



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL INCREMENTO DE CASOS DE
CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES QUE ATIENDE EL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA –INCAN-**

TESINA

Presentada a la Dirección de la
Escuela de Trabajo Social de la Universidad de
San Carlos de Guatemala

POR

HEYDI LORENA ALVARADO LIBERATO

Previo a conferírsele el título de
TRABAJADORA SOCIAL
En el grado académico de

LICENCIADA

Guatemala, noviembre 2013

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector
Secretario

Lic. Carlos Estuardo Gálvez Barrios
Dr. Carlos Alvarado Cerezo

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Directora
Secretaria

Msc. Hilda Rosaura Gramajo de Arévalo
Licda. Adelfa Georgina Navarro M.

CONSEJO DIRECTIVO

REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada
Licenciada

Enilda Patricia Salazar Trejo
Delma Lucrecia Palmira Gómez

REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES

Licenciada

Alicia Catalina Herrera Larios

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Estudiante
Estudiante

Khaterine Rossana Tintí Esquit
Mariflor Acabal España

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora
Secretaria
Coordinadora IIETS
Tutora
Revisora

Msc. Hilda Rosaura Gramajo de Arévalo
Licda. Adelfa Georgina Navarro
Msc. Belia Aydée Villeda Erazo
Licda. Delma Lucrecia Palmira G.
Licda. Celita Mahely Chacón

“Los autores serán los responsables de las
opiniones y criterios expresados en sus obras”

Artículo 11 del Reglamento del Consejo Editorial de
la Universidad de San Carlos de Guatemala

DEDICATORIA A

DIOS:

Por permitirme alcanzar un peldaño más en mi carrera profesional, por darme la sabiduría y las fuerzas para seguir adelante.

A MIS PADRES:

Por sus consejos y motivación por su paciencia en los momentos más difíciles.

HERMANOS:

Julio Roberto, Otto René, Héctor, y Estuardo Alvarado.
Por el apoyo brindado en cada momento y sus consejos.

CUÑADAS:

Con gratitud.

AMIGAS:

Julia Luch, Mayra Carias, Yennifer Gonzáles, Sarahi Morales, Alida Vielman, Evelin Montenegro, Patty Salazar. Gracias por brindarme su amistad sincera e incondicional y por los consejos.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de San Carlos de Guatemala:

Por más de trescientos años ha brindado a la región, profesionales exitosos que honran al país a través a través de su ejercicio honesto.

A la Escuela de Trabajo Social:

A sus licenciados y licenciadas por la formación recibida durante cinco años, apegada a principios morales y profesionales. A su personal administrativo porque es parte elemental de la Escuela.

Al Instituto de Cancerología INCAN:

Muchas gracias por abrir las puertas y permitir que fortaleciera más mi experiencia personal y profesional.

A: Licda. Lucrecia Palmira: por su orientación por su tiempo análisis y reflexión y consejos brindados durante el proceso de trabajo de Tesina mi respetos para usted.

A: Licda Patricia Salazar: por su amistad, sincera y por sus consejos por la disposición y respaldo académico, gracias por su disciplina y ética.

A: Licda Evelyn de Reyes: Por su apoyo incondicional sus consejos y comparismo y confianza.

A: Msc. María del Carmen Galicia por el apoyo profesional confianza y respeto y amistad expresada.

A: Doctor Carlos Mauricio Taracena: por brindarme su orientación y facilitarme realizar mi trabajo de campo en el INCAN

A: Doctor Miguel Ángel Echeverria por su amistad y confianza y apoyo brindado.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO 1	
DELIMITACIÓN TEÓRICA	1
1.1 Conceptual	1
1.2 Referencia institucional	9
CAPÍTULO 2	
SITUACIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y SU PREVENCIÓN	
2.1 Factores de salud, sociales y de educación que determinan el cáncer cérvico uterino	27
2.2 Atención de casos de cáncer cervicouterino	34
CAPÍTULO 3	
PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO	38
CAPÍTULO 4	
EFFECTOS PSICOSOCIALES DE MUJERES QUE PADECEN CÁNCER CÉRVICO UTERINO	43
CAPÍTULO 5	
PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
5.1 Matriz de resultados	47
5.2 Diagrama de la ruta de atención dentro del INCAN	57
CAPÍTULO 6	
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL	
6.1 Justificación	58
6.2 Objetivos	59
6.3 Actividades a desarrollar	60
6.4 Metodología de intervención	61

6.5 Recursos	61
6.6 Cronograma	63
6.7 Evaluación	63
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a situación de las mujeres en la sociedad guatemalteca, se puede afirmar que las mismas están sujetas a condicionantes de tipo económico, social, cultural, que nos les permiten tomar decisiones en cuanto a su salud reproductiva, esto hace que los problemas se agudicen aun más y se evidencian con frecuencia los problemas de salud, por lo cual le restan importancia.

La falta de recursos económicos, que las mujeres presentan, hace que no asistan con periodicidad al médico, para que le realicen chequeos médicos, además las mujeres se ven obligadas a visitar las áreas de salud estatales, las cuales no les brindan la atención necesaria para que atiendan las enfermedades que presentan

Las mujeres por condición de mujer son muy vulnerables, su organismo es propenso a contraer estas enfermedades de transmisión sexual que si no se detecta tiempo puede ser demasiado tarde el control preventivo del mismo.

La falta de comunicación con su pareja, hace que no asistan con regularidad a los chequeos médicos, esto genera inseguridad, desconfianza, y optan por no hacerlo, sin asumir lo grave de la situación Las mujeres en edad productiva, son las que más deben de cuidarse para evitar enfermedades de transmisión sexual, y es por ello que es importante que tenga confianza, comunicación, tolerancia con su pareja para tener mejor salud reproductiva.

Otro factor que ha influido, para que se agudice mucho más el problema de cáncer cérvico uterino es la falta de información y divulgación de los centros de salud y hospitales sobre la prevención de esta enfermedad.

Es por ello que, se hace necesario e importante realizar una investigación, que permita conocer las causas y efectos del cáncer cérvico uterino en mujeres, esto con el propósito de abordar el problema y plantear soluciones que contribuyan a minimizar los índices de mortalidad.

Para esta investigación se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Conocer las causas y efectos del cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 35 años en el INCAN.

Objetivos específicos:

- a) Identificar los factores económicos, sociales y culturales que determinan la prevención y atención del problema de cáncer cérvico uterino.
- c) Establecer el procedimiento que sigue el INCAN en la atención de casos de cáncer cérvico uterino y sus resultados en las familias.
- e) Identificar las funciones del profesional de Trabajo Social en la atención de casos de cáncer cérvico uterino.

La investigación que se utilizó es la cualitativa, ya que con ello se obtuvo la opinión directa de mujeres que son casos de cáncer cervicouterino y que asisten regularmente al -INCAN- para obtener los servicios, tratamiento respectivo. Así mismo, se conoció la opinión que tiene de la labor profesional y que beneficios obtienen.

El método que se utilizó, el estudio de caso; el cual permitió identificar a un grupo de mujeres con las mismas características para obtener opinión sobre su situación y los servicios que le brinda el INCAN.

La presentación del informe se desarrolla a través de capítulos, siendo estos los siguientes:

Capítulo 1 Delimitación teórica: en el este capítulo, se presenta una serie de conceptos, categorías que permiten hacer una discusión teórica, interpretando los hechos y haciendo comparaciones que permitan entender el estudio.

Capítulo 2 Situación del cáncer cérvico uterino y su prevención: en este capítulo, se hace una descripción general de los aspectos que determinan el cáncer cérvico uterino que sufren mujeres y que son atendidas por el INCAN, se enfatiza en los aspectos de cual es el desarrollo, la atención y los factores que determinan que exista dicha problemática.

Capítulo 3 Perspectiva de género para la prevención y atención del cáncer cérvico uterino: En este capítulo se presenta una serie de aspectos sociales, culturales que determinan el rol que juega la mujer en la sociedad, lo que hace y condiciona su actuar ante la problemática de cáncer cérvico uterino, provocando el aumento de casos de muerte por dicha enfermedad.

Capítulo 4 Efectos psicosociales de mujeres que padecen cáncer cérvico uterino: Es este apartado se da a conocer aspectos psicológicos de las mujeres que sufren la enfermedad del cáncer, esto con la finalidad de interpretar que es una problemática que afecta a la persona, pero aún más a su núcleo familiar y que esto la inestabiliza provocándole otra serie de problemas en torno a su condición de mujer.

Capítulo 5 Presentación y discusión de resultados de la investigación: Es este capítulo, se dan a conocer los resultados de la investigación, tomando en cuenta que son aspectos cualitativos que permitirán obtener conocimiento sobre la opinión y vivencia directa de las mujeres que asisten regularmente al INCAN, por lo que será de gran utilidad para orientar el quehacer del profesional de Trabajo Social en esa dependencia.

Capítulo 6 Propuesta de intervención del Trabajo Social: en este apartado se presenta una estrategia de acción desde el trabajo social para la prevención del cáncer cérvico uterino, dirigido a mujeres de las áreas rurales con el propósito de coadyuvar a minimizar los problemas de cáncer en mujeres.

De igual forma se presenta **las conclusiones y recomendaciones**, que surgieron del análisis y la interpretación de los resultados de la investigación, y su congruencia con los objetivos planteados. Así mismo se incluye la **bibliografía**.

Este estudio brindará información sumamente importante a mujeres en edad reproductiva, la cual le permitirá prevenir y tomarle la importancia necesaria para ellas y su familia. De igual manera dará información al Instituto Nacional de Cancerología, la cual puede ser parte de sus programas de prevención.

Por otra parte será un aporte importante para profesionales de Trabajo Social que estén involucrados en la atención de casos de mujeres que sufren cáncer cérvico uterino, para brindarles una mejor atención a las mujeres que son víctimas de este problema.

CAPÍTULO 1

DELIMITACIÓN TEÓRICA

En este capítulo, se hará una descripción de los conceptos, categorías que tienen relación y fundamentan teóricamente la investigación, se describe un marco conceptual y referencial en donde se incluye los aspectos referenciales que se constituyen en el contexto institucional –INCAN-.

1.1 Conceptual

“Según el informe de Desarrollo Humano, Mujer y Salud (2002:255)”La salud es uno de los aspectos donde existen las más pronunciadas diferencias en el nivel de desarrollo humano entre los géneros, como resultado de las diferencias biológicas y las desigualdades sociales y de género, así como por la manera en que mujeres y hombres hacen la transición y se adaptan a esta etapa de la vida. La diferencia más obvia es que las mujeres tienen un período reproductivo mucho más corto que los hombres, cuyo fin está marcado por la menopausia.

El período después de la menopausia se caracteriza, entre otras cosas, por un incremento del riesgo de las mujeres de presentar enfermedad cardiovascular y osteoporosis y, aunque las adultas mayores guatemaltecas viven casi 6 años más que los hombres, los años de vida ganados no siempre son de calidad. En lo que se refiere a los cuidados en la enfermedad, los hombres envejecidos tienen mayores posibilidades de ser cuidados por sus cónyuges, mientras que las mujeres mayores raramente tienen este privilegio. Además, las mujeres mayores que se encuentran solas, tienden a ser más pobres y, además del riesgo incrementado de enfermar, las presiones económicas afectan en gran medida su bienestar físico y mental, produciendo como resultado, mayor aislamiento, soledad y enfermedad.

Aunque muchas de las enfermedades que sufren los hombres y las mujeres durante la vejez son comunes a ambos géneros, la manera en que éstas se viven y son atendidas por el sistema de salud, difieren notablemente. Los hombres tienden a padecer enfermedades agudas con períodos cortos de gravedad antes de la muerte, mientras que las mujeres tienden a presentar períodos prolongados de enfermedad,

caracterizados por padecimientos que no amenazan la vida pero que deterioran grandemente su calidad. Además, al igual que el resto de la población, las mujeres adultas mayores enfrentan problemas de falta de cobertura y de servicios no apropiados a sus necesidades”.

Compartimos lo que dice el Informe de Desarrollo Humano Mujer y Salud sobre la enfermedad que adolecen las mujeres (2002:256) “A pesar de que la vejez es el período de la vida cuando se espera el apareamiento de enfermedades crónico degenerativas, al examinar las causas de consulta de las mujeres adultas mayores en los servicios que ofrece el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, destacan las enfermedades infecciosas y carenciales, resultado de las condiciones de pobreza y la falta de desarrollo en que vive inmersa más de la mitad de la población y el 44% de mujeres adultas mayores.

A ello se aúna la limitada cobertura de los servicios de salud y el hecho que los mismos no están preparados para atender las necesidades específicas de las mujeres, en particular, de las mujeres envejecidas. Esto explica como enfermedades degenerativas y crónicas como la artritis y la diabetes, aparecen en lugares intermedios en el listado de las principales causas de consulta. Cuando se examina la proporción de consultas por sexo, se establece que los hombres tienen una frecuencia de consulta ligeramente mayor que las mujeres adultas mayores.

En países en desarrollo, muchas mujeres mayores padecen crónicos problemas de salud a consecuencia de años de descuido, discriminación y vida ardua. Su salud refleja el insuficiente acceso a los servicios básicos, los alimentos y a la nutrición a lo largo de toda su vida, además de las dificultades en su etapa de procreación, entre ellas los alumbramientos demasiado precoces y demasiado próximos entre sí, la nutrición deficiente y la anemia, así como el trabajo físico pesado. La exposición durante toda la vida a la humareda en las cocinas, el agua contaminada y los plaguicidas también puede haber dañado su salud.

La calidad de atención que las mujeres reciben cuando son más jóvenes tiene una sustancial influencia sobre los problemas de salud reproductiva que padecen después de la menopausia. El prolapso uterino, la incontinencia urinaria y los debilitantes resultados de vivir con fístulas entre la vejiga y la vagina son ejemplos de problemas de salud post menopáusicos que tienen su origen en haber recibido atención obstétrica

deficiente, o de no haberla recibido, en etapas anteriores de la vida. Tampoco se atienden las repercusiones que tiene la menopausia en su bienestar emocional. Muchas mujeres, por la preeminencia que se da a la maternidad en la definición de su papel de género, cuando arriban a la menopausia, experimentan un profundo vacío emocional y pérdida del sentido de la vida que se expresa en situaciones de ansiedad y depresión, pues han perdido la función que definía en gran medida su identidad de mujeres. Los servicios de salud rara vez ofrecen una atención integral a estos problemas.

Es conocida la mayor extensión de la vida de las mujeres aunque, esos años ganados no son del todo saludables y se observa una mayor frecuencia de enfermedad en las mujeres adultas mayores. Este hecho no necesariamente culmina en mayor mortalidad: de 22,500 muertes reportadas por el Ministerio de Salud para el año 2000 en personas mayores de 60 años, solamente el 49% corresponden a mujeres.

La principal causa de mortalidad es el accidente cerebro vascular seguido por neumonía, luego infarto y desnutrición. El cáncer aparece en séptima posición y aún es posible encontrar casos de tétanos y sida. Nuevamente se evidencia que las causas relacionadas con enfermedades crónicas se entremezclan con problemas infecciosos y carenciales los cuales están relacionados con la pobreza. Es posible comparar el porcentaje de mujeres muertas por esas causas con el de hombres”.

Según el Informe de Desarrollo Humano, Mujer y Salud (2002:258) “En cuanto a enfermedades infecciosas y carenciales, mueren más mujeres de desnutrición, tétanos y cólera que hombres. En contraste, mueren más hombres de neumonía, infarto al miocardio, hipertensión arterial y tuberculosis pulmonar que mujeres. En enfermedades crónicas, se nota un marcado predominio femenino en las muertes por diabetes y mueren más de accidentes cerebro-vasculares e insuficiencia cardíaca que los hombres”.

1.1.1 Mujer

“(Del latín *mulier*, *-eris*) es la persona del sexo femenino -la persona del sexo masculino es el varón-. Mujer también remite a distinciones de género de carácter cultural y social atribuidas a la mujer así como a las

diferencias sexuales y biológicas de la hembra en la especie humana frente al macho. Mujer hace referencia a lo femenino y en el aspecto reivindicativo a la igualdad de derechos defendida por el feminismo.

La mujer juega un papel muy importante en la sociedad guatemalteca, la función que tiene la mujer hoy en día es de madre, esposa, profesional, etc. es por ello que se debe tener muy en cuenta y darle todas las prioridades para facilitarle los mecanismos necesarios para su desarrollo integral.

1.1.2 Cáncer

“El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis).

La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis. Las células normales al sentir el contacto con las células vecinas inhiben la reproducción, pero las células malignas no tienen este freno. La mayoría de los cánceres forman tumores pero algunos no como la leucemia”. Diccionario Oxford (2011:176)

1.1.3 Cáncer cervicouterino

“El cáncer del cuello del útero, constituye una de las localizaciones más frecuentes en incidencia y mortalidad por cáncer en el sexo femenino en del mundo, con alrededor de medio millón de casos nuevos reportados en la década de los 80. Sin embargo, el cáncer invasor del cuello del útero es la causa más frecuente de muerte por cáncer en las mujeres de los países en desarrollo y sus tasas de incidencia en la región de América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo.

En Guatemala, ha ocupado el segundo lugar como causa de mortalidad entre los tumores seguido del cáncer gástrico que ocupa el segundo lugar y el de próstata, mama y pulmón que ocupan el tercero, cuarto y

quinto respectivamente El diagnóstico precoz de lesiones pre malignas y del cáncer cérvico uterino, permite mantener la salud y la capacidad de trabajo de la mujer, con medidas organizativas y el perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico precoz de este tipo de neoplasia.

La falla en la detección temprana de cáncer cervical en las mujeres guatemaltecas está determinado por inadecuados programas nacionales, en donde existen desde aspectos técnicos negativos, como mal entrenamiento en el personal de salud y técnicos de laboratorio, por lo que no se toman ni se analizan adecuadamente las muestras citológicas, no detectándose a tiempo los cambios premalignos de las neoplasias del cérvix, así como factores como, falta de promoción del examen, condiciones económicas desfavorables para continuar el tratamiento, falta de identificación de factores como el papiloma virus, la no utilización de métodos de barrera, inicio temprano de relaciones genitosexuales, dificultad de acceso al servicio, analfabetismo, monolingüismo, entre otras.”

[Http/www.monografias.com.saludenfermedades](http://www.monografias.com.saludenfermedades), (consultado el 24 de febrero de 2011)

1.1.4 Relaciones sexuales

“El sexo entendido como **relación sexual**, se define como un conjunto de acciones de mayor o menor complejidad que realizan dos o más personas de igual o distinto sexo, en las que aparecen componentes de excitación, deseo sexual y placer” <http://www.relacionessexuales> (consultado el 5 de marzo de 2011)

Las relaciones sexuales se deben tener con responsabilidad en pareja para no tener consecuencias, mas adelante de enfermedades de transmisión sexual y solo tener una pareja para tener relaciones sexuales seguras.

1.1.5 Enfermedades de transmisión sexual

“Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son enfermedades que pueden transmitirse debido al contacto corporal durante el sexo. Son producidas por virus, bacterias y parásitos. También se las conoce como infecciones de transmisión sexual (ITS) o por su nombre antiguo: enfermedades venéreas (EV). Hay al menos 25 diferentes enfermedades

de transmisión sexual, todas tienen en común que se propagan con el contacto sexual, lo cual incluye el sexo vaginal, anal y oral.” Diccionario Oxford (2001:132)

Las enfermedades de transmisión sexual son en la actualidad muy latentes sino se tiene conocimiento de cada una de las enfermedades que se contrae al no utilizar un condón al momento de sostener relaciones sexuales con varias personas o promiscuas.

1.1.6 Mortalidad

“Número proporcional de defunciones en población o tiempo determinados. Se mide en relación con el total de una población, mediante el índice de mortalidad, que indica el número de defunciones registradas en un año por cada 1000 habitantes.” Diccionario Enciclopédico Vox 1 (2009:189)

1.1.6.1 Mortalidad de mujeres

“La forma de prevenir mortalidad en la mujer es dar conocer por parte del Ministerio de salud, los programas que ayudan a que la mujer tenga una atención en salud de primera con charlas pláticas para que ellas conozcan las enfermedades y como poder prevenirlas, es importante implementar charlas e involucrar a las mujeres para que no tengan temor ni miedos a la hora de realizar un chequeo ginecológico, así se evitara mayores inconvenientes mortalidad”. <http://www.eumed.com> (consultado el 10 de marzo 2011)

1.1.6.2 Atención Primaria en Salud

Según el Informe sobre salud Atención Primaria en Salud (<http://www.slideshare.net/atención primaria en salud>) “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye

la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.”

La asistencia primaria en salud es importante para la mujer porque muchas veces la falta de desconocimiento en la prevención de salud, hace que las mujeres no tomen responsabilidad de realizarse chequeos, de rutina, debido también a que en los centros hospitalarios no los atienden como debe ser es por ello que se ausentan en los hospitales. Atención primaria en salud Guatemala 2006

1.1.7 Diagnóstico

“El diagnóstico es la primera y más importante herramienta con la que cuenta un profesional de la salud de cualquier área para acercarse a la comprensión y posible tratamiento de las condiciones salubres de un individuo. El diagnóstico es el resultado del análisis que se realiza en una primera instancia y que tiene como fin permitir conocer las características específicas de la situación determinada para así poder actuar en consecuencia, sugiriendo tratamiento.” (Definición ABC: 2011 pag. 5)

Es indispensable que la mujer cuando sienta síntomas en su salud principalmente en su aparato reproductor, se vaya a evaluar con un especialista para que le diagnostiquen y pueda prevenir problemas mayores en la salud

1.1.7.1 Prevención

“Acción y efecto de prevenir. Concepto, por lo común desfavorable, que se tiene de una persona o cosa, sin llegar a sospecha, recelo, inquina. Preparación que se hace para evitar un riesgo o ejecutar una cosa. Puesto de policía o vigilancia de un distrito donde se lleva preventivamente a los detenidos.” (Diccionario Enciclopédico, 2009:1989)

Es importante dar a conocer los programas de prevención y que se facilite la información y divulgación por parte de los entes encargados de promover la salud, por el bienestar de la mujer.

1.1.7.2 Métodos anticonceptivos

Según la Ley de Método de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer. Decreto Número 7-99, Artículo 3, señala como “anticonceptivo o método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes.^{1 2} Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia”.

Los métodos anticonceptivos deben ser promovidos desde la escuela para que los adolescentes sepan utilizarlos responsablemente, y a su debido momento cuando ya se sientan preparados para tener relaciones sexuales sanas, se debe de promover las clases de educación en Salud, para que no se desconozca los métodos anticonceptivos, y así prevenir cuando ya sean mayores enfermedades de transmisión sexual.

1.1.8 Discriminación contra la mujer

“Se entiende como discriminación contra la mujer, toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, etnia, edad y religión, entre otros, que tenga por objeto o dé como resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos sociales e individuales consignados en la Constitución Política de la República y otras leyes, independientemente de su estado civil, sobre la base de igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, laboral, económica, ecológica, social, cultural y civil o en cualquier otra.” (Ley de Método de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer. Decreto Número 7-99, Artículo 3).

1.1.9 Rol social

Se refiere al conjunto de normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente que se esperan que una persona (actor social) cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social adquirido o atribuido.

En todo grupo hay miembros de diverso *estatus*, unos de rango superior y otros de rango inferior y a cada *estatus* corresponde un rol, es decir, un determinado comportamiento en presencia de otros. Así pues, el rol es la forma en que un *status* concreto tiene que ser aceptado y desempeñado por el titular.

Algunos *estatus* conceden al titular ciertas inmunidades al desempeñar el rol, como por ejemplo, al enajenado mental se le permiten comportamientos que no se les permiten a otras personas. Si el individuo no desempeña su rol de la forma esperada, puede tener riesgo de exponerse a sanciones. Puede decirse en castellano papel social, aunque es menos frecuente en la literatura especializada”

El rol que juega en la sociedad es importante más aún en estos tiempos que es un bastión importante en la familia ya que ella aporta para la economía forma e informal a lado de la pareja, no se le debe de hacer de menos sino por el contrario, ayudarla, a crear programas que realmente coadyuve a la prevención de enfermedades. (www.wikipedia.com, consultado el 23 de septiembre 2012).

1.2 Referencia Institucional

1.2.1 Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala –INCAN-

Según la Revista elaborada por doctor Jorge Rodas Calderón, doctor Luis Rosada, doctor Oliver Valiente, historia de la oncología en Guatemala y del Instituto de Cancerología INCAN (1998:7) “La unión cultural de los pueblos el del mar tenebroso del viejo continente la futura América nueva y pujante la antigua y vestuta, llena de experiencia la mítica Europa del renacimiento, los Leonardos y Rafaeles heredada de la gran Florencia término en un secretismo saludable aunque sangriento y rebelde el nuevo mundo.

En Guatemala de la Asunción donde en 1,503 se registran los primeros tratamientos médicos, bajo el concepto hipocrático del cual son herederos don José Felipe Flores, quien trabajó arduamente contra el cáncer, esta enfermedad maligna terror de los médicos de la aclepiades se benefician en el mayor de los casos, únicamente con el consuelo de un tratamiento paliativo al dolor y a la muerte inexorable.

Los hermanos religiosos del San Juan de Dios emigrados de la España conquistadora representan el aspecto amoroso que en su crueldad todo el acto humano tiene este linaje caritativo, el hospital San José, destino final de todos los desahuciados (vecino al cementerio General.)

En el año 1,954 en las salas del hospital San Juan de Dios situado entre la avenida Elena lugar donde una edición nueva, se enfoca la practica oncológica creando dos secciones como ramificaciones de las salas de cirugía, dichas secciones son A y B comprenden la gama terapéutica contra el cáncer de la época; médicos aventajados ansiosos del saber de innovación y el progreso franquean las fronteras patrias, uno a los Estados Unidos y otros a Europa con el afán de abrevarse a las fuentes de la cultura médica, tanto en lo espiritual como lo intelectual.

Estos pioneros poniendo en practica trataban un sin número de pacientes que acudían a los consultorios, por desgracias como lo es en toda la tragedia humana los más menesterosos y desviados son las víctimas de esta enfermedad, los maestros Enrique Soyarsabal y doctor Vernardo del Valle se ven rodeados de aventajados discípulos que en el futuro cimentaran las bases de la oncología moderna de nuestra patria.

Uno de los pilares más importantes en el desarrollo de la oncología ha sido y será la **LIGA NACIONAL CONTRA EL CANCER** que se organizó en el mes de febrero de 1,952 por el entusiasmo del club rotario precedido por el doctor del Valle. En febrero de 1953 se aprobaron los estatutos las cuales regirían la Liga Contra el Cáncer; el 15 de mayo de 1953 fue la primera sesión ordinaria y posteriormente en el desarrollo de sus actividades, se incorporaron nuevos socios contribuyentes. En ese año las instalaciones del San Juan de Dios funcionarían la primera clínica de oncología, posteriormente en el año 1954 por intervención de personas altruistas, personas nobles y el gobierno central ceden un terreno aledaño al hospital Roosevelt, el cual se destinaría a la construcción del futuro y primer centro oncológico de Guatemala, así

mismo en 1,954 el presidente, coronel Carlos Castillo Armas colocó la primera piedra, el 30 de julio de 1958 se iniciaron las actividades medicas en los servicios de consulta externa, laboratorio clínico, radioterapia y citología.

En 1960 la embajada de los Estados Unidos dona la primera bomba de cobalto 60, gracias nuevamente al apoyo de la sociedad guatemalteca y el club rotario, dicha bomba funcionó hasta 1,965, no fue hasta en 1,969 fecha inmemorable cuando se inauguran las instalaciones del Instituto de Cancerología, posteriormente llevaría el nombre Dr. Bernardo del Valle S. por su inalcanzable lucha contra el cáncer. La capacidad en ese entonces fue de 80 pacientes, luego de la construcción de los siguientes niveles la cobertura fue de 150 pacientes en estas nuevas instalaciones se hizo el traslado de la Oncología del hospital San Juan de Dios gracias a la Liga Nacional contra el Cáncer y el decidido apoyo de el doctor José Díaz Duran, doctor Flavio Andrade, doctor Vesaux y el doctor Jorge Rodas Calderón.

Las actuales instalaciones del hospital cuenta con el Departamento de Registro Nacional contra el Cáncer una sección de promoción y divulgación, una sección de docencia e investigación, un Staff médico altamente calificado en la rama de la oncología distribuidos en cirugía radioterapia y quimioterapia. Se establecen programas de formación para citólogos y auxiliares de enfermería, así como un área de práctica de pre-grado facultado de Ciencias Medicas de la Universidad San Carlos de Guatemala bajo la dirección de profesores universitarios.

Se cuenta además con el servicio de farmacia la cual es de Terapéutica dirigida contando con los medicamentos de la línea y ética general.

Un Departamento de Radiodiagnóstico y mamografía, un Departamento de Quimioterapia y Radioterapia y un departamento de cirugía dividido de la siguiente manera:

Unidad 1 para la atención de Tumores de cabeza, de cuello y tumores óseos y de partes blandas tumores de piel incluyendo melanoma.

Unidad 2 exclusiva de la atención de tumores ginecológicos.

Unidad 3 Gastrointestinal, pulmonar y sistema linfático.

“No está por demás mencionar la presencia de las hermanas de la caridad con espíritu humilde, sencillo y de cultivar el carisma en el ambiente donde se desarrolla. La actividad de las hermanas de la caridad ha marcado una historia en América Central”. Historia de la Oncología en Guatemala (1998:13)

A principios de la década de los años de 1970, autoridades de Salud del país señalaron las limitaciones y deficiencias de información nacional sobre cáncer, las que impedían estudiar esta enfermedad desde el punto de vista epidemiológico, y obstaculizaban el desarrollo del conocimiento nacional sobre dicha enfermedad.

En 1974, la *Liga Nacional contra el Cáncer* y otras instituciones importantes de salud del país, entre ellas el *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social* (MSPAS), el *Instituto Guatemalteco de Seguridad Social* (IGSS), el Servicio de *Sanidad Militar* y otras, decidieron crear y participar en un sistema de recopilación, procesamiento y análisis de información, al que llamaron *Registro Nacional de Cáncer* y asignaron la responsabilidad de organizarlo y operarlo a la Liga Nacional contra el Cáncer.

Al inicio, se concentró el esfuerzo en registrar los casos nuevos diagnosticados y atendidos en el Instituto de Cancerología, tanto de demanda espontánea como de referencias de hospitales nacionales, públicos y privados y referidos por médicos en ejercicio. Inicialmente se intentó realizar visitas a hospitales departamentales para identificar nuevos casos, capacitar a personal en la elaboración de fichas de registro y el envío de las mismas a la sede central para su correspondiente registro. En esta etapa inicial se contó con el apoyo de la *Organización Panamericana de la Salud* (OPS), que estaba trabajando simultáneamente con la creación de registros similares en Chile y Colombia, así como en la organización de Escuelas de Citotecnólogos en los tres países. Este proyecto no continuó por falta de colaboración de las instituciones ajenas a la Liga que participaron en la creación del Registro Nacional de Cáncer.

Las limitaciones de la Liga Nacional para incrementar los recursos del Registro y la certeza de que es técnicamente imposible cubrir todo el país con los recursos disponibles en la actualidad, así como por

sugerencia de IARC (en 1997), llevaron a la decisión de limitar el área de influencia del registro de base poblacional, al Departamento de Guatemala y lograr un registro en un área bien limitada demográfica y geográficamente, que permita cuantificar el problema y comparar la situación con la de otros países (con información registrada desde 1995). Así mismo, este cambio permite fortalecer el desarrollo del registro hospitalario del Instituto Nacional de Cancerología -INCAN- y mantener el compromiso adquirido con la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), de crear este tipo de registros que, una vez ya en funcionamiento en el largo plazo, sean fuente de información que contribuya a mejorar la calidad de atención de los enfermos y a constituirse como fuentes principales para los registros poblacionales en otras áreas del país.

Con UICC se participó en un proyecto de cinco años (1998 a 2002) para el desarrollo de registros hospitalarios, aunque la Liga Nacional contra el Cáncer mantiene su propósito de que los Registros Hospitalarios que llegaren a crearse, a largo plazo, conduzcan a la creación de un Registro Nacional de Cáncer que permita realmente establecer la magnitud y evolución del problema en el nivel poblacional.

A pesar de las limitaciones de la calidad de la información de las Historias clínicas, el Registro Hospitalario del INCAN para la mayoría de variables que recolecta, sigue las reglas del Manual "Operaciones de Registro y Normas de Datos (ORND), de acuerdo con el Proyecto para Latinoamérica de la UICC y la *Comisión de Cáncer de la Asociación de Cirujanos de los Estados Unidos*.

A partir de la información recolectada desde el año 2002, el Registro Hospitalario del INCAN tiene una buena exhaustividad (99%); mientras que para el Registro Poblacional del departamento de Guatemala se continúan haciendo grandes esfuerzos, identificando más fuentes de información para aumentar el porcentaje de exhaustividad y ofrecer información de mejor calidad. Esta tarea ha sido difícil por la resistencia a dar información de los centros privados de diagnóstico y tratamiento por temor a falta de confidencialidad.

Desde el año 2006, el Registro es parte de la *Red Iberoamericana de Epidemiología y Sistemas de Información en Cáncer -REDEPICAN-*

(financiado por el grupo CYTED). Centro Ibero Americano de la tercera edad.

Aparte de tener información impresa (desde los años de 1975 hasta el año 2008), el Registro de Cáncer ha creado publicaciones digitales (desde los años 1996 hasta el año 2008) de su información en discos compactos y en el sitio Web de consulta permanente a partir del año 2005.

La capacitación constante del personal del Registro (como Registradores y conocimientos avanzados de informática para procesar información), contar con una red de cómputo (a partir del año 1999), recibir apoyo económico y técnico de instituciones internacionales (como UICC y IARC), ser parte de REDEPICAN, información impresa, información digital y la creación del sitio Web (a partir del año 2005), todos han sido valiosos componentes de apoyo que le está permitiendo al Registro su desarrollo y mejoramiento constante, con la finalidad de ofrecer información de mejor calidad a los usuarios nacionales y a las Instituciones Internacionales interesadas en la lucha contra el cáncer.

CAPÍTULO 2

SITUACIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y SU PREVENCIÓN

En este capítulo, se hace una descripción general de los aspectos que determinan el cáncer cérvico uterino que sufren mujeres y que son atendidas por el INCAN, se enfatiza en los aspectos de cual es el desarrollo, la atención y los factores que determinan que exista dicha problemática.

Toma esa atención especial para los pacientes con enfermedades malignas o enfermedades incurables como un germen, lo que en el futuro será el Instituto de cancerología, el advenimiento de los pilares básicos de la cirugía anestesia asepsia los trabajos de Luis Pasteur los de Koch, y a la visión realista del cuerpo humano por Vesalio los trabajos de los cirujanos de norteamericanos del principio y el fin del siglo, abren el hospital San José el valuarte de la atención quirúrgica en la lucha anticancerosa, el doctor Carlos Ruano indico la cirugía con tendencia oncológica ya vislumbrando la amplitud de gesto quirúrgico y lo que es mas importante la visualización de la herencia pero desafortunadamente cae victima de este mal como un símbolo de lo terrible y falta del mismo.

“Las regiones más afectadas por el cáncer cervical se encuentran entre los más pobres del mundo: América central y del sur, el Caribe, el África, subsahariana, partes de Oceanía y partes de Asia tienen los índices más altos”. <http://www.monografias.com.saludenfermedades> (consultado el 8 de septiembre de 2012)

Una razón importante con la que se comparte las mismas opiniones, es que la mayor incidencia del cáncer cervical en los países sub desarrollados es la falta de programas efectivos para detectar los estados pre cancerosos y tratarlos antes de que se convierta en cáncer.

“En 2000, se calculó que habría 470.606 casos nuevos y 233.372 defunciones por carcinoma del cuello uterino (cáncer cervicouterino) al año entre las mujeres de todo el mundo. Además, se calculó que más del 80 por ciento de esta carga se presentaría en los países menos desarrollados, donde esta enfermedad es la principal neoplasia maligna entre las mujeres.

En la región de las Américas, se pronosticaron 92.136 casos y 37.640 defunciones por cáncer cervicouterino, de los cuales 83,9 y 81,2 por ciento corresponderían a América Latina y el Caribe respectivamente. Hoy en día, el cáncer cervicouterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria.

Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados.

No obstante, las tasas de supervivencia al cáncer cervicouterino significativamente más bajas en los países en desarrollo. En un estudio multinacional realizado por International Agency for Research on cancer (IARC), las tasas de supervivencia relativa a cinco años para el cáncer cervicouterino, estandarizadas por edades [SREE], variaron entre 28 y 64,9 por ciento en 10 poblaciones tomadas de cinco países en desarrollo, entre ellos Cuba.

Los análisis pusieron de manifiesto diferencias significativas entre países en desarrollo y países desarrollados en cuanto a las tasas de supervivencia relativa al cáncer cervicouterino. La supervivencia decreciente a mayor edad fue más notable para el cáncer cervicouterino en los 10 registros que se examinaron, tomados de cinco países en desarrollo. Además, entre 1986 y 1991, en las regiones con países en desarrollo, la proporción de cáncer cervicouterino localizado fue considerablemente inferior que la observada en Estados Unidos (54%), con excepción de Cuba, con 44%. Esto indica que la menor supervivencia en los países en desarrollo se debió en parte a que la enfermedad ya estaba avanzada al momento del diagnóstico". <http://www.cedoc.cies.edu> (consultado el 02 de agosto 2,012)

Según las estadísticas de la OMS (Organización mundial de la salud) el cáncer de cérvix es una de las principales causas de muerte de la población femenina con una tasa de mortalidad de 60% por cada 100.000 mujeres

En las mujeres, el cáncer de cérvix constituye la principal causa de morbilidad hospitalaria (22.0%); seguida de los tumores de los órganos hematopoyéticos (14.1%); y de los órganos genitales femeninos (13.5%). En contraste, las tasas más baja se observan para el cáncer de labio, de la cavidad bucal y de la faringe (1.2%); ojo y sus anexos (0.5%); y los tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes (0.1 por ciento). [http://www/programas mundiales en salud](http://www/programas_mundiales_en_salud), (2012: 4)

El cáncer de cuello uterino a nivel mundial según Simons Luis (2012:8) "El cáncer cervical afecta las vidas de las mujeres en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo, donde constituye la principal causa de muerte por cáncer entre la población femenina. Según las últimas estimaciones, cada año surgen 493.000 casos nuevos de cáncer cervical y 274.000 mujeres mueren de la enfermedad.

Cuatro de cada cinco casos, y una proporción similar de las muertes, tienen lugar en los países en desarrollo, donde los programas de detección no están debidamente arraigados o no son efectivos. Las regiones más afectadas se encuentran entre las más pobres del planeta. América Central y del Sur, el Caribe, el África subsahariana y partes de Oceanía y Asia tienen los índices más altos (más de 30 casos por cada 100.000 mujeres)

Según Simons (2012:8) en su siguiente análisis: "Una razón importante de la considerablemente mayor incidencia del cáncer cervical en los países en desarrollo es la falta de programas efectivos para detectar los estados precancerosos y tratarlos antes de que se conviertan en cáncer.

Los esfuerzos de prevención a nivel mundial se han concentrado en examinar a las mujeres utilizando una prueba de laboratorio denominada Papanicolaou, y destruir o escindir el tejido precanceroso. El Papanicolaou, que lleva el nombre de su inventor, el Dr. George Papanicolaou, y data de la década de los 40, ha dado impresionantes resultados en la reducción del cáncer cervical en los países desarrollados".

El cáncer es un problema de salud pública mundial que afecta tanto a las personas de los países desarrollados como a las que viven en países de bajos o medianos ingresos. En Centroamérica y la República Dominicana se diagnostican aproximadamente 176.500 casos nuevos y

se registran más de 108.000 muertes por esta causa cada año. Los tipos de cáncer más frecuentes en la subregión son los de próstata, mama, cervicouterino, pulmón y estómago. Entre la población masculina el mayor número de muertes se debe a cáncer de próstata, pulmón y estómago mientras que, el cáncer cervicouterino, el de mama y el de estómago son los que producen más fallecimientos entre las mujeres.

Los países que tienen mayores tasas de incidencia y mortalidad por todos los tipos de cáncer en ambos sexos son Honduras, Costa Rica y Guatemala. <http://www.paho.org> (consultado el 08 de septiembre 2.012)

Los factores socio-económicos y culturales pueden influir en las decisiones que tomen las mujeres para realizarse el examen de citología PAP en los cuales pueden variar desde su grado de educación. Conocimientos hasta creencias y temores relacionados con dicho procedimiento.

Exactamente los factores socio económicos son uno de los principales factores por el cual muchas mujeres se rechazan hacerse una prueba citológica, ignorando que la prueba de Papanicolau o PAP es la mejor prueba citológica con la que se puede tratar un caso pre canceroso y evitar el cáncer.

El cáncer cérvico uterino, una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento).

“El cáncer cérvico uterino suele crecer lentamente por un período de tiempo. Antes de que se encuentre células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia). La prueba de Papanicolau generalmente encuentra estas células. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes”. <http://www.geosalud.com/cancerpacientes/cancercervicouterino> (consultado el 23 de septiembre 2,012)

La mortalidad debida al cáncer de cuello uterino es uno de los grandes problemas de Salud Pública que confrontan las mujeres en todo el mundo, especialmente en los países menos desarrollados, donde ocurre el 80% de las muertes relacionadas a este tipo de cáncer. A diferencia de otros tipos de cáncer, el de cuello uterino puede prevenirse exitosamente mediante la identificación oportuna y el tratamiento a las mujeres que presentan lesiones pre-neoplásicas en el cuello del útero. Esas lesiones demoran diez años o más en progresar hacia el cáncer, característica que brinda grandes oportunidades para ofrecer tratamientos efectivos.

La cobertura en detección de cáncer y sus lesiones precursoras en las mujeres en Guatemala por examen citológico es baja. El proceso de prevención, recolección de la muestra y tratamiento, está en manos de proveedores médicos. Sumado a esto se tiene que el flujo de este proceso se ve dificultado por problemas que ocurren desde que se toma la muestra hasta que se reporta el resultado. <http://www.saludpublica.bvsp.or.bo> (consultado el 23 de septiembre 2,012)

Dentro de las causas que provocan el cáncer uterino se puede mencionar; El cáncer del cuello del útero es una enfermedad muy grave, pero que a diferencia de otras puede ser prevenida e incluso hasta curada si se detecta a tiempo. En este sentido la prevención juega un papel fundamental, todas las mujeres cuando empezamos a ser sexualmente activas el virus papiloma humano es el mayor desencadenante del cáncer de cuello uterino, otros factores son:

- Precocidad en el inicio de la vida sexual
- Promiscuidad sexual
- Infecciones genitales
- Multiparidad, entre otros

Se comparte la opinión de la autora, doctora Teresa Rivero, de la Organización Panamericana de la Salud, ya que nos da a entender que esta enfermedad se trasmite mayormente por vía sexual y no puede manifestarse por años y si no se trata hay un 99% de posibilidades que se desencadene en cáncer.

El cáncer de cérvix abarca muchas consecuencias ya que invade los tejidos de los órganos adyacentes y puede producir metástasis (el cáncer

se extiende) en localizaciones a distancia como pulmones, huesos, hígado, cerebro, también se ve la presencia de anemia debido a las hemorragias inesperadas o hemorragias prolongadas durante o después de la menstruación y hasta una anorexia y en muchos casos ocurre la muerte.

"La mención que se hace en el párrafo es muy cierta ya que las cifras de la OMS dan como resultados que la segunda causa de muerte de la población femenina es por causa del cáncer de cérvix es por ello que ante cualquier señal de alarma se debería acudir al médico para así poder contrarrestar con este mal" Frishancho (2009:8)

“La mayor parte del tiempo, el cáncer cervical es asintomático. Los síntomas que se pueden presentar abarcan:

- Flujo vaginal continuo, que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, sanguinolento o de olor fétido
- Sangrado vaginal anormal entre períodos, después de la relación sexual o después de la menopausia
- Períodos menstruales más abundantes y que duran más de lo normal
- Cualquier sangrado después de la menopausia

Los síntomas del cáncer cervical avanzado comprenden:

- Pérdida de peso
- Fatiga
- Dolor pélvico
- Dolor de espalda
- Dolor en las piernas
- Inflamación en una sola pierna
- Sangrado vaginal profuso
- Fuga o filtración de orina o heces por la vagina
- Fracturas óseas”

Disponible en <http://www/Monografias.com/canceruterinocervix1>
(consultado el 25 de septiembre 2,012)

Otros problemas identificados están reflejados en el “Diagnóstico situacional de cáncer de cuello uterino”, realizado en mayo de 2002 por el Ministerio de Salud, Engender Health y la OPS/OMS, tales como:

En conocimientos del cáncer de cuello uterino:

- Existe un desconocimiento de la población sobre el CCU y su conocimiento sólo se reduce al PAP y con conceptos distorsionados.
- No se cuenta con una estrategia de IEC en SSR que tome en cuenta el CCU.
- La poca información que recibe la población les llega por radio y televisión.
- Los proveedores de salud no cuentan con el tiempo necesario para informar a la población sobre la toma del PAP y sobre los tratamientos posibles.

En el acceso los problemas están referidos a:

- Las coberturas en el país aún son bajas.
- Los costos del PAP y del tratamiento son una barrera económica.
- Las barreras sociales, culturales, económicas, impiden el acceso a los servicios.
- La distancia y el costo de acceso a los centros de resolución de lesiones preneoplásicas y cáncer invasor es una barrera muy importante.

En los sistemas de registro se tiene que:

- Los registros no están estandarizados y se tiene gran número de registros.
- El SNIS no cuantifica mujeres tratadas por tipo de lesión; la información es incompleta.
- El sistema de registro actual no muestra coberturas del PAP.
- En el entrenamiento y destrezas de los recursos humanos:
- Se requiere actualizar la currícula de las facultades y escuelas de medicina y enfermería.
- La formación en el post grado es insuficiente.
- Los recursos humanos están subutilizados para los procedimientos requeridos
- (PAP, colposcopia, Leep).
- No se cuenta con un programa de educación continua (capacitación).
- Problemas de citología (Papanicolaou):
- Número insuficiente de recursos humanos en los laboratorios.

- Gran número de los frotis son inadecuados.
- Método complejo con varios pasos a seguir.
- Demora en los resultados.
- Pérdida de láminas.
- Costos difíciles de sostener.
- Escasa cobertura.
- Escasez de insumos.
- Falta de sensibilización en la población.

En la organización de los servicios se encontró que:

- Los servicios no cuentan con los mecanismos de envío y recepción de las muestras de PAP. (papanicolau)
- No se tiene un sistema de referencia y contrarreferencia oportuno.
- El personal de salud tiene poco tiempo para orientación y seguimiento de las usuarias.
- El diagnóstico y tratamiento de lesiones pre-neoplásicas no se encuentra estandarizado ni organizado.
- En supervisión, monitoreo y evaluación:
- Las supervisiones del MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) son insuficientes para evaluar la efectividad del componente de (cáncer Cérvico Uterino) CACU.
- No se cuenta con un mecanismo de supervisión, monitoreo y evaluación facilitador para la detección, el diagnóstico y el tratamiento.

A continuación se presentan datos estadísticos de casos registrados por el Instituto de Cancerología de Guatemala -INCAN-, en los cuales se observa que la mayoría son de mujeres con cáncer de cérvix. Los cuadros fueron elaborados por el personal del -INCAN-

El departamento de Trabajo Social, del INCAN, tiene como función primordial conocer datos estadísticos anuales que presenta el departamento de Estadística de la institución, donde refleja un parámetro de los casos atendidos diagnosticados con cáncer y los casos detectados reflejan que el departamento de Guatemala es el que más casos presenta a nivel nacional, seguidos por Escuintla, San Marcos y Jutiapa, cada año las cifras que se presentan son alarmantes, ya que en el interior de la república, también por el poco acceso a centros o

puestos de salud se les dificulta llevar chequeos periodicos, como se ha ido acresentando el cáncer de cérvix en la mujer en edad reproductiva, el equipo del INCAN conformado por las Trabajadoras Sociales, Psicólogas, Médicos y Nutricion, deben de reunirse periodicamente para crear acciones de prevencion en cada uno de los campos en que se desenvuelven las áreas y por ende se encuentra involucrada la paciente.

La funcion del Departamento de Trabajo Social es dar acompañamiento a la paciente juntamente con la familia creando un clima de confianza, entre paciente y la profesional, para poder coadyuvar en el proceso del tratamiento médico que tendra el INCAN, a fin de que no abandonen el tratamiento para que no afecte el núcleo familiar.

Tomando en cuenta tambien que la mayoría son amas de casa, tienen hijos menores bajo su responsabilidad, que dependen de un sueldo muchas veces de los progenitores o de sus cónyuges para poder solventar el costo del tratamiento según lo indica el médico conforme al diagnóstico médico que se le realiza.

Es importante indicar que la mayoría de sus familiares dependen de un sueldo y que tienen trabajos que apenas logran cubrir el sueldo minimo.

Hay tratamientos costosos como la quimioterapia y la radioterapia que es cuando interviene Trabajo Social para que logren los costos minimos para que el paciente se los pueda aplicar.

CUADRO 7a
REGISTRO HOSPITALARIO DEL INCAN - GUATEMALA.
RESIDENCIA Y SEXO DE LOS
CASOS DETECTADOS DURANTE EL AÑO 2011.
(Información NO Depurada, en proceso de registro)

DEPARTAMENTO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		Número	%
	Número	%	Número	%		
Depto. de Guatemala	292	9.1%	849	26.4%	1,141	35.5%
Escuintla	58	1.8%	132	4.1%	190	5.9%
San Marcos	52	1.6%	122	3.8%	174	5.4%
Jutiapa	40	1.2%	115	3.6%	155	4.8%
Huehuetenango	44	1.4%	88	2.7%	132	4.1%
Quetzaltenango	33	1.0%	87	2.7%	120	3.7%
Santa Rosa	27	0.8%	87	2.7%	114	3.6%
Chimaltenango	30	0.9%	84	2.6%	114	3.6%
El Quiché	46	1.4%	61	1.9%	107	3.3%
Sacatepequez	21	0.7%	79	2.5%	100	3.1%
Suchitepequez	26	0.8%	71	2.2%	97	3.0%
El Petén	29	0.9%	60	1.9%	89	2.8%
Izabal	19	0.6%	69	2.1%	88	2.7%
Alta Verapaz	31	1.0%	43	1.3%	74	2.3%
Retalhuleu	17	0.5%	56	1.7%	73	2.3%
Chiquimula	24	0.7%	49	1.5%	73	2.3%
Jalapa	20	0.6%	50	1.6%	70	2.2%
Zacapa	20	0.6%	49	1.5%	69	2.1%
El Progreso	18	0.6%	39	1.2%	57	1.8%
Baja Verapaz	21	0.7%	32	1.0%	53	1.7%
Totonicapán	13	0.4%	36	1.1%	49	1.5%
Sololá	7	0.2%	30	0.9%	37	1.2%
Centroamérica	8	0.2%	7	0.2%	15	0.5%
Belize	5	0.2%	8	0.2%	13	0.4%
Otros Países	4	0.1%	2	0.1%	6	0.2%
Total	905	28.2%	2,305	71.8%	3,210	100.0%

FUENTE: Registro de Cáncer del INCAN - Guatemala.

CUADRO 9a
REGISTRO HOSPITALARIO DEL INCAN, GUATEMALA.
LOCALIZACIONES (CIE-10) Y SEXO
DE LOS CASOS DE CANCER DETECTADOS DURANTE EL AÑO 2011.
(Información NO Depurada, en proceso de registro)

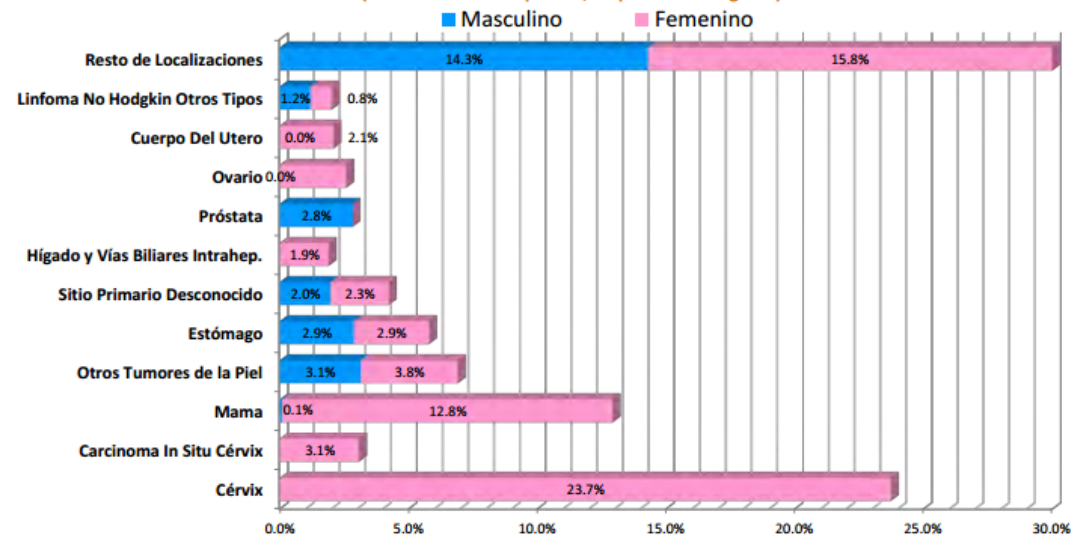
CIE-10		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
CODIGO	DESCRIPCION	Número	%	Número	%	Número	%
C00-D09	TODAS LAS LOCALIZACIONES	905	28.2%	2,305	71.8%	3,210	100.0%
C00	Labio	6	0.2%	1	0.0%	7	0.2%
C01	Base De La Lengua	6	0.2%	7	0.2%	13	0.4%
C02	Partes No Especificadas Lengua	6	0.2%	10	0.3%	16	0.5%
C03	Encía	3	0.1%	4	0.1%	7	0.2%
C04	Suelo De La Boca	-	-	2	0.1%	2	0.1%
C05	Paladar	-	-	2	0.1%	2	0.1%
C07	Parótida	3	0.1%	4	0.1%	7	0.2%
C08	Otras Partes Glándulas Salivares Mayores	3	0.1%	2	0.1%	5	0.2%
C09	Amígdala	3	0.1%	2	0.1%	5	0.2%
C10	Orofaringe	1	0.0%	1	0.0%	2	0.1%
C11	Nasofaringe	3	0.1%	-	-	3	0.1%
C12	Seno piriforme	2	0.1%	1	0.0%	3	0.1%
C13	Hipofaringe	4	0.1%	1	0.0%	5	0.2%
C14	Faringe	2	0.1%	-	-	2	0.1%
C15	Esófago	9	0.3%	15	0.5%	24	0.7%
C16	Estómago	92	2.9%	94	2.9%	186	5.8%
C17	Intestino Delgado	3	0.1%	3	0.1%	6	0.2%
C18	Colon	25	0.8%	31	1.0%	56	1.7%
C19	Unión Recto-Sigmoidea	2	0.1%	4	0.1%	6	0.2%
C20	Recto	10	0.3%	20	0.6%	30	0.9%
C21	Año y Conducto Anal	9	0.3%	11	0.3%	20	0.6%
C22	Hígado y Vías Biliares Intrahep.	58	1.8%	61	1.9%	119	3.7%
C23	Vesícula Biliar	3	0.1%	29	0.9%	32	1.0%
C24	Otras Partes de Vías Biliares	3	0.1%	15	0.5%	18	0.6%
C25	Páncreas	8	0.2%	16	0.5%	24	0.7%
C26	Otras Partes Aparato Digestivo	3	0.1%	1	0.0%	4	0.1%
C30	Fosa Nasal y Oído Medio	3	0.1%	4	0.1%	7	0.2%
C31	Senos Paranasales	11	0.3%	3	0.1%	14	0.4%
C32	Laringe	21	0.7%	3	0.1%	24	0.7%
C34	Bronquios y Pulmón	18	0.6%	16	0.5%	34	1.1%
C38	Corazón, Mediastino y Pleura	2	0.1%	3	0.1%	5	0.2%
C40	Huesos Extremidades	10	0.3%	13	0.4%	23	0.7%
C41	Otras Partes de Huesos	9	0.3%	3	0.1%	12	0.4%
C43	Melanoma De La Piel	19	0.6%	22	0.7%	41	1.3%
C44	Otros Tumores de la Piel	101	3.1%	121	3.8%	222	6.9%
C46	Sarcoma De Kaposi	-	-	2	0.1%	2	0.1%
C48	Peritoneo y Retroperitoneo	3	0.1%	3	0.1%	6	0.2%
C49	Tejidos Blandos	28	0.9%	23	0.7%	51	1.6%
C50	Mama	3	0.1%	412	12.8%	415	12.9%
C51	Vulva	-	-	16	0.5%	16	0.5%
C52	Vagina	-	-	12	0.4%	12	0.4%
C53	Cérvix	-	-	762	23.7%	762	23.7%
D06	Carcinoma In Situ Cérvix	-	-	99	3.1%	99	3.1%

CUADRO 10a
REGISTRO HOSPITALARIO DEL INCAN - GUATEMALA.
LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES DETECTADAS
EN AMBOS SEXOS DURANTE EL AÑO 2011.
 (Información NO Depurada, en proceso de registro)

LUGAR	CIE-10		SEXO				TOTAL	
			Masculino		Femenino			
	CODIGO	DESCRIPCION	Número	%	Número	%	Número	%
1	C53	Cérvix	-	-	762	23.7%	762	23.7%
	D06	Carcinoma In Situ Cérvix	-	-	99	3.1%		
2	C50	Mama	3	0.1%	412	12.8%	415	12.9%
3	C44	Otros Tumores de la Piel	101	3.1%	121	3.8%	222	6.9%
4	C16	Estómago	92	2.9%	94	2.9%	186	5.8%
5	C80	Sitio Primario Desconocido	63	2.0%	73	2.3%	136	4.2%
6	C22	Hígado y Vías Biliares Intrahep.	58	-	61	1.9%	119	1.9%
7	C61	Próstata	91	2.8%	-	-	91	2.8%
8	C56	Ovario	-	-	83	2.6%	83	2.6%
9	C54	Cuerpo Del Utero	-	-	67	2.1%	67	2.1%
10	C85	Linfoma No Hodgkin Otros Tipos	38	1.2%	27	0.8%	65	2.0%
		Resto de Localizaciones	459	14.3%	506	15.8%		
C00 - D09		TODAS LAS LOCALIZACIONES	905	28.2%	2,305	71.8%	3,210	98.2%

FUENTE: Registro de Cáncer del INCAN - Guatemala.

GRAFICA 8
REGISTRO HOSPITALARIO DEL INCAN - GUATEMALA.
LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES (CIE-10) EN AMBOS SEXOS
DE LOS CASOS DE CANCER DETECTADAS DURANTE EL AÑO 2011.
 (Información NO Depurada, en proceso de registro)



FUENTE: Registro de Cáncer del INCAN - Guatemala

2.1 Factores de salud, sociales y de educación que determinan el cáncer cérvico uterino

Según las estadísticas de la OMS el cáncer de cérvix es una de las principales causas de muerte de la población femenina con una tasa de mortalidad de 60% por cada 100.000 mujeres.

Los factores socio-económicos y culturales pueden influir en las decisiones que tomen las mujeres para realizarse el examen de citología PAP en los cuales pueden variar desde su grado de educación y conocimientos, hasta creencias y temores relacionados con dicho procedimiento.

Exactamente los factores socio económicos son uno de los principales factores por el cual muchas mujeres se rechazan hacerse una prueba citológica, ignorando que la prueba de Papanicolaou o PAP es la mejor prueba citológica con la que se puede tratar un caso pre canceroso y evitar el cáncer.

2.1.1 Educación y el cáncer

En una visión general se ha determinado que las mujeres analfabetas y de bajos recursos son las que más ignoran el tema del cáncer de cualquier tipo hoy en día las zonas rurales y urbanas cuentan con un personal capacitado capaz de dar a conocer y prevenir este mal, ya que no solo te orientan si no que también llevan tratamientos si es que se encuentran mujeres con este tipo de patología.

Efectivamente hoy en día los puestos de salud brindan capacitación y campañas a la comunidad entera y así poder evitar que la cifra de muertes disminuya en su totalidad.

En el ámbito ginecológico se estableció practicar la prueba del PAP a las mujeres que ya hayan comenzado una vida sexual iniciada una vez cada tres años, pero el grupo obstétrico no lo acató ya que las cifras de mortalidad son demasiados altos por lo que determinaron practicarlo anualmente para así poder llevar una vida más saludable. Efectivamente se debe practicar la prueba del PAP o Papanicolau y con más razón si es que se tiene sospecha de tener esta patología.

2.1.2 Prolongación de uso de pastillas anticonceptivas y cáncer uterino

El uso de los anticonceptivos orales (ACO) es considerado el método más seguro ya que su toma inhibe el crecimiento y maduración de los folículos, así como la ovulación los ACO presentan una serie de efectos secundarios negativos por lo prolongación del uso de estos lo recomendable es tomar durante 21 días.

Efectivamente la prolongación de las pastillas anticonceptivas le puede causar el cáncer de cérvix en la actualidad no pueden ser tan perjudiciales para la salud siempre que se tengan en cuenta sus contra indicaciones y se usen bajo prescripción médica.

2.1.3 Infecciones por enfermedades venéreas y cáncer uterino

Las enfermedades venéreas, hoy llamadas de transmisión sexual son un grupo de enfermedades transmitidas por vía sexual como resultado de una relación con alguien que padece de enfermedad o infección.

Los cambios de hábitos en el comportamiento sexual, la mayor promiscuidad y la mayor libertad sexual hacen que la persona pueda contar desde un cáncer de cérvix (en el caso de las mujeres) hasta el SIDA.

Efectivamente, es por ello que la sociedad se ha concientizado de la peligrosidad de estas enfermedades y se ha preocupado de tomar medidas preventivas como es el uso del preservativo sobre todo en las relaciones esporádicas o con población de riesgo.

2.1.4 Inicio temprano de las relaciones sexuales y cáncer uterino

El inicio temprano de las relaciones sexuales repercute en las mujeres adolescentes que a muy temprana edad comienzan a llevar una vida sexual activa y como consecuencia de ello es uno de los factores asociados con el desarrollo del cáncer uterino se ignora con seguridad cual es la causa de este cáncer, aunque puede ser algo relacionado con la higiene personal y la actividad sexual.

Lamentablemente los adolescentes hoy en día inician una actividad sexual temprana, es por ello que en mi opinión, pienso que se deberían proporcionar charlas educativas sobre educación sexual y así poder tener mucho más conocimiento.

2.1.5 Promiscuidad sexual y cáncer uterino

Según Francisco (2003: 148) "La promiscuidad sexual en las mujeres, y hombres esta oportunidad nos referimos a las mujeres se ah convertido en un tema de infidelidad en la sociedad, existen comportamientos que relacionan estas emociones con sentimientos o pensamientos de baja autoestima. Esto además es un grave error y un riesgo para la salud ya que se puede con llevar desde el maligno cáncer hasta una ETS (enfermedades de transmisión sexual) sino también es una fuente innecesaria de infidelidad.

Se compartió la opinión y se sustenta ya que la infidelidad es un problema que abarca a la sociedad entera y más allá de eso va en contra de la salud de si mismo.

Así mismo las relaciones sexuales sin preservativos pueden acelerar el avance del cáncer cervical y de útero debido a la alta concentración en el semen de unas sustancias llamadas "prostaglandinas",

2.1.6 Peso y el cáncer uterino

Según Francisco (2003.149) "Las mujeres que mantienen un peso saludable tienen menos riesgo de tener cáncer uterino, en especial si ya superaron la menopausia. Esto es así porque al tener sobrepeso el nivel de estrógeno en el cuerpo de la mujer aumenta a lo largo de su vida. El estrógeno es la hormona reproductiva femenina que es liberada durante el ciclo menstrual de las mujeres pre menopáusicas. Mayores niveles de estrógeno hacen que las células del útero se vuelvan cancerosas."

Es cierto que las personas que mantienen un peso saludable tienen menos riesgo de tener cáncer de colon, cáncer de riñón, enfermedades del corazón, diabetes y derrame cerebral. Y las mujeres tienen menos riesgo de cáncer de seno.

2.1.7 Fumar cigarrillos y el cáncer uterino

"Las mujeres que fuman un paquete de cigarrillos al día tienen riesgo de tener cáncer uterino. Pero fumar aumenta el riesgo general de muerte temprana mucho más que cualquier clase de efecto beneficioso que pueda tener. El humo de los cigarrillos contiene químicos que dañan la estructura genética (ADN) de las células del cuerpo. El daño en el ADN causa que las células se transformen en cancerosas. Pero luego de que una persona deja de fumar, nuevas células reemplazan a las dañadas." <http://www.new.paho.org>, (consultado el 30 de marzo de 2012)

Efectivamente las personas que fuman también tienen más riesgo de cáncer de vejiga, riñón, páncreas, labio, boca, lengua, laringe, garganta y esófago. Las mujeres que fuman tienen más riesgo de cáncer cervical.

2.1.8 Historia familiar y el cáncer uterino

Las mujeres cuya madre o hermana desarrolló cáncer uterino tiene más riesgo de tener la enfermedad. Existe un número pequeño de casos de cáncer uterino que se encuentran ligados a cambios en la estructura genética (ADN) de las células del cuerpo. Estas mutaciones pueden pasarse de generación en generación. Efectivamente existen muchas enfermedades en las que las personas con historia familiar de la misma presentan más riesgos. La historia familiar aumenta el riesgo de tener ciertas enfermedades como el cáncer de vejiga, uterino, de riñón, y de piel. También aumenta el riesgo de diabetes, osteoporosis y derrame cerebral. <http://www.diseaseriskindex.harvard.edu> (consultado el 09 de octubre 2012)

2.1.9 Infección por el virus del papiloma humano y cáncer uterino

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 100 virus relacionados que pueden infectar las células que se encuentran en la superficie de la piel, los genitales, el ano, la boca y la garganta. Se les llama virus del papiloma debido a que algunos de ellos causan un tipo de crecimiento llamado papiloma.

Los papilomas no son cánceres, y con más frecuencia se les llama verrugas. El VPH se transmite de una persona a otra durante el contacto con la piel. Se puede transmitir durante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal, e incluso durante el sexo oral. No obstante, el VPH se puede propagar de persona a persona aunque no haya habido penetración. Todo lo que se requiere para la propagación del virus es el contacto de piel a piel con un área del cuerpo infectada por el VPH. (Francisco, 2003:150)

2.1.10 Educación y cáncer

En una visión general se ha determinado que las mujeres analfabetas y de bajos recursos son las que más ignoran el tema del cáncer de cualquier tipo hoy en día las zonas rurales y urbanas no cuentan con amplia persona para atender la demanda de las mujeres en edad productiva.

2.1.11 El no reconocimiento del problema de cáncer cérvico uterino, como un problema de salud prevenible

Según el análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en America Latina y el Caribe (2004.22) “Un reto formidable para una prevención eficaz del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe parece ser la falta de apoyo genuino dentro de las estructuras políticas de muchos países. Esta situación puede deberse en parte a ignorancia respecto al cáncer cérvico uterino y su naturaleza prevenible, o bien a la impresión de que esta enfermedad no causa una muerte inmediata ni produce epidemias agudas que requieran acciones expeditas para su contención. Para que los programas sean eficaces, también es indispensable contar con un apoyo político sólido entre las filas de la élite profesional.

Por ejemplo, el país de Venezuela indicó que era frecuente el desacuerdo entre oncólogos, ginecólogos y patólogos respecto a las políticas nacionales y los procedimientos de los programas, a pesar de los esfuerzos para lograr un consenso en los temas del tratamiento. Situaciones como ésta podrían socavar los esfuerzos de las autoridades sanitarias nacionales”.

2.1.12 Recursos financieros insuficientes

Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe (2004:23) “En todas las discusiones subregionales se mencionó la insuficiencia de recursos financieros como un factor que limita la eficacia de los programas, y se reconoció que hacen falta inversiones cuantiosas en la prevención secundaria, no sólo para el tamizaje, sino también para brindar los servicios diagnósticos, terapéuticos y paliativos esenciales.”

Si bien el financiamiento actual de los programas contra el cáncer cervicouterino puede ser inadecuado, un requisito importante y temprano en cualquier ejercicio de estimación de las necesidades es contar con una evaluación cuidadosa de la eficiencia y efectividad del programa.

2.1.13 No existen políticas y planes nacionales

En el mismo análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe y Centro América (2004:23-24) “La falta de normas de procedimiento y directrices para la prevención y el control del cáncer cérvico uterino hacía difícil institucionalizar los programas y lograr una estandarización. Por ejemplo, pocos países en el Caribe angloparlante tienen programas y normas de procedimiento establecidos contra el cáncer cérvico uterino. En el área de la citología se observó a menudo la falta de normas 23 uniformes, ya que en muchos países estaban en uso diversas clasificaciones citológicas. Aún cuando había normas definidas, no siempre se lograba un óptimo cumplimiento de las mismas, de modo que muchos programas no lograban atraer a la población destinataria que tenían definida.

El deficiente control de calidad era un factor limitante destacado en varios puntos de la prestación de los servicios, incluida la toma misma del frotis de Papanicolaou, su manejo y procesamiento por el laboratorio y el posterior tratamiento del cliente.

Este era un tema crucial para Panamá y la República Dominicana en toda la gama de estas áreas de prestación de servicios, en tanto que México y Honduras refirieron enfrentar dificultades con los laboratorios. La calidad y la norma del tratamiento variaban en algunos países porque había pocas directrices terapéuticas o eran inexistentes.”

En Guatemala falta de políticas estatales que implementen esfuerzos aunados para la erradicación y prevención del cáncer de cérvix hacen que cada día hallan mas casos detectados debido a que no se han preocupado por velar por la salud integral de la mujer, los pocos esfuerzos han sido nulos ya que no existe la importancia de crear políticas sustentables y duraderas para que las mujeres puedan acceder a la información cuando se acercan a los puestos o centros de salud que carecen de personal para atender las demandas de las mujeres, en edad reproductiva, muchas veces desconocen que es el cáncer y como se previene, como el cáncer de cérvico uterino es asintomático si el medico no lo detecta a tiempo con papanicolau o ve lesiones debe realizarse inmediatamente una colposcopia que es el mejor examen para detectar si hay células cancerosas.

Lamentablemente en Guatemala, las mujeres tienen relaciones sexuales desde temprana edad, sin información de los riesgos que corre al no conocer a la pareja o tener varias parejas, el virus del papiloma Humano es la causa más relevante para tener cáncer cérvico uterino.

En Guatemala existe vacunas para la prevención del VPH (virus del papiloma humano) pero son demasiado caras y no todas tienen el acceso a obtenerla así se evitaría muchos riesgos de cáncer de la matriz.

Falta en Guatemala tomar conciencia de la importancia de ser chequeos periódicamente de PAP (papanicolau) para evitar que muchos niños queden huérfanos si por parte del gobierno o entidades privadas tomaran en cuenta que se debe de llevar más apoyo de material didáctico y charlas de prevención y que las mujeres tomen conciencia de la importancia de estos exámenes que muchas veces por vergüenza por machismo no se acercan a los puestos o centros de salud del área donde son oriundos.”

2.1.14 Sistemas de información débiles

Según análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina (2004:23) “muchos países no cuentan con sistemas adecuados de información que permitan una gestión eficaz de los programas de prevención del cáncer cérvico-uterino. La falta de tales sistemas hace imposible dar a las pacientes un seguimiento y manejo eficaces, evaluar

en forma sostenida la cobertura y determinar la efectividad de un programa mediante una evaluación continua”.

2.2 Atención de casos de cáncer cervicouterino

“El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en aplicación con el rol de gobierno un marco regulatorio para el bienestar de la población con el fin de aumentar progresivamente la equidad en la atención a la comunidad”. <http://www/cancer.gob> (2010:12).

2.2.1 Cuadro clínico

Los principales síntomas son:

- Hemorragia anormal
- Aumento de flujo vaginal
- Dolor en el pubis
- Dolor durante el coito.

2.2.2 Diagnóstico

“Un cáncer cervical incipiente rara vez causa síntomas, de modo que la prueba de Papanicolaou es esencial. Sin embargo, cualquier hemorragia o flujo anormal de la vagina necesita inmediata investigación médica. Si bien estos síntomas pueden deberse a otros problemas, también podrían indicar cáncer cervical.

El resultado anormal de una prueba de Papanicolaou, examen en el cual se extrae una muestra de células del cérvix, que luego se evalúa en un laboratorio, es el diagnóstico inicial. Los resultados de la prueba se dan en 5 "clases" que van desde clase 1 (normal) a clase 5 (cáncer invasivo presente).

Las clases 2 a la 5 requieren análisis posteriores que incluyen biopsia (toma de un pequeño trocito de tejido para estudiarlo), para determinar la naturaleza y extensión de las anomalías y para diagnosticar el cáncer.

El papanicolau hace que el médico recomiende otras pruebas para poder establecer más claramente el diagnóstico, como la colposcopia, una técnica para estudiar el cérvix o cuello del

útero mediante la visión) para examinar las células cervicales más detalladamente con aparatos de aumento especiales. Se pueden detectar lesiones premalignas y malignas en estadios tempranos, donde los pacientes se curan con terapias como conización.

La conización es una forma más extensiva de biopsia en la cual se extrae una cuña del cérvix. Puede ser indicado una biopsia para extraer una muestra que será estudiada con microscopio. Durante un legrado uterino se toman muestras del canal cervical y del útero y así hacer exámenes al microscopio.

Durante el examen pélvico puede usarse un dispositivo especial llamado colposcopia. Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta qué punto la enfermedad se ha extendido.

Éstos pueden incluir:

Análisis de sangre y orina. radiografías y exámenes por ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal.

2.2.3 Tratamiento

El tratamiento depende del diagnóstico. Según la extensión del cáncer, el tratamiento puede consistir en una o más terapias:

- Cirugía, que va desde la extirpación del tejido anormal, solamente, hasta el cérvix completo, así como, también, del útero entero y de otros tejidos adyacentes.
- Terapia de radiación para matar las células cancerosas que hayan quedado después de haberse operado. Quimioterapia para destruir las células cancerígenas que hayan en el cuerpo.

Un cáncer incipiente y no invasivo (carcinoma in situ) puede ser tratado con una operación mínima, mientras que un cáncer invasivo suele requerir una histerectomía (extirpación de cérvix y útero y posiblemente de otros órganos de la pelvis).

El tratamiento de la displasia y los cánceres incipientes tienen un alto índice de éxito. El índice de supervivencia a los 5 años para mujeres con carcinoma in situ es prácticamente del 100 por ciento. Sin embargo, si la enfermedad ya es invasiva, la eficacia del tratamiento declina. Los 5 años de supervivencia para todos los pacientes de cáncer cervical es del 66 por ciento. Incluso después de un tratamiento con éxito, la mujer deberá consultar al doctor regularmente.

No ocurre lo mismo en los casos donde el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, carcinoma invasivo, donde después de un estadiamiento de la paciente si se determina que debe ser operada, la cirugía es más agresiva acompañándose de histerectomía, de anexectomía (extirpación de los anexos uterinos) bilateral, del tercio superior de la vagina y vaciamiento glandular, además se complementa según criterio clínico-oncológicos de tratamiento con radioterapia y otros según se considere.

La evolución de las pacientes es tórpica y los pacientes mueren en cortos periodos de tiempo por diseminación de la neoplasia y metástasis a ganglios linfáticos, vagina, vejiga, parametrio, pulmón y cerebro.

2.2.4 Prevención

Cómo prevenirse contra el cáncer cervical:

- Vacuna contra el virus del papiloma humano
- Realizar la prueba de Papanicolaou en forma regular
- Evitar relaciones con múltiples compañeros sexuales.
- No fumar.
- No beber
- Si tiene una historia de verrugas genitales, hágase un papanicolau cada 6 meses
- Si tiene más de un compañero sexual, insista en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

Recientemente se aprobó la vacuna contra el cáncer de cuello de útero y ya en algunos países es utilizada, es recomendable la vacuna para mujeres mayores de 11 años. Recuerde que la vacuna previene este tipo

de cáncer pero no lo cura, recuerde que ninguna vacuna cura, sino que todas previenen una enfermedad determinada. Ello no implica que no deba cumplir las diferentes prevenciones nombradas anteriormente.”
Problemas del cáncer uterino (2004:2)

El cáncer cervicouterino es prevenible si se detecta a tiempo, se deben de realizar chequeos cada año de papanicolau, pero también es responsabilidad del medico que muchas veces no tienen el conocimiento para detectarlo a tiempo en un chequeo de rutina, ya que se han dado casos que han ido a instituciones que no les hacen bien el examen y cuando se detecta el cáncer ya esta en fase III, tomando en cuenta que no se presentan síntomas en ningún momento ya cuando se encuentra avanzada la enfermedad, muchas veces las personas no cuentan con los recursos económicos o les queda muy distanciado el lugar ya sea centro o puesto de salud, para ir a ser sus respectivos chequeos o simple y sencillamente no cuenta con médicos o enfermeras o hay recurso humano, pero no existe material para hacer dicho procedimiento.

El machismo es otro factor importante ya que los cónyuges de las pacientes no les permite que sean evaluadas por un medico eso hace mas difícil aun que ellas por sumisión no vayan periódicamente a los chequeos respectivos.

CAPÍTULO 3

PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

En este capítulo se presenta una serie de aspectos sociales, culturales que determinan el rol que juega la mujer en la sociedad, lo que hace y condiciona su actuar ante la problemática de cáncer cérvico uterino, provocando el aumento de casos de muerte por dicha enfermedad.

La perspectiva de género proporciona elementos teóricos y metodológicas útiles para entender la realidad social y su dinámica a partir de la interacción, individual y colectiva entre los hombres y las mujeres. Esta perspectiva de análisis, que pone énfasis en la característica relacional del concepto de género, surge de la reflexión dada por feministas y cientistas sociales a mediados del siglo XX, aunque sus orígenes se remontan desde mucho antes, en el siglo XIX, impulsado por los movimientos internacionales de mujeres en defensa de sus derechos.

En una primera instancia, por los derechos civiles y políticos (de primera generación), y posteriormente por sus derechos económicos, culturales y sociales (de segunda generación).

Las relaciones sociales y de género entre los hombres y las mujeres se explican y comprenden bajo determinados contextos históricos, geográficos y sociales, así como culturales. La dimensión cultural es de gran relevancia en los estudios del género, dado que éste se define, a diferencia del sexo, que refiere a las características fisiológicas y biológicas-, como el conjunto de atributos, valores y comportamientos que la sociedad asigna a las personas a partir de su sexo.

Muy frecuentemente interiorizados, estas normas y patrones de comportamiento, por los procesos de socialización, que van construyendo y determinando lo que se conoce como la identidad femenina y la masculina. Esta socialización se da tanto en el hogar, la iglesia, la escuela, la comunidad, como en las instituciones públicas y privadas.

En ese sentido, los atributos basados en el género de hombres y mujeres, pueden ser modificados mediante procesos de resocialización, dado que las formas y mecanismos que actualmente prevalecen, son aprendidos a lo largo de la vida con el agravante de que provocan una desvalorización de la mujer en la sociedad.

Las prácticas, los valores, las creencias y los patrones culturales y de comportamiento, establecen los límites de lo que tanto hombres como mujeres pueden realizar. Estos límites son reforzados por factores estructurales de la sociedad, como es la división sexual del trabajo y la inequitativa distribución de responsabilidades en el ámbito doméstico.

Esta división sexual del trabajo designa a las mujeres en el ámbito del trabajo reproductivo o doméstico, es decir, al cuidado y crianza de los hijos y las hijas, a proteger la nutrición e higiene de las personas integrantes del hogar y a proveer de atención a los familiares enfermos o con alguna discapacidad física o mental. Mientras que los hombres, son asignados al ámbito de lo público, realizando el trabajo productivo.

De lo anterior se derivan un conjunto de brechas de género, producto de la desvalorización que la misma sociedad hace del trabajo reproductivo realizado por las mujeres, la cual se transfiere a otros ámbitos de la vida, como el mundo del trabajo, el empleo y la política. De esta división sexual del trabajo, se producen diferencias importantes en las relaciones de poder.

El trabajo que las mujeres realizan en los hogares es invisibilizado y no se contabiliza como parte de las cuentas nacionales. Estas diferencias provocan desigualdades sociales importantes que son injustas para las mujeres y que se traducen en inequidades de género o brechas de género.

Desde esta perspectiva, es posible develar aquellos dispositivos (estructurales e ideológicos) presentes en la dinámica social, que históricamente han servido como formas de subordinación y discriminación contra las mujeres, en particular, bajo el sistema patriarcal (conjunto de relaciones de dominación y subordinación por parte del hombre hacia las mujeres).

El análisis de género, desarrolla una comparación entre hombres y mujeres, bajo determinadas situaciones o determinantes sociales. El resultado de ese esfuerzo, establece aquellos puntos críticos o nudos donde principalmente se producen las brechas o inequidades entre los géneros. La aplicación del concepto género constituye un análisis comparativo entre la posición y condición social de la mujer respecto de la posición y condición social de los hombres.

“El análisis de género ha sido de gran utilidad para medir el impacto diferenciado de las políticas, los programas y los proyectos, así como las leyes y el ejercicio de los derechos, en la vida de hombres y mujeres debido a los distintos papeles asignados en la sociedad”. <http://www.inamu.go.cr>. Esto está directamente relacionado con las posibilidades de hombres y mujeres de tener acceso y control de los recursos y los beneficios del desarrollo. Friendich (2003:8)

En síntesis, la perspectiva de género es:

a. Inclusiva, ya que incorpora el análisis de otras condiciones que hacen más llevadera o agudizan la discriminación de género, como son la clase social, la etnia y la edad.

b. Permite observar y comprender cómo opera la discriminación, pues aborda todos aquellos aspectos que tienen que ver con la condición social y económica de las mujeres y los hombres, con el fin de favorecer iguales oportunidades para un acceso equitativo a recursos, servicios y derechos.

c. Cuestiona el androcentrismo (<http://www.inamu.go.cr>) y el sexismo que permean todas las instituciones y actividades sociales, a la vez que propone acciones estratégicas para enfrentarlos críticamente y erradicarlos.

d. Permite hacer visible las experiencias, perspectivas, intereses, necesidades y oportunidades de las mujeres con lo cual se pueden mejorar sustancialmente las políticas, programas y proyectos institucionales, así como las acciones dirigidas a lograr sociedades equitativas, justas y democráticas. e Aporta las herramientas teóricas, metodológicas y técnicas necesarias para formular, ejecutar y evaluar estrategias que llevan al empoderamiento de las mujeres?”

Con relación al ámbito de la salud, la aplicación del análisis de género, permite mejorar los diagnósticos y análisis de las condiciones de vida de hombres y mujeres, dado que el análisis de género consiste en un método de evaluación e interpretación que tiene en cuenta las diferencias sociales y económicas entre las mujeres y los hombres, ya sea las que se aplican a la elaboración de políticas y programas, o bien a las actividades de la vida en general como los papeles profesionales y familiares(...), el análisis comparativo entre los sexos reconoce que las necesidades en materia de salud de las mujeres y los hombres de cualquier edad son diferentes, garantizando que se realice un análisis de los factores determinantes de la salud(...) factores sociales que influyen en la vida de todas las personas, como por ejemplo cuestiones de diversidad entre las que se incluyen la condición socioeconómica, la capacidad, las características raciales y la orientación sexual?

De esta forma, se revisan las estructuras de poder y la dimensión cultural, en la medida en que ciertos atributos y comportamientos particulares para cada uno de los sexos hacen o generan desigualdades. Dependiendo de la identidad de género femenino, las mujeres se enfrentan de manera distinta y desventajosa a las oportunidades, el acceso y control de los recursos derivados del desarrollo de la sociedad, para hacer frente, en muchos de los casos, a diversos problemas de salud. Desde esta perspectiva, el acceso y el control de los recursos son esenciales para el desarrollo integral de las personas.

El acceso tiene que ver con la oportunidad de hacer uso de determinados recursos y de satisfacer necesidades e intereses personales o colectivos. Puede ser esporádico y dependiente de agentes externos que deciden cuándo y cómo suministrarlo; puede estar disponible continuamente y depender de la decisión personal mientras que el control, es la posibilidad que se tiene de hacer uso de los recursos cuando se requieren, y de tomar decisiones sobre ellos de manera permanente. El control está asociado a la dimensión de poder en la sociedad: la persona o grupo que tiene control de los recursos tiene poder y quien no, carece de éste.

La construcción del género para las mujeres, se convierte en una determinante social de la salud de éstas más aún, cuando se han definido como relevantes para la identidad femenina, ciertos roles y estereotipos sexuales que limitan las posibilidades de desarrollo integral,

puesto que se visualizan como personas pasivas, dependientes, tranquilas y cuidadoras, versus el papel activo, proveedor, independiente, racional, dado a los hombres. La asignación de estos atributos tiene un efecto diferenciado para mujeres y hombres. Por ejemplo, el asignar una característica al hombre de racional, fuerte, está asociado a comportamientos agresivos y violentos, a tal extremo que una de las principales causas de muerte son producto de actos violentos (accidentes de tránsito).

Las implicaciones de esta forma de socialización, de construcción de la identidad femenina, de la estructuración de una sociedad jerárquica basada en la diferencia sexual y de relaciones de poder desigual entre ambos sexos, ha ocasionado situaciones de desigualdad e injusticia social hacia las mujeres y que tienen un impacto específico en la salud de las mujeres.

Por ejemplo, “a nivel individual, las mujeres siempre están postergando el cuidado de su propia salud en función de anteponer el cuidado de otros, las mujeres tienen una doble jornada de trabajo, ha habido una feminización de la pobreza, una feminización de ciertas profesiones, las cuales tienen menor valor social puesto que se perciben como una extensión del rol reproductivo (enfermería, Trabajo Social y educación).

Además, existe una relación importante entre el acceso y control de los recursos que poseen las mujeres y el desempeño en acciones dirigidas a cuidar de su propia salud, especialmente si se pone énfasis en las relaciones de género y de poder existentes”. Friendrich (2003:9)

CAPÍTULO 4

EFFECTOS PSICOSOCIALES DE MUJERES QUE PADECEN CÁNCER CÉRVICO UTERINO

Es este apartado se da a conocer aspectos psicológicos de las mujeres que sufren la enfermedad del cáncer, esto con la finalidad de interpretar que es una problemática que afecta a la persona, pero aún más a su núcleo familiar y que esto la inestabiliza provocándole otra serie de problemas en torno a su condición de mujer.

El impacto psicológico no solo está dado en el diagnóstico del cáncer sino que a su vez se presenta durante el tratamiento en las mujeres que padecen la enfermedad, es por esto que a continuación se hablara de las implicaciones psicológicas que pueden generarse a partir del diagnóstico del cáncer y sus tratamientos.

Las mujeres con cáncer cervical se encuentran en un estado de vulnerabilidad; Pascau y Cols. (2006:67) “señalan que la paciente sufre unas alteraciones emocionales negativas que afectan su autoimagen, y autoestima, lo que conlleva a una disminución en el deseo sexual, y a dificultades en su relación de pareja; es decir, que la falta de conocimiento sobre su sexualidad y de una información acertada para afrontar la enfermedad, genera en la paciente con cáncer de cérvix alteraciones a nivel cognitivo, emocional y comportamental, afectando su calidad de vida.”

García Padilla y Cols. (2003:43), “encuentran que al brindar información nueva y acertada con respecto a la enfermedad y su tratamiento se logran modificar las creencias erróneas de forma positiva, facilitando que las pacientes perciban la enfermedad de una manera realista y por lo tanto generen estrategias de afrontamiento que les permita adaptarse al cáncer y su tratamiento; lo mismo sucede con su sexualidad, las pacientes evidencian cambios positivos al recibir información que les permite modificar su percepción sobre la misma y disipar los temores que se generan a partir de la falta de este tipo de información.

Es importante hacer mención sobre la carga emocional que conlleva el cáncer ginecológico, puesto que, a diferencia de otros tipos de neoplasias, ésta afecta directamente la sexualidad de la mujer, lo que

puede generar una carga adicional de estrés y otras emociones ante la calidad de vida de la paciente. "(Olivares, 2004: 22).

Es por esto que las pacientes con cáncer ginecológico requieren de un acompañamiento psicológico constante que además de apoyar el proceso de afrontamiento de la enfermedad también contribuirá en fortalecer las redes de apoyo de la paciente como lo son su pareja, familia y amigos.

La información citada en los anteriores apartados no solo fortalece teóricamente el presente estudio, sino que además, permite una mayor comprensión en cuanto a las necesidades y temores de las pacientes oncológicas para realizar un acercamiento adecuado a éstas con este tipo de diagnóstico.

Por otro lado, se ha encontrado que una parte fundamental en el impacto psicológico que genera el cáncer de cérvix se da por los tratamientos oncológicos; en cuanto a esto se encuentra un estudio donde se propone una evaluación de los aspectos cognitivos de la actividad sexual en la enfermedad neoplásica cervical, se ha mencionado que luego de los tratamientos oncológicos pueden persistir en la vida sexual de la mujer alteraciones en la respuesta sexual, como la disminución del deseo sexual y de la excitación, dificultad para obtener el orgasmo, y disminución de la frecuencia del mismo, y una disminución en la frecuencia de la actividad sexual, y a nivel cognitivo encuentran un decremento en la satisfacción con la actividad sexual, insatisfacción con la habilidad para alcanzar un orgasmo, un escaso interés por la sexualidad, y un temor a tener relaciones sexuales por el dolor y Informe final de tesis 13 sangrado, lo que finalmente, lleva a una pérdida de estima como compañera sexual. (Olivares, 2006:12).

De igual manera Miles y Johnson (2010:58) "hablan sobre una innovadora terapia llamada dilatación vaginal, posterior a la radioterapia para contrarrestar sus efectos, ya que una de las secuelas frecuentes de ésta es la estenosis o angostamiento anormal de la vagina, luego de su estudio concluyen que este tipo de terapia no garantiza la prevención de la estenosis, contrario a ser un beneficio afirman que puede generar un impacto psicológico negativo como la culpa y el miedo con respecto a reiniciar su vida sexual; lo que podría significar alteraciones en su calidad de vida."

Por otro lado, Valderrama, Carbellido y Domínguez (1995:87) “afirman que los tratamientos médicos utilizados imponen cambios tanto en los hábitos de vida como en la percepción de sí mismo y del futuro, generando efectos psicológicos y múltiples esfuerzos para controlarlos. A partir de esto, se puede decir que los tratamientos oncológicos afectan la calidad de vida de la persona que padece esta enfermedad, cambios que pueden alterar la percepción que tiene la ésta ante este tipo de diagnóstico, lo que conlleva a la ejecución de unos procesos de adaptación no solo conductuales sino también cognitivos y afectivos, razón por la cual se considera importante evaluar los estilos de afrontamiento de dichos pacientes.

Afrontamiento y cáncer cada individuo percibe la enfermedad de una manera particular, por lo tanto el proceso cognitivo de cada cual lleva al desarrollo de estilos de afrontamiento que le brindan, según la visión del sujeto, un bienestar, lo que le permite adaptarse a su situación, en caso de lo contrario, el paciente debería recibir un acompañamiento psicológico, aunque esto debe ser para todo paciente con enfermedades crónicas, que le permita modificar en el transcurso del proceso de su enfermedad, las creencias que le impiden adaptarse adecuadamente a su diagnóstico y tratamiento para asumir los efectos que estos pueden tener en su vida.”

Gaviria, Vinaccia, Riveros, y Quiceno (2007) “plantean que la calidad de vida es una apreciación del individuo, es decir, una percepción subjetiva de bienestar y satisfacción en El cáncer de cérvix conlleva unas implicaciones psicológicas como la vergüenza, la culpa, el temor a la respuesta de su pareja y familia, puesto que hay una asociación equivocada entre el cáncer y enfermedades de transmisión sexual como el Virus del Papiloma Humano (VPH); al mismo tiempo hay unas creencias erróneas con respecto al cáncer por falta de información, creencias que afectan la calidad de vida de la paciente y la percepción e interpretación de la enfermedad, lo que va a definir el proceso de afrontamiento y adaptación”.

En el Instituto de Cancerología -INCAN- se abordó a las Psicólogas en las cuales indicaron que los pacientes son remitidos por los médicos tratantes, cuando las pacientes se encuentran en fase III y IV y fase terminal.

En los problemas que afrontan las Psicólogas al momento de abordar a los pacientes es que ellas luego piensan en los hijos, luego hay una carga de culpa entre ellas, no por la enfermedad sino por que hizo ella antes en su vida reproductiva o de jóvenes.

Hay un sentimiento donde se explora la tristeza y la autoestima es la que más les afecta.

Asimismo indicó que los hijos muchas veces no se quieren hacer cargo de sus progenitoras, y es cuando ellas deben de fortalecer ese aspecto indicándoles el problemas que afronta la familia y que deben de acompañarlas en el proceso dar soporte y ser un apoyo.

Al momento que a los hijos se les comunica el problema, demuestran enojo, tristeza y luego indican del porque el médico nos les hablo con la verdad, indicándoles que avance tenía el cáncer.

Las reacciones negativas según información de las Psicólogas del INCAN que más predomina en las mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix y que son atendidas en el –INCAN- son:

- Enojo
- Frustración
- Pérdida de autoestima y de autonomía
- Algunas ocasiones rechazo, abandono por parte de la familia especialmente en el cónyuge
- Depresión y ansiedad

CAPÍTULO 5

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Es este capítulo, se dan a conocer los resultados de la investigación, tomando en cuenta que son aspectos cualitativos que permitirán obtener conocimiento sobre la opinión y vivencia directa de las mujeres que asisten regularmente al INCAN, por lo que será de gran utilidad para orientar el quehacer del profesional de Trabajo Social en esa dependencia.

Para obtener la información, se entrevistó 100 mujeres comprendidas entre las edades de 25 a 35 años, que asisten al –INCAN- a recibir el servicio para diagnosticar y tratar el problema que presentan.

Las preguntas se formulan en la siguiente matriz, así como sus resultados:

5.1 Matriz de resultados

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. Mencione qué conoce del cáncer cérvico uterino	1. No saben 2. Virus 3. Han tenido relaciones sexuales a temprana edad 4. Por no usar protección 5. Infección 6. Por tener varias parejas 7. No dan pláticas en los centros de salud 8. Enfermedad de transmisión sexual 9. VPH (virus del papiloma humano) 10. Contaminación sexual
2. ¿Por qué cree usted que aparece el cáncer uterino en mujeres:	1. No se hacen chequeos de rutina 2. No cuentan con dinero para hacer los chequeos 3. En los lugares de origen no cuentan con centros de salud 4. Índole social 5. Cultural 6. Económico 7. En los lugares donde van no cuentan con el personal medico 8. Congénito

	<p>9. Se lo contagian las parejas</p> <p>10 Por situación hormonal</p>
3. ¿Qué información a recibido sobre el cáncer cérvico uterino en mujeres?	<p>1. Ninguna cuando visitaron los centros o puestos de salud</p> <p>2. No indican los médicos</p> <p>3. Le indicaron los médicos realizarse un papanicolau</p> <p>4. Les indicaron que tenia que ir al INCAN</p> <p>5. No existe profesionales en los puestos o centros de salud</p> <p>6. No hablan con la verdad los médicos cuando asisten a sus chequeos</p> <p>7. No hay trifoliales</p> <p>8. No saben porque se hacen chequeos</p> <p>9. No existe comunicación entre medico y paciente</p> <p>10 falta de importancia de las mujeres</p>
4. ¿Por qué cree usted que no se habla acerca del cáncer cérvico uterino:	<p>1. No existe disponibilidad del personal en hospitales</p> <p>2. No existe presupuesto en las aéreas de salud</p> <p>3. No se tienen programas</p> <p>4. Tabú</p> <p>5. Miedo al saber de que se refiere el cáncer del útero</p> <p>6. Dentro de la familia no hay enfermos con esa situación</p> <p>7. Ya cuando están enfermas acuden al medico</p> <p>8. No existe motivación por parte de la familia</p> <p>9. No existen promotores de salud en donde viven</p> <p>10. Información y cultura de la mujer</p>
5. ¿A quién afecta el cáncer cérvico uterino?	<p>1. A la paciente</p> <p>2. A los hijos</p> <p>3. A la familia</p> <p>4. Preocupación del presupuesto</p> <p>5. Miedo a los exámenes</p> <p>6. Se relaciona con muerte</p> <p>7. No saben como confrontarlo al recibir la noticia</p> <p>8. Depresión</p> <p>9. Tristeza de dejar a sus hijos menores solos</p> <p>10 Frustración</p>
6. ¿Para qué asiste usted al Instituto de Cancerología?	<p>1. Para ser evaluadas</p> <p>2. Por el tratamiento del cáncer cérvico uterino</p> <p>3. De un centro de salud las enviaron por dar positivo el resultado</p> <p>4. Por los diferentes exámenes que realiza el INCAN</p> <p>5. Papanicolau</p> <p>6. Colposcopia</p>

	<p>7. El INCAN es la única institución que trata el cáncer</p> <p>8. Por recomendación de un familiar o vecino</p> <p>9. Por chequeos de otras índoles</p> <p>10 El medicamento es más barato</p>
7. ¿Qué servicios recibe usted o su familia de los programas del INCAN?	<p>1. Bajo costo en las consultas</p> <p>2. Estar en el programa que tiene el INCAN por gratuidad</p> <p>3. Por las jornadas medicas</p> <p>4. Por necesidad</p> <p>5. Por las diferentes instituciones que recomienda el INCAN para sus tratamientos</p> <p>6. Por criterio medico</p> <p>7. Por costos mínimos</p> <p>8. Por la amabilidad y accesibilidad del equipo profesional de médicos y trabajadoras sociales</p> <p>9. Invitaciones para participar en los eventos para apoyar la prevención del cáncer</p> <p>10. Ayuda en las quimioterapias</p>
8. Mencione qué importancia tienen los servicios que recibe del INCAN	<p>1. Son accesibles en los precios de los exámenes</p> <p>2. envían a realizar exámenes fuera de la institución</p> <p>3. apoyan con medicamentos</p> <p>4. los tratamientos son los efectivos y a costo bajos</p> <p>5. Existe un equipo de Trabajadoras sociales</p> <p>6. Orientan</p> <p>7. facilitan los medios para realizarse los tratamientos y no abandonarlos</p> <p>8. La farmacia esta surtida</p> <p>9. se siente uno en ambiente</p> <p>10. albergue</p>
9. ¿Qué profesionales le han atendido y qué servicios han recibido de ellos?	<p>1. Médicos se han recibido chequeos</p> <p>2. Orientación y acompañamiento de trabajadoras sociales</p> <p>3. Ayuda psicológica individual y familiar</p> <p>4. enfermeras accesibles para suministrar los tratamientos</p> <p>5. Nutrición</p> <p>6. Departamento de Radioterapia con las enfermeras</p> <p>7. Quimioterapias y evaluadas por los médicos en orientarles como van evolucionando</p> <p>8. Servicio administrativo para orientar</p> <p>9. Las voluntarias del INCAN facilitan el acceso a los diferentes tratamientos</p> <p>10 Técnicos y tomografías bien accesibles para el trato de hacer los exámenes</p>

<p>10. ¿Qué apoyo le brinda el departamento de Trabajo Social para coadyuvar a la problemática que usted presenta con respecto al cáncer cérvico uterino?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación y acompañamiento 2. Ayuda con las quimioterapias y radioterapias 3. Exámenes a bajo costo fuera de la institución 4. Facilitar albergue 5. Estar en los costos mínimos de trabajo social 6. Buena atención para las dudas que puedan surgir durante el tratamiento 7. Facilitar los pagos de hospitalización 8. Accesibilidad para la información 9. Toman en cuenta con las actividades del INCAN 10. Motivación
---	---

La mayoría de las mujeres entrevistadas manifestaron que no conocen del cáncer cérvico uterino, que cuando llegan por primera vez a una institución sea pública o privada no les dan una orientación sobre qué es y cómo se desarrolla, por lo tanto no amplían su conocimiento otras por el contrario manifestaron que el cáncer cérvico uterino se da por un virus, por una infección, se da en mujeres que han tenido relaciones sexuales a temprana edad y a otras por no usar protección.

De acuerdo a la opinión de las entrevistadas, consideran que las causas de por qué aparece el cáncer cérvico uterino en las mujeres, lo asocian a que no se hacen chequeos de rutina y/o periódicos, la mayoría esta consiente que no hacerse chequeos por lo menos 1 vez al año hace que pueda tener más incidencia y posibilidades de tener cáncer de útero.

Así mismo, manifiestan que otro aspecto que influye notablemente es que no cuenten con el dinero para llegar a los chequeos, o porque también en sus lugares de orígenes no cuentan con un servicio de salud.

Por otra parte, otras entrevistadas, consideran que existen problemas de índole social, cultural, económico que afronta la mujer para acceder a los servicios de salud, eso hace que se tengan más posibilidades de adquirir dicha enfermedad, ya que cuando llegan hacerse el chequeo correspondiente, ya esta avanzado el problema.

Con relación a que información que han obtenido sobre el cáncer cérvico uterino, la mayoría de las entrevistadas manifiestan que no recibieron ninguna, la consulta con el médico se limitó a la orientación sobre el papanicolau, esto hace mucho más difícil, la comprensión de como se

debe hacer los exámenes y con qué frecuencia, además las mujeres que visitan el hospital son personas de escasos recursos económicos y por lo cual no cuentan con la oportunidad de llevar un control a temprana edad y mucho menos cuando ya están en edad adulta. A esto se suma el grado de escolaridad que poseen y que determina también si entienden el termino papanicolau, siendo la primera vez que se presentan a consulta no van a tener claridad sobre ese aspecto.

Por otra parte, las mujeres manifiestan que no existe la orientación oportuna en relación a que procede después que se hacen el PAP ya que de allí empieza el seguimiento, dependiendo si el examen resulta positivo o negativo.

De acuerdo a la información proporcionada por las entrevistadas, consideran que los motivos por lo que no se conoce o no habla del tema del cáncer cérvico uterino, es porque no existe la disponibilidad del personal para generar una campaña de información sobre el tema, ya que la situación del sector salud, es la atención directa a los efectos de las enfermedades, no a la prevención de las mismas.

Además las señoras entrevistadas coinciden en su mayoría, que no existe presupuesto suficiente en las entidades para poder tener programas dirigidos a campañas de información, concientización, atención directa y seguimiento de los casos, para la prevención de la enfermedad, así como también no se tiene una programa especializado para atender a las mujeres social y psicológicamente en la problemática que afronta actualmente.

Como consecuencia del bajo presupuesto que tiene las entidades de salud, se suma también a este aspecto, que no existe el personal suficiente para que sean asignados y poder desarrollar un proceso de capacitación formal dirigido a las mujeres y concientizarlas de la importancia de los exámenes para poder contrarrestar así el cáncer cérvico uterino.

Así mismo indicaron que cuando las pacientes ya se encuentran bastante delicadas y enfermas con dolores pélvicos etc., acuden al médico, eso hace que exista pocas posibilidades que las pacientes no tengan que pasar por tediosos e incómodos procedimientos.

Las pacientes indicaron que cuando son diagnosticadas con cáncer cérvico uterino, las más afectadas son ellas, porque aducen y consideran que ya los tratamientos que les indican ya no tienen solución, la mayoría de veces entran en depresión, lo que afecta la convivencia familiar ya que los hijos no comprenden el grado de riesgo que se tiene al ser diagnosticadas con cáncer, además se cuenta con el imaginario que al hablar de cáncer inmediatamente se asocia con muerte, por lo cual consideran muy pocas posibilidades, evidenciando un panorama de incertidumbre que no ayuda al avance del tratamiento.

Allí es cuando las familias deben estar más unidas que nunca para apoyar a las pacientes diagnosticadas para que ellas se sientan motivadas, para seguir adelante y que sientan seguras de continuar con sus diversos tratamientos que los médicos indican.

Los conyugues de las pacientes también juegan un papel importante para los tratamientos y cuidados que la paciente afronta el problema, debido a su condición económica lamentablemente las pacientes no continúen con el tratamiento adecuado.

La mayoría de las mujeres que asisten al INCAN son mujeres que dependen directamente de sus conyugues por lo que hace mucho más difícil atender la problemática, los conyugues tienen diversas ocupaciones, destacando más, que son agricultores y no cuentan con un trabajo fijo para poder apoyar con los tratamientos inherentes a la enfermedad.

Son diversos los motivos por los que las mujeres asisten o visitan el - INCAN-, sin embargo es importante mencionar que, la institución se constituye en un medio sumamente importante para las mujeres a nivel nacional, se puede obtener una serie de beneficios; atención médica especializada, bajo costo en exámenes, atención directa a la diversidad de casos, cobertura para todo el país.

Dentro de los aspectos relevantes del por qué asisten las mujeres al INCAN están:

Para ser evaluada y tx. del cáncer de cérvix
Por las radioterapias
Por quimioterapias

En un centro de salud, la enviaron debido a que dio positivo el diagnóstico

Por los diferentes servicios que tiene el INCAN

Por coloscopia

Porque el INCAN es la única institución que trata el cáncer

Por recomendación familiar

Dentro de los servicios que recibe del INCAN, la paciente o su familia, la mayoría coinciden que el bajo costo de las consultas, otras mencionan los programas de exoneración en sus servicios, jornadas medicas que incluyen exámenes de cérvix, mamografía, piel, próstata.

Además se hacen coordinaciones y alianzas -FUNDECAN- Fundación Amigos contra el Cáncer Radioterapias, Quimioterapias, Red de sobrevivientes apoyo con el 10% de la totalidad de los medicamentos, Liga Nacional Contra el Cáncer (Gerencia) apoyo de los medicamentos que servirán para las quimioterapias

De acuerdo a lo manifestado por la mujeres entrevistadas, los beneficios que recibe del INCAN son sumamente importantes, por qué las enfermedades que atiende, requieren de tratamientos largos y costos muy altos, existen casos en los que deben invertir mucho dinero para que se pueda darle seguimiento. El INCAN, les permiten accezar a servicios a bajo costo, son favorables, la mayoría de los exámenes se pueden realizar, si los exámenes lo hacen fuera de la institución, se dan referencia para otras instancias que no cobren demasiado, la atención que reciben del personal es adecuada, es sumamente importante y necesaria la labor del INCAN.

Con el estudio se identificó que existen pocos programas dirigidos a la atención y prevención del cáncer cérvico uterino, y específicamente a mujeres de escasos recursos económicos, las mujeres en su mayoría acuden al INCAN por que es allí donde se les brinda el servicio y medicamento a bajo costo o se apoya para la gestión de recursos

De acuerdo a lo manifestado por las mujeres entrevistadas, evidencian que dentro del INCAN, existe un equipo multidisciplinario que atiende a las pacientes, lo que hace que el servicio sea más integral y de acorde a las necesidades reales de los usuarios, los profesionales con los que cuentan, están especializados en la rama y sus orientaciones van en

función de diagnosticar, brindar el tratamiento adecuado y darle seguimiento requerido.

El equipo lo conforma profesionales como: médicos quienes desarrollaran los exámenes correspondientes y diagnostican los casos, enfermeras que orientan y proporcionan medicamentos, trabajadoras sociales quienes orientan y dan seguimiento al caso, nutricionista quien da la orientación a los pacientes para que sigan el dieta, para la alimentación especial, psicólogas consejos de cómo superar y seguir adelante cuando les dan el diagnóstico y acompañamiento con familiares. Dentro de los profesionales que las señoras mencionan con más frecuencia, se encuentra el médico y la trabajadora social.

De acuerdo a los resultados, se puede afirmar que las pacientes en el INCAN reciben del departamento de Trabajo Social, orientación personalizada para coadyuvar la problemática que presentan con respecto al cáncer cérvico uterino, dentro de los servicios que recibe, están:

- Orientación acompañamiento/ seguimiento
- Ayuda con las quimioterapias tomando en cuenta su perfil socio-económico
- Ayuda con las radioterapias
- Exámenes fuera de la institución para que cobren precios especiales
- Facilitar albergue para la paciente y su familia que vienen de los departamentos y no llegan a tiempo a sus consultas.
- Buena atención por las dudas que puedan surgir durante el proceso del tratamiento.
- Facilitar los pagos en la totalidad de la hospitalización con un convenio de pago.

De acuerdo a la información obtenida del departamento de Trabajo Social en el INCAN, se pudo conocer la labor tan importante que realizan estas profesionales con las pacientes que tienen cáncer cérvico uterino, se evidenciaron claramente las actividades que desarrollan y las funciones, así como los principios y valores que practican, así como la correspondencia que tiene este servicio en función de los objetivos de la profesión.

La intervención del Trabajo Social dentro de las Instituciones de salud va más allá de la aplicación de los estudios socioeconómicos, ya que se desarrollan funciones como; educador, orientador y promotor, buscando la participación de la familia y la paciente durante todo el tiempo que se encuentra en tratamiento, hasta integrarse de nuevo a la vida cotidiana.

El profesional de Trabajo Social debe ser una persona con características personales y profesionales, debe ser equilibrada, amable, saludable física y mentalmente, libre de temores exagerados respecto al contagio de enfermedades, ya que tiene que luchar con pacientes afectados no sólo físicamente sino psíquica o emocionalmente.

El trabajador social apoya para que puedan interpretar y vencer las dificultades, orienta para que busquen alternativas de solución para el paciente, cuando requiere de apoyo o ayudas en sus medicamentos y tratamientos respectivos.

Las pacientes afrontan en su calidad de vida aspectos desequilibrantes, como el nivel económico, sus hábitos y costumbres, relaciones familiares, ocupaciones que tenían antes de enfermarse dependencias de otras personas que provocan que se frustren.

La paciente como ser humano activo por naturaleza, contrapuesto a la problemática que afronta, hace que se desespere, demande atención y propone que se desarrolle acciones para el bien común, con el fin de favorecer la salud personal, la equidad y el servicio de libertad de elección de igualdad de oportunidades, independientemente de sus diferencias económicas culturales y sociales en la que se encuentra inmersa.

La trabajadora social dentro de la institución no solo debe velar por el bien común de la paciente, sino también por el entorno social, a manera que se sienta apoyada, no solo por la familia sino por la trabajadora social. Al momento que el paciente se entera de su padecimiento se enfrenta a una serie de problemas de tipo emocional familiar en donde el la profesional debe intervenir trabaja en familia para concientizar a su núcleo y por consiguiente a la paciente.

Dentro de la intervención de la trabajadora social, está el apoyar a la paciente, buscar apoyo en instituciones para la facilitación de recursos

para la atención del problema que presenta, ya que la mayoría carece de recursos económicos, se les brinda el apoyo a través de medicamentos a través de una reevaluación del estudio socio-económico para intervenir donde corresponde para que le brinde el apoyo y no abandone el tratamiento.

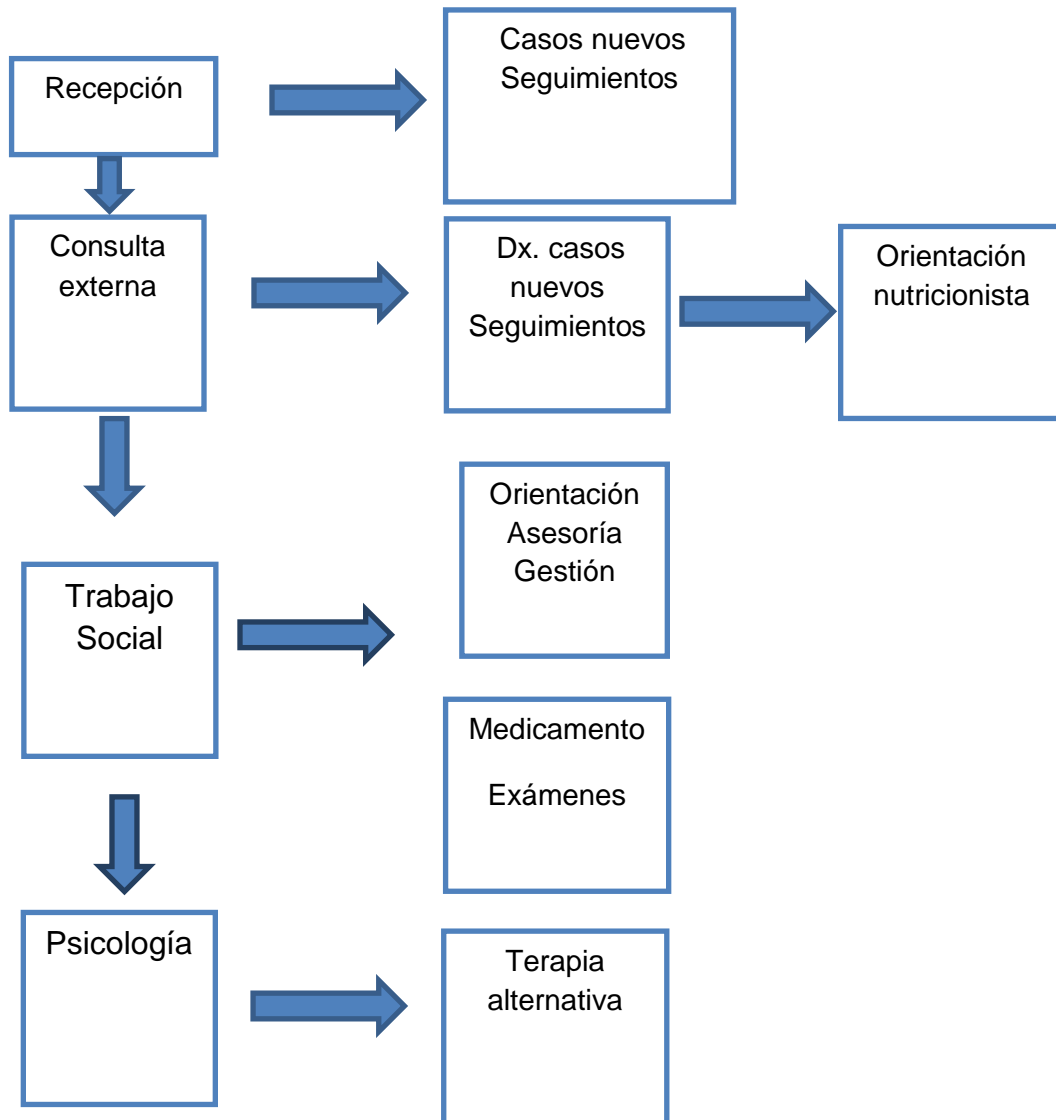
Abordar la problemática socio-económica y familiar que afecta a la paciente es importante, para continuar con el tratamiento, conocer cuáles son los problemas que más afronta la paciente para continuar con su tratamiento, para ser más viable el apoyo que se le brinde en la institución.

Lamentablemente hay muy pocas instituciones que brindan el apoyo a las pacientes durante su proceso de recuperación, eso hace que se limite el apoyo en de Trabajo Social.

En Trabajo Social se le apoya tanto económicamente como moralmente siempre y cuando también ellas realicen un esfuerzo con la familia con los tratamientos de quimioterapia y radioterapia.

El Trabajo Social es un pilar fundamental para la paciente, ya que encuentra un alivio a las alternativas de solución, tanto en sus exámenes como en aplicaciones de tratamiento como quimioterapias y radioterapias.

5.2 Diagrama de la ruta de atención dentro del INCAN



CAPÍTULO 6

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL

En este capítulo se presenta una propuesta de acción, dirigida al área rural con el propósito de desarrollar procesos de prevención para la detección de cáncer cérvico uterino, y así contribuir a generar procesos de sensibilización y concientización para la atención oportuna de dicha problemática.

De acuerdo a los resultados de la investigación, se determinó que existen mujeres y más en el área rural, que no tienen una amplia información sobre las causas del cáncer cérvico uterino, su diagnóstico y tratamiento adecuado para evitar que se llegue a perder la vida, además no conocen las instituciones que deben darle seguimiento a estos casos.

A esto se suma, que a nivel rural permanece fuertemente las relaciones de un sistema machista imperante, donde se sigue manifestando condiciones desfavorable para las mujeres, por lo que es necesario desarrollar un proceso de sensibilización, concientización para desarrollar la prevención del cáncer de cérvico uterino.

PROYECTO DE SENSIBILIZACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN PARA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVICO UTERINO

6.1 Justificación

Las mujeres que cotidianamente asisten al –INCAN- proceden de diferentes lugares del interior del país, existen casos en los que se puede atender a tiempo y lograr erradicar la enfermedad, sin embargo la mayoría de los casos, llegan a la institución cuando ya la enfermedad esta avanzada y muchas veces ya no se le puede dar respuesta acertada para su problema.

Otro aspecto importante es que la mayoría de las mujeres son de escasos recursos económicos, los tratamientos son muy altos y muchas veces no pueden cubrir todos los gastos, por consiguiente los abandonan.

A nivel local, las mujeres todavía tienen reservas en relación a situaciones personales sobre los síntomas previos al problema de cáncer, los dejan al tiempo y cuando ya tienen síntomas más graves acuden a los centros de salud más cercanos y de allí las refieren al - INCAN-. En los centros de salud, se les proporciona poca información sobre el diagnóstico, tratamiento y las medidas de prevención que deben tener las mujeres en relación al cáncer cérvico uterino.

El departamento de Trabajo Social, desarrolla acciones para la orientación sobre la atención y tratamiento de los casos, la gestión de medicamentos y donde hacer exámenes con menor costo y en algunos casos desarrollan acciones de prevención, pero es poca la cobertura.

Es por ello, que a través de esta propuesta se plantea desde el Trabajo Social desarrollar un proceso de sensibilización y concientización encaminado a la desarrollar actividades de prevención con mujeres del área rural, con el fin de contribuir a erradicar la problemática del cáncer.

6.2 Objetivos

6.2.1 General

A. Fortalecer procesos de sensibilización y concientización para mujeres del área rural, a fin de adquirir conocimientos sobre la prevención y tratamiento del cáncer cérvico uterino.

6.2.2 Específicos

A. Promover espacios de formación con promotoras de salud y comadronas a fin de que se constituyan en multiplicadores a nivel de las áreas rurales.

B. Propiciar la coordinación del equipo de profesionales del INCAN con los centros de salud, para darle seguimiento a los procesos de sensibilización y concientización.

C. Desarrollar proceso de gestión con las organizaciones que colaboran con el INCAN para implementar recursos y material escrito, audiovisual.

- D. Ejecutar acciones de prevención con las mujeres que asisten a los centros de salud y al INCAN a fin de minimizar los problemas de cáncer cérvico uterino.
- E. Organizar una red organizaciones de salud a nivel comunitario, para que acompañen el proceso de sensibilización y concientización a nivel local.

6.3 Actividades a desarrollar

- a. Presentar la propuesta al departamento de Trabajo Social del INCAN
- b. Presentar la propuesta al equipo del departamento de promoción del INCAN
- c. Formar un equipo multidisciplinario para desarrollar el proceso de sensibilización y concientización sobre la importancia de realizarse el PAP y las actividades de prevención.
- d. Coordinar con las instituciones que colaboran en la promoción y divulgación.
- e. Coordinar con las trabajadoras sociales de los centros o puestos de salud, para que sea líderes en la promoción y divulgación.
- f. Organizar una red de salud para desarrollar el proceso de sensibilización y concientización.
- g. Desarrollar un proceso de formación y capacitación para el personal del puesto o centro de salud, líderes, comadronas y promotores (as) de salud.
- h. Planificar y organizar acciones de prevención con las mujeres, a fin de desarrollar un proceso multiplicador.
- i. Planificar y organizar campañas de salud, con el fin de promover la prevención del cáncer cérvico uterino.
- j. Supervisar y darle seguimiento a las acciones a nivel local, a fin de sensibilizar y concientizar a más mujeres.

6.4 Metodología de intervención

Para el proceso de formación y capacitación con personal de los centros de salud, líderes, comadronas y promotores (as) de salud, se utilizará la metodología de educación popular, esto permitirá promover la participación y desarrollar habilidades que se puedan multiplicar con otras mujeres a nivel local, para el efecto se utilizará la técnica del taller.

Para el proceso de gestión, se utilizará la metodología de comunicación social, con ello se desarrollarán los pasos siguientes:

- Investigación de áreas de gestión
- Plan de gestión
- Comunicación social
- Divulgación de los resultados

Para el proceso de coordinación y acciones de prevención se utilizará el método de Trabajo Social de grupos, en sus fases de investigación, planificación, ejecución y evaluación, desarrollando el proceso de desarrollo de la vida de un grupo, implementando sus etapas de formación y organización, con el propósito de llegar a nivel comunitario con el proceso de sensibilización y concientización.

6.5 Recursos

a) Humanos

Trabajadoras sociales
Médicos
Personal de las instituciones
Mujeres involucradas

b) Materiales

Material de oficina
Marcadores, goma, tijeras, masking tape,
Fotocopias
Computadora

c) Institucionales

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Trabajo Social
INCAN
Instituciones colaboradoras

d) Financieros**Presupuesto mínimo**

No.		Costo
1	Fotocopias	Q. 1,500.00
2	Impresiones	Q. 1,500.00
3	Material de capacitación	Q. 10,000.00
4	Material de promoción	Q. 30,000.00
5	Material de oficina	Q. 5,000.00
6	Reproducción	Q. 5,000.00
	Total	Q. 53,000.00

6.6 Cronograma

No.	Actividad	Período x trimestre							Responsable
		1	2	3	4	5	6	7	
1	Presentar la propuesta								Trabajadora social
2	Coordinación								T.S. Instituciones
3	Formar el equipo								T.S. otros prof.
4	Organización de una red de salud								T.S. lideres
5	Proceso de formación y capacitación								Equipo INCAN
6	Campaña de Salud								Lideres locales
7	Actividades de seguimiento								T.S. INCAN
8	Evaluación								Todos

6.7 Evaluación

Estará a cargo de las trabajadoras sociales y el equipo desarrollará durante y después de concluido el proceso, se identificarán las limitaciones y los logros obtenidos en cada una de las actividades, se tomará como principal información la obtenida de las mujeres involucradas, y con la organización de la red, se establecerán las ventajas y desventajas de dicha acción.

Además se ubicará el porcentaje de mujeres que ya tiene la información para prevenir la problemática del cáncer. Además se establecerá un proceso de monitoreo para que se evidencien las limitantes presentadas y se corrijan y se replanten las acciones para el logro de los objetivos.

CONCLUSIONES

1. Dentro de las causas y efectos del cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 35 años en el INCAN, se pueden mencionar que la mayoría están de acuerdo en que existe poca información para la prevención, y dentro de los centros de salud y hospitales, no se tiene el recurso para poder desarrollar procesos de sensibilización y concientización sobre la importancia de prevenir o atender las situación de salud de las mujeres y se manifiesta aún más a nivel local.
2. La mayoría de las mujeres que asisten al INCAN, son personas de escasos recursos económicos, dependen directamente de los esposos, y otras no cuentan con el apoyo de ningún familiar, esto hace mucho más difícil seguir los tratamientos que en la mayoría son muy altos, es importante remarcar que el instituto cuenta con trabajadoras sociales, quienes se encargan de orientar a las mujeres para gestionar recursos de ayuda para bajar costos de los exámenes y tratamientos.
3. Los patrones culturales evidenciados en las mujeres que acuden al INCAN, prevalece y determina que las mujeres se preocupen para atender su salud, se tiene todavía manifestaciones de miedo, pena o vergüenza para abordar la problemática que genera el cáncer cérvico uterino, esto hace que se incremente los casos y en otros casos se provoca la muerte.
4. En los centros de salud, no se cuenta con recursos y con el personal idóneo para orientar a las mujeres del área rural, las mismas no tienen confianza y tampoco se sienten cómodas para plantear los síntomas del cáncer cérvico uterino.
5. Existen pocos programas dirigidos a la atención y prevención del cáncer cérvico uterico, y específicamente a mujeres de escasos recursos económicos, las mujeres en su mayoría acuden al INCAN por que es allí donde se les brinda el servicio y medicamento a bajo costo o se apoya para la gestión de recursos.
6. Dentro de las funciones que desarrollan las profesionales de Trabajo Social del INCAN están: la orientación, desde que inicia el caso, así mismo la asesoría, para que las mujeres pueden darle seguimiento a su caso, en relación a medicamento y realización de exámenes, se

realizan estudios socio-económicos en casos que requieren un tratamiento largo y que es de alto costo, se implementan procesos de coordinación y gestión para obtener recursos que permiten atender casos especiales.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario que se desarrollen procesos de sensibilización y concientización en las entidades de salud, sobre la prevención de los síntomas del cáncer cérvico uterino, y hacer énfasis en las mujeres que se desarrollen periódicamente los exámenes de PAP.
2. Se deben desarrollar coordinaciones o alianzas institucionales para que se implementen procesos de formación y capacitación sobre la prevención del cáncer cérvico uterino con las mujeres del área rural que es donde se carece de información y de atender directamente los casos.
3. Se recomienda al departamento de Trabajo Social que implemente la propuesta de sensibilización y concientización, coordinando con instituciones y organizaciones que tengan dentro de sus objetivos erradicar los problemas de cáncer cérvico uterino.
4. Es necesario que los centro de salud, cuenten con el recurso económico y personal especializado para atender las necesidades de salud de las mujeres a nivel del área rural, y especialmente a los problemas que se desarrollan antes de detectar el cáncer cérvico uterino, con ello se contribuirá en gran medida a minimizar las muertes de mujeres derivados de esta enfermedad.
5. Se debe socializar la labor tan importante que desarrolla el INCAN, debido a que es una instancia en la cual las mujeres y hombres tiene la oportunidad de atender los problemas de salud y que derivan a un cáncer, además proporcionan los servicios a bajos costos, lo que hace mucho más valioso dicho trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ander Egg, Ezequiel. (1995) **Diccionario de Trabajo Social**, Colección Política, servicios y Trabajo Social, Edición 1995 Editorial Buenos Aires Argentina.
2. Ander-Egg Ezequiel (1996) **Introducción al Trabajo Social** 2da. Edición, I Buenos Aires, Editorial Lumen/Hvmanitas.
3. **Boletín epidemiológico nacional No. 23**, mortalidad por tumor maligno de cérvix, República de Guatemala 2005-2006, Dra. Waleska Zeceña Alacón, Dra. Carmen Leonor Bermúdez.
4. **Diccionario Oxford Complutense** (2011) Medicina Edición Española Marzo.
5. **Diccionario enciclopédico** Vox 1 (2009) Larousse Editorial S.L.
6. **Informe de Atención Primaria en Salud** (2006) Guatemala.
7. **Informe de Desarrollo Humano Mujer y Salud** (2002) PNUD
8. Flores González, María Elizabeth. (1995) **Trabajo Social y el cáncer del cuello uterino en Guatemala** Tesis
9. Pappa Santos, Obdulio. (2008) **Metodología de la Investigación aproximaciones al Estudio de lo Social** Primera Reimpresión de la Primera Edición Febrero.

Páginas Web

1. Albear Carlos (en línea el 07 de diciembre 2,010) consultado el 29 de febrero 2,011 disponible [www. Buenastareas.com](http://www.Buenastareas.com)
2. En wikipedia/ wiki/tasa_bruta_de mortalidad consultado el 01 de marzo 2011
3. En wikipedia.org./wiki/rol_social consultado el 02 de marzo 2011

4. En wikipedia.org/wiki/metodosanticonceptivos consultado el 28 de febrero 2,011
5. En Wikipedia.org/wiki/mujer consultado el 28 de febrero 2011
6. Edumed libros /2006c/199/1bbtm (en línea 2006) consultado el 29 de febrero 2,011 disponible [www. Edumed.net](http://www.Edumed.net)
7. Foro Cáncer (en línea el 25 de febrero 2,011) consultado el 29 de febrero 2011 disponible [www. Forocancer.com.er](http://www.Forocancer.com.er)
8. Informe de Desarrollo Humano 2009 -2010 (en línea) consultado el 28 de febrero 2012 capítulo 7 El Estado y la Salud disponible en [www. Desarrollo Humano.org.gt](http://www.DesarrolloHumano.org.gt)
9. Mitecnologico (en línea 27 de abril 2009) Metodología de la investigación disponible [www. Mitecnologico.com](http://www.Mitecnologico.com)
10. www.monografias.com/saluddeenfermedades consultado el 24 de febrero 2.011
11. Recanzua.zz.l.org consultado el 28 de febrero 2,011
12. [www.defunción ABC.com](http://www.defunciónABC.com) consultado el 02 de marzo 2011