

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**"TRABAJO SOCIAL Y EL CANCER DEL CUELLO
UTERINO EN GUATEMALA"**



Presentada a la Dirección y al
Programa Especial de Licenciatura
De La Escuela de Trabajo Social

MIRNA ELIZABETH FLORES GONZALEZ

Previo a conferírsele el título de

TRABAJADORA SOCIAL

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
15
+(889)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Dr. Jafeth E. Cabrera Franco
SECRETARIO: Dr. Otto M. España Mazariegos

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada Ovalle
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes S.

CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada: Aracely Quiroa de Gómez
Licenciada: Rebeca Morán
Licenciado: Roberto Alfonso Solís
Licenciada: Blanca Mercedes Aroche
Licenciada: Amparo Meléndez L.

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Maestra de Educación Primaria: Margarita de Jesús García
Maestra de Educación para el Hogar: Claudia Lorena Alfaro
Bachiller en Ciencias y Letras: Sara O. Franco Tejada
Secretaria Comercial: Rosa Elena Barillas C.
Maestra de Educación Para el Hogar: Liliam Noemí Lucas V.
Maestra de Educación Primaria: Edelmira Mendoza Pinelo

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada Ovalle
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes S.
ASESOR: Doctor: Gerardo Arroyo C.
REVISOR: Lic. Carlos F. Noriega C.
COORDINADOR DEL PROGRAMA
ESPECIAL DE LICENCIATURA: Lic. Edgar Flores González

**"Artículo 11: Los autores
serán los responsables de las
opiniones y criterios
expresados en sus obras".
Reglamento del Consejo
Editorial de la Universidad
de San Carlos de Guatemala.**

Guatemala, 4 de Septiembre de 1995

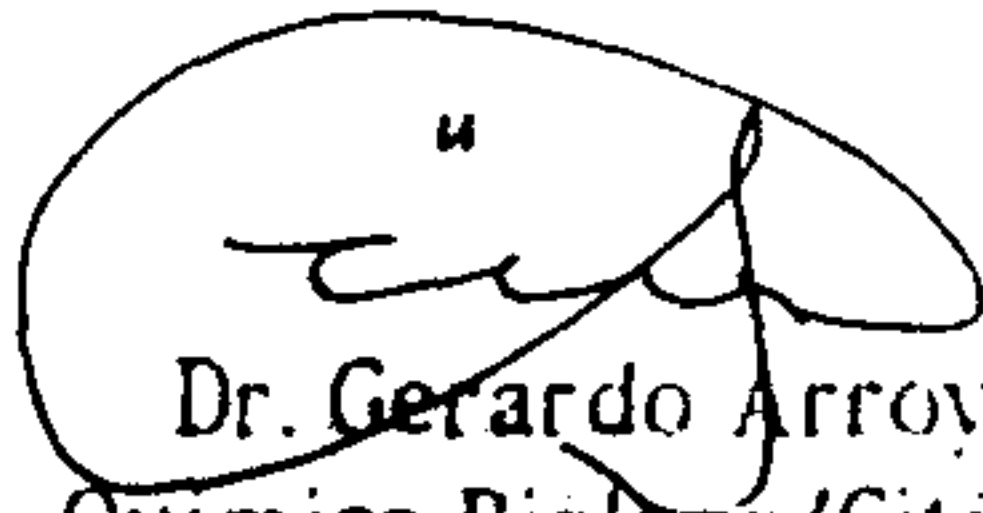
Licenciado
Cesar A. Estrada Ovalle
Director Escuela de Trabajo Social
Presente.

Estimado Licenciado Ovalle:

Atentamente me dirijo a usted con el objeto de informarle que tuve bajo mi asesoría la Tesis: **"TRABAJO SOCIAL Y EL CANCER DEL CUELLO UTERINO EN GUATEMALA"**, elaborada por la T.S. Mirna Elizabeth Flores González. Es un importante aporte para la sociedad guatemalteca, en donde se plantea la problemática de pacientes con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, así como la intervención del profesional en Trabajo Social. Como resultado de la investigación realizada, la sustentante llega a conclusiones entre las que se destacan las características socio-económicas de las pacientes que se sometieron al examen de Papanicolaou en APROFAM, la carencia de los recursos en las instituciones que tienen programas para atender el cáncer del cuello uterino, destaca así mismo que a la fecha el Trabajador Social en el marco institucional ha realizado un trabajo paliativo y poco trascendente en la atención a dicha problemática.

Considerando lo anterior, emito dictamen favorable en aprobación a dicho trabajo de Tesis y a su vez solicito se le autorice su impresión, a efecto de que la sustentante pueda someterse al examen de graduación correspondiente.

Atentamente;



Dr. Gerardo Arroyo
Químico Biólogo/Citólogo
Colegiado No. 603

BY ORIENTAL INSTITUTO GATELAN
QUIMICO BIOLOGO, CITOLOGO (ABR 21 1995)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



DICTAMEN-207-33/95

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.

EDIFICIO S-1, 2o. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Noviembre 10 1995

Teléfonos:

760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289

Teléfonos Directos: 769590-769602

Fax: 769590

Licenciado

César A. Estrada Ovalle

DIRECTOR-ESCUELA TRABAJO SOCIAL

Presente.

Señor Director:

Por la presente tengo a bien informarle que en esta fecha he concluido el proceso de orientación-corrección del INFORME FINAL de tesis de la T.S. MIRNA ELIZABETH FLORES GONZALEZ, denominado "TRABAJO SOCIAL Y EL CANCER DEL CUELLO UTERINO EN GUATEMALA", que según oficios PEL-374/91 del 29 de octubre de 1991 y PEL-104/95 del 7 de septiembre de 1995, me fuera asignado por el licenciado Edgar Flores González, coordinador del Programa Especial de Licenciatura.

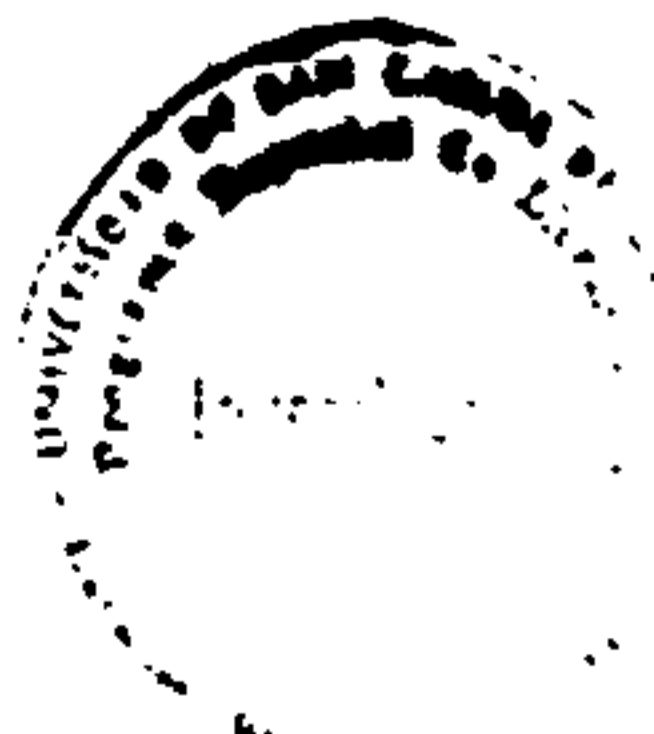
Habiendo señalado las correcciones de forma y contenido y siendo éstas incorporadas en este trabajo lo doy por APROBADO, sugiriendo se le otorgue la orden de impresión y se le asigne día y hora para el examen de graduación respectiva.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Carlos F. Noriega C.
INVESTIGADOR-REVISOR
AREA DE TESIS - P.E.L. -

CFNC/edl.
cc: Archivo.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



PEL-175/95

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
EDIFICIO S-1, 2o. NIVEL
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Noviembre 15 1995

Teléfonos:
760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289
Teléfonos Directos: 769590-769602
Fax: 769590

Licenciado
César A. Estrada Ovalle
DIRECTOR-ESCUELA TRABAJO SOCIAL
Presente.

Señor Director:

De manera atenta me dirijo a usted, adjuntándole para sus conocimiento y efecto consiguiente, el INFORME FINAL de tesis: "TRABAJO SOCIAL Y EL CANCER DEL CUELLO UTERINO EN GUATEMALA", presentado por la estudiante MIRNA ELIZABETH FLORES GONZALEZ.

El dictamen lo rindió favorablemente el licenciado Carlos F. Noriega C., en el oficio No. 207-33/95.

Al agradecer su atención, quedo de usted deferente servidor.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Edgar Flores González
COORDINADOR
PROGRAMA ESPECIAL DE LICENCIATURA

EFG/edl.
cc: Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

EDIFICIO S-1, 2o. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12

Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289

Teléfonos Directos: 769590-769602

Fax: 769590

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.
CARLOS DE GUATEMALA.-----

UNIVERSIDAD DE SAN

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de el Doctor Gerardo Arroyo y el Licenciado Carlos F. Noriega - Castillo, en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "TRABAJO SOCIAL Y EL CANCER DEL CUELLO UTERINO EN GUATEMALA", presentada por Mirna Elizabeth Flores González, previo a conferírsele el título de Trabajador Social en el grado de LICENCIADO una vez haya sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los diecisiete días del mes de noviembre de mil novecientos noventa y cinco.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. César A. Estrada O.
Director

CAEO/cdm
c.c.:archivo

TESIS QUE DEDICO

A DIOS

**A MIS PADRES: JUANITA GONZALEZ DE FLORES
JOSE EMILIO FLORES CHAVEZ**

**A MIS HERMANOS: ESTHER MARINA, CESAR AUGUSTO
MARIA ANTONIETA, JOSE EMILIO
Y DAGOBERTO**

A MIS SOBRINOS: CON MUCHO CARINO

A MIS PADRINOS DE GRADUACION:

**LICENCIADA VIRGILIA FIGUEROA DE MEZA
INGENIERO IRVING JAUREGUI GONZALEZ**

A MIS AMIGAS Y AMIGOS DE APROFAM

A MI PATRIA GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

A LA SOCIEDAD GUATEMALTECA

SINCERO RECONOCIMIENTO Y AGRADECIMIENTO A:

DOCTOR GERARDO ARROYO (ASESOR DE TESIS)

LICENCIADO CARLOS NORIEGA (REVISOR DE TESIS)

**LICENCIADO EDGAR FLORES GONZALEZ (COORDINADOR
PROGRAMA ESPECIAL DE LICENCIATURA)**

LICENCIADO LEONEL ALFREDO MEZA REYES

ASOCIACION PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

HOSPITAL ROOSEVELTH

HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

**A TODOS LOS QUE DIRECTA E INDIRECTAMENTE COLABORARON
PARA LA ELABORACION DE ESTA TESIS.**

INDICE

Página

INTRODUCCION

CAPITULO I

ASPECTOS TEORICO CONCEPTUALES SOBRE LAS POLITICAS SOCIALES Y POLITICAS DE SALUD EN GUATEMALA

1.1. Políticas Sociales	1
1.2. Política De Salud, Desde Una Perspectiva Social	7
1.3. Salud Primaria	17
1.4. Trabajo Social Y Políticas Sociales	22
1.5. Instituciones Que Tienen Programas Para Diagnóstico Y Tratamiento Del Cáncer Del Cuello Uterino	25
1.5.1. Generalidades De Las Instituciones Investigadas (APROFAM, INCAN, IGSS, H.R. Y H.G.)	26
1.5.2. Procedencia De Pacientes	27
1.5.3. Objetivos De Las Instituciones Que Cuentan Con Programas De Atención Al Cáncer Del Cuello Uterino	30
1.5.4. Requisitos Que Solicitan Las Instituciones Para Atender A Pacientes Con Problemas De Lesiones Preinvasivas E Invasivas En El Cuello Uterino	32
1.5.5. Referencia De Pacientes	34
1.5.6. Oferta Y Demanda De Servicios	36
1.5.7. Sobrevida Y Recurrencia De Casos De Señoras Con Lesiones Preinvasivas E Invasivas Que Se Presentan En Las Instituciones De Mayor Cobertura Poblacional Y Geográfica En Guatemala	40
1.5.8. Métodos Que Utilizan Las Instituciones Investigadas Para Diagnóstico De Lesiones Preinvasivas Y/O Invasivas Del Cáncer Del Cuello Uterino	42
1.5.9. Tipos De Tratamiento Con Que Cuentan Las Instituciones Que Atienden A Pacientes Con Lesiones Preinvasivas Y/O Invasivas Del Cáncer Del Cuello Uterino	43
1.5.10. Participación De La Paciente Y Familiares En El Tratamiento Por Lesiones Preinvasivas Y/O Cáncer Del Cuello Uterino	44
1.5.11. Problemas Que Limitan El Tratamiento Del Cáncer Del Cuello Uterino	45
1.5.12. Coordinación Interinstitucional	46
1.5.13. Proyectos Y/O Perspectivas Que Tienen Las Instituciones Para Atender La Morbi-mortalidad Por Cáncer Del Cuello Uterino	47
1.5.14. Equipo Multidisciplinario Que Participa En Las Instituciones Que Atienden A Pacientes Con Lesiones Preinvasivas E Invasivas Por Cáncer Del Cuello Uterino	48
1.5.15. La Participación Del Trabajador Social En Las Instituciones Que Atienden A Señoras Que Padecen Morbilidad Del Cáncer Del Cuello Uterino	50

CAPITULO 2

GENERALIDADES DE LA ASOCIACION PRO-BIENESTAR
DE LA FAMILIA (APROFAM)

2.1. Consideraciones Históricas	54
2.2. Objetivos Generales	54
2.3. Cobertura Geográfica Y Poblacional	55
2.4. Organización	56
2.4.1. Unidad De Servicios Médicos-Clínicos	57

CAPITULO 3

MUJER, SALUD Y EL CANCER DEL CUELLO UTERINO

3.1. Definición De Mujer	59
3.2. La Mujer Guatemalteca Como Producto De Una Sociedad Dividida En Clases	61
3.2.1. Mujer Burguesa	61
3.2.2. La Mujer Proletaria	63
3.3. Estatus De La Mujer	66
3.4. Mujer, Salud Y Educación	68
3.5. Qué Es El Cáncer	75
3.6. El Problema De La Morbilidad Del Cáncer	78
3.7. Atención Primaria Del Cáncer	79
3.8. Qué Es El Utero	80
3.9. Cáncer Del Cuello Uterino	81
3.9.1. Primeros Síntomas Y Signos	82
3.9.2. Causa Y Epidemiología	82
3.9.3. Patogénesis = Desarrollo De La Enfermedad	84
3.9.4. Bases Para El Diagnóstico	86
3.9.5. Requisitos Que La Paciente Debe Llenar Para Someterse A Un Examen De Papanicolaou	86
3.10. Clasificación De Diagnóstico Citológico	88
3.10.1. Lesiones Preinvasivas (Neoplasia Intra- epitelial Cervical - NIC -)	88
3.10.2. Carcinoma Invasivo (Microinvasivo e Invasivo)	90
3.11. Métodos Diagnósticos Del Cáncer Del Cuello Uterino	92
3.11.1. Citología Exfoliativa	93
3.11.2. Colposcopia	94
3.11.3. Colpomicrohisteroscopia	95
3.11.4. Biopsia	95
3.11.5. Prueba De Schiller	96
3.11.6. Legrado Endocervical	97
3.11.7. Conización Cervical	97
3.12. Tipos De Tratamiento Del Cáncer Del Cuello Uterino	98
3.12.1. Criocirugía	98
3.12.2. Electrocoagulación	99
3.12.3. Diatermia	99
3.12.4. Conización	99
3.12.5. Laser Con Dióxido De Carbono	100
3.12.6. Histerectomía	100
3.12.7. Radioterapia	101

	Página
3.12.8. Quimioterapia	102
3.12.9. Tratamiento Del Carcinoma Del Cervix Durante El Embarazo	102
3.12.10. Pronóstico Del Cáncer Cervical	103
3.13. Otras Consideraciones Respecto Al Cáncer Del Cuello Uterino	105
3.13.1. Comportamiento Sexual Tras Una Intervención Quirúrgica	105

CAPITULO 4

EL TRABAJO SOCIAL EN CORRESPONDENCIA CON LA PROBLEMÁTICA DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

4.1. Definiciones DE Trabajo Social	109
4.2. Filosofía Del Trabajo Social	111
4.2.1. Principios Del Trabajo Social	111
4.2.2. Objetivos Del Trabajo Social	113
4.2.3. Funciones Del Trabajo Social	115
4.3. Niveles De Acción Del Trabajo Social	117
4.3.1. Nivel Individual	117
4.3.2. Nivel Grupal	117
4.3.3. Nivel Comunal	118
4.4. Intervención Del Trabajador Social En Los Programas De Salud	118
4.4.1. Participación de Profesional En Trabajo Social Para La Atención De Casos De Señoras Con Problemas Por Lesiones Preinvasivas Y/O Cáncer Del Cuello Uterino	121
4.4.2. Proyección Profesional Y Metodología Que Aplican Las Trabajadoras Sociales En APROFAM, Para La Atención De Casos De Señoras Con Lesiones Preinvasivas Y/O Cáncer Del Cuello Uterino	125
4.4.3. Disponibilidad De Recursos Y Obstáculos Para El Seguimiento Social De Casos De Señoras con Problemas De Lesiones Preinvasivas Y/O Cáncer Del Cuello Uterino	133
4.5. Estrategias De Intervención	138
4.5.1. Metodología Tradicional	138
4.5.2. Metodología De Transición	138
4.5.3. Una Viabilidad Más Científica Del Trabajo Social	139
4.6. Propuestas Metodológicas	140
4.6.1. Propuesta Metodológica De Angélica Gallardo Klark	140
4.6.2. Propuesta Metodológica De Natalio Kisnerman	142
4.6.3. Propuesta Metodológica De Boris Lima	143
4.6.4. Propuesta Metodológica De Teresa Quiroz	145
4.6.5. Propuesta Metodológica De Lily Caballero	145
4.6.6. Propuesta Metodológica De Lady Fonseca	146

CAPITULO 5

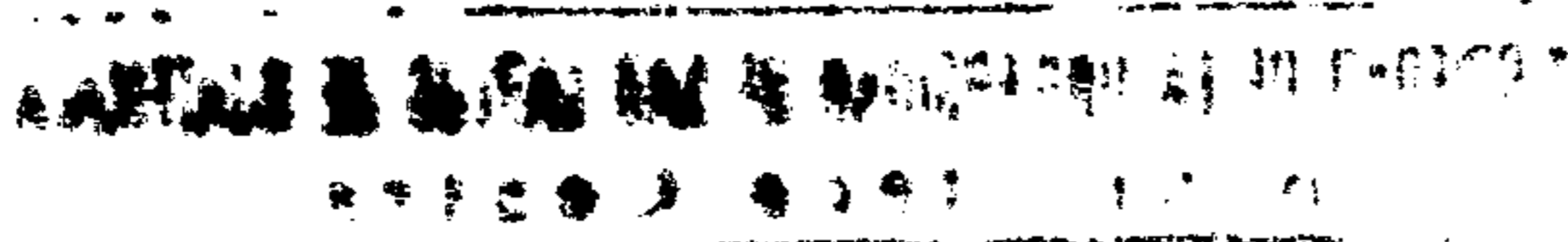
EL PERFIL DE LAS SEÑORAS QUE ASISTEN A APROFAM
EN DEMANDA DE UN FROTIS DE PAPANICOLAOU

5.1. Condiciones Sociales	148
5.2. Condiciones Económicas	149
5.3. Condiciones Culturales	151
5.4. Resultados Obtenidos Durante La Investigación De Campo Sobre El Perfil Y/O Características De Las Señoras Que Asisten A APROFAM En Demanda Del Examen De Papanicolaou	152
5.4.1. Nivel De Conocimientos Que Poseen Las Señoras Que Solicitan Su Examen De Papanicolaou en APROFAM	162
5.4.2. Orientación Que Recibieron Las Señoras Que Solicitaron Su Examen De Papanicolaou En APROFAM	182
5.4.3. Participación Familiar En Torno A La Problemática	190
5.4.4. Reconocimiento De Recursos Institucionales Y Humanos	193

CAPITULO 6

PROPUESTA DE ALTERNATIVAS DE ATENCION A LA
PROBLEMATICA SOCIO-ECONOMICA Y CULTURAL DE
LAS SEÑORAS QUE PADECEN DE LESIONES PREINVASIVAS
Y/O CANCER DEL CUELLO UTERINO Y LA LABOR DEL
TRABAJADOR SOCIAL

6.1. Justificación	207
6.2. Planteamiento General Del Problema	210
6.3. Alternativas De Solución	214
CONCLUSIONES	220
RECOMENDACIONES	226
BIBLIOGRAFIA	231



INTRODUCCION.

El resultado de la investigación de Trabajo de Tesis titulado "TRABAJO SOCIAL Y EL CANCER DEL CUELLO UTERINO EN GUATEMALA" es producto de la investigación bibliográfica y de campo que fue realizada tomando como unidad de análisis a las cinco instituciones que en Guatemala tienen mayor cobertura poblacional y geográfica para la atención de las lesiones preinvasivas e invasivas del cuello uterino: ASOCIACION PRO BIENESTAR DE LA FAMILIA DE GUATEMALA (APROFAM), INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER (INCAN), INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS), HOSPITAL ROOSEVELT (H.R.) Y HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS" (H.G.), así mismo se investigó a las señoras que asisten a APROFAM en demanda del examen de Papanicolaou y a las Trabajadoras Sociales que laboran en la Unidad de Servicios Médicos de APROFAM, quienes en su práctica profesional brindan atención a señoras con problemas por lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino. El fin primordial fue analizar e interpretar la interrelación causal de la problemática socio-económica y cultural de las señoras con diagnóstico positivo para un inicio y/o proceso de cáncer en el cuello uterino, la disponibilidad de recursos institucionales y la labor del Trabajador Social.

Durante toda la investigación se buscó alcanzar los siguientes objetivos generales y específicos siendo los generales:

1. Brindar un aporte en investigación social a la Escuela de

Trabajo Social y a la Universidad de San Carlos de Guatemala, para crear teorías que se encaminen hacia la resolución de problemas reales que conlleve a la efectiva participación del Trabajador Social.

2. Analizar el impacto que provoca en la población la problemática del cáncer del cuello uterino.
3. Contribuir al mejoramiento de los sistemas de seguimiento social, mediante el estudio de los factores sociales, económicos y culturales que están influyendo en las actitudes adoptadas por las señoras en el cáncer del cuello uterino.

Y los objetivos específicos son los siguientes:

1. Conocer qué es lo que motiva a las señoras el efectuarse un frotis de Papanicolaou, para interpretar sus necesidades e inquietudes al respecto.
2. Identificar las actitudes que toman las señoras que padecen de cáncer en el cuello de la matriz, analizar sus limitaciones y disponibilidad de recursos para tener acceso al tratamiento médico.
3. Conocer cómo afecta a la familia el que una de sus miembros esté padeciendo de cáncer del cuello uterino.
4. Analizar las expectativas de las señoras, ante posibles diagnósticos y tratamientos médicos indicados.

5. Recopilar información general respecto a tipos de diagnósticos y tratamientos médicos ante el problema del cáncer del cuello uterino.
6. Sistematizar datos de referencia empírica para una mejor identificación del problema y así lograr crear expectativas que viabilicen el enriquecimiento de la conciencia profesional ante la problemática de señoras con cáncer del cuello uterino.
7. Interpretar las limitaciones que consideran tener las profesionales en Trabajo Social para la atención de casos de señoras con cáncer uterino.

Dichos objetivos se alcanzaron aproximadamente en un 85% al haber analizado e interpretado la problemática investigada, no así el otro 15% ya que los aspectos de carácter cualitativo de cada objetivo son complejos.

Además de los objetivos propuestos, las hipótesis que guiaron la investigación fueron las siguientes:

Hipótesis General:

Los aspectos socio-culturales y económicos son factores que influyen determinadamente en el manejo del cáncer del cuello uterino y el Trabajador Social ha contribuido mínimamente a propiciar las condiciones para lograr un diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino que afecta principalmente a los sectores mayoritarios.

Hipótesis Específicas:

1. Los factores sociales, económicos y culturales de las señoras que demandan el frote de Papanicolaou en APROFAM, determinan su conducta a seguir para el diagnóstico y tratamiento médico indicado.
2. El aporte del Trabajador Social en la atención del cáncer del cuello uterino ha sido mínimo, debido a que no existe un programa específico que responda a las necesidades de la población que la padece.

Estas hipótesis fueron comprobadas al conocer que las señoras, según su nivel socio-económico y cultural al que pertenecen, así se determina la conducta que siguen para la atención de su diagnóstico del examen de Papanicolaou obtenido. La mayor incidencia de los casos positivos se dio en el grupo de niveles más bajos desde el punto de vista socio-económico y cultural.

También se pudo comprobar que en ninguna de las instituciones investigadas, en donde incluso hay Trabajadoras Sociales, dichas profesionales no tienen participación directa ni activa para la atención de las señoras que ya presentan alguna lesión preinvasiva y/o invasiva del cuello uterino, como tampoco realizan actividades para educar sobre la importancia del diagnóstico precoz de dicha morbilidad. En APROFAM, el Departamento de Trabajo Social de Servicios Clínicos ha atendido a estas pacientes, pero en forma

v
superficial y no como cada caso en particular lo amerita.

El informe se ha dividido en seis capítulos con el fin de presentarlo ordenadamente para una mejor comprensión del lector; en los cuales se encuentra lo que a continuación se presenta en términos generales:

CAPITULO 1: Aspectos Teórico Conceptuales Sobre Las Políticas Sociales y Políticas de Salud En Guatemala:

En este capítulo se presenta el problema del cáncer del cuello uterino, el cual para ser atendido debe ser parte de las Políticas de Salud, relacionándolas como uno de los problemas sociales, económicos y culturales que sufre el país, a fin de contar con fundamentos científicos que permitan la mejor interrelación causal de la verdadera problemática. Se plantean conceptos y definiciones sobre lo que son Las Políticas Sociales, Políticas de Salud y El Trabajo Social, así como un esbozo general de las instituciones que cuentan con programas para diagnóstico y tratamiento del cáncer del cuello uterino.

CAPITULO 2: Generalidades De La Asociación Pro-Bienestar De La Familia (APROFAM):

En este capítulo se dan a conocer algunas generalidades de la institución, por haber formado parte de la unidad de análisis.

CAPITULO 3: Mujer, Salud Y El Cáncer Del Cuello Uterino:

Este capítulo hace un enfoque del papel de la mujer en el contexto social y el problema de la morbilidad por lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, así como los métodos diagnósticos, tipos de tratamiento y otras consideraciones respecto al cáncer del cuello uterino.

CAPITULO 4: El Trabajo Social En Correspondencia Con La Problemática Del Cáncer Del Cuello Uterino:

Este capítulo contempla algunos aspectos teóricos que fundamentan la disciplina de Trabajo Social, a efecto de analizar e interpretar su contenido y ubicar desde una perspectiva científica el quehacer del Trabajo Social en nuestro país. También se presentan las experiencias profesionales de las Trabajadoras Sociales que laboran en el Departamento de Trabajo Social de la Unidad de Servicios Médicos de APROFAM, al brindar atención a los casos de señoras que presentan un diagnóstico positivo para una lesión preinvasiva y/o cáncer del cuello uterino.

CAPITULO 5: El Perfil De Las Señoras Que Asisten a APROFAM En Demanda De Un Frote De Papanicolaou:

Este capítulo es parte importante también de la investigación porque es en donde se presentan los resultados obtenidos durante la investigación de campo sobre el perfil y/o características de las señoras que asisten a APROFAM en

demanda del examen de Papanicolaou. Para el estudio se tomó una muestra poblacional de 90 casos; de ellos 30 "casos positivos" (ya con algún grado de malignidad) y 60 "casos control" (quienes no presentaron malignidad en sus resultados del examen de Papanicolaou), con el fin de realizar un análisis comparativo entre ambos grupos.

CAPITULO 6: Propuesta De Alternativas De Atención A La Problemática Socio-Económica Y Cultural De Las Señoras Que Padecen De Lesiones Preinvasivas Y/O Cáncer Del Cuello Uterino Y La Labor Del Trabajador Social:

Este último capítulo presenta un planteamiento general del problema de estudio, así como la propuesta de alternativas que contribuyan a la mejor atención del problema.

Para la ejecución de la investigación sirvió de base el método científico, con sus categorías, leyes y procedimientos dialécticos en forma concatenada en sus diferentes fases, lo que permitió conocer la realidad objetivamente.

En la Fase de Investigación se elaboró el diseño de investigación y la previa investigación bibliográfica para la fundamentación del marco teórico, la elaboración y prueba de instrumentos y recopilación de datos bibliográficos y de campo. En la Fase de Sistematización se corroboró, analizó e interpretó los datos recopilados. Por último se llegó a la

Fase de Exposición en el momento de la redacción y presentación del informe de investigación.

Las técnicas de investigación bibliográfica y de campo aplicadas fueron el fichaje, la observación directa e indirecta, entrevista estructurada y no estructurada, visita institucional, visita domiciliaria, utilizando instrumentos tales como fichas, guías de entrevista y el cuaderno de campo.

El trabajador Social es el profesional que tiene que estar identificado con los grupos sociales mayoritarios proyectando su labor hacia éstos y para ejercer eficientemente tiene que conocer la realidad objetivamente para así poder determinar las causas y efectos de los problemas que con más frecuencia están afectando a nuestra sociedad. El Trabajo Social se ha venido desarrollando dentro del contexto que nos presenta la realidad económica social guatemalteca, inserta en el ámbito institucional con el afán de participar en la atención de la problemática que surge al interior de los sectores mayoritarios. Antes la Salud dependía de factores ecológicos y otros, ahora es un privilegio y depende del lugar que se ocupe en la estructura socio-económica.

Por último se presentan las respectivas conclusiones y recomendaciones, así como la bibliografía utilizada en el presente trabajo.

CAPITULO I

ASPECTOS TEORICO-CONCEPTUALES SOBRE LAS POLITICAS SOCIALES Y POLITICAS DE SALUD EN GUATEMALA

El tema objeto del presente estudio enfoca el problema del cáncer uterino, el cual para ser atendido debe ser parte de las Políticas Sociales, se ha estimado conveniente dar a conocer una concepción teórica, relacionándola como uno de los problemas sociales-económicos y culturales que sufre el país, a fin de contar con fundamentos científicos que permitan la mejor interrelación causal de la verdadera problemática.

1.1. Políticas Sociales:

El concepto de Política Social está íntimamente ligado con el de Estado, ya que estas son el medio para cumplir sus funciones básicas, a las que están supeditadas las acciones del Trabajador Social.

Las Políticas Sociales son "Las medidas y decisiones que toma un Estado históricamente determinado, para formalizar su intervención frente a la problemática y necesidades básicas que subyacen al interior de la clase trabajadora, so-pretecto de resolver dicha problemática y satisfacer las necesidades reales de la población a la cual dirige su acción" (1).

(1) Tomasa de León Cabrera: Revista Bodas de Plata, Carrera de Trabajo Social Rural, CUNOC, Quetzaltenango, 1984, pág. 28.

"Toda Política Social la maneja el Estado, éstas no pueden estar determinadas, ni programadas por los sectores a quienes están dirigidas (clase social mayoritaria), por ejemplo no pueden determinar el contenido de los programas educativos, ni aprobar el tipo de vivienda que ofrecen los programas habitacionales, ni decidir las modalidades de atención de salud más adaptables a su necesidad"(2). Al ser diseñadas las Políticas por el sector minoritario, quienes están en el Poder, las mismas responden a sus intereses y no así a los de las grandes mayorías (sectores populares), ésto explica la mala distribución de los bienes y servicios, y el por qué no se logra el bienestar integral de la sociedad en su conjunto.

En cualquier situación lo señalado permite establecer que los trabajadores estatales de los servicios sociales viven una doble condición desde el punto de vista social: como representantes de una racionalidad burocrática y como trabajadores. Como lo primero son instrumentos y portadores de poder, ellos mismos frente a la clase trabajadora; como lo segundo, comparte la condición oprimida del pueblo y aspirando a una vida democrática. Lo determinante en el nivel de vida de la clase trabajadora es su ingreso económico, por lo tanto debiera ser el elemento fundamental de cualquier Política Social; sin embargo, las políticas de distribución

(2) Teresita Quiroz: Tres Aproximaciones al Análisis de la Política Social, Folleto mimeografiado, Esc. de T.S., USAC, Guatemala, s.f., Pág. 10.

del ingreso y de salarios han sido excluidas de las Políticas Sociales. En nuestro país, dependiente y subdesarrollado, el impacto y la cobertura de los "Servicios Sociales" es tan bajo, que no garantizan la reproducción "normal" de la fuerza de trabajo, ha llegado a tal grado la crisis en las condiciones socio-económicas de los sectores populares, quienes no logran la adecuada satisfacción de sus necesidades más elementales, evidenciando un claro proceso de "lumpen-proletarización y de pauperización" de grandes sectores populares de asalariados (cuyo salario no satisface sus necesidades básicas), de sub-empleados, de desempleados en general de todos aquellos sectores populares que han perdido la capacidad adquisitiva de sus medios fundamentales de vida, es decir, la imposibilidad de vender su fuerza de trabajo, lo que hace sustentar que las Políticas Sociales propias de los países capitalistas dependientes y subdesarrollados (como el nuestro) no garantizan la reproducción de la fuerza de trabajo, por lo que la esperanza de vida va en decadencia. Es sabido que los distintos capítulos que integran la política social aún tienen solamente como beneficiarios a algunos segmentos del asalariado y contribuyen en consecuencia a introducir en su seno diferenciaciones que se suman y combinan a los que se derivan de las características estructurales de la sociedad.

La Política Social aparece ya como un instrumento para salirle al paso a las tensiones sociales, de reducir su

nivel, despolitizarlas e incluso derivarlas hacia frentes menos conflictivos, incluso como una herramienta de control social de esas clases. La Política Social aparece de esta manera como una respuesta política, y económica que permite a la vez la estabilización y el mantenimiento del orden social. En nuestro medio toda Política Social es un canal de reproducción de la subordinación de las clases populares. De manera sobrentendida el Estado expresa su ideología en nombre de la sociedad; pero el interés del capital despolitiza las presiones populares y las reorienta hacia grupos no antagónicos, reduciéndolas a planteamientos burocráticos, transformando las condiciones sociales en meras diferencias categoriales.

Las Políticas Sociales en general se operativizan a través de un sistema institucional de servicio cuya estructura y funcionamiento depende del tipo de Política Social y de la propia realidad que se presenta en el país. La institucionalización de las Políticas Sociales abre un espacio para la acción del Trabajador Social quien se vincula a las instituciones donde se consolide como profesional poseedor de conocimientos encaminados a lograr que las Políticas Sociales beneficien a la clase trabajadora y propicien su movilización para el logro de mejores niveles de vida tendientes al bienestar integral de la colectividad. La intervención profesional a nivel institucional se ubica como contradictoria, pues atiende los intereses de la clase

dominante y los de la clase dominada, por lo que el Trabajo Social "es una profesión meramente estratégica que adquiere una dimensión política que le hace resolver uno de los desafíos en su acción profesional: saber utilizar los recursos institucionales, en función de los intereses de la población"(3).

Las Políticas Sociales tienen carácter contradictorio, puesto que desde el punto de vista teórico se presentan como "Soluciones" a diversos problemas y necesidades; mientras que en la práctica apenas logran resolver una mínima parte de los conflictos reales que padece la gran mayoría de la población. Por su propio origen, es que las Políticas Sociales sólo resultan ser una mediación más para asegurar la continuidad y desarrollo de la sociedad donde se generan y del sistema capitalista como un todo. Las Políticas Sociales entonces, se expresan a través de: Política de Seguridad Social, Asistencia Social, de Vivienda, de Salud y Nutrición, de Empleo, de Promoción Social, de Defensa Social, de Recreación, etcétera.

Según Louis Althusser; las Políticas Sociales se constituyen en instrumentos para:

- Legitimizar y estabilizar la dominación.
- Prolongar la exclusión.

(3) Vicente de Paula Faleiros: Política Social en la Teoría del Trabajo Social, Revista Acción Crítica, CELATS, Lima, 1,982, Pág. 5.

- Propiciar procesos de incorporación, integración y cooperación.
- Expresar acuerdos a que llegan las clases capitalistas y trabajadoras sobre relaciones de trabajo (alianzas entre clase o fracción de la clase dominante con fracciones de la clase dominada).

Toda Política estará determinada por el momento histórico y el medio geográfico, por lo que es necesario que las mismas sean estudiadas dinámicamente para expresar las necesidades sentidas y latentes en congruencia con la realidad. Las Políticas Sociales se hacen objetivas a través de programas y proyectos implementados por instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Arlette Pichardo Muñiz, dice que con fines analíticos, se distinguen 3 dimensiones, para abordar el estudio de las Políticas Sociales, éstas son:

I. Formulación de la Política:

Esta consiste en un examen de documentos programáticos que contienen las Políticas de decisiones (planes nacionales de desarrollo, planes sectoriales, programas y proyectos institucionales). Algunos de los elementos que se pueden considerar se refieren a la coherencia interna entre diagnóstico y proyectos, situación inicial, estrategias y situación deseada.

II. Ejecución de la Política:

Es el análisis de las acciones realizadas o en proceso, es decir el examen de las prácticas reales que no siempre corresponden a lo que se ha formulado. Incluso en ocasiones se observan diferencias sustanciales entre lo postulado y lo realizado.

III. Efecto de la Política:

Se refiere al análisis de las implicaciones en los grupos sociales afectados de la sociedad en conjunto.

1.2. Política De Salud, Desde Una Perspectiva Social:

"La Política de salud fundamenta el qué hacer en materia de salud pública, que ha definido el poder formal, tomando en cuenta las demandas del poder real. De la confrontación de las demandas con lo que el gobierno puede ofrecer, surgen en la mayoría de los casos una serie de lineamientos que orientarán el que hacer del aparato gubernamental por el período de tiempo en que un determinado grupo esté a cargo de poder formal"(4).

Las Políticas de Salud obedecen también a los compromisos internacionales que en materia de salud pública

(4) Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Planificación de la Salud, Introducción a los Conceptos de Política y Proceso Político. En Formulación de Políticas de Salud, Santiago de Chile: O.P.S., 1,975, Pág.5.

haya asumido el Estado, así como de la legislación nacional que atañe a la salud de la población. Es necesario formular políticas de salud que sean precisas y que se orienten respondiendo al desarrollo y buen funcionamiento de servicios que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud. Las Políticas de Salud no solamente deben ser un enunciado de buenas intenciones que el Estado realiza en unión de otras instituciones de la iniciativa privada, sino debe contemplar todo un proceso de formulación, ejecución y evaluación, apto para encarar eficazmente los problemas de salud-enfermedad; todo acorde a la disponibilidad efectiva de los recursos humanos, físicos y financieros, reconsiderando a la vez el impacto social, económico y/o político que provoque su aplicación, así como las expectativas e intereses de los grupos sociales y del gobierno que impulsa las políticas.

Es importante incorporar a la población dentro del proceso de aplicación de las políticas en el campo de la salud, así mismo conviene tomar en cuenta las opiniones y actitudes de algunos funcionarios que se encargan de la ejecución de las políticas, quienes son la expresión concreta de la Política de Salud. Al operativizar las Políticas de Salud, se hace necesaria la coordinación intersectorial, interdisciplinaria e intrainstitucional, que asegure una verdadera eficacia de las políticas. Cabe mencionar que el proceso salud-enfermedad no sólo está determinado por

componentes de tipo biológico, sino que entran en juego dentro de él; variables de tipo geográfico, cultural, psicológico, educativo, social y económico. Lo ideal es que las políticas que evidencian su funcionalidad deben tener continuidad. El sector salud está integrado básicamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y por entidades privadas. "La cobertura se distribuye así: El MSPAS atiende el 25% de la población, el IGSS, al 15% y el sector privado a un 14%. Gran parte de los no atendidos (46%) por el sistema de salud vive en regiones con acceso difícil a los puestos que no son atendidos regularmente por el Ministerio de Salud" (5).

Al observarse la poca atención en medicina preventiva, como resultado se tiene la alta incidencia de casos que llegan a requerir hospitalización, sin que con esto se mejore el nivel de salud. Para un tratamiento que requiere hospitalización, la población necesita movilizarse hacia las áreas urbanas, que es en donde se encuentran concentrados los servicios: esto limita el acceso a estos servicios para la población de las áreas rurales, quienes se caracterizan por su escasez de recursos económicos. Teóricamente, las Políticas de Salud deben estar orientadas para resolver los

(5) SEGEPLAN: Plan de Acción de Desarrollo Social 1992-1996. Desarrollo Humano, Infancia y Juventud, Guatemala. Diciembre 1991, Pág. 11.

problemas relacionados a la salud-enfermedad, aliviando o mejorando cada situación en particular que demanda los servicios de la salud. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el encargado de dirigir tales acciones. En dicho Ministerio, la Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, elaboró un plan operativo, en donde da a conocer sus políticas a seguir; siendo las más importantes:

- Aumento de cobertura
- Protección, conservación y mejoramiento de la salud ambiental.
- Alimentación y nutrición
- Desarrollo Institucional y administración del sector
- Infraestructura del sector salud.

En el mismo plan del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, mencionan que la principal estrategia del Plan de Salud es la ATENCION PRIMARIA, refiriéndose con estos términos a la implementación de la MEDICINA PREVENTIVA (lo que más adelante se describirá con detalle).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en su plan de trabajo, plantea lo siguiente:

1.2.1. Areas de Acción Programática:

1.2.1.1. Area de Desarrollo en Salud:

- Extensión de cobertura de servicio en salud.
- Fortalecimiento de la capacidad física instalada.
- Fortalecimiento de la investigación y tecnología.

1.2.1.2. Area de Atención Médica:

- Grupo materno-infantil
- Atención general
- Ancianos
- Minusválidos.

1.2.1.3. Area de Control de Enfermedades Transmisibles y Vigilancia Epidemiológica:

- Control de la enfermedades transmisibles
- Vigilancia epidemiológica.

1.2.1.4. Area de Nutrición y Alimentación:

- Mejoramiento de la situación nutricional
- Sistema de vigilancia epidemiológica del estado nutricional
- Fortalecimiento y enriquecimiento de los alimentos y adecuada utilización de los mismos

1.2.1.5. Area de Salud Ambiental:

- Introducción de agua potable y adecuada disposición de excretas
- Disposición sanitaria de basura
- Mejoramiento de la vivienda

1.2.1.6. Area de Formación de Recursos Humanos:

- Planificación, programación y utilización de recursos humanos
- Capacitación en salud en áreas prioritarias

- Desarrollo de tecnología educacional en recursos humanos
- Coordinación con otras entidades que forman o capacitan personal en salud.

1.2.1.7. Area de Salud Comercial y Productiva:

- Control de laboratorios
- Control de bioquímicos
- Control de alimentos
- Control de establecimientos de atención al público
- Droguería nacional, farmacias y ventas municipales de medicinas
- Control industrial.

1.2.1.8. Area de Educación para la Salud:

- Incrementar y organizar los recursos especializados en educación para la salud
- Reforzar el componente educativo en los distintos programas de salud
- Promover la coordinación en las instituciones del sector para abordar conjuntamente el área de educación para la salud.

Las anteriores áreas programáticas operacionalizan las políticas de salud. Al analizarlas puede concluirse que responden a los problemas de morbi-mortalidad en la población, sin embargo al confrontarlas con la realidad, dichas políticas, no se proyectan a las grandes mayorías

poblacionales porque éstos grupos no están gozando de buenas condiciones de salud.

Siendo la Políticas de Salud parte de las Políticas Sociales, se determina que las mismas están diseñadas por el Estado, representadas por las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con la autoridad legal y técnica que poseen para dictar las formas a través de las cuales esas políticas deben ser cumplidas por funcionarios y demás población en un determinado territorio. Este poder está distribuido de manera desigual en la sociedad y se ejerce de múltiples maneras. Las decisiones que toma el Estado responden de alguna manera al ejercicio del poder real, a sus contradicciones, estructura y equilibrio en un momento dado; para el logro de los objetivos determinados. Toda decisión de política pública implica a lo menos, los siguientes elementos:

- Poder o capacidad de gobernabilidad
- Información (teórica y normativa) disponible para diversos cursos de acción
- Proyecto, plan o modelo
- Adaptación, flexibilidad y análisis.

La formulación de la política emerge de los elementos anteriores. El poder o capacidad de gobernabilidad es fundamental no sólo para establecer un consenso en la formulación de la Política sino para dirigir su adopción por

quienes corresponda, haciéndose necesario para ello contar con indicadores adecuados para la adopción de decisiones; con ello se enmarca la necesidad de realizar investigaciones continuas. Dentro de los aspectos institucionales relacionados con la formulación de Políticas de Salud debemos tener presente la estructura del sistema político, las características del proceso político y las propiedades de los recursos humanos.

En lo que respecta a las propiedades de los recursos humanos, señala que estos juegan un papel significativo, no sólo en la implantación de las políticas, sino además en su formulación. A este respecto, destaca los siguientes aspectos que relacionan a los recursos humanos con la formulación de la política:

- Criterios para el reclutamiento, selección y promoción de los recursos humanos
- Calidad de la capacitación y especialización de los recursos humanos
- Incentivos que correspondan a los esfuerzos y actividades que realizan los funcionarios.

Después de formular las políticas, viene la implantación de la política, es decir el mecanismo por medio del cual la Política se transforma en planes, programas y proyectos, y para asegurar una adecuada implantación, se debe de considerar los siguientes elementos:

- Que la política esté bien formulada
- Que exista una adecuada capacidad institucional en el sector
- Unidad de frente interno
- Manejo cuidadoso de condiciones externas.

Una buena formulación conlleva la potencialidad eficaz para encarar los problemas a cuya solución esté encaminada; factible en lo que respecta a la disponibilidad efectiva de recursos humanos, físicos y financieros para su ejecución y aceptable en el sentido de que el Costo Social, Económico o Político que provoque su aplicación sea compatible con las expectativas e intereses de los grupos sociales y del gobierno que impulsa las políticas. Respecto a la adecuada capacidad institucional en el sector, esto implica también la disponibilidad de personal idóneo, la experiencia institucional en la ejecución de las políticas y así mismo, un sistema ágil y rápido de procedimientos técnicos y administrativos para lograr con ésto: eficiencia, eficacia y efectividad. Por otra parte es necesario incorporar en forma total a la población dentro del proceso de participación en el campo de la salud, tanto a nivel de las acciones como de las decisiones que afecten su estado de salud.

Cualesquiera que sean las políticas de salud que un gobierno se proponga seguir, su aplicación estará a cargo de instituciones formales (privadas y estatales) siendo siempre

el Estado el responsable de promover y regular las acciones. Entonces se hace necesario que haga una apropiada distribución de responsabilidades y de competencias en materia de salud entre los diferentes organismos de Estado. En materia de salud es necesario que se de una coordinación intersectorial, interdisciplinaria e intrainstitucional, que asegure una verdadera proyección social en pro del mejoramiento integral de la salud.

Dentro de las políticas de salud, mucho se ha hablado de Salud Para Todos en el Año 2,000; para alcanzarlo se requiere de que los países subdesarrollados realicen acciones encaminadas a lograr altas tasas de crecimiento económico, mediante el pleno empleo de la fuerza laboral con salarios adecuados, es decir que haya desarrollo económico y políticas que impongan una verdadera distribución equitativa y justa de la riqueza nacional, conlleva ganar batallas contra: desnutrición, otorgar vivienda con servicios, educación, vestido y recreación a todos los desposeídos. En la búsqueda de Salud Para Todos, se requiere la conciente participación de "Todos".

En el caso de Guatemala con características de subdesarrollo y dependencia, para mejorar el nivel de salud, se hace necesario superar los obstáculos que impiden llegar a tener una vida digna, y entre estos se pueden mencionar:

- Limitaciones económicas

- Mala o nula coordinación interinstitucional
- Prácticas médicas sólo a nivel asistencialista
- Limitación de recursos, especialmente en áreas no urbanizadas
- Centralización y concentración administrativa de algunos servicios públicos y privados de salud
- Malas coordinaciones que limitan o duplican funciones que se dan en forma parcializada y pérdida de recursos dentro del sector salud y otros sectores del quehacer económico y social
- Problemas tecnológicos
- Mala formación gerencial y administrativa de los responsables de "puestos claves"
- Discontinuidad de planes y programas funcionales
- Sistemas de promoción e información inadecuados para la gestión y atención en salud
- Por último vale la pena también establecer la importancia en quienes operativizan las políticas, el tener definidas en forma precisa sus funciones, actividades y tareas para el logro de la META: "SALUD PARA TODOS". Si ésto se recalca, muchos de los problemas del sector salud serían identificados con más precisión y a la vez resueltos en forma más oportuna.

1.3. Salud Primaria:

La atención primaria forma parte integral tanto del

sistema nacional de salud, del que constituye la función central y su núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. "El objeto de la Atención Primaria en Salud es: Poner al alcance de todos los habitantes, la asistencia sanitaria básica, persiguiendo el mejoramiento de la calidad de vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos" (6).

La atención primaria significaría entonces, "prevenir en vez de curar". Este tipo de atención resultaría más económica desde el punto de vista financiero, el que a mediano o largo plazo daría una buena calidad de resultados. La labor educativa es inherente en estas acciones que se encaminan a la atención primaria, y es importante para ello la participación individual y/o colectiva de las comunidades, en todas las etapas de su ejecución. La atención primaria es importante que se diseñe en guías prácticas y eficaces, es evidente que en donde se detecta más problemas de morbilidad

(6) Silvia Véliz de Rivera: Discursos, II Congreso Nacional del Niño y la Familia, Consejo de Bienestar Social, Guatemala, 1983, Pág. 115.

es en la población rural y asentamientos precarios. Hay un considerable número de comunidades que no tienen acceso a servicios de salud. La atención primaria en salud es entonces: La estrategia de atención que ayudaría a equilibrar las necesidades en cuanto a la disponibilidad de recursos. También para cumplir su cometido efectivamente, es importante que todas las actividades encaminadas a brindar atención primaria en salud, se apoyen en programas de educación, agrícolas, de desarrollo comunitario y otros.

En la viabilización de las políticas de salud la Medicina Social juega un papel muy importante: Para Ander Egg esto significa: "La parte de la medicina que estudia los factores sociales que influyen en las cuestiones médicas, esto es, las relaciones existentes entre la salud y enfermedad del ser humano y sus condiciones sociales, patrones culturales y formas de organización social"

"El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha propuesto servicios de salud, de orden social; teniendo como función determinar el desarrollo de los servicios que satisfagan las aspiraciones de la población, en cuanto a la atención de salud se refiere, disminuyendo el número de periodos de enfermedad y la duración de la misma, promoviendo la salud"(7).

(7) Olga Morán y Alba Ortiz: Implicaciones Sociales y Económicas que afectan a la familia de los pacientes del INCAN, Guatemala, 1982, Pág. 2.

Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, en la formulación de planes y programas hay que evitar caer en subjetividades, es necesario análisis concretos y además establecer prioridades. Por ejemplo hay que considerar:

- a) La magnitud del daño y el número de casos y defunciones en un período determinado.
- b) La trascendencia social; la importancia que tiene el daño según edad, sexo, estado civil, tipo de trabajo, etcétera.
- c) La vulnerabilidad y establecer la capacidad tecnológica y administrativa para prevenir y/o erradicar un daño.
- d) La relación Costo-Efecto; es el costo de combatir los daños o la inversión para obtener un resultado.

Cuando se inicia una labor educativa en salud, es necesario además, conocer las creencias y prácticas respecto a la salud en la comunidad local y el medio que lo rodea. Las prácticas sanitarias reales, son las que cuentan, y las creencias tienen importancia sólo en la medida en que determinan la práctica y hacen difícil cambiar una costumbre dañina por otra beneficiosa.

Dentro de lo anterior guardan mucha relación las creencias culturales y religiosas, por ejemplo brujerías y otros; las que se transmiten de generación en generación.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dice que; para La Atención Primaria en Salud (APS) es importante

destacar algunos aspectos que prodrían sugerir el camino acertado para lograr una atención integral del proceso salud-enfermedad de la población; como son los siguientes:

10. Elaboración de planes, programas y proyectos concretos encaminados a alcanzar la "SALUD PARA TODOS".
20. Establecer asistencias sanitarias preventivas sin descuidar aspectos de educación, vivienda, vías de comunicación, medios de transporte, recreación, la alimentación y la participación social, entre otros, que aseguren un satisfactorio estado de salud de la población.
30. Aplicación de métodos y tecnologías prácticas que tienen fundamento científico y aceptación social.
40. Debe estar al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades, con la participación plena y a un costo adecuado de los recursos del Estado.
50. Establecer estrategias de contacto con las personas del sistema de salud, teniendo todos derecho a servicios que atiendan desde una perspectiva global su proceso de salud-enfermedad.
60. Llevar lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde se vive o trabaja.

El éxito de la estrategia requiere como condición necesaria una política nacional bien definida, aplicada a través de un proceso de participación capacitante y de

evaluación sistemática y el desarrollo de componentes estratégicos, que individualmente cada país se ha definido de acuerdo a sus características socioeconómicas y de la salud. La Salud Para Todos se obtendrá por la vía de una atención primaria integral de los aspectos que entran en juego en la determinación del proceso salud-enfermedad. Para ello se necesita la definición de una política nacional de desarrollo económico y social que de viabilidad a una acción coordinada y global de todos los sectores del quehacer estatal, quienes a través de un trabajo en equipo con recursos suficientes y distribuidos equitativamente con tecnología apropiada a las condiciones y posibilidades nacionales se encargarán de catalizar el proceso para satisfacer las necesidades básicas de todos los individuos de la sociedad nacional.

1.4. Trabajo Social Y Políticas Sociales:

Se estima conveniente hacer mención de la relación que existe entre las Políticas Sociales y el Trabajo Social porque el Trabajador Social es ente activo en la operacionalización de las mismas, tanto en los programas de salud, como en la educación y vivienda, etcétera. Podría afirmarse que el Trabajo Social como profesión inscrita en la división social del trabajo se sitúa en el proceso de reproducción de las relaciones sociales, fundamentalmente como una actividad auxiliar en el ejercicio del control social y en la difusión de la ideología de la clase dominante

al lado de la clase trabajadora, a través de mecanismos institucionales. La profesión del Trabajo Social se institucionaliza dentro de la división capitalista del trabajo, como participe en la implementación de políticas sociales específicas llevadas a efectos por organismos públicos y privados, inscritos en el esfuerzo de legitimación del poder de grupos y fracciones de las clases dominantes que contribuyen o tienen acceso al aparato estatal. El Trabajador Social en ejercicio de sus actividades vinculado a organismos institucionales estatales, para-estatales y privadas, se dedica al planteamiento, operacionalización y viabilización de servicios sociales por ellos programados para la población. El Trabajador Social es llamado a constituirse en el agente institucional de "Primera Línea" en las relaciones entre la Institución y la población, por ser quien establece el contacto directo entre usuarios e Institución.

El Trabajo Social como una de las formas institucionalizadas de actuación en las relaciones entre los usuarios dentro de lo cotidiano de la vida social, tiene como instrumento privilegiado para proyectarse, "el lenguaje". Ejecuta acciones de cuño de acción socio-educativo, volcadas hacia cambios en la manera de ser, de sentir, de ver, de actuar de los individuos que buscan la adhesión de los sujetos. El Trabajador Social debe construir su problema objeto de intervención a partir de la investigación

científica, lo que permitirá aclarar problemas y conocer la colectividad a quien van dirigidas sus acciones. Dentro del proceso investigativo es importante involucrar a los usuarios, para que sean ellos mismos quienes pidan una ampliación y/o modificación de servicios, de acuerdo a sus demandas. El Trabajador Social también debiera de participar en la planificación de las Políticas Sociales, velar porque se amplíe la cobertura institucional, al mismo tiempo abrir espacios profesionales en donde se desenvuelve. Cuando ya el Trabajador Social tiene claridad del problema objeto de intervención, se procede a planificar, luego en el plan puede esclarecer las prioridades de intervención para así entrar de lleno a la ejecución, sin perder de vista la evaluación, considerando siempre la participación de usuarios y otros profesionales de la institución hasta lograr construir las propias teorías, métodos y técnicas. Todo esto sólo se logrará, si el Trabajador Social está verdaderamente comprometido con su quehacer profesional.

Al profesional en Trabajo Social le corresponde buscar las vías y mecanismos necesarios para que las Políticas se ejecuten en función de los intereses y necesidades de las mayorías, a fin de que éstas sean dirigidas a frenar las causas del problema y no sólo a paliar los efectos. El profesional de Trabajo Social en su práctica de campo interviene en grados diversos de intensidad, en la vida de las personas con quienes trabaja, invadiendo de cierta forma

su privacidad. Con ello se explica la importancia del compromiso social del Trabajo Social orientado en el sentido de identificarse con el usuario, tratándolo como individuo, prevaleciendo en ello de que "cada caso es un caso". El Trabajo Social debe dominar y manejar en forma teórica y práctica el ámbito donde se desenvuelve.

El Trabajador Social necesita sistematizar sus experiencias prácticas y que éstas sirvan de base para construir su teoría, métodos y técnicas capaces de transformar la realidad social en la cual trabaja. Una alternativa podría ser el que los Trabajadores Sociales se unieran por áreas y/o sectores de trabajo para identificar y caracterizar la problemática social, analizar el grado de importancia que merece "un problema" para la sociedad, y tener claridad del espacio en el cual se desenvuelve, es decir conocer la política institucional en la cual trabaja y cómo ésta se integra en el Plan Nacional de Desarrollo, conocer la estructura organizativa de la Institución, sus normas, reglas, con el propósito de tener claro en qué momento retroceder y en qué momento avanzar para convertir los programas asistenciales en instrumentos para lograr la participación popular, a quien van dirigidos los servicios.

1.5. Instituciones Que Tienen Programas Para Diagnóstico Y Tratamiento Del Cáncer Del Cuello Uterino:

En esta sección se presenta un análisis de las

instituciones de salud investigadas, tanto del sector Estatal como del Privado, que cuentan con programas de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer del Cuello Uterino.

Las instituciones que se consideraron para la unidad de análisis constituyen un recurso para el Trabajador Social porque atienden a señoras con problemas de cáncer del cuello uterino y con los que se podrá determinar su funcionalidad y eficiencia de servicios para un mejor manejo de estos casos.

Las instituciones investigadas fueron: ASOCIACION PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA (APROFAM), INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (INCAN), INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS), HOSPITAL ROOSEVELTH (H.R.) Y HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS" (H.G.); las que al momento son las que atienden al mayor número de población, en comparación a clínicas y hospitales particulares, en donde también se atiende a señoras con dicha problemática, pero en menor escala.

1.5.1. Generalidades De Las Instituciones Investigadas

(APROFAM, INCAN, IGSS, H.R. Y H.G.):

Los servicios dirigidos a la atención del cáncer del cuello uterino, están concentrados en la ciudad capital (APROFAM, INCAN, IGSS, H.R. Y H.G.).

De estas instituciones, tres cubren a nivel nacional

(APROFAM, INCAN e IGSS) y dos a nivel regional (H.R. y H.G.) porque se ha dividido a los Departamentos de la República y zonas de la capital, de acuerdo a su ubicación (según disposición del M.S.P. y A.S.). Es importante mencionar que las dos instituciones estatales son las que sólo cubren a nivel regional.

El INCAN es una Institución mixta de acuerdo a su financiamiento (porque recibe subsidio del Estado, pacientes, donativos de personas altruistas y rifas que realiza la Liga) cubre a nivel nacional porque atiende a toda paciente que solicita el servicio, sin importar su procedencia. En cuanto a APROFAM es considerada como Institución de la iniciativa privada y atiende a nivel nacional, tiene clínicas ubicadas en diferentes Departamentos y zonas de la capital, contribuyendo con esta descentralización de servicios a una mejor prestación de los mismos, facilitando el acceso a la paciente. El IGSS es una Institución semiautónoma, también cubre a nivel nacional.

1.5.2. Procedencia De Pacientes:

APROFAM, IGSS, H.R. y H.G. opinan que de la población que solicita sus servicios, la mayoría proviene de áreas urbanas (81.25%) y el resto (18.75%) del área rural; esto debido a que es la población que más se preocupa por consultar a la clínica para sus exámenes médicos, tomando en

consideración la facilidad de acceso y la disponibilidad de la paciente para someterse a tratamientos médicos.

En cuanto al INCAN, difiere al decir que la mayoría de su población atendida proviene del área rural; el 59.5%, y el 40.5% del área urbana, considerándose que esto se debe a que ahí son referidos todos aquellos casos del interior de la República en donde no pudieron atender a la paciente para su tratamiento, y por ser el INCAN la Institución especializada en problemas de cáncer.

En el presente estudio se consideró a la población del área metropolitana, observando los siguientes resultados:

CUADRO # 1

GUATEMALA, DISTRIBUCION RELATIVA DEL LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS DEL AREA URBANA

I N S T I T U C I O N E S					
AREAS	APROFAM	INCAN	IGSS	H.R.	H.G.
MARGINAL	25%	54.59%	70%	58%	50%
POPULAR	70%	31.77%	25%	40%	40%
RESIDENCIAL	5%	13.64%	5%	2%	10%
TOTALES	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Investigación de campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

Area es el espacio de tierra ocupado por un edificio. Area marginal, se refiere a la falta de integración de las

viviendas al conjunto de servicios municipales y comunales, debido a la ubicación geográfica marginal y a las deficiencias topográficas del terreno, en donde habitan personas que se caracterizan por su bajo nivel socio económico y cultural. Area Popular, es la que sobresale por ser más generalizada en un pueblo, algo más extensivo; en donde residen las personas de condición socio económica y cultural de nivel medio. Area Residencial, se denomina así, al barrio reservado para vivienda, especialmente cuando son de lujo, las personas tienen más y mejores recursos económicos.

Obsérvese que es la población baja y media, quienes más asisten a estas instituciones en demanda de sus servicios, debido a que son los grupos más vulnerables que están siendo afectados por el Cáncer de Cuello Uterino y quienes por no contar con los recursos económicos necesarios, se ven en la necesidad de asistir a éstas instituciones en donde obtienen los servicios a precios más cómodos.

La morbi-mortalidad del Cáncer del Cuello Uterino está siendo atendida institucionalmente desde el año 1952 por el INCAN, quien inició sus primeros proyectos en la instalaciones del H.G. "San Juan de Dios" y en 1970 el H.G., también lo hizo independientemente a lo que es la Liga Nacional Contra el Cáncer. En 1979, APROFAM y H.R. en coordinación de proyectos, pues inicialmente, fue en el

laboratorio Citológico del H.R. en donde se hacían los análisis de Papanicolaou de APROFAM y H.R. y en el año 1985 ya el IGSS cuenta con un departamento específico para la atención de problemas de Oncología en Gineco-Obstetricia (Pamplona, Zona 13).

Las cinco instituciones investigadas están atendiendo a pacientes con problemas de morbilidad por Cáncer del Cuello Uterino, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario.

1.5.3. Objetivos De Las Instituciones Que Cuentan Con Programas De atención Al Cáncer Del Cuello Uterino:

Todas las instituciones investigadas tienen definidos sus propios objetivos que se encaminan hacia sus propias políticas institucionales, de los cuales, se presentan sólo los que están dirigidos a la atención de la problemática del Cáncer del Cuello Uterino, los cuales convergen en los criterios que se presentan en el siguiente cuadro:

CUADRO # 2

GUATEMALA, DISTRIBUCION ABSOLUTA Y RELATIVA DE LA CONVERGENCIA DE CRITERIOS EN LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES ESPECIFICOS PARA LA ATENCION DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO:

I N S T I T U C I O N E S											
OBJETIVOS	APROFAM		INCAN		IGSS		H.R.		H.G.		TOTALES
	V/A.	%	V/A.	%	V/A.	%	V/A.	%	V/A.	%	V/A.
Disminuir la incidencia de morbi-mortalidad por lesiones preinvasivas e invasivas.	1	33.3	1	33.3	1	33.3	1	50	1	50	5 100
Dar tratamiento curativo en lesiones preinvasivas de cérvix de acuerdo a diagnóstico, edad y paridad.	1	33.3	1	33.3	1	33.3	1	50	1	50	5 100
Detectar el cáncer en estadios	1	33.3	1	33.3	1	33.3	-	--	-	--	3 100
TOTALES	3	23	3	23	3	23	2	15	2	15	13 100

Donde V/A. es valor absoluto.

Fuente: Investigación de Campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

Obsérvese en el cuadro anterior que las instituciones dirigen sus objetivos a la detección temprana, disminución de incidencia y el dar tratamiento curativo a la morbilidad por Cáncer del Cuello Uterino. Todas las instituciones

mencionadas han coincidido en la importancia que tiene el disminuir la incidencia y el brindar tratamiento curativo al Cáncer del Cuello Uterino, sin embargo es menor la atención a la detección temprana de esta morbilidad y ello se refleja fácilmente en la falta de campañas educativas, principalmente por las del sector estatal, quienes no lo han considerado como algo prioritario para la funcionalidad de sus programas.

1.5.4. Requisitos Que Solicitan Las Instituciones Para Atender A Pacientes Con Problemas De Lesiones Preinvasivas E Invasivas En El Cuello Uterino:

En el análisis de encuestas en las diferentes instituciones tanto del sector privado como estatal durante la investigación de campo, se llegó a establecer que las pacientes para ser atendidas por su problema del Cáncer del Cuello Uterino deben llenar ciertos requisitos, de ellos algunos no son comunes para todas las instituciones, siendo los siguientes:

CUADRO # 3

DISTRIBUCION ABSOLUTA Y RELATIVA DE LOS REQUISITOS QUE SOLICITAN LAS INSTITUCIONES PARA BRINDAR ATENCION A LAS PACIENTES QUE PADECEN DE LESIONES PREINVASIVAS E INVASIVAS EN EL CUELLO UTERINO

REQUISITOS	I N S T I T U C I O N E S										
	APROFAM		INCAN		IGSS		H.R.		H.G.		TOTALES
	V/A	%	V/A	%	V/A	%	V/A	%	V/A	%	V/A %
Papanicolaou	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	5 100
Coloscopia	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	5 100
Ex. Lab. Rutinario	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	5 100
Ex. de Rutina (Electro Cardiograma y otros)	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	5 100
Consentimiento de la paciente	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	5 100
Cédula	-	--	1	25	1	25	1	25	1	25	4 100
Pielograma intravenoso	-	--	1	100	-	--	-	--	-	--	1 100
Rayos X de Torax	-	--	1	33.3	-	--	1	33.3	1	33.3	3 100
3 donadores de Sangre	-	--	1	33.3	-	--	1	33.3	1	33.3	3 100
Pertenecer al área geográfica	-	--	-	--	-	--	1	50	1	50	2 100
TOTALES	5	13	9	24	6	15	9	24	9	24	38 100

Fuente: Investigación de campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

Al observar el cuadro, puede notarse que hay diferencias en las instituciones, de acuerdo a los requisitos que solicitan a las pacientes para que puedan ser atendidas por el problema de lesiones preinvasivas e invasivas del Cáncer del Cuello Uterino, los requisitos más importantes para las instituciones es que la paciente cuente con resultado reciente de Papanicolaou, examen de colposcopia, exámenes rutinarios de laboratorio y otros como electrocardiograma y el consentimiento de la paciente. La Institución que más requisitos solicita es el INCAN. Para el IGSS sólo por el hecho de estar afiliada, tiene la paciente el derecho de pasar a consultar a varias clínicas de especialidades, según lo amerite su caso y al mismo tiempo cuentan con su historia clínica y social.

Para la ejecución de los programas dirigidos a la atención de la morbilidad por Cáncer del Cuello Uterino, el IGSS, H.R., y H.G., lo realizan con fondos de la misma Institución, el INCAN lo cubre en forma mixta (pacientes e Institución) y en APROPAM es autofinanciable, a pesar de que lo efectúan a un costo bastante cómodo.

1.5.5. Referencia De Pacientes:

Las señoras asisten a las instituciones en demanda de sus servicios, unas lo hacen por iniciativa propia, otras no, por lo que se consideró importante investigar al respecto.

CUADRO # 4

GUATEMALA, DISTRIBUCION PORCENTUAL DE REFERENCIAS QUE RECIBEN EN LAS INSTITUCIONES PARA ATENDER A LAS PACIENTES QUE DEMANDAN LOS SERVICIOS POR PROBLEMAS DE LESIONES PREINVASIVAS Y/O INVASIVAS EN EL CUELLO UTERINO

I N S T I T U C I O N E S					
FUENTE DE REFERENCIAS	APROFAM	INCAN	IGSS	H.R.	H.G.
	%	%	%	%	%
AUTOREFERIDA	100	37	80	90	90
CLINICA PARTICULAR	--	23	--	8	5
HOSPITALARIA	--	32	--	2	5
OTRAS INST.	--	8	--	--	--
OTROS SEVICIOS DE GINECOLOGIA Y MATERNIDAD	--	--	20	--	--
TOTALES	100	100	100	100	100

Fuente: Investigación de campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

Nótese en el cuadro que en todas las instituciones predomina la autoreferencia. Sin embargo es en el INCAN en donde a pesar de que las autoreferencias superan a las demás fuentes de referencia, se estima poca diferencia entre las referencias hospitalarias y de Doctores de clínicas particulares, ésto es debido a que allí van pacientes sintomáticas por problemas de morbilidad por Cáncer del Cuello Uterino.

1.5.6. Oferta Y Demanda de Servicios:

También es importante mencionar que en todas las instituciones están considerando que la oferta de servicios no está respondiendo a la demanda y esto es debido a: falta de espacio físico, limitación de recursos humanos y financieros (en las cinco instituciones investigadas). Falta de equipo (excepto APROFAM).

La cantidad de población atendida para Papanicolaou en el año 1,992 en las distintas instituciones, fué el siguiente:

CUADRO # 5

NUMERO DE PAPANICOLAOUS QUE EFECTUAN EN LAS INSTITUCIONES QUE TIENEN MAYOR COBERTURA POBLACIONAL Y GEOGRAFICA EN GUATEMALA

INSTITUCION	AÑO	(%)	MES	DIARIO (días hábiles)
APROFAM(*)	65882	45.13	5490.16	274.50
IGSS	27257	18.68	2271.00	113.57
INCAN	24900	17.06	2075.00	103.75
H.R.	20000	13.70	1666.60	83.33
H.G.	7927	5.43	660.58	33.03
TOTALES	145966	100		

(*) sólo área central, que comprende a la Capital, Antigua, Chimaltenango, Jutiapa y Jalapa.

Fuente: Investigación de campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

La población en edad fértil de mujeres (15 a 45 años

edad), aproximadamente son 2 millones, según calendario demográfico de APROFAM, mientras que la población atendida para Papanicolaou por las instituciones investigadas apenas fueron 145,966 = 7.30%. Esto demuestra que a pesar de cubrir las instituciones a nivel regional y nacional, éstas no están en capacidad para afrontar la verdadera problemática que presenta nuestra sociedad por la morbi-mortalidad del Cáncer del Cuello Uterino. Según el calendario citado, del año de 1,992 habían 2,168,000 mujeres comprendidas entre los 15 a 49 años de edad. Población urbana sólo 934,900 (datos encontrados en las fechas 7-9 y 10 de marzo respectivamente). Como la población considerada para el estudio, fue de las edades de 15 a 45 años, por eso se estimaron sólo 2 millones de población en el análisis.

También es notorio que las instituciones que cubren a la mayor cantidad de la población son APROFAM (45.13%), el IGSS (18.68%) y el INCAN (17.06%), siguiéndole en su orden el H.R. (13.70%) y el último, el H.G. "S.J.D." (5.43%); siendo éstas las instituciones que más se han preocupado por atender la problemática del Cáncer del Cuello Uterino. De las pacientes atendidas, algunas presentan ya una patología cervical, calculando las instituciones los siguientes porcentajes:

- Para INCAN entre el	1.5%	a	2%
- Para APROFAM entre el	1.95%	a	2%
- Para el IGSS entre el	0.37%	a	0.50%
- Para el H.R. entre el	2.00%	a	2.50%
- Para el H.G. entre el	1.93%	a	2%

Estos datos lógicamente van en relación al número de población atendida en cada Institución. Obsérvese que el IGSS es el que menor porcentaje reporta. En dicha Institución le efectúan su examen de Papanicolaou a toda paciente, como parte de sus exámenes de rutina, cuando asisten a los servicios de maternidad y ginecología. Mientras que en las demás instituciones las señoras lo demandan por alguna situación particular, ejemplo en APROFAM e INCAN, en donde mantienen la campaña continua de Detección Temprana del Cáncer del Cuello Uterino, por el examen de Papanicolaou, el cual ha sido divulgado constantemente. Y en los hospitales nacionales que también asisten las señoras por algún síntoma que presenten, por ello el porcentaje es similar, respecto a los casos positivos.

De los casos positivos, también se investigó el porcentaje aproximado de cada diagnóstico, los resultados se presentan en el cuadro siguiente:

CUADRO # 6

GUATEMALA, DISTRIBUCION PORCENTUAL DE DIAGNOSTICOS POSITIVOS QUE SE PRESENTAN EN CADA UNA DE LAS INSTITUCIONES INVESTIGADAS

I N S T I T U C I O N E S					
DIAGNOSTICOS	APROFAM %	INCAN %	IGSS %	H.R. %	H.G. %
Preinvasivas:					
NIC I	61.56	10.00	52.00	25.00	53.59
NIC II	24.50	30.00	28.00	31.00	28.10
NIC III	4.02	30.00	11.00***	22.00**	12.48*
SUB TOTALES	90.08	70.00	91.00	78.00	94.10
Cáncer Epidermoide invasivo:					
ESTADIO 0	-----	7.00	8.00	18.00	5.25
ESTADIO I	8.17	3.00	-----	-----	-----
ESTADIO II	-----	11.00	-----	-----	-----
ESTADIO III	1.69	7.00	-----	-----	-----
ESTADIO IV	-----	-----	-----	-----	-----
ADENOCARCINOMA	0.06	1.00	1.00	2.00	0.65
NO CLASIFICADOS	-----	1.00	-----	2.00	-----
SUB TOTALES	9.92	30.00	9.00	22.00	5.90
TOTALES	100	100	100	100	100

*** Maneja Displasias= 9 + 2 = 11 (NIC III + CA. IN SITU)

** Maneja Displasias y NIC

* Maneja Término Displasias

En H.R. Y H.G. refieren los casos con estadios II, III y IV al INCAN.

Fuente: Investigación de Campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

En las instituciones estatales es en donde menos atención le brindan a las pacientes que presentan ya un cáncer invasivo, y lo que hacen es referir a las pacientes al INCAN (Los carcinomas invasivos).

En las instituciones aún no han estandarizado la terminología para diagnóstico en exámenes de citología, según las distintas escuelas que cada una de ellas maneja, sin embargo, con fines analíticos las instituciones investigadas se maneja el término NIC (Neoplasia Intraepitelial del Cérvix) sin que por ello signifique, que no se respeten a las distintas escuelas.

1.5.7. Sobrevida Y Recurrencia De Casos De Señoras Con Lesiones Preinvasivas E Invasivas Que Se Presentan En Las Instituciones De Mayor Cobertura Poblacional Y Geográfica En Guatemala:

El cáncer del cuello uterino es curable si se diagnostica y se trata oportuna y adecuadamente, sin embargo a veces dicha morbilidad se diagnostica tardíamente, lo que se vuelve para la señora más doloroso, y difícil su tratamiento, al mismo tiempo la esperanza de vida disminuye; por tal motivo se quiso conocer qué consideran en las instituciones investigadas al respecto, para con ello tener elementos de juicio que permitan brindar a las pacientes un mejor tratamiento en su seguimiento médico-social:

CUADRO # 7

PORCENTAJE DE SOBREVIDA ESTIMADO EN CINCO AÑOS PARA
LA PACIENTE TRATADA, SEGUN SU DIAGNOSTICO

I N S T I T U C I O N E S					
DIAGNOSTICOS	APROFAM %	INCAN %	IGSS %	H.R. %	H.G. %
Lesiones pre- invasivas	100	No respon- dieron por no llevar	95	100	100
Estadio 0	100	seguimien- to de los	95	100	Sólo
Estadio I	100	" " "	50	80	los
Estadio II	95	mismos.	50	Referi- dos al	refie- ren al
Estadio III	60	" " "	30	INCAN	INCAN
Estadio IV	20	" " "	30	" "	" "
Adenocarcinoma	60	" " "	30	" "	" "

Fuente: Investigación de campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

Para las cinco instituciones investigadas, el mayor porcentaje de población atendida se concentra en las lesiones preinvasivas (obsérvese cuadro # 6) las cuales al ser diagnosticadas y tratadas adecuada y oportunamente, son el 100% exitosos. Los demás grados sin embargo a mayor malignidad, más largo y doloroso es el tratamiento, así como oneroso, bajando a la vez la esperanza de vida de la paciente. Posterior al tratamiento en pacientes con patología cervical, han observado POCA recurrencia de casos, especialmente en señoras con lesiones preinvasivas.

**1.5.8. Métodos Que Utilizan Las Instituciones Investigadas
Para Diagnóstico De Lesiones Preinvasivas Y/O
Invasivas Del Cáncer Del Cuello Uterino:**

Los Métodos de diagnóstico del Cáncer del Cuello Uterino son varios, entre ellos están los que se presentan en el siguiente cuadro:

CUADRO # 8

MÉTODOS DE DIAGNOSTICO PARA LA DETECCION DEL CANCER DEL CUELLO UTRINO CON LOS QUE CUENTAN LAS INSTITUCIONES QUE TIENEN MAYOR COBERTURA POBLACIONAL Y GEOGRAFICA EN GUATEMALA

I N S T I T U C I O N E S					
MÉTODOS DE DIAGNOSTICO	APROFAM	INCAN	IGSS	H.R.	H.G.
PAPANICOLAOU	X	X	X	X	X
PRUEBA DE SCHILLER	X	X	X	X	-
CONIZACION	X	X	X	X	X
COLPOSCOPIA	X	X	X	EN PROYEC- TO A CORTO PLAZO.	
LEGRADO DIAGNOSTICO ENDOCERVICAL	X	X	X	X	X
BIOPSIA	X	X	X	X	-
TOTALES	6	6	6	5	3

Fuente: Investigación de campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

Es fácil observar que en las dos instituciones estatales (H.R. y H.G.) son las que cuentan con menos métodos para diagnóstico de lesiones preinvasivas e invasivas del Cáncer del Cuello Uterino.

1.5.9. Tipos De Tratamiento Con Que Cuentan Las Instituciones Que Atienden Pacientes Con Lesiones Preinvasivas Y/O Invasivas Del C ncel Del Cuello Uterino:

Cuando las pacientes ya presentan algún grado de lesiones preinvasivas y/o invasivas del C ncel del Cuello Uterino, ameritan someterse a tratamiento, para lo cual las instituciones cuentan con los siguientes tipos de tratamiento médico.

CUADRO # 9

TIPOS DE DIAGNOSTICO CON QUE CUENTAN LAS INSTITUCIONES DE GUATEMALA QUE TIENEN MAYOR COBERTURA POBLACIONAL Y GEOGRAFICA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON LESIONES PREINVASIVAS E INVASIVAS DEL CUELLO UTERINO

TIPOS DE TRATAMIENTO	I N S T I T U C I O N E S				
	APROFAM	INCAN	IGSS	H.R.	H.G
CRIOCIRUGIA	X	X	X	-	-
ELECTROCOAGULACION	X	X	-	X	-
CONIZACION	X	X	X	X	X
HISTERECTOMIA	X	X	X	X	X
RADIOTERAPIA	-	X	X	-	-
QUIMIOTERAPIA	-	X	X	-	-
TOTALES	4	6	5	3	2

Fuente: Investigación de campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

A pesar de que las cinco instituciones investigadas atienden a nivel ambulatorio y hospitalario las lesiones preinvasivas e invasivas del C ncel del Cuello Uterino, no todas cuentan con los mismos recursos y por lo tanto no poseen todos los tipos de tratamiento necesarios para la atención de pacientes que sufren morbilidad por C ncel del Cuello Uterino. Es el INCAN el que sobresale con mayor

número de tratamiento, siguiéndoles en su orden el IGSS, luego APROFAM y siendo los últimos el H.R. y el H.G. los que menos recursos tienen para atender a pacientes con dicha problemática.

1.5.10. Participación De La Paciente Y Familiares En El Tratamiento Por Lesiones Preinvasivas Y/O Cáncer Del Cuello Uterino:

En APROFAM, INCAN e IGSS, han considerado que la participación de la paciente como respuesta para su tratamiento médico-social indicado, es BUENA, mientras que para el H.R. y el H.G. consideran que la paciente responde en forma ACEPTABLE, lo cual de acuerdo a sus categorías, esto último es menos que BUENO. Puede considerarse que la población que asiste al H.R. y H.G. es de nivel socio-económico y cultural un poco más bajo, lo que repercute en su participación para su tratamiento y morbilidad en el Cáncer del Cuello Uterino, haciéndose notorio la necesidad de brindar mayor educación al respecto.

En cuanto a la participación de los familiares de las pacientes para su tratamiento, solamente es en APROFAM, H.R. y H.G. en donde sí le hacen partícipes, sin embargo, esto lo hacen muy superficialmente, y más que todo lo hacen cuando estas personas se muestran interesadas por conocer más el caso de sus familiares que padecen dicha morbilidad. El IGSS es otra Institución que en forma eventual comunica a los

familiares de la paciente su problemática y tratamiento a seguir, pero refieren que lo hacen en forma muy general. En relación al INCAN, ellos informaron que no están involucrando a los familiares ni amistades de la paciente para su tratamiento, porque no tienen recursos profesionales para ello y por limitación de tiempo. La misma paciente es quien firma su consentimiento ante la Institución para ser tratada.

1.5.11. Problemas Que Limitan El Tratamiento Del Cáncer Del Cuello Uterino:

El personal que presta sus servicios a las señoras que presentan lesiones preinvasivas y/o invasivas del Cáncer del Cuello Uterino, ha podido detectar ciertos problemas que influyen y afectan a la paciente para atender su problema de salud, entre ellos están los siguientes:

CUADRO # 10

PROBLEMAS MAS COMUNES QUE PRESENTAN LAS SEÑORAS QUE PADECEN LESIONES PREINVASIVAS Y/O CANCER DEL CUELLO UTERINO EN GUATEMALA, Y QUE LES LIMITA EN SUS TRATAMIENTOS

ASPECTOS	I N S T I T U C I O N E S					TOTALES
	APROFAM	INCAN	IGSS	H.R.	H.G.	
ECONOMICOS	X	X	-	X	X	4
SOCIALES	X	-	-	-	-	1
CULTURALES	X	X	X	-	-	3
EMOCIONALES	-	-	X	-	-	1
OTROS (distancia)-	-	X	-	-	-	1
TOTALES	3	3	2	1	1	

Fuente: Investigación de campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

Al observar el cuadro puede notarse que todos los factores están influyendo directamente en la morbi-mortalidad por Cáncer del Cuello Uterino. De allí que toda paciente debe ser considerada como un ser integral inmersa en su ambiente, idiosincracia y otros, lo cual sólo se logra al analizar su caso como "una persona". Puede notarse que el "Factor Económico" es el que más afecta a esta población, no así a las pacientes del IGSS, porque ellos cubren población asalariada y que en dicha Institución les brindan los servicios sin costo adicional (sólo basta con que estén afiliadas). Le siguen en su orden los factores culturales (para APROFAM, INCAN e IGSS) en esto juega un papel importante el nivel de escolaridad, costumbres, religión y otros.

Es en APROFAM e INCAN en donde más problemas encuentran para brindar el tratamiento adecuado a las pacientes con morbilidad por Cáncer del Cuello Uterino (estos problemas son propios de las pacientes, no de la Institución). De allí se deriva que las pacientes, algunas rehusan a su tratamiento, lo que acelera su enfermedad, dejando huellas lamentables para ellas y su familia, especialmente para los niños que dependen tanto de ellas, como madres que son.

1.5.12. Coordinación Interinstitucional:

El INCAN para brindar sus servicios en la detección y atención a la morbilidad de lesiones preinvasivas y/o Cáncer

del Cuello Uterino, ha establecido alguna coordinación con Fábricas, Organizaciones no Gubernamentales (ONG's), Centro Preventivo de Mujeres y Centros y Puestos de Salud, para campañas de Papanicolaou; desarrollando proyectos a corto plazo. Mientras las cuatro instituciones restantes que también fueron investigadas (APROFAM, IGSS, H.R. y H.G.) no coordinan interinstitucionalmente por las siguientes razones:

- No haber obtenido respuesta institucional
- No tener canales adecuados de comunicación
- Sólo refieren No hay contra-referencias
- En el caso del IGSS porque ellos consideran tener todos los recursos necesarios para tratar a sus pacientes.

1.5.13. Proyectos Y/O Perspectivas Que Tienen Las Instituciones Para Atender La Morbi-mortalidad Por Cáncer Del Cuello Uterino:

En el H.R.y H.G. tienen en proyecto brindar los servicios de Colposcopia y Criocirugia en la atención a pacientes que presentan ya alguna patología cervical neoplásica.

El INCAN dio a conocer que piensan elaborar un plan nacional para educar a la población con respecto a la importancia de la prevención y detección temprana del Cáncer del Cuello Uterino, invitando para ello a todas las instituciones afines.

En cuanto a APROFAM e IGSS, informaron que de momento no han pensado introducir nuevos proyectos para la atención de pacientes que presentan tal padecimiento (morbi-mortalidad por cáncer del cuello uterino).

1.5.14. Equipo Multidisciplinario Que Participa En Las Instituciones Que Atienden A Pacientes Con Lesiones Preinvasivas E Invasivas Por Cáncer Del Cuello Uterino:

Para la atención integral a las señoras que padecen de lesiones preinvasivas y/o invasivas del Cáncer del Cuello Uterino, hay necesidad de que participen varios profesionales afines, por dicho motivo se ha cuestionado en las instituciones investigadas qué profesionales participan para atender a la paciente, para lo cual se obtuvo la siguiente información:

CUADRO # 11

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LAS INSTITUCIONES QUE MAYOR COBERTURA POBLACIONAL Y GEOGRAFICA TIENEN EN GUATEMALA, PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON LESIONES PREINVASIVAS E INVASIVAS POR CANCER DEL CUELLO UTERINO

PROFESIONALES	I N S T I T U C I O N E S					TOTALES
	APROFAM	INCAN	IGSS	H.R.	H.G.	
Trabajador Social	X	X	X	X	X	5
Enfermera Auxiliar	X	X	X	X	X	5
Enfermera Profesional	X	X	X	X	X	5
Ginecólogos	X	X	X	X	X	5
Ginec. Colposcopista	X	X	X	-	-	3
Lab. Citológico	X	X	X	X	X	5
Lab. Histopatológico	X	X	X	X	X	5
Gastroenterólogo	-	X	X	-	-	2
Cardiólogo	X	X	X	X	X	5
Médicos Internistas	-	X	X	X	X	4
Oncólogos	-	X	X	X	X	4
Radioterapeutas	-	X	X	-	-	2
Quimioterapeutas	-	X	X	-	-	2
Técnicos en Rayos X	-	X	X	X	X	4
Personal Administrativo	X	X	X	X	X	5
TOTALES	9	15	15	11	11	

Fuente: Investigación de campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

Es fácil observar que son el INCAN e IGSS, las dos instituciones que cuentan con más profesionales para formar su equipo multidisciplinario, aunque todos cuentan con el equipo profesional mínimo y necesario para proyectarse en pro de la población afectada por la morbi-mortalidad por Cáncer del Cuello Uterino.

Todas las instituciones, excepto el H.G. están trabajando interdisciplinariamente. En el caso de APROFAM e

INCAN justifican su trabajo interdisciplinario, como parte del protocolo de la Institución para la atención de la paciente. Para el IGSS y para el H.R., trabajan interdisciplinariamente, considerando que la necesidad se establece para brindar un mejor tratamiento y mejor atención a la paciente, así mismo dicen en el IGSS que hay buena disponibilidad del personal para trabajar conjuntamente. Mientras que en el H.G., dicen que no trabajan interdisciplinariamente porque no tienen programas específicos de coordinación.

1.5.15. La Participación Del Trabajador Social En Las Instituciones Que Atienden A Señoras Que Padecen Morbilidad Del Cáncer Del Cuello Uterino:

Con el objetivo de conocer qué opinan otros profesionales en relación a la labor del Trabajador Social en la atención de pacientes con lesiones preinvasivas e invasivas del Cáncer del Cuello Uterino, dentro de sus instituciones, se planteó la interrogante orientada al respecto, a lo cual respondieron de acuerdo a lo que se presenta en el siguiente cuadro:

CUADRO # 12

PAPEL QUE JUEGA EL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DE LA INSTITUCION PARA LA ATENCION A LA PROBLEMATICA DE LOS CASOS DE SEÑORAS CON LESIONES PREINVASIVAS Y/O CANCER DEL CUELLO UTERINO, EN GUATEMALA

FUNCIONES	I N S T I T U C I O N E S				
	APROFAM	INCAN	IGSS	H.R.	H.G.
Es mínima por la limitación de recursos	X	-	-	-	-
No tienen funciones específicas	-	X	-	-	-
Localización de familiares	X	-	X	-	-
Orientan al respecto cuando el nivel de la Pte. es muy bajo	X	-	X	-	-
Traslado de pacientes al INCAN	-	-	-	X	X
TOTALES	3	1	2	1	1

Fuente: Investigación de campo realizada de octubre/93 a mayo/94.

Estas respuestas fueron proporcionadas, en su mayoría por Médicos y autoridades institucionales, quienes a pesar de valorar las funciones del Trabajador Social, desconocen su verdadero rol y capacidad profesional, ésto debido posiblemente a que el Trabajador Social no se ha dado a conocer como tal.

Se considera que todas las funciones que aparecen como

variables en el anterior cuadro, las realiza el Trabajador Social en todas las instituciones, pero posiblemente no en forma sistematizada, y revelando además sus técnicas y metodología utilizada. También se considera que la participación del Trabajador Social en las instituciones se ha vedado porque el profesional de Trabajo Social no participa en la planificación de actividades para la atención a este tipo de pacientes, además de que no existen planes claros y específicos dentro de las instituciones para atención a pacientes que presentan dicha problemática. Sin embargo al querer conocer lo que esperan del profesional en Trabajo Social para la atención de la problemática del Cáncer del Cuello Uterino, las respuestas fueron las siguientes:

Para APROFAM: La participación del Trabajador Social para un seguimiento social de la paciente desde el diagnóstico hasta el final del tratamiento (porque en dicha Institución se da mucho la pérdida de pacientes) por los mismos problemas socio-económicos y culturales.

Para el INCAN: Esperan la participación del Trabajador Social en la investigación y evaluación socio-económica de la paciente, (cabe mencionar que en el INCAN sólo hay una Trabajadora Social para atender todos los servicios con atención a nivel hospitalario y ambulatorio, para adultos y niños, hombres y mujeres), por lo que en ella recaen los casos más difíciles. La evaluación socio-económica la han

delegado a Secretarias, quienes no son el personal calificado para esta función.

Para el IGSS: Esperan del Trabajador Social apoyo para poder orientar mejor a las pacientes y familiares sobre el problema, así como el brindarles apoyo emocional.

Para el H.R.: Esperan del Trabajador Social, apoyo emocional y una mejor orientación a pacientes y familiares sobre el problema. También orientación a las pacientes sobre la importancia del diagnóstico temprano, así como que velen por la reducción de costos en pacientes de escasos recursos económicos.

Para el H.G.: Que el Trabajador Social contribuya con la paciente sobre la importancia del diagnóstico temprano del Cáncer en el Cuello Uterino.

Para todas las instituciones, al analizar el papel que pueda jugar el Trabajador Social en la atención a dicha problemática, lo están relacionando a funciones de orden educativa para prevención y tratamiento dirigidos a pacientes y familiares, así como también sobre la importancia del apoyo que este profesional pueda brindar para estimular y motivar a un tratamiento indicado, así como a la mediación y viabilización de recursos para pacientes con problemas económicos y por qué no decir también sociales, culturales, emocionales y otros.

CAPITULO 2

GENERALIDADES DE LA ASOCIACION PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA (APROFAM)

2.1. Consideraciones Históricas:

La Asociación Pro-Bienestar De La Familia de Guatemala -APROFAM- es una entidad privada, de servicio, no lucrativa, sin nexos políticos ni religiosos. Fue fundada por un grupo multidisciplinario de profesionales: Médicos, Enfermeras, Trabajadores Sociales, entre otros, en el año de 1,964. El gobierno de la República le otorgó la personería jurídica el 27 de agosto del mismo año; iniciando sus labores el 2 de enero de 1,965, en un local cedido temporalmente por el Hospital Latinoamericano. A partir de 1,969 APROFAM forma parte de la Federación Internacional de Planificación Familiar -IPPF- al lado de más de cien países de todo el mundo. Actualmente tiene sus oficinas centrales en la 9a. Calle 0-57 de la zona 1 de la ciudad capital.

2.2. Objetivos Generales:

Los objetivos que persigue APROFAM pueden resumirse en los siguientes postulados:

1. Propugnar la Paternidad Responsable como elemento esencial para el bienestar de la familia y de la comunidad en general.
2. Colaborar en la Educación para la Vida Familiar, enfatizando en los aspectos de la familia y de la

comunidad en general.

3. Promover la salud de la familia, en particular de la madre y de los niños, para ello se propone: evitar la práctica del aborto inducido en forma clandestina e ilegal y por lo tanto, de alto riesgo para la salud de la madre. Y ayudar a limitar la paridad y a espaciar convenientemente los embarazos, según decisión de la pareja y principalmente de la mujer.

2.3. Cobertura Geográfica Y Poblacional:

APROFAM se ha esforzado por cubrir con sus servicios a nivel nacional, para lo cual ha instalado clínicas en los siguientes lugares:

En la capital: Zona 1, zona 5, zona 6, zona 7, zona 11, zona 12, zona 19 y zona 21.

En los Departamentos: Escuintla, Sololá, Jutiapa, Puerto Barrios, Coatepeque, Zacapa, El Quiché, Quetzaltenango, Huehuetenango, Chimaltenango, Cobán y Retalhuleu.

A partir del año 1,991 se realizan mayores esfuerzos para ampliar la cobertura de la población. Para lo cual fundaron otras clínicas denominadas: Consultorios Médico-Familiares y Clínicas Comunitarias, las que se localizan en algunas áreas del interior de la República como son: Patulul (Suchitepéquez), Momostenango, Totonicapán (Totonicapán), San Juan Ostuncalco (Quetzaltenango), Aldea Fronteras y Mariscos

(Izabal), San Sebastian y Champerico (Retalhuleu), Jocotán, Chiquimula (Chiquimula), Sanarate (El Progreso), Tecpán y Comalapa (Chimaltenango), Conguaco (Jutiapa) y en Santa Elena Petén (Petén).

Los servicios de APROFAM, están dirigidos a la salud Materno-Infantil, cubre a niños de 0 a 5 años de edad en la Clínica Pediátrica, a adolescentes de 11 a 21 años de edad en el Centro del Adolescente "El Camino", a la mujer en edad reproductiva, como también a señoras que pasan de su edad reproductiva, quienes pueden hacer uso de los servicios de ginecología, entre ellos la de detección temprana del Cáncer del Cuello Uterino.

Respecto al hombre, se atiende a través de programas de planificación familiar y de diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

2.4. Organización:

La asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala está constituida de la siguiente manera:

- Asamblea General: Integrada por todos los socios y constituyen el órgano supremo de decisión.
- Junta Directiva: Electa cada dos años por la Asamblea General e integrada por Presidente, Vice-Presidente, Tesorero, Secretaria, Pro-Secretaria y dos Vocales.

- **Director Ejecutivo:** Designado por la Junta Directiva como órgano ejecutor y administrativo de las políticas aprobadas por ésta.

- **Unidades Operativas:**

- I. Unidad de Educación, Información y Adiestramiento.
- II. Unidad de Servicios Médico-Clínicos.
- III. Unidad de Servicios No Clínicos.
- IV. Unidad de Servicios Administrativos.
- V. Unidad de Evaluación y Estadística.
- VI. Unidad de Cordinación y Programación.

2.4.1. Unidad De Servicios Médicos-Clínicos:

Esta unidad se proyecta a la comunidad con varios servicios, entre ellos: Planificación Familiar, Detección Temprana del Cáncer del Cuello Uterino, Ginecología, Colposcopia, Infertilidad, Control Pre y Post-Natal, Clínica Pediátrica, Rehidratación Oral y Laboratorio Clínico y Citológico.

2.4.1.1. Detección Temprana Del Cáncer Del Cuello Uterino:

APROFAM ha realizado una campaña permanente para la detección temprana del Cáncer del Cuello Uterino por medio del examen de Papanicolaou. A toda paciente de planificación familiar se le efectúa este examen y se le informa de la necesidad de repetirlo, al menos una vez al año, o según diagnóstico. Este servicio se ha venido prestando durante

más de una década y el número de mujeres que en esta forma se protegen del Cáncer del Cuello Uterino ha venido aumentando. En el año de 1,987, en APROFAM se inauguró la Clínica de Patología Cervical que cuenta con un moderno equipo para ayudar a la detección temprana del Cáncer, a través del Colposcopio y se ofrece la Criocirugía. APROFAM cuenta con su propio laboratorio de Citología Exfoliativa. Algunas de las actividades para el tratamiento médico, se han coordinado con instituciones que prestan servicios a pacientes con esta afección, entre las que se pueden mencionar al INCAN, Hospital Roosevelt y Hospital General "San Juan de Dios".

2.4.1.2. Departamento De Trabajo Social:

Dentro de la Unidad de Servicios Médicos, también se cuenta con el servicio de Trabajadoras Sociales, quienes establecen contacto directo entre usuarios y la Institución. En su quehacer profesional, brinda consejería en Planificación Familiar, orienta respecto a cómo hacer uso de los servicios de la Institución, realiza evaluaciones socio-económicas, lleva seguimiento de casos médico-sociales y también se proyecta con trabajo de grupos, a quienes se les brinda algún tipo de capacitación laboral, como medio para brindar educación y otros, según las necesidades e interese de los grupos. Se hace referencia y transferencia de casos, para su seguimiento, se hace partícipe al usuario (a) y se involucra a su familia, cuando ésto se considera necesario.

CAPITULO 3

MUJER, SALUD Y EL CANCER DEL CUELLO UTERINO

La familia es la base de la sociedad y se considera que la mujer es la base de la familia, si no existen mujeres la familia cae en proceso de extinción y por ende también la sociedad.

3.1. Definición De Mujer:

El Doctor Luis F. Galich define a la mujer así: Ser humano perteneciente al sexo femenino, al que corresponden en la pareja humana las funciones de la maternidad y las de ser esposa y compañera del hombre; y se distingue del hombre por características físicas y no así por su capacidad mental; todo su ser condicionado por aspectos sociales, económicos y culturales. La mujer reúne una serie de características tan inherentes a ella, que la diferencian del sexo masculino. Dentro de la vida familiar y social juega varios papeles a un mismo tiempo, por ejemplo es hija, madre, esposa, amiga, ama de casa, trabajadora, etcétera. En muchas ocasiones, hasta le toca hacer el papel de madre y padre a la vez.

"El desarrollo total y completo de cualquier país requiere la participación máxima de la mujer, así como del hombre en todos los campos de acción, la subutilización del potencial de aproximadamente la mitad de la población es un obstáculo serio para el desarrollo social y económico"(8).

(8) Elina, Sana: "Integración de la Mujer al Desarrollo", APROFAM, Guatemala, 1989, Pág. 7.

La mujer en muchas oportunidades desempeña labores infra-humanas de índole social, económica y cultural, tanto dentro como fuera del hogar. La mayor participación de la mujer se da en un sector informal, en donde desvalorizan su labor femenina que tan buenos productos entrega a la sociedad. La connotación social de la mujer es evidente. Su valor se acentúa por dos razones muy importantes; primero porque la mujer es el 50% de la población mundial, y segundo porque como complemento del hombre no existe acción humana en la que de alguna u otra manera no esté involucrada en todo el proceso de la vida.

La realidad de la mujer es indispensable enfocarla dentro del contexto social en el que se desenvuelve, porque es allí donde se van a presentar los problemas de diferente índole (calidad de educación, salud, estado emocional, situación económica, etcétera). Se hace referencia de todos estos aspectos porque son complementarios y han contribuido a mejorar o empeorar su vida y su imagen, minimizándola en su auténtico valor humano. El propósito es hacer ver que la mujer es para el hombre el complemento fundamental para su vida y para mejorar la humanidad tan deteriorada por la falta de comprensión y armonía entre ambos. Se ha comprobado que la mujer "capacitada" puede trabajar en las mismas tareas del hombre, muchas veces con mayor responsabilidad que el hombre, debido a que no lo hace con espíritu de competencia, sino con interés personal de mejorar sus ingresos económicos. La

capacitación de la mujer en oficios no tradicionales para determinada ocupación según la demanda, mejoraría de gran manera su imagen y calidad como trabajadora. Para el sostenimiento del Estado, el hombre y la mujer contribuyen de igual manera en el pago de sus impuestos. La mujer participa en todas las tareas, especialmente en aquellas "ingratas y penosas" como la prostitución catalogada como trabajo. Para el desarrollo de la sociedad, la mujer del hogar da su aporte indirecto, es decir que los integra al salario del hombre y con ello aporta un trabajo, pero no se reconoce su valor. Aún ahora, después de tantos años de lucha y ya para finalizar el siglo XX, se está todavía concientizando en algo, en lo que todos tienen conocimiento; el valor de la mujer como trabajadora y su aporte para el sostenimiento del Estado.

3.2. La Mujer Guatemalteca Como Producto De Una Sociedad

Dividida En Clases:

Desde el punto de vista de la explotación ésta se da de parte de los dueños de los medios de producción, en contra de los vendedores de la Fuerza de Trabajo, sean hombres o mujeres.

3.2.1. Mujer Burguesa:

En el capitalismo, la burguesía es la clase social poseedora de los medios de producción, por ende la que compra la fuerza de trabajo del proletariado. Dentro de esta clase

social como en las demás clases y capas sociales, el papel de la mujer está determinado por el sistema económico imperante en donde se le relega a un segundo plano, explotándola doblemente como ser productivo y como objeto sexual, es enajenada en la sociedad de consumo en la que se desenvuelve, se siente satisfecha y conforme en su rol de reproductora biológica, objeto sexual y encargada de dirigir el trabajo doméstico.

Este sector femenino de la población se deja influir por "Los medios de comunicación" que proyectan un modelo de la mujer que sólo favorece a las grandes industrias internacionales y nacionales que funcionan con capital extranjero, defendiendo el imperialismo y a la burguesía nacional. Esta alienación se lleva a cabo por medio del cine, la televisión, fotonovelas, novelas, revistas, que están saturadas de artículos dirigidos a la burguesía y a las capas medias. Podemos observar lo último en decoración para el hogar, la última moda de vestir y maquillaje, aparatos eléctricos que ayudan a realizar el trabajo doméstico, las mejores cremas para permanecer jóvenes y agradar al esposo. En conclusión, las sociedades clasistas definen a la mujer como consumidora y son precisamente las mujeres de la burguesía y de las capas medias las que consumen debido a su situación económica. La sociedad les exige estar de acuerdo a "este desarrollo" con las modas, y otros, para garantizar el estatus económico y su condición social.

Las mujeres de esta clase social para llenar las horas de ocio se dedican a actividades de beneficencia, a jugar cartas, reunirse para tomar el té, además de otras reuniones de "tipo social". La mujer burguesa sufre explotación sexual, sin darse cuenta de la situación real y de la manipulación de la que está siendo objeto, convirtiéndose en mantenedoras del sistema capitalista, siendo su forma de pensar un reflejo de la ideología burguesa.

3.2.2. La Mujer Proletaria:

El proletariado es el sector de la población que se encuentra desposeído de los medios de producción, por lo tanto tiene que vender su fuerza de trabajo para su subsistencia, sometiéndose a las más crueles formas de explotación, la cual se va realizando de acuerdo al desarrollo del capitalismo, en donde la burguesía cuenta a su favor con los mecanismos legales que justifican la explotación de sus subordinados. La mujer proletaria no escapa de los problemas de los trabajadores del país como lo son: "el hambre, la miseria, el desempleo, el analfabetismo, la opresión del capitalismo"(9), agravándose aún más en su caso ya que las mismas leyes que rigen las relaciones de producción capitalista se proyectan en las relaciones hombre-mujer.

Como producto de la sociedad clasista, tenemos la

(9) Mario Rene Matute: Incorporación De La Mujer Al Proceso Productivo, Documento Mimeografiado, 1,984, pág. 17.

discriminación del sector femenino, relegándola por medio de la educación a un segundo plano como ser inferior, antagónico al hombre, débil e incapaz de participar en la vida económica y política de su país, educándola para ser un objeto bonito y decorativo que ha nacido para agradar con su sexo y hacer carrera en el matrimonio, designándole como funciones específicas el ser madre y esposa con el firme propósito de que sea la fiel transmisora de la ideología burguesa en la unidad económica más pequeña que le sirve de base al sistema capitalista "la familia".

El rol que desempeña, y que le ha sido asignado por la clase explotadora, en la actualidad es aprovechado, cuando ésta se ve en la necesidad de trabajar con el propósito de lograr mejores condiciones de vida. Es por esta razón que se ha observado un incremento en el número de trabajadoras en los diferentes sectores de la población, como se puede observar. La ocupación de la mano de obra femenina ha aumentado debido a la depauperización acelerada del proletariado, incremento que no se debe precisamente a que se quiera contribuir con esto a que la mujer comience a jugar su verdadero rol, sino simplemente porque su mano de obra es más barata y representa menos problema para la protección legal, la cual es prácticamente inexistente y violada por los patronos. En síntesis no se respeta el derecho al trabajo, sino que se utiliza como medio de vida para violar su dignidad al no respetar la consigna de "igual trabajo, igual

salario y condiciones de trabajo".

De acuerdo al estudio efectuado por el Lic. Mario Rene Matute, la mayoría de la población femenina económicamente activa se registra en los servicios no calificados, como servidumbre doméstica, meseras, empleadas de salones de belleza, comercio, etcétera. La sociedad guatemalteca por caracterizarse como subdesarrollada y dependiente, influye y restringe la actividad laboral femenina, lo que trae como consecuencia que la mujer se emplee en este tipo de actividades.

Sumando a las escasas posibilidades de empleo, al analfabetismo, el hambre, la miseria, la influencia alienante de los medios de comunicación, las orilla a ejercer la prostitución, problema que sufren más las campesinas o personas provenientes de las capas más pobres de la población que sin tener ninguna oportunidad, adiestramiento o formación se ven obligadas a buscar sustento de esa manera. La gran mayoría es víctima de extorsionadores que las explotan, cobrándoles vivienda, alimentación y "permiso para trabajar", llamados Proxenetas. Esta actividad la denigra y la hace infeliz, le da mayor posibilidad al extorsionador de explotarla cada vez más, sumergiéndolas día a día más profundamente en esta "actividad humillante" que le va cerrando la posibilidad de incorporarse a un trabajo productivo y honrado. En todos los estratos sociales se encuentran madres solteras y/o viudas, quienes tienen que

hacer frente al sostenimiento y atención del hogar.

3.3. Estatus De La Mujer:

A la mujer desde la infancia se le educa y se le condiciona física y psíquicamente por medio de los juguetes que no son otra cosa que la representación de los instrumentos de trabajo de los adultos, imponiéndoles desde niños la división del trabajo, es decir de acuerdo a su sexo.

En todas las sociedades desde tiempos remotos, la mujer ha quedado relegada al cumplimiento de una función biológica (la conservación de la especie), le toca también a veces en forma exclusiva el cuidado de la familia y del hogar. También se le ha asignado la función de adorno y representación, para prestigio del marido y "señor". Se ha convertido en "objeto de lujo y de placer", es decir se le ha visto como una cosa, y en el peor de los casos, se le convirtió en mercancía. Quizás haya sido la visión de la maternidad con sus diferentes etapas: embarazo, parto, puerperio, lactancia, crianza y formación de los hijos lo que causó el relego de la mujer en el hogar y su ausencia en las actividades del desarrollo social.

Se ha descuidado su educación e instrucción, sus capacidades innatas, y se dijo que la mujer era un ser inferior al hombre. Aunque los poetas la idealizaron como novia, amante, madre, esposa. Actualmente ya se le han abierto las puertas en escuelas, universidades, academias y

otras instituciones, pero aún una gran mayoría no gozan de esas ventajas, hay baja escolaridad e instrucción y capacitación deficiente que sólo le permite desempeñar oficios serviles. También se reconoce el derecho que les asiste al trabajo, sin limitaciones ni discriminaciones, así como a devengar el justo salario por lo menos igual al de los hombres que están en las mismas plazas. Poco a poco la mujer invade todo el campo laboral y demuestra que es capaz de desenvolverse con gran eficiencia y que su desempeño puede ser tan bueno o mejor que el de los hombres, participando en el desarrollo económico de la sociedad y contribuyendo al sostenimiento del hogar. En algunos casos son las únicas proveedoras de recursos familiares por ausencia del padre o su incapacidad en el trabajo.

"En nuestro medio se le ha dado oportunidad a la mujer en determinados trabajos (secretarias, maestras, enfermeras, dependientes de almacén, empleadas de restaurantes, meseras, obreras de fábricas, etcétera). Pocas son las oportunidades en altos rangos: Médicas, Trabajadoras Sociales, Farmacéuticas, Abogadas, Catedráticas Universitarias, Humanistas, Técnicas en diversos ramos, etcétera. Hay todavía empresas que acostunbran pagar menos sueldo a las mujeres por la tradicional discriminación del sexo" (10).

(10) Luis F. Galich: Los Derechos De La Mujer, Algunas Consideraciones, Una Publicación del Centro de Documentación -Unidad de Educación E Información- APROFAM, Reinpresión Marzo, 1991, Pág. 6.

La familia, por su íntima relación con todos los que la componen, debe ser capaz de satisfacer tanto necesidades como demandas de cada uno de sus miembros, para favorecer el cumplimiento de las responsabilidades sociales. Así la familia es un agente entre el individuo y la sociedad donde se regula la moral y las costumbres, transmite los valores culturales y socio-económicos, en donde la mujer juega un papel muy importante como ente social. En las sociedades no clasistas la mujer tiene igualdad de derechos respecto al hombre pero en las sociedades clasistas las mujeres son dependientes de los hombres. En nuestra sociedad guatemalteca la mujer ya participa en diferentes actividades culturales y sociales, pues ya tiene derecho a votar y ha optado y desempeñado puestos públicos. En el área rural la mujer participa en las labores agrícolas, en la comercialización de los productos, en las actividades de carácter artesanal, etcétera. Con lo anterior nos damos cuenta de la situación de la mujer que ha ido superándose.

3.4. Mujer, Salud Y Educación:

"Salud es el estado de bienestar óptimo físico, mental y social y no es sencillamente la ausencia de enfermedad" (11).

La madre da frutos a la sociedad, pero si ella no goza

(11) Mc, Graw-Hill: Diccionario Enciclopédico Ilustrado De Medicina DORLAND, 26a. Edición, Volumen III, Edit. El Ateneo, Madrid, 1987, Pág. 1424.

de "buena salud" la calidad de sus frutos baja; niños desnutridos, bajo peso, deficiencias bio-psico-sociales, etcétera. Este fenómeno se da en cadena, sus factores determinantes son: las condiciones de pobreza, analfabetismo, falta de saneamiento ambiental, entre otros. En América Latina, hay una parte de la población que no satisface adecuadamente sus necesidades básicas y por lo tanto vive en condiciones precarias de salud. En la actualidad, la salud de la mujer y el niño es prioridad número uno en la mayoría de los países, pero el incremento constante de la población y los problemas socio-económicos existentes, hacen insuficientes los servicios para cubrir la gran demanda de atención que hay para la conservación de la salud. Especialmente en el área rural, el 90% de la población no tiene servicios de salud, porque los Centros de Salud sólo se encuentran a nivel departamental y en algunos municipios. En caseríos y aldeas se encuentran abandonados a su suerte, especialmente la mujer indígena que por su idioma y analfabetismo, se ve marginada en un 95% para aprovechar los servicios de salud para ella y sus hijos.

Muchos son los factores que pueden afectar la salud de la mujer: mala nutrición, promiscuidad, y hacinamiento en los hogares y la ignorancia que tiene en cuanto a la insalubridad en que vive por la falta de agua y drenajes. Desconoce la calidad de los alimentos y la necesidad de una dieta balanceada y el daño que hacen el exceso de grasas y otras.

Desconoce también en cuanto a economía doméstica para cubrir las necesidades básicas requeridas por la familia. Si la mujer estuviera educada en cuanto a la importancia de su salud y cómo prevenir en ella muchas de las enfermedades a las que se expone, bajarían considerablemente la tasa de las enfermedades, como la tasa del Cáncer del Cuello Uterino.

¿Pero qué ocurre? La mujer ignora los efectos negativos y no se preocupa por su salud, (ejemplo en su salud reproductiva), desconoce la importancia de efectuarse exámenes diagnósticos como el Papanicolaou, efectos de embarazos muy frecuentes, y otros. Es necesario educar a la mujer y al hombre también, porque el alto grado de analfabetismo son significativos para lograr un grado de comprensión y así poder orientarles respecto a la importancia y necesidad de una "buena salud". Para preservar la salud, hay que saber que la misma es algo dinámico e indivisible, que toma en cuenta características sociales, sexuales y de clase a la que pertenece (económica). Esto significa que la prevención del proceso de salud y enfermedad en las condiciones generales de trabajo y de su existencia social, cultural y económica deben ser atendidas permanentemente.

Es por esto que es urgente proporcionar a la mujer programas de salud integral, que le informen sobre sus ciclos biológicos, (infancia, adolescencia, juventud, maternidad, menopausia y vejez), caracterizando cada una de sus etapas y demás factores que inciden en su nivel de salud, como la

prevención del Cáncer del Cuello Uterino, salud mental y de las enfermedades clínicas corrientes. Todo debe estar integrado y orientado a la prevención y/o tratamiento de las enfermedades. Debemos tener presente que la salud va íntimamente unida a los sistemas políticos, económicos y culturales de la sociedad; y es por ello que los organismos gubernamentales guatemaltecos deben establecer políticas y estrategias de carácter interinstitucional que contribuyan a realizar acciones inmediatas en el mejoramiento de la salud de la mujer y por consiguiente de la población.

Benjamín Viel dice que si la madre no satisface en el niño (a) la sed primitiva de cariño, la herida psicológica producida no será corregida por la educación posterior. Son entonces de temer las consecuencias de un progreso humano enfocado hacia la civilización técnicamente superior, la que será usada por una proporción creciente de salvajes verticales, inadaptados, depresivos, violentos o crueles en cuyo carácter esté el germen de la destrucción de esa propia civilización que se intenta conservar y mejorar.

Las desigualdades psicológicas y sociales son las que más han afectado la situación de la mujer en la sociedad. Debido a la educación o formación recibida, el ambiente, las costumbres y actitudes del medio que los rodea, influirán en forma determinante en su forma de vida, de actuar y pensar. Es por esto que ella considera que el amor, la sexualidad y la maternidad razonada, solucionarían muchas injusticias y la

convertirían en un ser verdaderamente consciente. En este proceso histórico, la mujer se ha visto afectada negativamente porque no se le ha permitido desarrollarse y progresar a la par del hombre. Uno de los factores que más la han afectado como persona es el rigor moral con que ha sido juzgada su conducta. Le han restado oportunidades para que se valorice como tal, como creadora de seres humanos, de compañera indispensable del hombre; de su capacidad ilimitada para amar, comprender y servir con lealtad a sus hijos y esposo, nada de esto en sí es valorizado por ella misma, por lo que esto significa, que sólo pueden ser reconocidas por el hombre con quien en suerte le haya tocado compartir su vida y que no esté cosificada por el machismo introyectado por los roles sexuales.

Todo lo anterior encuentra su razón de ser, el mito de las costumbres y leyendas que crearon, a través de los siglos, esquemas mentales de sumisión para la mujer y de predominio para el hombre. El hombre abusa de la mujer para su conveniencia y para poder manejarla según sean sus intereses particulares. Ambos cometieron esos errores que han cobrado muchas víctimas, dolor y abusos con incontables desgracias. No sólo para el hombre y la mujer, sino para el producto de ellos, los hijos que a través de la historia han sido indiscutiblemente los más perjudicados, porque desconociendo el verdadero valor de cada uno de sus progenitores, se han contaminado con los estereotipos y en

lugar de mejorar la vida la han deteriorado y detenido su desarrollo humano y cultural. Se considera que el problema ha sido de ambos, pero en la actualidad el imperativo categórico es corregir errores del pasado, rehacer o renacer con una imagen distinta, la verdadera imagen de ese ser humano auténtico integrado cuyos elementos fundamentales son el hombre y la mujer.

El abuso y maltrato sufrido por muchísimas mujeres, ha sido consecuencia de los patrones culturales, ancestrales del patriarcado, así como al machismo introyectado por las propias mujeres inconscientes y competidoras entre su mismo sexo; por su ignorancia, falta de identidad, solidaridad y lealtad con ellas mismas, sin tomar en cuenta que con ello están condenando a las generaciones futuras a continuar con esquemas propios de la época feudal.

Resulta irónico tal vez, decir que hay mucha población femenina que se desenvuelve en el campo de la salud, velando por la salud de sus hijos, esposo, pero descuidándose ella misma, ejemplo llevan a sus hijos a campañas de vacunación, algunas son voluntarias de programas de salud; existe gran cantidad de parteras; sin embargo se descuidan a sí mismas y la enfermedad en la mujer sobresale. Las mujeres en América Latina y el Caribe, reciben menos enseñanza formal que los hombres y representan un elevado porcentaje del total de la población analfabeta; las mujeres sin educación formal son más propensas a aceptar el "estatus tradicional" y son menos

aptas para adoptar nuevas prácticas que puedan mejorar la salud y el bienestar de la familia. Existe gran relación entre el nivel de salud, la mortalidad y el nivel educativo. Las mujeres se encuentran expuestas a riesgos de salud por motivos de trabajo, costumbres y otros problemas de diferente índole, que originan situaciones desventajosas para la salud.

El logro de mejor salud para la mujer, no se obtendrá sino en la medida en que satisfagan sus necesidades básicas y en igualdad de condiciones con el hombre que se desempeñe en una sociedad democrática, en donde podamos decir que el derecho a la salud es una realidad producto de la justicia social. La mortalidad no afecta por igual a toda la población. Existe una desigualdad frente a la muerte y con ello se quiere caracterizar la peor injusticia sufrida por el ser humano. Sin embargo esa desigualdad no fue reconocida sino hasta hace poco tiempo, ya que antes las diferencias sociales no agravaban en demasía el riesgo de la muerte en las "clases bajas". Como se ha dicho, el atraso de la medicina en el pasado afectaba a todas las clases sociales por igual. Sin embargo, en la actualidad son factores importantes para gozar de buena salud, aparte de los adelantos de la medicina, las condiciones sociales, ambientales, culturales, económicas y otras porque éstas determinan en qué forma o medida se interactúa con las enfermedades.

3.5. Qué Es El Cáncer:

El temor al cáncer es tan grande que algunas personas prefieren ignorarlo y a veces rehusan conocer algunos pocos hechos simples, que quizás algún día puedan salvarles la vida. Es natural que la humanidad tema más al cáncer que a cualquier otra enfermedad pues ya hay muchos que han pasado por la dura experiencia de perder algún ser querido, incluso un familiar o bien, conocido víctimas de esta enfermedad. No saben sin embargo, que de esos seres queridos, muchos podrían haberse salvado, vivir aún, si hubiesen reconocido los primeros síntomas en dicho problema. El cáncer cuando inicia puede ser curado o bien puede ser tratado de tal manera que la enfermedad no aumente, al menos tan aceleradamente.

El cáncer es un crecimiento desordenado de las células que forman los tejidos del cuerpo. Si no se destruyen o se hace desaparecer su crecimiento, va en aumento, eventualmente causan la muerte. Algunos tipos de cáncer crecen más en unos pocos meses, mientras que otros lo harán en varios años. La causa del cáncer, es desconocida hasta el momento, aunque se sabe que es multicausal, sin embargo hay algunos factores de riesgo que influyen en el mismo, por ejemplo factores ambientales, factores personales, riesgo profesional, etcétera.

El Instituto de Cancerología (INCAN), da a conocer 7

avisos que son importantes para diagnosticar tempranamente el cáncer:

1. Perdida anormal de sangre o flujo.
2. Un bulto o dureza en el pecho u otra parte del cuerpo.
3. Una úlcera que no se cicatriza.
4. Cambios en el ritmo habitual de las eliminaciones intestinales o urinarias.
5. Ronquera o tos.
6. Indigestión o dificultad al tragar.
7. Cambios en una verruga o lunar.

Si alguno de estos síntomas dura más de 14 días, es necesario asistir al Médico, para determinar o descartar el problema del cáncer. En nuestro medio, muchas personas, cuando notan irregularidades en el funcionamiento orgánico, prefieren tomarse el riesgo de esperar a ver si tienen la suerte de que todo desaparezca otra vez, y deciden buscar al Médico hasta empeorar o acentuarse los dolores, y el resultado de estas actitudes se convierten en lamentables porque ya es demasiado tarde para que se les pueda brindar tratamiento curativo. Otra razón por la que muchos mueren de cáncer es porque prefieren utilizar remedios "caseros" o algunas de esas "curas secretas" o "seguras", para ellos, de las que anuncian a diario algunos estratos de la población, especialmente en la de niveles socio-económicos y culturales bajos.

Por lo anterior la Liga Nacional Contra El Cáncer, dice que toda persona debe saber que:

- NINGUN remedio casero ha curado el cáncer.
- NINGUNA bebida especial ha curado el cáncer.
- NINGUN cinturón científico ha curado el cáncer.
- NINGUNA magia o amuleto ha curado el cáncer.
- NINGUN baño o tratamiento por agua ha curado el cáncer.
- NINGUNA dieta especial ha curado el cáncer.
- NINGUN tratamiento "secreto" o "cura segura" de las que se anuncian ha curado el cáncer.

El INCAN dicta algunas medidas de defensa, siendo las siguientes:

- Prevenir las irritaciones en cualquier parte del cuerpo.
- Protegerse cuando se está en el sol o el viento.
- Curar lo antes posible cualquier herida del útero que haya quedado de un parto.
- Permitir a los pechos funcionar normalmente sin tenerlos apretados por ropas ajustadas.
- Reparar los dientes mellados o cariados y evitar que las dentaduras postizas lastimen.
- Controlarse en el uso de tabaco.
- Corregir a la brevedad las constipaciones crónicas.

En resumen evitar hacer trabajar unos tejidos más que otros.

"En la actualidad se cuenta con algunos recursos para el diagnóstico y tratamiento del cáncer, de los cuales disponen:

las ciencias médicas, han probado su eficacia en el inicio de la enfermedad, ellos son: la cirugía, la radiación, la quimioterapia y la inmunoterapia. No se sabe si el cáncer es una enfermedad infecciosa o contagiosa, pero ataca a hombres, mujeres y niños, fuertes o débiles, cualquiera que sea su constitución orgánica, su raza, su trabajo, su ambiente"(12).

El cáncer es una enfermedad que en cierta medida incapacita al individuo que la padece, y esto significa una pérdida de la potencia productiva de un país y además implica un aumento de los gastos de los servicios médicos y asistenciales que requieren los incapacitados.

3.6. El Problema De La Morbilidad Del Cáncer:

"El cáncer es una de las causas de mortalidad en los países subdesarrollados como el nuestro, se ha generalizado bastante y está afectando a buen número de la población, en su mayoría a la mujer"(13).

Cuando la enfermedad ataca a los sectores más pobres de nuestra sociedad, el problema es más difícil para el paciente que la sufre; en primer lugar, la mayoría de las veces, el diagnóstico es tardío y pocas son las posibilidades de salvar la vida, en segundo lugar, los recursos económicos son

(12) Liga Nac. Contra el Cáncer, "Lo Que Usted Debe Saber Sobre El Cáncer", Guatemala, 1,992, Pág. 9.

(13) Oga Morán y Alba Ortiz: Op. Cit., Pág. 11.

escasos y se les dificulta efectuar los tratamientos adecuados para que la enfermedad se detenga. Además este tipo de enfermedad muchas veces se vuelve prolongada, dolorosa y agotadora emocional y económicamente, tanto para el paciente como para su familia.

3.7. Atención Primaria Del Cáncer:

Algunos tipos de cáncer se pueden prevenir, otros pueden curarse y otros detenerse; por lo tanto hay muchos profesionales en el campo médico y paramédico que pueden contribuir grandemente a ello. Por consiguiente se puede descartar que el problema del cáncer es un 100% mortal siempre y cuando la población esté bien orientada y los servicios médicos sean los adecuados. Es importante que el paciente asista pronto a recibir asistencia médico-social, ya que un retraso puede arraigar un sufrimiento innecesario, incluso la muerte.

Es importante además, mantener en el paciente vigilancia y hacer labor educativa, incluso pretender alcanzar algún grado de concientización en el individuo para controlar tal morbilidad, pero sin crear temores innecesarios. El alarmante aumento de casos de cáncer debe ser considerado para dar mayor énfasis a la importancia y necesidad que existe de promocionar, informar, orientar, educar y concientizar a la población para un mejor control de dicha

morbilidad. Así mismo que el personal médico y paramédico, entre ellos el Trabajador Social, se debe preocupar para obtener entrenamientos y mayores conocimientos al respecto. La participación del Trabajador Social en esta problemática es básica, puesto que está afectando a un gran sector de la población, tanto a los enfermos en sí como a sus familiares, lo que lleva a inestabilidades o desequilibrios psico-bio-sociales y económicos.

3.8. Que Es El Utero:

"El útero o matriz más o menos tiene el tamaño de un puño y la forma de una pera invertida. En general está inclinada hacia adelante y se mantiene en su lugar por varios ligamentos. La entrada al útero a través del cuello es muy estrecha, cerca del tamaño del diámetro de una pajilla y se le llama canal endocervical. La función principal del útero es alojar y nutrir al feto en desarrollo"(14).

El útero consiste en 4 partes:

- EL FONDO: La porción redondeada que yace por encima de las aberturas de las trompas uterinas.
- EL CUERPO: Es la parte principal.
- EL ESTRECHO ISTMO: Este no debe confundirse con el istmo de la trompa uterina.

(14) Janeth Shibley, Hyde: Estudiando La Sexualidad Humana, CECSA, México, 1,985, Pág. 58.

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

- **EL CUELLO (Cérvix):** La porción más inferior que se proyecta hacia la vagina.

La cavidad del útero es más amplia en el punto en que entran las trompas uterinas, pero se estrecha hacia el istmo; el canal cervical luego se expande algo y se estrecha de nuevo en la abertura hacia la vagina. Debido a que las paredes uterinas anterior y posterior están ordinariamente muy cerca una de la otra, cuando se ve de lado al interior parece ser una estrecha endidura.

El útero tiene 3 capas: **LA INTERNA:** es la mucosa o endometrio que consta de numerosas glándulas y de una rica red de vasos sanguíneos. Su estructura varía con el período de la vida (prepubescente, reproductora y postmenopáusica) y con la fase del ciclo menstrual. **LA SEGUNDA CAPA O MUSCULAR:** está muy bien desarrollada. Capas entrelazadas de fibras musculares lisas le dan a la pared uterina gran fuerza y elasticidad. Estos músculos son fundamentales para empujar el feto en el momento del nacimiento del niño mediante una serie de contracciones. La capa muscular del útero se continúa con las vainas musculares de las trompas uterinas y la vagina. **LA TERCERA CAPA: LA SEROSA O PARAMETRIO,** es la envoltura externa.

3.9. Cáncer Del Cuello Uterino:

"El cáncer del cuello uterino es la anomalía más grave

de cuantos sufre este órgano. Ocurre con relativa frecuencia y es uno de los lugares del organismo femenino donde más habitualmente se presenta. Su único remedio es el diagnóstico precóz, seguido de la intervención quirúrgica. Debemos ponernos en aviso ante una hemorragia fuera del periodo, un flujo sanguinolento, o también ante hemorragias menstruales anormales en cantidad o en aspecto"(15).

3.9.1. Primeros Síntomas Y Signos:

Por lo regular la mayoría de síntomas y signos se presentan desafortunadamente hasta que ya existe un amplio defecto tisular, siendo: flujo sanguíneo, hemorragias atípicas, hemorragias producidas por el coito o por roce. Al principio no se produce en absoluto ningún síntoma, y puede permanecer así durante varios años.

3.9.2. Causa Y Epidemiología:

La causa del cáncer del cuello uterino se desconoce, pero se reconocen ciertos factores predisponentes. La promiscuidad sexual parece estar positivamente correlacionada con la enfermedad, y el coito a una edad temprana constituye un factor altamente significativo. El cáncer del cuello uterino es 4 veces más frecuente entre las prostitutas que entre otras mujeres y es excepcional entre las solteras. La

(15) Efren Quintanilla Sainz: Descubre Tu Vida Sexual. Everest, México, 1,986, Pág. 66.

frecuencia es muy inferior entre las mujeres hebreas, quizá debido a la inmunidad heredada o a la circuncisión del cónyuge y mejor higiene genital.

Aunque las causas del cáncer del cuello uterino se desconocen, se reconocen algunos factores que lo predisponen, entre ellos:

- Edad temprana de la mujer al iniciar las relaciones sexuales.
- Número de compañeros sexuales estables.
- Número de hijos nacidos vivos (partos vaginales).
- Presencia de virus papiloma humano (VPH).
- Número de compañeras sexuales de los compañeros de las mujeres monógamas.

"El denominador común de los factores de riesgo mencionados es el subdesarrollo y la pobreza que afecta a amplios sectores de estas poblaciones" (16).

"En nuestro medio, la frecuencia del carcinoma del cuello uterino es bastante alta, debido a la misma idiosincrasia de nuestra población, especialmente las de nivel educacional, social y económicamente baja, pues por falta de conocimientos no acuden a sus exámenes médicos necesarios,

(16) Ralph O. Benson: Diagnóstico Y Tratamiento Gineco-Obstétrico, Manual Moderno S.A. de C.V., México, 1,986, Pág. 241.

por ejemplo el Papanicolaou"(17).

3.9.3. Patogénesis = Desarrollo De La Enfermedad:

El carcinoma incipiente del cuello uterino constituye un proceso de lento desarrollo. La mayor parte de los cánceres del cuello uterino probablemente comiencen con un cambio displásico con progreso gradual durante un período de varios años hasta llegar a la forma preinvasiva: el carcinoma in situ. En la mayoría de las mujeres, la forma preinvasiva del padecimiento permanece estática por unos años; sin embargo en ese tiempo se puede ir extendiendo a otras áreas.

La prevención de la morbilidad y mortalidad del cáncer del cuello uterino implica fundamentalmente el reconocimiento inicial y el tratamiento inmediato. Se debe reconocer a los factores de riesgo, es decir, la experiencia sexual y la promiscuidad, o la historia de la displasia cervical. Debe llevarse control en todos los países de todas las mujeres sobre una base anual regular, en especial en el caso de multiparas de los grupos socio-económicos inferiores y de aquellas que son sexualmente activas. Los métodos de higiene personal pueden ayudar a prevenir el cáncer del cuello uterino, influyen también la prevención y el tratamiento inmediato de las vaginitis y cervicitis; la circuncisión en el hombre y el lavado del pene antes de todo coito o el uso

(17) Edwin Morales: El Papanicolaou Y El Cáncer En El Cuello De La Matriz, APROFAM, Guatemala, 1986, Pág. 13.

habitual de condones también contribuyen a prevenir el cáncer del cuello uterino.

El cáncer del cuello uterino tiene la característica de que puede presentar síntomas durante 5 o 10 años y durante este período el tratamiento es en extremo exitoso, de ahí la importancia de su diagnóstico temprano. El tratamiento es menos exitoso cuando el cáncer ha alcanzado etapas más avanzadas. Tomando en consideración lo antes dicho, es fácil determinar que el examen de Papanicolaou es muy importante para la vida de una mujer, por lo que a continuación se da a conocer qué es un Papanicolaou: "Es un método médico, que consiste en el estudio de las células descamadas del tracto genital femenino y que al ponerlas en una laminilla y con colorantes especiales se pone al microscopio y se observa la célula en cuanto al tamaño, forma y características especiales"(18). "Esta laminilla posteriormente será analizada en un Laboratorio Citológico para obtener un diagnóstico. Este examen es recomendable que se lo efectúen a toda mujer que ya ha tenido relaciones sexuales, sin importar su edad. En caso de pacientes vírgenes, se podrá efectuar por prescripción médica, pero en casos "muy especiales" y por enfermedades que lo ameriten" (19).

(18) E. Morales: Op. Cit. Pág. 4.

(19) Ibidem, Pág. 7.

3.9.4. Bases Para El Diagnóstico:

- Sangrado uterino anormal y secreción vaginal
- Puede ser visible alguna lesión cervical a la exploración como un tumor o ulceración, el cáncer dentro del conducto del cuello uterino puede estar oculto
- La citología vaginal, habitualmente resulta positiva y debe confrontarse mediante colposcopia y biopsia (20).

"Al conocer los anteriores síntomas como los que anuncian un posible cáncer, la vida de millares de mujeres, podrían salvarse cada año, si ellas se sometieran regularmente a exámenes ginecológicos, por lo menos cada año, en donde incluyan su examen de mamas y una prueba de frotis de Papanicolaou, siendo un procedimiento simple e indoloro"(21).

3.9.5 Requisitos Que La Paciente Debe Llenar Para Someterse A Un Examen De Papanicolaou:

- De preferencia no virgen
- No lavados o duchas vaginales, 24 horas antes
- No relaciones sexuales, día anterior
- No medicamentos vaginales
- No sangrado intermenstrual o menstruación
- No desodorantes vaginales

(20) Ralph C. Benson: Op. Cit., Pág. 239.

(21) J. L. Mc. Cary y Stephen Mc. Cary: Sexualidad Humana de Mc Cary, Manual Moderno S.A. de C.V., México, 1970, pág. 336.

Toda señora que se somete a un examen de Papanicolaou debe preocuparse por conocer su resultado, ya que el sólo efectuárselo no basta. Si el resultado fuese anormal, puede ser por dos razones:

1. Haber alguna clase de infección, por lo que debe aplicarse algún tratamiento.
2. Que se tenga ya algún indicio de cáncer, o reportar cáncer, para confirmarlo es necesario pasar a una clínica de patología cervical para otro examen especial llamado Colposcopia.

El Papanicolaou es importante, pero no el único medio para diagnosticar con exactitud que una mujer tiene cáncer. Básicamente sirve para la detección temprana del cáncer del cuello uterino, que suele manifestarse en diferentes etapas. Generalmente, se aduce que toda enfermedad debería de ser prevenible, pero esto en la mayoría de cánceres no ocurre. Lo que si se sabe es que puede ser prevenido, puesto que al ir al Médico y efectuarse Papanicolaou anualmente es una manera de poderlo evitar. Por su gran frecuencia y extrema gravedad (mortal) el cáncer es un gran reto hoy en día para los que trabajan en salud, especialmente para los que están en programas de atención ginecológica.

Según E. Morales, el cáncer como toda enfermedad, tiene sus etapas o estadios que van desde lo que se conoce como preinvasión a invasión. Aún no se sabe con exactitud cuánto

tiempo se necesita para que una persona desarrolle cáncer, pero en lo que respecta al del cuello uterino, se sabe que pueden transcurrir hasta 20 años para que se manifieste, es decir, todos los años previos ha ido desarrollándose en sus diferentes etapas.

3.10. Clasificación De Diagnóstico Citológico:

3.10.1. Lesiones Preinvasivas: (Neoplasia Intraepitelial Cervical - NIC):

En este grupo se encuentran las primeras etapas del cáncer lo que en el futuro será ya un cáncer; estos son NIC G.I (1/2 del epitelio enfermo) y NIC G.II (2/3 del epitelio enfermo) y NIC G.III o Carcinoma In Situ (todo el grosor del epitelio está enfermo). Todo lo anterior se puede diagnosticar por Papanicolaou o por Biopsia, al verlo con microscopio, todo esto es preinvasivo y es 100% curable.

Para la subclasificación de NIC en grados del 1 al 2 se ha usado una técnica de conteo celular que se basa en la definición histológica de las etapas de NIC y que descansa en el hecho de que a mayor grado al cual el epitelio es reemplazado por células indiferenciadas hay mayor probabilidad de que las células sean exfoliadas y sean vistas en el frote.

La actual clasificación de NIC, coloca a la Displasia leve y Ligera en NIC G.I, a la Displasia Moderada en NIC G II

y la Displasia Severa y Carcinoma In Situ se combinan en NIC G. III.

De acuerdo al término Lesión Intraepitelial Escamosa (LIE), agrupa las lesiones preinvasivas NIC I, igual Displasia Ligera o Leve, como LIE de Bajo Grado y NIC II y III, igual Displasia Moderada, Severa y Carcinoma In Situ, como LIE de Alto Grado.

- Displasia Ligera - NIC G.I o LIE Bajo Grado: En este tipo de displasia se observa que las células atípicas se derivan principalmente de las capas superficial e intermedia del epitelio. Son ligeras las alteraciones que sufre el núcleo con respecto a la normal; ligeramente alargadas, pequeñas variaciones en forma y tamaño, el citoplasma permanece abundante, siendo mínimo el cambio en la relación núcleo-citoplasma.
- Displasia Moderada o NIC G.II (Capa Intermedia y Parabasal): El núcleo está alargado, presentando variaciones de tamaño y forma, e hipercromático. La cromatina tiende a agruparse en grumos, inclinándose la relación núcleo-citoplasma a favor del núcleo.
- Displasia Severa o NIC G.III (Parabasal y Basal): El núcleo es alargado, hipercromático, con evidencia de grumos de cromatina en su interior. La relación núcleo-citoplasma está definitivamente alterada a favor del núcleo. El cuadro citológico en general es un panorama de células anormales.

Dentro de esta Displasia podemos clasificar también el Carcinoma In Situ ya que citológicamente son similares. Este cuadro se distingue del Carcinoma Invasivo por el hecho de que las células malignas están dentro del Epitelio.

3.10.2. Carcinoma Invasivo: (microinvasivo e invasivo):

El microinvasivo invade 3 milímetros o menos el estroma y el Invasivo lo invade más de esa cantidad. El cáncer microinvasivo es curable y la sobrevida para la paciente es buena. El invasivo se divide en otros estadios más, y entre más avanzado se encuentra, la sobrevida para la paciente es peor y menor tiempo.

El carcinoma invasivo de células escamosas muestra un marcado polimorfismo en su estructura celular. La membrana basal se destruye, introduciéndose del epitelio en el estroma, primariamente en forma de pequeños botones, y más tarde a manera de columnas. La anormalidad de la estructura del núcleo es bien aparente, algunas son hipercromáticas, otras aparecen casi desprovistas de sustancia nuclear. Las células de tipo indiferenciado son las más frecuentes indicando ésto que no es posible identificar el epitelio en el que la célula maligna tuvo su origen.

Generalmente las etapas son las siguientes:

DISPLASIAS	NIC	TBS
1. Displasia Ligera	NIC G. I	LIE Bajo Grado
2. Displasia Moderada	NIC G. II	LIE Alto Grado
3. Displasia Severa	NIC G. III	LIE Alto Grado
4. Carcinoma In Situ	NIC G. III	LIE Alto Grado
5. Carcinoma Epidermoide de Micro Invasivo	Carcinoma Epidermoide Micro Inv.	Carcinoma Epidermoide Micro Inv.
6. Carcinoma Invasivo	Carcinoma Inv.	Carcinoma Inv.
7. Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma

3.10.2.1. Clasificación Clínica Del Cáncer Cervical O Invasivo:

- ESTADIO 0: Carcinoma In Situ.
- ESTADIO I: Carcinoma circunscrito por completo al cuello uterino (IA Micro Invasión del estroma; IB, las demás lesiones del estadio I).
- ESTADIO II: El carcinoma se extiende más allá del cuello uterino, pero no ha alcanzado la pared pélvica. El carcinoma afecta la vagina, pero no el tercio inferior de la misma.
- ESTADIO III: El carcinoma ha alcanzado la pared lateral de la pelvis o el tercio inferior de la vagina.
- ESTADIO IV: El carcinoma afecta vejiga, recto, ganglios linfáticos alejados o zonas a distancia (metástasis).

El carcinoma In Situ es asintomático. Sin embargo

existen algunos estudios efectuados en los que se reporta un mínimo porcentaje de pacientes que refirieron leucorrea y otro porcentaje hemorragias anormales, empero la mayoría fueron asintomáticas. Hasta las últimas fases de la enfermedad se presenta el dolor, por lo que de alguna manera eso se considera como obstáculo para el reconocimiento prematuro del cáncer. El primer síntoma en la mayoría viene a ser la hemorragia, que por lo general es ligera. En otros casos se presentan hemorragias inter-menstruales, sangrados post-coito, malestares después de defecar o de un examen pélvico. Lamentablemente en muchos casos la hemorragia se produce cuando la enfermedad se ha extendido a los ganglios linfáticos.

Algunas veces puede notarse un flujo anormal por lo general acuoso, antes de que aparezca teñido de sangre. A medida que progresa la enfermedad, así también la ulceración y la infección secundaria hace que el producto de la secreción adquiera olor desagradable. El dolor avanza y cuando persiste en la región lumbosacra acompañado de linfedema de la pierna es un signo de muy mal pronóstico.

3.11. Métodos Diagnósticos Del Cáncer Del Cuello Uterino:

- Citología Exfoliativa (Papanicolaou)
- Colposcopia
- Microcolpohisteroscopia
- Biopsia

- Prueba de Schiller
- Legrado Endocervical
- Conización Cervical.

3.11.1. Citología Exfoliativa:

Sirve para detectar lesiones importantes en pacientes que son asintomáticas y en quienes, cambios significativos no son detectados al ser examinadas.

- Valor Del Papanicolaou:

- a) Es un test clínico simple. Se obtiene fácilmente y asegura cuando se realiza periódicamente (una vez al año) la detección de lesiones preinvasivas.
- b) Se aplica a mujeres asintomáticas, como medida de tamizaje. La muestra es generalmente de epitelio del cuello uterino.
- c) Orienta hacia la colposcopia y biopsia dirigida, para tener una mejor información tisular del desarrollo del carcinoma del cuello uterino.
- d) Su eficiente detección de 90% o más permite el tratamiento en una etapa (preinvasión) en que la curación es casi completa. Muchas mujeres deben su vida a este método.

El Papanicolaou es parte importante de la exploración ginecológica. Su frecuencia con la que se requiere esta prueba es motivo de discusión en la actualidad; estadísticos epidemiológicos han hecho que algunos médicos señalen como

adecuada la práctica de este frotis en la mujer, promedio cada dos o tres años. Esto se basa en la información de que la mayor parte de los cánceres cervicales son de crecimiento lento. Sin embargo debido a que en ocasiones se informa de cánceres de crecimiento rápido y a que siempre hay posibilidad de falsos negativos, los ginecólogos siguen sugiriendo que se practiquen el Papanicolaou cada año, y otros casos, según criterio médico, con mayor frecuencia. El Papanicolaou tomado y analizado correctamente puede conducir con exactitud al Diagnóstico del carcinoma del cuello uterino aproximadamente en 98% de los casos y de carcinoma del endometrio en cerca del 80% de los casos.

3.11.2. Colposcopia:

Permite definir fácilmente el tamaño y el tipo de las etapas pre-clínicas del cáncer del cuello uterino, así como la obtención de muestras de biopsias. Ayuda también al esclarecimiento de los procesos en el cuello clínicamente insospechados como se menciona antes y lo más importante, es que propicia un enfoque más objetivo y conservador para el tratamiento de estas lesiones.. El uso de colposcopia y citología proporcionan al Ginecólogo mayor exactitud en la identificación de la enfermedad pre-maligna, la técnica es rápida.

- Indicaciones:

a) El grado de lesiones colposcópicamente atípica sirve de

guía para el pronóstico.

- b) En la selección del sitio, tamaño y tipo de la biopsia, especialmente aplicable al embarazo.
- c) Para establecer el diagnóstico cuando un frotis es positivo o dudoso.
- d) Seleccionar los casos de Cáncer In Situ, determinándolo con seguridad para manejo conservador.
- e) Para decidir en cuanto a la necesidad para removerlos por vía vaginal en cirugía definitiva.

3.11.3. Colpomicrohisteroscopia:

La aplicación del microcolpohisteroscopio al cuello uterino, teñido previamente con colorantes vitales, permite la visión de contacto con aplicaciones de 60 y 150 aumentos, observando en vivo el aspecto celular superficial de los epitelios y valorando su disposición y características de normalidad, así como sus alteraciones reparativas y displásicas, si las hubiere.

La microcolpohisteroscopia puede evitar falsos negativos colposcópicos y citológicos en el diagnóstico. Así mismo permite estimar los límites exactos de la lesión al poder observar el conducto endocervical, y resulta indispensable antes de todo tratamiento destructivo local.

3.11.4. Biopsia:

Cuando el tratamiento no puede ser instituido en base al

frote cervical, al informe de éste debe seguir una biopsia cervical. Idealmente la biopsia debe tomarse cuando hay sospecha de malignidad y debe comprender partes iguales de tejido sano y maligno. Cuando no se dispone de Colposcopista se adopta ampliamente la técnica de biopsia múltiple en su variedad de cuatro cuadrantes. Pero si se dispone de colposcopia la elección es una biopsia dirigida. Es un método exacto para definir el estado histológico de epitelio pre-maligno y no es una alternativa de la citología. La biopsia de cuatro cuadrantes deja escapar a la observación de 10 a 35% de las lesiones pre-malignas existentes. Con la prueba de Schiller aumenta la exactitud de la biopsia dirigida. La hemorragia en el sitio de biopsia puede ser controlada por sutura, electrocoagulación o empaque vaginal.

3.11.5. Prueba De Schiller:

Es la aplicación de una solución hecha a base de yodo, que se aplica al epitelio del cuello uterino. Se basa en que el epitelio canceroso no contiene glucógeno y por lo tanto las células no toman el yodo (no se tiñen) como lo hacen las células del epitelio normal del cuello o vagina que son ricas en glucógeno (se tiñen de café). Tampoco lo hacen el tejido de las úlceras del prolapso, erosiones y atrofia, lo mismo que el epitelio endocervical lo que disminuye su utilidad en el diagnóstico del Adenocarcinoma, sin embargo tiene gran valor cuando los frotis son positivos.

3.11.6. Legrado Endocervical:

Consiste en el raspado endocervical en unión con la citología exfoliativa en el Diagnóstico de Carcinoma In Situ y más que todo al Adenocarcinoma. Además el legrado escalonado con biopsia del cérvix puede ayudar a determinar si el adenocarcinoma es primario de cérvix o endometrio.

3.11.7. Conización Cervical:

La conización cervical junto con la citología, la colposcopia y la biopsia dirigida forman parte importante de la pesquisa y diagnóstico del cáncer del cuello uterino. La conización permite al Ginecólogo interpretar con certeza las alteraciones anatomopatológicas del cuello uterino en una extensión que va desde la superficie del exocervix hasta la región istmica. Es mandatorio para el reconocimiento del carcinoma preinvasivo y para excluir la lesión invasiva, en casos en que la lesión colposcópica se extiende en el endocervix y otros, quedando establecido el valor de la conización en el diagnóstico de la displasia y neoplasia incipiente del cuello uterino.

Es una operación sencilla y no está exenta de complicaciones post-operatorias inmediatas y tardías que pueden ser: hemorragia inmediata y tardía, infección, estenosis cervical y subsecuentemente incompetencia cervical e infertilidad.

- Indicaciones de Conización:

1. Citología sospechosa positiva.
2. Biopsia con resultado de displasia severa o Carcinoma In Situ.
3. Como procedimiento único en pacientes jóvenes con Cáncer In Situ que desean mantener funciones reproductivas.

3.12. Tipos De Tratamiento Del Cáncer Del Cuello Uterino:

El tratamiento dependerá si se trata de Carcinoma intraepitelial (preinvasivo) o si es invasivo. Básicamente para el primer grupo, el tomar una decisión del tratamiento, previamente reconsideran la edad y paridad (número de hijos que tengan y/o que desean tener), para ellas hay varios métodos. El tratamiento común para la displasia cervical y el Cáncer In Situ incluyen: Criocirugía, electrocoagulación, diatermia, conización, rayos laser de dióxido de carbono y la histerectomía.

3.12.1. Criocirugía:

Tiene muchos defensores en su eficacia para tratar las lesiones cervicales porque destruye las neoplasias, resultando ideal para las mujeres que desean tener hijos y se puede realizar con pacientes en consulta externa. La criocirugía destruye el tejido por congelación. Los refrigerantes pasan a través de una sonda hueca colocada en el conducto cervical y apoyada contra el orificio externo del

cuello uterino. En comparación con la electrocauterización o el cauterio térmico, presenta menos molestias; su desventaja es que provoca una secreción vaginal durante 2-3 semanas después de su aplicación.

3.12.2. Electrocoagulación:

Coagulación de la sangre o de los tejidos que se obtiene por medio de electrodos que conducen corrientes de alta frecuencia. Se emplea para cohibir hemorragias o para destruir tejidos tumorales o neoformados. Se aplica con anestesia, la cual dependerá del tamaño y localización de la zona que haya que tratar.

3.12.3. Diatermia:

Es la terapéutica que emplea la corriente alterna oscilatoria de alta frecuencia para engendrar calor en el organismo. Con la Diatermia Médica, el calor desarrollado por la corriente eléctrica, al atravesar los tejidos, no produce excitación nerviosa, muscular ni destrucción. Debe realizarse bajo anestesia y requiere internamiento tipo "hospital de día". Da lugar a una escara, cuya caída suele ir acompañada de cierta hemorragia hacia el décimo día.

3.12.4. Conización:

La conización como tratamiento se ha empleado más que los otros métodos simples y fue usada primero en lugar de

histerectomía para preservar la fertilidad. Para pacientes de edad avanzada, o de alto riesgo quirúrgico, resulta ser un método ideal, cuando el histológico de la pieza muestra un carcinoma invasivo, se recomienda una Histerectomía.

3.12.5. Laser Con Dióxido de Carbono:

La varopización controlada de tejidos con laser más dióxido de carbono es una nueva modalidad para el tratamiento del carcinoma in situ. Presenta las ventajas de poco o ningún dolor, poca frecuencia de infecciones porque el "haz" esteriliza los tejidos, menos pérdida sanguínea, menos necrosis que con el electrocauterio. El tratamiento con laser se dirige al cuello uterino un rayo luminoso de alta energía del segmento infrarrojo, que vaporiza por completo las células. No deja cicatriz de tejido necrótico ni leucorrea. El grado de destrucción se controla con facilidad y el cuello sana con menos cicatrización que con otros métodos. Las desventajas son el tamaño relativamente grande, el costo elevado del equipo y la capacitación tan especial que se requiere. La finalidad es destruir los tejidos infectados.

3.12.6. Histerectomía:

El procedimiento operatorio puede ser por vía abdominal o por vía vaginal.

a) Por Vía Abdominal: Se eliminan útero, anexos, tejido

conjuntivo paramétrico, ganglios linfáticos, 1/3 superior de vagina y arteria uterina en la proximidad de la hipogástrica.

b) Por Vía Vaginal: En esta operación se efectúa eliminación simple del útero, algunas veces anexos. Aquí se renuncia a extirpación de ganglios afectados.

Una Histerectomía "no masculiniza" a la mujer, con salida de barba, y una voz gruesa, porque la producción hormonal no está afectada, recuérdese que son los ovarios los que elaboran las hormonas, los cuales no se extirpan (salvo en casos raros en que hay evidencia de que el cáncer los ha invadido).

Para el segundo grupo o sea el invasivo, no importa edad, ni paridad, se les hace ver que para el cáncer microinvasivo el tratamiento es la Histerectomía amplia o radical; extirpando útero, trompas, ovarios y resecan los ganglios linfáticos. Esto para los estadios menores; en tanto que para los cánceres más avanzados, únicamente se dispone de la Radiación y Quimioterapia, estas pacientes tendrán menos esperanza de vida.

3.12.7. Radioterapia:

Su finalidad consiste en proporcionar a la lesión y las zonas de posible propagación pélvica, radiación suficiente para destruir el cáncer sin causar daño irreparable a tejidos

vecinos. La mayoría de los terapeutas emplean combinación de tratamiento externo de super voltaje, como el de unidades de cobalto-60, con irradiación intravaginal contracervical, o intracervical valiéndose de radio-cesiun. La radiación constituye el mejor tratamiento para el carcinoma cervical invasivo. Todas las etapas del cáncer pueden ser tratados por este método, y hay menos contraindicaciones médicas para la radiación que para la cirugía radical. El tumor tiene que absorber el máximo de radiación aplicada y el tejido vecino sano protegerse lo más posible. La radiación del cáncer cervical se efectúa en forma de tratamiento combinado con Radium-Tóntgen.

3.12.8. Quimioterapia:

El tratamiento con quimioterapia es para pacientes que tienen el cáncer muy avanzado y que ya no responden a la cirugía radical o a la radioterapia. La droga usada es el DOXORUBICIN (adriamicina) sola o en combinación con otras drogas citotóxicas.

3.12.9. Tratamiento Del Carcinoma Del Cervix Durante El Embarazo:

En estas circunstancias el tratamiento ha de variar en cada caso en particular, tomando en cuenta el grado en que se encuentra la lesión, la edad del embarazo y la opinión de la paciente. Puede ser que un tumor con embarazo pueda tener

un tratamiento definitivo cuando el feto sea viable con cesárea-Histerectomía, o pueda ser que se necesite de una Histerectomía inmediata. En relación a la opinión de la paciente o la familia de ésta, estaría dada por el hecho de ser el primer embarazo o algún otro tabú.

3.12.10. Pronóstico Del Cáncer Cervical:

El pronóstico y supervivencia depende del período en el cual se descubre la enfermedad. Con respecto a los NIC I, II y III el pronóstico es bueno, en cuanto al carcinoma en si el mejor pronóstico se ve en los casos metástasis nodular y su invasión a los capilares sanguíneos. Le sigue en pronóstico los casos con invasión a los capilares sanguíneos pero sin nódulos positivos. El pronóstico es menos bueno cuando existen nódulos positivos pero no hay invasión al torrente sanguíneo, y el peor pronóstico se ve en casos con ambos; invasión de torrente sanguíneo y nódulos linfáticos positivos.

Los factores que deben considerarse en la evaluación del pronóstico en las enfermas de carcinoma cervical son las siguientes: edad, estado físico general, estado socio-económico, características macroscópicas del cáncer, características celulares del carcinoma, características histológicas del cáncer, habilidad del terapeuta y etapa clínica.

La edad es importante porque los tumores anaplásicos más agresivos se encuentran con mayor frecuencia en las mujeres con cáncer del cuello uterino. Las de mayor edad están más aptas para albergar tumores malignos de lento crecimiento bien diferenciados. El estado general influye también, ejemplo la presencia de enfermedades como diabetes, cardiopatía o nefropatía. La obesidad es desventajosa. La infección pélvica también empeora el pronóstico. Las enfermas que son pobres tienen la enfermedad en etapa más avanzada cuando son diagnosticadas por primera vez y responden con mayor dificultad a la terapéutica.

El estadio en el que se diagnostique el cáncer y los conocimientos y habilidades del especialista también son indicadores importantes para el pronóstico. Aunque la división en etapas clínicas no es precisa, constituye la mejor guía que se tiene para el pronóstico final. Cuando el cáncer de la cervix no es tratado o no responde al tratamiento, ocurre el fallecimiento en 95% de las enfermas en un lapso de 2 años desde la aparición de los síntomas. El tratamiento general del cáncer incurable requiere que el médico mantenga una relación de comprensión y simpatía con la enferma. Debe mantenerse su estado nutricional y las funciones corporales generales. Se eliminará el miedo, la angustia y la depresión con empatía y el empleo discreto de sustancias energizantes psíquicas. La enferma con cáncer será estimulada a que continúe sus actividades normales

mientras pueda, y se le debe proporcionar todo sostén posible en dicho esfuerzo.

Para todas las pacientes con algún grado de cáncer, es importante el seguimiento médico-social y con cualquier tratamiento que se efectúe, la evaluación clínica debe ser por lo menos cada 6 meses o cada año, según el caso, sin perder de vista el examen de Papanicolaou, el cual es uno de los problemas más grandes con nuestra población porque no les gusta visitar regularmente al Médico para sus controles y se les pierde su seguimiento.

3.13. Otras Consideraciones Respecto Al Cáncer Del Cuello Uterino:

3.13.1. Comportamiento Sexual Tras Una Intervención Quirúrgica:

Si el comportamiento sexual desempeña un papel en las enfermedades ginecológicas y las disfunciones sexuales, y las alteraciones psicósomáticas asumen un amplio espacio en todo el conjunto de la ginecología, ello es asimismo válido en muy especial medida tras operaciones ginecológicas. Las expectativas de la paciente antes de la operación desempeñan ya un papel muy importante. Muchas mujeres temen, sin fundamento y espontáneamente, convertirse en una anciana si pierde la matriz, así como por los efectos de cambios hormonales, aún cuando no se practique intervención alguna en

ovarios.

"Cuando se extirpa la matriz, no sólo las mujeres sino también los maridos piensan, en ocasiones, que ya no será posible la cohabitación. Otras temen volverse frías después de la operación, pero no se atreven a hablar con nadie acerca de ello o bien lo hacen con alguna amiga, la cual confirma que así sucede a través del caso de alguna vecina suya"(22). Por lo mismo es importante sostener una plática de orientación amplia en el pre-operatorio entre médico y paciente, así como también el Trabajador Social puede contribuir a ello, es importante interrogar a la paciente acerca de sus temores e informarla.

"El útero ha representado para la mujer, en todos los tiempos, y durante un largo lapso de la vida un órgano central, que manifiesta exteriormente por la menstruación su actividad funcional, y que es vivenciado como especialmente dorado de valor durante el embarazo, no pudiendo por ello ser olvidado por la mujer"(23).

Todas las observaciones y estudios realizados en los diversos casos operados muestran cuán importante es que todas estas intervenciones vayan seguidas por un asesoramiento sexual aunque la paciente no lo sugiera, es el profesional que atiende el caso el que ha de tomar la iniciativa. Si no

(22) W. Eicher: Sexualidad Normal y Patología De La Mujer, Morata, S.A., Madrid, 1,978, Pág. 221.

(23) Ibidem, Pág. 283.

lo hace comete un error similar al de haber olvidado la medicación previa. Un asesoramiento de esta índole puede impedir que el posterior destino de la paciente se vea afectado por graves trastornos funcionales psicosomáticos"(24).

El denominador común de los factores de riesgo, además de la edad temprana de la mujer al iniciar la actividad sexual, como la promiscuidad y otros, como el número de embarazos es el subdesarrollo y la pobreza en que se desenvuelven amplios sectores de estas poblaciones. Además los patrones culturales, educación limitada y carencia de servicios de salud adecuados exponen a muchas mujeres a los factores etiológicos de esta enfermedad y probablemente explican la persistencia de su alta frecuencia.

Los factores de riesgo de cáncer del cuello uterino guardan una estrecha relación con las condiciones socio-culturales cuya transformación requiere un proceso lento y complejo. Entre tanto, los programas de educación sanitaria y de detección temprana dirigidos a toda la población femenina, y especialmente a los grupos en alto riesgo, podrían reducir en gran medida la elevada incidencia de este cáncer en nuestro medio.

(24) Ibidem, Pág. 292.

CAPITULO 4

EL TRABAJO SOCIAL EN CORRESPONDENCIA CON LA PROBLEMATICA DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO

Se presentan a continuación algunos aspectos teóricos que fundamentan la disciplina del Trabajo Social, a efecto de analizar e interpretar su contenido y ubicar desde una perspectiva científica el quehacer del Trabajo Social en nuestro país.

El Trabajador Social es el profesional que tiene que estar identificado con los grupos sociales mayoritarios proyectando su labor hacia éstos y para ejercer eficientemente tiene que conocer la realidad objetivamente, para así poder determinar las causas y efectos de los problemas que con más frecuencia están afectando a nuestra sociedad, lo que se logra únicamente tomando como base, métodos científicos. Uno de esos problemas que afecta a nuestra población es el cáncer, la cual es una enfermedad mortal, y al hablar específicamente del cáncer del cuello uterino, se observa que afecta con mucha frecuencia a sectores socio-económicos bajos. Este problema desencadena una serie de problemas más que redundan en la irregularidad de la familia y por ende en la sociedad en su conjunto. La disciplina del Trabajo Social se ha venido desarrollando dentro del contexto que nos presenta la realidad económica-social guatemalteca, inserta en el ámbito institucional con el afán de participar en la atención de la problemática que

surge al interior de los sectores mayoritarios.

4.1. Definiciones De Trabajo Social:

1. " El Trabajo Social tiene la función de concientización, movilización y organización del pueblo para que en un proceso de promoción del auto desarrollo interdependiente, individuos, grupos y comunidades, realizando proyectos de Trabajo Social, insertos críticamente y actuando en sus propias organizaciones participen activamente en la ejecución de un proyecto político que signifique el tránsito de una situación de dominación y marginalidad a otra de plena participación del pueblo en la vida política, económica y social de la nación que cree las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser hombre"(25).

2. El Trabajo Social se ubica generalmente en el marco de las ciencias sociales, tal y como expresa Norberto Alayón. "El Trabajo Social es una disciplina de las ciencias sociales que a través de procedimientos científicos promueve la organización y participación conciente de los miembros de la colectividad en las transformaciones sociales a fin de contribuir al desarrollo integral de la población"(26).

(25) E. Ander-Egg: Diccionario del Trabajo Social, El Ateneo, México, 1984, Pág. 364.

(26) Citado por Cristina Sánchez Mejorada y Rosaura Unzueta Vásquez: "Historia y Metodología de Trabajo Social", Ediciones Quinto Sol, México D.F., 1,988, Págs. 7 y 8.

3. También se considera Trabajo Social: "Una disciplina de las ciencias sociales que provee a personas, grupos y clases populares de servicios que alivien la gama de problemas económicos, sociales, ontológicos y axiológicos que le impiden su plena realización humana orientándolos en la toma de una conciencia más clara sobre el protagonismo que pueden asumir para transformar la realidad que los circunda"(27).

Conceptualizar el Trabajo Social implica relacionar el momento histórico y caracterizar a la profesión en el contexto económico, social, cultural y político del país, por lo que a continuación se propone la definición de Trabajo Social que se ha estimado adecuada: EL TRABAJO SOCIAL ES UNA DISCIPLINA QUE SE APOYA EN LAS CIENCIAS SOCIALES PARA INTERVENIR CIENTIFICAMENTE EN LA PROBLEMÁTICA SOCIAL: TANTO A NIVEL INDIVIDUAL, GRUPAL Y COMUNAL. DERIVADO DE UN PROCESO CONSTANTE DE PROMOCION Y EDUCACION, QUE SE LOGRA CON LA APLICACION DE METODOS Y TECNICAS DEL TRABAJO SOCIAL, ESTABLECIENDO LA PARTICIPACION ACTIVA DE USUARIOS Y TRABAJADOR SOCIAL PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONCIENCIA SOCIAL DE LA POBLACION, ORIENTADA HACIA LA TRANSFORMACION DE LA SOCIEDAD, QUE CONLLEVE LOGRAR EL BIENESTAR INTEGRAL.

El profesional en Trabajo Social existe y tiene su razón de ser, pues se le presentan demandas concretas en las cuales

(27) Felipe Calderón Pérez: Revista De T.S., USAC, DITETS, 1989, Pág. 11.

no puede dejar de poner su atención porque provienen fundamentalmente de sectores populares con quienes está su identificación. Como todo profesional, también el Trabajador Social tiene sus propias características, entre ellas algunas son las siguientes:

- El profesional establece contacto directo con los problemas, necesidades e intereses de la población.
- Tiene la habilidad de estudiar, analizar e interpretar la realidad económica, social, cultural y política del medio en que se desenvuelven quienes demandan sus servicios.
- Su objeto de acción es la sociedad en si, para quien busca la transformación a fin de alcanzar su bienestar integral.

4.2. Filosofía Del Trabajo Social:

Esas y otras características más son necesarias para lograr una proyección eficiente, por lo que también se hace necesaria la constante realimentación e implementación teórica-práctica. La base de sustentación más general de la metodología del Trabajo Social es su filosofía; por lo que a continuación se presentan los principios, objetivos y funciones del Trabajo Social.

4.2.1. Principios Del Trabajo Social:

1. La función será la de orientar para que las personas con su propia iniciativa encuentren las soluciones correspondientes. El Trabajador Social no aparecerá ante

las poblaciones, grupos o personas como un elemento poseedor de las soluciones a los problemas que confrontan.

2. Toda acción profesional deberá organizarse y apoyarse en las personas progresistas, pero sólo como un medio para movilizar y hacer avanzar a los amplios sectores de la población.
3. Toda intervención a partir de la atención a intereses y problemas inmediatos, deberá perseguir en lo fundamental, hacer conciencia respecto a la necesidad de la transformación social para el logro del bienestar integral del hombre.
4. Las poblaciones, grupos e individuos son capaces de sustituir sus formas tradicionales de vida, en la medida que se convencen que el cambio les es favorable y se les brindan oportunidades concretas para lograrlo.
5. La unidad de la teoría y la práctica, es esencial para operar científicamente en la realidad y alcanzar los objetivos propuestos.
6. El grado de conciencia, organización y lucha de los sectores desposeídos, será en última instancia el medio principal para lograr las conquistas y transformaciones profundas que requiere la sociedad guatemalteca.
7. La acción profesional se desarrolla sujeta a un proceso de

cambios limitados al principio, más amplios y profundos después, si es consecuente y perseverante en la acción.

8. Es necesario interpretar y valorizar los conocimientos, experiencias y cultura del pueblo, así como saber aprovecharlos para su movilización y promoción sociales.
9. El Trabajador Social no deberá de llegar a las poblaciones a pensar, sentir y decidir por la gente, sino a involucrarla en todos y cada uno de los procesos que suponen el desarrollo y transformación social.
10. La cooperación, ayuda mutua, solidaridad y deseo de superación humana son básicos en la realización de cualquier tarea que se efectúe, a fin de sustituir la mentalidad individual por una más colectiva.

4.2.2. Objetivos Del Trabajo Social:

Los principios del Trabajo Social deben ponerse en práctica, en base a los objetivos factibles de alcanzar. El III Congreso de Trabajo Social, llevado a cabo en Quetzaltenango en el año de 1979, propone los siguientes objetivos:

1. Promover y participar en las tareas de investigación, planificación y ejecución científica, en las instituciones y programas que propugnen por el bienestar, de manera que sus acciones sean respuesta eficaz a la

satisfacción de necesidades y soluciones a los problemas de las mayorías guatemaltecas.

2. Promover, estimular y orientar técnicamente la organización social en las formas requeridas por la realidad, de manera que, los afectados e interesados en resolver sus problemas y satisfacer necesidades por su propio esfuerzo y cooperación, se encaminen a la búsqueda del Bienestar Social.
3. Interpretar críticamente la realidad nacional para contribuir al proceso de transformación social del país, participando en programas que a la par de proporcionar soluciones de tipo material a los problemas, permitan efectuar tareas encaminadas a obtener cambios de orden cualitativo.
4. Contribuir a la introducción de cambios de mentalidad, actitud y comportamiento en los individuos, grupos y comunidades, que les faciliten descubrir, analizar e interpretar en forma objetiva las causas que frenan su desarrollo y las formas de acción que les permitirán alcanzarlo mediante su participación activa, consciente y organizada.
5. Promocionar la coordinación entre los distintos sectores afectados, así como en las instituciones de servicio, estatales y privadas, para lograr al máximo el

aprovechamiento de los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros en la realización de proyectos y actividades que además de satisfacer necesidades y resolver problemas inmediatos sirvan para orientar el proceso de cambio social.

6. Propiciar y orientar la evaluación de las instituciones y programas de bienestar, procurando que se involucre en este proceso a los sujetos de sus acciones, con el fin de colocarlas a la altura de las circunstancias y necesidades de la población.
7. Mantener permanente y sistemáticamente atención al acontecer guatemalteco para participar en el momento preciso, en la defensa de los derechos ciudadanos; individuales y colectivos contenidos en la declaración de los Derechos Humanos y de la Autonomía Universitaria.

4.2.3. Funciones Del Trabajador Social:

Los principios y los objetivos se ponen en práctica dentro de las siguientes funciones que a continuación se enuncian:

- **Función de Investigación:** Esta función es indispensable, ya que es difícil intervenir eficientemente ante un problema, cualquiera que sea su causa, efecto o interrelación causales, si éstas se desconocen. Todo Trabajador Social, previo a ejecutar o bien diseñar programas, debe basarse en

una investigación científica, para actuar con eficiencia en el proceso de transformación de la sociedad. Esta función debe realizarse continuamente, porque nada es estático, especialmente las ciencias sociales. Durante el proceso de investigación debe haber análisis e interpretación de la realidad.

- **Función de Planificación:** Esta función permite al Trabajador Social diseñar guías de acción que contribuyan al cambio social, para superar el nivel de los grupos a quienes nos dirigimos. En nuestro campo de acción, pueden elaborarse microplanes y también se da la macroplanificación, según la dimensión y cobertura que abarque los propósitos del plan. Algo muy importante es que la población involucrada o los individuos a quienes se dirigen las acciones, también participen en la elaboración de los mismos.
- **Función de Organización para la Movilización y Gestión Populares:** Esta función consiste en fomentar la organización popular con grupos de base, promoviendo la consciente participación y orientar a promotores sociales, mediante capacitación afín a sus necesidades e intereses, a efecto de lograr agentes multiplicadores en un proceso encadenado y progresivo.
- **Función de Promoción para la Transformación Social:** Para ésto se requiere que las personas debidamente organizadas o

en lo individual, asuman actitudes críticas y objetivas acerca de las causas y efectos de la problemática en que se encuentren y movilicen sus recursos disponibles con el fin de impulsar acciones necesarias para lograr la participación de la población en su bienestar.

Otras funciones más son la de coordinación, supervisión y evaluación, las cuales el Trabajador Social realiza constantemente, y se pueden dar tanto interinstitucionalmente como intrainstitucionalmente.

4.3. Niveles de Acción Del Trabajador Social:

Según el informe de seminario de Trabajo Social II, del 2o. semestre de 1,983, se definen los niveles de acción del Trabajo Social, así como se plantea a continuación:

4.3.1. Nivel Individual:

Es en el que se ponen en juego las potencialidades del individuo y los recursos disponibles con el objetivo de lograr una mejor integración psico-bio-social a su medio ambiente y que repercuta favorablemente en él, logrando así la satisfacción de sus necesidades e intereses a través de la aplicación correcta del proceso metodológico de Trabajo Social.

4.3.2. Nivel Grupal:

Es el empleo del proceso metodológico de Trabajo Social

para suscitar la participación racional de los individuos en el grupo, con el fin de que éstos participen dinámicamente y constantemente para la satisfacción de sus necesidades e intereses reales y sentidos, haciendo uso racional de los recursos disponibles.

4.3.3. Nivel Comunal:

Es el proceso metodológico que utiliza el Trabajo Social que busca integrar dinámicamente a los miembros de una comunidad en la solución de su problemática y para su desarrollo económico, social y cultural en función de los recursos disponibles con el fin de lograr un mejor nivel de vida para toda la población.

4.4. Intervención Del Trabajador Social En Los Programas De Salud:

Fue el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social la primera institución que requirió de los servicios del Trabajador Social, como se puede observar la profesión surgió en el área de salud, y es el campo más amplio que tiene el Trabajador Social para proyectarse. Su accionar ha estado dirigido hacia el logro de resultados curativos y no preventivos.

El área de intervención de salud, en nuestro medio es abarcado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia

Social -MSPAS-, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Entidades privadas y algunas Organizaciones no Gubernamentales -ONG'S-.

Se reconoce que el Trabajador Social es un profesional que posee los conocimientos teórico-metodológicos para poderse enfrentar a una realidad social, sin embargo él mismo encuentra obstáculos para su aplicación científica, debido a las mismas políticas que determinan sus acciones y la limitación de recursos para la atención de algunos problemas, ejemplo mujeres con Cáncer del cuello uterino.

Los servicios profesionales del Trabajador Social los demanda la clase capitalista y los representantes del aparato del Estado y los dirigen prioritariamente a los trabajadores asalariados (usuarios). El Trabajador Social tiene que estar en plena correspondencia con los intereses, problemas y necesidades de la población mayoritaria que asiste en busca de servicios para poder actuar y transformar esa realidad, a fin de hacer comprender en los usuarios la necesidad de introducir cambios en ellos que les brindará oportunidades concretas para lograr su bienestar.

El Trabajador Social para intervenir utiliza estrategias lo que se entiende como: "Las acciones concretas que establecen una trayectoria, considerando la viabilidad político-económica, social y técnica de cada etapa o momento

del proceso de un plan o proyecto específico"(28).

Las técnicas y los instrumentos también son aspectos que van unidos para elegir la mejor estrategia de intervención, entendiéndose como técnica. "La parte componente del método que permite el desarrollo de una acción"(29). La técnica permite cumplir los fines que el método se propone. Como instrumento se entiende todo lo que va a servir para llevar a cabo una acción. Existen dos particularidades del profesional de Trabajo Social que son necesarias de considerar para analizar posibles estrategias de intervención:

PRIMERA: Su objeto de intervención y estudio son las clases trabajadoras de la sociedad. Esta particularidad permite intervenir al Trabajador Social, aunque muchas veces se convierte en ejecutor de políticas.

SEGUNDA: A diferencia de otras profesiones no está orientada únicamente a un ámbito específico de la realidad, sino a varios, tales como: Salud, Educación, Jurídico, Vivienda, Trabajo, Seguridad y otros. Esta particularidad enriquece al Trabajador Social porque permite ampliar sus conocimientos para hacer uso de ellos oportunamente.

(28) Ezequiel Ander-Egg: Diccionario de Trabajo Social, Op. Cit., Pág. 143.

(29) Guy Besse: El Modo de Intervención en la Realidad, Folleto Mimeografiado, s.f., Pág. 15.

4.4.1. Participación Del Profesional En Trabajo Social Para La Atención De Casos De Señoras Con Problemas Por Lesiones Preinvasivas Y/O Cáncer Del Cuello Uterino:

Para conocer la participación que tiene la Trabajadora Social en la atención de señoras que presentan una lesión preinvasiva y/o cáncer del cuello uterino, se consideró necesario elaborar una guía de entrevista dirigida a las Trabajadoras Sociales que laboran en la unidad de servicios médicos de las clínicas centrales y en la periférica de la zona 5 de APROFAM (área metropolitana), quienes en la actualidad hacen un total de cuatro profesionales de esta disciplina; con el fin de tomar en consideración sus experiencias profesionales lo que servirá de base para analizar e interpretar sus conocimientos, limitaciones, entre otros para la atención de dichos casos.

En las clínicas centrales de APROFAM hay tres Trabajadoras Sociales que tienen a su cargo la Oficina de Trabajo Social y una Trabajadora Social en la periférica de la zona 5. Esta es parte de la unidad de Servicios Médicos de la Institución, dentro de los cuales se tiene la atención de señoras que demandan servicios de Planificación Familiar, como también el examen de Papanicolaou, lo que ha permitido diagnosticar entre esas pacientes, señoras con problemas por lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino. Ninguna de las cuatro Trabajadoras Sociales están presupuestadas para

trabajar tiempo completo para la Institución, puesto que dos de ellas trabajan seis horas (una de ellas es la Jefe del Departamento de Trabajo Social) y las otras dos, trabajan cuatro horas (medio tiempo). El horario de servicio en las clínicas centrales es de 8:00 a 18:00 horas y en la periférica de la zona 5 es de 8:00 a 12:00 horas.

En el quehacer profesional, a las cuatro Trabajadoras Sociales se les han presentado casos de señoras con diagnóstico de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, observándose más la afluencia de estos casos en las clínicas centrales, por ser allí a donde más población asiste. En las clínicas centrales se presenta un promedio de 39 casos al mes, mientras en la periférica de la zona 5, sólo dos casos.

Pudo notarse que es en horario de la tarde cuando se presenta la mayor afluencia de pacientes con diagnósticos positivos para una lesión preinvasiva y/o cáncer del cuello uterino, esto se debe a que en la clínica se han establecido horarios de entrega de resultados de examen de Papanicolaou en horas de la tarde, de lo que la población atendida ya tiene conocimiento. Las otras señoras que asisten por la mañana es porque han recibido citas por telegrama u otros.

Para orientar a las señoras que presentan un diagnóstico de lesión preinvasiva y/o cáncer del cuello uterino, es importante poseer conocimientos al respecto, por lo que se

les ha preguntado a las cuatro Trabajadoras Sociales si ellas manejan la terminología específica en cuanto a diagnósticos y tratamientos, a lo cual coincidieron las cuatro profesionales en que si la manejan. Las cuatro profesionales en Trabajo Social ya han recibido capacitación al respecto, por medio de literatura, cursos, seminarios, películas, filminas, etcétera, pero esta capacitación ha sido muy eventual y por corto tiempo, recibida por propia iniciativa y en otras ocasiones por patrocinio de APROFAM. El personal de Laboratorio Citológico de APROFAM ha colaborado bastante al respecto. La capacitación para atender estos casos requiere interés, perseverancia y continuidad. Al momento se logra determinar que la atención de señoras con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino ha sido muy limitada porque la atención de casos referidos y/o detectados no va paralelamente al número de seguimiento social de los casos. También hace falta la unificación de criterios y terminología adecuada para la interpretación de diagnósticos y tratamientos a las pacientes (ésto se pudo observar durante las entrevistas a las Trabajadoras Sociales).

Las cuatro Trabajadoras Sociales coincidieron al dar a conocer que el diagnóstico más frecuente entre las pacientes es el de Neoplasia Intraepitelial, Grado I (NIC I). Esta es una lesión que aunque es preinvasiva sí requiere de atención porque ha llegado el momento de brindar más orientación a la paciente, para educarla y concientizarla y que así asuma

responsabilidad y participación activa para continuar un tratamiento médico-social, lo cual atendido adecuadamente finaliza satisfactoriamente, en caso contrario el mal avanza acarreando otro tipo de problemas sociales y económicos, aparte del estado de salud de la paciente. Fue lamentable conocer que actualmente el Departamento de Trabajo Social ha decidido priorizar estos casos para atender a los de diagnósticos más avanzados, lo cual ha determinado ante su limitación de recursos humanos, financieros, tiempo y otros, sin embargo esa no sería una solución a la problemática porque las que ahora presentan un NIC I, más tarde serán NIC II o de diagnósticos más avanzados y por lo mismo más difícil de tratar, haciéndole a la paciente más largo el sufrimiento psico-bio-social, lo que repercutirá en su economía.

En el plan de trabajo del Departamento de Trabajo Social de APROFAM, se tiene contemplado la atención de casos de señoras con problemas por lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, pero en una forma muy superficial porque no cubre a fondo todas las necesidades de estas pacientes; las que han asumido la responsabilidad para el seguimiento social de esos casos son las estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala y Universidad Rafael Landívar, quienes realizan sus prácticas de casos, bajo la supervisión de las Trabajadoras Sociales de la institución. Con esto se resta continuidad al seguimiento social de los casos porque las alumnas sólo permanecen en la

Institución durante corto tiempo y tampoco poseen amplia experiencia para un adecuado tratamiento médico-social. Las Trabajadoras Sociales de APROFAM, han dedicado la mayor parte de tiempo y recursos para la atención de señoras que demandan los servicios de planificación familiar.

4.4.2. Proyección Profesional y Metodología Que Aplican Las Trabajadoras Sociales En APROFAM, Para La Atención De Casos de Señoras Con Lesiones Preinvasivas Y/O Cáncer Del Cuello Uterino:

Las Trabajadoras Sociales que laboran en los servicios médicos de APROFAM tienen varias funciones, entre otras, las que con más frecuencia realizan son: La atención de público para la orientación sobre Planificación Familiar, promoción, educación, concientización, referencia de casos, etcétera, casi todo lo relacionado con la salud reproductiva de las usuarias. En este aspecto contempla la atención de la problemática médico-social de las pacientes con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino. La Jefe del Departamento, además de realizar esas actividades, tiene que estar supervisando, coordinando y planificando con la colaboración de sus colegas.

A las pacientes con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, las están atendiendo a nivel de "casos".

En el caso de las clínicas centrales, estas pacientes

son referidas al Departamento de Trabajo Social por la Enfermera Profesional y/o Secretaria de la Institución, y en la periférica de la zona 5, la referencia la hace el Médico a la Trabajadora Social, ésto después de contar con el diagnóstico citológico de la paciente.

Cuando la Trabajadora Social de las clínicas centrales recibe la referencia del caso, procede a citar a la paciente, regularmente lo hacen por correo y en el caso de que la paciente se encuentre en la Institución, entonces se aprovecha para entrevistarla y orientarla al respecto, para la interpretación de su diagnóstico y pasos a seguir para su tratamiento médico-social, indicándoles lugar, costos y otras generalidades de sus exámenes que amerita realizar, llevando implícita una referencia a la clínica de colposcopia ubicada en la Clínica de la Mujer de APROFAM. En el caso de la periférica de la zona 5, allí la Trabajadora Social se encarga de llenar una ficha con los datos personales y diagnóstico citológico de la paciente, además entrevistarlas y orientarlas al respecto, previo a la referencia que le hace para que asista a un examen de colposcopia que realizan en la Clínica de la Mujer, de APROFAM.

Entre las técnicas de investigación social más utilizadas en la atención de señoras con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, mencionaron la Observación directa e indirecta, la Entrevista y

eventualmente la Visita Domiciliaria.

Entre los instrumentos específicos para el seguimiento social de los casos de señoras con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino están: El Archivo de tarjetas, Libro de Registro, Pautas de Referencia y Telegramas. Se observa que las Trabajadoras Sociales no están haciendo uso de más instrumentos como la Guía de Entrevista, Cuaderno de campo y otros; ésto porque el seguimiento es bastante superficial, tal como lo contemplan en su plan general de trabajo que ya se mencionó.

Las Trabajadoras Sociales, según sus estudios y diagnósticos sociales, han encontrado factores influyentes y que predominan en la problemática de las señoras que presentan una lesión preinvasiva y/o cáncer del cuello uterino, tales como: ignorancia, problemas familiares y limitación de recursos económicos.

Al considerar a la paciente como parte de un núcleo familiar, lo cual es importante para ella como ser social, se ha presentado la interrogante a las Trabajadoras Sociales, en cuanto a que si hacen o no participe a la familia de las pacientes, en su tratamiento social, a ello han respondido que cada caso ha sido diferente; regularmente la paciente se presenta sola a la clínica, en caso contrario, entonces también toman en cuenta a su familia, o bien cuando las alumnas de Trabajo Social que realizan sus prácticas de

casos, entonces pueden dedicarle una mayor atención, e involucran a la familia para que ellos puedan brindarle apoyo a la paciente, especialmente el esposo o madre de la misma.

Entre las actividades que más realizan las Trabajadoras Sociales para el tratamiento social de estos casos están:

- Localización de pacientes (por medio de correo)
- Atención de público (entrevistas)
- Charlas de orientación y apoyo profesional
- Eventualmente visitas domiciliarias e institucionales
- Movilización de recursos (en casos especiales también brindan apoyo económico). En las clínicas centrales tienen un fondo en caja chica, que recaudan en actividades especiales con y para las mismas pacientes
- También ocasionalmente realizan algún tipo de revisión de archivos en el H.R., H.G. y el INCAN, para corroborar la asistencia de la paciente a sus tratamientos médicos, con la colaboración de personal de esas instituciones.

Es ideal atender a las pacientes integralmente, por lo que para ello el Departamento de Trabajo Social necesita coordinar con otros profesionales, a lo que manifestaron lo siguiente: A nivel interno están coordinando con el personal de enfermería, secretaría y archivo (caso de las clínicas centrales) y la Trabajadora Social de la periférica de la zona 5 coordina con el Médico y Enfermería. A nivel externo con el INCAN, H.R. y H.G. pero muy eventualmente; apoyándose

con la Trabajadora Social de dichas instituciones. La Trabajadora Social de la periférica de la zona 5 no establece coordinación con otras instituciones.

El INCAN, H.R. y H.G. son parte de la muestra que también se consideraron para el estudio, por ser éstas las instituciones que tienen mayor cobertura poblacional para la atención de señoras con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino; en el caso del IGSS, sólo manejan las referencias pero en menor grado.

Regularmente, cuando las pacientes no poseen los recursos económicos suficientes para continuar su tratamiento médico en APROFAM, ellas son referidas a las otras instituciones como el INCAN, H.R., H.G. e IGSS y para conocer cómo va su tratamiento es conveniente llevar siempre el seguimiento social del caso. Las cuatro Trabajadoras Sociales para ello lo que hacen es solicitar informes de pacientes en los hospitales, o bien citan a la paciente para que ella informe respecto a su tratamiento. Aunque claro está que esto es importante, pero no ha sido posible realizar lo mismo con todas por no tener estrategias bien definidas para continuar el tratamiento social, esto sólo lo realizan con pocas pacientes; además de ser pocas las señoras que responden al llamado de la Trabajadora Social y/o que se presentan espontáneamente.

También es importante presentar informes del trabajo

realizado para que las autoridades de la Institución conozcan los resultados obtenidos del tratamiento médico-social que se brinda a señoras que presentan una lesión preinvasiva y/o cáncer del cuello uterino, sólo dos Trabajadoras Sociales son las que elaboran dicho informe. En las Clínicas Centrales es la Jefe del Departamento de Trabajo Social quien presenta a las autoridades de la Institución el número de casos atendidos en el año, el cual elabora con la colaboración de las otras dos Trabajadoras Sociales de dichas clínicas. Y en el caso de la Periférica de la zona 5, la Trabajadora Social, cada mes reporta el número de casos atendidos, pero sin mayor especificación.

Puede notarse claramente que aún falta darle más importancia a la problemática de los casos de señoras que presentan una lesión preinvasiva y/o cáncer del cuello uterino para poder crear estrategias que conlleven a una mejor calidad del servicio en el Programa del Diagnóstico Temprano del Cáncer del Cuello Uterino. Valdría la pena presentar un informe de los casos atendidos, como de los casos que no fueron atendidos, razonando sus causas para buscar otras medidas que contribuyan a un mejor seguimiento médico-social de los mismos.

No a todos los casos de señoras con lesiones preinvasivas y/o invasivas para cáncer del cuello uterino que han sido referidos al Departamento de Trabajo Social de

APROFAM, han podido llevarles un seguimiento médico-social, tal como se puede observar en el siguiente cuadro:

CUADRO # 13

GUATEMALA, CASOS REGISTRADOS EN LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL DE LAS CLINICAS CENTRALES Y PERIFERICA DE LA ZONA 5, EN EL AÑO DE 1,994

CASOS	CLINICAS CENTRALES		PERIFERICA ZONA 5		TOTALES	
	V/Abs.	%	V/Abs.	%	V/Abs.	%
Activos	259	55	8	27	267	54
Pasivos	195	42	21	70	216	43
Cerrados	14	3	1	3	15	3
TOTALES	468	100	30	100	498	100

Fuente: Investigación de campo realizada con Trabajadoras Sociales en Julio/95.

Casos Activos son los que tienen seguimiento continuo. Casos Pasivos son a los que se les da seguimiento en forma irregular y eventual y Casos Cerrados son los que se consideran concluidos. El total de los casos se encuentran anotados en el Libro de Registro de Casos Sociales de la Oficina de Trabajo Social.

A los datos en referencia del cuadro anterior, las Trabajadoras Sociales lo interpretan de la siguiente manera: La mayoría de los casos son de lesiones preinvasivas y sólo 10 casos son de Carcinoma Invasivo.

El número de casos abiertos se considera alto, han sido

referidos para examen de Colposcopia a la Clínica de la Mujer de APROFAM. Los casos pasivos son aquellos que no se han presentado y generalmente no se tiene información de la paciente; posiblemente porque se han desplazado a otro lugar o han reportado dirección inexacta. De los 14 casos cerrados, de ellos; 8 se sometieron a Histerectomía, 4 a Radioterapia (12 casos en el INCAN), 1 a conización en Clínica Particular y 1 paciente falleció.

Es penoso observar que hay gran cantidad de casos pasivos (43%), de ellos muchas podrían terminar como uno de los casos ya cerrados, lo cual es bastante lamentable y además del sufrimiento de la paciente, deja secuelas sociales, económicas y de otra índole a la sociedad, en especial a la familia más cercana de la paciente.

Las Trabajadoras Sociales, dentro de su proceso metodológico para evaluar los resultados obtenidos del seguimiento médico-social de las pacientes que presentan lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, ponen en práctica las técnicas de visitas domiciliarias e institucionales, revisión de archivos, y la entrevista, para lo cual citan a las pacientes, siempre priorizando a las de las lesiones más avanzadas y casos de carcinomas. Al evaluar el seguimiento de los casos, consideran poco aceptables los resultados porque las señoras en muchas oportunidades se han mostrado indiferentes a su problema de

salud, o bien se encuentran con limitación de recursos económicos.

Las pacientes con problemas de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino se han caracterizado en su mayoría, por ser de escasos recursos económicos, baja escolaridad, a veces con problemas familiares y otros, por lo que deben de buscarse técnicas de motivación y concientización que permitan a la paciente participar activamente y con interés en busca de tratamiento médico-social que contribuya a erradicar su problema de salud que como ser integral le afecta sus condiciones psico-bio-sociales y económicas.

Del total de profesionales entrevistadas, tres Trabajadoras Sociales informan que se les han presentado casos recurrentes y a una no. La Trabajadora Social que no ha atendido casos recurrentes es quien tiene a su cargo la Jefatura del Departamento de Trabajo Social, por ello es que su atención de público a veces es menor, en comparación a las otras Trabajadoras Sociales porque en ella recae la mayor responsabilidad de tipo administrativo.

4.4.3. Disponibilidad De Recursos Y Obstáculos Para El Seguimiento Social De Casos De Señoras Con Problemas De Lesiones Preinvasivas Y/O Cáncer Del Cuello Uterino:

A APROFAM asiste mucha población, la mayoría de sexo

femenino, ellas asisten en demanda de servicios dirigidos a atender su salud reproductiva, y gran parte es por el interés de planificar su familia. Como APROFAM también ofrece el servicio de diagnóstico temprano del cáncer del cuello uterino, dentro de este servicio es que se logran diagnosticar casos de señoras que presentan ya una lesión preinvasiva y/o cáncer del cuello uterino, quienes por la problemática que padecen, pueden diferenciarse por algunas características, dentro de las cuales las Trabajadoras Sociales enunciaron lo siguiente:

Desde el punto de vista Social las consideran que pertenecen a un nivel medio, medio bajo y bajo, sus relaciones familiares muchas veces malas y pueden aducir que posiblemente esa angustia y nerviosismo les acarrea problemas de relaciones intra familiares. Desde el punto de vista económico, ésta es bastante limitada o precaria en su mayoría, y desde el punto de vista cultural, hay baja escolaridad, etnia ladina en su mayoría (que es la población que más demanda el examen de Papanicolaou), y se muestran con negatividad e indiferencia.

También hacen la observación que dichas características no pueden ser tan categóricas como para marcar un grupo poblacional porque toda mujer puede estar expuesta a una lesión preinvasiva y/o cáncer del cuello uterino, por lo que tampoco se pueden definir patrones; en algunas oportunidades se atiende población heterogénea y/o mixta en sus tres

aspectos (social, económico y cultural).

Los recursos juegan un papel muy importante para el manejo y seguimiento de todo programa, especialmente para cuando los servicios van dirigidos a los sectores populares, como lo es el caso de la población que asiste a APROFAM, entre ellas están las que demandan y se someten al examen de Papanicolaou. Los recursos disponibles son los siguientes:

Humanos: Trabajadoras Sociales del Departamento, alumnas de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos (USAC), y de la Universidad Rafael Landívar (URL), personal de clínicas y laboratorio.

Materiales: Material y equipo de oficina, laboratorio citológico, (ocasionalmente vehículo).

Institucionales: APROFAM, (Laboratorio Citológico, Clínica de Colposcopia, Clínica de la Mujer, CEPAR), INCAN, H.R., H.G. e IGSS (sólo para afiliadas).

Financieros: Limitados, lo que se recauda para una caja chica y lo de las pacientes.

Los recursos que se mencionan resultan insuficientes para una adecuada atención y satisfacción de las necesidades de la población que padece la problemática de las lesiones preinvasivas y/o invasivas del cáncer del cuello uterino. En el caso de los recursos humanos, las Trabajadoras Sociales no cuentan con tiempo suficiente para atender estos casos y así poder movilizar los recursos. Las alumnas de Trabajo Social sólo permanecen en la Institución por corto tiempo y

parte de ese tiempo tiene que ser para que conozcan la institución y cuál va a ser su participación en la misma. Los recursos materiales y financieros también son indispensables para poder dar seguimiento eficiente a dichos casos, pero son insuficientes. En cuanto a los recursos institucionales también se consideran insuficientes porque aunque tengan contemplados servicios para la atención a estos casos, los tratamientos conllevan recursos económicos y de otra naturaleza y la oferta de sus servicios no responde a la demanda de las pacientes por la misma limitación de recursos que presentan también las instituciones.

Por la misma insuficiencia de recursos, las Trabajadoras Sociales tienen limitaciones que obstaculizan la adecuada atención que merecen las señoras con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, entre ellas se mencionan:

- Falta de personal, ellas dicen que hay necesidad de que una Trabajadora Social pueda dedicarse con exclusividad a la atención de estos casos, para mediar entre paciente, Institución y movilizar otros recursos.
- También la limitación de recursos económicos de la Institución, paciente y su familia porque aunque logren concientizar a la paciente y familia sobre la importancia de un buen seguimiento médico-social, sin recursos económicos se sienten frustradas para poder continuar con el tratamiento.
- Tampoco descartan la falta de interés de la paciente para

darle seguimiento a su caso, en esto es en lo que más podrían trabajar las Trabajadoras Sociales, buscando metodologías dirigidas a despertar el interés de las pacientes y así ellas se motiven haciéndoles énfasis en la importancia de su auto-estima y el papel que deben jugar como seres importantes en su familia y la sociedad para que continúen en su tratamiento médico-social que mejore su estado de salud.

- También la limitación de tiempo es otro obstáculo que tanto las Trabajadoras Sociales y las pacientes presentan, pero esto también puede superarse al lograr una mejor organización y distribución del tiempo, una mejor coordinación de servicios en los que la Trabajadora Social pueda ser intermediaria.
- Las pacientes, como seres humanos, siendo "sujetos" tienen cada una de ellas sus características especiales con cualidades y defectos, algunos fácil de conducir, otros no, dependiendo de cada caso en particular, haciéndose necesario buscar para cada caso estrategias que contribuyan a la solución de su problemática, siempre con la participación de la paciente.
- La movilización y desplazamiento de las pacientes es otro problema que con frecuencia se afronta en la atención de estos casos; esos y otros más que sería largo de enumerar porque cada caso tiene sus propias características.

4.5. Estrategias De Intervención:

4.5.1. Metodología Tradicional:

Según Boris Lima en la disciplina de Trabajo social predominan los llamados Métodos Tradicionales; Casos, Grupos y Comunidad. La acción sistematizada generalizó esta metodología, todas moldeadas según normas de la Medicina, Psicología y Sociología.

4.5.2. Metodología de Transición:

En un enfoque metodológico que Boris Lima da a conocer y que está formada por el Método Integrado, el Método Básico y el Método Unico.

- **Método Integrado:** Este método está dirigido hacia el uso simultáneo de los tres Métodos Tradicionales (Casos, Grupos y Comunidad). Con el Método Integrado se busca una operación encaminada a proponer cambios en individuos, familias, grupos y comunidades para conseguir un mejor funcionamiento social.
- **Método Básico:** Incluye las cinco etapas del proceso de Trabajo Social; Investigación, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, es el método más coherente y elaborado.
- **Método Unico:** Este método comprende cuatro grandes funciones de Trabajo Social y cada función tiene un enfoque

metodológico diferente:

- FUNCION EDUCACION SOCIAL: Su objetivo es la capacitación social.
- FUNCION INVESTIGACION SOCIAL: Su objetivo es la investigación de la realidad social.
- FUNCION PLANIFICACION SOCIAL: Su objetivo es contribuir a diseñar políticas sociales.
- FUNCION ASISTENCIAL: Su objetivo se encamina a la prestación de servicios directos tendientes a solucionar los problemas inmediatos.

4.5.3. Una Viabilidad Más Científica del Trabajo Social:

Para el análisis de este tema, Boris Lima indica que es necesario el estudio de dos instancias: La Teoría y la Práctica.

Para que la disciplina de Trabajo Social sea Ciencia, es indispensable lo siguiente:

1. Integración creadora de conceptos seleccionados afines al Trabajo Social.
2. Elaboración específica de su saber a partir de la experiencia.
3. Diseñar métodos propios de acción.
4. Normar los objetivos de la profesión.
5. Pensar con criterio amplio y seguro para conceptualizar.

La teoría del Trabajo Social será viable

científicamente, cuando se tenga como fundamento la práctica social. La práctica es el punto de partida para crear teoría, la posibilidad del conocimiento no existe al margen de la praxis.

4.6. Propuestas Metodológicas:

4.6.1. Propuesta Metodológica De Angélica Gallardo Klark:

Para el desarrollo de su propuesta metodológica la Trabajadora Social A. Gallardo K. propone los siguientes pasos:

- 1o. INVESTIGACION: lo divide en :
- a) Preliminar
 - b) Descriptiva

En Investigación Preliminar se tiende a una exploración en extensión, más que en profundidad; de lo general más que de lo específico.

Lo interesante en esta primera etapa, es el contacto constante y directo con los sujetos de acción, cubre las siguientes etapas:

- Reconocimiento del medio
- Contactación del medio
- Descubrimiento temático de acuerdo a las necesidades e intereses de la población.

La Investigación Descriptiva es una investigación más profunda, se trata de una acción reflexionada y racional que

sirve para la construcción de teorías.

2o. DIAGNOSTICO: Este consiste en una descripción pormenorizada de los problemas existentes, su naturaleza y cuantía y de los recursos existentes para solucionarlos, y su proyección inmediata y mediata.

3o. PROGRAMACION: Con ésto se pretende determinar las acciones de manera racional y prevista con sujeción a los fines, objetivos, medios y recursos de que dispone, enmarcando dichas acciones dentro de determinados plazos, que pueden ser de corto, mediano o largo alcance.

4o. EJECUCION: Es la puesta en marcha de programas y proyectos específicos, a través de la cual la acción transformadora llega al seno de la base; para los sujetos se traduce en un cambio de conducta, en tanto que a nivel de la realidad pueda lograrse una alteración o modificación de ella.

5o. EVALUACION: Es la parte del proceso metodológico que se mantiene constante a través de toda la trayectoria metodológica y por el cual es posible ir observando la acción en orden o enmendarla. La Evaluación y Verificación, como la palabra lo indica, consiste en verificar el alcance de los objetivos y metas, así como sus efectos provocados (su impacto).

4.6.2. Propuesta Metodológica de Natalio Kisnerman:

Natalio Kisnerman, en su propuesta metodológica presenta las siguientes etapas:

1o. INVESTIGACION DIAGNOSTICA: Esta etapa principia a partir del planteamiento de problemas, preguntándose por qué ocurren tales o cuales hechos y en qué circunstancias se producen, comprenderlas y darles un orden sistemático; se distinguen 3 niveles de investigación:

a) Nivel Exploratorio : Consiste en la recopilación de información del área de trabajo a través de fuentes documentales y con actos directos e indirectos con la población y área de estudio.

b) Nivel Descriptivo: Va a requerir de otros planteamientos mejor elaborados que servirán de guía para continuar el proceso, sirviéndole de base el pre-diagnóstico que contribuye a establecer las hipótesis de estudio.

c) Nivel Explicativo: Este interpreta causas y efectos de la problemática, lo que contribuye al planteamiento de las alternativas de solución.

Entonces la Investigación Diagnóstica es: Exploratoria, Descriptiva y Explicativa.

2o. INTERVENCION PLANIFICADA: Es el complejo de operaciones sistemáticas tendientes a transformar un objeto (situación-

problema). Al proceso de la intervención planificada corresponde lo siguiente:

- a) Definición de Políticas: fijar objetivos, estrategias y tácticas y logística.
- b) Elaboración e Implementación de Planes: Programas y proyectos, instrumentos, localización del área, proyección, costo y niveles.
- c) Ejecución de Planes.
- d) Control y Evaluación de Planes: registro, medición y evaluación y sistematización.
- e) Tipologías de Investigación.

4.6.3. Propuesta Metodológica de Boris Lima:

Boris Lima presenta su propuesta metodológica por fases, siendo estas las siguientes:

Fase 1: SENSITIVA: Plantea ponerse en contacto con la realidad, se investiga y se elaboran contenidos derivados de esa realidad.

Fase 2: INFORMACION TECNICA: Esto implica recabar datos bibliográficos, de instituciones y otros, para obtener un conjunto de conocimientos referentes a los más variados aspectos de la realidad (historias, demográficos, topográficos, geográficos, etcétera).

Fase 3: INVESTIGACION PARTICIPANTE: En esta fase la población

conjuntamente con el agente propulsor van a profundizar el contenido de los fenómenos, mucho más allá de sus manifestaciones exteriores. Con esta fase no sólo se continúa, sino que se desarrolla el proceso de concientización, movilización e incorporación de la población.

Fase 4: DETERMINACION: Consiste en elaborar conceptos, clasificar elementos, descubrir conexiones internas, producir teorías que tienen como referente empírico la propia praxis social, y significa conocer la realidad como un todo estructurado y dialéctico en el cual puede ir comprendido racionalmente cualquier hecho en particular, al igual que la propia totalidad. En el momento de determinación de la realidad en su plenitud, propicia alternativas de solución (cuadro-diagnóstico).

Fase 5: ELABORACION DE MODELOS DE ACCION: Tiende a la selección de soluciones, tanto de carácter inmediato como mediato, mediante un sistema lógico de mecanismos de acción, para proceder a la transformación de la realidad, en base a planes, programas y proyectos.

Fase 6: EJECUCION Y CONTROL: Implica el desarrollo de los modelos a través de sus acciones encadenadas, teniendo en cuenta los mecanismos de acción que se utilicen, puesto que estos están sometidos a una serie de estados sucesivos que adoptan formas variadas de comportamiento entre el estado

inicial y el estado final.

4.6.4. Propuesta Metodológica de Teresa Quiróz:

Su fundamentación metodológica está basada en el método dialéctico. La esencia debe darse entre la teoría y la práctica. Dice que la teoría científica tiene carácter heurístico y sistematizador. Hace énfasis en la importancia de fundamentar la teoría en la práctica-práctica.

4.6.5. Propuesta Metodológica De Lily Caballero:

Esta propuesta está presentada en 3 partes:

1o. Se refiere al problema de la articulación metodológica y técnica del modelo metodológico basado en la investigación-acción.

2o. Se refiere a la articulación del enfoque metodológico a un cuerpo teórico coherente a las acciones del Trabajador Social.

3o. Presenta un modelo gráfico de los principales momentos en que un proceso de investigación-acción puede ser desagregado.

Teóricamente su modelo metodológico plantea 3 instancias:

Investigación ----- Acción ----- Evaluación.

Las que no deben entenderse como etapas de agotamiento sucesivo, sino como etapas que se dan paralelamente,

complementándose entre si, mientras se programan tareas de investigación, se interviene de acuerdo al campo en que se opere, tomando en consideración las demandas de los sectores sociales con quienes se trabaja, sin descuidar la revisión reflexiva de lo realizado para conocer el alcance y limitaciones afrontadas para así orientar las futuras acciones.

También esta propuesta metodológica tiene sus Supuestos Teóricos, siendo los siguientes:

1o. Destaca que la realidad social es cambiante y dinámica, determinada por el modo de producción existente.

2o. El conocer y el actuar se conciben como los momentos de un mismo proceso; la teoría y la práctica no pueden desligarse y están ligadas en una constante relación dialéctica en el proceso evolutivo del conocer y actuar.

3o. Debe existir relación entre lo particular y lo general.

Momentos Básicos; estos son: Diagnóstico-Acción, Acción-Diagnóstico y Evaluación.

4.6.6. Propuesta Metodológica de Lady Fonseca:

Su plan operativo consiste en:

¿Qué hacer? ----- Objeto de Intervención

¿Cómo hacer? ---- Metodología

¿Cuándo hacer? -- Tiempo

¿Dónde hacer? --- Lugar

Y ¿Quién? ----- Trabajador Social

Se concibe como un sistema coherente de proposiciones explicativas e interpretativas sobre un área de la realidad.

Su estrategia metodológica tiene un proceso, el cual debe ser definido en función de los objetivos del objeto de estudio, esto dado por la Teoría y Metódica (ofrecen orientaciones de carácter general) que serían sus categorías que orientan el movimiento del pensamiento para: Aprender, comprender y transformar, entonces este proceso establece la viabilidad de la estrategia metodológica que depende de: Profesión, Institución y Sector Poblacional.

LA PROFESION: Es la facultad u oficio que determinados individuos poseen y pueden ejercer públicamente.

LA INSTITUCION: Cumple 2 funciones; son recursos para la expansión del capital y sirven para mantener la armonía social al mediatizar y resolver disfuncionalidades.

SECTOR POBLACIONAL: Debe partir de la consideración de las expectativas y nivel de conciencia de los llamados "beneficiarios o usuarios". Para el Trabajador Social su acción se debe dirigir a que la población sea capaz de generar sus propias formas de enfrentar su problemática.

CAPITULO 5

EL PERFIL DE LAS SEÑORAS QUE ASISTEN A APROFAM EN DEMANDA DE UN FROTIS DE PAPANICOLAOU

5.1. Condiciones Sociales:

Son las que determinan el lugar que ocupan las personas en el contexto, según el momento histórico y de acuerdo a la posesión de los medios de producción. Con base a ello se da la adecuada o inadecuada satisfacción de las necesidades básicas.

Para la Secretaria General de Planificación, capacitar y mejorar recursos humanos es fundamental y representaría un alto rendimiento social que permitiría a la población satisfacer en mejor forma las necesidades básicas. La población guatemalteca se caracteriza por ser joven pues está compuesta por un alto porcentaje de jóvenes; el 46% de la población cuenta con menos de 15 años de edad. Las mujeres constituyen el 49.5% de la población total y de ellas un poco menos de la mitad se encuentra en edad fértil.

Cuando se asignan recursos en beneficio de la sociedad y se asegura su eficiente uso para potenciar los esfuerzos de los guatemaltecos por superar la pobreza y alcanzar una mejor calidad de vida; el insuficiente acceso de la mayor parte de la población a los servicios sociales, justificaría un significativo aumento de las asignaciones presupuestarias

para el área social en general, y para la educación y la salud en particular. Las carencias de educación y atención preventiva de la salud justifican aumentar la participación de estas áreas dentro del presupuesto nacional.

5.2. Condiciones Económicas:

Este aspecto es determinante para comprender la crisis por la que atraviesa nuestro país, por lo cual se enfoca la actividad productiva sobre la que se orienta la economía de la población misma que se manifiesta en 4 sectores económicos fundamentales que son: Agricultura, Industria, Comercio y Servicios.

La economía nacional gradualmente ha ido mostrando descensos, los cuales se han marcado más a partir de los años ochenta. La población ha sufrido ligeros aumentos, mientras que los recursos continúan estando en pocas manos por lo que la calidad de vida ha ido en decadencia, siendo ésto un indicador del empobrecimiento de la población. "La economía guatemalteca experimentó en la década de los ochenta una crisis generalizada que impactó fuertemente a la sociedad. Disminuyeron los niveles de consumo, se desestimuló la inversión y se generó un fuerte proceso inflacionario. También se agudizaron las desigualdades sociales, aumentó la concentración de la riqueza, se deterioró el poder adquisitivo, hubo devaluación monetaria, desempleo y aumento

de la pobreza" (30).

La participación de la mujer en la Población Económicamente Activa (PEA) es del 24%. En el sector informal, la presencia relativa de la mujer es más predominante que la del hombre, respecto a las categorías ocupacionales. La ocupación de la mujer se concentra en la industria manufacturera, siguiéndole en su orden dependientes de mostrador en los comercios, hoteles y restaurantes y servicios sociales (Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Niñeras, etcétera). Un aspecto importante es que muchas de las mujeres que forman parte de la PEA, son al mismo tiempo jefes de hogar.

"En las relaciones laborales existe discriminación, tanto en los niveles de salario que en la mayoría de los casos son menores que los de los varones, como en el derecho a prestaciones laborales y marginación en las oportunidades de capacitación en servicio. La participación de la mujer es mínima en actividades comunitarias, en programas de educación y capacitación y en la vida política del país, por razones de tipo socio-cultural que impiden su participación y limitan su desarrollo personal, familiar y aporte comunitario. Esta situación se evidencia con el hecho que de 116 Diputados, únicamente 6 son mujeres (5%)(31).

(30) SEGEPLAN: Plan de Acción de Desarrollo Social -1992-1996-, Op. Cit., Pág.2.

(31) Ibidem, Pág. 12.

5.3. Condiciones Culturales:

La Secretaria General de Planificación dice: La población guatemalteca es de gran diversidad étnica y está formada entre otros, por más de 21 grupos indígenas, cada uno con su propio idioma. La mayor parte de la población (68%) es rural y vive en 19,000 pequeñas comunidades dispersas, de menos de 2,000 habitantes cada una. La población indígena se estimó para 1,990 en 4.4 millones de personas, equivalente al 48% de la población total.

El modelo de desarrollo que prevaleció en Guatemala creó insuficiencias estructurales que generaron desigualdades en la distribución de servicios, empleo y por lo tanto de ingresos. Como consecuencia el 77% de todas las familias viven actualmente bajo la línea de pobreza.

"Guatemala presenta uno de los indicadores más altos de América Latina en analfabetismo (49%). La pobre cobertura y la ineficiencia de los servicios educativos a todo nivel, se agravan en las áreas rurales y, especialmente en la población indígena. Las metodologías de enseñanza-aprendizaje son pasivas y no hay adecuación de los calendarios y horarios escolares, ni relación de los contenidos educativos con las necesidades, intereses, culturas e idiomas locales"(32).

De ese 49% de la población analfabeta, el 72% de éste,

(32) Idem, Pág. 5.

es indígena. Se estima que la población analfabeta es mayor de 15 años de edad, y de esta población más de la mitad de sexo femenino.

El índice de cobertura para la educación de las niñas es escasa. En el área urbana 74 de cada 100 niñas asisten a la escuela, en el área rural, la condición de la niña es más dramática, de cada 100 niñas, sólo 49 se inscriben en la escuela primaria.

En Política de Educación no existe un concepto claro de lo que debe ser el proceso de formación y capacitación para el trabajo, para la vida y para la convivencia social. La población femenina por su bajo nivel educativo tiende a buscar pareja tempranamente y a tener un número elevado de hijos, factor que incide en su salud reproductiva.

5.4. Resultados Obtenidos Durante La Investigación De Campo Sobre El Perfil Y/O Características De Las Señoras Que Asisten A APROFAM En Demanda Del Examen de Papanicolaou:

Parte importante de la investigación es conocer qué conocimientos y actitudes toman las señoras que solicitan su examen de Papanicolaou en APROFAM, con la finalidad de poder analizar e interpretar algunas de sus características socio-económicas y culturales para así poder diseñar estrategias que contribuyan a que el Trabajador Social pueda brindarles un mejor tratamiento social a quienes lo ameriten. Para ello

necesario tomar en cuenta a las mismas usuarias que asisten en demanda de un examen de Papanicolaou. Se consideraron un total de 90 casos; de ellos fueron 30 casos considerados como "Casos Positivos", es decir presentan ya algún grado de malignidad en su diagnóstico y 60 "Casos Control", siendo estos casos, aquellos que obtuvieron un resultado considerado como "Normal", o que no representa algún grado de malignidad (proceso de un posible cáncer). Los casos de señoras que formaron parte de la muestra, asistieron a su examen los meses de mayo, junio y julio de 1,994. Del total de población seleccionada para la muestra, sólo se localizaron 28 casos positivos y 56 casos control.

En el estudio se consideraron casos de señoras comprendidas entre las edades de 15 a 45 años, por ser éstas las edades de vida reproductiva.

CUADRO # 14

GUATEMALA, DISTRIBUCION ETAREA DE PACIENTES QUE SOLICITARON SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU:

EIDADES	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		V/Abs.	%
	V/Abs.	%	V/Abs.	%		
15 - 19	1	3.5	1	1.5	2	2
20 - 24	5	17	4	7	9	10
25 - 29	5	17	13	21.5	18	20
30 - 34	4	13.5	16	26.5	20	22
35 - 39	8	26	14	23.5	22	25
40 - 44	5	17	11	18.5	16	18
45 - +	2	6	1	1.5	3	3
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

En el cuadro anterior se puede notar mayor concentración de señoras de 35 a 39 años de edad (casos positivos), representando éstas el 26% de la población en estudio y menos población la de las edades extremas (15 y 45 años). Y en los casos control más población entre 30 a 34 años edad (26.5%). El cáncer del cuello uterino incide mucho en señoras de mayor edad, así como también cuenta el inicio de la vida sexual a edad muy temprana, de las cuales, aunque en mínima cantidad sí se encontraron casos.

De acuerdo al área de procedencia de las pacientes que demandan su examen de Papanicolaou en APROFAM, se pudo observar que a la misma asisten de las diferentes áreas.

Area Marginal es la que se caracteriza por sus deficiencias topográficas y carencia de servicios habitacionales adecuados, en donde habita población de bajo nivel socio-económico y cultural.

Area Popular es en donde la población que habita en esos sectores reúnen condiciones de vida aceptables, sus condiciones socio-económicas y culturales son de nivel medio.

Area Residencial es en donde habita la población con mejores medios de vida y por ende su situación socio-económica y cultural es mejor a las de las áreas antes mencionadas.

CUADRO # 15

GUATEMALA, LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES QUE DEMANDAN SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM

AREA	VARIABLES					
	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		TOTALES	
	V/Abs.	%	V/Abs.	%	V/Abs.	%
MARGINAL	12	40	14	24	26	29
POPULAR	17	57	44	73	61	68
RESIDENCIAL	1	3	2	3	3	3
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Nótese que el 68% de la población que asiste a APROFAM en demanda del examen de Papanicolaou proviene de áreas populares, factor influyente porque trasciende como un indicador de su nivel socio-económico y cultural para ello. Las poblaciones de áreas opuestas, caso de áreas marginales (29%) es poca la que asiste porque además de dificultárseles más el acceso por problemas de transporte, económicas y otras, su grado de ignorancia no les permite darle al examen de Papanicolaou la importancia que merece. En el caso de la población de áreas residenciales, por contar con más recursos económicos, asisten a clínicas particulares y no a instituciones de servicio como APROFAM (sólo se observa un 3%).

La muestra poblacional considerada para el estudio forma parte de un núcleo familiar, de ellas algunas tienen mayor estabilidad y apoyo de sus compañeros de hogar que otras,

de acuerdo a su estado civil, tal como se refleja en el siguiente cuadro.

CUADRO # 16

GUATEMALA, ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES QUE SE SOMETIERON A SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM

ESTADO CIVIL	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		TOTALES	
	V/Abs.	%	V/Abs.	%	V/Abs.	%
CASADAS	11	37	29	48	40	44.5
UNIDAS	12	40	20	33	32	35.5
SEPARADAS	4	13	1	2	5	5.5
DIVORCIADAS	--	--	4	6.5	4	4.5
VIUDAS	--	--	1	2	1	1
SOLTERAS	1	3	1	2	2	2
NO LOCALIZADAS	2	7	4	6.5	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

La mayoría de señoras que demandan su examen de Papanicolaou, tienen su hogar integrado (el 44.5% casadas y el 35.5% unidas denominándoseles a ellas señoras con hogar funcional por estar dentro del hogar: padre, madre e hijos= 80% de casos).

El 4.5% de casos están divorciadas y el 5.5% están separadas, el 3% estan formando el grupo de solteras y viudas, el 7% no fue posible localizar, por ende se desconoce el estado civil de ellas.

Entre el grupo de señoras que aparecen como separadas,

divorciadas, viudas y solteras, la mayoría de ellas son activas sexualmente, lo cual es un factor influyente para la predisposición a las lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, por lo que vale la pena hacer mucha labor educativa para que la población femenina no pierda de vista la importancia que tiene el someterse a sus exámenes de Papanicolaou.

Los grupos étnicos con sus diferentes características y propia idiosincracia, participan y demandan de los servicios médicos, los exámenes de control en salud, tal como lo es el examen de Papanicolaou, según se observa lo siguiente:

CUADRO # 17

GUATEMALA, GRUPO ETNICO QUE ASISTE A APROFAM EN DEMANDA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

ETNIA	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS V/Abs.	%	CASOS CONTROL V/Abs.	%	V/Abs.	%
LADINA	27	90	52	86	79	88
INDIGENA	1	3	4	7	5	5
NO LOCALIZADA	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

En ambos grupos se puede notar que la mayor población la cubre la étnia ladina, con el 88%, reflejándose en éste el valor cultural para que le brinden mayor importancia a la atención de la salud primaria.

En el contexto nacional se ha podido observar que los grupos étnicos indígenas, es en donde más prevalece la ignorancia, pobreza, y otros indicadores que influyen en su nivel de vida; reflejo de ello es que tampoco le dan importancia a los exámenes médicos, como parte de la salud primaria para prevenir enfermedades a las que se está expuesta, tal como lo es el caso de las lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, caso contrario, la población ladina se está preocupando y participando más en los programas de salud preventiva, como en el caso de solicitar su examen de Papanicolaou.

El nivel de escolaridad como uno de los indicadores para conocer el nivel de las condiciones culturales, ha reflejado lo que el siguiente cuadro presenta, de acuerdo a la población que asiste a APROFAM, en demanda de su examen de Papanicolaou.

CUADRO # 18

GUATEMALA, NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS SEÑORAS QUE SE SOMETEN A SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM

ULTIMO GRADO CURSADO	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		V/Abs.	%
	V/Abs.	%	V/Abs.	%	V/Abs.	%
ANALFABETAS	2	7	3	5	5	5.5
ALFABETAS	2	7	3	5	5	5.5
DE 1o. A 3o. PRIMARIA	10	33	11	18.5	21	23
DE 4o. A 6o. PRIMARIA	9	30	20	33	29	32
DE 1o. A 3o. BASICO	1	3	8	13	9	10
NIVEL MEDIO	4	13	11	18.5	15	17
UNIVERSITARIO	0	00	00	00	00	00
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investig. de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Nótese en el cuadro que la mayor población se concentra en el nivel primario. El 32% cursó hasta 6o. primaria y el 23% hasta 3o. primaria, no hay ningún caso que haya llegado a cursar en la Universidad.

Se observa menor escolaridad en los casos de señoras con diagnóstico positivo, en relación a las señoras que conformaron el grupo de los casos control. Ejemplo hasta 3o. primaria llegó el grupo mayoritario de los casos positivos y a 6o. primaria llegó el grupo de mayor porcentaje de los casos control. El nivel de escolaridad como un indicador del factor cultural sigue demostrando que incide en el resultado de diagnósticos de las señoras que solicitaron su examen de Papanicolaou. A menor escolaridad, mayor incidencia de casos positivos, a mayor escolaridad, menor incidencia de los mismos, porque ellas asisten a sus controles periódicos de salud, por considerarlo de importancia.

En la sociedad guatemalteca, la población femenina participa tanto en las tareas propias del hogar, como fuera de ella, resaltando en las mismas las de tipo doméstico, tal como lo demuestra el siguiente cuadro:

CUADRO # 19

GUATEMALA, OCUPACION DE LAS SEÑORAS QUE SOLICITARON SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM

PROFESION/OFICIO	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		V/Abs. %	
	V/Abs.	%	V/Abs.	%	V/Abs.	%
AMA DE CASA	16	53	23	39	39	43
DOMESTICAS	6	20	10	17	16	18
COMERCIANTES	--	--	6	10	6	7
OFICINISTAS	1	3	5	8	6	7
MODISTAS	--	--	3	5	3	3
DEPENDIENTES DE						
MOSTRADOR	2	7	2	3	4	4.5
OPERARIAS	2	7	2	3	4	4.5
MESERAS	--	--	2	3	2	2
MAESTRAS	--	--	2	3	2	2
ASISTENTE DENTAL	--	--	1	2	1	1
VENDEDORAS	1	3	--	--	1	1
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Se puede observar en ambos grupos que la mujer está más dedicada a las tareas del hogar, ya sea en la propia o como fuente de ingresos, por lo que en muchas oportunidades la dependencia económica las subestima, de acuerdo a su escala de valores aportados por nuestra idiosincracia guatemalteca.

Sin embargo, aún observándose el mayor volumen de dicha población en estos rubros; nótese también que entre los grupos de casos positivos y de casos control, es el grupo de las señoras más afectadas, según su diagnóstico del examen de Papanicolaou, quienes mayor dependencia económica poseen, ésto producto de su nivel socio-económico y cultural.

El cuadro de antecedentes reproductivos, como la edad en que inician la actividad sexual y la conducta sexual, también son indicadores influyentes en el cáncer del cuello uterino, por tal motivo se estimó conveniente el número de gestas, partos y abortos que han tenido las señoras consideradas en el presente estudio.

CUADRO # 20

VIDA REPRODUCTIVA QUE PRESENTAN LAS SEÑORAS QUE SOLICITARON SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM

#	CASOS POSITIVOS						CASOS CONTROL					
	GESTAS		PARTOS		ABORTOS		GESTAS		PARTOS		ABORTOS	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	1	3	2	7	17	57	2	3	4	7	40	67
1	3	10	3	10	8	27	9	15	12	20	15	25
2	4	13	5	16.5	3	10	11	19	10	16.5	3	5
3	7	24	8	27	1	3	12	20	15	25	2	3
4	4	13	6	20	1	3	9	15	10	16.5	--	--
5	7	24	5	16.5	-	--	9	15	6	10	--	--
6	2	7	--	--	--	--	4	7	1	2	--	--
7	-	--	--	--	--	--	2	3	2	3	--	--
8/+	2	6	1	3	--	--	2	3	-	-	--	--
TOT.	30	100	30	100	30	100	60	100	60	100	60	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

En el cuadro, se puede hacer la observación que de acuerdo a las señoras con diagnóstico positivo, como los

casos control, la gran multiparidad se puede observar más en los casos positivos:

El 26% ha tenido de 0 a 2 embarazos

El 24% ha tenido 3 embarazos

Y el 50% de 4 a 12 embarazos.

En los casos control:

El 37% ha tenido de 0 a 2 embarazos

El 20% 3 embarazos

Y el 43% de 4 a 8 embarazos

En relación al número de abortos, puede observarse lo siguiente:

En los casos positivos; el 57% 0 abortos y el 43% de 1 a 4 abortos. Y en los casos control; el 67% 0 abortos y el 33% de 1 a 3 abortos.

5.4.1. Nivel de Conocimientos Que Poseen Las Señoras Que Solicitan Su Examen de Papanicolaou en APROFAM:

De las 28 señoras localizadas que resultaron con diagnóstico de Papanicolaou positivo; 26 = 92% dijeron que sí saben para qué sirve un examen de Papanicolaou y 2 = 8% manifestaron no saber. Respecto a las 56 señoras que no presentaron malignidad en su diagnóstico del examen de Papanicolaou; 53 = 94% si conocen para qué sirve y 3 = 5% dijeron no saberlo.

CUADRO # 21

GUATEMALA, SEGUN LAS PACIENTES DE APROFAM, EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU SIRVE PARA LO SIGUIENTE:

OPINIONES	CASOS POSITIVO		CASOS CONTROL		TOTALES	
	V/Abs.	%	V/Abs.	%	V/Abs.	%
DETECTAR A TIEMPO EL CANCER DEL CUELLO UTERINO	5	15	12	20	17	18.5
PARA SABER SI HAY CANCER EN MATRIZ	9	30	5	8.3	14	15.5
SABER SI HAY CANCER UTERINO O INFECCION EN LA MATRIZ	6	20	22	36.7	28	31.5
PARA EXAMINAR LA MATRIZ	6	20	14	23	20	22
NO SABEN	2	8	3	5	5	5.5
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Nótese en el cuadro que aún cuando opinan con similares criterios ambos grupos, sí hay diferencia con respecto al nivel de conocimientos sobre lo mismo (examen de Papanicolaou), sin embargo, en alguna medida lo están relacionando a que sirve para detectar un cáncer en la matriz (cuello uterino).

Para el grupo de señoras con diagnósticos positivos, ellas se inclinan directamente hacia la detección del cáncer de la matriz.

El grupo de señoras que se consideraron como casos control, lo enfocaron hacia la prevención del cáncer en la matriz, u otro tipo de enfermedad en la misma, en esto juegan papel importante los síntomas y/o motivos que las llevaron a efectuarse el examen de Papanicolaou, como se verá más adelante.

Entre las que se efectuaron su examen de Papanicolaou, manifestaron que no saben para qué sirve, algunas comentaron lo siguiente: Se sometieron al examen de Papanicolaou porque su esposo se lo exigió, padece de mucho dolor de estómago, y otra porque después de su último parto quedó padeciendo de mucho dolor de estómago.

El examen de Papanicolaou por su naturaleza es parte de la salud primaria, ya que sirve para diagnosticar tempranamente las lesiones preinvasivas y/o invasivas, incluso del cáncer del cuello uterino, el que es asintomático sin embargo, lo que motivó a las señoras para someterse a su examen son las razones que se presentan en el siguiente cuadro:

CUADRO # 22

GUATEMALA, MOTIVACION DE LAS SEÑORAS PARA SOMETERSE AL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM

MOTIVO	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		TOTALES	
	V/Abs.	%	V/Abs.	%	V/Abs.	%
a) EXAMEN DE RUTINA	6	20	24	40	30	33
b) SOSPECHA DE EMBARAZO	-	--	--	--	--	--
c) PRESENTA ALGUN SINTOMA O SIGNO SOSPECHOSO QUE LE MOLESTA	19	63	24	40	43	48
d) OTRO	3	10	8	13	11	12
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Llama mucho la atención en el cuadro que para las señoras diagnosticadas como positivas, ocupa el primer lugar por mayoría de población el inciso "c", lo cual denota que ya ellas presentan molestias que les ha provocado problemas de salud, tratando de conocer a través del examen de Papanicolaou la causa de ellas, estos síntomas que manifestaron se darán a conocer más adelante. Respecto a los casos control, hay igual número de población que se hicieron el examen de Papanicolaou como parte de sus controles de rutina e igual número de población que se encuentra en el item "c".

Las señoras con diagnóstico positivo, al preguntarles cuál es el síntoma que les motivó para solicitar el examen de Papanicolaou, manifestaron lo siguiente:

1. Flujo y dolor de ovarios y/o abdomen..... 5
2. Mucho dolor al menstruar. 3
3. Problemas gástricos..... 3
4. Mucho flujo..... 3
5. Reglas irregulares..... 2
6. Picazón y flujo..... 1
7. Resequedad y dolor en la vagina..... 1
8. Reglas color chocolate, coágulos, dolor y flujo.. 1

Total de Casos: 19

Las señoras "casos control" que también respondieron en referencia al inciso "c", del cuadro, respondieron lo siguiente:

1. Flujo..... 4
2. Flujo-dolor de ovarios 4
3. Reglas irregulares, dolor de estómago.... 4
4. Dolor de ovarios..... 3
5. Después del último parto, ronchitas en vagina 1
6. Picazón e inflamación en ovarios y vagina.... 1
7. Dolor en la matriz..... 1
8. Dolor en la cintura.... 1
9. Flujo, alergia, picazón en vagina desde su primer embarazo..... 1
10. Dismenorrea..... 1
11. Le molesta un pecho.... 1
12. Dolor en ovarios, estómago y piernas..... 1
13. Mal de orin..... 1

Total de Casos: 24

Aunque algunos de los síntomas manifestados por ambos grupos, parecieran similares, sí merecen especial atención los que refirieron las señoras a quienes su diagnóstico les salió positivo, esto refleja desde ya que dichas pacientes han esperado presentar algún síntoma y/o molestia para someterse a su examen de Papanicolaou, aunque el cáncer del cuello uterino en su inicio es asintomático. Esto como producto de la falta de educación que tienen al respecto.

También se dan a conocer las otras razones que motivaron a las señoras para efectuarse su examen de Papanicolaou, siendo los siguientes:

CASOS POSITIVOS:

1. En anterior oportunidad le dejaron tratamiento que no hizo. Le indicaron Criocauterio por cervicitis e inflamación moderada (julio/93) el Papanicolaou de nov/93, su diagnóstico fué NIC I, su último Papanicolaou de mayo/94 revela NIC II..... 1
2. Antes de resultar embarazada, deseaba saber cómo está su matriz..... 1
3. Por prescripción médica, por antecedentes de NIC I, hace 4 meses. (le volvió a salir NIC I)1

Casos: 3

CASOS CONTROL:

1. Por infertilidad secundaria..... 2
2. Parte de exámenes médicos que le ordenaron... 2
3. El esposo se lo dijo.... 1
4. Porque a una hermana ya le dió cáncer..... 1
5. Control después de Biopsia y Criocauterio.. 1
6. Porque deseaba método de planificación familiar, al estar sin menstruación no le dieron método y aprovechó para Papanicolaou..... 1

Casos: 8

Aunque esos "otros" motivos merecen atención, llaman más la atención las razones que presentaron las señoras con diagnóstico de Papanicolaou positivo, lo cual vuelve a reflejar que es el grupo que amerita constancia, tiempo y de mucha orientación al respecto. Incluso hay casos reincidentes, y otro en el que se pudo observar claramente cómo su mal aumenta, en el cual el profesional en Trabajo Social puede jugar papeles tan importantes para salvar la vida de las personas, al crear estrategias educativas para la paciente y/o sus familiares.

El examen de Papanicolaou es importante para la salud de la mujer, el cual debe practicarse periódicamente, y para conocer qué conocen las señoras que asisten a APROFAM en demanda del examen al respecto, se les ha interrogado sobre lo mismo, y las respuestas obtenidas se presentan en el siguiente cuadro:

CUADRO # 23

GUATEMALA, CONOCIMIENTO DE LAS SEÑORAS QUE SOLICITAN SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM, RESPECTO AL TIEMPO DE INTERVALO ENTRE UNO Y OTRO EXAMEN

CONOCIMIENTO	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS V/Abs.	%	CASOS CONTROL V/Abs.	%	V/Abs.	%
CUANDO EL DR. SE LO INDICA	--	--	1	1	1	1
CADA 6 MESES	10	33	18	30	28	31
CADA 1 AÑO	16	53	35	58.5	51	57
NO SABEN	2	7	2	3.5	4	4
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

En ambos grupos la mayoría opinó que deben efectuarse su Papanicolaou cada año (53% y 58.5% respectivamente), siguiéndole en su orden de que cada 6 meses (el 33% y 30%), sin embargo aunque los mismos profesionales en la medicina no han unificado criterios al respecto, la mayoría se inclina

que lo efectúen una vez al año; pero más se debe respetar la opinión de que depende del criterio médico, según el cuadro y edad que presente cada paciente.

Las señoras tienen sus propias concepciones y conocimientos respecto al intervalo de tiempo que deben dejar entre uno y otro examen de Papanicolaou, sin embargo sus actitudes, se reflejan en el siguiente cuadro:

CUADRO # 24

GUATEMALA, FRECUENCIA CON QUE ACOSTUMBRAN A SOMETERESE AL EXAMEN DE PAPANICOLAOU LAS SEÑORAS QUE ASISTEN A APROFAM

TIEMPO	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS V/Abs.	%	CASOS CONTROL V/Abs.	%	V/Abs	%
CUANDO EL DR. SE LO INDICA	3	10	2	3	5	6
CUANDO SIENTE MOLESTIAS	1	3	4	7	5	6
CADA 6 MESES	6	20	7	12	13	14
CADA 1 AÑO	8	27	28	46	36	40
CADA 2 AÑOS	3	10	9	15	12	13
CADA 3 AÑOS	--	--	2	3	2	2
MAS DE 4 AÑOS	3	10	1	2	4	4
MAS DE 6 AÑOS	--	--	1	2	1	1
MAS DE 8 AÑOS	1	3	--	--	1	1
FUE SU 1er. Ex. Pap.	3	10	2	3	5	6
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investig. de campo realizada de mayo a diciembre/94.

El cuadro refleja que las prácticas de las señoras no responden a sus conocimientos porque si bien es cierto hay muchas que sí se están efectuando su examen de Papanicolaou cada año, la mayoría no. Por ello se hace urgente la necesidad de insistir más respecto a la importancia que merece dicho examen. Hay muchas pacientes que dejan pasar mucho tiempo entre uno y otro examen de Papanicolaou.

Una de las señoras de los casos positivos que respondió que es su primer examen de Papanicolaou al que se somete, cuenta con más de 40 años de edad y lleva 6 embarazos. Otro caso positivo es el de una señora de 16 años, quien no ha tenido embarazos. Y la otra señora positiva a quien le efectuaron su primer examen de Papanicolaou cuenta con 23 años de edad y 4 embarazos.

En la práctica diaria, también se ha observado que hay muchas señoras que se presentan para su examen de Papanicolaou, pero no todas recogen su resultado el día indicado y/o lo olvidan de una vez, por ello se ha considerado lo siguiente:

CUADRO # 25

GUATEMALA, TIEMPO INDICADO DE ESPERA PARA RECOGER EL RESULTADO DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM

TIEMPO	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		V/Abs.	%
	V/Abs.	%	V/Abs.	%		
EN UNA SEMANA	--	--	1	2	1	1
EN 15 DIAS	1	3	5	8	6	7
EN 20 DIAS	25	83	45	75	70	78
EN UN MES	2	7	5	8	7	7
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

En ambos grupos no se observa mayor diferencia de comprensión y si la mayoría (el 78% de señoras) comprendieron que en 20 días lo entregan, siendo ésta la información que se brinda en la Institución.

Cuando se entrevistó a las señoras, una mayoría ya contaba con el resultado de examen de Papanicolaou.

El total de localizadas de casos positivos, ya contaban con el resultado de ese examen porque con ellas la Institución ha hecho mayores esfuerzos por localizarlas; mientras que del total de localizadas, de las señoras consideradas como casos control, sólo 40 = 66% tenían ya su resultado del examen de Papanicolaou cuando la investigadora suscrita les entrevistó; esto denota lo que con anterioridad se mencionó, pues muchas ya no asisten a recoger sus resultados.

Vale la pena mencionar que muchas señoras que formaron parte de la muestra de la población en estudio, asistieron a recoger su resultado porque se les envió telegrama y/o efectúo visita domiciliaria, lo que más adelante se explicará con más detalle, para dar a conocer la forma de localización de las mismas.

Dentro de las razones con las que justifican el por qué no fueron a recoger el resultado del examen de Papanicolaou, expusieron lo siguiente:

- Porque perdieron la contraseña----- 6
- Por problemas de trabajo (tiempo)----- 6
- Por problemas de salud de la señora----- 1
- Por problemas de salud de los hijos----- 1
- Por problema del cuidado de los niños----- 1
- Por no recordar horario de entrega de los
resultados----- 1

Total de Casos 16

El tiempo transcurrido para que las señoras asistieran a recoger el resultado del examen de Papanicolaou se refleja en el cuadro que se presenta a continuación.

CUADRO # 26

GUATEMALA, TIEMPO QUE ESPERARON LAS SEÑORAS PARA ASISTIR A RECOGER SU RESULTADO DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM

TIEMPO	VARIABLES					
	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		TOTALES	
	V/Abs.	%	V/Abs.	%	V/Abs.	%
2 SEMANAS	2	7	1	2	3	3
3 SEMANAS	16	53	16	26	32	36
1 MES	6	20	14	23	20	22
5 SEMANAS	3	10	6	10	9	10
6 SEMANAS	1	3	4	7	5	6
7 SEMANAS	--	--	2	3	2	2
2 MESES	--	--	4	7	4	4
3 MESES	--	--	4	7	4	4
4 MESES	--	--	1	1	1	1
5 MESES	--	--	4	7	4	4
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Nótese que muchas señoras (el 36% del total) que participaron en la presente investigación, recogieron su resultado a las 3 semanas de efectuado su examen de Papanicolaou, lo cual responde a la comprensión que tuvieron respecto a la fecha de entrega de su resultado. Sin embargo existe bastante discrepancia en la mayoría, pues aunque unas cuantas (el 3%) asistió antes de las 3 semanas, la gran mayoría lo hizo hasta el mes y/o después del mes. Respecto a las señoras con diagnóstico positivo si no tardaron mucho fue porque en ellas se llevó especial seguimiento por parte de las Trabajadoras Sociales de la Institución, así como de la Secretaria, quien colaboró al enviar los avisos por correo, para que se presentaran a la clínica, lo que no sucede con

los casos control.

Del total de casos positivos, 19 señoras = 68% se presentaron espontáneamente a recoger el resultado, 9 = 30% porque se les envió telegrama y las otras 2 = 6% que no se localizaron.

Respecto a los casos control, de las 40 que sí recogieron el resultado; 32 = 53% lo hicieron espontáneamente, 7 = 11% porque se les envió telegrama y 1 = 1% por visita domiciliaria.

Las señoras que no recogieron en la fecha indicada el resultado del examen de Papanicolaou, se justificaron con las siguientes razones:

- Problemas de salud de los niños
- Problemas de salud de ella
- Viajaron al interior para visitar familiares
- Falta de tiempo por trabajo
- No podían recoger su resultado en horario de la tarde
- No conoce bien la capital, su patrona no le podía acompañar
- Por falta de dinero para el transporte.

Los diagnósticos positivos obtenidos, en los casos de señoras que participaron en el estudio, fue el siguiente:

CUADRO # 27

GUATEMALA, RESULTADOS OBTENIDOS POR LAS SEÑORAS QUE SE SOMETIERON A SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM: "CASOS POSITIVOS"

DIAGNOSTICOS	V/Abs.	%	SUB TOTALES	
			V/Abs.	%
NIC I			18	60
NIC I	12	40		
NIC I Y TRICOMONAS	1	3		
NIC I Y GARDNERELLA	3	10		
NIC I Y CONDILOMA	1	3		
NIC I, CONDILOMA Y GARDNERELLA	1	3		
NIC II			6	20
NIC II	6	20		
NIC III			1	3
NIC III	1	3		
CONDILOMAS			5	17
CONDILOMA	3	10		
CONDILOMA Y GARDNERELLA	2	7		
TOTALES	30	100	30	100

Fuente: Revisión de archivo e investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Hubo dos casos no localizados: uno con diagnóstico NIC I y la otra con NIC I Y TRICOMONAS. El diagnóstico más frecuente es el de NIC I y unos combinados con tricomonas, gardnerella y condiloma.

Y los diagnósticos obtenidos de las señoras consideradas como "casos control", es el siguiente:

CUADRO # 28

GUATEMALA, RESULTADOS OBTENIDOS POR LAS SEÑORAS QUE SE SOMETIERON A SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM "CASOS CONTROL"

DIAGNOSTICOS	V/Abs.	%	SUB TOTALES	
			V/Abs.	%
INFLAMACION LIGERA			29	48
INFLAMACION LIGERA	23	38.5		
INFLAMACION LIGERA Y CANDIDA	3	5		
INFLAMACION LIGERA Y GARDNERELLA	1	1.5		
INFLAMACION LIGERA Y METAPLASIA ESCAMOSA	2	3		
INFLAMACION MODERADA			10	17
INFLAMACION MODERADA	7	12		
INFLAMACION MODERADA Y CANDIDA	1	1.5		
INFLAMACION MODERADA Y GARDNERELLA	1	1.5		
INFLAMACION MODERADA Y METAPLASIA ESCAMOSA	1	1.5		
INFLAMACION SEVERA			1	2
INFLAMACION SEVERA	1	1.5		
OTROS			15	25
TRICOMONAS	4	7		
GARDNERELLA	11	18.5		
NORMAL			5	8
NORMAL	5	8.5		
TOTALES	60	100	60	100

Fuente: Revisión de archivos e investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

De los 4 casos no localizados, los diagnósticos fueron los siguientes: Inflamación Moderada, Gardnerella, Inflamación Ligera y Tricomonas. Lo más común es la Inflamación Ligera, lo cual no es de ninguna manera alarmante, por lo que se han considerado como algo normal.

A las señoras, cuando se les entrega el resultado, no

todas comprenden su diagnóstico, por ello se les ha preguntado al respecto:

De las 28 señoras localizadas, con diagnóstico Positivo: 16 = 57.5% respondieron que SI lo pueden comprender y 12 = 42.5% NO pueden interpretarlo.

De las 56 señoras localizadas con diagnóstico sin malignidad: 18 = 32% SI consideraron poderlo interpretar y NO: 38 = 67%

Las señoras comprendieron lo siguiente:

- Que están un poco mal y que necesitan someterse a otro examen especial... 5
- Va en proceso de cáncer.. 5
- Es algo de inflamación en la matriz..... 3
- Que la matriz está lastimada..... 1
- Es una pequeña infección. 1
- Que no es problema de gravedad, pero si delicado 1

Casos: 16

Comprendiendo lo siguiente:

- Están bien (normal)....11
- Es una como inflamación 1
- Es hongo que ella y esposo tienen..... 1
- Es un hongo..... 1
- Es un parásito..... 1
- Tamaño no normal de su matriz..... 1
- Es una fuerte infección 1
- Imagina que la vagina esta irritada..... 1

Casos: 18

Las que no lo pudieron interpretar, comentaron que sólo les habían dado una receta, suponiendo tienen "hinchada" su vagina.

Entre los "casos positivos" y los "casos control" hay mucha diferencia de criterios, lógicamente eso obedece a que los diagnósticos difieren notablemente, también puede observarse que las que han resultado con algún grado de malignidad les han dedicado un poquito de mayor atención, sin embargo el proceso educativo no ha alcanzado lo que debiera ser, pues muchas señoras no han tomado conciencia de que ameritan ponerle más atención a su tratamiento médico indicado.

En el caso de las señoras que no revelan malignidad, se observa que les han brindado menor orientación al respecto; pues vale la pena de que quienes laboran en el programa del servicio de examen de Papanicolaou, inviertan mayor tiempo y conocimiento para las pacientes, a fin de que las mismas puedan estar bien informadas, orientadas y concientizadas al respecto, sin esperar a que lleguen a tales grados positivos.

El sentimiento es parte inherente del ser humano, por lo que dentro del problema de estudio, ésto también ha sido considerado, y al respecto las señoras participantes en el estudio, mostraron y manifestaron lo siguiente:

CUADRO # 29

GUATEMALA, SENTIMIENTOS OBSERVADOS Y/O MANIFESTADOS POR LAS SEÑORAS QUE SOLICITARON SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU DESPUES DE CONOCER SU RESULTADO

SENTIMIENTOS	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS V/Abs. %	CASOS CONTROL V/Abs. %			V/Abs. %	
PENA	7 23.5	18 30	25	28		
TRISTEZA	6 20	2 3	8	9		
TEMOR	4 13.5	5 8	9	10		
PENA Y TRISTEZA	3 10	-- --	3	3.5		
NOSTALGIA, TRISTEZA Y PENA	3 10	-- --	3	3.5		
INDIFERENCIA	2 7	7 11.5	9	10		
NERVIOSISMO (ANGUSTIA)	1 3	-- --	1	1		
PENA, TRISTEZA Y TEMOR	1 3	-- --	1	1		
TRANQUILIDAD	1 3	4 7	5	5.5		
ALEGRIA	-- --	4 7	4	4		
SATISFACCION	-- --	13 21.5	13	14		
DUDA	-- --	3 5	3	3.5		
NO LOCALIZADAS	2 7	4 7	6	7		
TOTALES	30 100	60 100	90	100		

Fuente: Investig. de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Es lógico suponer que los sentimientos de uno y otro grupo sean distintos, sin embargo en algunos se vuelven similares, porque como seres humanos se reacciona emotivamente de diferente forma, influyendo para ello las mismas condiciones socioeconómicas y culturales que se tengan. El sentimiento más común es la pena, para ambos grupos, esto es normal y es lo esperado porque tiene pena una persona responsable, quien posee varios valores subjetivos que se vienen a objetivizar en sus actitudes, lo cual más adelante se analizará.

Los sentimientos más agradables sólo los pudieron sentir las señoras de "casos control", sin embargo no desaparecen algunos sentimientos negativos como el temor, la pena y la tristeza, producto de la confusión que tienen por no poder interpretar adecuadamente sus diagnósticos. Quienes sienten duda es porque ellas presentan síntomas, sin embargo les dijeron estar "bien" y otras porque dijeron estar bien y les dieron receta.

En el caso específico de señoras con diagnóstico positivo, quienes se mostraron indiferentes; una de ellas presenta Condiloma pero lo relaciona como un parásito, expresó lo siguiente: "yo antes me traté por amebas y no fue complicado". La otra señora presenta NIC I y al no comprenderlo, le fue indiferente.

Una de las que siente pena, se refirió a su situación

económica. Otra señora al tener pena y tristeza es porque su madre recientemente falleció por cáncer en la matriz. Y la otra señora que dijo estar tranquila, aún presentando NIC I y Condiloma es porque ella dijo creer en la ciencia y el Médico, y está dispuesta a someterse a tratamiento.

Para establecer cómo pueden influir los sentimientos que provoca un diagnóstico de examen de Papanicolaou para que las señoras asuman determinadas actitudes, se les ha preguntado al respecto.

GUATEMALA, ACTITUD DE LAS SEÑORAS QUE SE SOMETIERON A SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM, DESPUES DE CONOCER SU RESULTADO

CASOS POSITIVOS			CASOS CONTROL		
ACTITUD	V/Abs	%	ACTITUD	V/Abs.	%
DISPONIBILIDAD PARA SOMETERSE AL TRATAMIENTO MEDICO EN LA CLINICA DE LA MUJER	20	67	DISPONIBILIDAD PARA SOMETERSE A SU TRATAMIENTO CON LA RECETA	21	35
CONSULTAR AL ESPOSO	3	10	CONFORMIDAD	11	18
VISITAR CURANDERO PARA QUE LE RECETE ALGUNAS BEBIDAS	1	3	DUDA PORQUE NO SABE QUE HACER	9	15
CONSULTAR A PEDIATRA DE SUS HIJOS PORQUE LE TIENE CONFIANZA	1	3	CONSULTAR AL ESPOSO	4	6
CONSULTAR A SANATORIO PARTICULAR	1	3	SOLICITAR CITA EN CL. GINEC. (APROFAM)	3	5
CONSULTAR A SU PATRONA	1	3	ESTAR PENDIENTE DE MANTENER CONTROLES DE PAPANICOLAOU	2	3
AFRONTAR ELLA SOLA SU PROBLEMA	1	3	BUSCAR A DR. PARTICULAR PARA QUE LE EXPLIQUE SU DIAGNOSTICO	2	3
NO LOCALIZADAS	2	7	REPETIRSE PAPANICOLAOU PARA QUE LE EXPLIQUEN SU DIAGNOSTICO	1	2
			BUSCAR QUIEN LE EXPLIQUE SU DIAGNOSTICO	1	2
			IR AL H.G. "S.J.D."	1	2
			IR AL IGSS	1	2
			NO LOCALIZADAS	4	7
TOTALES	30	100		60	100

Fuente: Investig. de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Vuelve a notarse nuevamente diferencia en las actitudes de ambos grupos, pero no del todo, pues como siempre ameritan seguir algún tratamiento, aunque estos sean distintos; la mayoría están dispuestas a someterse al mismo, pero otras señoras prefieren consultarlo con terceras personas, antes de tomar determinadas decisiones.

Vale la pena mencionar que quien manifestó visitar a un curandero para que le recetara alguna bebida, al conocer el caso y aprovechando la oportunidad para orientarla, se hizo lo que se pudo y meses después la señora regresó a la clínica a informar a la investigadora suscrita que por la orientación recibida, había pensado en "vender unas gallinas" y someterse a su tratamiento, lo cual ya lo había llevado a cabo y estaba bastante agradecida y satisfecha. También es lamentable que hubo señoras que no sabían lo que debían hacer por no poder comprender su diagnóstico obtenido.

5.4.2. Orientación Que Recibieron Las Señoras Que Solicitaron

Su Examen de Papanicolaou En APROPAM:

En una institución de salud, como en todas, trabajan varios profesionales, algunos bien identificados ya sea por el uniforme que portan, por algún gafete y/o las mismas actitudes que demuestran al prestar sus servicios. Las pacientes algunas veces identifican su profesión y otras no, por tal motivo y con el objetivo de conocer el grado de satisfacción de la paciente, se les preguntó quién le efectuó

su examen de Papanicolaou.

CUADRO # 31

GUATEMALA, PROFESIONAL QUE EFECTUO EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU
A LAS SEÑORAS EN APROFAM

PROFESIONAL	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		TOTALES	
	V/Abs.	%	V/Abs.	%	V/Abs.	%
DOCTORA	10	33	24	40	34	38
ENFERMERA (PERO NO SE SABE SI PROFESIONAL O AUXILIAR)	10	33	21	35	31	34.5
ENFERMERA AUXILIAR	3	10	10	16	13	14.5
NO SABEN	3	10	--	--	3	3
ENFERMERA PROFESIONAL	2	7	1	2	3	3
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

APROFAM ha delegado la toma del examen de Papanicolaou a Enfermeras Auxiliares, quienes previamente han recibido capacitación especializada al respecto, sin embargo, tanto en el grupo de los casos positivos como en el de los casos control, no hay mayor diferencia de acuerdo a los datos relativos. En primer lugar han considerado que les efectúa su examen de Papanicolaou una Doctora, le sigue en su orden una Enfermera, sin lograr distinguir si es auxiliar o profesional, pero por el primer calificativo, la mayoría de

usuarias (38%) piensa que fueron atendidas por personal calificado, algunas hasta manifestaron fue Doctora porque desde que tomo el examen, aún sin tener el resultado de laboratorio, ya le había recetado y/o sugerido solicitar cita para examen en Clínica de Ginecología.

Ahora bien, al revisar el archivo de papeletas, se pudo conocer que todos los exámenes de Papanicolaou fueron tomados por una Enfermera Auxiliar de la Institución, quien con las pacientes ha demostrado "calidad humana y profesional".

Para continuar evaluando la orientación que en la Institución (APROFAM) brindan, a través de su personal, se les preguntó también si les explicaron algo respecto a qué es y/o para qué sirve un examen de Papanicolaou, respondiendo lo siguiente:

De los Casos Positivos localizados:

SI ----- 5 = 17%
NO -----23 = 83%

De los Casos Control localizados:

SI ----- 5 = 9%
NO -----51 = 91%

De las cinco que respondieron SI, refirieron lo siguiente:

- El Papanicolaou sirve para saber cómo está la matriz y detectar un Cáncer temprano.....4
- Es un examen que deben efectuarse por lo menos una vez al año.....1

Las que respondieron SI, refirieron lo siguiente:

- A nivel general, que sirve para saber si hay algún inicio de Cáncer en la matriz.....2
- Sirve para saber si no está sucia la matriz.....1
- Sirve para tener control de higiene por las relaciones sexuales o detectar una enfermedad de transmisión sexual, que se conoce a través del examen de Papanicolaou y para detectar el Cáncer.....2

No a todas les dieron una explicación respecto al examen de Papanicolaou, y también se les preguntó si ellas consideraban importante que les explicara al respecto y la mayoría opinó que SI. El 96.5% = 81 casos opinaron que es importante. Y el otro 3.5% = 3 casos, consideraron que NO es importante.

De las que opinaron que SI es importante, lo justificaron con las siguientes razones: Ellas sólo tienen una idea general del mismo, pero necesitan ampliar sus conocimientos para así tomar más conciencia de ello y mejorar sus condiciones de salud, como también así poder transmitir esos conocimientos a otras señoras.

De las pocas que dijeron que NO consideran importante más explicación al respecto; una de ellas dijo que es mejor no saber mayor cosa para sufrir menos porque cuando ya hablan de "cosas malas" se refieren a operaciones y ella sólo prefiere medicamentos como pastillas. Las otras dos señoras que opinaron que por haber asistido a recibir orientación al respecto, creen no necesitar mayor información.

Seguidamente se les preguntó a las señoras, si necesitaban continuar con algún tratamiento después de que les entregaron su resultado del examen de Papanicolaou, y vuelve a observarse que a la mayoría si les dejaron tratamiento. De los casos positivos, al total de localizadas y de los casos control localizados a 33 = 58% si, 20 = 35% no

y 3 = 7% no supo responder.

El tratamiento varía en su mayoría, dependiendo de cada diagnóstico, pero en el caso de las señoras con diagnóstico positivo, todas fueron referidas para su examen de Colposcopia, al que las señoras, en su mayoría sólo le denominan un "un examen especial" porque o no se les queda el nombre y/o no se lo mencionaban. Cabe mencionar que después de entrevistar a las señoras, no todas poseían conciencia de la importancia que tiene el continuar el tratamiento, sin embargo durante la entrevista que se les hacía de alguna manera contribuyó a ofrecerles más orientación y motivarlas para que no abandonen su tratamiento médico. En el caso de las señoras con diagnóstico no positivo para una sospecha de malignidad por Cáncer, en su mayoría sólo les recetaron cremas, algunos ovulos, pastillas, alguna cauterización, etcétera. En algunas oportunidades tratamiento sólo para la señora, en otras oportunidades para ella y su pareja, dependiendo de cada diagnóstico. Lo que les llamaba la atención es de que por qué sólo les daban la receta pero no había mayor explicación respecto a la necesidad de la misma por no saber interpretar el diagnóstico.

Parte importante de la investigación, también fue el conocer si las señoras saben en dónde pueden continuar con su tratamiento indicado y/o adquirir sus medicamentos, las respuestas fueron las siguientes:

Del total de señoras localizadas con diagnóstico positivo, a quienes sí les dejaron el tratamiento, si saben a donde pueden asistir, pues al 100% de ellas las refirieron a la Clínica de Colposcopia que se ubica en la Clínica de la Mujer de APROFAM (lugar en donde les tomaron el examen de Papanicolaou), sin embargo una de ellas dijo que también pueden llevar su tratamiento en Clínica particular.

Y de las señoras consideradas como "casos control", a quienes en su mayoría, sólo les dieron una receta, manifestaron que sus medicamentos los pueden adquirir en farmacias estatales, de APROFAM y en particulares, así como para sus controles médicos pueden asistir a CODETS, Clínicas particulares, IGSS u otros, cuando ameritaban tratamiento por otro tipo de problemas ginecológicos.

El esposo es parte importante del núcleo familiar, se le ha tomado en cuenta para conocer cuál ha sido la actitud de él hacia la señora, respecto a su examen de Papanicolaou y el tratamiento indicado.

CUADRO # 32

GUATEMALA, ACTITUD DEL ESPOSO HACIA SU SEÑORA EN LOS EXAMENES DE PAPANICOLAOU Y SU TRATAMIENTO INDICADO:

RECIBEN APOYO	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS V/Abs. %	CASOS CONTROL V/Abs. %			V/Abs. %	
SI	20 67	42 70			62 69	
NO	8 26	12 20			20 22	
INDIFERENTES	-- --	2 3			2 2	
NO LOCALIZADAS	2 7	4 7			6 7	
TOTALES	30 100	60 100			90 100	

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

En su mayoría sí reciben apoyo por parte de su pareja, y quienes no reciben ese apoyo es por las siguientes razones:

- Están solas----- 11
- Están separadas----- 1
- Esposo vive en EE.UU.----- 1
- Esposo vive fuera de la capital----- 2
- Esposo es irresponsable----- 5

20 Casos

Cuando las señoras cuentan con el apoyo de su pareja se sienten más seguras y confortadas, y al mismo tiempo motivadas para continuar el tratamiento médico, cuando se hace necesario.

Además del apoyo familiar que una señora necesita para continuar un tratamiento médico, también es importante contar con los recursos económicos necesarios para ello, por tal motivo se considera lo que el siguiente cuadro nos muestra.

CUADRO # 33

GUATEMALA, DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DE LAS SEÑORAS QUE SE SOMETEN A SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM PARA SUS TRATAMIENTOS INDICADOS:

HAY RECURSOS	VARIABLES					
	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		TOTALES	
	V/Abs.	%	V/Abs.	%	V/Abs.	%
SI	21	70	49	81	70	78
NO	7	23	7	12	14	15
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Nótese en el cuadro que una mayoría (78%) sí disponen de recursos para su tratamiento, aduciendo lo siguiente:

- Su esposo, aunque con esfuerzos se lo proporciona.. 36
- Ambos cónyuges trabajan..... 21
- Con el trabajo de ella..... 9
- Con apoyo de familiares..... 4

Casos: 70

El otro 15% que dijo que no posee los recursos necesarios, es por las siguientes razones:

- Por problemas de salud de sus hijos..... 2
- El esposo no le apoya, está desempleado, con problemas de salud, tiene 60 años edad, sus hijos todos casados y no se preocupan por ella..... 1
- Esposo no le apoya, desempleado, lo acaban de asaltar, es alcohólico, hay malas relaciones familiares. 1
- Vive en área marginal, ella desempleada, esposo es mensajero y gana poco..... 1
- Esposo desempleado..... 2
- Escasos recursos económicos..... 7

Casos: 14

5.4.3. Participación Familiar En Torno A La Problemática:

Todo ser humano necesita sentirse apoyado, principalmente de las personas que le rodean. El esposo que forma parte del hogar, es influyente en la señora, quien se desenvuelve como esposa, madre, ama de casa y otras veces como trabajadora; por ese motivo se han estimado las actitudes que toma el esposo y demás familia de las señoras, con relación al examen de Papanicolaou al que se somete la señora.

CUADRO # 34

GUATEMALA, ACTITUD DEL ESPOSO FRENTE AL RESULTADO DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU AL QUE SE SOMETEN LAS SEÑORAS EN APROFAM:

ACTITUD	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS V/Abs.	%	CASOS CONTROL V/Abs.	%	V/Abs.	%
APOYO	17	57	37	62	54	60
NINGUNA PORQUE ESTAN SOLAS	5	17	6	10	11	12
ENOJO	1	3	3	5	4	4.5
DUDA	1	3	2	3	3	3
DESCONFIANZA	1	3	2	3	3	3
INDIFERENCIA	1	3	3	5	4	4.5
NO LO SABE ESPOSO	2	7	3	5	5	6
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

El cuadro anterior demuestra que hay un 60 % de señoras que están recibiendo el apoyo del esposo, con respecto a su examen y resultado del examen de Papanicolaou. Pero también hay un buen porcentaje de señoras que resulta ser lo contrario, pues todas las demás actitudes son negativas hacia ellas, ejemplo entre el enojo, la duda, desconfianza e indiferencia, conforman el 15% y hay un 6% que no se lo quisieron comunicar al esposo, y el 12% que están solas.

La señora del grupo de los casos positivos, refirió que

su esposo se ha enojado por su resultado del examen de Papanicolaou porque lo aduce a efectos secundarios de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV).

La duda del esposo de la señora (caso positivo) Es porque él le ha visto aparentemente sana y no cree en la interpretación de su diagnóstico.

Quienes prefirieron no comunicar al esposo al respecto es porque ellos tienen el problema de alcoholismo y otros, por lo tanto las relaciones no son satisfactorias, prefiriendo las señoras no tomarlos en cuenta para eso.

Como se expresó con anterioridad, para las señoras es importante la actitud que le manifiesten sus familiares que le rodean, y al respecto, las señoras se expresan de la siguiente forma.

CUADRO # 35

GUATEMALA, ACTITUD DE LA FAMILIA DE LAS PACIENTES DE APROFAM RESPECTO AL RESULTADO DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU:

ACTITUD	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS V/Abs.	%	CASOS CONTROL V/Abs.	%	V/Abs.	%
APOYO	14	46.5	39	65	53	59
NO LO SABEN	8	26.5	12	20	20	22
INDIFERENCIA	3	10	5	8	8	9
PREOCUPACION	2	7	--	--	2	2
ENOJO	1	3	--	--	1	1
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investig. de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Es notorio nuevamente que la mayoría de señoras sí están recibiendo el apoyo de la familia, respecto al resultado del examen de Papanicolaou (59%), pero a la vez hay un alto porcentaje (39%) que las actitudes son negativas por demostrar indiferencia, enojo y/o que no lo saben. El 2% es de preocupación.

Respecto a las señoras con diagnóstico positivo, refieren que la indiferencia obedece a que sus hijos son menores de edad y desconocen al respecto. Las ocho familias que no saben respecto al examen y diagnóstico del Papanicolaou de las señoras es porque viven fuera de la ciudad y la comunicación es mínima. La preocupación de los familiares de las dos señoras es por la limitación de recursos económicos.

Según las entrevistas y en términos generales, 64 señoras (69% de las mismas) han considerado que sus relaciones intrafamiliares son buenas, el 13% (11 señoras) las consideran aceptables, el 6% (5 señoras) indiferentes y malas el 5% (4 señoras); desconociéndose siempre las respuestas del 7% (6 señoras) quienes no fueron localizadas.

5.4.4. Reconocimiento De Recursos Institucionales Y Humanos:

De las señoras que asisten a APROFAM en demanda de su examen de Papanicolaou, no todas lo hacen por iniciativa propia, muchas de ellas lo hacen por influencia de terceras

personas, quienes les refieren, obsérvese para ello el siguiente cuadro:

CUADRO # 36

GUATEMALA, FUENTE DE REFERENCIA PARA QUE LAS SEÑORAS SE SOMETAN A SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM:

FUENTE	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS V/Abs.	%	CASOS CONTROL V/Abs.	%	V/Abs.	%
AUTO-REFERIDA	11	36	29	48	40	45
ESPOSO	5	17	8	13	13	15
MEDICO	5	17	6	10	11	11
FAMILIAR	3	10	5	8.5	8	9
AMIGA	1	3	6	10	7	8
TV	--	--	2	3.5	2	2
PATRONA	2	7	--	--	2	2
T.S. APROFAM	1	3	--	--	1	1
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

El cuadro anterior nos demuestra que un alto porcentaje de las señoras que se someten a su examen de Papanicolaou es porque ellas lo decidieron (45%) y el resto fue por influencia de terceras personas, estando en primer orden el esposo (15%), luego el Médico (11%) después los familiares, amigos, medios de comunicación, e incluso en dos de los casos fue la patrona de las señoras quien les orientó y apoyó para el mismo.

Valdría la pena brindar mayor educación a todo nivel,

para que la población pueda estar más y mejor orientada respecto a la importancia que tiene el someterse a los exámenes de Papanicolaou.

Siendo el Papanicolaou un examen tan importante para preservar la salud de la mujer, ya que contribuye a detectar tempranamente el cáncer del Cuello Uterino, que con tanta frecuencia se presenta y que a la vez no es sintomático, por eso se les preguntó a las señoras si ellas asisten a controles periódicos, y la mayoría respondió NO (64%) = 58 casos, SI, sólo respondió el 29% (26 casos) y el otro 7% (6 casos) que se desconoce por no haber sido localizadas.

Las señoras justifican el NO asistir a sus exámenes periódicos con las siguientes razones:

CASOS POSITIVOS:

- Por falta de recursos económicos..... 1
- Por falta de recursos económicos y tiempo..... 1
- Por falta de recursos económicos, tiempo y trabajo... 2
- Por vergüenza..... 1
- Sólo lo hacen al presentar síntomas.....16

Casos: 21

CASOS CONTROL:

- No lo habían considerado necesario..... 4
- Les cuesta por el cuidado de sus niños..... 1
- Por falta de tiempo..... 3
- Lo hacen al tener los síntomas..... 29

Casos: 37

CASOS POSITIVOS..... 21
CASOS CONTROL..... 37

TOTAL: 58

Durante las entrevistas se les preguntó a las señoras qué otros lugares, además de APROFAM, prefieren visitar para sus controles en salud, respondiendo lo siguiente:

1. Clínicas Particulares.....	15
2. IGSS.....	14
3. Hospitales Públicos.....	13
4. Hospitales Privados.....	10
5. Farmacias.....	6
6. Centros de Salud.....	6
7. INCAN.....	5
8. Clínicas Parroquiales.....	4
9. Dispensarios Municipales.....	3
10. Médico de Personal (por esposo).....	2
11. Médico de Personal (por ella).....	1
12. Hospital Militar.....	1
13. ONG'S	1
14. Comadrona.....	1
15. Puestos de Salud.....	1
16. Curanderos.....	1

Total de Casos: 84

Nótese en el listado que mencionaron 16 lugares y/o instituciones a las que pueden asistir, colocando en el primer lugar por preferencia a las Clínicas Particulares, que es en donde la paciente puede sentir que se le está individualizando y le pueden brindar mayor atención, siguiéndole en su orden de preferencia, acorde a como se presenta en la lista.

Así como se inclinan las señoras por ser atendidas en alguna Institución en especial, de igual forma tienen preferencia hacia determinados profesionales para ser atendidas, tal como lo refleja el cuadro que se presenta a continuación.

CUADRO # 37

GUATEMALA, PROFESIONAL POR EL QUE PREFIEREN SER ATENDIDAS LAS SEÑORAS CUANDO DEMANDAN SERVICIOS DE SALUD:

PROFESIONAL	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		V/Abs.	%
	V/Abs.	%	V/Abs.	%		
MEDICO	20	66	49	81	69	77
ENF. PROFESIONAL	2	7	2	3	4	4
ENF. AUXILIAR	2	7	4	7	6	7
FARMACEUTICO	3	10	1	2	4	4
CURANDERO	1	3	--	--	1	1
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

El cuadro nos demuestra que las señoras prefieren ser atendidas por Médicos en quienes depositan su confianza, siguiéndole en su orden de preferencia la Enfermera Auxiliar, Enfermera Profesional y Farmacéuticos. Y una por el Curandero; siete de las señoras que se inclinan por ser atendidas por Médicos y Enfermeras Auxiliares, enfatizaron su preferencia por profesionales de sexo femenino para sentir más confianza.

Con la finalidad de conocer si las señoras saben de otras instituciones, además de APROFAM, en donde tengan programas y servicios en torno a la detección y tratamiento del cáncer del cuello uterino, se les formuló la interrogante correspondiente, a la cual respondieron con el nombre de las siguientes instituciones:

INSTITUCIONES QUE CONOCEN:	No. DE SEÑORAS:
INCAN.....	41
CLINICAS PARTICULARES.....	19
HOSPITALES PUBLICOS.....	13
IGSS.....	11
CENTROS DE SALUD.....	4
DISPENSARIOS.....	2
HOSPITALES PRIVADOS.....	1
PERIFERICA ZONA 18 DEL M.S.P. Y A.S.	1

No. DE INSTITUCIONES QUE CONOCEN:	No. DE SEÑORAS:
1.....	18
2.....	43
3.....	18
4.....	3
5.....	2

 84

Las instituciones más conocidas son, aparte de APROFAM, INCAN, Clínicas Particulares, Hospitales Públicos y el IGSS, por ser éstas las que más población están cubriendo; siendo éstas además las que se presentaron como parte del informe en el capítulo 1. Y la mayoría de la población atendida conoce entre 1 a 3 instituciones.

El factor económico es influyente en la conducta a seguir por las señoras, ante su diagnóstico del examen de

Papanicolaou, por lo que se consideró importante conocer respecto al promedio de ingreso familiar y per cápita.

CUADRO # 38

GUATEMALA, INGRESO FAMILIAR DE LAS SEÑORAS QUE SE SOMETEN A SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM:

INGRESO FAMILIAR MENSUAL	VARIABLES				TOTALES	
	CASOS POSITIVOS V/Abs.	%	CASOS CONTROL V/Abs.	%	V/Abs.	%
Q. 100.00 a Q. 500.00	5	17	7	11.5	12	13.5
Q. 501.00 a Q.1000.00	16	53	22	36.5	38	42
Q.1001.00 a Q.1500.00	6	20	11	18	17	19
Q.1501.00 a Q.2000.00	--	--	10	17	10	11
Q.2001.00 a Q.2500.00	—	—	—	—	—	—
Q.2501.00 a Q.3000.00	1	3	--	--	1	1
Q.3000.00 a +	--	--	4	7	4	4.5
NO INFORMARON	--	--	2	3	2	2
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

Comparativamente puede observarse un poco de mejores ingresos familiares en los casos control. Según los casos positivos, la mayoría de ingresos familiares está entre Q.501.00 a Q.1000.00 mensuales. Lo mismo sucede con los ingresos familiares de los casos control, pero hay algunos (aunque pocos) que también pasan de Q.2500.00 de ingreso mensual.

A continuación se presenta el análisis del ingreso per cápita, el cual refleja con mayor claridad la realidad económica familiar.

CUADRO # 39

GUATEMALA, INGRESO PERCAPITA EN LAS FAMILIAS DE LAS SEÑORAS QUE SE SOMETIERON A SU EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN APROFAM:

INGRESO MENSUAL PERCAPITA	VARIABLES					
	CASOS POSITIVOS		CASOS CONTROL		TOTALES	
	V/Abs.	%	V/Abs.	%	V/Abs.	%
Q. 0.00 a Q 100.00	4	13	4	7	8	9
Q.101.00 a Q.200.00	17	57	20	33	37	41
Q.201.00 a Q.300.00	1	3	9	15	10	11
Q.301.00 a Q.400.00	3	10	6	10	9	10
Q.401.00 a Q.500.00	2	7	7	12	9	10
Q.501.00 a Q.600.00	--	--	2	3	2	2
Q.601.00 a Q.700.00	--	--	3	5	3	3.5
Q.701.00 a Q.800.00	--	--	--	--	--	--
Q.801.00 a Q.900.00	--	--	--	--	--	--
Q.901.00 a Q1000.00	--	--	1	2	1	1
Q.1001.00 a +	1	3	2	3	3	3.5
NO INFORMARON	--	--	2	3	2	2
NO LOCALIZADAS	2	7	4	7	6	7
TOTALES	30	100	60	100	90	100

Fuente: Investigación de campo realizada de mayo a diciembre/94.

En el cuadro se percibe que la mayoría de población tiene un ingreso percápita que oscila entre los Q.101.00 a Q.200.00 al mes.

El promedio de las señoras con diagnóstico positivo está entre Q.214.00 percápita. (Q.6,000.00 dividido entre 28 familias = a Q.214.28). Sólo es una familia la que goza entre Q.901.00 a Q.1,000.00 percápita al mes. Y todas las demás familias están por debajo de los Q.500.00 al mes, en las familias de los casos positivos.

En relación a los casos control, hay un poco de mejor

condición económica. El promedio se encuentra en los Q.300.00 percápita (Q.16,800.00, entre 56 familias = Q.300.00). Hay familias, aunque pocas, que tienen más de Q.500.00 percápita y tres familias entre Q.1,000.00 y más

Es notoria la diferencia de condición económica entre ambos grupos, por lo que sí se estima como factor influyente en el problema de la morbi-mortalidad por Cáncer del Cuello Uterino, las condiciones económicas, además de las condiciones socio-culturales.

OBSERVACIONES:

Muchas señoras, por haber sido referidas para la entrevista con Trabajadora Social investigadora, ya se mostraban algo preocupadas, tanto las de diagnóstico positivo como los casos control, porque desconocían el objetivo de la entrevista.

Algunas también lograron adquirir más conciencia respecto a la importancia de su examen de Papanicolaou, así como el conocer su resultado, pues unas de ellas refirieron que esperaban un telegrama de aviso para asistir a recoger el resultado y cuando el telegrama les llegaba se asustaban. A unos de los casos el telegrama enviado no les llegó por problemas de dirección inexacta u otros.

De los 90 casos, el 50% aproximadamente fueron quienes asistieron espontáneamente por su resultado de Papanicolaou,

el 43% asistieron porque se les envió telegrama y/o efectuó visita domiciliaria (a unas se les enviaron hasta dos telegramas, como a otras también se les efectuó más de dos visitas domiciliarias). Las visitas domiciliarias se efectuaron al observar que las señoras no respondían al telegrama enviado. Muchas de las señoras localizadas por visita domiciliaria fue posible entrevistarlas después de realizar esfuerzos, aplicando técnicas de investigación porque algunas han cambiado de domicilio y otras que sus direcciones no las han dejado exactas. Incluso a algunas se les localizó en su lugar de trabajo. Y el 7% no pudo ser localizadas por las siguientes razones:

CASOS POSITIVOS: 2

- La señora no se presentó a recoger su resultado. La Secretaria envió telegramas. Trabajadora Social suscrita también, éstos fueron devueltos por el correo por tener la dirección inexacta. Se quiso localizar por visita domiciliaria, se constató que la dirección no existe. Se consultó a fuentes colaterales, y la señora no es conocida por ese sector. La dirección podría ubicarse en una colonia residencial y por características de la paciente, referidas en su papeleta, no se cree viva en esa área. (1)
- Otro caso que la señora sí recogió su resultado, pero fue directamente en el laboratorio de la Institución. Ella fué referida a Secretaría, a donde ya no pasó, por lo tanto,

tampoco pasó a Trabajo Social y se perdió su seguimiento (ésto por haberse alterado el mecanismo de trabajo establecido). Se le quiso hacer visita domiciliaria, la dirección fue localizada, pero a ella no la conocen en esa vivienda, tampoco los vecinos de la misma. (1)

CASOS CONTROL: 4

- Dos casos que se presentaron a recoger su resultado, pero no pasaron a entrevista con Trabajadora Social investigadora. Se les quiso hacer visita domiciliaria. Sus direcciones no fueron localizadas por estar inexacta, aún buscando en las calles A,B y C. Tampoco son conocidas por ese sector. (2)
- Otro caso que la señora no se presentó a recoger su resultado, se le quiso hacer visita domiciliaria pero por no existir dirección exacta, no fue posible localizarla (una dirección similar correspondía a una venta de licores) por fuentes colaterales, tampoco se pudo localizar. (1)
- Otro caso no se pudo entrevistar porque en 4 visitas domiciliarias que se efectuaron, la señora rehusó a la misma, negándose a salir, (tratando de mentir, diciendo que no se encontraba en casa).(1)

Las entrevistas permitieron una mejor identificación entre Paciente, Trabajadora Social e Institución, ellas solicitan apoyo profesional y al recibirla, manifiestan su

satisfacción; ejemplos:

- Una señora padece de toxoplasmosis, se encuentra embarazada y se encontraba preocupada, al igual que el esposo. Se le pudo orientar al respecto y después continuó tratándose en la Clínica de la Mujer para su control pre-natal.
- Una jovencita fue referida al Centro del Adolescente El Camino, ella no tiene estabilidad con su pareja porque él pertenece a una "mara", ella ameritó tratamiento en el Centro de Orientación, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual, (CODETS), posteriormente se interesaron en su caso, su madre y una tía.
- Hubo casos de señoras que refirieron que asisten a sus controles de Papanicolaou por la misma orientación que han recibido, cuando se sometieron al procedimiento de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria en el Centro Quirúrgico de la Institución.
- Tres señoras tenían antecedentes de NIC en algún grado, ya fueron tratadas en la Clínica de Colposcopia y ahora sólo presentan Inflamación Ligera; una de ellas después resultó embarazada, (ésto las mismas señoras se presentaban a comunicarlo con Trabajadora Social suscrita) como muestra de satisfacción y agradecimiento por la orientación que habían recibido.

- Por lo anterior, las mismas señoras opinaban que es bueno que una Trabajadora Social tuviera a su cargo el programa del control de señoras que asisten a sus exámenes de Papanicolaou (observación de las pacientes).
- Algunas señoras que son originarias del interior de la República, y se encuentran temporalmente en la capital, aprovechaban para efectuarse su examen de Papanicolaou porque en sus comunidades les da vergüenza.
- Las señoras temen al Cáncer por sus hijos, pensando en el futuro de ellos y porque han conocido de casos que padecen el problema del cáncer, especialmente el del cuello uterino.
- Una de las señoras, quien forma parte de los casos control se encuentra padeciendo de infección urinaria, al respecto se le orientó, sin embargo ella insistía en que debía ser operada de la matriz, en vez de mandarle otro tipo de tratamiento porque su cónyuge al conocer que ella toma tratamiento, se enojaría con ella (ella es indígena, sus relaciones familiares son inestables, emocionalmente se mostraba muy mal).
- Con la señora que siempre dijo preferir curarse con bebidas recetadas por un curandero, se lograron cambios de actitud para que se sometiera a su tratamiento.

- Como a algunas señoras se les hizo su entrevista en visita domiciliaria, después de transcurrido algún tiempo de que ellas recogieran su resultado del examen de Papanicolaou en APROFAM, entonces se aprovechó a preguntarles: ¿Si habían sido referidas para su Colposcopia?. ¿Si asistieron a sus citas con el Médico?. ¿Si les mandaron tratamiento y si habían cumplido con el mismo?. A lo cual todo fue afirmativo, lo que permitió corroborar el éxito del seguimiento de estos casos, incluso algunas ya hasta se habían sometido a Histerectomía (operación de la matriz), una en el INCAN, otras en CEPAR (Centro de Atención del Parto, de APROFAM).

CAPITULO 6

PROPUESTA DE ALTERNATIVAS DE ATENCION A LA PROBLEMÁTICA SOCIO-ECONOMICA Y CULTURAL DE LAS SEÑORAS QUE PADECEN DE LESIONES PREINVASIVAS Y/O CANCER DEL CUELLO UTERINO Y LA LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL.

Para la elaboración de este capítulo se partió del análisis realizado en el transcurso de la investigación, la cual permitió conocer objetivamente la interrelación causal que existe entre los factores socio-económicos y culturales de la población, disponibilidad de recursos para la atención de señoras con problemas de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino con la labor del Trabajador Social y las políticas institucionales que velan por el bienestar de la sociedad.

Al conocer objetivamente esta problemática que afecta a los grupos sociales mayoritarios y las frecuentes limitaciones para solucionarlo, ha motivado el presentar la justificación de este capítulo para llegar a un planteamiento general del problema, para luego sugerir algunas alternativas y/o estrategias que contribuyan a la solución del mismo.

6.1. Justificación:

La presente propuesta obedece a que en Guatemala, como parte de los países dependientes y subdesarrollados, afronta crisis que se reflejan en la sociedad, tal es el caso del problema de la morbi-mortalidad por cáncer

uterino, problema muy propio de la mujer; pero que influye directamente en la sociedad. Dicho problema puede ser atacado si se diagnostica y se trata oportuna y adecuadamente; evitándose con ello más problemas a la mujer, familia y por ende a la sociedad.

El problema del cáncer del cuello uterino se ha venido tratando desde el punto de vista médico, el cual también amerita ser atendido desde el punto de vista social.

En el transcurso de la investigación, se determinó que la problemática de las señoras que presentan una lesión preinvasiva y/o cáncer del cuello uterino es un problema social que sufre la población guatemalteca, especialmente la de bajo nivel socio-económico y cultural, el cual amerita ser atendido urgentemente en forma íntegra y continua, a efecto de erradicar o disminuir las causas que lo provocan y no sólo atenderlo paliativamente como se ha hecho hasta ahora.

Es a través de las Instituciones que el Estado operativiza sus políticas, entre ellas las Políticas de Salud, y es la buena formulación de las mismas la que conlleva a la potencialidad eficaz para encarar los problemas a cuya solución estén encaminadas, factibles en lo que respecta a la disponibilidad efectiva de recursos humanos, físicos y financieros para su ejecución y además aceptable en el sentido de que el costo social, económico o político que provoque su aplicación sea compatible con las

expectativas e intereses de los grupos sociales y de quienes impulsan las políticas.

La Medicina Social juega un papel importante porque es la parte de la Medicina que estudia los factores sociales que influyen en las cuestiones médicas, las relaciones existentes entre la salud y enfermedad del ser humano y sus condiciones sociales, patrones culturales y formas de organización social. Para la labor educativa hay que conocer las costumbres, creencias y prácticas de la comunidad y el medio que lo rodea.

En nuestro medio, muchas personas cuando notan irregularidades en el funcionamiento orgánico, prefieren tomarse el riesgo de esperar a ver si tienen la suerte de que todo desaparezca y deciden buscar al médico hasta empeorar o acentuarse los dolores o síntomas y el resultado de estas actitudes se convierten en lamentables porque ya es demasiado tarde para que les brinden tratamiento curativo. Otra razón de muerte es porque muchos prefieren los "remedios caseros", especialmente la población de niveles socio-económicos y culturales bajos.

El cáncer del cuello uterino, por su gran frecuencia y extrema gravedad (mortal) hoy en día se convierte en un gran reto para los que trabajan en salud, especialmente para los que están en programas de atención ginecológica y/o salud reproductiva. El pronóstico y supervivencia dependerá del

período en el cual se descubre la enfermedad y de las condiciones socio-económicas y culturales de la paciente en su contexto. El trabajador Social debe construir su problema objeto de intervención a partir de las investigaciones científicas, lo que permitirá aclarar problemas y conocer la colectividad a quien van dirigidas sus acciones.

6.2. Planteamiento General Del Problema:

Cuando el Trabajador Social tiene claridad del problema objeto de estudio se procede a planificar. En el plan deben establecerse prioridades de intervención para así entrar de lleno a la ejecución sin perder de vista la evaluación, siempre considerando la participación de los usuarios y otros profesionales hasta lograr construir las propias teorías, métodos y técnicas. Todo esto se logrará sólo si el Trabajador Social está verdaderamente comprometido con su quehacer profesional.

El Trabajador Social debe esforzarse porque las Políticas Sociales se dirijan en función de las necesidades e intereses de la mayoría, a fin de frenar las causas del problema y no sólo paliar sus efectos. El Trabajador Social invade la privacidad de los usuarios (dado su papel y expectativas que depositan en él los usuarios) por ello se explica el gran compromiso social del Trabajo Social. El Trabajador Social debe dominar y manejar en forma teórica y práctica el ámbito en donde se desenvuelve.

Es urgente proporcionar a la mujer programas de salud integral que le informen sobre sus ciclos biológicos (infancia, adolescencia, juventud, maternidad, menopausia y vejez), caracterizando cada una de sus etapas y demás factores que inciden en su nivel de salud, como la prevención del Cáncer.

El temor al Cáncer es tan grande que algunas personas prefieren ignorarlo y a veces rehusan conocer algunos pocos hechos simples, que quizás algún día puedan salvarles la vida. Es natural que la humanidad tema al Cáncer, pues hay muchos casos que han pasado por esa dura experiencia, al conocer de algunos casos de familiares o amigos. El Cáncer cuando inicia puede ser curado o bien puede ser tratado de tal manera que la enfermedad no aumente, al menos tan aceleradamente.

El cáncer es un crecimiento desordenado de las células que forman los tejidos del cuerpo. El cáncer del cuello uterino es la anomalía más grave de cuantos sufre este órgano. Ocurre con relativa frecuencia y es uno de los lugares del organismo femenino donde más habitualmente se presenta. Su único remedio es el Diagnóstico precoz, seguido de la intervención quirúrgica. Desafortunadamente los síntomas y signos se presentan cuando ya existe un amplio defecto en las células. Al principio no se produce ningún síntoma y puede permanecer así durante varios años.

Si la mujer estuviera educada en cuanto a la importancia de su salud y cómo prevenir en ella muchas de las enfermedades a las que se expone, bajaría considerablemente la tasa de morbimortalidad de las enfermedades, ejemplo la del Cáncer del Cuello Uterino. La labor educativa (siendo una de las funciones del Trabajo Social) es inherente en las acciones encaminadas a la atención primaria en salud que significa "prevenir en vez de curar" y es importante para ello la participación individual y/o colectiva de las comunidades, este tipo de atención resultaría más económica desde el punto de vista financiero, el que a mediano o largo plazo daría una buena calidad de resultados.

El desarrollo total y completo de cualquier país requiere la participación máxima de la mujer, así como la del hombre en todos los campos de acción, la subutilización del potencial de aproximadamente la mitad de la población es un obstáculo serio para el desarrollo social y económico. La mayor participación de la mujer se da en el sector informal, en donde a veces desvalorizan la labor femenina que tan buenos frutos entrega a la sociedad. La mano de obra femenina ha aumentado, no precisamente porque se quiera contribuir con esto a que la mujer comience a jugar su verdadero rol, sino simplemente porque su trabajo es más barato y representa menos problema para la protección legal. Algunas veces las mujeres, como madres son las únicas proveedoras de los recursos económico-familiares por ausencia

del padre o su incapacidad en el trabajo por problemas de salud o irresponsabilidad.

En la operativización de las Políticas del Estado a través de instituciones, son las Trabajadoras Sociales quienes establecen el contacto directo entre usuarios y la Institución. APROFAM en sus objetivos promueve la salud de la familia, en particular la de la madre y de los niños y tiene una cobertura a nivel nacional. Sus servicios están dirigidos a la Salud Materno-Infantil. Vela por la salud reproductiva de las señoras, entre ellas la detección temprana del cáncer cérvico uterino con su campaña permanente del examen de Papanicolaou, además de contar con otro tipo de tratamientos médicos para atender diagnósticos positivos que revelan una lesión preinvasiva y/o cáncer del cuello uterino.

Para la adecuada capacidad institucional en el sector, esto implica también la disponibilidad de personal idóneo, la experiencia institucional en la ejecución de las políticas y así mismo, un sistema ágil de procedimientos técnico-administrativos para lograr eficiencia, eficacia y efectividad. También es bueno involucrar dentro del proceso a la misma población para que sea ella misma la que con sus demandas participe para la ampliación y/o mejoramiento de los servicios.

Siendo el Trabajador Social quien establece el contacto directo con los problemas, necesidades e intereses de la

población, tiene la habilidad de estudiar, analizar e interpretar la realidad económica, social, cultural y política del medio en que se desenvuelve y manejar su objeto de acción que es la sociedad en sí, debe contribuir a su transformación para alcanzar el bienestar integral. Por lo tanto esto motiva y compromete a plantear algunas alternativas de solución ante la problemática que presentan las señoras que padecen las lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino en Guatemala y la labor del Trabajador Social.

6.3. Alternativas De Solución:

Por el respeto que cada profesional merece, sólo se pueden sugerir alternativas de solución y no una propuesta metodológica, menos plasmar un proyecto de acción porque previa a la planificación deben hacerse otras actividades y contemplar los recursos disponibles, tiempo, espacio y otros para que el proyecto o instrumento guía de trabajo responda al contexto y población al cual se dirige; no obstante se hace imperativa la necesidad de educar a la población para mejorar y preservar la salud reproductiva, que tanto influye en la incidencia de casos de señoras con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino. Entre las alternativas se presentan las siguientes:

6.3.1. Que el Trabajador Social tome en cuenta la filosofía que fundamenta el Trabajo Social, así como los

principios, objetivos y funciones, los cuales demandan de este profesional su intervención para atender los intereses y necesidades que presenta la población a quien van dirigidas sus acciones para lograr hacer conciencia sobre la importancia de una transformación capaz de modificar sus actitudes y costumbres tradicionales por otras que logren el bienestar integral.

6.3.2. Que el Trabajador Social promueva y participe en la investigación, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación científicas en las instituciones y programas que propugnen el bienestar, estimulando y orientando técnicamente para que la población satisfaga sus necesidades con su propio esfuerzo y cooperación, obteniendo cambios de carácter cuantitativo y cualitativo.

6.3.3. Que el Trabajador Social no parcialice la atención individualizada de las señoras que presentan lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino sino que globalice la problemática a nivel individual y grupal dependiendo de sus características y de ser posible tomar en cuenta a la familia y demás personas que puedan tener relación con la paciente para el logro de mejores resultados.

6.3.4. Que el Trabajador Social posea una conciencia social

amplia que le permita identificarse con las necesidades, intereses y problemas de los grupos mayoritarios de la actual estructura socio-económica.

6.3.5. Que los profesionales (entre ellos el Trabajador Social) que laboran en las instituciones que cuentan con programas dirigidos a la atención de las lesiones preinvasias y/o cáncer del cuello uterino aprovechen cualquier espacio de las políticas sociales para desarrollar efectiva y eficientemente su quehacer en favor de los afectados.

6.3.6. Que el Trabajador Social se preocupe por conocer objetivamente las teorías y corrientes que influyen en el Trabajo Social y problemática bio-psico-social, económica y cultural de la población para mantener una postura crítica y activa ante los fenómenos que se le presentan alrededor de la población afectada y encontrar su solución adecuada, venciendo los obstáculos que presentan las políticas sociales.

6.3.7. Que las instituciones estatales y privadas que tienen programas dirigidos a la prevención, detección y tratamiento de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, se preocupen por interpretar las verdaderas causas del problema para que busquen mecanismos de solución, y al brindar sus servicios, sus efectos sean más duraderos.

6.3.8. Que las Trabajadoras Sociales en las etapas de diagnóstico y tratamiento social a los casos de señoras con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, en quienes han observado falta de interés para continuar su tratamiento médico-social, por mostrarse indiferentes, de alguna manera muy pasivas, lo cual es producto de su nivel socio-económico y cultural, busquen estrategias y ejecuten actividades que conlleven a la motivación, orientación, educación y concientización de las pacientes, en su problemática para que participen activamente, haciéndole énfasis a su auto-estima y el papel que juegan como seres importantes en su familia y sociedad.

6.3.9. Al observar que los casos con diagnóstico positivo, después de un examen de Papanicolaou referidos a Trabajo Social, que han sido abiertos, de ellos unos activos, otros pasivos y otros cerrados, los cuales no se han atendido como cada caso lo amerita, por la falta de recursos humanos, materiales y financieros; se sugiere que el Departamento de Trabajo Social que tiene a su cargo el seguimiento de estos casos, se reúna para crear un instrumento que guíe teórica y técnicamente el tratamiento médico-social de estos casos, dando a conocer la importancia y volumen de tal problemática en su contexto socio-económico y cultural

para que un profesional idóneo sea quien se encargue de dirigir con exclusividad tales acciones, encaminadas al seguimiento eficiente de los mismos, y con ésto abrir espacios profesionales.

6.3.10. La metodología de Transición formulada con: el Método Básico y Método Unico; pueden contribuir al Trabajo Social para una mejor sistematización del seguimiento médico-social de los casos de señoras que padecen de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino.

El Método Integrado (Casos, Grupos y Comunidad) de alguna manera ya ha sido considerado por las Trabajadoras Sociales de APROFAM, aunque en forma parcial y no total (casi sólo a nivel de casos) y bien valdría la pena hacer esfuerzos por trabajar a nivel de grupos para que en forma gradual se pueda tener mayor proyección a nivel de comunidad. El Método Básico con sus etapas de Investigación, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación contribuye a tener elementos de juicio y así atender a las pacientes, familia, medio social que le rodea, profesionales, instituciones y otros recursos afines disponibles.

Todas las alternativas antes planteadas quedarán a discreción de cada profesional. No se puede sugerir una determinada propuesta metodológica por respeto a la competencia profesional que cada Trabajador Social posee, sin embargo de todas las alternativas planteadas, éstas dan

elementos de juicio para poderlas aplicar en cada caso y momento en particular, así mismo ajustarse, concatenarse y apoyarse para el seguimiento social de las pacientes con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino.

CONCLUSIONES

1. El cáncer es una de las causas más importantes de mortalidad en los países subdesarrollados como el nuestro, y afecta a elevado número de la población. Cuando la enfermedad ataca a los sectores más pobres de nuestra sociedad, el problema es más difícil para la paciente porque en su mayoría el diagnóstico es tardío y pocas son las posibilidades de salvar la vida. La limitación de recursos económicos frustran los tratamientos, convirtiendo la enfermedad más prolongada y dolorosa, agotando emocional y económicamente tanto a la paciente como a su familia.
2. El problema de la morbi-mortalidad del cáncer del cuello uterino, ha sido tratado desde el punto de vista médico, sin embargo también se observa que los factores económicos, sociales, culturales y emocionales están influyendo directamente en las pacientes que padecen de dicha enfermedad, por lo que debe de ser considerada como un ser integral, inmersa en su contexto. Se establece también que es el factor económico el más determinante para que la paciente acepte y se comprometa a continuar un adecuado tratamiento para atender su problema de salud.
3. APROFAM, INCAN, H.R., H.G. "SJD" e IGSS son las instituciones que mayor cobertura poblacional y geográfica tienen en Guatemala, para la atención de la morbi-

mortalidad por cancer del cuello uterino, las cuales dicen cubrir a nivel nacional; sin embargo las mismas no poseen los recursos suficientes como para brindar atención al total de la población que demanda sus servicios, a pesar de que aún se observa en la población mucha ignorancia e indiferencia hacia la importancia que merece la detección temprana de las lesiones preinvasivas e invasivas del cáncer del cuello uterino. La población en edad fértil (15 a 45 años) se aproxima a 2 millones, según el calendario demográfico de APROFAM, y la población atendida para el examen de Papanicolaou fueron 145,966 (7.30%). Del total de pacientes atendidas para el examen de Papanicolaou en el año 1,992 APROFAM cubrió el 45.13%, el IGSS el 18.68%, el INCAN el 17.06%, el H.R. el 13.70% y el H.G. "S.J.D." al 5.43%. Obsérvese que es el H.R. y H.G., los que menos atención han brindado, para la detección temprana del cáncer del cuello uterino, y cuando se les presenta algún caso con diagnóstico de cáncer, la paciente es referida al INCAN.

4. El cáncer es una enfermedad que en cierta forma incapacita a quien la padece, y ésto significa una pérdida de la potencia productiva de un país, y además implica un aumento de los gastos de los servicios médicos y asistenciales que requieren las pacientes. Entre los casos de señoras con diagnóstico positivo, los más frecuentes son los de lesiones preinvasivas, los que al

ser detectados a ese nivel, se logra obtener el 100% de éxito, siempre que se someta a un tratamiento adecuado, para lo cual la paciente necesita ser orientada oportuna y adecuadamente, caso contrario, su diagnóstico será sinónimo de muerte.

5. La tasa de morbi-mortalidad por lesiones preinvasivas del cuello uterino es alta, y si más población adquiere conciencia de la importancia que tiene el someterse al examen de Papanicolaou, el número de casos positivos se incrementaría, marcándose aún más la limitación de recursos para el tratamiento que amerita cada caso.
6. Las Políticas Sociales están elaboradas y controladas por el Estado y el Trabajador Social, entre otros profesionales, contribuye a operativizarlas, las mismas sirven para asegurar la continuidad y desarrollo de la sociedad de donde se generan, haciéndose objetivas a través de programas y proyectos implementados por instituciones gubernamentales y no gubernamentales. La atención primaria en salud es la estrategia que ayudaría a equilibrar las necesidades y para ello se hace necesario contar con recursos, apoyados además con programas de educación, tal el caso de la importancia de la prevención y/o detección temprana de las lesiones preinvasivas e invasivas del cáncer del cuello uterino.
7. Todas las Trabajadoras Sociales que trabajan en los

servicios médicos de APROFAM han atendido casos de señoras con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, pero el número de casos que les han sido referidos es mucho mayor al número de casos que les han podido brindar seguimiento médico-social por falta de tiempo y otros recursos. La mayor parte de dichos casos han sido atendidos por las alumnas de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala y Universidad Rafael Landívar, quienes realizan sus prácticas de Casos en la Institución, considerando que ellas en su calidad de estudiantes, no poseen experiencia ni conocimientos al respecto, y además el período de permanencia en la Institución es relativamente corto, perdiendo muchas veces la continuidad de los casos.

8. Entre las limitaciones que han afrontado las Trabajadoras Sociales que laboran en APROFAM, para el seguimiento social de los casos de señoras con lesiones preinvasivas e invasivas del cáncer del cuello uterino están: la prevalencia de ignorancia de la señora, problemas familiares, limitación de recursos económicos, indiferencia y poca disponibilidad de la paciente para participar en su tratamiento médico-social, la movilización y desplazamiento de la población que proviene de áreas marginales y populares, etcétera, lo que obstaculiza el quehacer del Trabajador Social, además de las limitaciones institucionales. La mayoría de la

población femenina en el contexto nacional guatemalteco se caracteriza por ser dependientes económicamente, en su mayoría son amas de casa y los ingresos económicos no les permiten la adecuada satisfacción a sus necesidades básicas.

9. No toda la población que asiste a APROFAM en demanda de su examen de Papanicolaou posee conocimientos claros de la importancia del mismo, ellas mismas manifestaron estar con ese vacío, provocado por su ignorancia, lo que se refleja en sus actitudes y conducta que siguen en sus tratamientos médicos indicados; así como la frecuencia con que se someten a sus exámenes, por ello la función educativa que pueda realizar el Trabajador Social al respecto se hace necesaria, para contrarrestar los efectos de la morbi-mortalidad por cáncer del cuello uterino. El grado de multiparidad en los diagnósticos del examen de Papanicolaou también es influyente; a más embarazos, mayor posibilidad de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, por lo que la necesidad de educación en Salud Reproductiva, también se hace necesaria.

10. El 100% de exámenes de Papanicolaou en APROFAM fueron tomados por Enfermera Auxiliar, sin embargo una mayoría cree haber sido atendida por Doctora, esto ha reflejado la calidad humana y profesional que posee la persona que tiene a su cargo la Clínica de Papanicolaou, por lo que la

población se ha sentido satisfecha ya que ellas manifiestan que siempre han preferido ser atendidas por Doctor (a), inclinándose por profesional de sexo femenino, para sentir mayor confianza. También se observó que la mayoría de señoras que participaron en el estudio, sí conocen de otras instituciones que cuentan con servicios en torno a la atención de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, siendo las más conocidas el INCAN, H.G., H.R. e IGSS.

11. Las señoras que demandan su examen de Papanicolaou en APROFAM, confían en la Institución y así mismo como que si delegan en ella la responsabilidad de que sea su personal quienes se interesen por localizarlas, cuando el caso lo amerita. Eso debe modificarse a través de un proceso educativo para que sea la misma paciente, quien se interese y participe activamente para conocer su diagnóstico y tratamiento que le indiquen. Se observó que las señoras más afectadas por lesiones preinvasivas se muestran con mayor apatía que las señoras consideradas como "casos control", eso producto de las condiciones socio-económicas y culturales a las que pertenecen. Nótese que del total de población que demanda su examen de Papanicolaou en APROFAM, el 45% lo hace por iniciativa propia, el 48% porque terceras personas se lo sugieren y del 7% se desconoce porque no fueron localizadas.

RECOMENDACIONES

1. Que se considere importante incorporar a la población dentro del proceso de aplicación de las Políticas en el campo de la salud, asimismo conviene tomar en cuenta las opiniones y actitudes de algunos funcionarios que se encargan de la ejecución de las mismas Políticas, quienes son la expresión concreta de las Políticas de Salud. Al operativizar las Políticas de Salud se hace necesaria la coordinación intesectorial, interinstitucional e interdisciplinaria para que se asegure la verdadera eficacia de las Políticas.
2. Es importante mantener vigilancia en las pacientes que padecen de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino haciendo labor educativa, incluso pretender alcanzar algún grado de concientización en ella y familia para controlar tal morbilidad, pero sin caer en temores innecesarios. El alarmante aumento de casos de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino debe ser considerado para dar mayor énfasis a la importancia y necesidad que existe de promocionar, informar, orientar, educar y concientizar a la población para un mejor control de dicha morbi-mortalidad.
3. El personal médico y paramédico, entre ellos el Trabajador Social se deben de preocupar por obtener entrenamientos y mayores conocimientos sobre lo que son las lesiones

preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino. La participación del Trabajador Social en esta problemática es básica, puesto que está afectando a un gran sector de la población, tanto a las pacientes en sí como a sus familiares y medio social que le rodea, lo que lleva a inestabilidades o desequilibrios psico-bio-sociales y económicos.

4. Promocionar la importancia que merece el examen de Papanicolaou en la vida de una mujer, así como el deber de preocuparse por conocer el resultado, ya que el sólo efectúarselo no basta. Para toda paciente con algún grado de cáncer es importante el seguimiento médico-social. Capacitar a la mujer y educarla en cuanto a la importancia de su salud y cómo prevenir en ella muchas de las enfermedades a las que se expone, para con esto contribuir a bajar la tasa de enfermedades como la del cáncer del cuello uterino.
5. Que en las instituciones en donde tienen programas dirigidos a la detección y atención de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, el Trabajador Social se preocupe por brindar orientación a la paciente respecto a sus temores, dudas, etcétera, incluso ser él quien tome la iniciativa para ello. Un asesoramiento de esta índole puede impedir que el destino de la paciente se vea afectado por graves trastornos psico-bio-sociales.

6. Que el Trabajador Social también participe en la planificación de Políticas Sociales y vele porque se amplie la cobertura institucional, al mismo tiempo abrir espacios profesionales en donde se desenvuelve. Para esto es necesario que el Trabajador Social tenga claridad del problema objeto de intervención para construir sus propias teorías, métodos y técnicas, realizando una reteorización constante en relación a la atención brindada a las señoras con lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino, estimando además las razones de los casos no atendidos para que en el futuro esto contribuya a una mejor acción profesional y un beneficio a la población afectada.
7. Que el Trabajador Social en la atención de la problemática de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino tome en cuenta la filosofía y el proceso metodológico del Trabajo Social.
8. Tomando en cuenta la poca disponibilidad de recursos institucionales, financieros y humanos, las Trabajadoras Sociales aprovechen los grupos sociales para hacer mayor labor educativa que conlleve a la prevención de lesiones preinvasivas y/o cáncer del cuello uterino.
9. Que en las instituciones en donde brindan atención a las señoras con lesiones preinvasivas e invasivas del cuello uterino se realice un diagnóstico médico-social de cada caso en particular, reconsiderando además las

características generales del contexto de la población, afin de establecer una interrelación causal de la problemática que permita encontrar estrategias que contribuyan a la atención integral de la paciente en pro de su bienestar individual, familiar y social, y así mismo reconsideren los recursos en pro de las pacientes que están expuestas o que sufren de esta morbilidad.

10. Por ser APROFAM la Institución que más exámenes de Papanicolaou efectúa, en relación a las otras instituciones (INCAN, IGSS, H.R. Y H.G.), y en donde el Trabajador Social aunque en forma superficial; (por las actuales condiciones institucionales) ha atendido a pacientes con problemas por lesiones preinvasivas e invasivas del cuello uterino, se debería de crear un espacio específico para que una Trabajadora Social asuma con exclusividad la ejecución y coordinación de un proyecto que atienda el seguimiento médico-social de las señoras que padecen dicha morbilidad, a fin de que las pacientes conozcan y se interesen para continuar con su tratamiento indicado, evitando así efectos lamentables para paciente, familia y sociedad.

11. El servicio de exámenes de Papanicolaou para la detección temprana del cáncer del cuello uterino, en APROFAM se ha considerado autofinanciable, a pesar de que el costo es relativamente cómodo para la población. Por ser

autofinanciable y al hacer más conciencia en la población respecto a su importancia, debe motivarse a las señoras para que se sometan al mismo. A APROFAM llega población que aunque siendo de un nivel económico bajo y otra parte de nivel medio, se puede hacer labor para que las pacientes que puedan aportar un poco más del costo establecido, lo hagan. Esto con el fin de crear un fondo económico que sirva para la población de menos recursos económicos; lo que se puede lograr con la participación de un profesional en Trabajo Social.

12. Que se tomen en cuenta las alternativas que se sugieren en el capítulo 6 de este documento.

BIBLIOGRAFIA

1. Sobre Aspectos Metodológicos De Investigación:

- HOCHMAN, Elena y Maritza Montero: Técnicas de Investigación Documental, México, Edit. Trillas, 6a. Edición, 1,978, 88 Págs.
- ROJAS SORIANO, Raúl: El Proceso de la Investigación Científica, México, Edit. Trillas, 6a. Edición, 1,982, 91 Págs. (Cuaderno No. 4 del DITETS de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala).
- ROJAS SORIANO, Raúl: Métodos para la Investigación Social, México, Folios Ediciones S.A., 1a. Edición, 1,983, 122 Págs.
- TECLA J. Alfredo y Alberto Garza F.: Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social, Guatemala, Depto. de Publicaciones, Fac. de Ciencias Económicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 1,983, 92 Págs.
- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales: Función de la Hipótesis en la Ciencia y la Investigación Social, 1,984, 4 Págs.
- Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social, Programa Especial de Licenciatura, área de Tesis: Guía para la Elaboración de un Diseño de Investigación, 6 Págs.
- Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social, Programa Especial de Licenciatura: Marco Teórico y Diseño de investigación, 7 Págs.
- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Curso: Métodos de Investigación Social: Principales Posiciones Metodológicas Vigentes en la Ciencia, 4to. semestre, 4 Págs.

2. Sobre El Tema En Particular:

- ALTHUSER, Louis: Ideología y Aparatos Ideológicos del Estado, Buenos Aires, Edición Nueva Vida, 1,974, 76 Págs.
- ANDER EGG, Ezequiel: Diccionario del Trabajo Social, México, Edit. El Ateneo, 8a. Edición, 1,984, 392 Págs.
- ARIAS DE BLOIS, Jorge: Aspectos Demográficos de Guatemala. Hacia Dónde Vamos, 2a. Edición, Guatemala, 1,986, 44 Págs.

- ARROYO Gerardo y otros: Consideraciones Epidemiológicas del Cáncer y Lesiones Pre-Invasivas del Cuello Uterino en Guatemala, casos de la Capital, Escuintla y Quetzaltenango, 1,985-1,989, Estudio Realizado en APROFAM, 1,990.
- BENSON, Ralph C.: Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico, México D.F., Edit. Manual Moderno S.A. de C.V., 4a. Edición, 1,986, 1103 Pags., Traducido por Dr. Bernardo Rivera Muñoz.
- BESSE, Guy: El Modo de Intervención en la Realidad, folleto mimeografiado, sin fecha.
- CALDERON PEREZ, Felipe de Jesús: Los Congresos de Trabajo Social en Guatemala, Escuela de Trabajo Social, USAC, Cuaderno No. 5, 1,991, 97 Págs.
- CALDERON PEREZ, Felipe de Jesús: Una Historia Crítica del Trabajo Social en Guatemala, Esc. de Trabajo Social, USAC, 1,989, 168 Págs.
- Centro Regional de Ayuda Técnica, AID: Cáncer-Causa y Prevención, Buenos Aires, Argentina, 1,972, 16 Págs.
- CEREZO AREVALO, Vinicio: Programación de la Reorganización Nacional, 1,987-1,988, Guatemala, 130 Pags.
- DE LEON CABRERA, Tomasa: Revista Bodas de Plata, 1,959-1,984, Carrera de Trabajo Social Rural, CUNOC-USAC, Guatemala, 1,984, 125 Págs.
- DE LEON PEREZ, Ana María y otros: La Importancia del Tratamiento Psicológico en el Enfermo Canceroso, Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC, Guatemala, 1,982, 94 Págs.
- DEXEUS, S. y otros: Tratado y Atlas de Patología Cervical. (Colposcopia y Microcolpohisteroscopia), Mi Caravach-SALVAT, Barcelona España, 1,989, 368 Pags.
- DREK LLEWELLYN, Jones: Toda Mujer, Guía Ginecológica para la Vida, Buenos Aires, Argentina, Edit. Intermédica, 1a. Edición, 1,973, 275 Pags.
- EICHER, W: Sexualidad Normal y Patología en la Mujer, Madrid, Ediciones Morata, S.A., 1,978, 351 Págs.
- Escuela de Trabajo Social, Programa Especial de Licenciatura: Seminario Estado, Políticas Sociales y Estrategias de Intervención del Trabajador Social en el Area de Salud, USAC, Guatemala, 1,988, 63 Págs.

- FALEIROS, Vicente de Paula: Política Social en la Teoría del Trabajo Social, Revista Acción Crítica, CELATS, Lima, 1,982.
- GALICH, Luis F.: Los Derechos de la Mujer, Algunas Consideraciones, Publicación del Centro de Documentación- Unidad de Educación e Información de APROFAM, Guatemala, Reimpreso en Marzo de 1,991, 30 Pags.
- GARCIA PELAYO, Fernando y otros: Diccionario Pequeño Larouse, Buenos Aires, Argentina, Edit. Larouse, 1,986, 1663 Pags.
- GONZALEZ MONTERROSO, Gelkia Mayabel: La Colposcopia en el Diagnóstico del Carcinoma del Cérvix, Correlación Citología y Colposcopia e Histología en el Diagnóstico del Cérvix, a realizarse en APROFAM, estudio de 3 meses 1,986, Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Guatemala, 25 Págs.
- HERRERO, Rolando y otros: Factores de Riesgo de Carcinoma Invasor del Cuello Uterino en América Latina, Informe de Estudio Realizado en Colombia, Costa Rica, México y Panamá, años 1,986-1,987, 86 Págs.
- HYDE, Janet Shibley: Estudiando la Sexualidad Humana, México, CECSA, 1a. Edición, 1,985, 573 Págs.
- Instituto de Cancerología, Guatemala: El Cáncer es Curable si se Descubre a Tiempo, Edit. José de Pineda Ibarra, Ministerio de Educación, 1,975.
- Liga Nacional Contra El Cáncer: Lo Que Usted Debe Saber Sobre El Cáncer, Edit. José de Pineda Ibarra, Ministerio de Educación, Guatemala, 1,992, 10 Págs.
- LIMA A., Boris: Contribución a la Epistemología del Trabajo Social, Buenos Aires, Argentina, Edit. Humanitas, 1,977, 198 Pags.
- MATUTE, Mario René: Incorporación de la Mujer al Proceso Productivo, Documento Mimeografiado, 1,984.
- MC. CARY, James Leslie y Stephen Mc. Cary: Sexualidad Humana de Mc' Cary, México, Edit. Manual Moderno S.A. de C. V., 4a. Edición, 1,970.
- MC. GRAW-HILL: Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, DORLAND, Madrid, 1,987, 26a. Edición, Volúmen III, Iniciales P-Z, Págs. 1146-1711.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Liga Nacional Contra El Cancer, Registro Nac. de Cáncer, Instituto de Cancerología: Cáncer en Guatemala, Guatemala C.A., 1,985.
- MORALES, Edwin: El Papanicolaou y el Cáncer del Cuello de la Matriz, APROFAM, Guatemala, 1,986, 38 Pags.
- MORAN, Olga Marina y Alba Ortiz: Implicaciones Sociales y Económicas que Afectan a las Familias de las Pacientes del INCAN, Escuela de Trabajo Social, USAC, 1,982.
- Morbilidad y Mortalidad Por Cáncer en la Ciudad de Santa Fé (Argentina), Separada de la Revista USAC, Guatemala, No. XL, 1,957, 141-162 Págs.
- Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Planificación de la Salud: Introducción a los Conceptos de Política y Proceso Político en Formulación de Políticas de Salud, Santiago de Chile, O.P.S., 1,975.
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud: Salud Para Todos En El Año 2.000, Estrategias, 1,980, 240 Págs.
- PICHARDO MUÑIZ, Arlette: Planificación y Programación Social, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1,983, 108 Págs.
- QUINTANILLA SAINZ, Efren: Descubre Tu Vida Sexual, México, Everest, 1,986, 382 Pags.
- QUIROZ, Teresita: Tres Aproximaciones al Análisis de la Política Social, Folleto mimeografiado, Escuela de Trabajo Social, USAC, Guatemala, Sin Fecha.
- ROSENTAL Y Iudin: Diccionario Filosófico, México D.F., Edit. Tecollut, 1,969, 498 Pags.
- SANA, Elina: Integración de la Mujer Al Desarrollo, APROFAM, Guatemala, 1,989, 53 Págs.
- SANCHEZ MEJORADA, Cristina y Rosaura Unzueta Vásquez: Historia y Metodología del Trabajo Social, Ediciones Quinto Sol, México D.F., 1,988.
- SEGEPLAN: Plan de Acción del Desarrollo Social -1.992-1996- (Desarrollo Humano, Infancia y Juventud), Guatemala, 1,991 60 Pags.

- SEGEPLAN: Resumen del Plan de Acción de Desarrollo Social-1,992-1,996 y 1,997-2,000, Desarrollo Humano, Infancia y Juventud, Guatemala, 1,992, 60 Pags.
- UNICEF-SEGEPLAN: Análisis de la Situación del Niño y la Mujer, Guatemala, 1,991, 70 Págs.
- URRUTIA DE GARCIA, Julia: Mujer y Población, APROFAM, Guatemala, 1,989, 45 Pags.
- VASQUEZ LOPEZ, Mario Rubén: Adenocarcinoma del Cuello Uterino, Fac. de Ciencias Médicas, USAC, Guatemala, 1,989, 55 Págs.
- VELIZ DE RIVERA, Silvia: II Congreso Nacional del Niño y la Familia, División de Bienestar del Niño y la Familia, Consejo de Bienestar Social de Guatemala, 1,983, 283 Pags.

Documentos:

- Proceso Metodológico de Trabajo Social en sus Tres Niveles de Acción: Casos, Grupos y Comunidad, Informe de Seminario de Trabajo Social II, 2o. semestre, 1,983.