefónica o por visita domiciliaria

Cabe señalar, que estas actividades son complementarias con las funciones de investigación, evaluación, planeación, supervisión, enseñanza, capacitación, coordinación, educación, promoción, asesoría, asistencia y sus respectivas actividades.

8.8 Supervisión

La supervisión del programa así como de las acciones y actividades que se desempeñen en su desarrollo será realizada por la Jefe del Departamento de Trabajo Social y de las trabajadoras sociales que tengan a su cargo la aplicación del mismo.

La supervisión está encaminada a detectar y corregir desviaciones que se presenten durante la aplicación del programa, así mismo, para conocer los avances en el desarrollo profesional de las trabajadoras sociales.

8.9 Evaluación

La evaluación del programa deberá llevarse a cabo para valorar la efectividad de los métodos, técnicas e instrumentos empleados en la aplicación del mismo, evaluando en forma cuantitativa las metas y en forma cualitativa y cuantitativa los objetivos planteados, valorando los resultados positivos y negativos y sus causas para proponer modificaciones o ajustes pertinentes y necesarios.

CONCLUSIONES

Después de una minuciosa revisión de los aspectos teóricos, sobre Salud Pública, de Trabajo Social y del Cáncer Cervicouterino y Mamario, así como de los resultados obtenidos en la investigación de campo, se llegó a terminar el trabajo recepcional, estableciéndose las siguientes conclusiones.

Primeramente se puede decir que se coincide con los autores que aducen que la Salud Pública es la unión de ciencias y artes cuyo propósito es prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y eficiencia del individuo a través de la participación activa y organizada de la colectividad.

Dentro de la Salud Pública, la participación de la población resulta ser el factor de mayor importancia para lograr cambios y progresos duraderos y permanentes en la salud, que lleven a la elevación de los niveles de vida de la gente, para ello se requiere de la formación e integración de equipos multi y disciplinarios, dentro de los cuales el trabajador social es quien desempeña una labor trascendental con el individuo, ya que dicho profesionalista es quien modifica las actitudes desfavorables para la salud por conductas y hábitos que favorezcan su conservación.

En este sentido, se dice que el Trabajo Social del área de la Salud Pública, es la profesión que a través de su propia especificidad de métodos, técnicas e instrumentos, estudia los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad de la población, identificando los recursos con que cuenta para su

atención y estableciendo acciones tendientes a la promoción, -
prevención, conservación, recuperación y/o rehabilitación de la
salud individual y colectiva.

Para ello el trabajador social debe desempeñar determinadas
funciones y actividades en su quehacer profesional, tomando en
cuenta que su formación en dicha área está encaminada a la inves-
tigación sociomédica y el trabajo interdisciplinario, que le per-
mitan conocer los aspectos sociales que participan en el proce-
so salud-enfermedad; en la administración de servicios de traba-
jo social de diversas instituciones; de educación y dinámica de
grupos, tendientes a promover la organización y participación -
activa de la población en programas y proyectos de salud.

Así pues, los objetivos específicos del trabajo social en es-
ta área son: a) sensibilización, dentro de la cual interviene-
la orientación e información; b) concientización, la cual impli-
ca la reflexión, la participación y la integración, así como -
c) organización.

Las funciones de éste profesionista se enfocan específicamen-
te a la investigación, planeación, supervisión, evaluación, edu-
cación, capacitación, coordinación, asesoría, asistencia, admi-
nistración, sistematización, enseñanza y orientación legal, sin
embargo, la realidad ha demostrado que la práctica profesional
del trabajador social se orienta únicamente a desempeñar accio-
nes de orientación, asistencia, asesoría y promoción, sin tras-
cender al resto de las funciones que son de mayor importancia y
valor en su profesión.

Con respecto al rol y encuadre de la tarea profesional del trabajador social se dice que el primero es un rol de servicio puesto que no produce bienes materiales, prestando sus servicios en relación a las funciones antes mencionadas, en cuanto al encuadre de la tarea profesional a realizar se refiere a la caracterización de un perfil profesional, explicitando el rol y definiendo las acciones a efectuar y la relación que deberá mantener con otros profesionales.

El perfil implica por su parte un conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades, actitudes y aptitudes que debe poseer el egresado de cualquier profesión para el óptimo desempeño de la misma..

Dentro de la Salud Pública, la Educación para la Salud es uno de los capítulos más importantes, ya que se refiere al incremento de la promoción de la salud y la prevención específica de las enfermedades, a través de principios educativos encaminados a lograr cambios en los conocimientos, hábitos y conductas con objeto de favorecer la conservación de la salud individual y colectiva.

Debe señalarse, que la educación se alimenta de la investigación -función básica de todo trabajador social- se centra en el aprendizaje y surge frente a una situación problema que altera el comportamiento habitual del individuo -objeto de estudio de dicho profesionalista- por ello resulta esencial que la población esté informada sobre asuntos concernientes a la salud.

La educación sanitaria es un proceso continuo y vigoroso que adopta técnicas psicológicas para el manejo del individuo o de los grupos, adopta la investigación científica y utiliza los diversos medios de comunicación, su finalidad es ayudar integralmente al individuo a alcanzar la salud a través de su propio comportamiento y esfuerzo, comenzando por crear interés en la población por mejorar sus condiciones de vida, aspirando a crear un sentimiento de responsabilidad para el mejoramiento sanitario - de la colectividad, sea en forma individual o grupal.

Por ello, de entre los diversos agentes sanitarios el trabajador social es el más importante, ya que contribuye a la información, orientación, educación y concientización del individuo, planificando, desarrollando, supervisando y evaluando programas proyectos y campañas de salud, en base a las necesidades propias de la población, asesorando a la colectividad para que modifique su conducta en beneficio de la salud, a través de su organización y participación activa en las diversas acciones sanitarias que se realizan actualmente.

Finalmente, puede decirse que los objetivos planteados en el proyecto de investigación fueron cubiertos en un 80 %, cuyos resultados permitieron comprobar en buena medida las hipótesis planteadas, asimismo, en base a estos se realizó la propuesta de trabajo que será puesta a consideración del personal y autoridades de la Institución donde se llevó a cabo tal investigación, con objeto de que pueda ser implementado, en beneficio tanto de la población atendida como del personal especialmente

del Departamento de Trabajo Social de la misma.

Al respecto, se observó que la población femenina que presenta problemas de cáncer cervicouterino o mamario desconoce las causas de éste padecimiento, a causa de la falta de programas institucionales específicos de prevención y orientación, ocasiona que aumente el índice de mujeres con tal enfermedad, asimismo, se observó que un elevado porcentaje de tal población no acude a la práctica de sus exámenes de detección oportuna, ocasionando como se ha comentado que la enfermedad avance y ponga en peligro la vida de la paciente, por ello estos aspectos deben tomarse en cuenta para dar mayor impulso a programas y proyectos encaminados a la orientación, información y educación de la población con la finalidad específica de evitar o bien disminuir el índice de mujeres con problemas de cáncer o cualquier padecimiento.

Debe mencionarse, que este trabajo tiene ciertas deficiencias, sin embargo, la sustentante no posee amplios conocimientos médicos, en especial del cáncer, siendo necesario que se realicen nuevas y adecuadas investigaciones y estudios sobre el tema, con objeto de ampliar los conocimientos y proporcionar una retroalimentación y desarrollo profesional del trabajo social en el ámbito de la Salud Pública y en particular en los Programas de Educación para la Salud.

SUGERENCIAS

Como se ha observado a lo largo de las páginas anteriores de este trabajo, el profesional de trabajo social tiene un amplio campo de trabajo dentro del área de la Salud Pública especialmente en lo que se refiere a los programas de educación para la salud dirigidos a la población, por ello resulta conveniente - considerar que se debe ampliar y desarrollar aún más la práctica de sus acciones, funciones y actividades en el área, para ello se elaborará una serie de sugerencias, que desde luego se ponen a consideración de los lectores, deseando sean un aporte adecuado para lograr el desarrollo profesional del trabajador social, cabe señalar, que la sustentante aún carece de experiencia dentro del área, sin embargo, como futura trabajadora social ha observado que dentro de las instituciones de salud no se realiza un verdadero trabajo social, cuyo profesionista en la mayoría de las veces se dedica únicamente al mero asistencialismo, sin dedicar tiempo y esfuerzo a actividades tales como la investigación, planeación, evaluación y sistematización entre otras.

De ahí la pretensión de las siguientes sugerencias.

1. Dar mayor impulso a la planeación, ejecución y evaluación de programas de educación para la salud por parte de los trabajadores sociales, para ampliar la prevención de la salud, ya que por tratarse de acciones tendientes a evitar la enfermedad debe ser la conducta más trascendente de dicho profesionista como agente de cambio y mediador entre las instituciones sanitarias y la población atendida por éstas.

Asimismo, resulta conveniente desarrollar programas de atención médica y rehabilitación, debido a que siempre existen personas con determinadas incapacidades como consecuencia de la no aplicación oportuna de las medidas correspondientes o bien porque en el momento de aparición de la enfermedad no se contó con las medidas adecuadas, lo cual significa que la presencia de individuos incapacitados que requieren de la rehabilitación, y la existencia de personas enfermas significa que la prevención ha resultado un fracaso al igual que la restauración total de la salud.

2. Dar impulso a la investigación social, ya que es un campo que ofrece amplias posibilidades de actuación y acción para el trabajo social, especialmente en lo referente al estudio de la relación que existe entre la cultura y la salud. De igual modo el estudio de la comunidad con objeto de conocer los problemas y recursos en relación con la salud, es también una función de particular importancia que se debe realizar por dicho profesionalista, con objeto de obtener elementos útiles para realizar la planeación de programas a desarrollar en los que tendrá significativa participación la población.
3. Estimular y sensibilizar a la colectividad para que se interese en el conocimiento de sus problemas y en consecuencia participe en los programas de salud, y en la solución de su problemática, luchando además contra el conformismo, el in

dividualismo, el paternalismo, la escasa participación y representatividad en asambleas, juntas y comisiones.

4. Dar impulso al trabajo con grupos ya que resulta de gran valía en la solución de los problemas sanitarios de la población, a través de la organización de la misma.
5. Participar activamente en la coordinación de recursos de la institución en que se labora, lo que permitirá proporcionar mayor rendimiento de los esfuerzos y en uso racional, adecuado y oportuno de los servicios sanitarios y de los recursos que la población requiere.
6. Asimismo, el trabajador social debe ser siempre un promotor incansable del trabajo en equipo, manteniendo una actitud que fomente la acción solidaria entre el personal de la institución a la que pertenece, así como de los diversos servicios de la misma y procurando que la comunidad tenga una imagen correcta de las instituciones sanitarias, con objeto de que estas satisfagan las demandas sociales, que su personal desempeñe sus funciones con responsabilidad, capacidad y entusiasmo y que la población sea tratada y atendida con amabilidad, y con sinceros deseos de que mejore sus condiciones de vida.
7. Este profesionista debe además concientizar a la población sobre sus problemas sanitarios y las alternativas de solución, y a fomentar su participación efectiva en la resolución de esos problemas.

8. Impulsar la participación de los trabajadores sociales en el área de Medicina Preventiva de las unidades médicas, especialmente en lo referente a los programas de educación sanitaria y en los programas de detección oportuna de padecimientos como la diabetes, el cáncer cervicouterino y mamario, tuberculosis, etcétera.
9. Desarrollar nuevas investigaciones y estudios relacionados con la Salud Pública, específicamente en relación a enfermedades crónico-degenerativas en relación a la prevalencia e incidencia de las mismas en el sector salud.

A

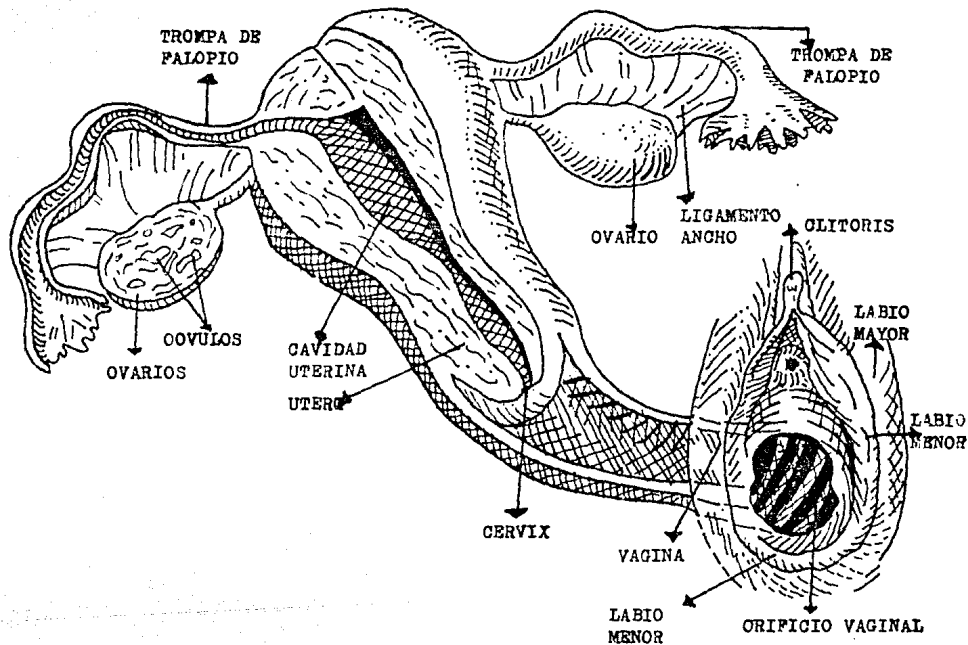
N

E

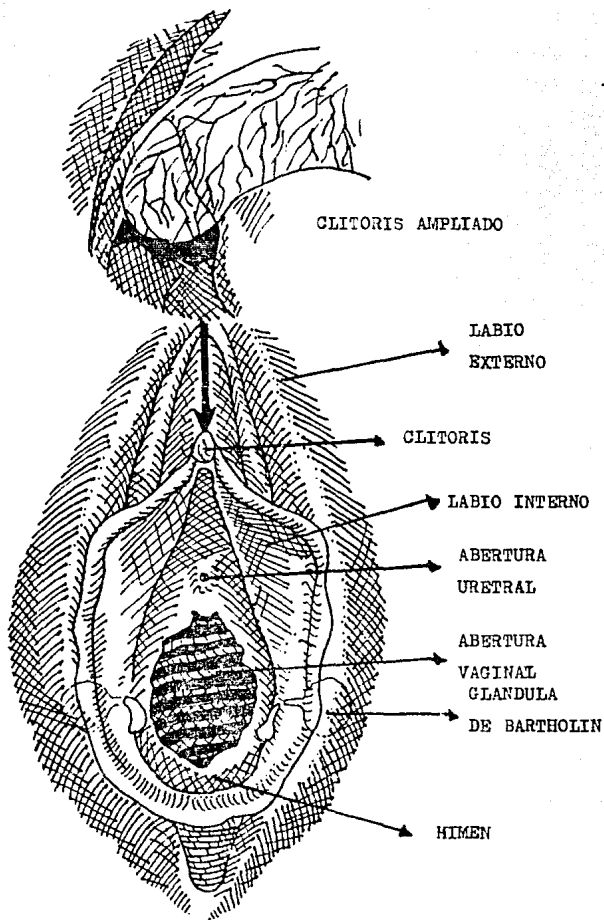
X

O

S

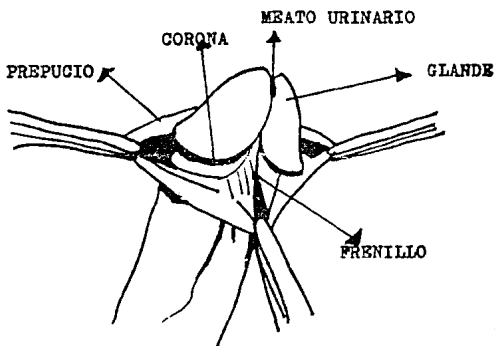
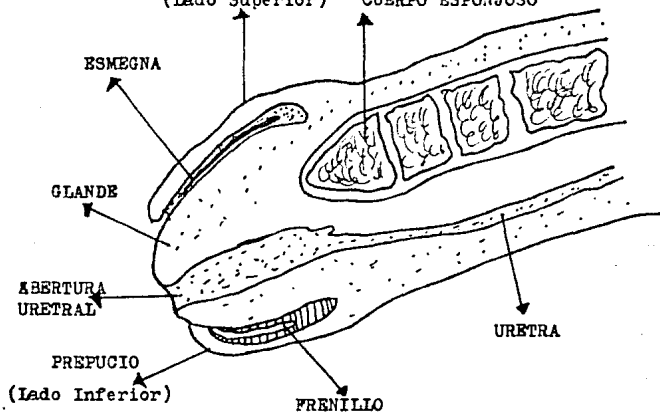


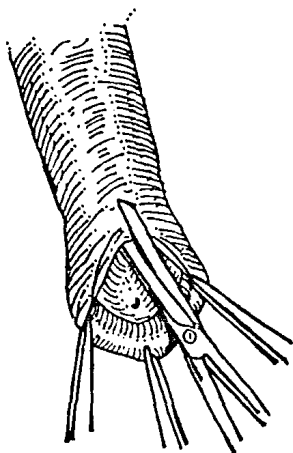
ANEXO 13 ESTRUCTURA DEL ORGANRO REBRODUCTOR FEMENINO



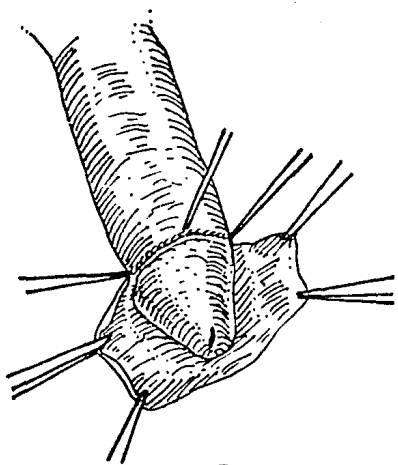
ANEXO 2 ORGANOS GENITALES EXTERNOS FEMENINOS

A. SECCION DEL PENE, MOSTRANDO UNA REUNION DE ESMEGNA
 PREPUCIO NORMAL
 (Lado Superior) CUERPO ESPONJOSO

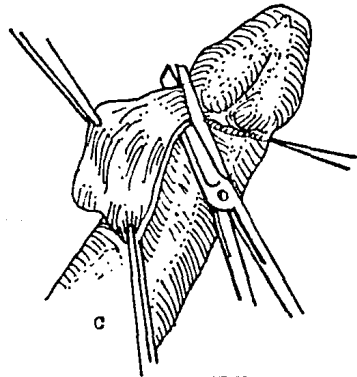




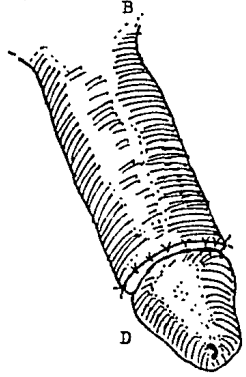
A



B



C



D

ANEXO 4

CIRCUNCISION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SUBDELEGACION GENERAL MEDICA
 JEFATURA DE SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA
 DETECCION OPORTUNA DE CANCER MAMARIO

NOMBRE _____ NO. AFILIACION _____
 DOMICILIO _____ TELEFONO _____
 DELEGACION _____ LOCALIDAD _____ CLINICA _____
 CONSULTORIO _____

DATOS DEL INTERROGATORIO

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER MAMARIO

MADRE _____	HERMANA _____	SI
TIA _____	ABUELA _____	NO

ANTECEDENTES PERSONALES

EDAD _____ AÑOS

MENARCA A LOS _____ AÑOS. ANTES DE LOS 13 SI NO

PRIMER EMBARAZO A LOS _____ AÑOS. DESPUES DE LOS 30 SI NO

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SI NO

QUISTES MAMARIOS SI NO

OBESIDAD SI NO

MENOPAUSIA A LOS _____ AÑOS. DESPUES DE LOS 40 SI NO

NUMERO DE EMBARAZOS _____

EMBARAZO ACTUAL SI NO

LACTANCIA A LOS HIJOS SI NO

ANEXO .5. FORMATO DETECCION DE CANCER MAMARIO

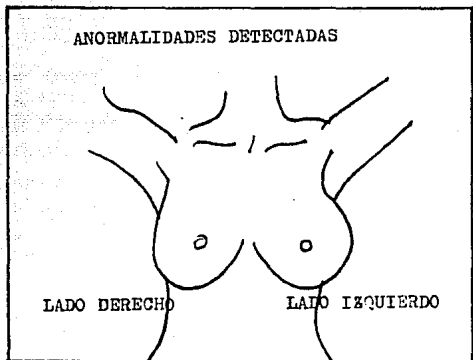
DATOS DE EXPLORACION

AUMENTO DE VOLUMEN
ALTERACION EN EL COLOR
CICATRICES, FISTULAS O HERIDAS
AUMENTO DE TEMPERATURA
ALTERACIONES EN EL PEZON
RETRACCIONES O HUNDIMIENTOS
EROSIONES O COSTRAS
ESCURRIMIENTO
TUMORACION PALPABLE
GANGLIOS PALPABLES
OTROS DATOS

SE PROPORCIONO
FOLLETO ILLUSTRADO
ORIENTACION PARA AUTOEXAMEN
FECHA
AUX. ENF. _____

SEÑORA, EL RESULTADO DE SU ESTU
DIO FUE NORMAL
DEBE USTED PRACTICARSE EL AUTO-
EXAMEN UNA VEZ AL MES Y ACUDIR
A ESTA CLINICA EN UN AÑO PARA -
NUEVO ESTUDIO
SOSPECHOSO
SOLICITAR DE INMEDIATO CONSULTA
CON SU MEDICO FAMILIAR

ANORMALIDADES DETECTADAS



F-DOCMA-1-81

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SUBDELEGACION GENERAL MEDICA
 JEFATURA DE SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA
 DETECCION OPORTUNA DE CANCER GERVICOUTERINO

NOMBRE _____ NO. AFILIACION _____
 DOMICILIO _____ TELEFONO _____
 CLINICA _____ CONSULTORIO _____
 DOMICILIO TRABAJO _____

No. LAB.

1-2 _____ LOCALIDAD	10-11 _____ EDAD
3-4 _____ CLINICA	INICIO DE VIDA SEXUAL
5-6 _____ EXAMEN	ACTIVA
7 ESTADO CIVIL	12-13 _____
1 Casada	Fecha última mestruación
2 Soltera	ción
3 Viuda	14-19 _____
4 Divorciada	DIA MES AÑO
8 TRATAMIENTO PREVIO	MESES TRATAMIENTO ANTI CONCEPTIVO
1 Cirugía Cuello Uterino	20-21 _____
2 Cirugía Cuerpo Uterino	22-23 _____ Gestaciones
3 Cirugía Ovario	24-25 _____ Partos
4 Radioterapia	26-27 _____ Abortos
5 Cauterización	28-29 _____ Ciclo
6 Anticonceptivo Oral	30 <u>1</u> For
7 Anticonceptivo Local Químico	31 <u>2</u> Regular
8 Anticonceptivo Local Mecánico	_____ Irregular
9 Hormonal	
<u>CITOLOGIA VAGINAL (D.O.C)</u>	<u>ANEXO 6</u>

32 IMPRESION CLINICA

- 1 Normal
- 2 Ulcerado
- 3 Desgarro
- 4 Tumor
- 5 Sangrado
- 6 Quiste
- 7 Pólipo
- 8 Ectropión
- 9 Material Escaso

33 CIRCUNCIDADO

- 1 Sí
- 2 No
- 3 Lo Ignora

34 AMENORREA

- 1 Embarazo
- 2 Lactancia
- 3 Menopausia
- 4 Ausencia Útero
- 5 Causa desconocida

DIA MES AÑO

35-40

Nombre de la Enfermera

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92

ESTE QUESTIONARIO TIENE POR OBJETO CONOCER LAS PRINCIPALES CAUSAS PREDISPONENTES DEL CANCER CERVICOUTERINO, SU INCIDENCIA, - ASI COMO EL CONOCIMIENTO QUE SOBRE ESTE TIENE LA POBLACION FEMENINA ADSCRITA A ESTA UNIDAD, DE IGUAL MANERA CONOCER LAS ACCIONES QUE DESARROLLA TRABAJO SOCIAL CON ESTE TIPO DE PACIENTES. POR LO CUAL SE SOLICITA SU COLABORACION PARA RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. DE ANTEMANO GRACIAS POR SU COLABORACION.

INSTRUCCIONES: TACHAR CON UNA X LAS RESPUESTAS DE SI o NO Y LLENAR LOS ESPACIOS EN BLANCO

DATOS GENERALES

1. Nombre _____ 2. Edad _____
3. Domicilio _____ 4. Ocupación _____
5. Estado Civil _____ 6. Escolaridad _____
7. Fecha de diagnóstico _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRAS

1. A qué edad inicio su vida sexual? _____
2. A partir de esa fecha ha tenido al mismo compañero sexual?
SI _____ NO _____
3. Su compañero está circuncidado?
SI _____ NO _____ NO SABE _____

ANEXO 7 INSTRUMENTO SOBRE CANCER CERVICOUTERINO

4. Cuántos hijos tiene? _____
5. Cómo han sido sus partos?
 NORMALES _____ CESAREA _____
6. Ha tenido abortos?
 SI _____ NO _____
7. Utiliza algún método anticonceptivo?
 SI _____ NO _____ CUÁL? _____
 PORQUE NO? _____
8. Cuánto tiempo lleva utilizando tal método?
 1 AÑO _____ 2 AÑOS _____ 3 AÑOS _____ + DE 5 _____
9. Con qué frecuencia acude con el médico familiar para la revisión de su método?
 CADA 6 MESES _____ CADA AÑO _____ CADA TRES AÑOS _____
 NUNCA _____
 PORQUE NO ACUDE A REVISIÓN _____
10. Con qué frecuencia acude o acudía a la realización de su -
 detección de cáncer cérvicouterino?
 CADA AÑO _____ CADA 2 AÑOS _____ CADA 3 AÑOS _____
 CADA 5 AÑOS O MAS _____
 PORQUE NO ACUDE CON MAS FRECUENCIA? _____
11. Porqué motivo acudió a la realización de su examen de cáncer?

12. Qué estudios citológicos le practicaron para su diagnóstico?
 a) PAPANICOLAU b) EXUDADO VAGINAL c) BIOPSIA
 d) NINGUNO

13. Cuál fue su diagnóstico?

- a) CERVICOVAGINITIS b) ULCERACION c) MIOMATOSIS
d) DISPLASIA CERVICAL MODERADA
e) DISPLASIA CERVICAL SEVERA
f) CARCINOMA INTRASPITELIAL

14.Cuál fue el tratamiento que le indicó el médico?

- a) NORMAL b) CIRUGIA c) RADIOTERAPIA

15. Aún sigue en control?

SI _____ NO _____ QUE TIPO DE CONTROL _____

SITUACION EMOCIONAL

1. Cómo se sintió emocionalmente cuando conoció su diagnóstico?

2. Presentó algún problema emocional a raíz de su diagnóstico?

SI _____ NO _____ CUAL? _____

3. Cómo es la comunicación al interior de su familia?

- a) ADECUADA b) INADECUADA

4. Ha tenido apoyo de su familia?

SI _____ NO _____

5. Cómo es la comunicación y relación con su pareja?

- a) ADECUADA b) INADECUADA

6. Ha recibido apoyo por parte de su pareja?

SI _____ NO _____

PORQUE NO? _____

ELEMENTOS TEORICOS

1. Conoce las causas y medidas preventivas del cáncer cérvicou
terino?
SI _____ NO _____
2. Ha recibido orientación o información al respecto?
SI _____ NO _____ CUAL? _____
3. Por parte de que profesional ha recibido tal información?
a) MEDICO FAMILIAR b) ENFERMERA SANITARISTA
c) GINECOLOGO d) TRABAJADORA SOCIAL
4. Considera adecuado elaborar un programa de orientación e in
formación sobre este padecimiento?
SI _____ NO _____
PORQUE CONSIDERA QUE ES ADECUADO? _____

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL MEDICO

1. Ha acudido en alguna ocasión al departamento de trabajo so-
cial de la Unidad?
SI _____ NO _____
PORQUE MOTIVOS? _____
2. Ha recibido buena atención por parte del personal de este de
partamento?
SI _____ NO _____
3. Ha obtenido respuesta favorable a sus inquietudes en este?
SI _____ NO _____
4. Que personal de la institución la ha visitado?
a) TRABAJADORA SOCIAL b) ENFERMERA SANITARISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92

ESTE CUESTIONARIO TIENE POR OBJETO CONOCER LAS PRINCIPALES CAUSAS PREDISponentES DEL CANCER DE MAMA, SU INCIDENCIA, ASI COMO EL CONOCIMIENTO QUE SOBRE ESTE TIENE LA POBLACION FEMENINA ADSCRITA A ESTA UNIDAD, DE IGUAL MANERA CONOCER LAS ACCIONES QUE TRABAJO SOCIAL HA DESARROLLADO CON ESTE TIPO DE PACIENTES. POR LO CUAL SE SOLICITA SU COLABORACION PARA RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. DE ANTEMANO GRACIAS POR SU COLABORACION. INSTRUCCIONES: TACHAR CON UNA X LAS RESPUESTAS DE SI O NO Y LLENAR LOS ESPACIOS EN BLANCO

DATOS GENERALES

1. Nombre _____ 2. Edad _____
3. Domicilio _____ 4. Ocupación _____
5. Estado Civil _____ 6. Escolaridad _____
7. Fecha de diagnóstico _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRAS

1. Edad de Menarca? _____
2. Alguna persona de su familia ha presentado el mismo problema?
SI _____ NO _____ QUIEN? _____
3. Cuántos hijos tiene? _____

ANEXO 7

INSTRUMENTO SOBRE CANCER DE MAMA

4. Ha amamantado a sus hijos?
 SI _____ NO _____ PORQUE NO? _____
5. Ha utilizado o utiliza anticonceptivos hormonales?
 SI _____ NO _____ PORQUE NO? _____
6. Tiempo que tiene utilizando éste método?
 1 AÑO _____ 2 AÑOS _____ 4 AÑOS _____
7. Edad de menopausia? _____
8. Con qué frecuencia acude a la realización de su detección de cáncer de mama?
 CADA AÑO _____ CADA 2 AÑOS _____ CADA 3 AÑOS _____
 CADA 4 AÑOS O MAS _____
 PORQUE NO ACUDE CON MAS FRECUENCIA? _____
9. Ha realizado la exploración de sus senos?
 SI _____ NO _____ PORQUE NO? _____
10. Qué estudios le realizaron para su diagnóstico?
 a) PALPACION b) RADIOGRAFIAS
11. Cuál fue su diagnóstico?
 a) TUMORACION PALPABLE b) TANGILOS c) QUISTES
 d) HINDIMIENTO DEL PEZON e) MASTOPATIA FIBROQUISTICA
 f) SALIDA DE SECRECION
12. Tratamiento médico indicado?
 a) HORMONAL b) CIRUGIA
13. Sigue en control médico?
 SI _____ NO _____

SITUACION EMOCIONAL

1. Cómo se sintió emocionalmente cuando conoció su diagnóstico?

2. Cómo es la comunicación al interior de su familia?

- a) ADECUADA b) INADECUADA

3. Ha tenido apoyo de su familia?

SI _____ NO _____

4. Cómo es la relación y comunicación con su pareja?

- a) ADECUADA b) INADECUADA

5. Ha recibido apoyo por parte de su pareja?

SI _____ NO _____ PORQUE NO? _____

ELEMENTOS TEORICOS

1. Conoce las causas y medidas preventivas del cáncer de mama?

SI _____ NO _____

2. Ha recibido orientación e información al respecto?

SI _____ NO _____ CUAL? _____

3. Por parte de quien ha recibido tal información?

- a) MEDICO FAMILIAR b) ENFERMERA SANITARISTA
c) TRABAJADORA SOCIAL

4. Considera adecuado elaborar un programa de orientación e información sobre este padecimiento?

SI _____ NO _____

PORQUE CONSIDERA QUE ES ADECUADO? _____

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL MEDICO

1. Ha acudido en alguna ocasión al departamento de trabajo social?

SI _____ NO _____

PORQUE MOTIVOS ACUDIO? _____

2. Ha recibido buena atención por parte del personal de este departamento?

SI _____ NO _____

3. Ha obtenido respuesta favorable a sus inquietudes en este servicio?

SI _____ NO _____

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez Gardiol Enir, Alvarado Velloso J. A. "Cáncer de la Mama". Buenos Aires, El Ateneo, n.p 1-10, 15-27, 50-52
2. Balagueró Llado I. "El Carcinoma In Situ del Cuello Uterino" - Barcelona. 1971. Expaxs. p.p 20-32
3. Burt Johns. "Educación Sexual". México. 1972. Interamericana. p.p. 13, 24-25, 32-50, 54, 253-265, 453-466
4. Camenron Charles. "La verdad acerca del Cáncer". Madrid. 1959 Calpe. p.p. 35-46, 128-143, 146-155, 253-270
5. Danforth David. "Tratado de Obstetricia y Ginecología". México 1986. Interamericana. p.p. 42-52
6. Diamond Henry. "Tratado de Cáncer". Barcelona. 1959, Manuel - Marin editor. p.p. 159-177
7. Djian Jacqueline. "La Medicina Contemporanea". México. 1959. - Siglo XXI. p.p. 46-63, 164-183
8. Editore Morando, Sintori Carlo. "El Cáncer del Cuello". Barcelona. 1969. Científico Médica. p.p. 104-114
9. ENTS/UNAM. Revista de Trabajo Social No. 37 "Perfil del Trabajador Social en el área de la Salud". México. 1989
10. ENTS/UNAM. Boletín informativo No. 1. "Participación del Trabajo Social en los Programas de Educación para la Salud". México 1975. p.p. 24-29
11. Ferrara Floreal Antonio. "Medicina Preventiva". Buenos Aires. 1976. Intermédica. p.p. 21-29, 303-305, 432-445
12. Gally Esther. "Sexualidad Humana". México. 1976. Mexpax. p.p.39
42

13. Gomezjara Francisco. "Teoría y Técnicas de Salud Comunitaria". México. 1983. Nueva Sociología. p.p. 106-107, 261-263
14. González Domingo. "Cáncer, verdad y esperanza". Madrid. 1983 Dossat Bolsillo. p.p. 5-10
15. IMSS. "Guaderno de orientación: Medicina Preventiva". México 1986. p.p. 15-20
16. IMSS. "Subjefatura de desarrollo personal, sección de orientación institucional de pre-ingreso del IMSS". México. 1989 p.p. 1-10, 15-24
17. IMSS. "Programa Fomento a la Salud: Coordinación de Fomento a la Salud". México. 1985
18. IMSS. "Catálogo de guiones de pláticas de orientación". México. 1989. p.p. 8-10, 12-20, 22-24, 26-27, 42-45, 53-54
19. IMSS. "Normas para la atención y control de Cáncer Cervicouterino". México. 1990
20. Kisnerman Natalio. "Salud Pública y Trabajo Social". Buenos Aires. 1991. Humanitas. p.p. 1-3, 121-124
21. Larousse. "Diccionario básico de la lengua española". México. 1984. p. 231
22. Martín Ferrara Herman San. "Salud y Enfermedad". México. 1987. La Prensa Médica. p.p. 440-446
23. Mccary James Leslie y Mccary Stephen F. "Sexualidad Humana". México. 1982. p.p. 42-47, 50-57, 183-185, 336-347
24. Mustara Harry Etolli. "Salud Pública". México. 1965. La Prensa Médica. p.p. 268-275

25. Pardinias Felipe. "Metodología y técnicas de investigación social". México. 1978. Siglo XXI. p.p. 136-145, 149-159, -160-179, 180-184
26. Quezada Silva Juan I. Tesis Recepcional: "Estudio comparativo de citologías exfoliativas en mujeres embarazadas y no embarazadas en el Hospital General de Zona No. 68". México. 1985. INGS. p.p. 6-10, 15-21
27. Rojas Soriano Raul. "Guía para realizar investigaciones sociales". México. 1981. Textos Universitarios.
28. Sanchez Rosado Manuel. "Elementos de Salud Pública". México 1983. Editor MG. p.p. 9-10, 13-14, 115-120, 229-233, 255-257
29. Secretaría de Salubridad y Asistencia. "Convención Nacional de Salud". Tomo II. México. 1974. p.p. 216-231, 240-245
30. Compilado por Van Zile Henry y Stephenson Bloch Lucille. "Educación Médica y Planificación Familiar". México. 1983 PaxMex. p.p. 132-140