



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



TESIS GRUPAL

"LA PARTICIPACIÓN DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN
LA EDUCACIÓN DE LA MUJER COMO AGENTE DE SALUD
EN XOCHIMILCO Y SAN LUIS TLAXIALTENALCO"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :
GARCÍA MARTÍNEZ GLORIA
TINAJERO IBAÑEZ BEATRIZ

ASESOR: MTRA. PÉREZ CABRERA INÍGA
Iníga Pérez



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

TESIS GRUPAL

**"LA PARTICIPACIÓN DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN LA
IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA EDUCACIÓN DE
LA MUJER COMO AGENTE DE SALUD EN XOCHIMILCO Y SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO"**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

GARCÍA MARTÍNEZ GLORIA

TINAJERO IBÁÑEZ BEATRIZ

ASESOR: MTRA PÉREZ CABRERA JESICA

MÉXICO, D. F.

2002



**Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social**

Paginación Discontinua

AGRADECIMIENTOS.

A Dios y a la Vida:

Por permitirnos vivir y realizar uno de nuestros tantos sueños, por no dejarnos rendir ante los obstáculos

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Por permitirnos formar parte de ella, así como a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por darnos la formación profesional.

A todas las mujeres:

Que participaron en la encuesta que nos permitió realizar nuestra tesis.

A la profesora Iñiga:

Por su tiempo, paciencia, cariño, apoyo y conocimientos para ayudarnos a realizar nuestra tesis y por formar parte de este nuestro sueño.

GLORIA Y BEATRIZ:

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

Lucina y Manuel mi mas grande orgullo e inspiración por quienes estoy aqui, y a quienes les debo todo lo que soy, GRACIAS por su confianza, tiempo, dedicación y consejos, les dedico mi éxito porque también es suyo.

A GUILLERMO:

Quien me enseñó que para lograr algo en la vida hay que luchar para conseguirlo, por estar conmigo en los buenos y malos momentos. Gracias por ser mi hermano.

A ILSE, JOSUÉ, DAVID, PEQUE:

Quienes han sido mi mayor orgullo y una inspiración para seguir luchando por lo que quiero y salir adelante. Gracias por ser parte de mi mundo.

A MIS TIOS:

Alicia y Jesús por estar conmigo cuando los he necesitado, por darme su confianza y cariño, les dedico mi éxito. Gracias.

*A esas dos personas que ya no tengo a mi lado, pero que también me apoyaron en algún momento, les dedico mi éxito y espero que dios los acompañe e ilumine siempre.
Gracias.*

BEATRIZ

DEDICATORIAS

A DIOS:

Que por medio de mis padres me dio la vida y me ha reglado la dicha, la gracia y la alegría de ser mujer.

A MIS PADRES:

Consuelo y José que con la ayuda de Dios me dieron la oportunidad de realizar este maravilloso sueño.

A MI GRAN AMOR:

Arturo mi esposo que con su amor, paciencia, cariño, comprensión y sus conocimientos me apoyo en la realización de este trabajo.

A MIS HERMANOS:

A mis cuatro maravillosos hermanos, Mari, Alicia, Angélica y Leobardo que con su amor me apoyaron y me impulsaron a realizar mi sueño.

AMIS SOBRINOS:

Israel, Pedro, Uziel y Vanesa que son mi más grande inspiración para superar los obstáculos y no dejarme vencer.

A TODAS LAS MUJERES:

A todas las mujeres que participaron en la realización de este trabajo, pero especialmente a todas aquellas que por sus creencias, actitudes y conocimientos no son felices debido a los prejuicios de la sociedad

A MI ASESORA:

A mi asesora y todos mis maestros que participaron en mi formación académica durante mi estancia en la escuela.

GLORIA

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	I
JUSTIFICACIÓN	II
I. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN	Pág
1.1 Árbol del problema.....	1
1.2 Delimitación del problema.....	4
1.3 Descripción del problema.....	4
1.4 Planteamiento del problema.....	5
1.5 Objetivos.....	5
1.6 Delimitación espacial.....	5
1.7 Delimitación temporal.....	5
1.8 Población de estudio.....	5
1.9 Caracterización de la población.....	5
1.10 Beneficiarios de la investigación.....	6
1.11 Hipótesis de trabajo.....	6
1.12 Variables.....	6
1.13 Ejes conceptuales.....	7
1.14 Operaciones de variables.....	9
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Salud integral de la mujer.....	10
2.2 Creencias, actitudes y conocimientos de la mujer.....	16
2.3 Atención a la salud en el primer nivel de atención.....	24
2.4 Familia como unidad de trabajo del Lic. En Enfermería y Obstetricia.....	26
2.5 Teoría de cuidados transculturales (Madeleine Leininger).....	32
2.6 Cartilla Nacional de la mujer.....	33
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de investigación.....	34
3.2 Universo.....	34
3.3 Definición de la muestra.....	34
3.4 Criterios de selección de la muestra.....	34
3.5 Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	35
3.6 Proceso de investigación.....	35
3.7 Procesamiento estadístico de datos.....	35
3.8 Comprobación de hipótesis.....	35
3.9 Organización de la investigación.....	35
3.10 Instrumento de recolección de datos.....	36

IV. RESULTADOS

4.1 Descripción e interpretación de datos.....	40
4.2 Comprobación de Hipótesis.....	48
4.3 Cronograma de actividades.....	49
4.4 Conclusiones.....	50
4.5 Propuesta.....	52

V. REFERENCIAS

5.1 Bibliografía.....	57
Anexos.....	59

ÍNDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

Cuadro	Título	Pág.
No. 1	Edad de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San Luis Tlaxialtemalco	60
No. 2	Escolaridad de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San Luis Tlaxialtemalco	61
No. 3	Estado civil de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San Luis Tlaxialtemlaco.	62
No. 4	Ocupación de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San Luis Tlaxialtemalco.	63
No. 5	Religión de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San Luis Tlaxialtemalco.	64
No. 6	Ingreso mensual de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San Luis Tlaxialtemalco	65
No. 7	Respecto al servicio de salud de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San Luis Tlaxialtemalco.	66
No. 8	Educación igual a mujeres y hombres	67
No. 9	Enfoque de la información sobre educación a la salud	68
No. 10	Persona que atiende las necesidades personales de los miembros de la familia	69
No. 11	La familia restringe su libertad para su desarrollo personal	70
No. 12	La relación que llevan los miembros de la familia	71
No. 13	Quien determina la solución de los conflictos en la familia	72
No. 14	A quien recurre cuando alguien de la familia enferma	73
No. 15	Si acude al médico este pertenece al sector	74
No. 16	Cuántas veces hace uso de los servicios de salud	75

No. 17	El motivo por el que acude al médico es	76
No. 18	En sus embarazos tuvo problemas	77
No. 19	En caso de accidentes en el hogar usted	78
No. 20	Transmite a su familia sus costumbres respecto a la salud	79
No. 21	Su actitud ante la enfermedad	80
No. 22	Sabe que hacer en caso	81
No. 23	Sus creencias le permiten apoyar los hábitos de salud en sus hijos	82
No. 24	Es importante que su familia aprenda sus conocimientos sobre	83
No. 25	En decisiones de salud el apoyo moral que recibe de su pareja	84
No. 26	Cuántas horas le dedica al cuidado de su familia	85
No. 27	Brinda el mismo trato a sus hijos que hijas	86
No. 28	Persona que atiende las necesidades personales de los miembros de la familia	87
No. 29	Solución de los problemas de salud	88
No. 30	Sabe que hacer en caso de enfermedades Gastrointestinales (GEPIS)	89
No. 31	Sabe que hacer en caso de problemas dermatológicos	90
No. 32	Cuántas horas dedica al cuidado de la familia	91
No. 33	Es importante que su familia aprenda sus conocimientos sobre que hacer en enfermedades y vías respiratorias (IRAS)	92
No. 34	Cuántas veces acude a su servicio de salud	93
No. 35	Quien determina la solución de problemas	94
No. 36	Es importante que su familia aprenda sus conocimientos sobre que hacer en enfermedades gastrointestinales (GEPIS)	95

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo principal identificar la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia (LEO) así como en la identificación de factores para la educación de la mujer como agente de salud entre los 15 y 65 años en dos zonas geográficas diferentes como son: Xochimilco (centro) y San Luis Tlaxialtemalco en México DF.

La participación del LEO es determinante dadas las características de las poblaciones de estudio Xochimilco y San Luis Tlaxialtemalco para romper esquemas ancestrales y poder introducir nuevos conocimientos que permitan mejorar el nivel de salud de las mujeres y las familias de las que son responsables.

Por lo tanto el acercamiento a las mujeres en su nivel de comprensión permite transformar sus actitudes frente a los problemas de salud

De acuerdo con el objetivo en cuanto a definir la participación del Licenciado en enfermería y obstetricia en la identificación de factores para la educación de la mujer como agente de salud en Xochimilco y San Luis Tlaxialtemalco se encontró que las mujeres en estos lugares fuera del área metropolitana cursan con problemas sociales propios del contexto social actual.

El sexo considerado como base del género, porque según el sexo con que se nace se imponen atributos económicos, sociales, culturales y políticos, lo cual constituye el género. La primera instancia social donde se construye la identidad genérica, es la familia, ahí aprendemos que es ser femenina y masculino

Por lo que hasta antes de 1995 hablar de género en México era asunto solo de intelectuales, pero a raíz de la IV conferencia de la mujer en Beijing- China ha ganado mucho terreno dentro del ámbito Nacional e Internacional

Aun cuando la humanidad es mixta por naturaleza se nace hombre o mujer lo unico que los diferencia a uno del otro es el sexo, hecho meramente biológico que tiene que ver con el numero de cromosomas y la presencia de ovarios y testiculos

Habrà quienes sigan opinando que las mujeres por su propia naturaleza, son idoneas para cuidar a los hijos y realizar el trabajo domestico, otras con ideas reaccionarias, argumentan que las mujeres carecen de inteligencia y capacidad para realizar trabajos tradicionalmente desempeñados por el hombre

Por lo que la condición de la mujer es historica, ya que esta determinada por las relaciones de produccion, reproducción y por las demas relaciones vitales donde se encuentra inmersa, independientemente de su voluntad y conciencia

Por otra parte debemos reconocer que las mujeres se ven afectadas de manera importante en su salud emocional, sobre todo en lo que se refiere a la depresión, baja autoestima, neurosis, violencia, bulimia y anorexia.

En el desarrollo del país la inserción de la mujer en el ámbito económico pone de manifiesto la apertura en el sector educativo lo cual le permite desempeñarse con mayores conocimientos como agente de salud en el nivel primario de atención, papel socialmente aprendido que le toca desempeñar pero no es natural que le toque dado que la responsabilidad tanto de la organización del hogar como de la Salud de los hijos esta culturalmente a cargo de ella. Esto se ve reforzado por la misma actitud de las mujeres que delimitan la participación de las parejas en los asuntos antes mencionados.

Sin embargo a pesar de la situación laboral que duplica el rol de las mujeres, el Sector Salud ha considerado primordial la orientación en educación para la Salud como la medida esencial en la prevención de riesgos y delimitación de daños.

En la actualidad, no se justifica la división sexual dentro del trabajo, esta debe ser abolida y de esta manera permitir que la mujer se desenvuelva con toda libertad dentro del área laboral.

Por lo tanto para facilitar el análisis de la investigación se ha dividido en cuatro capítulos: En el primer capítulo se analizan los aspectos relacionados con la investigación como: el árbol del problema, delimitación del problema, descripción del problema, planteamiento del problema, objetivos, delimitación espacial, delimitación temporal, población de estudio, caracterización de la población, beneficiarios de la investigación, hipótesis de trabajo, variables, ejes conceptuales y operacionalización de variables.

En el segundo capítulo se presenta el Marco Teórico donde se describe La salud integral de la mujer, creencias, actitudes, conocimientos de la mujer y el trabajo, Atención Primaria a la Salud y La familia como unidad de trabajo del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, así como la teoría de los cuidados transculturales (Madeleine Leininger).

El tercer capítulo presenta la Metodología que incluye los siguientes apartados: tipo de investigación, universo, definición de la muestra, criterios de selección de la muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, proceso de investigación, procesamiento estadístico de datos, comprobación de hipótesis, organización de la investigación.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados, descripción e interpretación de datos, comprobación de hipótesis, conclusiones, propuesta, Bibliografía y anexos. Lo anterior por considerar de gran importancia para el conocimiento del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, el fomentar y educar a la mujer para prevenir riesgos en la salud, así como proporcionar orientación y apoyo educativo para conservar la salud en la familia.

JUSTIFICACIÓN

El Marco de referencia con el que contamos nos dice que la mujer se ha conceptualizado desde antaño como el eje fundamental de la salud familiar de quien depende el bienestar social, familiar, cultural y emocional

De ahí que surge el interés por conocer cual (es) factores condicionan el que la mujer tome a su cargo y bajo su responsabilidad, el papel como agente de salud en la familia postergando sus necesidades ante las de su familia restando importancia a la suya. Por lo anterior al conocer estos factores desde diferentes enfoques de las ciencias humanas y de comportamiento es posible fundamentar las acciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia (LEO)

El papel del LEO es importante en el proceso de aprendizaje de las mujeres, por lo que es necesario habilitarlas para que comprendan los mensajes de salud y se motiven a buscar su propio aprendizaje, en este sentido es necesario buscar otros canales para que pueda lograrse un procesamiento profundo y tenga congruencia la información recibida, con los conocimientos previos a situaciones de la vida cotidiana y pueda dejar las prácticas intuitivas del sentido común del ensayo y del error para lograr un cambio

En este sentido la Sociología analiza que toda causa genera un efecto que afecta a todo el grupo y esto determina los comportamientos de género en tanto que la Psicología fundamenta la interrelación de la mujer, en este caso con el núcleo familiar y esto a su vez va a influir en su comportamiento con respecto a la toma de decisiones

De este modo el Licenciado en Enfermería y Obstetricia (LEO) al conocer las pautas culturales heredadas de esquemas ancestrales es posible proponer cambios en el auto concepto de la mujer y la valoración de su papel como agente de salud de su familia y de la salud integral de sí misma, de tal modo que sirva de apoyo en la aplicación de los problemas de los programas prioritarios de salud y coadyuven en las medidas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades para elevar la calidad de vida y el nivel de su entorno familiar.

I:1 ÁRBOL DEL PROBLEMA

La mujer como agente de salud en el hogar

La educación básica también se hace extensiva en la mujer en los últimos 30 años.

- El acceso a la educación de la mujer ha sufrido modificaciones con el paso del tiempo, según las estadísticas la matrícula escolar ha ido en aumento y se observa que se han promovido políticas oficiales a nivel internacional en favor de la educación hacia el sexo femenino. En nuestro país se ha tratado de modificar esta situación pero aún las mujeres del campo no tienen acceso a la educación. Este cambio se ha dado ya que las necesidades del país se han modificado por lo que es necesario contar con mano de obra barata, con el mínimo grado de estudios para cubrir las necesidades reales del país

Ingreso de la mujer al campo laboral aunque con un salario menor.

- El ingreso de la mujer al campo laboral ha ido en aumento ya que ha sido necesario apoyar la economía familiar, lo que ha significado asumir doble rol ya que aunado al trabajo en el hogar ha tenido que conjuntarlo con el área laboral, enfrentándose a la marginación social establecida con anterioridad por la sociedad, lo cual se refleja en el bajo salario percibido, las dobles jornadas, segregación ocupacional, así como la recriminación familiar por el abandono del hogar, acoso sexual, desatención sindical, e inestabilidad laboral

La agresión en el trato a las madres solteras • Como hemos visto la preconcepción de la mujer es como parte de una familia nuclear, donde el hombre es la cabeza principal de la familia, una madre soltera rompe con los estereotipos sociales por lo que debe enfrentarse al rechazo familiar, social y encargarse de la educación, salud, manutención de su hijo, sin la ayuda de la sociedad. En la mayoría las mujeres embarazadas son adolescentes, lo cual las lleva a una mayor discriminación social, ya que no han dejado de ser niñas para convertirse en madres solteras, por lo que los hijos de madres solteras son tratados con discriminación

Existe discriminación legal para la mujer dentro del contexto social • Si, no se respeta la autodeterminación de las mujeres en asuntos de su persona y de la familia Como en casos de violación, aborto , acoso sexual y en aspectos donde la mujer tiene que solicitar una pensión alimenticia para sus hijos y para ella.

La mujer es la proveedora de cuidados en el 1er. nivel de atención a la salud • A la mujer por su sexo se le han asignado actividades que se creen propias de este, como es el cuidado de la salud de toda la familia, lo que ha llevado a contextualizarla como proveedora de cuidados en el 1er nivel de atención a la salud, ya que proporciona los primeros cuidados a la aparición de signos y síntomas de la enfermedad Haciendo uso de sus conocimientos empíricamente transmitidos por generaciones

Existe cobertura en los nuevos programas de salud integral para la mujer.

El acceso a estos programas se ve limitada en las comunidades rurales y urbanas donde más se requieren, aunado a la deficiente promoción y difusión de los programas ya que no llega a las mujeres

La mujer que trabaja tiene que cumplir doble rol tanto en la ciudad como en el campo.

- El ingreso de la mujer al campo laboral ha significado que asuma un doble rol de actividades ya que debe conjuntarlo con las actividades domésticas, con el fin de sobrevivir a sus roles como esposas, amas de casa, madres, cuidadoras de niños ya que tienen que asumir el rol de administradoras, proveedoras económicas y jefas del hogar y en la toma de decisiones.

La mujer se educa para complacer a los demás y olvidarse de sí misma.

- Tradicionalmente la mujer fue educada para satisfacer las necesidades de los demás, lo cual se refleja en la desatención de su salud. Todo esto a raíz de la educación que ha marcado su contexto social

1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- La mujer como proveedora de cuidados en el primer nivel de atención a la salud.
- Existe poca cobertura en los nuevos programas de Salud integral para la mujer.
- La educación básica se hace extensiva en la mujer en los últimos años.
- El ingreso de la mujer al campo laboral con salario menor.
- La mujer que trabaja tiene que cumplir doble rol tanto en el campo, como en la ciudad.

“La mujer como proveedora de cuidados en el primer nivel de atención a la salud aunque con poco acceso a los programas de salud integral para la mujer, tomando como base la educación que se ha hecho extensiva en los últimos años, lo cual le ha permitido el ingreso al campo laboral con menor remuneración económica y esto la ha llevado a cumplir con doble rol tanto en la ciudad como en el campo.”

1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A la mujer por su sexo se le han asignado actividades que se creen propias de este, como es el cuidado de la salud de la familia, lo que ha llevado a contextualizarla como proveedora de cuidados en el primer nivel de atención a la Salud ya que proporciona los primeros cuidados a la aparición de signos y síntomas de la enfermedad, haciendo uso de conocimientos empíricamente transmitidos por generaciones

Por otra parte existe poca cobertura de los Programas de salud Integral para la mujer debido a la poca promoción y difusión que se les da, por lo que no llega a toda la población femenina

En lo que se refiere al acceso a la educación de la mujer ha sufrido modificaciones con el paso del tiempo, según las estadísticas la matrícula escolar con respecto al sexo femenino ha ido en aumento y se observa que se han promovido políticas oficiales a nivel Internacional en favor de la educación hacia el sexo femenino. Sin embargo en algunos países se sigue considerando una inversión inútil invertir en la educación de la mujer ya que no es remunerable hacia la familia, en nuestro país se ha tratado de modificar esta situación aunque aun las mujeres del campo no tienen acceso a la educación. Este cambio se ha dado de acuerdo a las necesidades del país al contar con mano de obra barata con un mínimo grado de estudios lo cual es beneficioso para la economía del país aunque este no se tome en cuenta dentro de la economía nacional

Así el ingreso de la mujer al campo laboral ha sido necesario para apoyar la economía familiar lo cual ha significado asumir doble rol de actividades conjuntando la dinámica familiar con la laboral, con la necesidad de sobrevivir, enfrentándose a la marginación laboral, social establecida con anterioridad por la sociedad

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la identificación de factores que condicionan la educación de la mujer como agente de salud en Xochimilco (centro) y San Luis Tlaxialtemalco?

1.5 OBJETIVOS

General

- Definir la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la identificación de factores que condicionan la educación de la mujer como agente de salud en Xochimilco (centro) y San Luis Tlaxialtemalco

Específicos

- Identificar las creencias, conocimientos y actitudes de la mujer con respecto a la salud familiar e individual.
- Conocer el papel que asume la mujer con respecto a los cuidados que brinda a su familia.
- Identificar los cuidados que brinda la mujer a su familia con respecto a la salud.
- Definir las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la educación para la prevención de riesgo de la Salud de la mujer y el apoyo educativo para la salud de la familia.

1.6 DELIMITACIÓN ESPACIAL

- La investigación se realizó en la delegación de Xochimilco.

1.7 DELIMITACIÓN TEMPORAL

- Se realizó la investigación de Octubre a Marzo del 2002.

1.8 POBLACIÓN DE ESTUDIO

- Mujeres con hijos
- Mujeres de 15 – 65 años
- Mujeres que radiquen en las delegación antes mencionada

1.9 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

- En las mujeres se toman como variables: creencias, actitudes, conocimientos, ocupación, estado civil, religión, nivel socio económico, escolaridad
- En la familia: número de hijos, tipo de familia y relación familiar

1.10 BENEFICIARIOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los beneficiarios son los Licenciados en Enfermería y Obstetricia, así como las mujeres amas de casa que participan en la encuesta.

1.11 HIPOTESIS DE TRABAJO

La participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la identificación de las creencias, conocimientos y actitudes de la mujer y como determinan estos las acciones que toma con respecto a los programas de salud integral y el papel que asume en el cuidado de la salud familiar.

1.12 VARIABLES

V.D: Acciones que toma con respecto a los programas de Salud Integral y el papel que asume en el cuidado de la Salud Familiar.

V.I: Participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la identificación de Creencias, conocimientos y actitudes de la mujer

1.13 EJES CONCEPTUALES

Salud integral de la mujer: Conjunto de programas de prevención de riesgo de afecciones ginecoobstetricas u enfermedades infecciosas.

Creencias: Las creencias representan el conocimiento o información que se tiene acerca del mundo y en si mismas no brindan una evaluación, por lo que una creencia vincula un objeto con un atributo.¹

Conocimiento : Es un proceso por el cual se obtiene información del mundo mediante conceptos los cuales son producto del pensamiento, experiencias, recuerdos, lenguaje, raciocinio, lo cual nos permite resolver problemas, que involucra a los cinco sentidos.²

Actitud: una orientación aprendida o disposición hacia un objeto o situación, que proporciona una tendencia a responder de manera favorable o desfavorable hacia el objeto o la situación. (Rokeach, 1968).³

Es una disposición evaluativa hacia algún objeto. Es una evaluación de algo o alguien a lo largo de un continuo de agrado – desagrado, favorable – desfavorable (Zimbrado y Leippe, 1991) ⁴

Cuidados: En un sentido genérico se refiere a los actos de asistencia, apoyo, o facilitación hacia o para otro individuo, o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, para mejorar su condición humana o su modo de vida.⁵

Cuidados: El cuidado en Enfermería es un proceso mutuo entre las personas que lo reciben y la enfermera que responde a sus necesidades de atención con presencia genuina. Brindar cuidados a los demás está implícito en nuestra condición de ser humano. Por lo tanto no es un concepto exclusivo de la enfermería, pero si exclusivo en esta profesión. Todas las actividades de enfermería emanan del compromiso de cuidar de una persona y crea respeto por condición espacial y propia de cada una.⁶

Familia: Grupo de personas relacionadas por la sangre o matrimonio en especial marido, mujer e hijos.⁷

Es una unidad social universal, el único fenómeno social que con justicia puede denominarse natural.

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso

¹ D. GROSS Richard *Psicología de la mente y la conducta* 2ª ed ED. Manual Moderno, México DF 1966 Pp 458.

² MILLER – KEANE. *Diccionario enciclopédico de enfermería* 5ª ed- ED Panamericana 1966 pp 296

³ Idem P. 457 (1)

⁴ Idem P. 457 (1)

⁵ MARRINER Ann *Modelos y teorías de enfermería* 1ª ed ED Roi S.A. España 1989 P 125

⁶ Idem P. 296 (2)

⁷ Idem P. 296 (2)

Familia: es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana, la cual asume muchas experiencias. A través del tiempo ha permanecido igual, y sin embargo nunca ha permanecido igual. La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de un incesante proceso de evolución: la forma de vida domina en un lugar y tiempo dados⁸

Genero: se entiende como una red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que a través de un proceso de construcción social diferencia a los hombres de las mujeres.

⁸ GOMEZ, Jera Francisco A. *Sociología*. ED. Porra Méjico 1985. pp. 103-115.

1.14 Operacionalización

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Escala
Creencias de la mujer	La relación de un objeto con el atributo, conocimiento o información que se tiene acerca del mundo dado por la experiencia	Cultural	Ordinal
Nivel Académico	Proceso de formación de conceptos a través del pensamiento, que ayuda a resolver problemas	Saber Medico	Nominal
Actitudes	Orientación aprendida o disposición para actuar ante el objeto o situación	Valor de la Salud	Ordinal
Acciones en el programa Integral de la mujer	Conjunto de programas de prevención de riesgo y afecciones ginecoobstétricas y enfermedades infecciosas	Frecuencia	Ordinal
El cuidado de la Salud Familiar	Apoyo a los miembros de la familia en acciones de prevención de riesgo	Agente de cuidados	Nominal

1.14 Operacionalización de las Variables

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Escala	Categoría	Indicadores	Pregunta
Creencias de la mujer	La relación de un objeto con el atributo, conocimiento o información que se tiene acerca del mundo dado por la experiencia	Cultural	Ordinal	Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca	Como intervienen en la Salud la: Religión Costumbres Uso de la medicina alternativa Automedicación	20, 23, 19.
Nivel Académico	Proceso de formación de conceptos a través del pensamiento, que ayuda a resolver problemas	Saber Medico	Nominal	Medidas Terapéuticas Primeros Auxilios	Estudios: Primaria Secundaria Preparatoria Carrera Técnica Licenciatura	2
Actitudes	Orientación aprendida o disposición para actuar ante el objeto o situación	Valor de la Salud	Ordinal	Indiferente Pasiva Agresiva Positiva	Comportamiento ante: Afecciones Respiratorias Digestivas Urinarias e Infecciosas	21, 22
Acciones en el programa Integral de la mujer	Conjunto de programas de prevención de riesgo y afecciones ginecoobstétricas y enfermedades infecciosas	Frecuencia	Ordinal	1-2 veces al mes Cada 6 meses 1 vez al año Cuando necesita consulta	Problema por el que acude: Afecciones Genitourinarias Inmunizaciones DOC Control prenatal	17
El cuidado de la Salud Familiar	Apoyo a los miembros de la familia en acciones de prevención de riesgo.	Agente de cuidados	Nominal	Si No	Acciones que toma en el primer nivel de atención en enfermedades diarreicas, respiratorias, intoxicaciones, quemaduras, etc.	11,14,24,26.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Salud integral de la mujer

La salud de la mujer es una síntesis de la biología propia de su sexo y del lugar que la sociedad le asigna en un determinado contexto, histórico, social y cultural. Todo ello conforma el concepto de género que no solo se refiere al sexo biológico sino también a conductas, expectativas y roles atribuidos a hombres y mujeres por la sociedad. Los condicionantes biológicos corresponden a la anatomía y fisiología de la mujer, es decir a la presencia de órganos y tejidos únicos y diferentes a los del sexo masculino y a las funciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Por lo que concierne a los condicionantes sociales y culturales se relacionan con las oportunidades de la mujer de acceder a la educación, alimentación y los servicios de salud, a la aportación monetaria de la mujer al ingreso familiar, a su carga de trabajo y al poder de decisión en la familia y la sociedad.

Algunos otros comportamientos relacionados con el género asignado a la mujer nos habla de las funciones protectoras para la salud como la atención de primer nivel a los primeros síntomas de enfermedad, así como del rol de la mujer dentro de los factores biológicos y socioculturales estrechamente relacionados, todo ello conforma el perfil de la salud de la mujer.

La salud de la mujer se identifica en tres niveles dentro del proceso salud enfermedad: los determinantes subyacentes, los cuales se refieren básicamente a las condiciones biológicas y sociales que rodean a las mujeres. Los determinantes próximos se refieren a los factores de riesgo que influyen en la salud de las mujeres.

Los siguientes factores nos hablan del proceso salud enfermedad en las mujeres:

Determinantes subyacentes	Determinantes próximos	Resultados
Factores biológicos	Estado de nutrición	Mortalidad
Mortalidad masculina y femenina	Utilización de servicios de salud	Morbilidad
Esperanza de vida	Patrones reproductivos	Invalidez
Factores socioculturales Valor asignado a hombres y mujeres	Hábitos	

Existen profundas desigualdades entre hombres y mujeres en cualquiera de estos niveles, así como entre las mujeres de diferentes grupos sociales.⁹
Determinantes Subyacentes

⁹ El trabajo formó una jornada de 24 horas. Memorias del foro mujer y trabajo 28 - 29 de Junio 1999, 215 pp.

- Factores biológicos

Biológicamente los fetos y recién nacidos masculinos son más vulnerables ante la enfermedad y la muerte que los femeninos estas diferencias se compensan con una razón entre los sexos al nacimiento de 105-106 recién nacidos vivos hombres por cada cien mujeres. Por lo que las ventajas genéticas del sexo femenino se estudian en base a la morbilidad en los primeros años de vida, donde la mortalidad entre mujeres y hombres menores de cinco años es de 0.75 en los países subdesarrollados la mortalidad entre mujeres y hombres se reduce a 0.95.

La esperanza de vida expresa el número de años que un recién nacido vivirá si los patrones de mortalidad de la población se mantiene constante. En los países donde las condiciones nutricionales, sanitarias y sociales son adecuadas, las mujeres presentan una esperanza de vida mayor a la de los hombres.

En México la expectativa de vida estimada para el quinquenio 1995 - 2000 es de 73 años para las mujeres y 75 años para el hombre. La esperanza de vida en el sexo femenino se presume que se debe a una ventaja biológica y a estilos de vida protectores como la menor exposición a la violencia, aunque no hay que perder de vista que son víctimas de violencia física y verbal en el hogar.

En la actualidad el acceso de las mujeres a actividades similares a las de los hombres ha favorecido en ellas el consumo de tabaco, alcohol, lo cual las ha expuesto a la violencia fuera del hogar esto repercute en el estado de salud de la mujer.

Las diferencias de mortalidad durante la infancia y la esperanza de vida señalan que la mujer biológicamente cuenta con mayores probabilidades de sobrevivir por más tiempo que el hombre.

- Factores socioculturales Discriminación de la mujer

Al hablar de ventajas biológicas suponemos que cuando los indicadores de salud del sexo femenino son peores a los de los hombres, se deben a factores no biológicos es decir, a circunstancias socioeconómicas, culturales y a patrones conductuales que prevalecen en la mujer, factores que tienen origen en el valor que se asigna a los individuos de sexo femenino y masculino en la sociedad y en el trato discriminatorio por género.

El valor que la familia y comunidad asignan a la mujer es menor al que se da al hombre, esta diferencia se manifiesta en la preferencia por los hijos varones, la devaluación de las niñas se expresa en diversas formas. Por lo que la falta de educación coloca a la mujer en un bajo status social, ignorancia sobre sus derechos, acceso restringido en el mercado laboral y este se manifiesta en la baja autoestima de la mujer.

De igual modo la educación (baja escolaridad) determina que los problemas de salud de la mujer y sus hijos sean reconocidos tardíamente e inapropiadamente atendidos.

En México al comparar la escolaridad promedio entre hombres y mujeres de diversos status social, persiste aún la ventaja para los hombres entre los 20 y 44 años (la escolaridad promedio hombres / mujeres se mueve en un rango de 1.16 y 1.03) en los jóvenes ha desaparecido ya que la relación es de 1.00 entre los 15 y 19 años, estos datos reflejan enormes desigualdades, por lo que en México no se alcanza el 80% de la educación a nivel Nacional.

Desigualdad social

Las diferencias del sexo biológico y la discriminación hacia la mujer alcanza dimensiones variables en los distintos grupos sociales. En el terreno de la salud, la inequidad que se observa entre individuos de diferente nivel socioeconómico se expresa claramente en la vulnerabilidad frente a la enfermedad y en el acceso a los servicios de Salud

- Determinantes próximos

Las condiciones biológicas y socioculturales configuran los factores subyacentes a la salud de la mujer, que hemos denominado determinantes próximos los cuales son el estado de nutrición, la utilización de servicios, los patrones reproductivos y los hábitos relevantes para la salud; el análisis de estos elementos nos proporcionan información para identificar algunos de los riesgos o elementos protectores más importantes para la salud de la mujer en México.

Estado de Nutrición

El estado de nutrición es esencial como elemento pronostico para la salud de los niños y las mujeres, la desnutrición intrauterina determina el bajo peso del niño al nacer, factor de riesgo importante durante la etapa neonatal

La discriminación hacia la mujer se expresa en el estado de nutrición de las niñas y en las mujeres adultas, en los países en desarrollo se observa que los niños reciben mejores dietas y una cantidad de alimento mejor que sus hermanas, las consecuencias de esta discriminación son la desnutrición y el retardo en el crecimiento de las niñas

En México la encuesta nacional de nutrición realizada en 1998, ofrece datos representativos sobre la población del país, el estado de nutrición en la infancia se puede evaluar con parámetros de crecimiento (peso y talla). La talla baja para la edad es indicador de desnutrición crónica, parámetro adecuado para evaluar discriminación en términos de alimentación, se observa que la proporción de niños que se encuentran por debajo de dos desviaciones estándar es prácticamente idéntica en ambos géneros por lo que en México los niños y niñas se encuentran en términos semejantes de nutrición y no existen evidencias para pensar en una discriminación en contra del sexo femenino

En la edad adulta el estado nutricional de las mujeres puede explorarse a través de la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro. La anemia ferropénica reduce la capacidad de trabajo.

produce fatiga, e incrementa el riesgo de muerte cuando se produce una hemorragia durante el parto. Esta condición es común en las mujeres, ya sea por la discriminación en el acceso a alimentos o por el efecto combinado de ciertas condiciones biológicas del sexo femenino como las menstruaciones. Así mismo las parasitosis son otro factor que contribuye a una elevada prevalencia de anemia en el sexo femenino, la anemia es tres veces mas frecuente en mujeres que en hombres.

En México la anemia como causa de muerte ocupa la tasa mayor en el sexo femenino entre los 15 y 45 años y principalmente en las poblaciones rurales, esta información sirve de indicador de la magnitud del problema.

Utilización a los servicios de Salud

La falta de atención, o la atención de mala calidad, tiene profundas implicaciones para la salud de la mujer y su familia. En México, para explorar diferencias por genero se buscan las asociaciones en la utilización de los servicios de salud en la población de 0- 4 años en relación con problemas de salud como caídas, diarreas, infecciones respiratorias agudas y bronquitis, observándose un patrón desfavorable para el sexo masculino. Al estratificar a la población según nivel socioeconómico se verifica que los servicios de salud a favor de las niñas es más frecuente en los grupos clasificados como "no pobres" en edades posteriores se verifica que la utilización de servicios de salud reproductiva es un buen indicador del nivel socioeconómico, comparado con las usuarias de métodos anticonceptivos según estrato social, se encuentra entre aquellas clasificadas como "pobres extremas" el porcentaje de nunca usuarias ascendía a más del 60%, la proporción correspondiente en las no pobres fue de solo 38.4%, y en el estrato intermedio (pobres) las que no accedieron a la planificación familiar representaba el 52%. El patrón se repite cuando se clasifica a las mujeres según otros indicadores del nivel socioeconómico como son: la escolaridad, el tipo de localidad de procedencia

Patrones reproductivos

Reflejan los valores que prevalecen en cada cultura en relación con la reproducción y el acceso de las mujeres a las tecnologías anticonceptivas. Las sociedades tradicionales se caracterizan por una elevada fecundidad, intervalos inter genésicos cortos y reproducción en edades extremas con un mayor riesgo de morbilidad para madres e hijos, el número de hijos promedios por una mujer en diversas regiones del mundo, se hace patente con el desarrollo socioeconómico. En nuestro país la Encuesta Nacional de fecundidad y Salud aporta información sobre la distribución de patrones reproductivos por grupo social donde se integra la edad de la madre, la paridad, la velocidad reproductiva (número de hijos / tiempo)

Encontrándose que las madres de 20 a 30 años, con primeros nacimientos, o subsecuentes con velocidad lenta, están representadas en los estratos socioeconómicos más altos. Las madres del mismo grupo de edad, con velocidades reproductivas medias o rápidas y mayores de 35 años corresponden a los estratos sociales más desfavorecidos

Hábitos relevantes para la salud: Tabaquismo, consumo de alcohol y drogas.

El consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y drogas es un fuerte determinante de perfiles y niveles de morbimortalidad. Por su relación con el género y sus importantes efectos sobre la salud, estos hábitos se consideran como determinantes próximos de la salud de la mujer.

El consumo de tabaco, alcohol y drogas en el mundo es mayor en los hombres que en las mujeres, sin embargo existe una tendencia hacia el incremento del tabaquismo y a una disminución en las diferencias entre los géneros. Este fenómeno se está reflejando en las tasas de morbilidad y mortalidad por padecimientos asociados con el hábito de fumar principalmente el cáncer de pulmón, cuya frecuencia en mujeres ha aumentado en las últimas décadas.

La Encuesta Nacional de Adicciones muestra que en México los hombres están más expuestos al consumo de drogas, a la dependencia del alcohol y al hábito del tabaco, la población de ambos géneros que fuma diariamente presenta proporciones semejantes la mayoría de las mujeres consume menos de 5 cigarrillos al día, en contraste con los hombres que fuman una cantidad mayor.

Con respecto al consumo de alcohol, las diferencias entre los géneros son aún más marcadas: antes de los 17 años, 32% de los hombres y 27 % de las mujeres declaran haber consumido alcohol una o más veces al año; en edades posteriores la proporción de bebedores en el sexo masculino es del 73% y 37% en el femenino.

En cuanto a las drogas los patrones diferenciales por género se repiten, y la diferencia en exposición varía con la edad, las mujeres son más propensas al consumo de narcóticos, sedantes y otros agentes depresores, los hombres, en cambio utilizan en mayor cantidad los inhalables y los derivados opiáceos.

El ciclo vital de la mujer, consta de tres etapas: la infancia, la edad reproductiva y los años post-reproductivos.

En la infancia las causas de mortalidad de 0-4 años de edad se asocian con una nutrición pobre y a un acceso deficiente a los servicios de salud preventivos o curativos. Siendo las principales patologías de morbimortalidad:

- Las afecciones del periodo perinatal
- IRAS (infecciones de vías respiratorias altas y bajas)
- GEPIS (gastroenteritis probablemente infecciosa)
- Anomalías congénitas
- Desnutrición proteico-calórica

Causas de mortalidad en la mujer en edad reproductiva:

- Neoplasmas
- Patologías cardiovasculares
- Accidentes
- Problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio
- Violencia física

Causas de mortalidad en la mujer en edad pos-reproductiva:

- Enfermedades Cardiovasculares
- Neoplasmas Ginecológicas
- Diabetes

El interés de salud por la mujer es reciente por lo que es importante destacar el reconocimiento de las Naciones Unidas del inicio de la década de la mujer a partir de 1976, y la iniciativa para una maternidad sin riesgos lanzada en 1987.

Hasta antes de ello la mujer era concebida como un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil. Al comienzo de la década de los setenta, se reconoce la necesidad ética y práctica de ofrecer los medios para mejorar la salud de los niños y aumentar sus oportunidades de sobre vivencia, como objetivo y como condición indispensable para aumentar la aceptación de los métodos de planificación familiar.

De allí surgen los términos, conceptos y programas de salud materno infantil y sobre vivencia en la infancia, dentro del programa salud infantil se abarcan todos los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio y las condiciones de salud del niño pequeño, pero este se limita al niño menor de 5 años, su alcance es limitado ya que se dirige a mujeres embarazadas o con intenciones abiertas por ser madres y ofrece poco o ningún servicio para la mujer fuera de su función reproductiva y en cambio demandan de ella tiempo, recursos financieros y habilidades específicas.

En 1987 los programas materno infantil hacen énfasis en la salud de la mujer cuyo objetivo principal es disminuir la morbilidad materna originada por las enfermedades propias del embarazo, parto y puerperio, así como los efectos secundarios de los métodos de planificación familiar, cuenta con un gran valor ya que saca a la luz el inaceptable problema de la mortalidad materna, al derecho de atención obstétrica universal y de calidad, así como la prevención y detección oportuna de complicaciones, como un derecho de todas las mujeres y una obligación de los servicios de salud, pero igual, cuenta con limitantes ya que se ubica única y exclusivamente a mujeres que desean ser madres o están embarazadas y solo indirectamente toca otros problemas reproductivos.

Todos los cambios sociodemográficos hicieron notar que todos los programas antes planteados contaban con una perspectiva estrecha para tratar todos los problemas relacionados con la

reproducción humana. En la actualidad una familia pequeña se ha convertido en una prioridad para las mujeres y por consiguiente la planificación familiar se ha vuelto un elemento más de la vida cotidiana. Igualmente las mujeres exigen el derecho de recibir atención para todas sus necesidades de salud, y no solo para aquellas vinculadas directamente con la maternidad.

Hablar de salud reproductiva se define como: el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relativos a la reproducción. Esta definición implica la capacidad para reproducirse, tener un embarazo y parto seguro.

Pero también se refiere a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgo, y escoger el método más conveniente de manera libre e informada y el derecho de tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedades

Recientemente se ha planteado "Salud de la mujer" donde se incluyen además de los problemas de reproducción, problemas propios de la mujer en etapas del ciclo vital previas y posteriores a la edad reproductiva y los asociados con el contexto social del trabajo y el envejecimiento, por lo que el contexto integral de la mujer rebasa al de salud reproductiva para extenderse a los problemas durante todas las etapas en su vida. Por lo que la atención integral de la salud de la mujer además de ser un objetivo humanitario es una inversión para el crecimiento económico de la familia y la sociedad.¹⁰

2.2 Creencias, actitudes y conocimientos de la mujer

En el mundo existen maneras tradicionales de enfrentar los fenómenos relacionados con la conservación y el fomento de la salud y el bienestar, así como la prevención y el tratamiento de la enfermedad que incluyen dimensiones cognitivas y sociales

- Dimensión cognitiva: valores y creencias que sirven como mapas o planos del comportamiento de búsqueda de la salud de las personas
- Incluye conceptos de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y curación de las enfermedades
- Se desarrolla a partir de la visión que los individuos tienen del mundo y sus experiencias con la salud y la enfermedad
- En la mayor parte de los casos se basa en una visión científica, mágica religiosa u holística del mundo o en elementos de varias visiones del mundo
- Dimensión social organización del suministro de atención de la salud y los comportamientos de búsqueda de la salud
- Incluye conceptos de funciones y conductas sobre la salud de pacientes y familiares, enfermeras y otras personas que participan en la atención de esta

¹⁰ JOHAN Lockman, M.A. R.N. *Cuidado de Enfermería*. Ed. McGraw - Hill Interamericana. Vol. 1 México DF 2000. 958 pp.

- o Los pacientes obtienen ayuda y conocimientos del sector de salud popular, tradicional o profesional o de una combinación de ambas.

Curanderos tradicionales

“Los curanderos tradicionales se especializan en formas de curación características de la etnomedicina. No forman parte del sector popular ni del profesional; emplean formas de curación seculares, sagradas o ambas.”

La curación secular: es el empleo de medios orgánicos y técnicos para tratar afecciones debidas a causas naturales, entre los curanderos seculares se incluyen yerberos, hueseros, personas que inyectan, comadronas y sacamuélas

Curación sagrada: es el empleo de métodos no orgánicos para tratar afecciones derivadas a causas sobre naturales y naturales

Los métodos de curación no orgánicos:

Son prácticas semimísticas y religiosas empleadas para influir en la mente y la fe del individuo, sus medios incluyen amuletos, cantos, oraciones, ritos e información obtenida de la interpretación de presagios y signos

Los hechiceros, chamanes, espiritistas, médium y los adivinadores son curanderos sagrados. Muchos curanderos tradicionales combinan métodos de curación seculares y sagrados

Los curanderos tradicionales tienen un enfoque holista de la curación, atienden todos los aspectos de las relaciones del paciente en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Estas relaciones incluyen el mundo social, el ambiente, y el sobre natural

Una perturbación en cualquier aspecto de la vida, que al paciente puede causar signos o síntomas físicos o emocionales

Para el diagnóstico se requiere de dos pasos

- Indagación sobre la vida social reciente de la persona y su comportamiento
- Alguna forma de adivinación para determinar cualquier causa sobre natural subyacente y la dirección del tratamiento

El tratamiento se dirige a todos los aspectos de la vida del paciente que están perturbados, como:

- Resolución de conflictos interpersonales
- Prescripción de medicamentos, dietas especiales o actividades en caso de signos y síntomas.

- Explicaciones y tratamientos rituales para aliviar sentimientos de culpa vergüenza, ira y depresión
- Realización de rituales para resolver problemas entre el paciente y lo sobre natural.
- Las creencias y prácticas de la cultura de la salud varían mucho no solo entre los miembros de un grupo subcultural dado, sino también entre grupos. Son ejemplos de los factores que varían dentro de un grupo: Estatus socioeconómico, raza, edad, género, nivel educativo, creencias y prácticas religiosas.

La familia desempeña una función clave en todos los aspectos de la salud. Por lo que el mundo se ve desde un punto de vista holístico, lo cual constituye la base de las creencias y prácticas culturales de la salud.

Creencias y prácticas tradicionales acerca de la salud

Mal de Ojo

Signos y síntomas: Fiebre, vomito, diarrea, anorexia, llanto, pérdida de peso, apatía.

Causas: Envidia de otros, admiración de un niño, envidia de un niño, haciendo que la sangre se caliente o hierva en el cuerpo, ocasionando signos y síntomas.

Prevención: Usar amuletos, tocar al niño diciendo "Dios te bendiga "

Tratamiento: Consultar a la familia, al espiritista o a los curanderos

Enfermedades o estados de calor

Signos y síntomas: Estreñimiento, diarrea, mal de garganta, úlceras embarazo

Causas: El cuerpo se conserva en un estado de Calor, provocando estos malestares.

Prevención: Recurrir a auto cuidados familiares, Hierberos, Partera y curanderos.

Tratamiento: Tomar alimentos, fármacos, hierbas, y líquidos fríos o frescos, evitar sobrecalentarse

Enfermedades o estados de Frio

Signos y síntomas: Artritis o dolores articulares, resfriados, periodo menstrual, cólico, posparto.

Causas: El cuerpo se encuentra en un estado frío

Prevención: Recurrir a cuidados familiares, de partera y curanderos

Tratamiento: Tomar alimentos, fármacos, hierbas y líquidos calientes o tibios, evitar corrientes de aire y resfriarse

Empacho

Signos y síntomas: Anorexia, diarrea, fiebre, náusea, vómito

Causas: brujería, una bola del alimento no digerido en el estómago u otra parte del aparato digestivo, comer en exceso, y mentir sobre la cantidad ingerida

Prevención y tratamiento: Recurrir a un espiritista o espiritualista para que realicen la contra magia, recurrir a la familia, hierberos, sobadores, o curanderos, utilizar oración, hierbas y masaje vigoroso en la espalda y estomago hasta que se escuche un chasquido intenso.

Dislocación de Órganos Internos

Signos y síntomas: Caída de mollera, llanto, deshidratación, depresión de la fontanela anterior, diarrea, dificultad para mamar, fiebre, ojos hundidos, vomito

Causas: Extracción rápida del pezón de la boca del lactante, lo cual deprime el paladar blando, caída de cabeza, no cubrir la cabeza del lactante, el médico o la enfermera tocan la cabeza del lactante durante el examen físico al medir la circunferencia cefálica.

Prevención y Tratamiento Recurrir a la familia o un curandero, aplicar presión ascendente en el paladar blando, estimular el reflejo de succión, dar agua a cucharadas, sostener al lactante cabeza abajo sobre un cubo de agua caliente o tibia

Problemas Gripales que se hacen Crónicos

Signos y síntomas Dolor de espalda, calambres torácicos, dolor de oído, cólicos, menstruación dolorosa, exposición del cuerpo sobrecalentado a aire , viento, aguas frías, también puede deberse a una causa sobrenatural cuando esencias o emanaciones de determinados objetos que afectan a la persona. Las emanaciones pueden proceder de personas, animales, muertos, lugares y cuerpos celestes

Prevención: Cuidarse a si mismo, consultar a la familia, curanderos, espintista

Tratamiento: Consumir hierbas, alimentos a temperatura apropiada, usar amuletos o medallas religiosas.

Por todo lo anterior las madres de familia son el punto central donde se conjunta operativamente los recursos para la salud y la enfermedad, al mismo tiempo su función de curadoras reúne la prescripción y normatividad medica, así como la aplicación particular de esa prescripción y los recursos caseros tradicionales, aprendidos empíricamente y / o magico religiosos provenientes de diversos ámbitos de la vida

Las curadoras populares y las madres de familia, son quienes vinculan y sintetizan la eficacia y la practica de la medicina tradicional

La desigualdad social que actualmente se vive hace que se continúe practicando la medicina tradicional dentro de las comunidades rurales en especial en los grupos etnicos que no hablan el mismo lenguaje que el personal de salud

La Medicina popular de estos grupos es buena, solo que algunas veces no es suficiente como tratamiento, por lo que se requiere que las politicas estatales participen activamente para evitar los altos indices de mortalidad de estos grupos

- Actitudes

Según James O. Wittaker, la actitud es una predisposición o inclinación para responder de un modo predeterminado a los estímulos relativos.

Así mismo, Enrique Cerda dice que las actitudes son el resultado de aprendizajes realizados al responder a los estímulos, y se manifiestan bajo la forma de tendencias positivas o negativas hacia objetos, personas o situaciones.

De igual manera, para Smith Ronald E. la actitud es una organización bastante estable de las opiniones, sentimientos y conductas de un individuo ante los demás, ante las situaciones o los objetos.

De acuerdo con Phillip G. Cimbrado, la actitud es una tendencia aprendida para responder, es una forma evaluativa, a las personas, conceptos y hechos. Las actitudes comprenden creencias, sentimientos y tendencias de acción.

Gloria Novel Marti menciona que la actitud es la organización de los sentimientos, creencias y los valores, así como la predisposición de una persona para comportarse de una manera dada.

No obstante, David Karz menciona que la actitud es un estado psíquico y neurológico, organizado por la experiencia individual, y que tiene la influencia directa o dinámica sobre la manera de reaccionar del individuo ante aquellos objetos o situaciones a las que se refiere la actitud.

Sin embargo, Floyd L. Ruch dice que las actitudes son constructor hipotético que supuestamente se adquiere a través de la experiencia y comprende un conjunto de convicciones y efectos concernientes a cierta clase de persona, acontecimiento o acciones.

Para Joan J. Kyes, las actitudes son tendencias bastante complejas. De la misma forma Charles G. Morris dice que las actitudes son una organización bastante estable de creencias, sentimientos y tendencias conductuales dirigidas a un grupo, objeto o persona.

El Dr. Charles K. Holfing dice que la actitud es una posición y modo físico y emocional al respecto a otra persona, cosa o situación. Terapéutica de las actitudes, método de tratamiento que utiliza las actitudes asumidas por el personal, calculadas para ejercer efectos favorables sobre el paciente.¹¹

Por todo lo anterior para el personal de salud las actitudes son el resultado de experiencias aprendidas donde se manifiestan opiniones, sentimientos y conductas, dirigidas a personas, cosas o algunas situaciones, estas pueden ser positivas como el amor, la comprensión, el apoyo, la ternura, la simpatía, la amistad y la paciencia, o negativas como el miedo, el rechazo, la apatía, la tristeza, la indiferencia o la impotencia.

¹¹ HILDEGAR, E. *Relaciones interpersonales en enfermería*. E.D. Salvat, Madrid, 1995 p.232.

◆ Actitud

Una actitud es un matiz de sentimiento dirigido hacia una persona, un objeto o una idea. Las actitudes poseen elementos importantes como son: cogniciones, creencias, sentimientos y tendencias a comportarse de ciertas maneras. Las actitudes tienen componentes conductuales, cognoscitivos.

"La actitud es un estado mental y neural de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa o dinámica en la reacción del individuo ante todos los objetos y situaciones con que se encuentra relacionado, connota un estado neuropsíquico y de disposición para aprender una actividad mental y física"¹²

Las actitudes son aprendidas y bastante persistentes, se quedan con el individuo durante mucho o poco tiempo. En las actitudes de las mujeres en edad reproductiva entre 15 y 49 años y con hijos se requiere un grado de conciencia muy alto y aunque ellas también tienen errores, se deben enfrentar a la salud y la enfermedad tanto de ellas como de su familia

◆ La formación de actitudes presentan cuatro condiciones comunes:

- a) Acrecentamiento de experiencia
- b) Individualización (experiencias adicionales)
- c) Experiencia dramática o trauma
- d) Imitación de padres, maestros y compañeros

Las actitudes del personal de salud están basadas en un conocimiento racional y de datos concretos, el factor más influyente en la conducta es la actitud, así como los hechos y experiencias individuales

- Algunos aspectos de las actitudes positivas del personal de salud con los pacientes son:
 - Sentido humanitario, bondad, paciencia, por el contrario, a esto existen también actitudes negativas como la indiferencia, el maltrato e irritabilidad.

Los ideales y los sentimientos son elementos importantes de motivación de la conducta. Estas actitudes generalizadas se reflejan en situaciones específicas a las que el individuo responde, pero este no se da cuenta de cómo su conducta se ha desarrollado

Sin embargo, para Luverne Lewis Wolf las actitudes y los valores personales guardan una relación estrecha con la calidad de los cuidados prodigados por el personal de salud

¹² DAVIDOFF Linda, *Psicología Teoría y Práctica*, ED. McGraw-Hill Interamericana, México 1995 p 662.

Educación

“ Es la acción de desarrollar las facultades físicas, intelectuales y morales del individuo y el proceso de inculcar la cultura a los miembros de la sociedad, siendo la esencia de la educación inculcar a un individuo, el acervo mental de otro ”¹³

Según Paulo Freyre : el proceso educativo no consiste en transmitir y adquirir pasiva mente conocimientos e información sino llegar a ser críticamente conscientes de la realidad personal de tal forma que se logre actuar eficazmente sobre ella y sobre el mundo

Por lo que la educación es posible cuando en esta se establecen objetivos y metas en función del hombre social y dentro del contexto económico, político, social y cultural.

Por lo que reconociendo las condiciones sociales diferentes en las que viven mujeres y hombres las cuales repercuten en un acceso desigual a la educación y a sus beneficios, se reconoce la necesidad de contar con información confiable sobre la situación educativa de mujeres y hombres en todos los niveles y modalidades del sistema educativo nacional.

Las mujeres que carecen de instrucción formal, se debe a la mayor exclusión educativa que sufrieron las mujeres de generaciones pasadas Por lo que la marcada reducción en los porcentajes de la población femenina de 15 años y más que carecen de educación formal así como las diferencias por sexo continúan en contra de ellas

Uno de los indicadores básicos que permite medir el grado de desarrollo social de un país, es el grado de escolaridad alcanzada por su población El promedio de escolaridad de la población de 15 años se incremento a más del doble en los últimos años

En 1970 la población masculina de 15 años y más tenía un promedio de escolaridad equivalente a casi 4 años de educación primaria en tanto que las mujeres contaban con solo 3 años en promedio de escolaridad Para 1990 el promedio de educación se duplico tanto para los hombres como para las mujeres al incrementarse a 6.9 años y 6.3 respectivamente En el año 2000 el promedio de escolaridad para los varones se incrementa a 7.8 años es decir casi el segundo año de la educación secundaria y para las mujeres 7.3 años

La asistencia escolar es fundamental para apoyar el desarrollo personal, familiar y social de la población particularmente la asistencia a la educación básica que comprende preescolar, primaria y secundaria

Entre 1970 y el 2000 el porcentaje de asistencia de las niñas se incremento en 28.5 puntos porcentuales mientras que el correspondiente a los niños 26.8 puntos porcentuales lo que significa que la brecha entre ambos sexos se ha reducido considerablemente, sin embargo en el año 2000 más niños van a la escuela (9.3 millones), mientras que en niñas solo acuden (9.1 millones) considerando las estadísticas que nos dicen que el sexo femenino es mayor en

¹³ DAVIDOFF Linda. *Psicología Teoría y Práctica*. ED. McGraw-Hill Interamericana, México 1995 p. 682

comparación con el sexo masculino, por lo que se deduce que aún existen millones de niñas que no acuden a la escuela por diferentes motivos (pobreza extrema, área geográfica, etc.)

En los últimos años el acceso de las mujeres y hombres al sistema educativo mexicano a experimentado importantes avances. Por un lado el incremento de la oferta educativa ha posibilitado la ampliación de la cobertura educativa en el país; por otro lado la demanda de una mayor calificación de la mano de obra para participar en el mercado laboral, ha propiciado que las familias de las generaciones más recientes busquen elevar el nivel educativo de sus hijas e hijos.

La población mayor de 14 años sin instrucción disminuyó en los últimos 27 años cerca de dos terceras partes, y la que solo cuenta con primaria incompleta decreció en alrededor de 50%. Lo cual hace notorio que a pesar de los cambios que ha sufrido el nivel educativo se sigue teniendo una deficiente cobertura en la población a nivel nacional con respecto a la educación.¹⁴

La mujer y el trabajo

El trabajo es otro terreno donde la discriminación se marca en la mujer, por lo que se ve en la necesidad de acceder a actividades extra domésticas desde temprana edad, además de realizar actividades en el campo, todas estas actividades sumadas a una deficiente nutrición y a un acceso tardío a los servicios de salud que repercuten en ella.

Además de las tareas que desempeña, como responsable de la reproducción, de la vida cotidiana en el hogar, actividades que no son consideradas como trabajo. Por lo que no se le da un valor económico y se le toma más como una obligación natural que como un trabajo que merece reconocimiento.

En México se ha incorporado crecientemente al trabajo, aunque su participación sigue reflejando inequidades de género ya que se concentra en el sector servicios, ingresos inferiores a los del sexo femenino, prevalecen las ocupaciones temporales e inestabilidad laboral, determinadas por las funciones reproductivas y el ciclo doméstico. Todo ello determina, inevitablemente un menor poder de decisión y negociación a nivel familiar en asuntos diversos, entre ellos la salud familiar.

A todas estas condiciones desventajosas se agrega la jefatura del hogar femenino, según la encuesta nacional sobre fecundidad y salud (EMFES) señala que el 14.1% de las unidades domésticas encabezadas por mujeres y el (86%) se centra en las ciudades, y el 41.9% esta formado por mujeres y sus hijos, el 63.9% de las mujeres que trabajan perciben un ingreso de un salario o menos y el 27.5% de ellas no han estudiado, todo ello refleja las diferencias por género en el ámbito laboral. Estas diferencias se ven marcadas en las leyes, políticas que son reflejo de la ideología social.

¹⁴ El Nacional, 22 de Agosto de 1997 "Educación de las mujeres en México" Ana Fernández Ponce, p. 2

Por lo que la discriminación hacia las mujeres y la valoración negativa de su sexualidad nos habla de las dificultades con hondas raíces ideológicas, morales y religiosas que expresan una limitada autonomía femenina.

En México ostentamos los primeros lugares de morbimortalidad, menor promedio de vida, en educación el penúltimo lugar y ante la búsqueda de satisfactores esenciales, la familia se desintegra con los fuertes movimientos migratorios. Hablar de familia salud y educación es hablar de la vida humana del hombre y la mujer desde su concepción, su infancia, adultez y ancianidad, de la forma en que vive, de su circunstancia existencial completa y de su manera de ser definida hasta la muerte.

2.3 Atención primaria a la salud

Existe una política de salud definida y aceptada por los países del mundo en la Asamblea de la OMS, en 1977, denominada "Salud para todos en el año 2000". En 1978, en la reunión de Alma Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como Atención Primaria de Salud (APS).

La estrategia de atención primaria de salud contempla los siguientes programas:

- Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, adultos de la tercera edad, e incapacitados
- Programa para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental
- Programas para la prevención, protección y control de enfermedades.

Para alcanzar Salud para todos a través de la atención primaria y desarrollar los programas propuestos es necesario readequar y reorganizar los recursos físicos, humanos, materiales, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad, desde el primero, que son los puestos y centros de salud, hasta los más altos: Hospitales especializados.

El cumplimiento de los objetivos trazados implica el uso de servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar.

"La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología 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 pueda solventar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo"¹⁵. La atención primaria forma parte del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y núcleo principal del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el nivel de contacto de los individuos, familia, comunidad con el Sistema Nacional de Salud.

¹⁵ KROEGER Axel et al. *Atención Primaria de Salud, Principios y Prácticas*, 7ª ed. UNAM, México, 1992. 3 pp.

El profesional de Enfermería asume el papel fundamental que le corresponde en el desarrollo de todas las facetas de la atención primaria de salud (APS) incluyendo las de decisión y planificación de las actividades asistenciales así como las docentes y de investigación. El sistema sanitario trata de responder a las necesidades de salud de la población.

Las actividades de la Atención Primaria de Salud son:

- Educación sanitaria
- Provisión de alimentos
- Nutrición adecuada
- Salubridad del agua
- Saneamiento básico
- Cuidados materno infantiles
- Inmunización
- Prevención y control de enfermedades endémicas
- Tratamiento básico
- Abastecimiento de fármacos

Los elementos conceptuales de la Atención primaria de Salud nos dicen que esta debe ser:

- Integral Debe considerar al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial, es decir que las esferas biológica, psicológica, social no son independientes, sino que se interrelacionan con las personas y sus problemas de salud
- Integrada Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social que forman parte de las actuaciones desarrolladas. Se integran funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario
- Continúa y permanente A lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario)
- Activa Los profesionales de salud no deben ser meros espectadores ya que deben resolver las situaciones que se les presentan acorde a las necesidades de la población
- Accesible La población no debe tener obstáculos para poder recibir atención sanitaria Sea cual fuere su condición política, económica y social
- Basada en el trabajo de equipo La atención primaria debe ser impartida por profesionales de la salud los cuales deben trabajar multidisciplinariamente
- Comunitaria y participativa Es decir que debe atender las necesidades de la comunidad de manera colectiva y no individualmente

La atención primaria a la salud esta basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actividades.

Programada y evaluable: Con acciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.
Docente e investigadora: Desarrolla actividades de docencia pregraduada y postgraduada, así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en las materias propias de su ámbito.

Funciones básicas de los servicio de atención primaria:

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades
- Actividades de prevención y promoción en las consultas
- Atención continua
- Atención domiciliaria
- Educación sanitaria y acciones preventivas en la comunidad
- Vigilancia Epidemiológica
- Derivación de pacientes a otros niveles asistenciales⁹

La estrategia de atención primaria plantea un desafío a la imaginación, capacidad técnica y voluntad de servicio de quienes tiene a su cargo la orientación de los procesos que han de conducir al logro de niveles mas dignos de salud y bienestar para la población.¹⁶

2.4 La familia como unidad de trabajo del Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Familia: "Es una institución tan antigua como la misma especie humana, es un elemento activo, es la misma en todas partes y sin embargo nunca permanece estática ya que pasa de una forma inferior a una superior a medida que la sociedad evoluciona de un grado mas bajo a uno mas alto. La transformación constante de la familia se amolda a las condiciones de vida que se denominan en un lugar y tiempo dado"¹⁷

La familia es una unidad básica de la sociedad, y se ha producido un resurgir del interés sobre la unidad familiar y su impacto en la salud, los valores y la productividad de cada uno de los miembros de la familia

Por lo que el interés de Enfermería por la familia como unidad de trabajo se debe a la aparición de la Enfermería familiar ya que esta considera la salud familiar como una unidad, además de la salud individual de los miembros de la misma. La enfermería se concibe como una disciplina cuyo objeto de estudio es el cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para su vida, su campo de acción son aquellos donde la persona se desarrolla y en los que atiende el núcleo básico que son: el cuidado de la persona, su entorno con el medio ambiente

¹⁶ ZURRO Martín A. Et al. *ANÁLISIS CUANTITATIVO, SUBJETIVO, METODOLÓGICO Y FUNCIONALIDAD*, 3ª ed. ED. Mundy. Doyma libros, Madrid España 1993. 7. 8 pp.

¹⁷ KOZIER Bárbara et al. *Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y practica*, 5ª ed. Vol. I, ED. Mc Graw-Hill Interamericana, Madrid, España 1999. 297-298 pp.

La enfermería es una profesión que en interacción con otras áreas de la salud participa en el fomento y la promoción de la salud, en la prevención y el tratamiento de las enfermedades, así como en la rehabilitación tanto individual como colectiva

A continuación se describen los tipos de familia en la sociedad actual:

- "Familia tradicional: se considera como una unidad autónoma en la que ambos padres residen en el hogar con sus hijos, donde la madre asume el papel de criadora y el padre procura los recursos económicos necesarios, aunque estos roles en la actualidad son compartidos por ambos padres
- Familia de dos carreras: trabajan ambos esposos puede o no haber hijos, a partir de los años 70s ha aumentado el número de esta familia debido a las posibilidades de superación de la mujer con el propósito de mejorar las condiciones económicas de su familia.
- Familia monoparental: se trata de un grupo donde solo se cuenta con un padre sea mujer u hombre.
- Familia adolescente: se trata de niños de padres adolescentes, por lo que estos se encuentran mal preparados evolutiva, física, emocional y económicamente, para asumir la responsabilidad de la paternidad.
- Familia mezclada: son unidades familiares que se unen para formar nuevas familias. Las familias con hijos con un padre natural y uno no natural se denominan comúnmente familias de madrastra o padrastro
- Familias cohabitantes: están formadas por individuos o familias no relacionadas que viven bajo el mismo techo, ilustran la flexibilidad y creatividad de la unidad familiar en cuanto a su adaptación a retos individuales y necesidades sociales cambiantes
- Familias de gays y de lesbianas: Diversos adultos homosexuales en la sociedad actual han formado familias de gays y lesbianas basadas en los mismos objetivos de cuidado y compromiso establecidos en las relaciones heterosexuales
- Adultos solteros que viven solos: se trata de adultos independizados que recientemente han dejado la familia nuclear, adultos maduros y viudos que viven solos. Manteniendo una relación con el resto de la familia sin cohabitar en la misma casa"¹⁸

El valorar a la familia nos permite identificar los patrones de interacción familiar, identificar los puntos fuertes y los débiles así como describir el estado de salud de la misma y de sus miembros por separado

La salud familiar, que por muchos años fue dominio de los profesionales de la salud pública, ahora se convierte en una preocupación principal de todos los profesionales de la salud

Conforme la gente se educa mejor acerca de su propia salud, desea saber más sobre su propósito y las consecuencias de los servicios de atención, para ellos mismos y sus familias

¹⁸ Idem (17), pp. 298.

Las teorías y la investigación proporcionan una base para comprender a las familias y sugieren áreas importantes de preocupación, patrones típicos de comportamiento y el grado de variación alrededor de los típicos. Sin embargo, las teorías y la investigación no prescriben lo que debe hacer el personal de enfermería en una situación específica. Estas decisiones surgen de las interacciones racionales con los miembros de la familia, en las cuales la enfermera interpreta el concepto familiar de la situación a la luz propia del conocimiento.

Una meta primordial es ayudar a cada miembro de una familia que espere un hijo a lograr una salud óptima, con medidas preventivas, de mantenimiento y de recuperación. El personal de enfermería tiene el papel de asistir a las familias para educar, supervisar y verificar que practique sus labores adecuadas de desarrollo en cada familia. El éxito de la familia depende del logro de estas tareas.

En ocasiones es posible alcanzar con facilidad, en otras debe sobre ponerse el retraso o el fracaso, por lo cual es necesario que el personal de enfermería intervenga para romper con un ciclo de fracasos en las prácticas de labores en una familia y que los guíe hacia el éxito.

Cuando atiende a un paciente, la enfermera debe tener en mente las relaciones íntimas a largo plazo entre los miembros de la familia. La persona que recibe la atención realiza un papel único dentro del grupo familiar, el cual debe reconocerse.

Para que la familia funcione en forma óptima. Así, las familias tienen el derecho a examinar el tipo de atención y servicio que uno de sus miembros recibe, de quejarse cuando el servicio es satisfactorio y de buscar otras fuentes de atención cuando no les satisface.

"El individuo se desarrolla como miembro de una unidad familiar, el personal de enfermería debe comprenderlo para entender al paciente, de manera integral. Por lo que la valoración de la familia ayuda al personal de enfermería a comprender el funcionamiento individual dentro de su contexto social primario. Al hacer énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud familiar, la enfermera debe tener un efecto positivo, no solo en los individuos, sino en también en la unidad completa. Al considerar a la familia como un todo, la enfermera identifica factores de riesgo potencial, por lo tanto se facilita la función de la enfermera en la prevención de la enfermedad. Ya que al considerar a la familia como un todo, se facilita la función al prevenir la enfermedad. Cuando se presenta la enfermedad, la familia es un instrumento en la búsqueda de la atención a la salud y para determinar los comportamientos y de sus miembros.

Para tener una interacción efectiva con la amplia variedad de familias con las que es probable que se encuentre la enfermedad se necesita hacer lo siguiente:

- Reevaluar las creencias, valores culturales y personales
- Reconocer las inclinaciones y creencias personales acerca de una cultura particular (estereotipos)

- Valorar al individuo y la familia con cuidado y en forma abierta, sin juicios.
- Evitar generalizaciones y suposiciones con base en ideas y conocimientos personales. Existe diversidad dentro de todas las culturas.

La meta del personal de enfermería debe ser brindar atención excelente con base en una valoración biopsicológica completa que incluya un componente cultural.¹¹

- La valoración de riesgo ayuda a la enfermera a identificar a los individuos y los grupos cuyo riesgo de desarrollar problemas específicos de salud, como accidentes cerebro vasculares, diabetes y cáncer de pulmón, es mayor en la población general. Las familias frente a los problemas de salud puede estar basada en el grado de desarrollo de la familia, en la edad de sus miembros, en los factores genéticos o hereditarios, en factores sociológicos y en prácticas de estilo de vida. El objetivo de la de la enfermera es promover un buen funcionamiento y una salud óptima de la familia
- Factores de desarrollo: las familias de edades extremas se consideran con riesgo de presentar problemas de salud. Las familias recién constituidas que entran en el desarrollo del parto y de la crianza experimentan muchos cambios en los papeles, responsabilidades y expectativas. Las madres adolescentes, debido a su grado de desarrollo y a la falta de conocimientos de la paternidad y las familias monoparentales, debido a la sobre carga de papeles que experimenta el cabeza de familia, son más propensas a desarrollar problemas de salud. Los ancianos corren el riesgo de desarrollar problemas de salud crónicos y degenerativos.
- Factores hereditarios: las personas que nacen en el seno familiar con antecedentes de ciertas enfermedades, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares tienen más riesgo de sufrir estas afecciones
- Factores de estilo de vida: a medida que aumenta la compresión de la salud y la enfermedad, queda más patente que muchas enfermedades son evitables y que la modificación del estilo de vida puede minimizar los efectos de ciertas enfermedades y retrasar el comienzo de otras. Entre las enfermedades influenciadas por el estilo de vida se encuentran el cáncer, la enfermedad cardiovascular, la diabetes del adulto y la caries dental
- Factores sociológicos: la pobreza es uno de los problemas fundamentales que no solo afecta a la familia sino también a la comunidad y a la sociedad. La pobreza es una preocupación real entre el creciente número de familias monoparentales encabezadas por mujeres y a medida que aumenta el número de estas familias, la pobreza afectará aun mayor número de niños en edad de crecimiento
- La familia que experimenta una crisis de salud. La enfermedad en un miembro de la familia es una crisis que afecta a todo el sistema familiar. La familia experimenta ansiedad porque los miembros están preocupados por la persona enferma y por la curación de la enfermedad. La capacidad de la familia para enfrentar el estrés de la enfermedad depende de la capacidad que tengan los miembros de la familia para afrontar las dificultades, una buena comunicación con

todos los miembros de la familia ayudara a mejorar la situación y establecer una situación de apoyo social durante la enfermedad.

Las enfermeras comprometidas en el cuidado centrado en la familia involucran tanto al individuo enfermo como a los miembros de esta con el objetivo de enfrentarse a las realidades de la enfermedad y a los cambios que puede acarrear. Las enfermeras y las familias a trabajar juntas crean medios para restablecer el funcionamiento de la familia durante la enfermedad y a lo largo de todo el proceso de recuperación

- Muerte de un miembro de la familia: la muerte de uno de los miembros de la familia afecta la estructura del vinculo familiar, asi como su funcionamiento como unidad. Alguna de las etapas precoces del duelo se acompañan de la desorganización familiar. No obstante, a medida que la familia se recupera se desarrolla un nuevo sentimiento de normalidad, se reintegran sus papeles, funciones y se acepta la realidad de la situación.
- Aplicación de estructuras teóricas a los individuos y las familias

Diversas teorías proporcionan a la enfermera un punto de vista holístico para la promoción de la salud de los individuos y las familias. Las estructuras básicas que utilizan las enfermeras son:

- Teorías de etapas del desarrollo
- Teorías de sistemas
- Teorías estructurales- funcionales

La espiritualidad o creencia espiritual: es la creencia en relación con algún poder superior, fuerza creadora, divinidad o fuente infinita de energía (Llámesese "Dios" u Otros)

"La dimensión espiritual intenta estar en armonía con el universo, busca respuesta acerca del infinito y, de forma especial, busca su poder cuando la persona se enfrenta a tensiones emocionales, una enfermedad física o la muerte " ¹⁹

Las necesidades espirituales manifiestan una relación de perdón, amor y confianza con Dios, y vivir hasta el final con amor, actitud de perdón, esperanza y confianza en un mismo y en los demás

A menudo la enfermera es quien identifica la necesidad de ayuda espiritual y quien facilita la ayuda deseada, ciertas necesidades espirituales son la razón fundamental de todas las religiones.

Fe: es un rasgo de a forma de vivir, de actuar y de auto comprensión. Las creencias y espirituales o religiosas son el intento que hace el individuo por comprender el lugar que ocupa en el mundo

¹⁹ Idem, p. 338 (17)

Religión: es un sistema organizado de culto. Las religiones cuentan con determinadas creencias, rituales y practicas, habitualmente relacionadas con la muerte, el matrimonio y la salvación, tienen normas de conducta aplicables a la vida cotidiana.

El desarrollo religioso del individuo hace referencia al hecho de aceptar determinadas creencias, valores, normas de conducta y rituales

Religión y Enfermedad

"Las creencias espirituales y religiosas son algo importante en la vida de muchas personas. Pueden influir en el estilo de vida, en las actitudes y en los sentimientos relativos a la enfermedad y la muerte"²⁰

Las creencias espirituales pueden cobrar mayor importancia en momentos de enfermedad en cualquier otro momento de la vida de la persona, ayudando a algunas personas a aceptar la enfermedad y a darle sentido

El desarrollo del individuo hace referencia al hecho de aceptar determinadas creencias, valores, normas de conducta y rituales. El desarrollo religioso puede ser o no paralelo al desarrollo espiritual.

²⁰ *Ibidem*, p. 340 (17)

2.5 Teoría de cuidados transculturales

Leininger en su trabajo con niños identifica una falta de entendimiento, por parte del equipo, de los factores culturales que influyen en el comportamiento de los niños. Observo y experimento las diferencias culturales y unas cuantas expresiones comunes en los niños. Las diferencias obvias entre las formas de vida culturales de los niños atrajeron especialmente su atención. Cuando las teorías psicoanalíticas empezaron a mostrarse ineficaces para explicar estas diferencias y planificar las intervenciones de enfermería, aumento su preocupación y frustración por considerar que sus intervenciones no parecían adecuadas a la conducta de los niños. Leininger se formulo muchas preguntas a si misma y al equipo y cuando no encontró medios para entender a los niños empezó a buscar otros campos.

En los cuales observo no solo los rasgos propios de la cultura si no también un número de marcadas diferencias

Madeleine Leininger ha definido así la Enfermería transcultural " Es una área principal de la Enfermería que se centra en el estudio y el análisis comparativo de distintas culturas y subculturas del mundo en relación con sus conductas cuidantes, cuidados de Enfermería, y valores, creencias y patrones de conducta relativos a la salud enfermedad, con objeto de desarrollar un cuerpo de conocimientos en el área científica y humanística para proporcionar la practica de unos cuidados de Enfermería específica y universalmente culturales "

Leininger define la teoría como un conjunto de conceptos, hipótesis o proposiciones vinculados lógicamente y que pueden ser comprobados con el propósito de explicar o predecir un suceso, fenómeno o situación.

Un conjunto de conceptos e hipótesis interrelacionados de Enfermería transcultural que tiene en cuenta las conductas cuidantes, los valores y las creencias basadas en las necesidades culturales de los individuos y los grupos, para proporcionarles unos cuidados de enfermería eficaces y satisfactorios

Leininger desarrollo la teoría a partir de la creencia de que las culturas pueden determinar casi todos los cuidados que desean o necesitan recibir de parte de los profesionales de la salud. El objeto de su teoría es que los consumidores de cuidados propongan sus puntos de vista conocimientos y practicas como base para acciones y decisiones profesionales y validas. Se puede considerar una teoría de la Enfermería global y holística porque toma en cuenta la estructura social, el panorama mundial, los valores, entorno expresiones del lenguaje y sistemas profesionales y populares para descubrir el conocimiento de Enfermería

Por medio de la teoría de Enfermería transcultural se puede realizar un estudio sistemático de estos conceptos y de su relación a fin de saber, explicar y predecir el comportamiento cultural y las conductas de cuidados de Enfermería de diversos grupos, desde el punto de vista transcultural.²¹

²¹ MARINER Ann. Modèles y Teorías de enfermería. 1ª Ed. F.D. Roi S.A. España 1989

2.6 CARTILLA NACIONAL DE LA MUJER

En 1998 la Secretaría de Salud instituye la cartilla nacional de la mujer debido a la verdadera necesidad a nivel nacional de la asistencia sanitaria de mejorar en prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer y así mismo ampliar la investigación y los procesos que las afectan.

Los factores de riesgo para la salud de la mujer pueden analizarse en relación con una amplia variedad de criterios y las mujeres sometidas a riesgos pueden clasificarse según sus características tales como la edad, situación socioeconómica, la alfabetización, la estructura familiar, el área geográfica donde vive, el grado de educación con que cuenta y el grupo étnico al que pertenece.

Se sabe que la esperanza de vida de la mujer es mayor a la del hombre, pero también los riesgos de enfermar y las consecuencias al adquirir una enfermedad son más graves, de ahí, que la Secretaría de Salud en conjunto con otras instituciones de salud implementan el manejo de la Cartilla Nacional de la Mujer para manejar de una manera más completa de atención primaria de esta.

La cartilla es un método empleado en la protección de los derechos de la mujer a la salud, ya que la muerte en algunos casos es evitable pero las desventajas sanitarias atentan contra el derecho humano más elemental de la mujer.

La Cartilla Nacional de la Mujer se entrega gratuitamente en los centros de salud principalmente a mujeres en edad reproductiva en ella se lleva el control de los factores de riesgo para su salud.

La Cartilla cuenta con los siguientes parámetros que deben ser llenados, algunos al adquirir la cartilla y otras en cada consulta como son, ficha de identificación, grupo sanguíneo, medición de la glucosa en sangre, medición de la presión arterial, detección oportuna de cáncer, consulta especializada, planificación familiar, salud perinatal, terapia hormonal de reemplazo, antecedentes personales y familiares, así como peso y talla 2)

2) Antología de Salud Integral de la mujer (UNAM-ENEO). Compiladoras E.E.P. Alfonso Gutiérrez Lema, MRTA. Torres Laguna María de los Angeles. México, DF Febrero 2002.
Cartilla Nacional de la Mujer.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva: Sólo se pretende describir en función del grupo de variables los hechos.

Observacional: Es un estudio en el cual el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por lo tanto no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

Transversal: Es un estudio en el cual se medirá una sola vez las variables; sin pretender evaluar la evolución de estas unidades.

3.2 UNIVERSO

- - Mujeres

3.3 DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

Calculada a partir de la fórmula del tamaño mínimo de la muestra :

$$N = n (1.96) (.70) (.30)$$

$$n = 450\ 000 (3.84) (.70) (.30)$$

$$(0.01) N-1 + (1.96) (.70) (.30)$$

$$(0.05) (n-1) + 3.84 (.70) (.30)$$

$$449.999$$

$$362880 / 907 =$$

$$400(1.10) = 440 / 2 = 220$$

Por lo que se tiene una muestra de 440 mujeres que vivan en la delegación de Xochimilco (240) y en San Luis Tlaxialtemalco (200).

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- INCLUSIÓN:
 - amas de casa que trabajen y que tengan hijos
- EXCLUSIÓN:
 - Adolescentes solteras y sin hijos
- ELIMINACIÓN:
 - Mujeres que no quieran contestar la encuesta.

3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Entrevista
- Cuestionario

3.6 PROCESO DE INVESTIGACIÓN

- Se piloteo el cuestionario para su validación
- Se aplicó en las áreas seleccionadas en los sitios de reunión de las mujeres:
- En Xochimilco en el mercado y en San Luis Tlaxialtemalco en el mercado, escuela y en vía pública.
- En la delegación se encuestaron 440 mujeres.

3.7 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE DATOS

- Revisión de cuestionarios, vaciado de datos, concentrados y elaboración de tablas de distribución de frecuencia.

3.8 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Se realizó con una prueba de "r" de Pearson donde la variable dependiente (Y) se obtuvo de las preguntas (11, 14, 17, 24, y 26)

La variable independiente (X) se formó de las preguntas (8, 9, 10, 12, 13, 18, 19, 20, 22, 23, 25, y 27).

3.9 ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Recursos Humanos

- 2 pasantes de la LEO.
- 1 asesora de la LEO.

Recursos Materiales

- Computadora (excell, Microsoft Word)
- Lápices, plumas, gomas
- Revistas
- Libros
- Folletos
- Internet
- Fichas de trabajo

Recursos Físicos

- Instalaciones de la ENEO
- Hogares de las pasantes

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO

“La participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la identificación de los factores que condicionan la educación de la mujer como agente de salud en Xochimilco”

OBJETIVO: Identificar las creencias, conocimientos y actitudes de la mujer que condicionan su papel como agente de salud.

Nota Aclaratoria: La información se utilizara para fines académicos y se mantendrá en el anonimato.

A) Factores de la educación para la salud

- | | | | |
|------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------|
| 1.1 Edad: | 1.2 Nivel Académico: | 1.3 Edo. Civil: | 1.4 Ocupación: |
| a) 15-25 | a) Primaria | a) Soltera | a) Ama de casa |
| b) 26-35 | b) Secundaria | b) Casada | b) Comerciante |
| c) 36-45 | c) Técnica | c) Unión libre | c) Empleada |
| d) 46-55 | d) Bachillerato | d) Divorciada | d) Técnica |
| e) 56-65 | e) Profesionalista | e) Viuda | e) Profesionalista |
-
- | | | |
|----------------------|------------------------------|--|
| 1.5 Religión: | 1.6 Ingreso mensual: | 1.7 Servicio de Salud al que pertenece: |
| a) Católica | a) 1 salario mínimo mensual | a) Privado |
| b) Evangélica | b) De 2 a 3 salarios mínimos | b) S.S.A |
| c) Protestante | c) De 3 a 5 salarios mínimos | c) D.D.F |
| d) Ninguna | d) Mas de 5 salarios mínimos | e) IMSS |
| e) ISSSTE | | |

B) La mujer como agente de Salud

- 1.- ¿Piensa usted que el nivel de educación debe ser igual para hombres y mujeres?
 - a) Siempre
 - b) Frecuentemente
 - c) Algunas veces
 - d) Nunca
- 2.- La información recibida sobre educación a la salud en su familia ser dirige hacia:
 - a) La higiene física
 - b) La higiene mental
 - c) Educación sexual
 - d) La educación integral de salud para la mujer
- 3.- ¿Quien pone más atención a las necesidades personales de los miembros de la familia?
 - a) La esposa
 - b) El esposo
 - c) Los abuelos
 - d) Los hijos mayores

- 4.- ¿Piensa que su familia restringe su libertad para mejorar en su desarrollo personal?
- Mucho
 - Poco
 - Algunas veces
 - Nada
- 5.- ¿Como considera la relación que llevan los miembros de su familia?
- Excelente
 - Buena
 - Regular
 - Mala
- 6.- ¿Quién determina la solución de los conflictos en su familia?
- La esposa
 - El esposo
 - Ambos
 - Los hijos mayores
- 7.- ¿A quien método recurre cuando algún miembro de su familia enferma?
- Automedicación
 - Acude al medico
 - Proporciona cuidados en el hogar
 - Utiliza medicina paliativa
- 8.- De acuerdo a cada miembro de la familia, si acude al medico este pertenece al sector:

	Privado	SSA	DDF	IMSS	ISSSTE
Padre					
Madre					
Hijos					

- 9.- ¿Cuántas veces hace uso de los servicios de salud?

	1-2 veces al mes	Cada 6 meses	Una vez al año	Cuando necesita consulta
Padre				
Madre				
Hijos				

- 10.-El motivo por el cual acude regularmente al servicio de salud es para:
- Revisión general
 - Detecciones (DOC, Cacu, C'ama, u otro)
 - Atención prenatal
 - planificación familiar
- 11.- En sus embarazos ha tenido problemas como:
- Amenaza de aborto
 - Presión alta o baja (Preeclamsia, eclamsia)
 - Diabetes gestacional
 - Ninguno de los anteriores

12.- En caso de accidentes en el hogar usted:

- a) Acude al hospital de inmediato
- b) Llama una ambulancia y espera
- c) Presta primeros auxilios
- d) Según la gravedad del accidente

13.- ¿Transmite a los miembros de su familia sus costumbres respecto a la Salud?

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

14.- Cual es su actitud ante la enfermedad de:

	Pasiva	Agresiva	Positiva	Indiferente
Padre				
Madre				
Hijos				

15.- Sabe que hacer en caso de

:

Enfermedades gastrointestinales	Si	No
Infecciones respiratorias	Si	No
Problemas dermatológicos	Si	No
En caso de dolor o fiebre	Si	No

16.- ¿Sus creencias le permiten apoyar los hábitos de salud en sus hijos?

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

17.- ¿Piensa que es importante que los miembros de su familia aprendan de sus conocimientos sobre salud?

- a) Si
- b) No

18.- En las decisiones de salud de los integrantes de su familia el apoyo moral que recibe de su pareja es:

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Regular
- d) Nada

19.- ¿Cuánto tiempo le dedica al cuidado de su familia?

- a) Mas de 10hrs. diarias
- b) Mas de 5 hrs. diarias
- c) Mas de 3 hrs. diarias
- d) Mas de 2v hrs. diaria

20.- ¿Brinda el mismo trato a sus hijos que a sus hijas?

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Nunca

4. RESULTADOS

4.1 Descripción y análisis de datos

De acuerdo con la edad de las mujeres encuestadas el 41% (100) en Xochimilco corresponden al rubro de 26-35 años, el 20% (48) de 36 a 45 años y el 17% (40) de 46 a 55 años, el 17 (40) de 25 a 25 años y el 5% (12) de 56 a 65 años, en San Luis Tlaxialtemalco el 45% (90) de 36 a 45 años, el 22%(44) de 46 a 55 años, el 21% (42) de 26 a 35 años, el 8% (16) de 15 a 20 años y el 4% (8) de 56 a 65 años.

Según el INEGI la esperanza de vida expresa el número de años que el recién nacido vivirá si los patrones de mortalidad se mantienen constantes por lo que en México la esperanza de vida en el sexo femenino se presume que debe a una ventaja biológica y a estilos de vida protectores como la menor exposición a la violencia aunque no hay que perder de vista la violencia física y verbal intra domiciliaria. En la actualidad el acceso de las mujeres a actividades similares a las de los hombres, ha favorecido en ellas el consumo de tabaco, alcohol lo cual ha expuesto a la violencia fuera del hogar la cual repercute en el estado de salud de la mujer. Las diferencias de mortalidad durante la infancia y la esperanza de vida señalan que la mujer biológicamente cuenta con mayores probabilidades de sobrevivir por más tiempo que el hombre de ahí que en México la expectativa de vida estimada para el quinquenio de 95-00 es de 75 años para las mujeres y 73 años para los hombres. En la encuesta se encontró que mayor población esta en los intervalos de 26 a 35 años en Xochimilco y en San Luis fue de 36 a 45 años. Esto puede estar influido por los sitios donde se entrevistaron a las mujeres (Ver cuadro No 1)

En lo que se refiere a la escolaridad de las mujeres encuestadas el 32% (76) tienen primaria, el 35% (84) secundaria, el 15% (36) técnica, el 10% (24) bachillerato, el 8% (20) profesional. En San Luis Tlaxialtemalco el 34% (68) primaria, el 30% (60) secundaria, el 16% (32) técnica, el 15% (30) bachillerato y el 5% (10) profesional.

Con respecto a la escolaridad de las mujeres encuestadas en Xochimilco esta ha sufrido modificaciones con el paso del tiempo, una tercera parte de la población de las mujeres de Xochimilco y San Luis Tlaxialtemalco han cursado nivel técnico o bachillerato y una mínima parte tiene estudios profesionales. La falta de instrucción formal, se debe a la exclusión educativa de las mujeres de las generaciones pasadas por lo que la marcada reducción en los porcentajes de la población femenina de 15 años y más que carecen de educación formal así como las diferencias por sexo continúan en contra de ellas. Por lo que uno de los indicadores básicos que permiten medir el grado de desarrollo social de un país, es el grado de escolaridad alcanzada por su población. Así la asistencia escolar es fundamental para apoyar el desarrollo personal, familiar y social de la población particularmente la asistencia a la educación que comprende preescolar, primaria y secundaria.

Lo cual hace notorio que a pesar de los cambios que ha sufrido el nivel educativo se sigue teniendo una deficiente cobertura en la población a nivel nacional con respecto a la educación y en México no se alcanza el 80% de la educación a nivel Nacional (ver cuadro No 2)

De acuerdo con el estado civil de las mujeres encuestadas en Xochimilco, el 52% (124) son casadas, el 30% (72) viven en unión libre, el 11%(28) son madres solteras, el 7% son divorciadas. En San Luis Tlaxiáltemalco el 57%(114) son casadas, el 16%(32) son madres solteras, el 15% (30) viven en unión libre, el 9%(18) son divorciadas y el 3% son viudas.

Llama la atención el número de mujeres en unión libre en Xochimilco cual es una tercera parte de las mujeres encuestadas, lo cual se reduce en San Luis Tlaxiáltemalco lo que da desventajas a los hijos de estas mujeres, el 10% de las mujeres divorciadas en lugares donde culturalmente se acepta el matrimonio para toda la vida. De este grupo las mujeres divorciadas corresponden a 35 años o menos con hijos preadolescentes (Ver cuadro No. 3)

Con respecto a la ocupación de las mujeres encuestadas en Xochimilco el 53% (124) son empleadas, el 35%(84) son amas de casa, el 6% (16) son técnicas y el 6% (16) son profesionales. En San Luis Tlaxiáltemalco el 53% (107) son amas de casa, el 33% (63) son empleadas, el 10% (21) son profesionistas y el 5% (9) son técnicas

Más de la mitad de la población son empleadas, por lo que el ingreso de la mujer al campo laboral ha sido necesario para apoyar la economía familiar lo cual ha significado asumir un doble rol de actividades, conjuntado la dinámica familiar y laboral con la necesidad de sobrevivir, enfrentándose a la marginación social laboral establecida por la sociedad

En Xochimilco solo una tercera parte de las mujeres encuestadas se encuentra en su hogar y el resto se desempeña como técnica o empleada. Mientras que en San Luis más de la mitad de las mujeres permanecen en su hogar aunque el 10% son profesionistas (ver cuadro No. 4)

Con respecto a la Religión que profesan las mujeres encuestadas en Xochimilco tenemos el 66% (158) son católicas el 34% (82) son evangelistas, en San Luis Tlaxiáltemalco el 76% (152) son católicas y el 20% (40) son evangelistas y solo el 4% (8) no profesan ninguna religión

Las creencias religiosas son algo importante en la vida, en las actividades y en los sentimientos relativos a la enfermedad y muerte. Por lo que el desarrollo religioso del individuo hace referencia al hecho de aceptar determinadas creencias, valores, normas de conducta y rituales aplicables a la vida cotidiana. México se ha caracterizado por ser un país donde la religión católica es mayoritaria, sin embargo una tercera parte de la población de Xochimilco y una quinta parte de San Luis son evangelistas lo que significa un cambio en el estilo de vida (ver cuadro No.5)

El ingreso mensual de las mujeres encuestadas en Xochimilco nos indica que el 48% (116) perciben el total de un salario mínimo, el 43% (104) de dos a tres salarios, el 6% (12) de tres a cinco salarios y solo el 3% (8) más de cinco salarios. En San Luis Tlaxiáltemalco el 46% (92)

perciben de dos a tres salarios, el 40% (80) un salario, el 10% (20) de tres a cinco salarios y el 14% (8) mas de cinco salarios

Según la Encuesta Nacional sobre la fecundidad y la Salud (EMFES) el 69.3% de las mujeres que trabajan perciben un ingreso de un salario mínimo o menos; ello refleja las diferencias por género en el ámbito laboral, estas diferencias se ven marcadas en las leyes y políticas que son reflejo de la ideología social retrograda aun en pleno siglo XXI. (Ver cuadro No 6)

Con respecto a servicio de salud de las mujeres encuestadas en Xochimilco el 48% (116) pertenecen al IMSS, el 20% (48) a SSA, el 17% (40) privado, el 8% (20) DDF y el 7% (16) ISSSTE. En San Luis Tlaxialtemalco el 45% (90) SSA, el 38% (76) pertenecen al IMSS, el 10% (20) privado y el 7% (14) ISSSTE.

Lo que nos sugiere en San Luis una mayor cobertura en la Secretaría de Salud sin deterioro del ingreso familiar. Por otra parte en Xochimilco existe el DDF donde las cuotas son reducidas y en el caso de la SSA la población de San Luis lo utilizan al doble que en Xochimilco que tiene cuotas de recuperación y el Servicio privado es mas alto en Xochimilco que en San Luis lo que podría ser resultado de la accesibilidad (Ver cuadro No 7)

En cuanto al nivel de educación igual en hombres y mujeres el 98% (236) contesto que siempre, el 2% (4) que frecuentemente. En San Luis Tlaxialtemalco el 100% (204) dijo que siempre.

Según el INEGI en los últimos años el acceso de las mujeres y hombres al sistema educativo Mexicano ha experimentado importantes avances. Por un lado el incremento de la oferta educativa ha posibilitado la amplificación de la cobertura educativa en el país, por otro lado la demanda de una mayor calificación de la mano de obra para participar en el mercado laboral, ha propiciado que la familia de las generaciones mas recientes busquen elevar el nivel educativo de sus hijas e hijos, según fuentes del INEGI 2000. (Ver cuadro N° 8)

Con respecto al enfoque de la información sobre educación a la salud el 52% (156) contesto que higiene física, el 20% (60) higiene mental, el 15% (44) higiene mental y el 13% (40) educación integral para la mujer. En San Luis Tlaxialtemalco el 45% (90) contesto que higiene mental, el 24% (48) educación sexual, el 19% (38) higiene Física y el 12% (24) educación integral para la mujer

Lo que se refleja en la respuesta en la educación igual tanto en San Luis como en Xochimilco. Destaca el énfasis en lo que se refiere a la higiene física en tanto que en San Luis mayor porcentaje Salud Mental debido al alcoholismo y la probable violencia intrafamiliar, en educación sexual integral guardan condiciones iguales

La Salud familiar que por muchos años fue dominio de los profesionales de la salud pública, ahora se convierte en una preocupación principal de todos los profesionales de la salud.

Conforme la gente se educa mejor acerca de su propia salud desea saber más sobre su propósito y las consecuencias de los servicios de atención para ellos mismos y sus familias. Cuya mente primordial es ayudar a cada miembro de la familia a logrado una salud optima, con medidas preventivas, de mantenimiento y recuperación. (Ver cuadro N° 9)

Con respecto la persona que atiende a las necesidades personales de la familia en Xochimilco, el 78% (212) contesto que la esposa, el 13% (36) el esposo, el 6% (16) hijos mayores y el 3% (8) abuelos En San Luis Tlaxialtemalco el 100% (168) contesto que la esposa.

A la mujer por su genero se le han asignado actividades que se creen propias de su sexo, como es el cuidado de la salud de toda la familia, lo que ha llevado a contextualizarla como proveedora de cuidados en el primer nivel de atención a la salud ya que proporciona los primeros cuidados en el hogar a la aparición de los signos y síntomas de la enfermedad haciendo uso de conocimientos transmitidos por generaciones. Lo que se refleja en el alto porcentaje de 78% de las mujeres de Xochimilco y el 50% de las de San Luis (Ver cuadro N° 10)

Con respecto a si la atención de la familia restringe su libertad para mejorar su desarrollo personal en Xochimilco el 78% (212) contesto que mucho, el 15% (40) poco, el 6% (16) algunas veces y el 1% (4) nada En San Luis Tlaxialtemalco el 50% (84) contesto que mucho, el 33% (56) poco, el 15% (24) algunas veces y el 2% (4) nada

Tradicionalmente la mujer fue educada para satisfacer las necesidades de los demás, pero en la actualidad la mujer ha tomado las riendas sobre su vida cubriendo sus necesidades antes que las de los demás por que las mujeres han evolucionado en base a las exigencias de la información y educación que ha marcado su contexto social. (Ver cuadro N° 11)

En lo que se refiere a la relación que llevan los miembros de su familia en Xochimilco el 48% (116) contesto que buena, el 32% (76) regular, el 20% (28) excelente En San Luis Tlaxialtemalco el 63% (126) regular, el 27% (54) buena y el 10% (20) excelente El valor a la familia nos permite identificar los patrones de interacción familiar, identificando los puntos fuertes y débiles así como describir el estado de salud de la misma y sus miembros por separado

Llama la atención que solo el 20% en Xochimilco y el 10% en San Luis contestaron que excelente, lo que podría interpretarse como una relación conflictiva determinada por la hegemonía del poder del hombre sobre todo ante los problemas de salud de los hijos (Ver cuadro N° 12)

En lo relacionado a quien soluciona los conflictos en la familia en Xochimilco el 89% (212) contesto que ambos, el 8% (20) la esposa y el 3% (8) hijos mayores En San Luis el 84% (168) contesto que ambos el 10% (20) esposa y el 6% (12) esposo

La familia tradicional se considera como una unidad autónoma en la que ambos padres residen en el hogar con sus hijos, donde la madre asume el papel de criadoras y el padre procura los recursos

económicos necesarios aunque estos roles tienden a modificarse en porcentaje muy bajo sobre todo en Xochimilco. (Ver cuadro N°13)

En lo que se refiere a que método recurre cuando algún miembro de la familia enferma el 70% (168) acude al medico, el 13% (32) brinda cuidados en el hogar, el 13% (32) utiliza medicina paliativa y el 4% (8) se automedica. En San Luis Tlaxiatalmalco el 84% (156) acude la medico, el 24% (50) se automedica, el 1% (4) brinda cuidados en el hogar y el 1% (2) utiliza medicina paliativa.

Según los factores de estilo de vida a medida que aumenta la comprensión de la salud y la enfermedad, queda más patente que muchas enfermedades son prevenibles y que la modificación del estilo de vida puede minimiza los efectos de ciertas enfermedades y retrasar el comienzo de otras de ahí la importancia de que las personas practiquen o pongan mayor énfasis en el auto cuidado cuando no sea posible mantenerlo acudir con los profesionales de la salud para evitar complicaciones. En general la cultura de estas poblaciones más de dos terceras partes las mujeres señalan al medico como el recurso cuando alguien de la familia enferma y una mayor tendencia a la automedicación en San Luis, en tanto que en Xochimilco son mas apegados a cuidados en el hogar así como medicina paliativa (Ver cuadro N° 14)

De acuerdo a cada miembro de la familia, si acude al medico en Xochimilco, el 48% (150) es al IMSS, el 19% (58) SSA, el 18% (56) privado, el 11% (36) DDF y el 4% (12) al ISSSTE. En San Luis el 45% (90) utiliza SSA, el 30% (60) IMSS, el 23% (46) privado y el 2% (4) al ISSSTE.

Las condiciones biológicas y socioculturales configuran los factores subyacentes a la salud de la mujer que hemos denominado determinantes próximos los cuales son el estado de nutrición, utilización de servicios los patrones reproductivos y los hábitos relevantes para la salud, el análisis de estos elementos nos proporciona información para identificar algunos de los riesgos o elementos protectores más importantes para la salud de la mujer en México (Ver cuadro N° 15)

Con respecto al uso de los servicios de salud encontramos que el 76% (200) acude cuando necesita consulta, el 12% (32) cada 6 meses, el 11% (28) de 1 a 2 veces por mes, y el 1% (4) 1 vez al año. En San Luis el 78% (200) cuando necesita consulta, el 14% (36) de 1 a 2 veces por año y el 8% (20) cada 6 meses

Las diferencias del sexo biológico y la discriminación hacia la mujer alcanza dimensiones variables en los distintos grupos sociales, en el terreno de la salud la inequidad que se observa entre individuos de diferente nivel socioeconómico se expresa claramente en la vulnerabilidad frente a la enfermedad y en el acceso a los servicios de salud (Ver cuadro N° 16)

En relación al motivo por el cual hace uso de los servicios de salud tenemos que el 66% (184) acude a revisión general, el 21% (60) a detecciones, el 7% (20) a planificación familiar y el 6%

(16) a atención prenatal. Mientras que en San Luis el 68% (150) acuden a revisión general, el 17% (38) a detecciones, el 11% (24) a planificación familiar y el 4% (8) atención prenatal.

La salud de la mujer es síntesis de la biología propia de su sexo y del lugar que la sociedad le asigna en un determinado contexto histórico, social y cultural. Todo ello conforma el concepto de genero que no se refiere al sexo biológico sino también a conductas, expectativas y roles atribuidos a hombres y mujeres por la sociedad.

(Ver cuadro N° 17)

En relación a los problemas que ha tenido en sus embarazos el 40% (104) amenaza de aborto, el 33% (84) ninguno, el 15% (40) diabetes gestacional y el 12% (32) presión alta y /o baja. En San Luis el 33% (72) amenaza de aborto, el 44% (96) ninguno, el 21% (48) presión alta y /o baja y el 2% (4) diabetes gestacional.

En nuestro país la encuesta nacional de fecundidad y salud nos brinda información sobre la distribución de patrones reproductivos por grupo social donde se integra la edad de la madre, paridad, periodos intergenésicos, encontrando que las madres de 20 a 30 años, con los primeros nacimientos o subsecuentes con velocidad lenta se encuentran en los estratos socioeconómicos más altos y madres del mismo grupo de edad con velocidades reproductivas. (Ver cuadro N° 18)

En relación a que hacen cuando ocurren accidentes en el hogar tenemos que el 73% (172) acude al hospital, el 12% (28) presta primeros auxilios, el 8% (20) llama una ambulancia, el 7% (16) según la gravedad. En San Luis el 54% (110) acude al hospital, el 29% (60) según la gravedad, el 10% (20) llama una ambulancia y el 7% (14) primeros auxilios.

Otros comportamientos relacionados con el genero dirigido a la mujer nos habla de las funciones protectoras para la salud como la atención de primer nivel a los primeros síntomas de enfermedad, así como el rol de la mujer dentro de los factores biológicos y socioculturales estrechamente relacionados, todo ello conforma el perfil de salud de la mujer y esto repercute en la salud familiar. (Ver cuadro N° 19)

En relación a la transmisión de costumbres respecto a la salud encontramos que el 53% (128) contestaron siempre, el 30% (72) algunas veces, el 12% (28) frecuentemente y el 5% (12) nunca. En San Luis el 68% (136) contesto que siempre, el 20% (40) algunas veces y el 12% (24) frecuentemente.

Las madres de familia son el punto central donde se conjunta operativamente los recursos para la salud y la enfermedad, al mismo tiempo su función de curadoras reúne la prescripción y normatividad médica, así como la aplicación particular de esa prescripción y los recursos caseros tradicionales, aprendidos empíricamente y / o mágico - religiosos provenientes de diversos ámbitos de la vida en más de la mitad de la población. Sobre todo en estos lugares como en San Luis y Xochimilco la mayoría acuden al hospital. (Ver cuadro N° 20)

Con respecto a la actitud ante la enfermedad el 39% (108) es pasiva el 37% (104) es positiva, el 17% (48) agresiva y el 7% (20) es indiferente En San Luis Tlaxialtemalco el 62% (124) es positiva, el 36% (72) es pasiva y el 2% (4) indiferente.

Según James Owittaker, la actitud es una predisposición o inclinación para responder de un modo predeterminado a los estímulos son el resultado de experiencias aprendidas donde se manifiestan opiniones, sentimientos y conductas dirigidas a personas cosas o algunas situaciones, estas pueden ser pasiva, agresiva, positiva e indiferente, destaca el mínimo porcentaje de actitud agresiva y positiva que conducen a la toma de decisiones en cuanto al hacer y solo un poco más de la tercera parte guardan una actitud pasiva de espera. (ver cuadro N° 21)

Con respecto a si sabe que hacer en caso de Infecciones gastrointestinales probablemente infecciosas (GEPIS) el 34% (40) contesto que si, Infecciones respiratorias (IRAS) 36% (40), problemas dermatológicos 27% (40) fiebre y dolor 42% (44) y los que no saben que hacer en caso de enfermedades gastrointestinales probablemente infecciosas (GEPIS) tenemos que el 66% (79), Enfermedades respiratorias (IRAS) 64% (70), problemas dermatológicos 73% (107) y en caso de fiebre y dolor el 58% (60)

La falta de atención o la mala calidad, tiene profundas implicaciones para la salud de la mujer y su familia, en México para explorar diferencias por genero se buscan asociaciones en la utilización de los servicios de salud en la población de 0-4 años en relación con problemas de salud como caídas, diarreas, infecciones respiratorias agudas, bronquitis, observándose un patrón desfavorable para el sexo masculino, en general ante problemas específicos de salud de la población señala que sabe que hacer en caso de GEPIS, IRAS, y problemas dermatológicos, fiebre, dolor esto denota una falta de orientación ante este tipo de enfermedades (Ver cuadro N° 22)

En relación a si sus creencias le permiten apoyar los hábitos de salud de sus hijos encontramos que el 61% (148) contestaron que siempre, el 30% (72) algunas veces, el 7% (16) y el 2% (4) nunca En San Luis el 51% (108) contesto que siempre, el 45% (96) algunas veces, el 2% (4) frecuentemente y el 2% (4) nunca

Las madres de familia son el punto central donde se conjunta operativamente los recursos para la salud y la enfermedad, al mismo tiempo su función de curadora reúne la prescripción y normatividad medica, así como la aplicación particular de esa prescripción y los recursos caseros tradicionales, aprendidos empíricamente y/o mágico religiosos provenientes de diversos ámbitos de la vida en mas de la mitad de la población (Ver cuadro N° 23)

En lo que se refiere a la importancia sobre si los miembros de la familia deben aprender de sus conocimientos sobre salud encontramos que el 97% (232) contesto que SI y el 3% (8) NO En San Luis Tlaxialtemalco el 100% (200) contesto que SI

La familia desempeña una función clave en todos los aspectos de la salud por lo que el mundo se ve desde un punto de vista holístico, lo cual constituye la base de las creencias y practicas culturales de la salud de ahí que las madres de familia son quienes vinculan y sintetizan la

eficacia y la practica de la medicina tradicional y al mismo tiempo en ambas poblaciones expresaron el deseo de un mayor aprendizaje relacionado con la salud. (Ver cuadro N° 24)

Con respecto al apoyo moral que recibe de su pareja en las decisiones de salud el 52% (124) opino que mucho, el 18% (44) regular, el 15% (36) poco y el 15% (36) nada. En San Luis el 57% (114) contesto que regular, el 18% (36) mucho, el 17% (34) nada y el 8% (16) poco.

A la mujer se le asigna un rol de comportamiento de acuerdo al genero, es decir que no existe una equidad social con respecto al comportamiento entre hombres y mujeres ya que el papel de la mujer esta dirigido a proporcionar vida, atención y cuidados a su familia y al hombre solo lo visualizan como proveedor económico situación que poco a poco ha ido modificándose ya que las responsabilidades familiares se a inicia y aun existen mujeres que señalan que nunca reciben apoyo moral acerca de las decisiones de salud de su pareja. (Ver cuadro N° 25)

Con respecto al tiempo que dedica al cuidado de la familia el 44% (104) contestaron que mas de 10 horas diarias, el 38% (88) mas de 5 horas, el 12% (28) mas de 3 horas, el 6% (14) mas de 2 horas diarias. En San Luis el 43% (88) mas de 3 horas diarias, el 39% (80) mas de 5 horas, el 14% (28) mas de 10 horas y el 4% (10) mas de 2 horas.

El ingreso de la mujer al campo laboral ha significado un doble rol de actividades las cuales tienen que conjuntar con las domesticas con el fin de sobrevivir a sus roles como esposas, amas de casa, cuidadoras de niños tienen que asumir el rol de administradoras y jefas de hogar, tomadoras de decisiones por lo que ello ha roto con el rol de genero y la cantidad del tiempo dedicado a la familia ha tenido que ser olvidado y compartido con la actividad laboral con el único objetivo de mejorar el bienestar familiar tanto dentro como fuera del hogar. (Ver cuadro N° 26)

En lo que se refiere al trato que brinda a sus hijos es igual el 68% (164) contesto que siempre, el 22% (52) algunas veces, el 8% (20) frecuentemente y el 2% (8) nunca. En San Luis el 58% (116) contesto que siempre, el 30% (60) algunas veces y el 12% (24) frecuentemente.

Las mujeres en cualquier sociedad son quienes perpetúan las tradiciones y costumbres, por lo que aun cuando señalan que brindan el mismo trato a sus hijos e hijas en la practica dan mayor libertad a los hombres y mayor represión a sus hijas. (Ver cuadro N° 27)

4.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

La variable dependiente (Y) se obtuvo con las variables de la pregunta (11, 14,17,24, y 26).

La variable independiente (X) se formó con las variables de las preguntas (8,9,10,12,13,18,19,20,22,23,25,y 27).

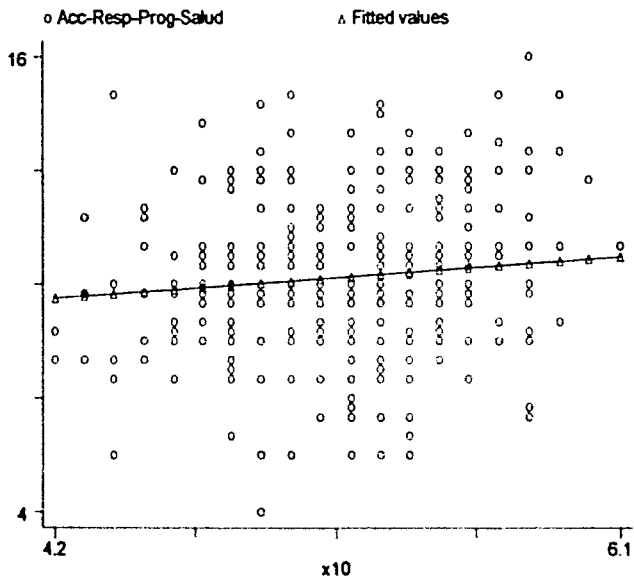
Por el método de mínimos cuadrados se ajustó una recta a la variable dependiente (Y) contra la variable independiente (X) el resultado fue el siguiente:

$Y = 7.22 + 0.057(x)$ es decir que la variable (y) (acciones que toma con respecto a los programas de salud y cuidados de la salud familiar) se incrementa un 5.7% por cada unidad que aumenta la variable (x). (Creencias, conocimientos y actitudes) gracias a la escolaridad de las mujeres.

La pendiente de esta recta es muy significativa pues da una t-student = 2.016 con una $P = 0.044$ es decir el incremento en la variable dependiente (Y) es estadísticamente muy significativa.

Comprobación de hipótesis

T = Student que mide la relación entre creencias, conocimientos y actitudes contra acciones respecto a los programas de salud.



Por cada 10 unidades que aumentan las creencias, conocimientos y actitudes, las acciones suben 57.31% con una p muy significativa de 0.044.

TESIS CON
FALSA CORRELACION

◆ **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	TIEMPOS			
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
DISEÑO	+++++++			
MARCO TEORICO		+++++++	+++++++	
METODOLOGIA			+++++++	
INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA			+++++++	+++++++
INFORME				+++++++

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura de medicina de familia en México nos ha permitido ver la importancia de la mujer como agente de salud y como el responsable de la atención de enfermos. (García 1997) de las comunidades de Tlaxiualtepec. Sin las Tlaxiualtepecas tampoco hay

ninguna posibilidad de tener una familia sana y equilibrada. Tanto a nivel de atención de enfermos, por lo que la salud de una familia depende en gran medida de la capacidad de la mujer de atender a sus hijos, así como de la capacidad de tener una vida de pareja y de familia.

Respecto a las acciones educativas. Sin las Tlaxiualtepecas con ellas no hay una buena cultura donde se permitan de proporcionar salud y a proporcionar de la salud se encuentran de proporcionar en general. Así como el rol de ellas en la atención de los enfermos con respecto a la salud.

Es de que concierne a la persona que atiende a los problemas de salud de los miembros de la familia. Responder que el tener en cuenta el tener en cuenta los problemas de los enfermos le permiten atender los problemas de salud a sus hijos, siempre y cuando ellos estén en una familia y las actividades que realiza cada miembro de la familia.

Con respecto a la solución de los problemas de salud encontramos que en ambas comunidades quien toma las decisiones es siempre la madre de familia, por lo que encontramos que se vive el gran trabajo de las mujeres con el papel de cuidadoras y responsables del equilibrio familiar.

Acercas de las acciones para los casos concretos de GEPIN, IRAN, problemas de inmunización, fiebre y dolor, solo la tercera parte de la población define sus acciones por lo que ante estos problemas la conciencia de los enfermos se complica debido a que no saben que llevan a las primeras manifestaciones del problema detectado aun cuando tiene casi en su totalidad la inquietud de aprender sobre el cuidado de la salud.

En lo relacionado a la importancia de que los miembros de la familia aprenda sobre sus conocimientos de salud, considera que las cinco horas diarias que les dedica aproximadamente son suficientes para inculcar en ellos el autocuidado.

En San Luis Tlaxiualtepec encontramos mujeres con muchas necesidades de salud por lo que en un futuro se deberá ampliar la información sobre género y salud (autocuidado), además la necesidad de ampliar los servicios de salud mental y mejorar la calidad de la atención se sugiere contemplar una perspectiva social y de género en esta revisión de servicios.

Por otra parte, en el centro de Nochimilco encontramos a las mujeres con actitudes, conocimientos y creencias muy similares a las de San Luis Tlaxiualtepec, puesto que existe un cambio de los roles tradicionales de las mujeres debido a la mayor educación y en general a la transformación del país.

Las mujeres desde tiempos remotos han sido el elemento rector dentro del ámbito en el que se desenvuelven (el hogar) y en la actualidad no deja de ser el eje de la familia, por lo que no es ajena a los problemas de salud familiar, tanto en el medio semiurbano como en las zonas urbanas, ya que es la principal promotora de actitudes que se traducen en el progreso de su entorno.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROPUESTA

PROGRAMA:

“PERSPECTIVA DE SALUD PARA LA MUJER “

ELABORADO:

GARCÍA MARTÍNEZ GLORIA

TINAJERO IBÁÑEZ BEATRIZ

MÉXICO DF.

2002.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la información obtenida de las encuestas aplicadas proponemos la realización del siguiente programa; con el fin de informar a las mujeres y a su familia sobre la importancia de conocer y/ o exigir el programa de salud integral para la mujer. (El cual puede aplicarse en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud) (CCOAPS- UNAM) debido a la accesibilidad de la población en San Luis Tlaxiátemalco :

JUSTIFICACIÓN

El papel del personal de enfermería siempre ha sido una tarea importante sobre todo por que tiene que aprender a enseñar para poder transmitir sus conocimientos a las comunidades que llevan una vida cotidiana aparentemente sana, con el objetivo de tratar de concientizar a las personas de cambiar sus hábitos de salud que son erróneos para mejor esta.

Aprender y enseñar siempre ha sido una tarea difícil pero considerando que es el motor del progreso en el mundo debemos continuar, aunque se trata de un conjunto de procedimientos y pasos, para el que también es necesario querer saber, de lo contrario no se da con éxito el aprendizaje.

Así que una de las variables centrales para afrontar el aprendizaje es clarificar los motivos que lo mueven, y resulta obvio que primero hay que querer aprender

Atención

Memoria

Comprensión

Procesos
Internos

Solución
de Problemas

Objetivos:

Al finalizarlas charlas la mujer:

-
- Conocerá la importancia de contar con un programa de salud integral para la Mujer.
- Identificará los factores que influyen en su papel como agente de Salud.
- Organización:

Limites

Espacio:

- CCOAPS

- **Centros de Salud**
- **Casas de la Salud**
- **Domicilio de las usuarias**
- **Escuelas.**

Tiempo:

- **Una hora diaria (acorde a las necesidades de las mujeres)**

Universo:

- **Todas las mujeres interesadas en su Salud.**

Tema: Salud integral de la mujer

Objetivo: Al finalizar la charla, la mujer conocerá la importancia del programa de Salud Integral para la mujer.

Desarrollo del tema	Tiempo	Técnica didáctica	Auxiliares didácticos	Evaluación
El personal de Salud explicará el concepto de programa, objetivos, temas y metas de este.	10'	Lectura comentada Interrogatorio directo Lluvia de ideas	Folletos Rota folio laminas	Inmediata Interrogatorio.
Se darán a conocer los temas que integran el programa, ventajas y desventajas.	15'	Demostrativo	Folletos Rota folio laminas	Inmediata Interrogatorio
Se explicaran los temas sobre Salud: Cambios en las diferentes etapas de la mujer. Detecciones oportunas (DOC, CACU, CAMA, HTA, DM) Control prenatal. Factores que intervienen en la Salud de la mujer. Atención Psicológica para la mujer.	35'	Demostrativa Explicativa	Folletos Rota folio laminas	Evaluación Subsecuente: En el momento de su consulta y / o en sus visitas domiciliarias.

Tema: Factores que influyen en el papel de la mujer como agente de salud y su entorno familiar.

Objetivo: Identificar los factores que influyen en la mujer como agente de salud y la influencia de estos en el entorno familiar.

Desarrollo del tema	del tiempo	Técnica didáctica	Auxiliar didáctico	Evaluación
Explicar el contenido del programa, objetivos, metas y sugerencias	5 hrs.	Explicativa Demostrativa Lluvia de ideas	Pizarrón Rotafolio Laminas Franelografo Diapositivas Acetatos	Inmediata: Preguntas dirigidas / simultaneas, observación directa. Subsecuente: Consulta (Psicológica) Visitas domiciliarias
Que es ser mujer. Todos somos importantes La Psicología Femenina. El trabajo femenino. Importancia de la educación. Concepto de familia Funciones. Importancia La familia actual. Lo importante de tomar decisiones en pareja.				

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ ALATORRE Wynter Edda.L La violencia de genero un problema tan antiguo en la conciencia de las mujeres y tan reciente en la conciencia social. ENEO – UNAM, México DF 2000.
- ❖ Estadísticas de empleo con enfoque de genero datos de 1997. INEGI. 305 pp.
- ❖ BONFIL Sánchez Paloma. Mujeres pobres, salud y trabajo. ED. GIMTRAP. Series de temas de discusión; México DF 1998.
- ❖ Carta de ciudadanía a las mujeres. Ciudadanas en movimiento por la democracia, 1ª ed; ED. Mareo México DF 1997. 30 pp.
- ❖ D. GROSS Richard. Psicología de la mente y la conducta. 2da. ed, ED. Manual Moderno, México DF 1998. 498 pp
- ❖ Diagnostico breve sobre la situación de las mujeres en el df. Secretaria de Desarrollo Social. Instituto Nacional de la Mujer del DF Abril 2001. 31 pp
- ❖ GONZALEZ Alvarado Francisco. Triada de violencia. Excelsior , Domingo 10 – Junio – 2001. 11-A pág
- ❖ El trabajo femenino una jornada de 24 horas. Memorias del foro Mujer y Trabajo 28 y 29 de Junio 1999. 215 pp
- ❖ FIGUEROA Perea Juan Guillermo. La condición de la mujer en el espacio de la salud. ED. El Colegio de México, México DF 1998. 331 pp.
- ❖ Guia elemental para la mujer y la familia. DIF – México DF. 1997. 83 pp
- ❖ RODRÍGUEZ Dinah. El trabajo domestico. Gaceta-UNAM C.U. 210501. N.-3457. 13 pág.
- ❖ GOMEZ Jara Francisco. Sociología. ED. Porrúa . México DF 1995. 225 pp.
- ❖ Igualdad de oportunidades y de trato para las mujeres en el trabajo. ED. Instituto Nacional de la Mujer del DF. México 1998. 25 pp
- ❖ JOHAN Luckmann. M A. R N Cuidados de enfermería . ED. Mc-Graw – Hill Interamericana. Vol 1 México DF 2000. 958 pp
- ❖ La perspectiva de genero una herramienta para construir una equidad entre mujer y hombre. DIF – UNICEF México DF 1997. 25 pp
- ❖ LEWIS John. Antropología sinterizada. ED Selector México 1997. 345 pp.
- ❖ MARINER Ann. Modelos y teorías de enfermería. 1ª ed ED Rol S.a. ESPAÑA 1989.
- ❖ M.D. Presencia de las mujeres. Vol 10, N - 8 Agosto 1995. 32 – 35 pág
- ❖ MILLER Keane. Diccionario enciclopédico de enfermería. 5ª Ed Ed Panamericana, 1995. 296 pp.
- ❖ Mujeres de xochimilco. DDF 2da Ed Ed DDF México 1998. 98pp
- ❖ PARIS. Pasaporte para la igualdad. UNESCO Ed Place de fonteno., 1999. 79 pp
- ❖ TURABIAN, José Luis. Mujer, salud y desarrollo. Ed. Diaz Mexico, 1997. 211 pp.
- ❖ VELÁSQUEZ, Margarita. Genero analisis y multidisciplina. Ed Colección multidisciplinaria, México. 1997. 221 pp
- ❖ VITALE, Luis. Historia y sociología de la mujer latinoamericana. Ed Fontamara, Barcelona, 1998. 122 pp.

- WWW.INEGI.GOB.MX
- WWW.visacom.com.mx

ANEXOS

UNAM- ENEO

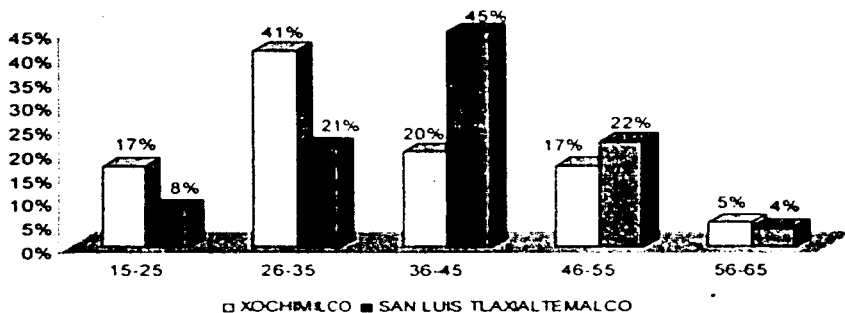
Cuadro N° 1

Edad de las mujeres encuestadas en Xochimilco Y San Luis Tlaxialtemalco

Xochimilco			San Luis Tlaxialtemalco	
Edad	F ^o	%	F ^o	%
15-25	40	17	16	8
26-35	100	41	42	21
36-45	48	20	90	45
46-55	40	17	44	22
56-65	12	5	5	4
Total	240	100	200	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las mujeres.
Lugar: Xochimilco y San Luis Tlaxialtemalco.

GRAFICO No. 1
EDAD DE LA MUJERES ENCUESTADAS EN XOCHIMILCO Y SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO



Fuente: Cuadro No. 1
Fecha: 2001

TRIPS CON
FALLA DE ORIGEN

UNAM- ENEO

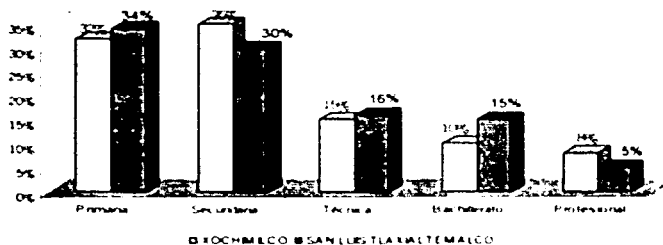
Cuadro N° 2

Escolaridad de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San. Luis Tlaxialtemalco

Xochimilco			San Luis Tlaxialtemalco	
Escolaridad	F°	%	F°	%
Primaria	76	32	68	34
Secundaria	84	35	60	30
Técnica	36	15	32	16
Bachillerato	24	10	30	15
Profesional	20	8	10	5
Total	240	100	200	100

Fuente: misma del cuadro No1.

GRAFICO No. 2
ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN XOCHIMILCO Y SAN LUIS TLAXIALTEMALCO



Fuente: Cuadro No. 2

UNAM - ENEO

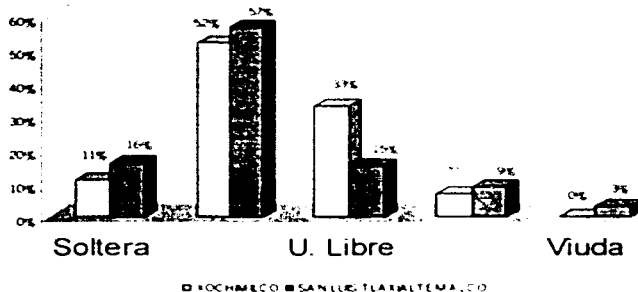
Cuadro N° 3

Estado civil de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San Luis Tlaxialtemalco

Edo. Civil	Xochimilco		San Luis Tlaxialtemalco	
	fº	%	fº	%
Soltera	28	11	32	16
Casada	124	52	114	57
U. Libre	72	33	33	15
Divorciada	16	7	18	9
Viuda	0	0	6	3
Total	240	100	200	100

Fuente: misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 3 ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN XOCHIMILCO Y SAN LUIS TLAXIALTEMALCO



Fuente: Cuadro No. 3

UNAM- ENEO

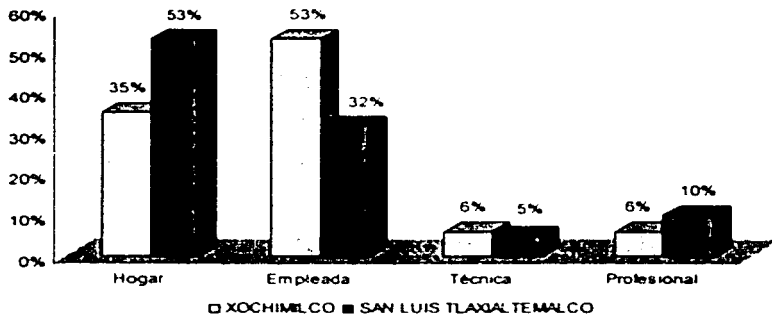
Cuadro n° 4

Ocupación de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San. Luis Tlaxialtemalco

Xochimilco			San Luis Tlaxialtemalco	
Ocupación	f°	%	f°	%
Hogar	84	35	107	53
Empleada	124	53	63	32
Técnica	16	6	9	5
Profesional	16	6	21	10
Total	240	100	200	100

Fuente: misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 4
OCUPACION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN XOCHIMILCO Y
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO



Fuente: Cuadro No. 4

UNAM- ENEO

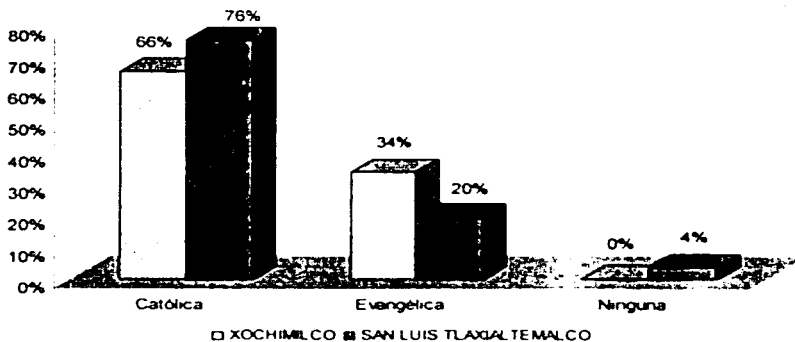
Cuadro No. 5

Religión de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San. Luis Tlaxialtemalco

Xochimilco			San Luis Tlaxialtemalco	
Religión	Fº	%	Fº	%
Católica	158	66	152	76
Evangélica	82	34	40	20
Ninguna	0	0	8	4
Total	240	100	200	100

Fuente: misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 5
RELIGION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN XOCHIMILCO Y SAN LUIS TLAXIALTEMALCO



Fuente: Cuadro No. 5

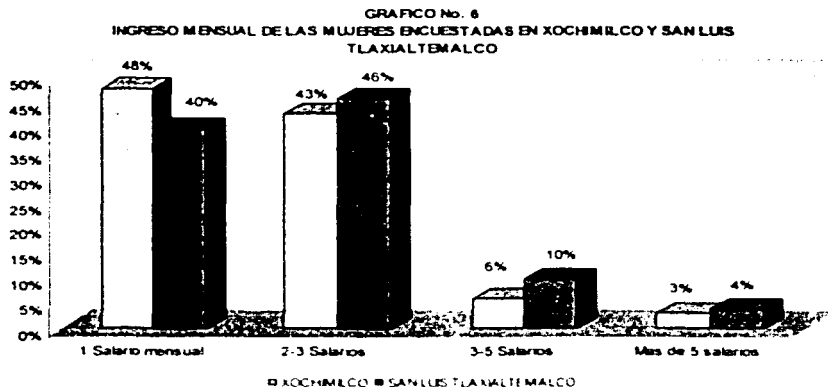
UNAM- ENEO

Cuadro N° 6

Ingreso mensual de las mujeres encuestadas en Xochimilco y sn. Luis Tlaxialtemalco

Xochimilco			san Luis Tlaxialtemalco	
Salario mensual	F°	%	F°	%
1 Salario mensual	116	48	80	40
2-3 Salarios	104	43	92	46
3-5 Salarios	12	6	20	10
Mas de 5 salarios	8	3	8	4
Total	240	100	200	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.



Fuente Cuadro No.6

UNAM - ENEO

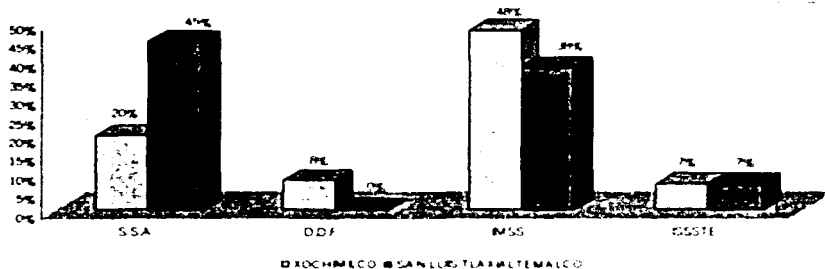
Cuadro n° 7

Respecto al servicio de salud de las mujeres encuestadas en Xochimilco y San. Luis Tlaxialtemalco

Servicio de salud	Xochimilco		San Luis Tlaxialtemalco	
	F°	%	f°	%
Privado	40	17	20	10
S.S.A	48	20	90	45
D.D.F.	20	8	0	0
IMSS	116	48	76	38
ISSSTE	16	7	14	7
Total	240	100	200	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 7
RESPECTO AL SERVICIO DE SALUD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN XOCHIMILCO Y SAN LUIS TLAXIALTEMALCO



Fuente: Cuadro No.7

UNAM- ENEO

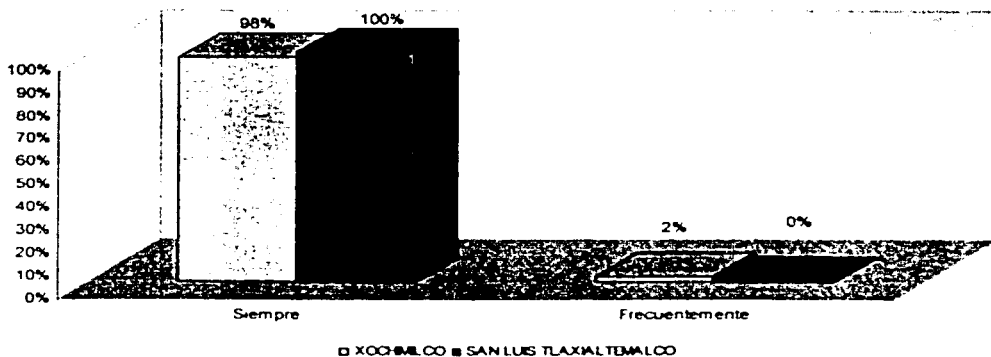
Cuadro n° 8

Educación igual a mujeres y hombres

Xochimilco			San Luis Tlaxialtemalco	
Educación igual	F°	%	F°	%
Siempre	236	98	204	100
Frecuentemente	4	2	0	0
Total	240	100	204	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 8
EDUCACION IGUAL A MUJERES Y HOMBRES



Fuente: Cuadro No. 8

UNAM - ENEO

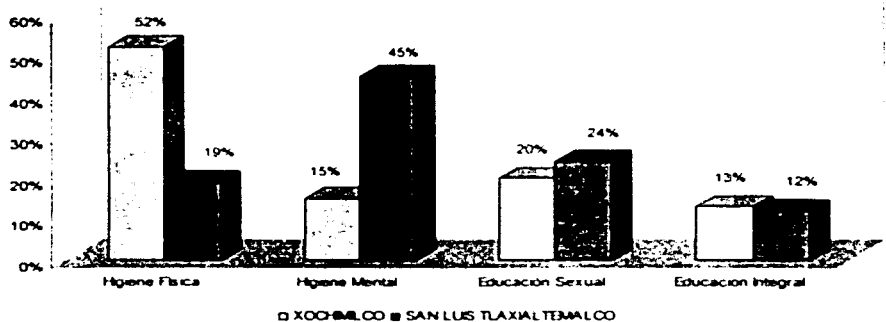
Cuadro N° 9

Enfoque de la información sobre educación a la salud

Xochimilco			San Luis Tlaxialtemalco	
Información sobre	F°	%	F°	%
Higiene Física	156	52	38	19
Higiene Mental	44	15	90	45
Educación Sexual	60	20	48	24
Educación Integral	40	13	24	12
Total	300	100	200	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICO No. 9
INFORMACION SOBRE EDUCACION A LA SALUD



Fuente: Cuadro No. 9

UNAM- ENEO

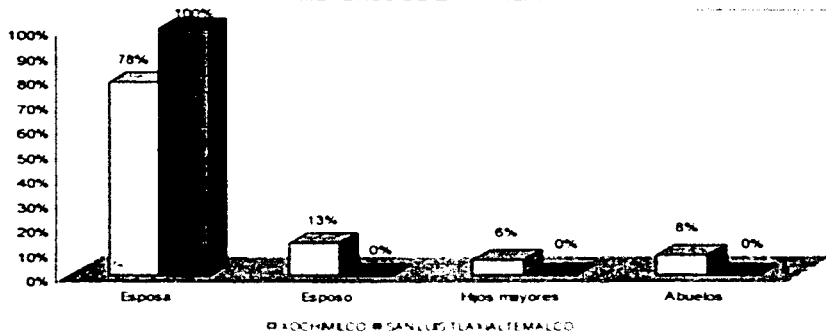
Cuadro No. 10

Persona que atiende las necesidades personales de los miembros de la familia

Xochimilco			San Luis Tlaxiatemalco	
Persona que atiende	F°	%	F°	%
Esposa	212	78	168	100
Esposo	36	13	0	0
Hijos mayores	16	6	0	0
Abuelos	8	8	0	0
Total	272	100	168	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICO No. 10
PERSONA QUE ATIENDE LAS NECESIDADES PERSONALES DE LOS
MIEMBROS DE LA FAMILIA



Fuente: Cuadro No. 10

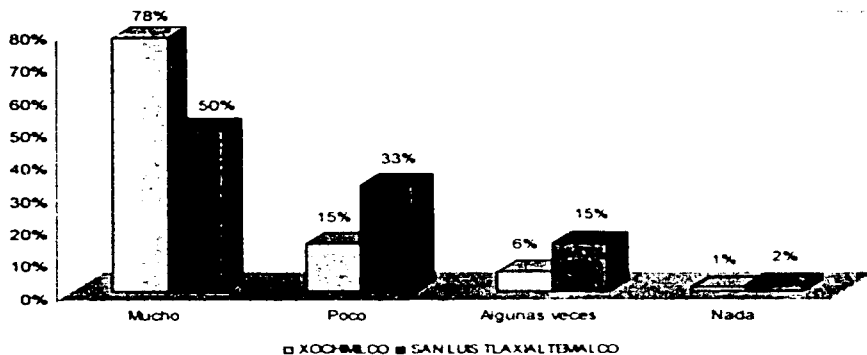
UNAM – ENEO
Cuadro N° 11

La familia restringe su libertad para su desarrollo personal

Su familia la restringe	Xochimilco		San Luis	
	F°	%	F°	%
Mucho	212	78	84	50
Poco	40	15	56	33
Algunas veces	16	6	24	15
Nada	4	1	4	2
Total	272	100	168	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 11
LA FAMILIA RESTRINGE SU LIBERTAD PARA SU DESARROLLO PERSONAL



Fuente: Cuadro No. 11

UNAM- ENEO

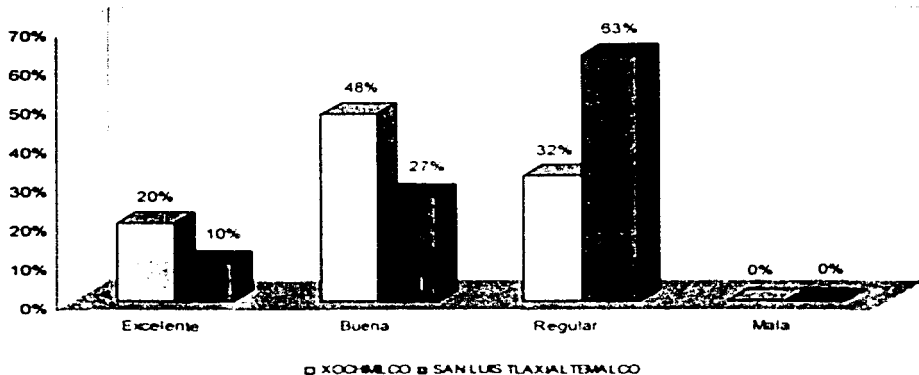
Cuadro N° 12

La relación que llevan los miembros de la familia

Relacion de la familia	Xochimilco		San. Luis Tlaxiatalmalco	
	F°	%	f°	%
Excelente	48	20	20	10
Buena	116	48	54	27
Regular	76	32	126	63
Mala	0	0	0	0
Total	240	100	200	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 12
LA RELACION QUE LLEVAN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA



Fuente: Cuadro No. 12

UNAM – ENEO

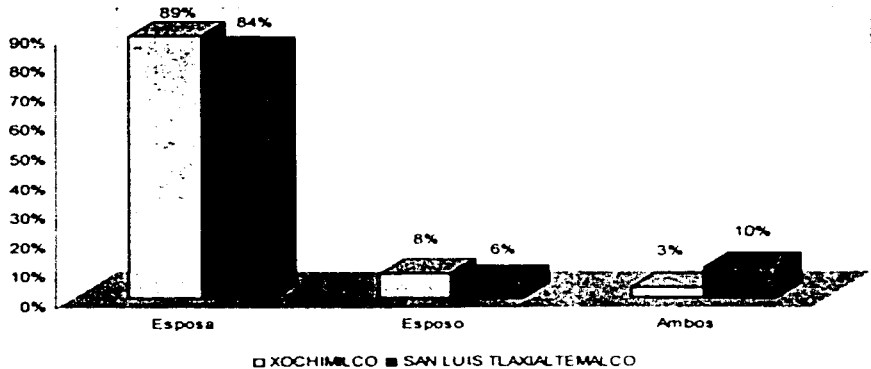
Cuadro n° 13

Quien determina la solución de los conflictos en la familia

Xochimilco			San Luis Tlaxialtemalco	
Persona que soluciona	F°	%	F°	%
Esposa	212	89	168	84
Esposo	20	8	12	6
Ambos	8	3	20	10
Total	240	100	200	100

Fuente: Misma del cuadro N° 1.

GRAFICO No. 13
QUIEN DETERMINA LA SOLUCION DE LOS CONFLICTOS EN LA FAMILIA



Fuente: Cuadro No. 13

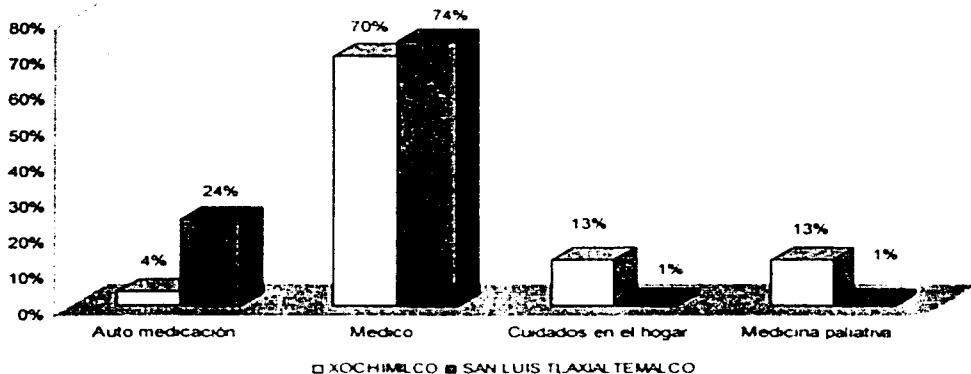
UNAM- ENEO
Cuadro N° 14

A quien recurre cuando alguien de la familia enferma

Xochimilco			San. Luis Tlaxialtemalco	
A que metodo recurre	Fº	%	fº	%
Auto medicación	8	4	50	24
Medico	168	70	156	74
Cuidados en el hogar	32	13	4	1
Medicina paliativa	32	13	2	1
Total	240	100	212	100

Fuente: Misma del cuadro N° 1.

GRAFICO No. 14
A QUIEN RECURRE CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA ENFERMA



Fuente: Cuadro No. 14

UNAM – ENEO

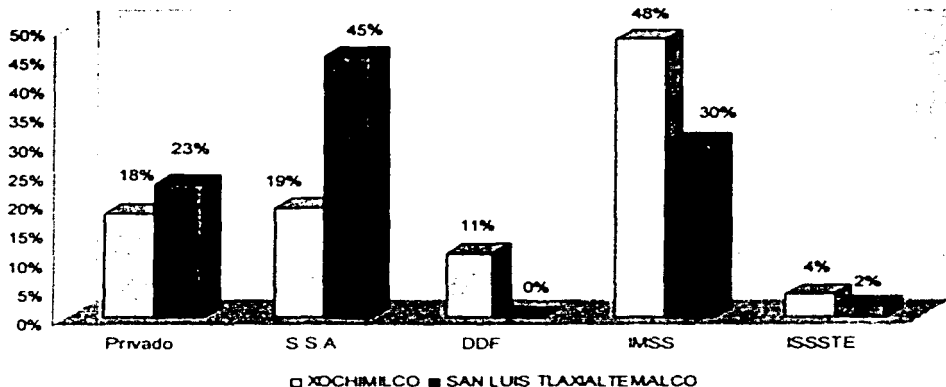
Cuadro n° 15

Si acude al médico este pertenece al sector

Xochimilco			San Luis Tlaxiátemalco	
Sector al que pertenece	F°	%	F°	%
Privado	56	18	46	23
S.S.A	58	19	90	45
DDF	36	11	0	0
IMSS	150	48	60	30
ISSSTE	12	4	4	2
Total	312	100	200	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 15
SI ACUDE AL MEDICO ESTE PERTENECE AL SECTOR



Fuente: Cuadro No. 15

UNAM- ENEO

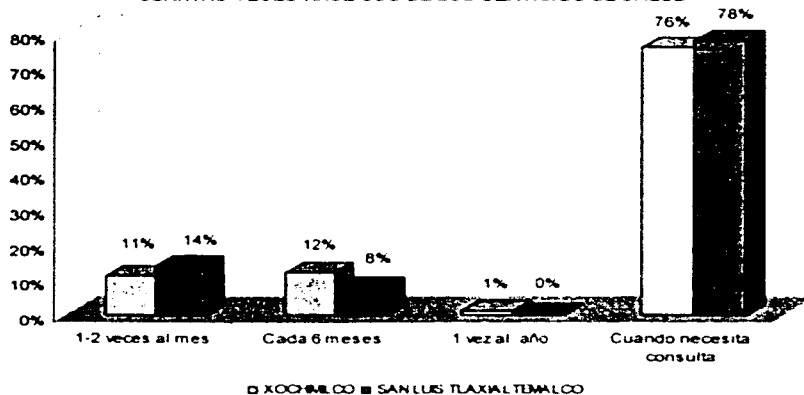
Cuadro N° 16

Cuántas veces hace uso de los servicios de salud

Xochimilco			San Luis Tlaxiatemalco	
Uso servicio de Salud	Fº	%	Fº	%
1-2 veces al mes	28	11	36	14
Cada 6 meses	32	12	20	8
1 vez al año	4	1	0	0
Cuando necesita consulta	200	76	200	78
Total	264	100	256	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1

GRAFICO No. 16
CUANTAS VECES HACE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Cuadro No. 16

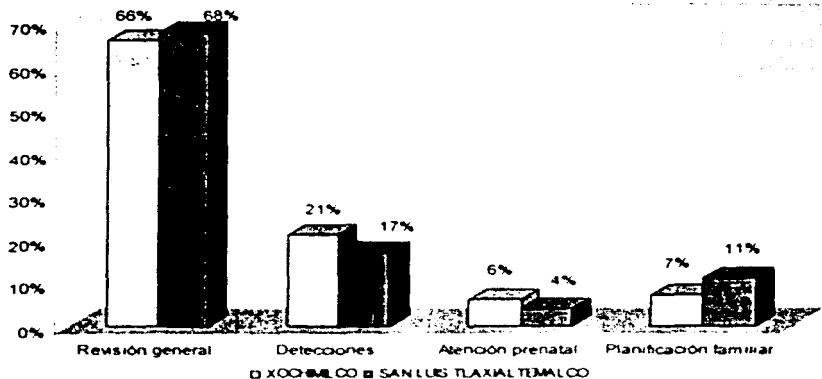
UNAM - ENEO
Cuadro N° 17

El motivo por el que acude al medico es:

Xochimilco			San. Luis Tlaxialtemalco	
Motivo para acudir al medico	F°	%	F°	%
Revisión general	184	66	150	68
Detecciones	60	21	38	17
Atención prenatal	16	6	8	4
Planificación familiar	20	7	24	11
Total	280	100	220	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 17
EL MOTIVO POR EL QUE ACUDE AL MEDICO ES



Fuente: Cuadro No. 17

UNAM- ENEO

Cuadro N° 18

En sus embarazos tuvo problemas

Xochimilco			San Luis Tlaxiátemalco	
En los embarazos presente	F°	%	F°	%
Amenaza de aborto	10 4	40	72	33
Presión alta/baja	32	12	40	21
Diabetes gestacional	4 0	15	4	2
Ninguno	84	33	96	44
Total	26 0	100	220	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 18
EN SUS EMBARAZOS TUVO PROBLEMAS



Fuente: Cuadro No. 18

UNAM – ENEO

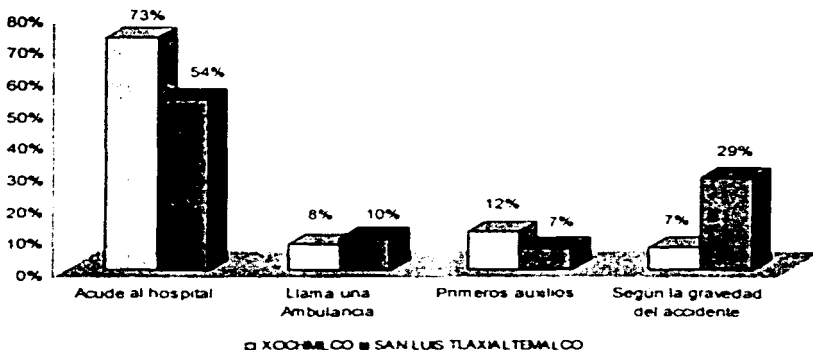
Cuadro N° 19

En caso de accidentes en el hogar usted:

xochimilco			San. Luis Tlaxialtemalco	
En accidentes en el hogar	F°	%	F°	%
Acude al hospital	172	73	110	54
Llama una Ambulancia	20	8	20	10
Primeros auxilios	28	12	14	7
Según la gravedad del accidente	16	7	60	29
Total	236	100	204	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 19
EN CASO DE ACCIDENTES EN EL HOGAR USTED



Fuente: Cuadro No. 19

UNAM- ENEO

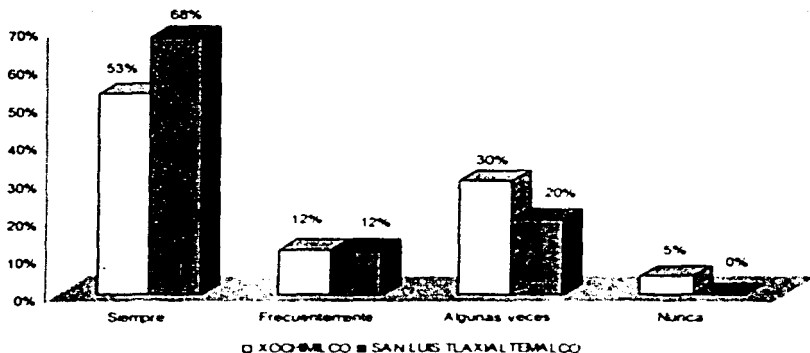
Cuadro n° 20

Transmite a su familia sus costumbres respecto a la salud

Xochimilco				San Luis Tlaxialtemalco	
Transmite costumbres	sus	F°	%	f°	%
Siempre		128	53	136	68
Frecuentemente		28	12	24	12
Algunas veces		72	30	40	20
Nunca		12	5	0	0
Total		240	100	200	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

**GRAFICO No. 20
TRANSMITE A SU FAMILIA SUS COSTUMBRES RESPECTO A LA SALUD**



Fuente: Cuadro No. 20

UNAM – ENEO

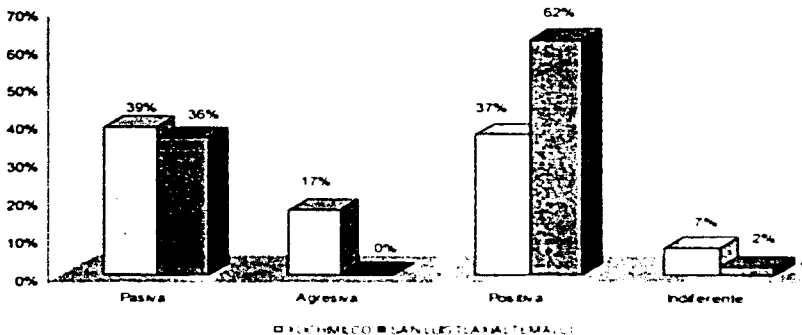
Cuadro N° 21

Su actitud ante la enfermedad

Xochimilco			San Luis Tlaxiátemalco	
Su actitud es	F°	%	F°	%
Pasiva	108	39	72	36
Agresiva	48	17	0	0
Positiva	104	37	124	62
Indiferente	20	7	4	2
Total	280	100	200	100

Fuente: Misma del cuadro N° 1.

GRAFICO No. 21
SU ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD



Fuente: Cuadro No. 21

UNAM- ENEO

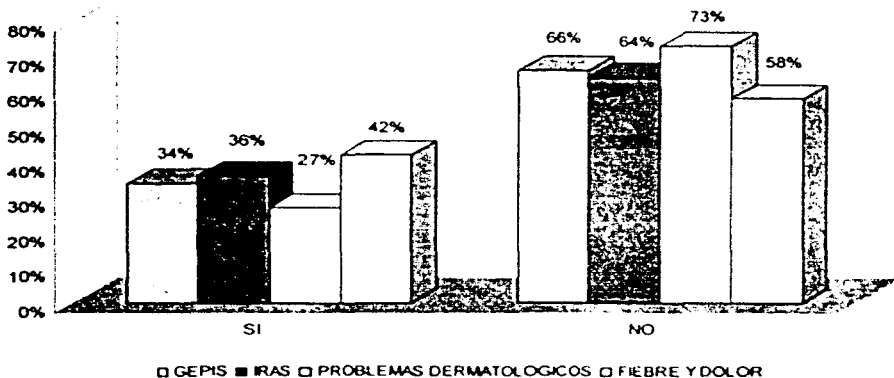
Cuadro n° 22

Sabe que hacer en caso:

Xochimilco /				San. Luis Tlaxialtemalco				
Sabe que hacer	GEPIS	%	IRAS	%	PROB.DERMATOLOGICOS	%	FIEBRE DOLOR	%
SI	40	34	40	36	40	27	44	42
NO	79	66	70	64	107	73	60	58
Total	119	100	110	100	147	100	104	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 22
SABE QUE HACER EN CASO



Fuente: Cuadro No. 22

UNAM - ENEO

Cuadro n° 23

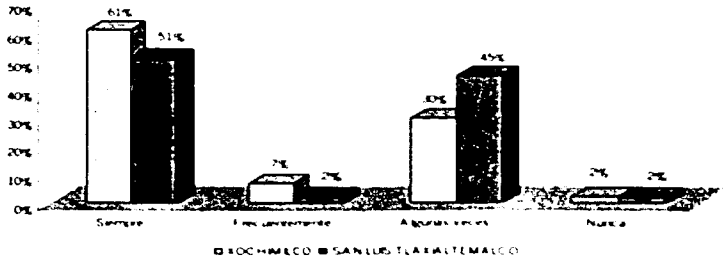
Sus creencias le permiten apoyar los hábitos de salud en sus hijos

Xochimilco			San Luis Tlaxialtemalco	
Sus creencias apoyan	F°	%	F°	%
Siempre	148	61	108	51
Frecuentemente	16	7	4	2
Algunas Veces	72	30	96	45
Nunca	4	2	4	2
Total	240	100	212	212

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 23

SUS CREENCIAS LE PERMITEN APOYAR LOS HABITOS DE SALUD EN SUS HIJOS



Fuente: Cuadro No. 23

UNAM- ENEO

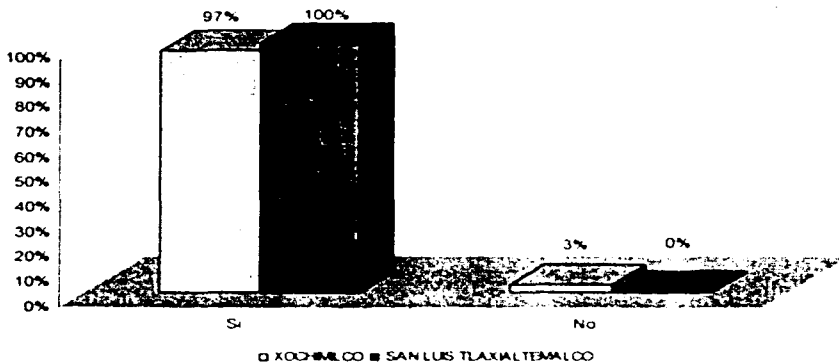
Cuadro n° 24

Es importante que su familia aprenda sus conocimientos sobre salud

Xochimilco			San .Luis Tlaxialtemalco	
Es importante que su familia aprenda	F°	%	F°	%
Si	232	97	200	100
No	8	3	0	0
Total	240	100	200	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 24
ES IMPORTANTE QUE SU FAMILIA APRENDA SUS CONOCIMIENTOS SOBRE
SALUD



Fuente: Cuadro No. 24

UNAM – ENEO

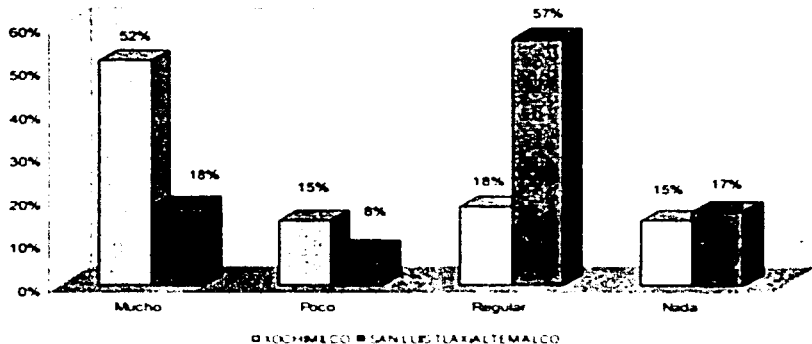
Cuadro n° 25

En decisiones de salud el apoyo moral que recibe de su pareja

Xochimilco			San Luis Tlaxiatemalco	
En las deiciones de Salud el apoyo es	Fº	%	Fº	%
Mucho	124	52	36	18
Poco	36	15	16	8
Regular	44	18	114	57
Nada	36	15	34	17
Total	240	100	200	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 25
EN DECISIONES DE SALUD EL APOYO MORAL QUE RECIBE DE SU PAREJA



Fuente: Cuadro No. 25

TECNIS CON
FALLA DE OR.GEN

UNAM- ENEO

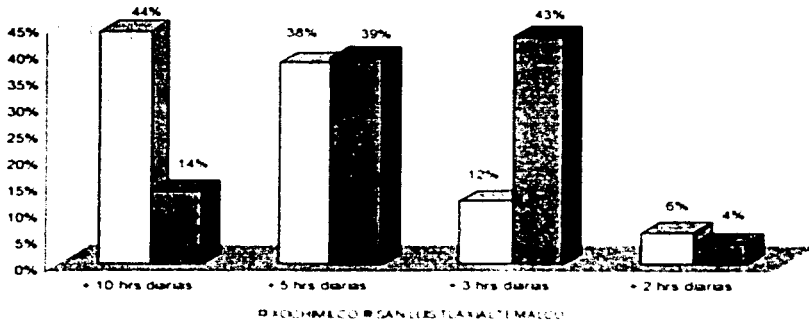
Cuadro 26

Cuántas horas le dedica al cuidado de su familia

Xochimilco			San. Luis Tlaxiatemalco	
Tiempo que dedica a su familia	Fº	%	Fº	%
+ 10 hrs diarias	104	44	28	14
+ 5 hrs diarias	88	38	80	39
+ 3 hrs diarias	28	12	88	43
+ 2 hrs diarias	14	6	10	4
Total	234	100	206	100

Fuente: Misma del cuadro n° 1.

GRAFICO No. 26
CUANTO TIEMPO LE DEDICA AL CUIDADO DE SU FAMILIA



Fuente: Cuadro No. 26

UNAM - ENEO

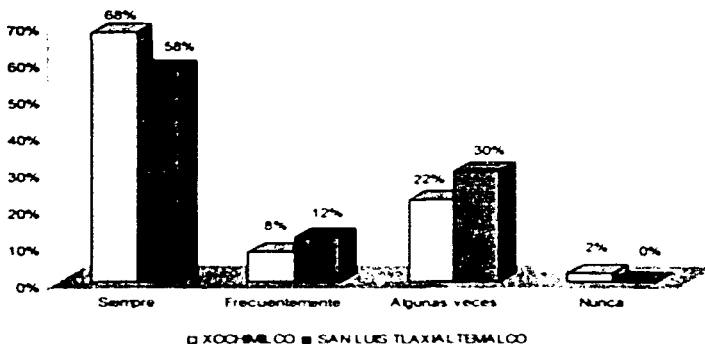
Cuadro n° 27

Brinda el mismo trato a sus hijos que hijas

Xochimilco			San Luis Tlaxiataltemalco	
Brinda el mismo trato	F°	%	F°	%
Siempre	164	68	116	58
Frecuentemente	25	8	24	12
Algunas veces	52	22	60	30
Nunca	4	2	0	0
Total	240	100	200	100

Fuente: Misma del cuadro N° 1.

GRAFICO No. 27
BRINDA EL MISMO TRATO A SUS HIJOS QUE HIJAS



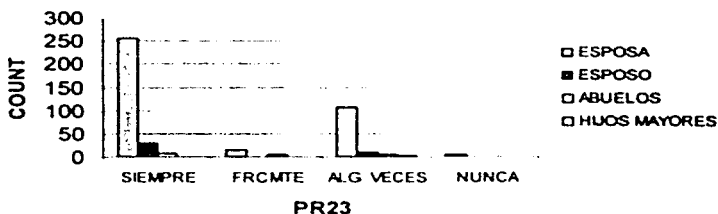
Fuente: Cuadro No. 27

CUADRO 28
Solución de los Problemas de salud

PR23* R10 Crosstabulation
Count

		R10				TOTAL
		ESPOSA	ESPOSO	ABUELOS	HIJOS MAYORES	
PR23	SIEMPRE	255	29	7	1	292
	FRECIENTE	16	1	4		21
	ALG. VECES	106	9	5	3	123
	NUNCA	4				4
TOTAL		381	39	16	4	440

GRAFICA No. 28
PERSONA QUE ATIENDE LAS NECESIDADES
PERSONALES DE LA FAMILIA



Fuente: Cuadro No. 28

Chi - Square Tests

	Chi-	Value	df	Asymp.sig (2-sided)
Pearson Square		21.409	9	0.011
Likelihood Ratio		200.7014.7754	9	0.097
Linear-by-Linear Association		0.0131.464	1	0.226
N of Valid Cases		440		

10 cells (62.5%) have expected count less than 5. the minimum expected count is .04

CUADRO 29

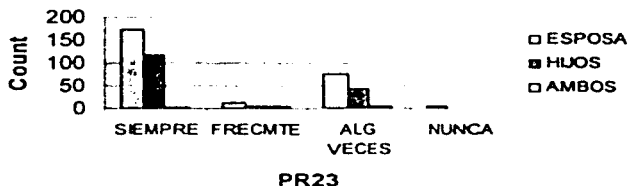
Solución de los Problemas de salud

PR23* R13 Crosstabulation
Count

		R13				
		ESPOSA	HIJOS	AMBOS		TOTAL
PR23	SIEMPRE	172	117	3	3	292
	FRECIENTE	13	4	4	4	21
	ALG. VECES	75	43	5	5	123
	NUNCA	44				44
TOTAL		264	164	12	12	440

Fuente: Datos obtenidos de los Cuestionarios

GRAFICA No. 29 Solución de los Problemas de Salud



Fuente: Cuadro 29

Chi-Square Test

	Valua	df	Asymp.sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	29.828	6	0
Likelihood Ratio	200.704	6	0.002
Linear-by-Linear Association	0.013	1	0.909
N of Valid Cases	440		

a 5 cells (41.7%) have expected count less than 5. the minimum expected count is .11.

CUADRO 30

Sabe que hacer en caso de Enf. Gastrointestinales

PR23*PR22EG Crosstabulation
Count

		PR22EG			
		SI	NO	TO	TAL
PR23	SIEMPRE	167	125	3	292
	FRECMTTE	10	11	4	21
	ALG. VECES	61	62	5	123
	NUNCA	4			4
TOTAL		242	164	198	440

Fuente: Datos obtenidos de los Cuestionarios

GRAFICA No. 30

Sabe que hacer en caso de enf. Gastrointestinales



Fuente: Cuadro 30

Chi-Square Test

	Chi-Square	Value	df	Asymp.sig (2-sided)
Pearson	Chi-Square	5.754	3	0.124
Likelihood Ratio		7.256	3	0.064
Linear-by-Linear Association		0.968	1	0.325
N of Valid Cases		440		

a 2 cells (25.0%) have expected count less than 5 the minimum expected count is 1.80

CUADRO 31
Sabe que hacer en caso de problemas dermatológicos

PR23*PR22PBDER Crosstabulation
Count

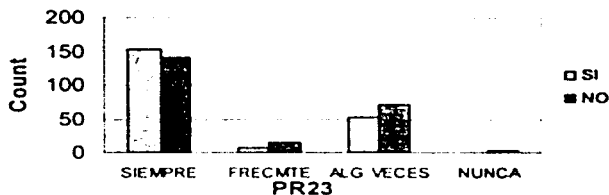
		PR22PBDER		TOTAL
		SI	NO	
PR23	SIEMPRE	152	140	292
	FRECMTTE	6	15	21
	ALG. VECES	52	71	123
	NUNCA	4	4	8
TOTAL		210	230	440

Fuente: Datos obtenidos de los Cuestionarios

Fuente:
 31
 Chi-
 Test

GRAFICA No. 31
 Sabe que Hacer en caso de Problemas
 Dermatologicos

Cuadro
 Square



	Value	df	Asymp.sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.398	3	0.15
Likelihood Ratio	12.061	3	0.007
Linear-by-Lioner Association	5.765	1	0.016
N of Valid Cases	440		

a 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. the minimum expected count is 1.91

CUADRO 32
Cuántas horas dedica al cuidado de su familia

PR23*PR26 Crosstabulation
 Count

		R26				
		> 10 Hrs.	> 5 Hrs.	> 3 Hrs.	> 2 Hrs.	TOTAL
PR24	SI	126	164	111	25	426
	NO	6	3			9
TOTAL		132	167	111	25	435

GRAFICA No. 32
Cuántas Horas Dedica al cuidado de su familia



Fuente: Cuadro 32

Chi-Square Test

	Value	df	Asymp.sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.93	3	0.074
Likelihood Ratio	8.741	3	0.033
Linear-by-Linear Association	6.289	1	0.012
N of Valid Cases	435		

a 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. the minimum expected count is .52

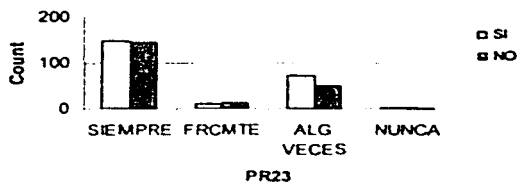
CUADRO 33
Sabe que hacer en caso de problemas dermatologicos

PR23*PR22IRA Crosstabulation
Count

		PR22IRA		
		SI	NO	TOTAL
PR23	SIEMPRE	147	145	292
	FRECMTE	9	12	21
	ALG. VECES	73	50	123
	NUNCA	2	2	4
TOTAL		231	209	440

Fuente: Datos obtenidos de los Cuestionarios

GRAFICA No. 33
Es importante que su familia aprenda
sus conocimientos sobre que hacer
en IRAS



Fuente: Cuadro 33

Chi-Square Test

	Chi-	Value	df	Asymp.sig (2-sided)
Pearson Square		3.652	3	0.302
Likelihood Ratio		3.67	3	0.299
Linear-by-Linear Association		2.269	1	0.132
N of Valid Cases		440		

a 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. the minimum expected count is 1.90

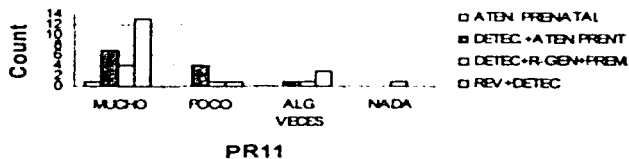
CUADRO 34
Cuántas veces acude a su servicio de salud

Crosstabulation
Count

		ATEN. PREN.	R17 DETEC+ATE	DETEC+R	REV+DETEC	TOTAL
PR11	MUCHO	1	7	4	13	25
	POCO		4	1	1	6
	ALG. VECES		1	1	3	5
	NADA			1		1
TOTAL		1	12	7	17	37

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios

GRAFICA No. 34
Cuántas veces acude a su servicio de salud



Fuente: Cuadro 34

Chi-Square Test

		Value	df	Asymp.sig (2-sided)
Pearson	Chi-Square	68.962	9	0.441
Likelihood Ratio		8.163	9	.518
Linear-by-Linear Association		0.013	1	0.91
N of Valid Cases		37		

a 14 cells (87.5%) have expected count less than 5. the minimum expected count is .03

CUADRO 35

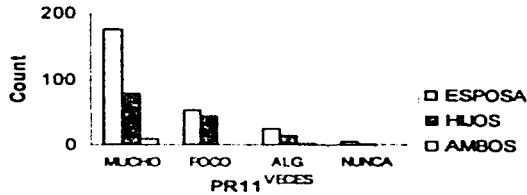
Quien Determina la solución de Problemas

Crosstabulation
Count

		PR13			
		ESPOSA	HIJOS	AMBOS	TOTAL
PR11	MUCHO	176	79	9	264
	POCO	52	44		96
	ALG. VECES	24	14	2	40
	NUNCA	6	2		8
TOTAL		258	139	11	408

Fuente: Datos obtenidos de los Cuestionarios

GRAFICA No. 35
Quien determina la solución de problemas



Fuente: Cuadro 35

Chi-Square Test

	Value	df	Asymp.sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.505	6	0.074
Likelihood Ratio	13.85	6	0.031
Linear-by-Linear Association	0.742	1	0.389
N of Valid Cases	408		

a 4 cells (33.3%) have expected count less than 5. the minimum expected count is.22

CUADRO 36

Es importante que su familia aprenda sus conocimientos sobre que hacer en GEPIS

PR24*PREG Crosstabulation
Count

		PR22IRA		
		SI	NO	TOTAL
PR24	SI	239	191	430
	NO	2	7	9
TOTAL		241	198	439

Fuente: Datos obtenidos de los Cuestionarios

GRAFICA No. 36

Es importante que su familia aprenda sus conocimientos sobre que hacer en GEPIS



Fuente: Cuadro 36

Chi-Square Test

	Value	df	Asymp.sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.962	1	0.015
Continuity correction	2.729	1	0.007
Likelihood Ratio	4.093	1	0.016
Linear-by-Linear Association	3.953		0.085
N of Valid Cases	439		

A Computed only for 2X2 table
a 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. the minimum expected count is 4.06