

2 00943



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PUBLICA

SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO, DIRIGIDO A
FORTALECER LA AGENCIA DE CUIDADO EN EL
PERSONAL DE SALUD RESPONSABLE DE LA
MICRORREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I;
CON EL FIN DE INFLUIR EN LOS FACTORES QUE
PREDISPONEN A CANCER CERVICO UTERINO

ESTUDIO DE CASO:
PARA OBTENER EL GRADO DE:
ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA

PRESENTA:

LIC. ENF. ELDA AGUEDA ESPEJEL GOMEZ

Asesor: Lic. E.E.S.P. Guadalupe Pérez Hernández



MEXICO, D. F.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



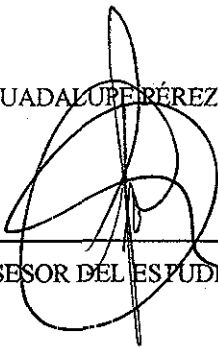
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

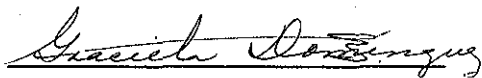
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

LIC / EESP. GUADALUPE RÍREZ HERNÁNDEZ



Vo. Bo. ASESOR DEL ESTUDIO DE CASO

PROFA. GRACIELA DOMÍNGUEZ B.



CORRECCIONISTA DE ESILO
Cédula Profesional: 1774043

AGRADECIMIENTO

Para las personas que de alguna forma contribuyeron al logro de los objetivos trazados

DR Roberto Serrano Agüeros

Jefe de Jurisdicción Sanitaria Ecatepec

LEO ESP. E. Guadalupe Pérez Hernández

Coord. de Enseñanza e Investigación de Enfermería Jurisdiccional

DR. Arturo Ríos Vázquez

Coordinador Normativo Jurisdiccional

M S P. Sofía Del Carmen Sánchez Piña

Coordinadora de la especialidad en Salud Pública

M S P. Juan Pablo Villa Barragán

Tutor académico

M S.P. Gloria María Galván Flores

Tutor académico

C. Alfonso Garrido Olvera

MC. ESP. Eduardo Valdez Quiroz

ENF ESP Esthela Lozano González

DR Rodolfo J López Marmolejo

PSIC. Alicia Ríos Flores

ENF Elba Salcedo Sánchez

JEFE DE ENF. Emma García Aguirre

DR. Francisco Cárdenas Caballero

TRAB. SOCIAL Irma García Jiménez

DRA. Ma De Los Ángeles López Madrid

JEFE DE ENF Martha Álvarez Chávez

TAPS. Roberto Martínez Alvarado

TAPS Rocio I. Mendoza Gómez

JEFE DE ENF Yolanda G. Guerrero Martínez

ENF Edgar J. Castillejos Rosas

DR. Fernando Díaz

CITOTECNOLOGO Víctor Villaruel

VOLUNTARIA. Patricia A. López Estrada

Grupo de Enfermeras Pasantes en Servicio Social del Conalep

A quienes participaron de forma constante
y que contribuyeron al desarrollo humanitario
y profesional, así como a la realización de esta
investigación.

“ MI ETERNO AGRADECIMIENTO POR SIEMPRE”

A MI ESPOSO

Gracias por todo el apoyo y comprensión
durante las noches de desvelos y los días
de ausencia con admiración y amor

A MIS PADRES

Que siempre me han apoyado incondicionalmente
hasta el fin de mi formación profesional
y se han sacrificado sin exclusividades

Hoy comparto este triunfo
el cual sin ustedes no se habría logrado

GRACIAS

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|------|
| Introducción | 1 |
| 1. Objetivos del estudio de caso | |
| 1.1. Generales | 3 |
| 1.2. Específicos | 3 |
| 2. Fundamentación del estudio de caso | |
| 2.1 Antecedentes | 5 |
| 2.2 Marco conceptual | |
| 2.2.1 Paradigma | 8 |
| 2.2.2 Teoría de enfermería (Orem) | 8 |
| 2.2.3 Otras disciplinas (Enfoque de riesgo) | 19 |
| 2.2.4 Salud pública | 28 |
| 2.2.5 Proceso de enfermería | 31 |
| 2.3 Consideraciones éticas | 42 |
| 3. Metodología | |
| 3.1 Selección y descripción genérica del caso | 45 |
| 3.2 Proceso de Intervención especializada | 47 |
| 3.2.1 Valoración | 47 |
| 3.2.1.1 Extensa | 47 |
| 3.2.1.2 Focalizada | 70 |
| 3.2.2 Diagnóstico | 78 |
| 3.2.3 Plan de Intervenciones | 83 |
| • Objetivo del plan de intervención | 87 |
| • Metas | 88 |
| • Análisis de factibilidad | 89 |
| • Organización | 91 |
| • Plan de evaluación de la intervención | 106 |

| | |
|--|------------|
| 3.2.4. Ejecución de la intervención | 107 |
| 3.2.5. Evaluación del caso | 125 |
| 3.2.6. Evaluación general de la intervención | 133 |
| Conclusiones del caso | 136 |
| Conclusiones de la intervención | 138 |
| Sugerencias | 141 |
| Glosario | 143 |
| Bibliografía | 146 |
| Anexos Y Apéndices (Índice específico) | |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | Pág |
|---|-----|
| No 1 Mapa de Ecatepec | 155 |
| No 2 Croquis Panorámico de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe | 156 |
| No. 3 Croquis de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe I | 157 |

ÍNDICE DE APÉNDICES

| | |
|--|-----|
| No.1 Cédula de captación de datos por familia | 159 |
| No.2 Operacionalización de variables e indicadores | 163 |
| No.3 Cuestionario de déficit de autocuidado (OREM) | 168 |
| No.4 Lista de precisión de la muestra | 175 |
| No.5 Sabana de concentración de datos cédula de déficit de autocuidado | 180 |
| No.6 Cuadro de verificación de criterios de certificación | 181 |
| No.7 Resultados con significancia estadística | 182 |
| No. 8 Cuadro de factores de riesgo por ítem ,O R, F E R. Y OREM | 189 |
| No 9 Cronograma de operaciones estratégicas | 190 |
| No 10 Listado de la reunión para la planeación de la intervención | 191 |
| No 11 Cédula de estimación de conocimientos | 192 |
| No. 12 Carta descriptiva de la capacitación | 196 |
| No 13 Formato de la lista de asistencia a la capacitación | 203 |

| | Pág |
|--|-----|
| No. 14 Elaboración de Spots de la capacitación | 204 |
| No. 15 Cédula de evaluación de la capacitación | 205 |

INTRODUCCIÓN

Ante el creciente desarrollo científico y tecnológico, la enfermera realiza grandes esfuerzos para lograr superación profesional. El presente estudio de caso tiene el propósito de contribuir al desarrollo de la investigación en el personal especialista en salud pública; **por medio del autocuidado, parte primordial del estudio de caso, el cual puede referirse a una persona o a grupos sociales.** La salud pública se ocupa particularmente de grupos sociales, tratando específicamente de focalizar problemas de salud que alteren la estabilidad con el propósito de limitarlos o reducirlos

Considerando que el cuidado es un elemento crucial para la salud, desarrollo humano y relaciones humanas,(Leininger,1984). El cuidado de enfermería profesional enfatiza en el cuidado personalizado, incluyen las conductas cognitivas y culturalmente aprendidas que capacitan al individuo, familia o comunidad para mejorar o mantener su estado de salud. Una de las dimensiones del cuidado y parte integral es la relación enfermera cliente/ unidad de servicio. El estado de salud de unidades de servicio esta influenciado por la relación que establece y mantiene la enfermera

La importancia del estudio de caso estriba en la integración del método científico (Proceso de Atención de Enfermería de Alfaro y modelo teórico de Orem), método epidemiológico, y en foque de riesgo; que le da coherencia y sustento.

En general el trabajo en las poblaciones requiere de una precisión diagnóstica que permita tener resultados a favor de ésta, para llevarla a cabo en la presente investigación se establecieron dos fases en la etapa de valoración del proceso enfermero: La primera fase, consistió en un diagnóstico de salud integral de la comunidad Granjas Valle de Guadalupe I; mismo que mostró la presencia de morbilidad por neoplasias intraepitelial cervical, y mortalidad por cáncer cérvico -uterino con tasas similares a las descritas en el contexto nacional.

Razón poderosa que fue sujeto de investigación por parte del especialista en salud pública; ya que el cáncer cérvico-uterino (Ca cu) es un problema prioritario de ésta disciplina, la importancia radica en que afecta a las mujeres en su fase más productiva de la vida, agudiza los problemas familiares, sociales y económicos, e impacta considerablemente en los costos de los servicios de salud al requerir atención especializada de segundo y tercer nivel

La segunda fase consistió en focalizar los principales factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino, asociándolos con la teoría del déficit de autocuidado de Orem, por medio de la siguiente hipótesis, << la insatisfacción de los requisitos de autocuidado de desarrollo y desviación de la salud influyen en las altas tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, en las mujeres de 18 años o más de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, perteneciente a Coordinación Municipal de salud Chamizal, Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec >>

Lo anterior dio los elementos para establecer un diagnóstico de enfermería, planear las actividades correspondientes (operaciones preescriptivas), y realizar una intervención de enfermería con cuatro estrategias vinculadas: 1ª capacitación al personal de salud, 2ª sensibilización de la población, 3ª educación para la salud y 4ª detección oportuna (toma de papanicolauo y exploración clínica de mama).

Por tal motivo para fines de presentación se divide la etapa de evaluación en dos fases: la primera fase corresponde a la evaluación de la estrategia capacitación al personal de salud, y la segunda fase a la evaluación general del caso; es decir, se toma en cuenta las cuatro estrategias para poder visualizar el impacto logrado.

A continuación se hace mayor énfasis en *capacitación al personal en salud*, por ser la estrategia donde particularmente, la que presenta tuvo mayor participación y toma de decisión

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

1.1 GENERALES

- Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino de la población diana, mediante la intervención de Enfermería con cuatro estrategias concatenadas en la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, perteneciente a la Coordinación Municipal de Salud Chamizal, de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, Estado de México
- Fortalecer la agencia de cuidado del personal de salud responsable de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe I A través de un sistema de apoyo desarrollo para influir en los factores predisponentes del Cáncer Cérvico Uterino, primero de cuatro estrategias que componen la intervención de enfermería

1.2 ESPECÍFICOS

- Identificar los factores sociodemográficos y epidemiológicos de las familias que integran la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.
- Determinar y priorizar los factores de riesgo asociados con desviación de la salud
- Establecer un **Diagnóstico** de Enfermería utilizando la teoría de Orem

- Diseñar un proyecto de intervención de enfermería orientado a disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad por cáncer cérvico uterino en la zona de estudio. (para medir a largo plazo)
- **Ejecutar** un proyecto de intervención de enfermería integrado por cuatro estrategias concatenadas y simultáneas.
- **Evaluar** las estrategias de enfermería a corto y mediano plazo; así como las metas propuestas

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL ESTUDIO DE CASO

2.1 ANTECEDENTES

El cáncer del cuello uterino forma parte de la patología de la pobreza porque su frecuencia en los países en desarrollo como México, es muy elevada, el CaCu tendría la misma morbilidad y mortalidad en todos los países sino fuera porque en los desarrollados se han implementado en forma eficiente las técnicas de diagnóstico precoz y de tratamiento efectivo de la enfermedad en toda la población ¹

Los resultados de tal política de salud no pueden ser más convincentes: reducciones en la frecuencia de carcinoma del cuello uterino de 70% en Estados Unidos de América, de 60% en Canadá y de 60% en Islandia demuestran claramente que ésta debería ser la manera de enfrentar la enfermedad en México ²

Aunque, el problema es que nuestro país no tiene acceso a ésta solución porque no cuenta con los recursos necesarios para implementarla; no obstante, debe buscar otras estrategias que frenen la morbilidad, pero sobretudo la mortalidad por CaCu.

El Programa Nacional de Salud señala que en el año 2000 la tasa nacional de muertes por CaCu fue de 19.4 por 100 000 mujeres de 25 años o más, y aumenta con la edad. En la edad productiva este padecimiento es el más común de los tumores malignos y la primera causa de muerte “Dados los avances tecnológicos en materia de diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, ninguna muerte por esta causa puede considerarse aceptable” ³

Sin embargo, lo cierto es que el panorama actual por CaCu continúa siendo devastador; sobretudo en zonas específicas que acopian factores de riesgo

¹ Revista de Salud Pública de México Vol 42/ No 6, p 554

² Ibidem, p 554

³ Programa Nacional de Salud 2001-2006 p 42

*De modo que, el Cáncer cérvico uterino sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública -Afecta a mujeres en la fase más productiva de su vida-, por lo que constituye a la agudización de problemas familiares, sociales y económicos e impacta considerablemente, elevando los costos de los servicios de salud al requerir de atención especializada de segundo nivel y tercer nivel.*⁴

Por otro lado, el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, desarrollado por la Secretaría de Salud en el país, la edad promedio en la que se detectan las displasias es: leve, de 25 a 30 años, moderada, de 30 a 35 años y graves o cáncer in situ entre 35 y 45 La detección de mujeres positivas al cáncer microinvasor es más frecuente entre los 45 y los 50 años y al invasor de los 50 en adelante⁵

En relación a lo anterior, de acuerdo con algunas investigaciones, se considera que el cáncer cérvico uterino es el tumor sólido más importante inducido por un virus. El virus del papiloma humano (VPH), ya que se ha encontrado en el 93% de todos los casos de cáncer invasor y de sus lesiones precursoras, por lo que se considera a la infección por este virus como el factor de riesgo más importante⁶

La prueba que se utiliza comúnmente para detectar este tipo de cáncer es la técnica del papanicolaou, desarrollada en los años treinta El objetivo de esta prueba es detectar, en estadio temprano células neoplásicas.

En México la prueba de papanicolaou comenzó a utilizarse en 1949 en el Hospital de la Mujer. Sin embargo su uso masivo se inició en 1974, con el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (PNDC) No obstante el CaCu sigue siendo uno de los principales problemas de la salud pública en el país.⁷

⁴ Martínez, Montañés Olga G Guía para la Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino Pag 7

⁵ C. Stanislawski, Estanislao Programa de Detección Oportuna Cáncer Cérvico Uterino IMSS Pág 2

⁶ *Ibidem*, p 5

⁷ *Revista de Salud Pública de México* Vol 43 / No 4, 2001 p 280

Después de la identificación del VPH como la causa más importante del cáncer cérvico uterino, la epidemiología ha enfocado dos de los factores con mayor asociación son la edad al primer coito < 18 años y la multiplicidad de compañeros sexuales, tanto del hombre como de la mujer.⁸

Los cofactores bajo investigación incluyen tabaquismo, anticonceptivos hormonales, número de partos, deficiencia de carotenos, vitamina C y ácido fólico, infecciones agregadas con herpes simple, virus de la inmunodeficiencia humana y clamidias; más recientemente, se han agregado factores de crecimiento, citoquinas e inmunidad humoral y celular.⁹

Existen otros factores de riesgo que contribuyen a desarrollar esta enfermedad como la mala higiene genital de la pareja, embarazo antes de los 18 años y nunca haberse practicado estudios citológicos (papanicolaou).

De acuerdo con los resultados de un estudio acerca del conocimiento sobre la detección oportuna del Ca Cu y mamario en el personal del sector salud las causas principales para no practicarse el examen del papanicolaou, son: el desconocimiento de la técnica, descuido, y factores culturales relacionados con la intimidad y vergüenza; en cuanto a la exploración de mamas las principales causas son: el desconocimiento de la técnica de exploración y la desidia.¹⁰

⁸ MARIÑEZ, Montañés Op cit p 8

⁹ Ibid , p 8

¹⁰ Revista de Enfermería del IMSS Vol 8/ No 3 p 129

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Paradigma

El modelo conceptual que se adopta en el presente estudio es: El modelo teórico de Dorothea Orem, con su teoría del déficit de autocuidado; proceso de enfermería, y desde el punto de vista epidemiológico, enfoque de riesgo

2.2.2 Teoría de enfermería

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica, dicho proceso ha llegado a convertirse en una actividad organizada, que va adquiriendo, lentamente un mayor reconocimiento en nuestro país.

De todos los modelos de enfermería, el más utilizado es el de Orem, quizá el que ha tenido mayor influencia ya que ha significado un enfoque estimulante y directo de las situaciones actuales de cuidados tanto en el individuo, como en la comunidad

El modelo de Orem ha causado un profundo impacto en la práctica educativa y administrativa de enfermería; sus ideas han hecho una importante contribución a la búsqueda, que defina la naturaleza y límites de la enfermería; al tiempo proporciona un **marco conceptual** para guiar y facilitar dicha práctica. Este modelo es útil para la planificación de los cuidados de todos aquéllos que requieren la ayuda del sistema de cuidados a la salud.

El modelo teórico de Orem y su Teoría General de Enfermería sobre el Déficit de Autocuidado, contempla la **Teoría del Autocuidado**, la **Teoría del Déficit de Autocuidado** y la **Teoría del Sistema de Enfermería**; la primera parte de que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo

Nos dice, que es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.¹¹

▪ Teoría del Autocuidado

Las medidas de autocuidado son una acción intencionada y calculada basada en el conocimiento del individuo y en su repertorio de habilidades. El punto esencial es la libre voluntad del individuo.

Está construido alrededor de una serie de suposiciones o premisas unidas de manera lógica sobre el Autocuidado que determina su cumplimiento. Ejemplo de ello son los Factores Condicionantes:

- ⇒ La conducta de autocuidado, se ve afectada por el autoconcepto y por el nivel de madurez del individuo.
 - ⇒ Está afectada por los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura.
 - ⇒ Se ve afectada por el conocimiento de la salud científicamente derivado que posee la persona.
 - ⇒ Se ve afectada por la situación en la constelación familiar.
 - ⇒ Se ve afectada por los miembros de grupos sociales (amigos, compañeros de trabajo).¹²
- «Una unidad de servicio de enfermería puede ser una unidad individual o multipersonal»¹³

▪ Requisitos de autocuidado

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: universal, del desarrollo, y de desviación de la salud.

¹¹ Orem Dorotea E Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. pp 71

¹² Ibidem p 134

¹³ Orem Op cit. p 328

▪ Requisito de Autocuidado Universal

Sugieren ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos:

- 1 -Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- 2 -Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
- 3 -Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- 4 -Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- 5 -Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- 6 -Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- 7 -Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
- 8 -Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal (normalidad) ¹⁴

▪ Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

Han sido particularizados para los procesos del desarrollo (por ejemplo el embarazo), o asociados con un acontecimiento (por ejemplo la pérdida del cónyuge o de un pariente) Hay dos tipos, y el tipo dos tiene dos subtipos.

Etapas específicas del desarrollo.

El tipo uno se refiere a las condiciones que afectan el desarrollo humano. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano

¹⁴ Orem, Op cit p 141

El tipo dos alude a la provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Éste mismo se subdivide en:

Subtipo 2.1: se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos en condiciones adversas.

Subtipo 2.2: Se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes.

▪ **Requisitos de Desviación de la Salud**

Existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen formas específicas de patología y están bajo tratamiento médico. Bajo estas circunstancias el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud

- 1.-Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos.
- 2.-Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo
- 3.-Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a la prevención o cuidado de la patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado
- 4.-Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

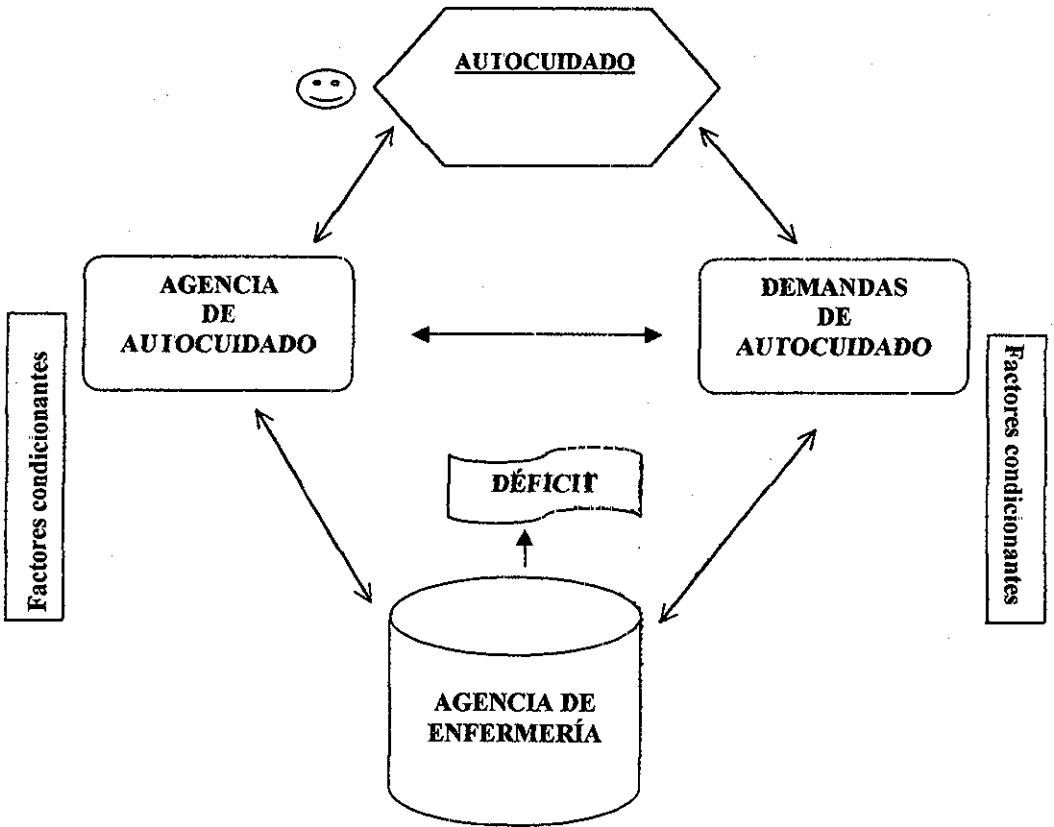
- 5.-Modificar el autoconcepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitando de las formas específicas de cuidados de la salud.
- 6.-Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo.¹⁵

*Por consiguiente: la valoración de los requisitos de autocuidado tanto para los factores de condicionamiento básico los que regulan los procesos del desarrollo humano, como para aquéllos que se derivan del deterioro físico y psíquico, se han realizado estudios a nivel individual y familiar por lo que se le ha llamado unidades multipersonales, pero no se tiene hasta el momento información con respecto a la aplicación de este enfoque en la comunidad. Sin embargo; se considera que esta teoría es aplicable en la salud pública y por consiguiente al trabajo comunitario ya que, permite establecer diagnósticos de requisitos de déficit de autocuidado en una población, los cuales dan pauta para la atención a problemas relacionados con la salud y no solo con la enfermedad.*¹⁶ Ver el siguiente esquema

¹⁵ Orem, Op cit p 50-151

¹⁶ Sánchez, P Sofia Diagnóstico de requisitos de autocuidado. México DF Proyecto de Investigación. Agosto 1996 p 8

MARCO CONCEPTUAL DE LA TEORÍA DE OREM



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

▪ Teoría del Déficit de Autocuidado

Es el desequilibrio que se origina en los seres humanos cuando son sometidos a limitaciones de salud siendo incapaces de conocer los requisitos para el cuidado regulador de sí mismos

La teoría del **déficit de autocuidado**, tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud, o relacionadas con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. Además requiere de cualidades físicas e intelectuales altamente desarrolladas que no todo el mundo posee en todo momento.¹⁷

Los déficit de autocuidado se identifican como **completos y parciales**; el completo significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico, y el parcial puede ser extenso o puede limitarse a una incapacidad para satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de autocuidado terapéutico.

La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas constituye una evidencia de un déficit de autocuidado:

- Falta de ocupación o adecuación continuada en el autocuidado.
- Falta de conciencia o conciencia limitada, del yo y del entorno; excluyendo la debida al sueño natural.
- Incapacidad para recordar experiencias pasadas, en el control de la conducta.
- Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y familiaridad con las condiciones internas y externas

¹⁷ Cavanagh Stephen, Modelo de Orem. Ed Masson- Salvat, México, 1993 p 12-14.

- Acontecimientos que indican disfuncionalidad o alteración que dan origen a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.
- Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas, medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades.

Ante este contexto es importante reconocer dos dimensiones de autocuidado: una dimensión se relaciona con las operaciones de acción intencionada de autocuidado, ésta es la dimensión personal y **voluntaria**

La segunda dimensión se relaciona con los acontecimientos que ocurren en el individuo y su entorno como resultado de las condiciones humanas o ambientales existentes, los cuales se deben de modificar para satisfacer el déficit

En el desarrollo de la agencia de autocuidado de los individuos deben aprenderse ambas dimensiones; lo que implica conocer datos para emitir juicios sobre las condiciones internas y externas para la toma de decisiones. Además de considerar las limitaciones y la falta de validez o efectividad del autocuidado

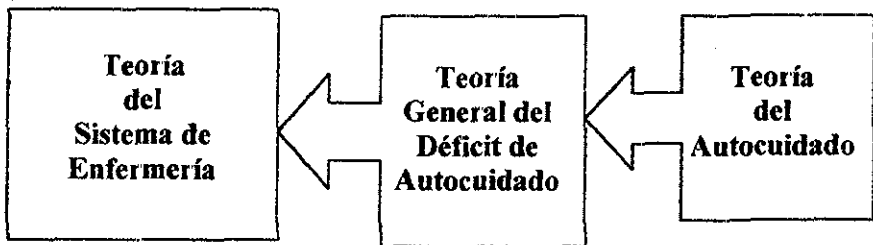
En el marco de la teoría del déficit de autocuidado, se contemplan los siguientes términos: **cuidado dependiente, agencia de cuidado dependiente y agente de cuidado dependiente.**

Orem emplea la palabra « agente » para referirse a la persona que proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica

El término de agencia de cuidado dependiente, se refiere a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismos y de otros, algunos socialmente dependientes.

Agente de cuidado dependiente, se refiere al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

En síntesis, es importante resaltar que la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado comprende la unión de tres conceptos:



▪ Teoría del Sistema de Enfermería

El Sistema de Enfermería de Orem nos habla de una serie continua de acciones cuando la enfermera vincula sus propias acciones y están dirigidas e identifican las demandas de autocuidado.

Debido a que “el **AUTOCUIDADO** es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo.”¹⁸ Orem nos dice que: Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

¹⁸ Orem, Op cit p 182

- El apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal
- Mantenimiento del crecimiento Maduración y desarrollo normales
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación y
- Promoción del bienestar.

Por lo tanto, se reitera que el Autocuidado es una actividad aprendida por el individuo y está orientada hacia un objetivo “mantener la salud”; exhorta a que las personas sean capaces de usar la razón (conocimiento) para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones; dichas decisiones están condicionadas por varios factores como: edad, maduración y cultura.

Para satisfacer los requisitos de autocuidado es necesario la utilización de métodos y grupo de acciones que se denominan **demandas de autocuidado**.

La teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del usuario y las de la enfermera. Los sistemas que lo conforman son: **Apoyo/ educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio.**¹⁹

• De apoyo educativo

Se utiliza en las situaciones en que el individuo es capaz de realizar y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado y que sólo necesita ayuda de enfermería para llevarlo acabo. **(Enseñar a)**

¹⁹ Orem, Op cit p 80

- **Parcialmente compensatorio**

Sistema en el que la enfermera y el usuario realizan medidas de asistencia y otras actividades que implican acciones conjuntas para cubrir el requisito de autocuidado. **(Hacer con)**

- **Totalmente compensatorio**

Sistema en donde la persona es total o parcialmente incapaz de ayudarse así misma en el cumplimiento de los cuidados diarios relacionados con la salud por causas de situaciones de salud existentes. **(Hacer por otro)**

Métodos de ayuda utilizados por enfermería

- Actuar, hacer por;
- Guiar
- Enseñar
- Apoyar
- Estimular el desarrollo

Supuestos en la teoría general de enfermería de Orem

El rol de enfermería en Salud Pública es visualizar a la comunidad en las siguientes dimensiones:

- **Estimular** a las personas de acuerdo a sus necesidades
- **Voluntad** de las personas de ayuda a ellas mismas y hacia los demás
- **Necesidades de ayuda** de la persona (conocer sus limitaciones).
- **Sensibilizar** y transmitir la necesidad de autocuidado
- **Compartir las tareas** y responsabilidades del grupo en la comunidad

A fin de concluir los aspectos planteados expuestos hasta aquí, la enfermera especialista en salud pública, hace uso de esta teoría (OREM), basándose en el autocuidado, para la proyección de un diagnóstico de enfermería; enfatizando acciones de prevención, promoción, planificación, organización, intervención y evaluación; de esta forma fundamenta plenamente cada una de sus acciones; pues la finalidad es atender las necesidades detectadas en la población de estudio

2.2.3 Teorías de otras disciplinas

Riesgo, enfoque y medición

El concepto de riesgo resulta fascinante, tanto en la forma como en el fondo. En la forma, porque la expresión se asocia al azar y al peligro; dos aspectos de la vida cotidiana que atraen al hombre contemporáneo: quien nada arriesga nada tiene. En el fondo, porque nos ofrece la posibilidad de predecir lo que sucederá observando el comportamiento actual de ciertos indicadores; lo cual permite tomar las medidas preventivas adecuadas para proteger a los sujetos con riesgo elevado, además de ser una política de salud.²⁰ En este sentido, es como será abordado el concepto de riesgo

Concepto de riesgo

“El riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro” Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias.

Enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una

²⁰ PÉREZ, Hernández G. Estudio de Caso. P 9.

herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, intenta mejorar la atención para todos.

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente vulnerables. La vulnerabilidad, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un número de características interactuantes: Biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc.

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o un daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad la cuál se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

El estudio de poblaciones permite obtener la probabilidad de que un evento o daño (enfermedad o muerte) ocurra en ese grupo de personas y que se expresa como tasa de incidencia o muerte. La probabilidad para un individuo en particular debe inferirse a partir de la población estudiada.

Estudios con enfoque de riesgo

A continuación se presenta el diseño de un estudio de intervención utilizando el enfoque de riesgo.

- Revisión sistemática de la información existente sobre los problemas de salud para seleccionar prioridades de intervención

- Estudios epidemiológicos del problema de salud seleccionado y de los factores de riesgo asociados, lo cual implica identificar factores de riesgo significativos, cuantificar el riesgo asociado a cada uno de ellos y desarrollar puntajes de riesgo que permitan referir apropiadamente a las familias que necesitan niveles de atención más complejos
- Estudio de la organización y el funcionamiento del sistema de atención de salud existente para valorar su capacidad de incorporar una estrategia de intervenciones basada en este enfoque
- Desarrollo de una nueva estrategia de salud basada en el enfoque de riesgo que emplee, en forma sistemática, los puntajes de riesgo elaborados con la información obtenida, en los puntos anteriores.
- Evaluación de campo de la nueva estrategia de atención a la salud (impacto de intervenciones)

Considerando lo anterior mencionado, la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec cuenta con un documento para evaluar riesgo familiar, la tarjeta de visita familia (TVF), que es un instrumento básico para la recolección de datos en la comunidad; el cual fue validado en 1986, por el Dr. Hermes Vallejos, miembro de la Cooperación Técnica Alemana.

A continuación se describen los criterios que contempla la Tarjeta de Visita Familiar:

Criterios de Riesgo y Calificación Familiar

| No. | Criterios de Riesgo | Calificación |
|-----|--|--------------|
| 1 | Niños menores de 5 años | 35 |
| 2 | Mujeres en edad fértil (14 a 49 años) | 15 |
| 3 | Embarazadas | 20 |
| 4 | Integrante de la familia que curse con algún padecimiento crónico o transmisible | 13 |
| 5 | Otros grupos etáreos | 10 |
| 6 | Inmunización canina y de vivienda deficientes | 7 |
| | TOTAL | 100 |

Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 1997.

Clasificación por riesgo

| Riesgo | Puntaje |
|--------|-------------|
| 1 | De 55 y más |
| 2 | De 40 a 54 |
| 3 | De 25 a 39 |
| 4 | De 7 a 24 |

Fuente: IBIDEM

Factor de riesgo

Un factor de riesgo se define como cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupos de personas que se sabe asociada, con un aumento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociada a una probabilidad incrementada a experimentar un daño a la salud, debe tenerse cuidado al definir en qué consiste un factor de riesgo y qué es un daño a la salud, ya que algunas características pueden aplicarse a ambos casos.²¹

Los factores de riesgo pueden ser: biológicos, ambientales, de comportamiento, relacionados con la atención a la salud, socio culturales, económicos, laborales, etc

Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores; pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen, de tal forma que pueden ser prevenibles.

Un factor de riesgo es causal de un **daño a la salud**, si reúne los siguientes criterios: fuerza de la asociación, especificidad de la asociación, consistencia del conocimiento existente, asociación temporal y credibilidad biológica.²²

Los factores de riesgo asociados causalmente con daño a la salud, permiten acciones de prevención primaria, mientras que aquellos factores de riesgo no causalmente son utilizados en actividades de prevención secundaria.

²¹ Álvarez, Manilla JM Manual de Atención Programada por Enfoque de Riesgo. Salud pública; Méx 1988,

p 9

²² Álvarez Manilla, Op Cit, p 9

Mediciones del riesgo

Existen algunas maneras de medir la relación entre factores de riesgo y daños a la salud, como:

Riesgo absoluto

Es la incidencia del daño en la población total; sólo mide la probabilidad de que un daño ocurra en la población sin asociarlo a un daño alguno.

$$\text{Riesgo absoluto (Tasa de incidencia) RA} = \frac{\text{No de casos nuevos}}{\text{Años persona o tiempo persona}}$$

Riesgo relativo

Es una comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo y la frecuencia en que acontece en aquellos que no tienen el factor de riesgo

$$\text{RR} = \frac{\text{Tasa de incidencia entre expuestos}}{\text{Tasa de incidencia entre no expuestos}}$$

Riesgo atribuible o fracción etiológica de riesgo

El riesgo atribuible, es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población total.

Mide el impacto cuya remoción puede suponer el disminuir la incidencia de la enfermedad ocasionada por el factor de riesgo, por lo tanto nos da la extensión del problema en la comunidad y expresa la medida administrativa que la acción sanitaria lograría con su actuación en este sentido, la acción preventiva nos mostraría el beneficio hacia la comunidad, que se puede lograr incidiendo sobre el factor de riesgo.

$$\text{Riesgo atribuible} = \text{Tasa de incidencia entre expuestos} - \text{Tasa de incidencia entre no expuestos}$$

$$\text{FER} = \frac{\text{Tasa de incidencia entre expuestos} - \text{Tasa de incidencia entre no expuestos}}{\text{Tasa de incidencia en expuestos}}$$

Razón de probabilidad (OR)

Como no siempre es posible hacer estudios de cohorte por el tiempo y costos que demandan, pueden aprovecharse los datos proporcionados para obtener estimadores de riesgo, así como los resultados de los estudios de casos/ controles y de prevalencia o transversales se puede calcular el OR que es menos exacto que el riesgo relativo; pero que en cambio, es una buena aproximación.

$$\text{OR} = \frac{a \times d}{c \times b}$$

| | |
|---|---|
| a | b |
| c | d |

Razón de momios: es la probabilidad que tienen las personas de enfermar o morir por un factor de riesgo.

Aplicación del enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo puede ser utilizado dentro y fuera del sistema de atención a la salud. La información de él derivada en este caso, puede utilizarse para definir una intervención.

La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos, permite aumentar la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria.

Dentro del sistema de atención a la salud, puede facilitar mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia, facilitar el control de los factores de riesgo, de tal suerte que, se produzcan cambios en los estilos y condiciones de vida.

Daños a la salud

Daño puede definirse como . “Cualquier alteración a la salud producida por la interacción de factores asociados El daño en referencia puede a su vez contribuirse en factor de riesgo para que otros daños se presenten”²³

Los daños a la salud son considerados como uno de los cuatro indicadores negativos para valorar el nivel de salud de una población. Son conocidos a través de los datos de morbilidad y mortalidad. La mortalidad puede obtenerse por medio del registro civil local o nacional; la mortalidad general se puede adquirir por grupos de edad y causas.²⁴

²³ OPS, Yaller Latinoamericano de Epidemiología aplicada a los Servicios de Salud. Méx , 1991 . p 61

²⁴ Alvarez, Alva R. La Enfermera y la Trabajadora social en la salud Pública. Ed Manual Moderno, Méx 2000 p 105

De modo semejante, la morbilidad puede obtenerse, asignados por enfermedades transmisibles y no transmisibles; también pueden utilizarse como orientación el número de consultas en los servicios de salud, o bien la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Morbilidad

Morbilidad alude a la frecuencia de enfermar, consta de la incidencia y la prevalencia. La incidencia trata de los casos nuevos de enfermedad adquiridos durante un determinado periodo; mientras que la prevalencia tiene que ver con la existencia de casos (nuevos y viejos) de enfermedad en un periodo determinado.²⁵

Fórmula:

$$\text{Tasa de prevalencia} = \frac{\text{No. de personas enfermas}}{\text{No. Total de personas}} \times (K)$$

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\text{No. de casos nuevos}}{\text{No. total de personas}} \times (K)$$

Mortalidad

Se refiere a los sujetos que mueren en un determinado lugar a consecuencia de cualquier patología o por una causa específica, durante un periodo dado.²⁶

Los datos estadísticos de mortalidad permiten estudiar las enfermedades con letalidad elevada, a menudo proporcionan información valiosa sobre tendencias del estado de salud de una población

²⁵ COLIMON, Kahl-Martín Fundamentos de Epidemiología Ed Díaz de Santos Madrid, 1990 p 47

²⁶ Colimon, OP cit p 47

$$\text{Tasa bruta de mortalidad} = \frac{\text{No. de muertes en un periodo determinado} \times 10^n}{\text{Población total promedio durante dicho periodo}}$$

Tasa

Se refiere siempre a una población específica, en un lugar y tiempo determinados. Una tasa relaciona la ocurrencia de un suceso a una población susceptible de sufrir ese suceso, limitado a un área y tiempo concretos. Matemáticamente es una proporción.

Fórmula:

$$\text{Tasa} = \frac{\text{Número de sucesos en el lugar "X" y en el tiempo "T"}}{\text{Población susceptible en el mismo lugar y tiempo}}$$

El conocimiento de los elementos estadísticos antes mencionados, permite al especialista en salud pública procesar datos recabados en los estudios de la comunidad, asimismo orienta al proceso enfermero hacia intervenciones que cubran las necesidades actuales de la población con enfoque preventivo.

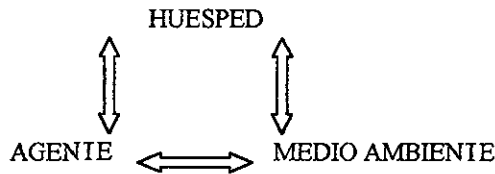
2.2.4 La Salud Pública

La salud pública es el conjunto de conocimientos y técnicas de la medicina y de otras disciplinas, que tienen como propósito la conservación, restauración y mejoramiento de la salud de los grupos y de las poblaciones.

Su estudio permite comprender el proceso salud-enfermedad como el resultado de la interacción dinámica del sustrato orgánico y mental de los individuos con las circunstancias biológicas, físico-químicas y sociales del ambiente que les rodea; para lo cual requiere de la aplicación de los conceptos, los métodos y las técnicas de diversas disciplinas como la

bioestadística, la epidemiología, las ciencias sociales, la ecología, la administración, el saneamiento del medio y la educación para la salud ya que éstas permiten estudiar la situación de salud de los grupos de las poblaciones, identificando los factores condicionantes y determinantes de la enfermedad, y le proporcionan los elementos necesarios para el planteamiento de soluciones

Con todo lo anterior se puede decir que el eje central de acción de la salud pública es, por lo tanto, el estudio y la participación en la solución de los problemas colectivos de salud, analizados bajo un enfoque que permita conocer el fenómeno salud-enfermedad de manera integral, considerando tres elementos básicos: agente, huésped y ambiente, definidos de la siguiente manera: El agente es un elemento físico, químico, biológico y/o social capaz de iniciar o perpetuar el proceso de enfermedad; el huésped es la persona que en circunstancias naturales permite la subsistencia o alojamiento de un agente patógeno, y el ambiente se considera como la totalidad de factores físicos, químicos, bióticos y socioculturales que rodean a un individuo o grupo, que es dinámico, está en continuo cambio y en el cual hay interacciones entre los componentes que lo integran.



Por lo tanto existen diversos conceptos de salud pública analizándolos se puede decir que “ es la ciencia y el arte de prevenir y determinar causas y efectos de las enfermedades y fomentar la salud y la eficiencia de la población A través de la aplicación del método científico, la epidemiología, la administración, la estadística, el saneamiento básico y la educación para la salud por medio del esfuerzo organizado de la comunidad propiciando un

sistema social tal que permita garantizar el derecho natural a la salud, longevidad y autocuidado.^{26*}

La salud pública ha empezado a experimentar un cambio, se han creado nuevas instituciones, se han multiplicado los programas educativos, se ha ampliado los conocimientos a través de la investigación para enfrentar la creciente globalización de los problemas de salud

El romper con los paradigmas establecidos es la propuesta de Frenk; argumentando que la Nueva Salud Pública tiene su enfoque a un nivel de análisis. “A diferencia de los usos anteriores de este término, lo nuevo no es la negación del pasado, sino su asimilación a un plano superior dentro de una tradición intelectual.”^{26}**

La nueva salud pública se fundamenta “como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas.” Llegando de esta forma a un nivel de análisis; tomando en cuenta al individuo en las comunidades desde dos perspectivas como un campo de investigación (de conocimiento) y como un ámbito para la acción (aplicación de los conocimientos en los individuos y en la población), descrita en forma más clara en el siguiente cuadro:

| NIVEL DE ANALISIS | OBJETO DE ANALISIS | |
|----------------------------------|--|--|
| | CONDICIONES | RESPUESTAS |
| INDIVIDUAL O SUBINDIVIDUAL | INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA (Proceso biológicos básicos, estructura y función del cuerpo humano, mecanismos patológicos) | INVESTIGACIÓN CLÍNICA (Eficacia de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos) |
| POBLACIÓN | INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (Frecuencia, distribución y determinantes de las necesidades de salud; historia natural de las enfermedades) | INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD (Efectividad, calidad y costos de los servicios; desarrollo y distribución de recursos para la atención) |

*Tipología de la investigación en salud, con ejemplos de fenómenos a estudiar. Julio Frenk. La salud pública campo de conocimiento y ámbito para la acción.^{26***}*

^{26*} Estudiantes de posgrado en Salud Pública la materia de riesgos y daños I generación 2001

^{26**} Frenk, Julio p 38

^{26***} Ibidem P 42

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

De igual forma Rafael Álvarez Alva en su libro *La Enfermera y la Trabajadora Social en la Salud Pública* hace una comparación entre la enfermera general y la especialista en salud pública y menciona que los objetivos de ambas son trabajar por la salud y el bienestar de los individuos; la única diferencia es que la enfermera especialista en salud pública enfoca su acción al individuo, la familia y a la población.

Una característica importante de la salubrista es que interviene en la investigación de los problemas de salud del país, en la planeación de los servicios, en la capacitación del personal y en las labores de supervisión y evaluación, así como también en la planeación de acciones en campos específicos de la salud pública.

Retomando todo lo anterior se puede decir que la intervención de enfermería en la salud pública es muy amplia y no solo se centra en los programas educativos, preventivos, curativos o de rehabilitación, sino que va más allá de eso, es capaz de detectar necesidades y resolver problemas que pongan en riesgo la salud de los grupos humanos

2.2.5 Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería ha llegado a convertirse en una actividad organizada, que va adquiriendo, lentamente, un mayor reconocimiento en nuestro país

El proceso de enfermería surge en 1955, cuando Lydia Hall pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria; donde afirma que: *“La asistencia sanitaria es un proceso”*.

En este sentido, definió como preposiciones fundamentales: la asistencia sanitaria a el paciente, para el paciente y con el paciente²⁷ Dichos enunciados deberían de guiar el objetivo del proceso de enfermería.

De igual forma, la obra de I. J Orlando, publicada a comienzos de los sesentas, titulada: "*La relación dinámica enfermera- paciente*", lo constituye la relación interpersonal. Al proponer la realización de acciones deliberadas, es decir, plantea las distinciones entre éstas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación del profesional de enfermería. Fue una de las primeras autoras que utilizó el término Proceso de la Asistencia Sanitaria, hoy conocido como **Proceso de Enfermería**.

En 1996 Lois Knowles presentó la descripción de un modelo que contenía actividades de un profesional de enfermería:

- Descubrir: el profesional adquiere conocimientos o información acerca de algo que no conocía previamente; tal información debe contribuir a la prestación de un mejor servicio al paciente
- Investigar: el profesional utiliza la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente.
- Decidir: el profesional planea el procedimiento a seguir en la asistencia del paciente. Tiene en cuenta todas las facetas del problema y decide cuál es la mejor forma de abordar la situación
- Actuar: el profesional desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.
- Discriminar: el profesional establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente, y para el caso, la comunidad

²⁷ HERNÁNDEZ Conesa Fundamentos de Enfermería teoría y método. Ed McGraw-Hill Interamericana España, 1999. Pag 127

Estas cinco etapas no son equivalentes al actual proceso de enfermería, pero son un paso determinante para su conformación

El proceso de enfermería es el método enfermero de intervención, que permite, tras el análisis de un caso-paciente-concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado; en palabras de Alfaro, "Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados"²⁸

Las funciones del proceso de enfermería se han clasificado en dos partes: por un lado están las funciones que cumple para las instituciones en las que se desarrolla la actividad enfermera, y en la otra, las funciones que cumple para el propio sujeto, que se servirá de dicho método de intervención durante el desarrollo de su profesión

De este modo, la intervención enfermera se transforma en un acto consciente, reflexivo y tangible; por lo cual la clave para comprender el proceso, es utilizar un enfoque dirigido a la resolución de los problemas

Es conveniente utilizar el proceso de enfermería, ya que permite aumentar la calidad de los cuidados, ya que es menos probable que se produzcan omisiones o duplicaciones en la atención del paciente

El proceso fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos, de forma que tanto el paciente como la enfermera hagan su aportación en el plan de cuidados. Esto ayuda a que el enfermo se sienta parte importante de un equipo que trabaja para cumplir objetivos comunes y le estimula a participar en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, a diferencia del plan de tratamiento médico, que se dirige a tratar la enfermedad

²⁸ Ibidem Pag 129

El proceso representa un plan terapéutico, que pueden emplear las enfermeras para tratar a la persona como un todo (es decir, el paciente es un individuo único que responde a su entorno y estado de salud de una forma particular y que precisará acciones de enfermería adaptadas específicamente a él, no sólo a su enfermedad)

La finalidad del proceso es, mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible.

Además los beneficios de utilizar dicho proceso es porque constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería, impide omisiones y repeticiones innecesarias, permite una mejor comunicación, se centra en la respuesta humana única del individuo, favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados, estimula la participación del paciente, aumenta la satisfacción de las enfermeras ante la consecución de los resultados

El proceso de enfermería se divide en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La **valoración** se define como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente.

La fase de valoración debe ofrecer una base sólida, que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad. Así pues, es necesaria una valoración exacta y completa, lo que debe de llevar al profesional a reunir todos los datos que tenga a su alcance, procedentes de diversas fuentes

Estas fuentes pueden ser primarias y secundarias, identificando al propio paciente como la fuente primaria, ya que es él quien puede compartir con mayor precisión las percepciones y sensaciones personales sobre su situación de bienestar, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas, modalidades diagnósticas o de tratamiento

Las fuentes secundarias serán todas aquellas personas o documentos a las que se pueda tener acceso y que tengan una vinculación con el paciente. Éstas, sin duda, son importantes para la confrontación de los datos obtenidos del paciente.

Sin embargo, una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del paciente que exigen una intervención enfermera; por tanto, es vital establecer un sistema o marco conceptual para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar; esto dependerá del modelo teórico de enfermería que se utilice para valorar al paciente.

Por ejemplo en la teoría de Orem, las prioridades en cuanto al orden en el que se van a recoger los datos, vienen determinadas por los requisitos de autocuidado universales en el orden establecido (aire, alimentación, hidratación, eliminación, actividad-reposo, interacción social, peligros y normalidad), a continuación se recogerá la información relativa a los requisitos del desarrollo, y por último los datos referidos al estado de desviación de la salud del paciente

Independientemente del modelo empleado se utilizan tres técnicas para obtener información durante esta etapa. Estas técnicas incluyen: entrevista, observación y exploración física. Tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.

El diagnóstico de enfermería es un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. Dicho diagnóstico constituye la base para establecer objetivos y para planear intervenciones.

El diagnosticar requiere de una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios; por tanto, constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera.

La American Nurses Association (ANA) aprobó y legitimó el uso del término diagnóstico de enfermería y de proceso diagnóstico, exponiendo que: "Los diagnósticos de enfermería, se obtienen de los datos del estado de salud del cliente."²⁹

Esto proporcionó al profesional de enfermería un apoyo legal y una obligación profesional de utilizar el proceso diagnóstico para determinar los diagnósticos de enfermería adecuados.

La primera conferencia nacional sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería fue organizada en 1973, y dio lugar a la publicación de la primera lista de diagnósticos. De este modo, la NANDA se desarrolló a partir de un grupo de profesionales de la enfermería asistentes a dicha conferencia e interesados por el problema de los diagnósticos.

El diagnóstico de enfermería debe ser compatible con la definición de la NANDA, esto es, debe cumplir los siguientes requisitos:

- La designación proporciona un nombre al diagnóstico.
- La definición ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define su significado y lo diferencia de otros diagnósticos.

²⁹ Ibidem, p 130

- Las características definitorias se refieren a las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico
- Los factores relacionados son las situaciones o circunstancias que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico.
- Los factores de riesgo son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo.

Asimismo la NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería:

- **Real**, es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida
- **De alto riesgo**, es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema.
- **De bienestar**, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar, a un nivel más elevado

Sin embargo, para establecer un consenso sobre una pertinente clasificación de los diagnósticos de enfermería, a nuestro juicio, es necesario la utilización de un marco conceptual apropiado para establecer dicha clasificación, ya que uno de los mayores problemas que se pueden dar en su aplicación es la inoperancia de los diagnósticos que no correspondan con los postulados del **modelo teórico enfermero** que elijamos para llevar a cabo una intervención concreta.

Se considera este segundo paso como la fase final de la valoración, ya que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado

La **planificación** consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. También se elaboran los objetivos, lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería.

La planificación como un proceso de toma de decisiones para la elaboración del plan de cuidados, es decir, para la realización de una programación o plan de acción, consta de cuatro etapas:

- Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo al modelo teórico y las características del propio paciente.
- Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo
- Desarrollo de las intervenciones de enfermería. Quizá éste sea uno de los puntos más cruciales de todo el proceso, ya que con la aplicación de las acciones que se describan en ese momento se confirmará la validez y eficacia del mismo. Obviamente, las acciones deben ir orientadas hacia la consecución de los objetivos. Así pues, una vez que se haya seleccionado la solución que se considera más idónea deben determinarse las acciones sanitarias orientadas a la consecución de los objetivos.
- Documentación del plan. Finalmente todas las decisiones tomadas durante la planificación de los cuidados deben de ser precisadas en el plan de cuidados,

constituyendo una de las fuentes básicas de información acerca del paciente, en la que se incluye una descripción de su problema y un programa de actuación para tratar de resolverlos.

La **ejecución** es la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente.

Por tanto, se trata de la fase del proceso de enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente, debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades.

El personal de enfermería ejecuta planes de cuidados en diversos ambientes de atención sanitaria, tales como hospitales, domicilios, centros para enfermos crónicos, escuelas, clínicas, consulta de médicos y otros.

La **evaluación** es la quinta etapa del proceso de enfermería. Es durante esta fase cuando determinará cómo ha funcionado el plan de cuidados de enfermería. Es decir, tendrá que establecer si el paciente ha alcanzado los objetivos del plan de cuidados.

La evaluación a menudo se le considera la “etapa final” del proceso de enfermería, sin embargo la evaluación se lleva durante todas las etapas del proceso, ya que ayuda a determinar si realmente ha elaborado el mejor plan de cuidados posibles para el paciente. También puede identificar los cambios necesarios para mejorar el plan.

La evaluación implica las siguientes actividades:

- Establecimiento de los criterios para la evaluación.

- Evaluación de la consecución de los objetivos
- Valoración de las variables que afectan la consecución de los objetivos.
- Modificación del plan de cuidados / conclusión de los cuidados de enfermería

En resumen: las etapas del proceso de enfermería están estrechamente relacionadas entre sí. Cada una depende de la precisión de la etapa que la ha precedido. De esta forma, será difícil establecer un diagnóstico correcto si los datos de la valoración son poco fidedignos.

La fase de diagnóstico se relaciona fuertemente con la planificación por dos motivos:

- Los objetivos establecidos y las actividades prescritas durante la fase de planificación derivan directamente de los problemas que haya diagnosticado.
- Las enfermeras empiezan las primeras etapas de la planificación conforme van identificando los problemas de salud.

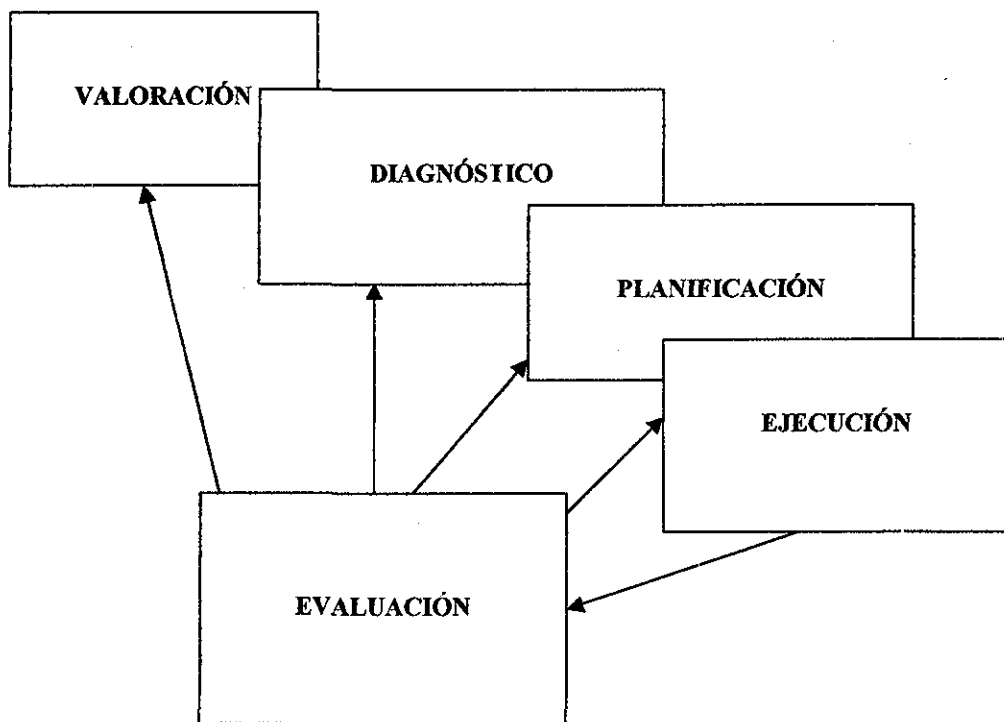
La etapa de planificación y ejecución también se relacionan entre sí, ya que con frecuencia empiezan a poner en práctica acciones de enfermería antes de haber completado la fase de planificación.

La quinta etapa del proceso de enfermería determina si ha alcanzado los objetivos propuestos en la fase de planificación, mediante tres fases:

- Evaluar la consecución de los objetivos
- Evaluar las demás etapas del proceso de enfermería para determinar qué factores han contribuido al éxito o fracaso del plan de cuidados

- Dar por concluidos los cuidados de enfermería si éstos ya no son necesarios, o cambiar el plan de cuidados a fin de incorporar las modificaciones pertinentes

Etapas del proceso enfermero



Este esquema sintetiza la interrelación que existe entre las etapas del proceso enfermero

2.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la investigación se consideran los aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de las mujeres sujetos de estudio

Dentro de las consideraciones éticas se contó con el consentimiento informado y por escrito de las mujeres participantes en el estudio mediante la firma de conformidad en el instrumento de valoración utilizado, previa a una explicación clara y completa sobre la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que se usaron y su propósito, los beneficios que se obtuvieron y la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración, a cualquier duda acerca de los procedimientos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

En cada *ítem* se dio a la mujer la libertad de no contestar la pregunta si así lo consideraba o de retirar su consentimiento en cualquier momento, así como la seguridad de que no se identificaría a la encuestada y que se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada a su privacidad, por lo que los datos que proporcionaron son confidenciales, dándoles la opción de anotar su nombre o no, **los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente para la investigación.**

En relación a los resultados, las investigadoras se reservaron el derecho de publicación de datos de identificación de todas aquellas mujeres detectadas con Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) y Cáncer cérvico uterino

La investigación no implica riesgos para la población en estudio dado que empleó técnicas y procedimientos comunes, pero sí beneficios a través de la valoración focalizada que llevó a las investigadoras a determinar el déficit de autocuidado.

Lo anterior se sustentó en la **Ley General de Salud**, la cuál establece en materia de investigación para la salud lo siguiente:

ART. 28 Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para ésta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ART 29 En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer :

- I La justificación y los objetivos de la investigación;
- II Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VI La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VII La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

ART. 30 Cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, la comisión de ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no, que el

escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenido a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad

En caso de no autorizarse por la comisión, la investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier momento del estudio

Cabe mencionar que debido a la participación de médicos, también se aplicó el estándar del «médico razonable», este modelo se basa en el principio de que los médicos considerados «razonables» mantendrán un criterio unánime acerca de la extensión y profundidad de la información a suministrar a una usuaria.³⁰

³⁰ Polaino- Lorente A Manual de Bioética General Ediciones Rialp. Madrid, 1994 p 336

3. METODOLOGÍA

3.1 Selección y descripción genérica del caso

La selección de la unidad de estudio, inicialmente se efectuó por medio de un taller con personal experto de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec; se realizó una revisión sobre tasas recientes de mortalidad y morbilidad, los problemas o daños encontrados fueron priorizados a través del método de Hanlon; considerando la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad del daño.

El cáncer cérvico uterino fue el daño seleccionado, posteriormente de acuerdo a tasa de incidencia por microrregión; la comunidad de Granjas Valle de Guadalupe I, perteneciente a la Coordinación Municipal de Salud (COMUSA) de Chamizal fue elegida, ya que se encontró con una tasa de 32 por cáncer cervicouterino.

La comunidad en estudio se encuentra ubicada en Ecatepec, Estado de México, al Oeste del Distrito Federal; es suburbana concentrada con mezcla de subdesarrollo; existen diversas vecindades y a pesar de esto, la mayoría de residentes son estables, el nivel socioeconómico es medio bajo, la actividad económica principal es el comercio y el hogar; cuenta con todos los servicios públicos, tiene accesibilidad geográfica a los servicios de salud, cuenta con centros de esparcimiento como billares

Lo anterior mencionado, son algunos condicionantes que dan origen a un sinnúmero de riesgos y daños en la población, los cuales se manifiestan por la frecuencia e incidencia de morbilidad y mortalidad específica, y más aún por los datos revelados en el panorama de salud Jurisdiccional, el cual señala a esta área con la tasa más alta en mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino

El déficit de autocuidado, alude a la teoría de Dorothea Orem; el cuál se relaciona con una serie de factores condicionantes, provocando desviación de salud, manifestado por el grado

de importancia que la población de esta comunidad brinda a su autocuidado, pero sobre todo el escaso conocimiento que tienen sobre las medidas preventivas que existen para el cáncer cervicouterino.

Lo anterior mencionado es resultante de una serie de fenómenos sociales, culturales, económicos y políticos

3.2 Proceso de intervención especializada

En el proceso de intervención especializada de enfermería se retoman los elementos del paradigma anteriormente referido. Por lo tanto, en este apartado se demuestra la analogía que existe entre las etapas del proceso enfermero de Alfaro con la teoría del autocuidado de Orem; además de concretar la importancia del enfoque de riesgo

Con Orem las etapas del proceso de enfermería se pueden equiparar con las **operaciones tecnológico-profesionales**; las cuales son: *diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y de manejo de casos*

3.2.1 Valoración enfermera

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. Dado que todas las decisiones y actividades se basan en la información reunida durante esta fase, como: obtención, validación, organización de los datos, e identificación de los modelos.³¹ Descrito en términos Orem se trata de una **operación tecnológico- profesional diagnóstica**.

Esta etapa fue dividida en dos fases: una extensa o exhaustiva y otra focalizada. Clave única para la práctica eficaz de la intervención enfermera

3.2.1.1 Valoración Extensa

La valoración extensa se orienta a conocer los factores sociodemográficos y epidemiológicos de una comunidad, obteniéndose el diagnóstico de salud que comprende los riesgos y daños existentes y dan la pauta para la creación e implementación de programas de salud acordes con las necesidades de las poblaciones.

³¹ALFARO, Rosalinda *Aplicación del proceso de enfermería*. Ediciones Doyma p 18

La metodología que se utilizó para la realización de esta primera valoración fue la de un patrón metodológico que destacó en forma teórica y práctica las necesidades del nivel de salud propias de la microrregión en estudio.

Esta valoración permitió obtener un Diagnóstico de Salud integral de la población en donde se identificó el nivel de salud de la microrregión. Para su definición de la zona de estudios se retomaron los datos existentes sobre las tasas de mortalidad de la Jurisdicción de Ecatepec; esto nos llevó a realizar un taller de priorización de daños por COMUSA obteniéndose a Chamizal, Santa Ma Tulpetla y San Agustín con el mayor daño; para esto se realiza un ajuste de tasas, con el sustento teórico de Colimon, quedando seleccionada la Coordinación Municipal de Chamizal,

El tipo de estudio fue **transversal** por que examinó las características de la población en un momento dado y en un tiempo limitado, **Descriptivo**, Ya que el fenómeno fue estudiado sin establecer comparaciones, además de no saber que se iba ha encontrar en relación al nivel de salud de la comunidad, **Observacional** Ya que se encontró en presencia de un fenómeno sin modificar intencionalmente las variables.

Los límites fueron la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I de la Coordinación Municipal de Salud "Chamizal", perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México el universo fue determinado por el taller de zona de estudio y el ajuste de tasas de mortalidad existente al 2000, en la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, la muestra fue Determinada al total de familias pertenecientes a dicha microrregión.

La técnica empleada para la recolección de datos fue la entrevista, la observación y el barrido de la microrregión; el instrumento empleado fue una guía de observación y una cédula de captación de datos por familia de 70 *items*. (apéndice 1)

Para la tabulación y análisis de la información se procedió a la integración de cuadros de salida por sectores de acuerdo a los *items*, los cuales tenían una ponderación en frecuencia y porcentaje y su respectiva descripción; así mismo para hacer mas objetiva la información, se seleccionó gráficas acorde con las características de las variables. Cabe aclarar que se aplicaron un total de 738 cedulas, y solo se registraron 64 ausentes y 33 renuentes

Se utilizó el paquete estadístico Excel y SPS 10 para la presentación de cuadros y gráficas en forma representativa.

En las variables cuantitativas y cualitativas que así lo ameritaron, se procedió a su procesamiento por medio de las medidas de riesgo y daños para la salud (razón, proporción, tasas e indicadores de salud) Todo esto permitió obtener un diagnóstico de salud integral de la comunidad de estudio

Brevemente se describió el Estado de México, el municipio de Ecatepec y la microrregión de estudio. Posteriormente se finalizó con el diagnóstico de salud integral obtenido.

El Estado de México y Municipio de Ecatepec

Dentro de la Republica Mexicana, El Estado de México se localiza en la zona centro sur, y cuenta con 122 municipios; por ser un área de colindancia con la Ciudad de México, tiene mayor concentración de población en la periferia del área metropolitana, siendo Ecatepec una de las zonas de mayor concentración poblacional, aproximadamente de nueve mil habitantes por km². (anexo 1)

La dinámica de la población establece corrientes migratorias indefinidas principalmente en áreas urbanas y suburbanas, lo que permite establecer una mezcla de riesgos y daños por la salud permanentes

El crecimiento demográfico del Estado de México, es un problema social que conlleva al aumento de servicios públicos; situación incapaz de resolver el gobierno del Estado.

Municipio de Ecatepec.

La historia del municipio de Ecatepec se remonta hacia el año 1165 en que llegaron a ese lugar los futuros pobladores de Tenochtitlan, que estuvieron subordinados a Xaltocan.

Pasan a formar parte del municipio Texcoco, Coatitlan, Chiconautla, Xalostoc y Tulpetlac. La palabra Ecatepec procede de vocablos Náhuatl, Hexecatl – viento y Tepec – en el cerro – de esta manera Ehecetepec, nombre prehispánico de Ecatepec se traduce etimológica y literalmente "donde está el cerro del viento"; "lugar del cerro del viento" o simplemente "en el cerro del viento".

Dada la importancia adquirida en el presente siglo, y sobre todo en atención al desarrollo industrial y densidad demográfica alcanzados, la legislatura del Estado de México, expidió, en diciembre de 1980, el decreto por el que la Villa de Ecatepec Morelos, adquiere rango de ciudad.

La actual fisonomía del municipio, que corresponde a una identidad política inserta en el mundo del desarrollo tecnológico, tiene su origen en la industrialización de la capital mexicana, la mayoría de ellas ubicada en municipios aledaños de Ecatepec, siendo pieza fundamental en el desarrollo económico de nuestro país.

La economía de Ecatepec es activada por más de tres mil empresas entre grandes, medianas y pequeñas. Las empresas de mayor relevancia, tanto para las divisas que generan como por el número de personas a las que brindan ocupación; además de la actividad industrial se enfrenta a un problema más importante, que es el establecimiento de asentamientos humanos en las mediaciones de las factorías, lo que representa un

problema latente para esas personas, ya que existen industrias que manejan productos químicos y materias primas de empleo delicado ³²

Ecatepec tiene un rico pasado histórico y cultural, sus monumentos constituyen una parte importante de este acervo; fiel testimonio del valor de los acontecimientos que hicieron posible su conformación como municipio.

Las tradiciones y costumbres se conservan vivas, y en su mayoría, constituyen celebraciones de carácter religioso.

Datos Geográficos.

El municipio de Ecatepec se localiza en la porción central de la República Mexicana, su extensión territorial es de 186 813 km. Y se encuentra a una altura media de 2 250 metros sobre el nivel del mar.

Se divide políticamente en una ciudad, seis pueblos, seis ejidos, dos rancherías, doscientos ochenta colonias, doce barrios y ciento dos fraccionamientos; lo que nos habla de una complejidad demográfica importante

Predomina el clima templado semi-seco con lluvias durante el verano, particularmente en julio. La temperatura media anual de 20° C. Durante el año, con una máxima de 30° C. En primavera y una mínima de 7° C. bajo cero en invierno

El municipio de Ecatepec se ubica en la parte central de la cuenca de México, sobre la vertiente oriente de la Sierra de Guadalupe, desde la cual discurren diversos arroyos en épocas de lluvia

Cuenta con varios arroyos, ríos de aguas residuales y represas que provienen del Distrito Federal y cruzan el municipio de sur a noreste. Del mismo modo explota mantos acuíferos subterráneos a través de pozos, se abastece el agua potable; y cuenta

³² García, Escamilla Enrique. Ecatepec. Tierra de vientos. H Ayuntamiento Constitucional de Ecatepec P.9

con aguas salubres que son utilizadas con fines industriales ya que son ricas en carbonatos y cloruro de sodio.

La tasa de crecimiento medio anual del Estado de México es de 4.9 siendo la más alta del país exclusivamente en el municipio de Ecatepec es de 2.5; hasta 1998 se contaba con 7 612 500 habitantes. Los grupos étnicos que habitan en el municipio son Mazahuas y Otomíes.

Los servicios de salud con los que cuenta son: Dos Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, dieciocho centros de salud del Estado de México, una clínica del DIF, tres clínicas Hospitales del IMSS, dos clínicas ISSSTE, un hospital Cruz Roja y 531 consultorios Generales de Salud Pública Municipal y 44 Consultorios Dentales de Salud Pública Municipal

Su interconexión con otros puntos geográficos es por medio de carreteras y avenidas importantes que conducen a zonas industriales y complejos habitacionales de las áreas urbanas; cuenta con una estación de ferrocarriles.

La transportación urbana y rural es por medio de combis, microbuses, autobuses, taxis y metro; que a fines del año 2000 se inaugura la línea que corre de Buenavista a Ciudad Azteca favoreciendo a los ecatepequenses.

En Ecatepec la comunicación es a través de redes de telefonía pública; correos y telégrafos regionales; periódicos y revistas del Distrito Federal y cuenta con una estación radiodifusora local.

En la mayoría de las áreas urbanas se cuenta con servicios públicos como son: agua potable, drenaje, alumbrado público, comunicaciones, recolección de desechos; sin embargo, para una población en crecimiento, resulta del todo insuficiente la infraestructura municipal e incluso se carece totalmente de servicios públicos.

Culturalmente cuenta con monumentos y atractivos históricos como son el monolito equinoccial, las ruinas del recinto sagrado y la casa de la cultura e iglesias y conventos del Siglo XVI

En cuanto educación cuenta con un Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios; y el Tecnológico de Estudios Superiores de Ecatepec.

Sus espacios deportivos y de esparcimiento son: dos parques ecológicos en la cabecera municipal y nueve deportivos.

Cerca de tres mil empresas influyen el sector micro-industrial, dando empleo a un 20% de la población total.

Ecatepec cuenta con una de las más grandes Jurisdicciones Sanitarias de nuestro país y tiene características muy peculiares por encontrarse inmersa en una zona industrial muy importante para el progreso y desarrollo del municipio. Las industrias químicas, papeleras y de alimentos son un factor de contaminación ambiental de gran riesgo para la salud de los ecatepecenses.

Descripción de la microrregión de estudio

La coordinación municipal de Chamizal tiene aproximadamente 35 años de vida, los terrenos que ocupa actualmente Granjas Valle de Guadalupe eran llanos que pertenecían al Valle de Texcoco y cuenta con varias microrregiones determinadas por número como Granjas Valle de Guadalupe I, II, III y IV. (anexo 2)

Su colonización se inicia con asentamientos irregulares, estos predios fueron otorgados para ser usados como granjas, hasta 1971 que se inicia la colonia con un grupo de colonos irregulares alrededor del mercado, dando origen a la implementación; en 1977

se construye el Centro Cívico No 2 con un consultorio del ISEM; y otras de sus grandes instalaciones es el DIF (kinder) y la escuela primaria "Carlos Hank González"

La microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, se conforma de 13 sectores o manzanas (Anexo 3), se estimó una población de 3 386 habitantes

Esta microrregión es una mezcla de subdesarrollo, la mayoría de sus residentes son estables; la mayoría de las viviendas son propias y cuenta con diversas vecindades y una gran cantidad de comercios; predomina el nivel socioeconómico medio bajo, la actividad económica principal es el comercio y el hogar, cuenta con todos los servicios públicos y tiene accesibilidad a medios de comunicación y servicios de salud

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1 Nombre de la microrregión:

Granjas Valle de Guadalupe I.

2 Responsable de la microrregión :

TAPS. Mendoza Gómez Rocío.

3 Fecha de recopilación de datos:

22-27 de marzo de 2001.

4 Fecha de elaboración del diagnóstico:

13 -abril a mayo 2001.

5 Límites:

- Norte con la colonia San Gabriel
- Sur con el municipio de Netzahualcóyolt,
- Este con la avenida central y colonia Héroes de Granaditas
- Oeste con el Distrito Federal

6. Superficie territorial: *57 792 m 2.*

7. Número de sectores: *13* (Anexo 3)

8. Número de viviendas: *525*

- 9 Número de familias: 835 aproximadamente
738 captadas
64 ausentes
33 renuentes

II. DEMOGRAFÍA

- 10 Población de la Coordinación Municipal Chamizal:

65,617 habitantes

11. Población de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I:

3,386 habitantes aproximadamente

- * Programada por normatividad: 5 000 Hb.
 - * Real captada cédula de visita familiar: 2,998 Hb.
12. * Población con seguridad social: 1036 Hb.
- * Población sin seguridad social: 1962Hb.
13. Densidad de la población: es de 17 Hb. x m².
14. Población por grupo etáreo:

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO (MARZO 2001)

| GRUPO ETAREO | HOMBRES | MUJERES | TOTAL | % |
|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| - de 1 año | 39 | 38 | 77 | 3 |
| 1 - 4 años | 144 | 151 | 295 | 10 |
| 5 - 9 años | 171 | 185 | 361 | 12 |
| 10 - 14 años | 144 | 146 | 290 | 10 |
| 15 - 19 años | 127 | 144 | 271 | 9 |
| 20 - 24 años | 135 | 147 | 282 | 9 |
| 25 - 29 años | 153 | 179 | 332 | 11 |
| 30 - 34 años | 145 | 134 | 279 | 9 |
| 35 - 39 años | 108 | 114 | 222 | 7 |
| 40 - 44 años | 67 | 68 | 135 | 5 |
| 45 - 49 años | 49 | 46 | 95 | 3 |
| 50 - 54 años | 42 | 57 | 99 | 3 |
| 55 - 59 años | 45 | 39 | 84 | 3 |
| 60 - 64 años | 27 | 36 | 63 | 2 |
| 65 - 69 años | 26 | 21 | 47 | 2 |
| 70 a + | 37 | 29 | 66 | 2 |
| TOTAL | 1464 | 1534 | 2998 | 100 |

FUENTE :CEDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS POR FAMILIA. MARZO 2001

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Partiendo de rangos establecidos de cinco años se obtuvo que el grupo de edad con mayor población son los menores de edad de 5 a 9 años con un 12 % (361), le sigue el grupo etéreo en edad productiva contemplada de 25 a 29 años con un 11% (332); y como tercer lugar destaca la población de menores de 1 a 4 años y de 10 a 14 años, ambos con un 10 % (295); indicando una mayor demanda de atención en preescolares, escolares y adolescentes

15. Promedio por familia: *Es de 4.5 integrantes*

III. EDUCACIÓN

16. Número de escuelas existentes: *Dos primarias*

17. Escolaridad

NIVEL ESCOLAR
(MARZO 2001)

| NIVEL ESCOLAR | F. | % |
|----------------------------------|-------------|------------|
| ANALFABETA | 78 | 3 |
| PRIMARIA INCOMPLETA | 238 | 9 |
| PRIMARIA COMPLETA | 876 | 33 |
| SECUNDARIA | 764 | 29 |
| BACHILLERATO/ CARRERA TÉCNICA | 386 | 15 |
| LICENCIATURA INCOMPLETA | 84 | 3 |
| LICENCIATURA COMPLETA | 37 | 1 |
| NO CONTESTARON | 194 | 7 |
| TOTAL | 2557 | 100 |

FUENTE: IBIDEM

Descripción:

Se observó que el 33 % (876) cuenta con primaria completa; por orden de importancia le sigue la población con secundaria con un 29% (764) respectivamente a y el 15 % (386) corresponde a la población con un nivel técnico o de educación media superior

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En tanto, que el 3% (78) sin ningún grado escolar es poco significativo en relación con el total de población.

IV. OCUPACIÓN E INGRESO FAMILIAR

18. Oficio

OCUPACIÓN (MARZO 2001)

| OCUPACIÓN | Fr. | % |
|---------------------------|------|-----|
| 1. HOGAR | 622 | 32 |
| 2. EMPLEADO | 258 | 13 |
| 3. COMERCIANTE | 245 | 13 |
| 4. POR SU CUENTA | 173 | 9 |
| 5. OBRERO | 166 | 9 |
| 6. ESTUDIANTE | 149 | 8 |
| 7. CHOFER | 110 | 5 |
| 8. PROFESIONAL | 79 | 4 |
| 9. ALBAÑIL | 48 | 2 |
| 10. PENSIONADO O JUBILADO | 44 | 2 |
| 11. DESEMPLEADO | 20 | 1 |
| 12. NO CONTESTÓ | 35 | 2 |
| TOTAL | 1949 | 100 |

FUENTE: IBIDEM

Descripción

La ocupación de mayor porcentaje está en el hogar 32% (622) lo que quiere decir que la mayoría de las mujeres no trabaja; continuando en orden de importancia, empleado y comerciantes con el 13% (258), "por su cuenta" el 9% (173). Se consideró "por su cuenta" a todas aquellas personas que trabajan de forma independiente; y con un menor porcentaje los profesionales 4% (79).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19 Percepción diaria de ingreso por familia.

**INGRESO FAMILIAR
(MARZO 2001)**

| VARIABLE | FR. | % |
|-------------------------------|------------|------------|
| A. MENOS DE UN SALARIO MÍNIMO | 80 | 11 |
| B. DE 1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS | 431 | 61 |
| C. DE 3 A 4 SALARIOS MÍNIMOS | 124 | 18 |
| D. DE 5 A 6 SALARIOS MÍNIMOS | 33 | 4 |
| E. MAS DE 7 SALARIOS MÍNIMOS | 45 | 6 |
| TOTAL | 703 | 100 |

FUENTE: IBIDEM

Descripción:

Para el cálculo del ingreso por familia se consideró el salario mínimo vigente en el Estado de México (\$40.35). Por los datos obtenidos el ingreso familiar diario con mayor porcentaje fue entre 1 y 2 salarios mínimos, lo que equivale a \$40.35 y \$80.75 respectivamente; se considera que predomina la clase media baja.

* SALARIO MÍNIMO, ESTADO DE MÉXICO \$ 40.35
(COMISIÓN NACIONAL DE SALARIOS MÍNIMOS)

Uno a dos salarios mínimos lo que equivale a \$40.35 y \$80.75

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. VACUNACIÓN

20. vacunación en menores de 1 año

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO
(MARZO 2001)

| ESQUEMA DE VACUNACION | Fr. | % |
|---|-----------|------------|
| A. ESQUEMA COMPLETO MENORES DE 1 AÑOS | 55 | 71 |
| B. ESQUEMA INCOMPLETO MENORES DE 1 AÑO | 22 | 29 |
| TOTAL | 77 | 100 |

FUENTE: IBIDEM

Descripción

Como se observa en el cuadro los menores de 1 año con esquema incompleto son el 29 % y en menores de un año es el 71 %. Porcentajes representativos, dado los programas de vacunación constante.

COBERTURA DE VACUNACIÓN DE 1 A 5 AÑOS
(MARZO 2001)

| ESQUEMA DE VACUNACION | Fr. | % |
|-------------------------------------|------------|------------|
| A. ESQUEMA COMLETO 1 A 4 AÑOS | 255 | 86 |
| B. ESQUEMA INCOMPLETO 1 A 4 AÑOS | 42 | 14 |
| TOTAL | 297 | 100 |

FUENTE: IBIDEM

Descripción:

Como se observa en el cuadro los menores de 1 a 4 años con esquema incompleto son el 14 % y en menores de 1 a 4 años con esquema completo con el 86 %. Porcentajes representativos, dado los programas de vacunación en nuestro país.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

21 Otros recursos para la salud existentes en la microrregión

Hospitales y clínicas en la microrregión y dentro de la Jurisdicción

| R.S.O. | ATENCIÓN | ISOCRONOS | DIRECCION |
|-----------------------------------|---------------|--------------------------------------|---|
| 1. Civico 2 | 1 er Nivel | 5'-20' CAMINANDO | Av. Benito Juárez Col. Granjas Valle de Guadalupe I |
| 2. Hospital J. M. Rodríguez | 2° Nivel | 60' - 90' CAMINANDO Y MICROBUS | Av. Central y Copérnico Valle de Anáhuac. |
| 3. Hospital periférico ISSEMYM | 1° Y 2° Nivel | 45' - 60' CAMINANDO Y MICROBUS | Calle Chiapas y Zacatecas, Tulpetic |

Fuente: Departamento de Epidemiología Jurisdicción de Ecatepec. 1999

22. Seguridad Social de las familias

La respuesta social organizada ofrece la disponibilidad de servicios de salud, aunque esto no significa que en realidad se utilice en un 100 % en esta microrregión.

**SEGURIDAD SOCIAL POR FAMILIA
(MARZO 2001)**

| TIPO DE SEGURIDAD | Fr. | % |
|--|-------------|------------|
| CON SEGURIDAD IMSS - ISSSTE - SEDENA | 1036 | 35 |
| SIN SEGURIDAD SSA - PARTICULAR - NINGUNO | 1962 | 65 |
| TOTAL | 2998 | 100 |

FUENTE: IBIDEM

Descripción:

La seguridad social que refirió la población es del 35 % (1036), quedando al margen o que refieren no contar con ningún servicio de salud es del 65 % (1962) situación que determina mayor demanda en los servicios de salud.

23. Nutrición.

La alimentación se obtuvo de manera cualitativa, considerando el consumo de alimentos en día cotidiano y domingos; encontrándose que la mayoría de la comunidad ingiere en el desayuno: pan y leche, pocas veces huevo, fruta o cereal y la mitad desayuna lo que quedó de la comida del día anterior.

En las comidas la mayoría come: sopa, carne, frijoles tortilla y agua, algunas veces verdura y refresco y pocas veces pescado, pan y fruta. En la Cena consumen: leche y pan, o no acostumbran cenar; y si lo hacen es lo que quedó de la comida. Los días domingos comen fuera de casa comida preparada (antojitos, carmitas, barbacoa, pollos rostizados, etc.)

24. Proporción de enfoque de riesgo familiar

La clasificación del RIESGO determina las características asociadas con un cierto tipo de factores y daños a la salud, que dan pauta a acciones de prevención, para su modificación en relación con la causalidad.

**TOTAL DE FAMILIAS POR RIESGO
(MARZO 2001)**

| VARIABLE | Frec. | % |
|--------------|------------|------------|
| RIESGO 1 | 321 | 41 |
| RIESGO 2 | 96 | 12 |
| RIESGO 3 | 290 | 38 |
| RIESGO 4 | 76 | 9 |
| TOTAL | 783 | 100 |

FUENTE: IBIDEM

Descripción:

El total de familias encuestadas fueron 783, encontrándose el 41 % (321 familias) se encuentran en el R-1, entre sus integrantes se encuentran niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil (MEFRES). Y en el R-3 sobresale el 38 % (290 familias)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

25 Realización del papanicolaou

Un gran porcentaje de la población femenina mayor de 18 años (1014 mujeres) en la microrregión, probablemente no tiene conciencia del riesgo y daño a su salud, lo que representa la falta de medidas preventivas en la detección temprana de lesiones precursoras de cáncer

**RANGO DE TIEMPO EN RELACIÓN A LA ÚLTIMA TOMA
DEL PAPANICOLAOU
(MARZO 2001)**

| VARIABLE | F. | % |
|-------------------|-------------|------------|
| A. MENOS DE 1 AÑO | 66 | 7 |
| B. 1 AÑO | 231 | 23 |
| C. 1 A 3 AÑOS | 49 | 5 |
| D. MAS DE 3 AÑOS | 63 | 6 |
| E. NUNCA | 464 | 46 |
| F. NO CONTESTÓ | 141 | 14 |
| TOTAL | 1014 | 100 |

FUENTE: IBIDEM

Descripción

De la población femenina mayor de 18 años (1014) en la comunidad; Sólo el 23% (231) se realiza la prueba cada año; el 7% (66) en menos de un año; el 6% (63) en más de tres años y el 5% (49) acude a realizárselo de 1 a 3 años. Con un porcentaje significativo se encuentran las mujeres que nunca se han realizado este estudio 46% (464).



**RANGO DE TIEMPO EN RELACIÓN A LA ÚLTIMA TOMA
DEL PAPANICOLAOU EN LA
(MARZO 2001)**

| VARIABLE | Fv. | % |
|---|-------------|------------|
| A. MENOS DE 1 AÑO A 3 AÑOS | 346 | 34 |
| B. MAS DE 3 AÑOS - NUNCA - NO CONTESTÓ | 668 | 66 |
| TOTAL | 1014 | 100 |

FUENTE: IBIDEM

Descripción

De la población femenina mayor de 18 años (1014) en la comunidad; Sólo el 34 % (346 mujeres) se realiza la prueba cada año o por lo menos cada tres años. Y con un porcentaje significativo el 66 % (668 mujeres) que por más de tres años o nunca se han realizado el papanicolaou

26 Atención del puerperio.

Significativo es, y representa factor de riesgo el que del total de 77 puérperas, el 33 % (24 mujeres) no reciben atención médica hasta el momento del estudio

27 Atención del parto

De igual forma es grave mencionar que de 77 mujeres embarazadas, 3 % todavía atienden su parto en casa, implicando un riesgo para el binomio madre-hijo

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Con el fin de analizar las patologías de la microrregión, hasta el momento del estudio se encuentran 420 enfermos; y se clasifican por grupo etáreo con las siguientes tasas:

- 1) Grupo etáreo de 15 a 64 años con una tasa del morbilidad de 62 por cien habitantes
 - a) Diabetes Mellitus 13 (53 enfermos)
 - b) Hipertensión 09 (39 enfermos)
 - c) Cardiopatías, epilepsia y cáncer 1 (4 enfermos)

- 2) Grupo de 0 a 14 años con 25 (107 enfermos)
 - a) cardiopatías 0 7 (3 enfermos)
 - b) miopía y asma 0.5 (2 enfermos)

- 3) Grupo de 65 años y más con el 13 (53 enfermos)
 - a) Diabetes Mellitus e hipertensión 4 (17 enfermos)
 - b) Cáncer y asma 0 2 (1 enfermo)

**MORBILIDAD GENERAL
(ENERO 1997 – MARZO 2001)**

| CAUSA | N. | TASA |
|----------------------------|-----|------|
| 1. GRIPE | 164 | 54 |
| 2. DIABETES | 71 | 24 |
| 3. HIPERTENSIÓN | 56 | 19 |
| 4. HIPERTENSIÓN Y DIABETES | 15 | 5 |
| 5. MIOPIA | 13 | 4 |
| 6. ASMA | 6 | 2 |
| 7. EPILEPSIA | 5 | 2 |
| 8. CARDIOPATIA | 7 | 23 |
| 9. VIRUS PAPILOMA HUMANO | 3 | 1 |
| 10. CÁNCER | 5 | 2 |
| 11. OTROS | 75 | 25 |

FUENTE: IBIDEM

* Tasa de población por 1000 habitantes

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción:

Las patologías crónicas constituyen un problema cada vez más importante a medida que la esperanza de vida de la población aumenta. Sobresale la diabetes mellitus con una tasa de 24 por 1000 habitantes.

MORTALIDAD

Según diagnósticos referidos por la comunidad sobre las muertes en los últimos cinco años, fueron clasificadas de la siguiente forma basándonos en el total de 44 defunciones (enero 1997 – marzo 2001)

- Paro cardiorespiratorio 22 % (10 defunciones)

- Diabetes Mellitus 13 % (6 defunciones)

- **Cáncer de mama y cérvico uterino con 8 % (4 defunciones)**

- Hipertensión arterial, cáncer por otras causas, accidentes, e insuficiencia renal y respiratoria representaron el 33 % (15 defunciones)

- En otras se agruparon: reumatismo, lupus, amibiasis, trombosis, huesos, cirugía, derrame cerebral, leucemia, y cirrosis hepática. (9 una de cada una defunciones)

*Datos expresados por la población en estudio; se estimó en porciento debido a que no se cuenta con la población total de los años citados, únicamente con la tasa del 2000 que corresponde al año de estudio.

**TASA DE MORTALIDAD GENERAL
(1997- MARZO 2001)**

| CAUSA | TOTAL DE CASOS | TASA* |
|-------------------------------|----------------|-------|
| 1. PARO CARDIORRESPIRATORIO | 10 | 33 |
| 2. DIABETES MELLITUS | 6 | 20 |
| 3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA | 3 | 10 |
| 4. CÁNCER CÉRVICO UTERINO | 2 | 06 |
| 5. CÁNCER DE MAMA | 2 | 06 |
| 6. CÁNCER POR OTRAS CAUSAS | 4 | 13 |
| 7. ACCIDENTES | 4 | 13 |
| 8. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 2 | 06 |
| 9. INSUFICIENCIA RENAL | 2 | 06 |
| 10. OTROS | 9 | 30 |

Fuente: Datos expresados por la población en estudio
Cédula de captación de datos por familia 2001.

* tasa por 1000 habitantes

PRIORIZACIÓN DE DAÑOS

Para ponderar los daños a la salud se aplicó el método de Hanlon, tomando en cuenta su magnitud, severidad, eficacia y factibilidad del problema, lo que da la pauta para el trabajo de la salud pública, quedando como daño factible de intervenir el Cáncer Cérvico Uterino y Cáncer de Mama (Ver cuadro anexo).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**PRIORIZACION DE DAÑOS
MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
(MARZO 2001)**

| DAÑO | A MAGNITUD | B SEVERIDAD | C EFICACIA | D. FACTIBILIDAD | | | | TOTAL | |
|----------------------------|---------------|----------------|---------------|-----------------|-------|--------|------|-------|------|
| | | | | PERF. | ECON. | ACPTI. | DSP. | | DEC. |
| CARDIORRESPIRATORIO | 2 | 5 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| DIABETESMELLITUS | 7 | 8 | 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA | 2 | 5 | 5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| CÁNCER CERVICO UTERINO | 9 | 10 | 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| CÁNCER DE MAMA | 9 | 10 | 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| CÁNCER OTROS CAUSAS | 8 | 10 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| ACCIDENTES | 6 | 5 | 5 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| INSUFICIENCIA RENAL | 7 | 10 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |

Fuente: Taller de priorización

Grupo multidisciplinario de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México 2001.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

X. RED DE ANÁLISIS FACTORES DE RIESGO

La priorización de necesidades en este caso se inclinó a conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I; nos llevo al diagnóstico de necesidades en donde se observó lo siguiente en la comunidad:

| PROBLEMA | PRIORIDAD (Por parrilla de análisis) | INTERVENCIÓN |
|--|---|------------------------|
| Mujeres que no planifican | 5 | Jurisdicción Sanitaria |
| Atención del parto en casa | 13 | Jurisdicción Sanitaria |
| No reciben atención en el puerperio | 15 | Jurisdicción Sanitaria |
| Nunca se han realizado el papanicolaou | 1 | Salud Pública |
| Nunca se han explorado las mamas | 1 | Salud Pública |
| Menores de 5 años que no tienen la aplicación de flúor | 13 | Jurisdicción Sanitaria |
| Vacunación incompleta en menores de 5 años | 1 | PROVAC |
| Perros no vacunados | 1 | PROVAC |
| Población sin ningún servicio de salud | 4 | Jurisdicción Sanitaria |

| PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES | |
|-----------------------------|--|
| URGENTE | -Vacunación a la población infantil -Vacunación canina -Detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino |
| POSIBLE | -La vacunación en la población infantil (provac) -La vacunación canina masiva (provac) -Proyecto de intervención (Salud Pública) |
| DESEABLE | -Vacunación al 100 % en la población infantil -Vacunación canina al 100 % -Aplicación del Programa de detección oportuna de Cáncer |

**FACTORES DE RIESGO POR PARRILLA DE ANÁLISIS
MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
(MARZO 2001)**

| PROBLEMA | IMPORTANCIA | RELACION RIESGOSANO | CAPACIDAD DEINTERVENCIÓN | FACTIBILIDAD | TOTAL | INTERVENCIÓN |
|--|-------------|---------------------|--------------------------|--------------|-------|------------------------------|
| A. ATENCIÓN DEL PARTO EN CASA 4% (5) | - | - | + | + | 13 | SALUD PÚBLICA |
| B. NO RECIBEN ATENCIÓN DEL PUERPERO 24% (31) | - | - | - | + | 15 | SALUD PÚBLICA |
| C. NUNCA SE HAN REALIZADO EL PAPANICOLAOU 46% (66) | + | + | + | + | 1 | SALUD PÚBLICA |
| D. NUNCA SE HAN EXPLORADO LAS MAMAS 62% (82) | + | + | + | + | 1 | SALUD PÚBLICA |
| E. NO TIENEN APLICACIÓN DE FLOR MENORES DE 5 AÑOS 66% (82) | - | - | + | + | 13 | CANALIZADO A LA JURISDICCION |
| F. VACUNACIÓN INCOMPLETA EN MENORES DE 5 AÑOS 11% (42) | + | + | + | + | 1 | CANALIZADO A LA JURISDICCION |
| G. GATOS NO VACUNADOS 83% (46) | - | - | - | + | 15 | CANALIZADO A LA JURISDICCION |
| H. PERROS NO VACUNADOS 72% (215) | + | + | + | + | 1 | CANALIZADO A LA JURISDICCION |
| I. NIVEL ESCOLAR BÁSICO Y MEDIO BÁSICO | - | - | - | - | 16 | NO ES FACTIBLE |
| J. INGRESO FAMILIAR BAJO 1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS | - | - | - | - | 16 | NO ES FACTIBLE |
| K. POBLACIÓN SIN NINGÚN SERVICIO DE SALUD | + | + | - | - | 4 | CANALIZADO A LA JURISDICCION |
| L. MUJERES QUE NO PLANIFICAN 1106 | + | - | + | + | 5 | SALUD PÚBLICA |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3.2.1.2 Valoración Focalizada

La valoración focalizada se orienta a reunir más información acerca de un problema específico, que ya ha sido identificado.³³

La dinámica de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I; demandó la intervención de enfermería, en relación con un problema de salud tangible como era la presencia de morbilidad y mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en las mujeres en edad fértil.

Los datos se obtuvieron por medio de un estudio de comunidad a través de la priorización de daños a la salud quedando reportados cuatro casos de muerte; (Dos casos por CACU y dos por CA de mama); la jerarquización de riesgos se orientó a la falta de medidas de prevención en la mujer para la detección oportuna de cáncer; datos íntimamente ligados con las estadísticas nacionales de los últimos años y que reportaban “que una de cada cuatro mujeres que ingresa al Instituto Nacional de Cancerología es por Cáncer Cérvico Uterino”.

Al no conocer la causalidad del déficit de autocuidado, se requirió realizar una valoración focalizada del déficit de autocuidado en las mujeres de 18 años o más; ya que es la época mas productiva de su vida y su rol dentro del núcleo familiar es básico en nuestra sociedad

Esta valoración permitió verificar cuáles déficit de autocuidado podrían convertirse en riesgos para ella; todo esto nos llevó a preguntarnos:

³³ Alfaro Rosalinda APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Ediciones Doyma Pag 20

¿Cuáles eran los factores causales que influyen en el déficit de autocuidado, asociado al cáncer cérvico uterino, en las mujeres de 18 años o más que residen en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, de la Coordinación Municipal de Salud Chamizal de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, Estado de México?..

Por lo que se elaboro una hipótesis con óptica de acuerdo a la teoría seleccionada (Orem) que reúne :

“El déficit de los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y desviación de la salud influyen en las altas tasas de morbi-mortalidad por cáncer cérvico uterino, en las mujeres de 18 años o más de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, de la Coordinación Municipal de Salud Chamizal de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México”.

De esta hipótesis se derivaron variables e indicadores; variables independientes como los Requisitos de autocuidado Universal, de Desarrollo y de Desviación de la salud, y dependientes como la mortalidad por complicaciones del cáncer cérvico uterino y morbilidad por cáncer cérvico uterino

Variables e Indicadores.

Con el objeto de establecer las medidas de control de variables (se adjuntan tablas que definieron las características para cada variable, indicador, parámetro, ponderación, fuente y escala de medición respectiva Estas tablas conceptualizan taxonomía de la teoría del déficit de autocuidado de Orem). (apéndice 2)

De la hipótesis se derivaron variables e indicadores que instrumentaron un cuestionario de 43 ítems (apéndice 3) acorde a los requisitos de autocuidado universal, del desarrollo y de desviación de la salud dirigido a las unidades de servicio.

Variables Independientes:

- Requisitos de autocuidado universal
- Requisitos de autocuidado de desarrollo
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Variables Dependientes :

Déficit de autocuidado

- Mortalidad por complicaciones de Cáncer cérvico uterino
- Morbilidad por cáncer cérvico uterino

Definición de variables

- Requisitos de autocuidado universal son las *actividades esenciales para el logro del autocuidado independiente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental del individuo.*
- Requisitos de desarrollo son las *actividades que el individuo debe de realizar para cuidar de sí mismo en etapas específicas de desarrollo y en condiciones que afectan el desarrollo humano.*
- Requisitos de desviación de la salud *son las actividades que realiza un individuo para cuidar de sí mismo cuando está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos.*
- Morbilidad *número de personas que enferman en una población y tiempo determinado.*
- Mortalidad *medida de frecuencia de las defunciones que ocurre en una población lugar y tiempo determinado.*

- **Cáncer cérvico uterino proliferación anormal celular de los tejidos cérvico uterino**
- **Déficit de autocuidado: requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud no satisfechos**

Con la finalidad de establecer las medidas de control de variables y así evitar sesgos en esta investigación, se realizó muestreo aleatorio simple dirigido hacia el tarjetero de riesgos

Para evitar **error de medición**, se realizó piloteo del instrumento en territorio lo más cercano que tenga las mismas características poblacionales y posterior al piloteo se estandarizaran criterios evitando sesgos de medición en el investigador.

El **error de la inferencia**, se evitaron tomando en cuenta que tanto los casos y la población en riesgo tiene las mismas características demográficas y están incluidas en la población de estudio y además se demuestra similitud al haberse realizado una primera investigación tomando como universo el total de las unidades multipersonales del territorio en estudio

En relación al **error residual**, éste se trato de evitar al máximo posible ya que la investigación se controló con rigor metodológico evaluando cada etapa de la metodología para este tipo de estudio (Colimon: 189-206, 1990)

Criterios de inclusión

- Mujeres con edad de 18 años o más
- Que residan en el área o territorio de estudio
- Acepten o decidan voluntariamente participar en el estudio
- Primera mujer que aparezca en la cédula.

Criterios de exclusión

- Renuentes
- Ausentes
- Cédulas incompletas (llenado inadecuado)

Selección de la muestra

Para la selección de las unidades multipersonales se utilizó muestreo aleatorio simple, dirigido hacia el tarjetero dónde se encuentra el universo de las unidades multipersonales que fueron captadas en la primera fase de la investigación (2 998 familias).

El muestreo aleatorio simple, permitió que cada unidad multipersonal tenga las mismas probabilidades de ser seleccionada.

Una vez obtenida la muestra de las unidades multipersonales, se elaboró una lista de precisión de la muestra (apéndice 4) y se buscó su ubicación geográfica en el croquis para un mayor control). Esto nos permitió aplicar las cédulas con mayor criterio de rigor metodológico.

Cada *ítem* se codificó a respuesta cerrada, se considera que no habrá sesgo de información, ya que las unidades de estudio descritas, se encuentran en el riesgo comentado (para veracidad consultar criterios).

Tipo de estudio

Metodológicamente fue un estudio observacional, por que describe el fenómeno de estudio (*Méndez, Ramírez Pág 13), analítico, busca la aproximación a la inferencia causal (*Colimon, Martín. Pág. 83-84), retrospectivo, debido a que indaga sobre los hechos ocurridos en el pasado (*Canales, F. H Pág. 136) y de casos y controles, por que va del efecto a la causa, permite comparar respecto a una exposición previa que se sospecha está en relación con la enfermedad.

UNIVERSO Y MUESTRA

(L. Balseiro p. 85; -confróntese- Sampiere p 211)

Bajo la fórmula

$$n^2 = \frac{no}{1 + no/N}$$

Donde:

N = tamaño del universo

n = tamaño de la muestra

no = tamaño de la población

I = Constante

Sustitución:

$$N = 2998$$

$$N^2 = X$$

$$no = 922$$

$$n^2 = \frac{922}{1 + 922} = \frac{922}{1 + 0.3075} = \frac{922}{1.3075} = 705 \approx \sqrt{\quad}$$

26.6

Muestra determinada a 27 unidades

* Se agrego un 20 % de seguridad (5.4) con aproximación a 32 unidades

* Se agrego un 10 % de reserva (2.7) total 35

Para este estudio la muestra se determinó a 35 unidades; sin embargo, se aplicó a 50 unidades de servicio en donde la población diana son las mujeres de 18 años o más.

El tamaño y las características del grupo de estudio fueron un total de 992 mujeres de 18 años o más, que tengan la probabilidad de enfermar y/o morir de cáncer cérvico uterino.

Para este estudio los casos corresponden a las mortalidad y morbilidad. Para la selección de éstos la fuente de información utilizada fueron las historias clínicas y certificados de defunción. Los controles son las mujeres de 18 años o más de esta misma comunidad que no presentaron la enfermedad.

Proceso de captura

Las cédulas que se aplicaron de acuerdo a cada una de las variables que requisita, se clasificaron por número progresivo aleatorio y se agruparon en una sábana de concentración de datos en el paquete estadístico EXCEL; para la revisión de datos y que no quede duda de un probable error sistemático derivado durante la etapa de captura de la información (apéndice 5).

Para dicha revisión se tomó en cuenta la cuarta parte de la población blanco; que correspondió a once cédulas, los números de *items* se seleccionaron en forma aleatoria.

Para mayor precisión se registraron las respuestas contenidas en la sábana de datos de déficit de autocuidado y se compararon con las respuestas de la fuente primaria (cédula de captación de datos de déficit de autocuidado para cáncer cervicouterino y mamario). Como se puede observar en el cuadro de verificación de criterios de certificación (apéndice 6).

La etapa de verificación de criterios de certificación nos demostró que no se encontró error sistemático al momento de capturar la información; por lo tanto lo obtenido se considera con el 100 % de credibilidad y validez.

Del total de esta población se entrevistaron a cuarenta y dos, tres se encontraron ausentes (tres visitas), cuatro renuentes (tres visitas) y en una unidad multipersonal en donde no existen mujeres. (Sábana de concentración de datos)

Cabe mencionar que en la captura de los datos se codificó a las ausentes con la letra **Z**, a las renuentes con letra **Y**, y donde no existieron mujeres con letra **W**.

Para las respuestas que no entran dentro de lo establecido se codificaron con **X**. Esto por motivos de secuencia lógica de cada una de las preguntas

A continuación se realizó asociación por momios recurriendo al paquete EPI-INFO-6, el cual reportó resultados de probabilidad de riesgo y validación de hipótesis. Para la priorización de los riesgos se realizan los cuadros para la clasificación de riesgo por *ítems*, OR, morbilidad y mortalidad, Fracción Etiológica de Riesgo; posteriormente se jerarquizaron de acuerdo al Fracción Etiológica de Riesgo y se clasificaron según los requisitos de autocuidado de Orem. (apéndice 7,8).

De acuerdo a cada *ítem* se diseñaron cuadros de salida y contingencia los cuáles tendrán una ponderación en frecuencias y porcentajes y su respectiva descripción

La hipótesis propuesta: “La insatisfacción de requisitos de autocuidado de desarrollo y de desviación de la salud influyen en las altas tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en las mujeres de 18 años o más, de la microrregión granjas valle de Guadalupe I, de la Coordinación Municipal de Salud Chamizal de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México”.

Es importante destacar que la hipótesis fue validada por X^2 al ser confrontada con su propia tabla de valores. Estos resultados cuantitativos dieron pauta a interpretar que no están satisfechos los requisitos de autocuidado de desarrollo y de desviación de la salud en las mujeres de 18 años o más, y por lo tanto contribuyen a la presencia de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino.

Específicamente los factores de riesgo con significancia estadística fueron *más de un compañero sexual y más de tres abortos como causas para la morbilidad y mortalidad* por Cáncer Cérvico Uterino en este territorio; además estos resultados tienen empatía con tres criterios de Bradford Hill, ya que existe relación temporal porque la causa precede al efecto; coherencia, porque se han obtenido resultados similares en otros estudios; reversibilidad, debido a que si se elimina la causa se reduce el riesgo de enfermedad.

La lógica de la participación colectiva de la comunidad no sólo en la atención médica y el autocuidado, es consecuencia de las circunstancias sociales que no logran ser eficientes o efectivas.

Sin embargo, la dinámica social de esta comunidad demanda necesidades reales manifestadas por el interés de conocer cuáles son las causas del cáncer cérvico uterino; esto se traduce en una propuesta de intervención enfermera.

3.2.2 Diagnóstico enfermero

El diagnóstico de enfermería de acuerdo a Alfaro, es un *problema de salud real o potencial que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.*

Mientras que en términos Orem, es un proceso de examen y análisis cuidadoso de los hechos, ayuda a emitir juicios de enfermería sobre las personas y sus propiedades; inherente se halla en la **operación tecnológico- profesional diagnóstica**.

Reiteramos entonces que el diagnóstico es un **juicio de valor**, pues implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado de las personas, y algunas veces de sus demandas; en este sentido permite a las enfermeras establecer un sistema sobre la situación o problema existente, dando pauta a la planeación de sus intervenciones

Las operaciones diagnósticas de enfermería comprende tres etapas:

- Calcular la demanda de autocuidado terapéutico
- Estimar la agencia de autocuidado
- Determinar los déficit reales o potenciales de autocuidado.

La teoría del déficit de autocuidado establece un enfoque en el diagnóstico en relación a:

- La demanda de cuidado puede ser calculada
- Las capacidades y limitaciones para proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda calculada pueden ser determinados.
- La relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada.

Sin más preámbulos, a continuación se enuncia el diagnóstico de enfermería a que se llegó con base a la valoración del déficit de autocuidado.

• DIAGNÓSTICO ENFERMERO

EN LA COMUNIDAD GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I, LAS MUJERES DE 18 AÑOS O MÁS **PRESENTAN DÉFICIT DE AUTOCUIDADO** PARA SATISFACER LOS REQUISITOS UNIVERSALES, DE DESARROLLO Y DESVIACIÓN DE LA SALUD DEBIDO AL **DESCONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL PARA EL CÁNCER CERVICOUTERINO EN RELACIÓN CON MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES Y ABORTOS**, EVIDENCIADO POR LA PRESENCIA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

Identificación de los problemas y fundamentación teórica

Es conveniente que en esta fase diagnóstica se fundamenten las premisas propuestas

- Para determinar las capacidades y limitaciones de la unidad de estudio se tuvo que realizar una investigación con variables específicas de autocuidado por medio de las cuales se focalizaron los déficit; asimismo al asociarse a los daños se convirtieron en factores de riesgo
- Los resultados obtenidos indican que las unidades de servicio tienen capacidades limitadas para corregir sus desviaciones de salud y prevenir los condicionantes de ella
- Las unidades de servicio manejan ciertos principios de auto preservación, por lo tanto, no fue tan difícil ahondar en su vida íntima y conocer que existe promiscuidad sexual

- Se considera que a través de un sistema de enfermería se puede regular o corregir los problemas generados por déficit de autocuidado

Ver el siguiente cuadro adjunto

DIMENSIÓN DEL DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE ENFERMERÍA

| Problema (enfoque salud pública) | Fundamentación | Requisito de autocuidado no satisfecho (Orem) |
|--|---|--|
| 1 Desconocimiento sobre las medidas preventivas para cáncer cervicouterino | De 29 <i>items</i> orientados al autocuidado, 17 fueron jerarquizados como déficit por su alta probabilidad, para enfermar o morir; además de ser corroborados por momios (OR) y validados por X^2 . - El 100% de las unidades de servicio presentaron déficit parcial o completo. - Cabe señalar que para las mujeres que tienen la enfermedad aparece como un mecanismo protector. | Universales: Siete y ocho. Ver Orem Pág 141. Desarrollo: Uno y dos. Ver Orem Pág 147. |
| 2 Mujeres que presentaron múltiples parejas sexuales y abortos | Las mujeres que tienen o tuvieron más de un compañero sexual tienen 16.5 veces más la probabilidad de padecer CaCu, en relación a las que tienen sólo un compañero $X^2= 8.31$, significativa estadísticamente. En tanto, las mujeres que tienen más de 3 abortos tienen 24 veces más la probabilidad de CaCu, en relación a las que no presentan ningún aborto $X^2 = 5.71$, significativa estadísticamente. | Universal: Seis. Orem, pág 141 Desarrollo: Uno y dos Orem, Pág 147. |
| 3 Morbilidad y mortalidad por CaCu | Se encontró en mortalidad una tasa específica de 3.9 por cada 1000 habitantes Mientras que en morbilidad la tasa fue de 1.9 por cada 1000 habitantes. | Desviación de la salud: Cuatro. Ver Orem Pág 151 Desarrollo: Uno. Orem, Pág. 147. |

**PRIORIZACION DE FACTORES DE RIESGO POR ITEM, O.R., F.E.R. Y OREM
PARA CÁNCER CÉRVICO UTERINO
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001.**

| ITEM | FACTOR DE RIESGO | OR | | FER | PRIORIDAD | OREM |
|------|--|-------------|--|--------|-----------|-------------|
| | | MORBILIDAD | | | | |
| 16 | Haber tenido más de 3 abortos/ ningún aborto | 24 | | 95.8 % | 1 | U6, D1, DS1 |
| 8 | Tiene o ha tenido más de un compañero sexual / si | 16.2 | | 93.8 % | 2 | U6, D2 |
| 16 | Haber tenido de 1 a 2 abortos/ ningún aborto | 10.6 | | 90.6 % | 3 | U6, D1, DS1 |
| 26 | Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / 6 meses | 10.0 | | 90.0 % | 4 | U8, D1 |
| 14 | Nuliparas | 6.4 | | 84.4 % | 5 | U6, D1 |
| 7 | Método anticonceptivo oral/ dispositivo | 6.0 | | 83.3 % | 6 | U6, D1 |
| 7 | Método anticonceptivo oral/ ninguno | 4.7 | | 78.9 % | 7 | U6, D1 |
| 15 | Ningun embarazo | 4.5 | | 77.8 % | 8 | U6, D1 |
| 27 | Mujeres que se realizan el papanicolaou | 4.3 | | 77.1 % | 9 | U8, D1 |
| 1 | Rango de edad de 35 a 44 años | 3.6 | | 72.7 % | 10 | U6 |
| 3 | Inicio de vida sexual antes de los 15 años | 3.5 | | 71.4 % | 11 | U6, D1 |
| 23 | Consumo de verduras verdes cocidas | 3.4 | | 70.8 % | 13 | U3 |
| 10 | Enfermedades por transmisión sexual / si | 3.4 | | 71.2 % | 12 | U6, D2 |
| 15 | Tuvieron más de 5 Embarazos | 2.6 (MORTA) | | 62.5 % | 14 | -- |
| 16 | Haber tenido más de 3 abortos/ 1 a 2 abortos | 2.2 | | 55.6 % | 15 | U6, D1, DS1 |
| 11 | Presencia de flujo vaginal / si | 2.2 | | 54.5 % | 16 | U6, D2, DS2 |
| 24 | Falta de conocimiento sobre cáncer cervicouterino | 2.0 | | 52.0 % | 17 | U8, D1 |
| 25 | Saber para que sirve la prueba de papanicolaou | 2.0 | | 52.0 % | 18 | U8, D1 |
| 15 | Tuvieron más de 5 Embarazos | 1.7 | | 43.8 % | 19 | U6, D1 |
| 6 | No utilizan de métodos anticonceptivos | 1.4 | | 28.6 % | 21 | U6, D1 |
| 39 | Antecedentes familiares con cancer cervicouterino / si | 1.4 | | 31.0 % | 20 | DS2 |
| 12 | Dolor en la relación sexual / si | 1.3 | | 27.3 % | 22 | U6, D2, DS2 |
| 7 | Método anticonceptivo ninguno/ dispositivo | 1.2 | | 20.8 % | 23 | U6, D1 |
| 10 | Desconoce si padeció o padece enfermedad de transmisión sexual | 1.2 | | 16.7 % | 24 | U6, D2 |

3.2.3 Plan de intervenciones

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del individuo sano o bien para evitar, reducir, o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. La planificación como un proceso de toma de decisiones; consta de cuatro etapas:

- Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo al modelo teórico y las características del propio individuo.
- Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo.
- Desarrollo de las intervenciones de enfermería. Quizá éste sea uno de los puntos más cruciales de todo el proceso, ya que con la aplicación de las acciones que se describan en este momento se confirmará la validez y la eficacia del mismo. Así pues, una vez que se haya seleccionado la solución que se considera más idónea deben determinarse las acciones sanitarias orientadas a la consecución de los objetivos.
- Documentación del plan. Finalmente, todas las decisiones tomadas durante la planificación deben ser precisadas en el plan de cuidados, constituyendo una de las fuentes básicas de información acerca del individuo, en la que se incluye una descripción de su problema y un programa de actuación para tratar de resolverlo.

La planificación en lenguaje Orem se identifica con las **operaciones prescriptivas**.

Las operaciones prescriptivas especifican:

- los medios a usar para satisfacer los requisitos de autocuidado puntuales.
- La totalidad de las medidas de cuidado a realizar para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico.

- Los roles del paciente, enfermera, y agente de cuidado para satisfacer los requisitos de autocuidado terapéutico
- Los roles de las enfermeras, pacientes y agentes de cuidado dependiente para regular el ejercicio o desarrollo del agencia de autocuidado.

La operación de prescripción implica unir los procesos interpersonal y social de enfermería con los papeles tecnológico-profesionales; por ejemplo, los procesos interpersonales pueden suponer la colaboración con los pacientes o familiares para dar información o llegar a acuerdos sobre el momento de brindar los cuidados.

Mientras que las operaciones tecnológico-profesionales incluyen especificar los métodos para satisfacer un requisito de autocuidado; es decir, cuanto más aspectos técnicos del cuidado se planifican y realizan, tanto mayor es el requerimiento de enfermería para desarrollar y mantener un buen contacto social e interpersonal con el paciente y su familia

Después de este preámbulo y considerando los antecedentes mencionados, abordaremos la planificación del proceso con óptica de **Atención Primaria a la Salud (APS)** como eje principal; la cual se define como:

La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas, y socialmente aceptables puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

El enfoque metodológico de Atención Primaria a la Salud propone:

- valorar sus propios recursos como profesionales de la salud y su interés en convertirse en socios de la comunidad
- comprometer la comunidad identificando a las redes sociales pertinentes y a sus líderes

- Priorizar los problemas de salud usando técnicas de construcción de consensos.
- Desarrollar estrategias para empoderar a la comunidad en la intervención.
- Evaluar los resultados involucrando a la comunidad (quinta conferencia mundial de promoción de la salud informe técnico 4 Pág 1)

Así entonces, dentro de este proyecto se pretende lograr que el individuo y la comunidad adquieran una actitud de suficiencia y autoconfianza en la solución de los problemas de salud de acuerdo con su propia capacidad y posibilidades, crear conciencia en cuanto a sus limitaciones para actuar por sí solos (autocuidado), como también orientarlos hacia una mejor utilización de los recursos externos provenientes del sector público y privado a los que puede recurrir para mejorar sus condiciones de salud y vida en general.

La propuesta de APS en el enfoque de riesgo utiliza métodos que permite estimar la necesidad en salud de los diferentes grupos humanos, por medio de la priorización precisamente aquellos que tienen mayor eficiencia y eficacia (mayor impacto sobre el problema de salud que se interviene, con el más bajo costo)³⁴

Es importante señalar que para fines de este estudio, se utilizaron cuatro estrategias: 1) **Capacitación al personal de salud**, para la prevención, detección y control oportuno del cáncer cervico uterino, 2) **Sensibilización de la población**, 3) **Educación para la salud** de los factores de riesgo y 4) **Detección y seguimiento de casos de lesiones precursoras** para cáncer cérvico uterino respectivamente

Estas estrategias están dirigidas a atender a las mujeres de 18 años o más en la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, lugar mismo donde se origina el déficit de autocuidado. Sus acciones se orientan a atacar el efecto (enfermedad) al mismo tiempo le dan mayor importancia a los factores condicionantes, es por ello que entre los principales atributos de dicha atención primaria se destacan los enfoques Interdisciplinarios y Multidisciplinarios durante la intervención en la comunidad.

³⁴ Blanco Restrepo J. Fundamentos de Salud Pública p 82

En el contexto de la APS se pretende que la mujer participe en la toma de decisiones sobre su propia salud creando en ellas responsabilidades de autocuidado. Esta toma de conciencia y participación es propiciada a través de la apertura de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más le afectan.

En **salud pública** los servicios se prestan impersonalmente y no están dirigidos a un individuo concreto, sino a atacar los riesgos colectivos. El personal de salud pública es especialista en la identificación de problemas de salud, la prevención de enfermedades e incapacidades y la promoción de la salud; ejemplo palpable es el de la **enfermera salubrista** dedicada al trabajo en comunidad, detección de casos, a proporcionar servicios directos y a tratar la necesidad de clientes con diversos problemas simultáneos ³⁵

Importante es destacar que el compromiso de la enfermería en salud pública es el mismo que se establece en el Programa Nacional de Salud 2001- 2006, que tiene como línea de acción fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud, por medio de la promoción a la salud para orientar e incrementar la conciencia sobre la salud y estilos de vida saludables.

Así como **fortalecer la acción de la comunidad a favor de su salud**, establecido ahora con el nombre de **Programa de Acción de Comunidades Saludables**, que tiene como meta generar actitudes y aptitudes relacionadas con el autocuidado a la salud, vinculando los factores causales de las enfermedades, discapacidades y muerte en la población.

En este proyecto se pretende implementar el modelo teórico de Orem que permita el desarrollo del autocuidado como forma de conservar la salud y bienestar, modificación de conductas indeseables y prácticas de estilos de vida saludables.

Este beneficio recaerá en el autocuidado de la salud de la mujer y redundará en el ambiente social, económico, cultural y político; esperando lograr un impacto en la disminución de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

³⁵ Kark Sydney I. Atención Primaria Orientada a la Comunidad, p 98.

▪ **Objetivos**

Generales

- Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino en las mujeres de 18 años o más del territorio Granjas Valle de Guadalupe I; mediante la capacitación al personal de salud para la identificación oportuna de lesiones precursoras.
- Modificar la conducta en salud en las mujeres de 18 años o más del territorio Granjas Valle de Guadalupe I para la prevención del cáncer cervicouterino a través de la aplicación del sistema de enfermería Apoyo/ Educativo.

Específicos

- Capacitar al personal de salud que participarán en la intervención.
- diseñar un programa de apoyo/educativo multidisciplinario con énfasis en la adquisición de habilidades para identificar oportunamente lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.
- Promover la sensibilización del equipo multidisciplinario para que oriente a las unidades multipersonales sobre la prevención, manejo y control del cáncer cervicouterino y mamario.
- Informar y orientar a las mujeres sobre los riesgos y daños del cáncer cervicouterino, a través de trípticos, volantes y carteles.
- Concientizar y sensibilizar a las unidades de servicio sobre la importancia de su autocuidado.
- Promover la prevención del cáncer cervicouterino y mamario, en las unidades de estudio mediante pláticas educativas

- Realizar la detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario en la población femenina de 18 años o más, a través de la promoción, educación, y la participación social y comunitaria.
- Canalizar oportunamente a la clínica de displasias a las mujeres con resultados anormales (VPH o displasias).
- Evaluar los resultados del proyecto de intervención a corto y mediano plazo.
- Establecer la vigilancia epidemiológica para el cáncer cervicouterino

▪ **Metas**

- Que el 90% del personal de salud que participará en la intervención sea capacitado sobre el cáncer cervicouterino.
- Que el 95% de la población del territorio en estudio reciba la información sobre los riesgos y daños para el cáncer cervicouterino, en un periodo de 2 días.
- Promover la prevención del cáncer cervicouterino al 80 % de las unidades de servicio del territorio, a través de pláticas educativas simultáneas en un día.
- Realizar la detección del cáncer cervicouterino en el 20% de las mujeres de 18 años o más en un periodo de 3 días.
- Evaluar en un 90 % los resultados a corto y mediano plazo

Análisis de Factibilidad

La factibilidad de una intervención está en relación con la capacidad operativa en su propio contexto, por ello deben de considerarse los elementos que pueden frenar o favorecer la implementación del programa

Para fundamentar esta intervención se tomaron en consideración los siguientes puntos:

Factibilidad Política

La Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec tiene la responsabilidad de definir y aplicar la Política Nacional mediante el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Considerando que en el marco del programa de reforma del sector salud 1995-2000 es prioritaria la reducción de la morbilidad y mortalidad, por Cáncer Cérvico Uterino, ya que se cuenta con la tecnología para realizar el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. Para lo cual se establece la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica.

Factibilidad Legal

El presente proyecto de intervención se sustenta en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Art. 4º y 26º, y la Ley General de Salud; en el Art. 9º, 17º, 22º, 23º, 28º, 29º y 32º; y en las disposiciones generales establecidas por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO)

Factibilidad Técnica

Será a través del apoyo logístico y asesoría de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

Se cuenta con el consentimiento de la población en estudio.

Factibilidad Financiera

El proyecto será financiado por las investigadoras en Salud Pública.

La factibilidad a través del FODA

La factibilidad de este proyecto se da en relación con el desarrollo de estrategias de enfermería hacia la salud; retoma la administración estratégica en relación a sus fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades que tiene la enfermera especialista en Salud Pública para intervenir en este problema.

| | |
|---|---|
| <p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos teóricos encaminados a la intervención. - Apoyo de la ENEO-UNAM | <p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo - Espacio - Recursos económicos |
| <p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos - Remuencia para participar | <p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo de la Jurisdicción - Apoyo de los pasantes de enfermería. - Apoyo de empresas e instituciones de salud. |

Los elementos que pueden favorecer o frenar la implementación del programa son:

Fortalezas. las alumnas de postgrado en salud pública cuentan con los conocimientos teóricos encaminados a la intervención y experiencia, tienen una gran motivación por el trabajo y apoyo de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Entre las **Debilidades** se encuentra el tiempo limitado para la realización de la intervención, se tienen recursos económicos insuficientes; en relación al área física no se cuenta con un espacio idóneo para el desarrollo de actividades

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Respectivamente en las **Amenazas** sería la renuencia de la población en estudio para participar en el proyecto, recursos humanos y materiales insuficientes para cubrir la demanda de atención.

Como **Oportunidades** se cuenta con el apoyo administrativo, técnico y logístico de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, así como también el apoyo de Instituciones de Salud (IMSS), y empresas.

▪ **Organización**

- Programa detallado de actividades

Universo de trabajo

Grupo multidisciplinario de salud y unidades multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.

Espacio

* Casa de la mujer campesina (CAPOS), para la capacitación

* Cívico II de Granjas Valle de Guadalupe I, para operacionalización de las intervenciones

Tiempo

(Ver cronograma de actividades) (apéndice 9)

Determinación de actividades

Con fines de precisión se estructuran tablas de operaciones tecnoprofesionales, específicas para cada estrategia

ESTRATEGIA N.º 1

OPERACIONES TECNO-PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

| ACTIVIDAD | TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|-----------------------------------|--|---------|------------------------|---|
| CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD | 1. Reunión para planeación y organización del curso con el personal asignado. (apéndice 10) | 5 DIAS | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ASIGNADO. |
| | 2. Recopilación de material bibliográfico | 2 DIAS | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA |
| | 3. Gestión para solicitar sede de capacitación (casa de la mujer campesina). | 3 HORAS | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA ENF. GUADALUPE GARRIDO |
| | 4. Solicitar al jefe de jurisdicción oficina de apoyo para reclutar al personal pasante de enfermería en servicio social para capacitación | 1 HORA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O.E.S.P. GUADALUPE PEREZ |
| | 5. Se realiza gestión para solicitar una pipa de agua para la casa de la mujer campesina | 2 HORAS | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. |
| | 6. Se realiza gestión para la contratación de mesas, manteles y sillas para la capacitación en la casa de la mujer campesina | 1 DIA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA |

| TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|--|---------|------------------------|--|
| 8. Traslado de materiales y apoyo didáctico, | 3 HORAS | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | ALUMNAS DE POSGRADO EN SALUD PUBLICA. |
| 9. Estructuración de la cédula de estimación de conocimientos (apéndice 11) | 2 DIAS | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA M.C. FRANCISCO CARDENAS CABALLERO JEFE DE ENF. EMMA GARCÍA MARTINEZ JEFE DE ENF. YOLANDA GUERRERO MARTINEZ ENF. LIDIA CORONA RANGEL TAPS. ROBERTO MARTINEZ ALVARADO |
| 10. Invitar al jefe de la jurisdicción para la inauguración de la capacitación | 1 HORA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA L.E.O.E.S.P. GUADALUPE PÉREZ |
| 11. Organización de papelería y materiales para la capacitación | 1 DIA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA |
| 12. Fotocopiado de la cédula de estimación de conocimientos y de formatos de apoyo | 1 DIA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | TAPS. ROBERTO MARTINEZ ALVARADO |
| 13. Elaboración de contenidos de la carta descriptiva. (apéndice 12) | 3 DIAS | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | VER CARTA DESCRIPTIVA |
| 14. Realización de un formato de control para faltantes | 1 HORA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA |

IBIDEM

| | TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|---------------|---|---------|------------------------|---|
| IBIDEM | 15. Calificar la cédula de estimación de conocimientos (diagnóstica - final) | 2 DIAS | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA M.C. FRANCISCO CARDENAS CABALLERO JEFE DE ENF. EMMA GARCIA MARTINEZ JEFE DE ENF. YOLANDA GUERRERO MARTINEZ ENF. LIDIA CORONA RANGEL TAPS. ROBERTO MARTINEZ ALVARADO |
| | 16. Solicitud a Salud Reproductiva de materiales didácticos de apoyo. | 1 HORA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O.E.S.P. GUADALUPE PÉREZ |
| | 17. Selección de técnicas didácticas para la capacitación | 3 DIAS | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | VER CARTA DESCRIPTIVA |
| | 18. Reunión para verificar avances e inconsistencias de la organización | 2 HORAS | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O.E.S.P. GUADALUPE PÉREZ |
| | 19. Comprar tarjetas Bristol, hojas blancas, seguros y material de escritorio para registro de asistentes | 1 DIA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA |
| | 20. Comprar modelos anatómicos para demostración. | 1 DIA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA |
| | 21. Traslado de equipo y material de apoyo a la sede. | 1 HORA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.E.O. LUZ MARIA SIBAJA |
| | 22. Elaboración de formato para registro de asistencia (apéndice 13) | 1 HORA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | ENF. LYDIA CORONA RANGEL |

| TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|---|--------|------------------------|---|
| 23. Solicitud de agradecimientos por el apoyo al personal que laboró. | 2 DIAS | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | COORDINADOR DE ENSEÑANZA DE ENFERMERIA DE LA JURISDICCION ENEO-UNAM |
| 24. Evaluación general de la capacitación. (apéndice 14) | 1 DIA | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | DR. SERRANO MITRA, SOFIA SANCHEZ PIÑA L.E.O.E.S.P. GUADALUPE PÉREZ |
| 25. Elaboración de spots (apéndice 15) | | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | L.I.C. IRMA ROSI ROSETTE HERNÁNDEZ |
| 26. Elaboración de formato para evaluación inmediata del personal de salud. (apéndice 16) | | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. | |

ESTRATEGIA N° 2

OPERACIONES TECNO-PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

| ACTIVIDAD | TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|---------------------------------|---|--------|---------------------------------------|----------------------------|
| SENSIBILIZACIÓN DE LA POBLACIÓN | 1. Formación de equipo multidisciplinario para la planeación y organización. | 2 HRS | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS M. | |
| | 2. Planeación y organización de la promoción a la salud | 5 DIAS | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |
| | 3. Capacitación de recursos participantes para habilitarlos en el desempeño de la actividad. | 5 DIAS | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |
| | 4. Diseño de materiales educativos (volante, cartel, tríptico, díptico, manta y perifoneo). | 1 DIA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |
| | 5. Solicitar apoyo Jurisdiccional de 32 pasantes de enfermería habilitados para tal fin. | 2 HRS | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | LIC. GUADALUPE PÉREZ |
| | 6. Solicitud de apoyo a la ENEO Y Jurisdiccional para la reproducción de materiales educativos. | 6 HRS. | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | L.E.O. REYNA HURTADO PONCE |
| | 7. Elaboración de oficios y entrega de los mismos. | 4 HRS | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | L.E.O. REYNA HURTADO PONCE |
| | 8. Sacar fotocopias de los croquis (panorámico y por sectores) del área de estudio. | 2 hrs | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | |
| | 9. Compra de materiales para apoyo de la actividad (lápices, masking – tape, cinta canela). | 4hrs | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | |

| | TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|--------|--|---------|---------------------------------------|--|
| IBIDEM | 10. Elaboración de paquetes promocionales para su distribución y colocación en el área | | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | LEO ELDA ESPEJEL GÓMEZ LEO FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES LEO IRMA ROSETE H. |
| | 11. Información al equipo de la logística de casa por casa. | 2 HORAS | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | |
| | 12. Formación de equipos de trabajo. | 1 HORA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | |
| | 13. Asignación de tareas específicas. | 1 HORA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | |
| | 14. Ubicación del área geográfica por sectores y panorámica (recorrido por el territorio). | 3 HORAS | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO E P S S 32 |
| | 15. Recorrido por sector para identificar territorio | 2 HORAS | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO E P S S 32 |
| | 16. Distribución de paquetes y croquis de barrio casa por casa. | 1 HORA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | LEO ELDA ESPEJEL GÓMEZ LEO FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES LEO IRMA ROSETE H. |
| | 17. Dotación de los materiales a los TAPS para la supervisión. | 30 MIN. | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | LEO ELDA ESPEJEL GÓMEZ LEO FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES LEO IRMA ROSETE H |
| | 18. Se efectúa barrido casa por casa. | 1 DIA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | E P S S 32 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |
| | 19. Colocar carteles por toda el área de estudio y en lugares públicos. | 1 DIA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | E P S S 32 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |

| TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|---|------------|--|--|
| 20. Entregar volantes, dípticos, tripticos casa por casa. | 1 DIA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | E P S S 32 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |
| 21. Entrevista de 5 minutos casa por casa para dar información y orientación sobre las patologías. | 1 DIA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | E P S S 32 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |
| 22. Colocar mantas en lugares estratégicos del área de estudio. | 1 DIA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | E P S S 32 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |
| 23. Perifoneo por toda el área de estudio. | 2.30 HORAS | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | EPSS 1 |
| 24. Coordinación con los supervisores al finalizar del barrio para conocer logros e inconsistencias de lo planeado. | 2 HORAS | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | |
| 25. Llevar control de materiales promocionales distribuidos y unidades de servicio informatas por sector. | 1 HORA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | |
| 26. Evaluar tareas y actividades | 1 DIA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | |
| 27. Realizar recorrido posterior por el área de estudio para monitorear cobertura de promocionales y orientados en domicilios | 1 DIA | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | TAPS 2 |
| 28. Observar demanda inmediata de consultas en el Centro de Salud como efecto inmediato de la actividad. | 3 DIAS | LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL | |

ESTRATEGIA No 3

OPERACIONES TECNO- PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

| ACTIVIDAD | TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|-----------|--|---------|---------------------------------|--|
| | 1. Organizar equipo multidisciplinario que participará en la estrategia | 1 día | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | E.S.P. GPE. PÉREZ HDEZ. L.E.O JACQUELINE TORIBIO |
| | 2. Recopilación bibliográfica de apoyo. | 3 días | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | L.E.O JACQUELINE TORIBIO |
| | 3. Toma decisión sobre material didáctico a utilizar, considerando las características de la población. | 1 día | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | L.E.O JACQUELINE TORIBIO ENF. MARTHA ÁLVAREZ TRAB. SOCIAL IRMA GARCÍA VOLUNTARIO ELBA SALCEDO |
| | 4. Solicitar la opinión de expertos en la selección del material didáctico. | 1 día | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | E.S.P. GPE. PÉREZ HDEZ. T. SOCIAL IRMA GARCÍA J. |
| | 5. Elaborar guión para "pláticas educativas" | 3 horas | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | L.E.O JACQUELINE TORIBIO |
| | 6. Diseño lista para control de asistencia a "pláticas educativas" | 3 horas | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | ENF. MARTHA ÁLVAREZ |
| | 7. Diseño de material para sensibilizar a la población (trípticos, cartulinas con información acerca de las "pláticas educativas". | 3 días | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | |

| TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|--|---------|---------------------------------|---------------|
| 8. Diseño de material para evaluación de la estrategia. (cédula de estimación de conocimiento) | 2 días | LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES | |
| 9. Fotocopiado de listas, y cédulas. | 1 hora | LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES | |
| 10. Solicitud de apoyo a Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec para la reproducción de trípticos. | 20 min. | LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES | |
| 11. Solicitud de apoyo a la ENEO-UNAM para la reproducción de trípticos. | 1 hora | LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES | |
| 12. Gestión de lugar y espacio para "pláticas educativas". | 2 días | LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES | |
| 13. Se solicita apoyo de TAPS para gestión de lugar de plática educativas | 6 horas | LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES | |
| 14. Se solicita apoyo del líder de la colonia. | 10 min. | LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES | |
| 15. Compra de material para la elaboración de rotafolios. | 4 horas | LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES | |
| 16. Solicitar apoyo a E.P.S.S. para la elaboración de rotafolios. | 10 min. | LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES | |

IBIDEM

| TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|--|---------|---------------------------------|------------------------------------|
| 17. Supervisión de ensayo general de pláticas educativas por equipo, previo día de intervención. | 2 hora | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | E.E.S.P. GUADALUPE PÉREZ HERNANDEZ |
| 18. Organización de equipos para la elaboración de rotafolios. | 20 min. | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | |
| 19. Distribución de material para la elaboración de rotafolios. | 20 min. | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | |
| 20. Revisión de rotafolios previas "pláticas educativas" a la población. | 1 hora | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | |
| INTERVENCIÓN | | | |
| 21. Elaboración de paquetes con material (listas, cédulas, trípticos, espejos vaginales, condones, cartilla de la mujer, lápices, plumas). | 2 horas | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | |
| 22. Distribución de equipos en lugar estratégico solicitado (casas). | 30 min. | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | |

IBIDEM

| TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|---|---------|---------------------------------|--|
| 23. Asignar a un responsable por equipo, del equipo multidisciplinario colaborador | 30 min. | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | LIC. CARMEN TERREROS M. L.E.O. ELDA ESPEJEL G. VOLUNT. ELBA SALCEDO VOLUNT. EDGAR CASTILLEJOS DRA. MA. ANGELES LÓPEZ DR. FRANCISCO CARDENAS |
| 24. Supervisar equipos durante las pláticas educativas simultáneas | 1 hora | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | TAPS. ROBERTO MARTINEZ T. SOCIAL IRMA GARCIA J. |
| 25. Calificación de pre y pos evaluación de los asistentes a las pláticas educativas. | 2 horas | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | |
| 26. Elaboración de reporte de intervención para la Jurisdicción | 4 horas | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | |
| 27. Entrega de premios a los mejores rotafolios. | 30 min. | LIC. FRANCISCA HERNANDEZ FLORES | |

**ESTRATEGIA N° 4
OPERACIONES TECNO-PROFESIONALES DE ENFERMERIA**

| ACTIVIDAD | TAREA | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|--|---|--------|--------------------------------|---|
| DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LESIONES PRECURSORAS PARA CÁNCER CERVICOUTERINO Y CA DE MAMA | 1-Integración de equipo multidisciplinario | 3 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ENFERMERAS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL. |
| | 2-Planteamiento de objetivos de intervención | 3 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | |
| | 3-Elaboración de lista de materiales para la detección | 1 DIA | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | |
| | 4-Elaboración de factura de material y equipo necesario | 3 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | LIC. MARISELA CANO BUSTAMANTE LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. |
| | 5-Compra de material para las unidades y detecciones citológicas. | 1 DIA | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | |
| | 6-Solicitud a estrategia de capacitación el apoyo sobre el tema de toma de muestras de CA. MAMA Y CA. CU. | 1 DIA | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | L.E.O. ELDA ESPEJEL G. |
| | 7-Elaboración de formato de registro de cáncer de mama | 1 DIA | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |
| | 8-Solicitud a unidades médicas el apoyo en la intervención | 2 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | AUTORIDADES JURISDICCIÓN DE ECATEPEC |

| ACTIVIDAD | TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|-----------|--|--------|-----------------------------|--------------------------------------|
| IBIDEM | 9-Solicitud de tiraje de formatos de citología, de referencia y contra referencia, hojas de expediente | 2 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | AUTORIDADES JURISDICCION DE ECATEPEC |
| | 10-Solicitud a médico responsable del programa CACU su apoyo en la intervención. | 1 DIA | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | |
| | 11-Recabar material solicitado en Salud reproductiva y almacén | 5 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | |
| | 12-Solicitud de formatos de expediente clínico | 1 DIA | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |
| | 13-Elaboración de expedientes | 1 DÍA | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | |
| | 14-Elaboración de triptico informativo | 3 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | |
| | 15-Determinar por croquis la zona de instalación de consultorio | 1 DIA | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | |
| | 16-Habilitación del consultorio de citologías | 3 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |
| | 17-Verificar la toma de muestras citológicas y la exploración mamaria | 3 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |

| ACTIVIDAD | TAREAS | TIEMPO | RESPONSABLE | COLABORADORES |
|-----------|--|--------|-----------------------------|---|
| | 18-Organización y coordinación del Equipo de trabajo en la toma de citología, y exploración mamaria | 3 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ENFERMERAS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL |
| | 19-Verificar el registro y control de laminillas tomadas | 3 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ENFERMERAS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL |
| | 20-Coordinación con laboratorio de citología para la obtención de resultados. | 4 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | CITOLOGO. VICTOR |
| | 21-Dotación diaria de material de consumo para citologías por unidad de detección | 3 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | |
| | 22-Información y Coordinación con autoridades Jurisdicciones para la referencia a otras unidades de atención a los casos sospechosos | 5 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | JEFE JURISDICCIONAL DR. ROBERTO SERRANO A. L.E.O. ESP. GUADALUPE PEREZ H. |
| | 23-Verificar control y registro de consultas | 3 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO |
| | 24- Informe a las autoridades correspondientes sobre el desarrollo de la estrategia. | 3 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | JEFE JURISDICCIONAL DR. ROBERTO SERRANO A. L.E.O. ESP. GUADALUPE PÉREZ H. |
| | 25- Coordinación con TAPS sobre el seguimiento y vigilancia epidemiología de los casos detectados. | 5 DIAS | LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ. | TAPS. ROCIO ISABEL MENDOZA |

IBIDEM

- **Plan de evaluación (monitoreo)**

Es el proceso a través del cual se determina el valor de un programa de salud o un proyecto de intervención. Los resultados de la evaluación permitieron determinar el efecto de los esfuerzos realizados en la comunidad y establecer si en cada área de la intervención los objetivos se cumplieron.

La intervención se evaluó mediante: proceso de desarrollo, metas, efecto y eficacia.

La evaluación del proceso de desarrollo del proyecto permitió examinar los diversos componentes de la intervención, para determinar en qué medida se desarrollaron las actividades desde un contexto político, demográfico, económico, social y cultural.

La evaluación de las metas, permitió determinar si se han alcanzado los objetivos originales del proyecto; principalmente los resultados inmediatos de la ejecución del proyecto.

La evaluación del efecto, permitió determinar qué pasó con los participantes a corto y mediano plazo.

La evaluación de la eficacia, permitió saber si los objetivos fueron alcanzados con el mejor uso posible de los recursos.

3.2.4 Ejecución de las estrategias

Metodología de las actividades:

De acuerdo a Alfaro esta etapa se define como la fase en la que se llevará realmente a la práctica el plan elaborado.

Orem señala que esta fase corresponde a las **operaciones reguladoras o de tratamiento** las cuales constituyen las actividades prácticas a través de las cuales se trata la condición o problema diagnosticado para eliminarlo o controlarlo, o para mantener dentro de los límites compatibles con la vida humana, la salud y el bienestar

Para el desarrollo de esta etapa fue conveniente emplear los sistemas de enfermería; **parcialmente compensatorio y de apoyo- educación**, bajo cuatro estrategias concatenadas (capacitación al personal de salud, empoderamiento de la población, educación para la salud y detección y seguimiento de lesiones precursoras para Cáncer Cérvico Uterino), dicha vinculación permitió que la población demandara atención.

Los sistemas de enfermería describen una buena organización de las acciones de las enfermeras y las unidades multipersonales.

- **De apoyo - educación**. Se utiliza en las situaciones en que el individuo es capaz de realizar y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado y que sólo necesita ayuda de enfermería para llevarlo acabo (**enseñar a**).

-**Parcialmente compensatorio** Sistema en el que la enfermera y el usuario realizan medidas de asistencia y otras actividades que implican acciones conjuntas para cubrir el requisito de autocuidado (**hacer con**).

A continuación se describe la metodología de cada una de las estrategias utilizadas englobando los sistemas de enfermería anteriormente mencionados:

● Capacitación al personal de salud

Las constantes reformas de los sistemas de salud, los cambios en el perfil epidemiológico y los avances de la medicina clínica requieren que los profesionales de la salud estén continuamente actualizados

En relación a lo anterior, se hace necesario una educación paralela y permanente, obligando al individuo a aprender a lo largo de su vida. Dicha capacitación debe ser integral, dinámica, orientada al conocimiento global y abierto que permita al individuo una flexibilidad de conocimientos en las diversas direcciones de la ciencia y de la actividad humana.

Las acciones de capacitación y adiestramiento desde un punto de vista jurídico-laboral, se remontan en México a 1870, cuando el código civil destina un capítulo al aprendizaje, siendo 1884 la fecha en que se incluyó aunque con algunas modificaciones. A partir de entonces se reglamenta, para luego suprimirse el contrato de aprendizaje (1970)

En 1978 se consolida el "Sistema Nacional de Capacitación y Adiestramiento" como consecuencias de las reformas introducidas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a la Ley Federal del Trabajo. Con la aprobación de las modificaciones de los artículos de la Ley Federal del Trabajo en materia de capacitación y adiestramiento, particularmente las enmiendas introducidas a las fracciones XIII y XXXI, del apartado A del artículo 123 constitucional, se crea el "Sistema Nacional de Capacitación y Adiestramiento".

La conceptualización de la capacitación dentro de una institución de salud es clave para elevar la calidad de la atención, es decir, se requiere que el prestador de servicios sea competente, que haga buen uso de los insumos tanto en tiempo como en resultados, esto se vera reflejado en una atención con calidad y calidez al usuario, y a su vez se mejorará la imagen de la institución.

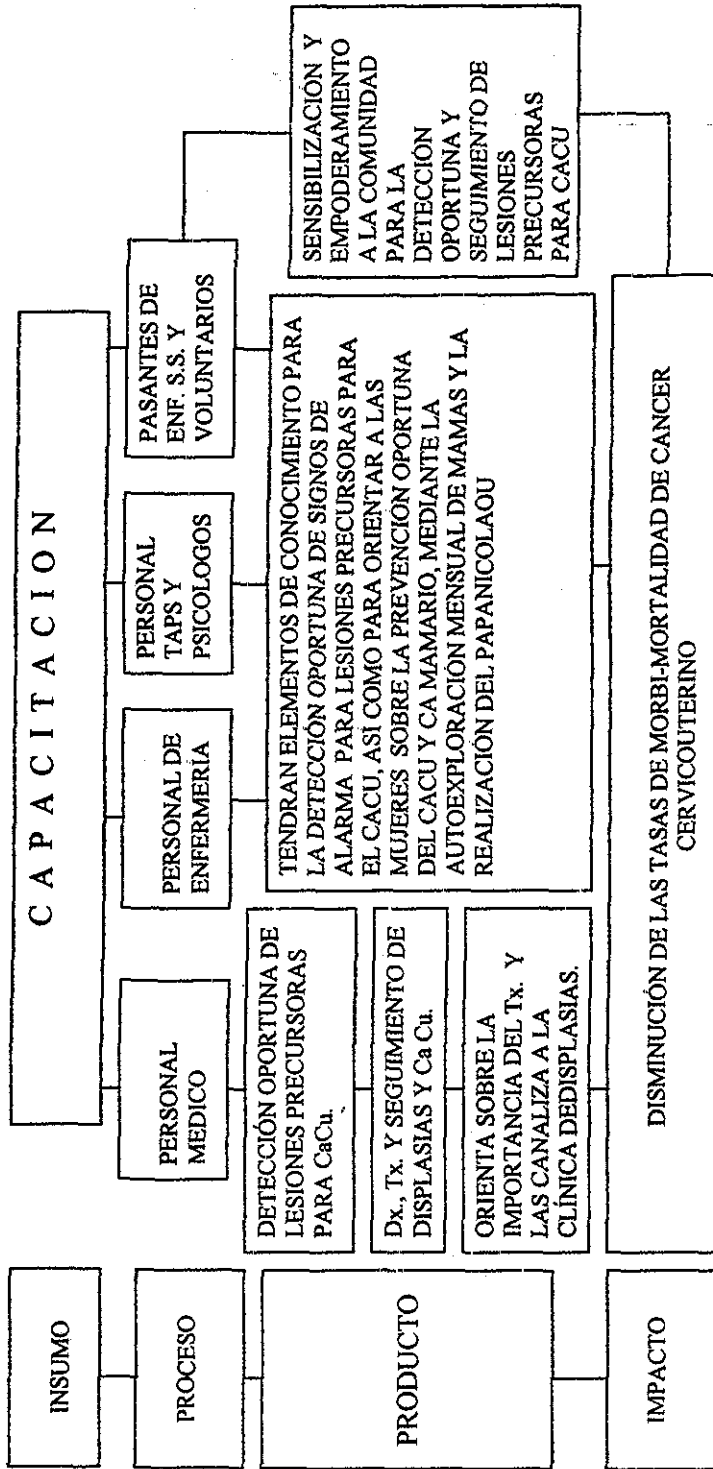
Con el fin de elevar la calidad de la atención del personal de salud se llevó a cabo la capacitación multidisciplinaria, donde además se empoderó a la gente para una mayor participación durante la intervención.

Para la realización de esta estrategia se estableció un equipo multidisciplinario el cuál apoyó en la coordinación de la capacitación “prevención y control del cáncer cérvico uterino y mamario”. (ver carta descriptiva) La filosofía de dicha estrategia estuvo orientada a la adquisición de habilidades técnicas y humanas. La técnica empleada fue teórico-práctica

Para el desarrollo de esta estrategia se utilizaron dinámicas grupales y motivacionales.

La evaluación de la capacitación se realizó durante todo el proceso de la intervención. Posteriormente a esta actividad se monitoreó el impacto inicial y la cobertura durante el desarrollo de las otras estrategias

SISTEMA DE ENFERMERIA FOCALIZADO A LA CAPACITACION DEL PERSONAL DE SALUD



● Sensibilización de la población

La sensibilización se considera como una de las etapas del proceso de educación para la salud dirigida a colectividades la cual se define como:

Sensibilización es una información no muy detallada que pretende solamente despertar cierto interés en la población, para disponerla o aprovechar las ventajas del servicio que se le propone.³⁶

Incluye actividades que proporcionan una visión general de lo que se va a tratar. Estas actividades implican un primer acercamiento y a la vez permiten el establecimiento de un clima adecuado para el aprendizaje.

A través de la Sensibilización también se logra el *empoderamiento* el cuál en Promoción a la Salud “es un proceso de acción social que promueve la participación de las personas, las organizaciones, y comunidades hacia metas de control individual y comunitario, eficacia política, mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, y la justicia social”³⁷

Existen dos tipos de empoderamientos el individual y comunitario; el *empoderamiento individual* se refiere principalmente a la habilidad del individuo para hacer decisiones y tener control sobre su vida personal.

El *empoderamiento Comunitario* involucra a los individuos que actúan colectivamente para ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida en su comunidad la cual es una meta importante en la acción de la comunidad para su salud. El empoderamiento individual y comunitario se interrelacionan; es decir no se puede obtener el uno sin el otro.

³⁶ Alvarez, Alba Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. Manual Moderno, 1991. PP 49

³⁷ Restrepo, E. Helena. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Informe técnico 4. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud México, 2000 pp.13-14

El empoderamiento se reforzara a través de la estrategia de Educación para la Salud para aumentar el conocimiento y fortalecer el autocuidado.

En este sentido la estrategia de Sensibilización a la población se realizó en dos fases, en la primera fase se informa al equipo multidisciplinario sobre la logística para llevar a cabo la estrategia de sensibilización de la población, una vez informados se realizo un recorrido por la microrregión con la finalidad de despertar el interés de la población del territorio y para reconocimiento de la misma.

Posteriormente se organizaron equipos de trabajo que cubrieron los sectores que componen la microrregión, se realizo un segundo recorrido para identificar territorio así como lugares estratégicos para colocar carteles

A continuación se entrego material educativo a cada equipo y se informó sobre la logística de la segunda fase.

En la segunda fase se realizo barrido casa por casa en la que se distribuyeron materiales promocionales (trípticos, dípticos, mantas y carteles) a las unidades multipersonales y a las unidades de servicio, así como orientación e información por cinco minutos, se colocaron carteles y mantas en lugares públicos estratégicos preestablecidos

Se realizo perifoneo de spots y canción por una hora y media por todo el territorio.

Se observo interés y motivación de las unidades de servicio y unidades de multipersonales a través de su autorización y participación en la colocación de mantas

Por cada equipo hubo un supervisor el cual verificara que las tareas asignadas se cumplieran, vigilando la cobertura por sector.

Al final de la jornada los equipos se reunieron para entregar los instrumentos de control como hojas de registro de unidades de servicio orientados e informados por sector, así como número de materiales educativos distribuidos y colocados en su territorio.

Posteriormente se monitoreo el impacto inicial y la cobertura acudiendo a la microregión para verificar información recibida y observar la existencia de materiales educativos en los lugares preestablecidos.

● Educación para la salud

El término “educación para la salud” es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas destinadas a facilitar los cambios voluntarios hacia comportamientos saludables orientada al individuo o hacia grupos de individuos. Pero puede considerarse limitada a las intervenciones basadas en la provisión de oportunidades de aprendizaje encaminadas a cambiar dichos comportamientos.

Sin embargo, a medida que se conocen mejor las relaciones que existen entre los comportamientos individuales, las condiciones del entorno y los riesgos para la salud, aumenta también la contribución potencial de la educación para la salud al mejoramiento de la salud pública; es decir se pueden disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección.

Existe una gama de intervención más amplia que suele cubrirse bajo el término de “promoción de la salud”, solo que ésta exige la participación de una población conocedora del proceso de lograr el cambio de las condiciones que determinan la salud. En circunstancias normales, la educación para la salud es una herramienta imprescindible en ese proceso.

De modo que una vez establecida la relación causal entre un comportamiento individual y el aumento del riesgo para la enfermedad, en este caso -cáncer cervicouterino-, *se determinó que la educación para la salud sería una estrategia de intervención factible, en función de la base teórica establecida para lograr el cambio personal o social.*

De modo que, previo a la intervención de esta estrategia se realizó un taller donde a través de discutir y analizar métodos y materiales en educación para la salud con un grupo experto en la materia, además del equipo multidisciplinario se concluyó que el recurso factible para el abordaje de esta estrategia consistiría en *sesiones educativas simultáneas.*

El equipo multidisciplinario elaboró el guión de charla y los pasantes de enfermería organizados en equipos colaboraron en la elaboración de *rotafolios y maquetas.* Durante la acción educativa, los ejecutores fueron los pasantes de enfermería supervisados y apoyados

por el equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, IAPS), y los partícipes fueron «los habitantes de la colonia Granjas Valle de Guadalupe I, principalmente las mujeres», mediante su participación voluntaria.

Se realizó barrido casa por casa haciendo una atenta invitación a las unidades de servicio para que acudieran a los lugares donde se llevaron a cabo las sesiones educativas. También hubo perifoneo por una hora con los mismos fines.

Los temas centrales de las charlas- cáncer cervicouterino, cáncer mamario y uso correcto del condón-. Exponiendo los factores de riesgo encontrados en la comunidad.

Durante esta fase les fue entregada a las mujeres la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer y a la audiencia en general trípticos informativos alusivos a los temas.

Se establecieron espacios y horarios, para impartir las charlas educativas simultáneas; concretamente fueron ocho domicilios estratégicos con dos horarios matutinos

No obstante, que se planeó solo un día para impartir las charlas, éstas se mantuvieron hasta finalizar la intervención; con la diferencia de que los días subsecuentes se llevaron a cabo solamente en el Cívico II, y en la unidad móvil.

Así mismo, para reforzar y reafirmar la educación sanitaria se elaboró un periódico mural y teatro guiñol dirigido especialmente a las unidades de servicio. Reiterando los factores de riesgo hallados en la comunidad.

La evaluación de la estrategia se presentará en la fase respectiva del proceso.

● **Detección y seguimiento de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino.**

La estrategia de detección y seguimiento de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino, demuestra no sólo el éxito de las metas establecidas en el proyecto de intervención de enfermería sino la unificación de todas y cada una de las estrategias mencionadas, haciendo así el compromiso de enfermería en salud pública.

Si el diagnóstico de salud de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, (2001); destaca como principal factor de riesgo la presencia de cáncer cérvico uterino por VPH, además el contar con múltiples parejas sexuales y la práctica de dos abortos o más, asociado a la edad temprana de inicio de la vida sexual en la mujer. Factores de riesgo también establecidos en la Norma Oficial Mexicana.

Situación que nos lleva a retomar las estadísticas nacionales establecidas por la Secretaría de Salud a nivel nacional, que insta: *el cáncer del cuello de útero es la primera causa de morbilidad por cáncer, representa hasta un 35 % de los tumores malignos y es también la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. La gravedad de este problema ubicó a nuestro país en el primer lugar de mortalidad por cáncer en el mundo entre 1987 y 1990.*³⁸

Además de que el cáncer cérvico uterino, es una enfermedad altamente vulnerable a través de la detección y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras.

Y de acuerdo a la magnitud y trascendencia de este padecimiento y como problema de salud pública es imprescindible contar con un sistema de vigilancia epidemiológica, ya que el cáncer cérvico uterino es una enfermedad de larga evolución, que requiere de un monitoreo a través de programas de detección de muestras de calidad en la toma e interpretación de la misma

³⁸ Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino (2000)

Para llevar a cabo la fase de detección fue necesario planear y organizar las actividades de intervención con las estrategias de capacitación de recursos humanos en salud, sensibilización de la comunidad y educación para la salud sobre cáncer cérvico uterino en las unidades multipersonales de la microrregión

Se establecieron tres días para la detección de cáncer cérvico uterino y mamario por medio de la prueba de papanicolaou y exploración de mama. Para llevar a cabo esta fase se creó un compromiso con el equipo multidisciplinario y las unidades de servicio; lo que aseguró la participación de la mujer, haciendo los servicios de salud más atractivo, y de corta distancia a su domicilio

La tarea también se abocó a crear un compromiso con el laboratorio de citologías para notificar las muestras que no cubren con el control de calidad en la toma de las mismas.

- Recursos humanos

Estimación y asignación de recursos humanos de salud que participaron en la intervención

| Personal | Cantidad | Tiempo | Costo Por Día | Costo Total |
|---------------------------|----------|---------|---------------|-------------|
| Médicos | 2 | 16 DIAS | \$ 364 | \$ 11 648 |
| Médico de la jurisdicción | 1 | 16 DIAS | \$ 396 | \$ 6 336 |
| Jefe de enfermeras | 3 | 16 DIAS | \$ 413 | \$ 19 824 |
| Psicólogo | 1 | 16 DIAS | \$ 253 | \$ 4 048 |
| Trabajadora social | 1 | 16 DIAS | \$ 243.9 | \$ 3 902.4 |
| T.A.P.S | 2 | 16 DIAS | \$ 300 | \$ 9 600 |
| Chofer | 1 | 3 DIAS | \$120 | \$ 360 |
| Médico voluntario | 2 | 3 DIAS | - | - |
| Pasantes de Enf. en S. S. | 32 | 11 DIAS | - | - |
| Voluntarios | 2 | 16 DIAS | - | - |
| Total | 47 | - | - | \$ 55 718.4 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- **Funciones específicas**

Jefe de jurisdicción Apoyo total a la intervención, emisión de oficios que se requieran para formalizar gestiones.

Jefe de enfermeras jurisdiccional Apoya la intervención, autorizar recursos de pasantes de enfermería en servicio social a colaborar en la misma comisiona jefes de unidad para apoyo de capacitación multidisciplinaria, supervisa eventos.

Tutor clínico Asesora, supervisa, corrige, guía, apoya y gestiona durante toda la intervención

Coordinador municipal de salud Apoya en el área de estudio, asesora en la realización de procedimientos específicos. Verifica avances.

Jefes de enfermeras en centro de salud Asiste a la planeación del proyecto de la intervención, apoya en capacitación, supervisión de operaciones a realizar, verifica avances.

Recursos médicos de base Asiste a la planeación del proyecto de intervención, apoya en la capacitación multidisciplinaria. Colabora en el centro de salud participando en la detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario colabora en el reporte para evaluación.

I.A.P.S. Asiste a capacitación, supervisa actividades de barrido casa por casa, gestiona sedes para capacitación en el área de estudio, colabora en registros, actividades realizadas y da seguimiento de los casos.

Enfermeras pasantes Sujetos de capacitación y habilitación para informar, orientar y capacitar directamente a las unidades multipersonales del área de estudio, elaborar rotafolio de apoyo, distribuye promocionales y volantes. Los pasantes son el grupo fuerte de las actividades de la intervención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Voluntarios Apoya a la planeación del proyecto de intervención, asiste a la capacitación, supervisa las actividades realizadas

Enfermera esp. salud pública Responsable de planear, organizar, gestionar, integrar, dirigir, controlar y evaluar el plan de intervención.

- Recursos materiales y financieros que se utilizaron para la intervención

Estrategia 1 : capacitación del personal de salud

| Artículo | Unidad | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
|--------------------|--------|----------|----------------|-------------|
| Tarjeta Bristol | pza. | 75 | \$ 50 | \$37.50 |
| Seguros | pza. | 75 | \$ 10 | \$7.50 |
| Hojas blancas | pza. | 500 | \$ 10 | \$50.00 |
| Hojas bond | pliego | 30 | \$3.00 | \$90.00 |
| Marcador de agua | pza. | 16 | \$3.00 | \$48.00 |
| Cinta caché | pza. | 2 | \$4.00 | \$8.00 |
| Sillas | pza. | 100 | \$2.00 | \$200.00 |
| Mesas | pza. | 10 | \$20.00 | \$200.00 |
| Sonido | - | 1 | \$125.00 | \$125.00 |
| Foto copiado | pza. | 800 | \$15 | \$120.00 |
| Modelos anatómicos | pza. | 3 | \$35.00 | \$105.00 |
| Papel cascarrón | pza. | 1 | \$15.00 | \$15.00 |
| Pinura vinci | pza. | 1 | \$6.00 | \$6.00 |
| Resistol | pza. | 1 | \$5.00 | \$5.00 |
| Total | - | - | - | \$1017.00 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estrategia 2: Sensibilización de la población

| Artículo | Unidad | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
|-----------------|--------|----------|----------------|-------------|
| Triptico * | pza. | 1 500 | \$ 1.00 | \$ 1 500 |
| Díptico * | pza. | 1 000 | \$ 1.00 | \$ 1 000 |
| Cartel | pza. | 250 | \$ 9.60 | \$ 2 400 |
| Volante * | pza. | 1 400 | \$.50 | \$ 700 |
| Mantas ** | pza. | 6 | - | - |
| Perifoneo | equipo | 2 | \$ 60.00 | \$ 120 |
| Cintacancha | pza. | 13 | \$ 7.70 | \$ 100.10 |
| Bolsas | pza. | 300 | \$.18 | \$ 54 |
| Casa de campaña | kg. | 1 | \$ 100.00 | \$ 100 |
| Rafia | pza. | 2 | \$ 7.00 | \$ 14 |
| Sonido | equipo | 1 | \$ 100.00 | \$ 100 |
| Total | - | - | - | \$ 6 088.1 |

* Donación de impresión ENEO-UNAM

** Donación del ISEM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estrategia 3: Educación para la salud

| Artículo | Unidad | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
|------------------------------|--------|----------|----------------|-------------|
| Pliego bond | hoja | 350 | \$ 1.00 | \$ 350 |
| Diseño tríptico | pza. | 1 | \$ 150 | \$ 150 |
| Impresión trípticos** | pza. | 3 000 | - | - |
| Espejo vaginal desechable*** | pza. | 8 | - | - |
| Espátula de ayre*** | pza. | 8 | - | - |
| Cartilla de la mujer*** | pza. | 200 | - | - |
| Condomes*** | sobres | 300 | - | - |
| Cartulinas de color | pza. | 10 | \$ 3.50 | \$ 35.00 |
| Papel crepé* | pza. | 6 | \$ 1.50 | \$ 9.00 |
| Peyon* | metro | 4 | \$ 2.00 | \$ 8.00 |
| Gises de color* | caja | 3 | \$ 7.00 | \$ 21.00 |
| Spray* | bote | 1 | \$ 11.00 | \$ 11.00 |
| Papel anéxica* | pliego | 2 | \$ 4.00 | \$ 8.00 |
| Filtro* | 50 cms | 4 | \$ 3.00 | \$ 12.00 |
| Fomi | hoja | 5 | \$ 1.50 | \$ 7.50 |
| Tela* | metro | 4 | \$ 7.00 | \$ 28.00 |
| Unicel | pza. | 1 | \$ 7.50 | \$ 7.50 |
| Obsequio | pza. | 2 | \$ 200.00 | \$ 400.00 |
| Total | | | | \$ 1 047.00 |

Fuente: cuadro estrategia 3: educación para la salud

* Contribución pasantes de enfermería

** Aportación ENEO-UNAM

*** Subsidiado por la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Estrategia 4 : Detección y seguimiento

| Artículo | Unidad | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
|---------------------|--------|----------|----------------|-------------|
| Libretas de control | pza | 3 | \$ 8.00 | \$ 24 |
| Folders | pza | 500 | \$ 2.00 | \$ 1000 |
| Pluma | pza | 6 | \$ 2.00 | \$ 12 |
| Hojas | pza | 100 | \$ 10 | \$ 10 |
| Bolsas de citología | kilo | 800 | \$ 10 | \$ 80 |
| Triptico | pza | 200 | \$ 2.00 | \$ 400 |
| Especios vaginales* | pza | 500 | - | - |
| Alcohol* | 500 ml | 2 | - | - |
| Espátulas* | pza | 500 | - | - |
| Laminillas* | pza | 500 | - | - |
| Total | - | - | - | \$ 1 526 |

*Donación IMSS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3.2.5 Evaluación Del Caso

Evaluación por proceso de desarrollo

| Fase Logística | Proyectado Días | Alcanzado Días | % |
|-----------------------|--------------------|-------------------|------|
| PLANEACIÓN | 6 | 6 | 100 |
| ORGANIZACIÓN | 9 | 9 | 100 |
| DIRECCIÓN | 5 | 10 | 200 |
| CONTROL | 5 | 9 | 180 |
| EVALUACIÓN MEDIATA | 16 | 10 | 62.5 |

FUENTE: Cronograma de operaciones preescriptivas del proyecto de intervención

Descripción:

De las operaciones tecno-profesionales propuestas en la estrategia de capacitación al personal de salud, se realizaron durante el tiempo programado, en forma satisfactoria. Cabe señalar que el tiempo planeado para la intervención fue de 22 días (Ver cronograma); considerando que la ejecución de las cuatro estrategias son simultáneas al igual que las fases del proceso administrativo, permitió que algunos días se rebasaran debido a la flexibilidad y elasticidad de algunas actividades, esto sin alterar el tiempo proyectado.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

EVALUACIÓN DE LAS METAS

| Capacitación | Proyectado | Alcanzado | % |
|---------------------|------------|-----------|-----|
| PASANTES ENF. SS | 100 | 85 | 85 |
| MEDICOS | 4 | 4 | 100 |
| JEFES DE ENFERMERAS | 5 | 5 | 100 |
| PSICOLOGOS | 2 | 2 | 100 |
| TRABAJADORA SOCIAL | 1 | 1 | 100 |
| TAPS | 6 | 6 | 100 |
| VOLUNTARIOS | 4 | 4 | 100 |
| TOTAL | 122 | 107 | 88 |

FUENTE: Formatos de control y supervisión durante la fase de ejecución

Descripción:

De acuerdo a la meta programada en relación a la capacitación del personal participante en la intervención, ésta se cumplió en un 88% (107) a pesar de no cumplir en su totalidad el porcentaje, se pudo efectuar las operaciones y tareas programadas, ya que se empoderó al personal de salud para una mayor participación. Sólo se logró el 100% en la capacitación del equipo multidisciplinario de salud perteneciente a la jurisdicción sanitaria de Ecatepec, ya que fue un compromiso establecido con dicha institución

Con respecto al de los pasantes de enfermería en servicio social el porcentaje no se pudo incrementar debido a que las jefes de enfermeras de algunas coordinaciones municipales de salud no permitieron la salida de pasantes para que se trasladaran a la casa de la mujer campesina para tomar la capacitación sobre prevención y control del cáncer cérvico uterino y mamario, debido a la gran demanda de atención en sus unidades; sin embargo ésta no fue una limitante para que se llevara a cabo la estrategia planeada. Así mismo se pudo lograr el impacto de las operaciones en que participaron y en las tareas que cada recurso realizó, ya que el cambio de conducta esperado en relación a los objetivos del proyecto se presentó gradual y voluntariamente; lo que evidenció, la motivación generada por el proceso de actualización.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACIÓN DEL EFECTO

| Recurso Humano | Programado | Alcanzado | Estimación De Conocimientos | |
|---------------------|------------|-----------|-----------------------------|-------------|
| | | | Media Diagnóstica | Media Final |
| MEDICOS | 4 | 4 | 8.4 | 9.6 |
| JEFES DE ENFERMERAS | 5 | 5 | 8.6 | 9.3 |
| PSICÓLOGOS | 2 | 2 | 6.2 | 9.0 |
| TRABAJADORA SOCIAL | 1 | 1 | 7.3 | 10 |
| TAPS | 6 | 6 | 7.4 | 9.6 |
| PASANTES ENF. SS | 100 | 85 | 6.4 | 8.3 |
| VOLUNTARIOS | 4 | 4 | 6.6 | 9.2 |
| TOTAL | 122 | 107 | 50.9 | 65 |

Fuente: Cédula de estimación de conocimientos

Descripción:

La cobertura de la capacitación fue apropiada, con excepción de los pasantes de enfermería en servicio social que sólo se cubrió en un 85% de lo programado. La actualización sobre la prevención y control del cáncer cérvico uterino y mamario del personal de salud se observó a través de la evaluación diagnóstica de conocimientos. En relación al personal médico encargado de la atención, fue satisfactoria con un promedio inicial de 8.4 y final de 9.6, lo que indica un incremento del 1.2 % en relación al conocimiento inicial.

Es importante reconocer la importancia de que este personal se mantenga constantemente capacitado, ya que de estos depende la calidad de atención que proporcionan y sobre todo el éxito de la detección y seguimiento de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino. Los médicos que asistieron a la capacitación tenían conocimiento sobre la prevención y control del cáncer cérvico uterino, pero les faltaba actualizarse en la toma del papanicolaou y la exploración de mamas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con respecto a las jefes de enfermería la media inicial es de 8.6 y la final de 9.3, lo que indica un incremento significativo en relación al promedio inicial. es importante comentar que por su responsabilidad al supervisar personal operativo deben mantenerse constantemente actualizadas.

En relación al resto del personal capacitado se observó a través de la cédula de estimación de conocimientos en promedio una media inicial de 6.8, lo que evidenció sus limitantes en relación a la problemática del cáncer cérvico uterino y mamario. Mostrando con esto que los programas académicos de las escuelas formadoras de personal en salud, siguen orientando su contenido temático hacia la medicina curativa, restándole importancia a la prevención la cual es una estrategia básica en la atención primaria a la salud y por ende soporte del autocuidado sin embargo la cédula de estimación de conocimientos final reporta una media en promedio de 9.1 revelándose un incremento del 2.3 % siendo satisfactorio en los conocimientos y habilidades adquiridas por el personal participante

En general la media final fue de 65 observándose efectos significativos en los cambios en conocimientos y habilidades de los participantes, lo que indica que la capacitación fue positiva al cubrir los objetivos programados

Lo más trascendental de estos resultados es que se pudo llevar la capacitación a todo el equipo multidisciplinario, a pesar de su diversidad, a un nivel uniforme de conocimientos y habilidades requeridos para fomentar la agencia de autocuidado.

El efecto en la comunidad, evaluado a través del impacto de estas estrategias fue el mejor indicador que respalda el hecho de que: todo recurso que intente modificar conductas en la comunidad a través del apoyo educativo deberá estar adecuadamente sensibilizado, capacitado, actualizado, habilitado y convencido de lo que pretende realizar para asegurar, como en este caso, el impacto de la intervención

La participación y comportamiento de los psicólogos, de algunos médicos y pasantes de enfermería, así como de algunos TAPS fue al principio de apatía e incredulidad ante la explicación del mapeo de intervención de enfermería. Durante el desarrollo de la capacitación se sensibilizó a tal grado que hubo empoderamiento de los participantes durante la evaluación de la capacitación

También se pudo observar que los participantes quedaron habilitados y sensibilizados, ya que acudieron a sus unidades de trabajo con gran iniciativa en la realización y detección oportuna del cáncer cervicouterino y mamario. Fortaleciéndose de esta manera la gran importancia que tiene la capacitación en el personal de salud.

Otro aspecto que se notó es que el personal asistente a la capacitación quedó sensibilizado y empoderado para promover su agencia de cuidado, ya que se realizaron su autoexploración de mamas, y algunas acudieron a realizarse su prueba del papanicolaou.

Acudió un médico que no fue capacitado a la intervención y se observó que no fue competitivo con respecto a los demás, pero tuvo apoyo de sus compañeros que lo habilitaron y empoderaron para su actividad.

Cabe señalar que cada 6 meses se realizará un monitoreo sobre el conocimiento que guarda el personal de salud y en caso necesario se reforzará dicho conocimiento por parte de la Jurisdicción

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA

Recursos humanos

| Personal | Cantidad | Tiempo | Costo Por Día | Costo Total |
|----------------------------|----------|---------|---------------|---------------|
| MEDICO | 4 | 16 DIAS | \$ 364 | \$ 23 296 |
| MEDICO DE LA JURISDICCION* | 1 | 16 DIAS | \$ 396 | \$ 6 336 |
| JEFE DE ENFERMERAS | 5 | 16 DIAS | \$ 413 | \$ 33 040 |
| PSICÓLOGO | 2 | 16 DIAS | \$ 253 | \$ 8 096 |
| TRABAJADORA SOCIAL | 1 | 16 DIAS | \$ 243 90 | \$ 3 902 40 |
| T.A.P.S | 6 | 16 DIAS | \$ 300 | \$ 28 800 |
| PASANTES ENF. EN S. S. | 85 | 11 DIAS | - | - |
| VOLUNTARIOS | 4 | 16 DIAS | - | - |
| TOTAL | 108 | - | - | \$ 103 470 40 |

FUENTE: Estimación y asignación de recursos humanos

Descripción:

Estimación del costo total de recurso humano utilizado para la capacitación del personal de salud en la casa de la mujer campesina. Es significativo mencionar que el universo total de personal capacitado fue de 107, de los cuales sólo 44 personas participaron en nuestra intervención de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe 1; y los 64 restantes en la microrregión Olímpica. Como anteriormente se señala esta capacitación fue conjunta a todo el equipo multidisciplinario, con la finalidad de optimizar tiempos y recursos humanos, además de homogenizar el conocimiento y habilidades para fomentar la agencia de cuidado.

Se optimizaron tiempos, ya que las intervenciones fueron diferidas en dos territorios simultáneamente.

- *El médico de la jurisdicción Sanitaria brindó apoyo total durante todo el desarrollo de la intervención, emitiendo oficios para las gestiones*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Recursos materiales y financieros

| Artículo | Unidad | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
|--------------------|--------|----------|----------------|-------------|
| Tarjeta bristol | pza | 75 | \$50 | \$37.50 |
| Seguros | pza | 75 | \$10 | \$7.50 |
| Hojas blancas | pza | 500 | \$10 | \$50.00 |
| Hojas bond | pliego | 30 | \$3.00 | \$90.00 |
| Marcador de agua | pza | 16 | \$3.00 | \$48.00 |
| Cinta cancela | pza | 2 | \$4.00 | \$8.00 |
| Sillas | pza | 100 | \$2.00 | \$200.00 |
| Mesas | pza | 10 | \$20.00 | \$200.00 |
| Sonido | - | 1 | \$125.00 | \$125.00 |
| Foto copiado | pza | 800 | \$15 | \$120.00 |
| Modelos anatómicos | pza | 3 | \$35.00 | \$105.00 |
| Papel cascarón | pza | 1 | \$15.00 | \$15.00 |
| Pintura vino | pza | 1 | \$6.00 | \$6.00 |
| Resistol | pza | 1 | \$5.00 | \$5.00 |
| Total | - | - | - | \$1017.00 |

FUENTE: Cuadro estrategia 1 Capacitación al personal de salud

Descripción:

El cálculo en relación al costo de material utilizado en la intervención de la estrategia de capacitación al personal de salud es de \$ 1 017 00. Cabe señalar que gracias a la importancia de la gestión en salud pública se obtuvo la sede (casa de la mujer campesina) para la capacitación sin ningún costo, de igual manera se logró que se nos abastecieran de agua, sin que esto, haya implicado un incremento en el costo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TOTAL COSTOS POR ESTRATEGIA:

| | |
|-----------------------|--------------------|
| ➤ RECURSOS HUMANOS | \$ 103 470.40 |
| ➤ RECURSOS MATERIALES | \$ <u>1 017.00</u> |
| ➤ TOTAL | \$ 104 487.40 |

Haciendo un balance total de recursos humanos y materiales el costo real de la estrategia fue de \$ 104 487.40

| ESTRATEGIA | COSTO TOTAL | UNIDAD DE SERVICIO BENEFICIADA | COSTO FINAL POR UNIDAD DE SERVICIO |
|-----------------------------------|--------------|--------------------------------|------------------------------------|
| CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD | \$ 104 487.4 | 107 RECURSOS EN SALUD | \$ 976.5 POR RECURSO CAPACITADO |

En cuanto a la eficacia en esta estrategia se considera satisfactoria ya que se aprovecharon los recursos humanos, físicos y materiales durante la ejecución y se obtuvieron resultados que favorecieron a las mujeres de 18 años o más de la comunidad Granjas Valle de Guadalupe 1, siendo notorio el costo beneficio obtenido

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3.2.6 Evaluación General de la Intervención

La intervención se realizó durante el tiempo programado, en forma satisfactoria en la comunidad Granjas Valle de Guadalupe I de la Coordinación Municipal de Chamizal, Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México.

| Metas | Proyectado | Alcanzado | % |
|--|------------|-----------|----|
| Capacitar al personal participante | 120 | 107 | 89 |
| Población que recibirá la información | 1975 | 1707 | 86 |
| Capacitar a las mujeres mediante sesiones educativas | 737 | 160 | 22 |
| Promover la detección de Ca Cu en periodo de 3 días | 184 | 171 | 93 |

De acuerdo a las metas programadas, éstas se cumplieron:

- ⇒ En relación a la capacitación del personal participante en la intervención, el 89% fueron capacitados
- ⇒ Con respecto a las unidades multipersonales orientadas e informadas se logró 86%, con distribución de dípticos, trípticos, carteles, volantes, mantas y perifoneo en el territorio de estudio.
- ⇒ En referencia a la estrategia de educación para la salud se cubrió en un 22% con sesiones educativas simultáneas. Este porcentaje no se pudo incrementar debido a que se desarrolló en un solo día, otra de las limitantes fue que la mayor parte de la población trabaja.

TESIS CON
SALA DE ORIGEN

- ⇒ Acerca de la estrategia de detección se cumplió en un 93%, considerándose un porcentaje significativo. Se observó gran demanda de este servicio la cual no se pudo satisfacer por no contar con recursos humanos suficientes, así como áreas físicas para la detección.
- ⇒ La respuesta de la población fue satisfactoria lo cuál demuestra que con estas acciones se fomenta la cultura en salud y se promueve estilos de vida saludables en las mujeres de 18 años o más.

Eficacia y efecto

La eficacia es el aprovechamiento óptimo de los recursos para obtener un resultado al menor costo posible.

En cuanto a la eficacia en este proyecto se considera satisfactoria ya que se aprovecharon los recursos humanos, físicos y materiales durante la intervención y se obtuvieron resultados que favorecieron a las mujeres de 18 años o más de la comunidad Granjas Valle de Guadalupe I, siendo notorio el costo beneficio obtenido

En cuanto al efecto es una medida en que se cumple la meta propuesta o el impacto de una acción

En relación al efecto el impacto fue inmediato ya que se pudo observar la participación e interés de la comunidad durante el desarrollo de la intervención, siendo ésta todo un éxito.

Costo acumulado de recursos materiales que se utilizaron en la intervención

| | |
|----------------|--------------------|
| ➤ estrategia 1 | \$ 1 017.00 |
| ➤ estrategia 2 | \$ 6 088.10 |
| ➤ estrategia 3 | \$ 1 047.00 |
| ➤ estrategia 4 | \$ 1 526.00 |
| TOTAL | \$ 9 678.10 |

Total costos:

| | |
|-----------------------|--------------------|
| ➤ recursos humanos | \$ 55 718.40 |
| ➤ recursos materiales | \$ <u>9 678.10</u> |
| ➤ total | \$ 65 396.50 |

Estimación de costos finales por estrategia- unidad de servicio para integrar la intervención general

| ESTRATEGIA | COSTO TOTAL | UNIDAD DE SERVICIO BENEFICIADA | COSTO FINAL POR UNIDAD DE SERVICIO |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------------------------|---|
| Capacitación al personal de salud | \$ 56 735.4 | 107 recursos en salud | \$ 530.23 por recurso capacitado |
| Sensibilización | \$ 61 806.5 | 1707 unidades de servicio | \$ 36.20 por unidad de servicio orientada e informada |
| Educación en salud | \$ 56 765.4 | 160 unidades de servicio | \$ 354.78 por unidad de servicio capacitada |
| Detecciones | \$ 57 244.4 | 171 unidades de servicio | \$ 334.76 por unidad de servicio detectada |

CONCLUSIÓN DEL CASO

Finalmente se dio a conocer los factores sociodemográficos y epidemiológicos propios de la comunidad Granjas Valle de Guadalupe I, por medio de la elaboración de un Diagnóstico de Salud Integral, que permitió vislumbrar sus principales daños y factores de riesgo para la salud.

Se utilizó la teoría de enfermería (OREM), el cual sustentó el caso, investigando así el déficit de autocuidado que generó el problema prioritario que fue identificado por asociación de riesgo, lo que permitió estructurar un diagnóstico de enfermería, y realizar el plan de intervención acorde a los déficit encontrados focalizando específicamente los requisitos no satisfechos en la agencia de autocuidado y logrando influir en ellos para corregir sus desviaciones de salud; que en este caso estaba afectando directamente a las mujeres de 18 años o más ocasionándoles la morbilidad y mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino.

El estudio de caso con enfoque del modelo de Dorothea Orem, permitió la intervención de enfermería fomentando el Autocuidado, en las mujeres de 18 años o más. Por medio de un sistema de enfermería de apoyo educativo, que influyó totalmente reduciendo los daños comentados. Así mismo con éste sistema se pudo fortalecer la agencia de cuidado del personal prestador de salud para brindar una mejor atención en la detección oportuna de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino.

El sistema de enfermería apoyo-educativo implementado, fue avalado por las autoridades sanitarias responsables del área de estudio, debido a sus bajos costos (prevención) en comparación con los costos de hospitalización (curación).

En la actualidad en las unidades de atención a la salud se coordinan los esfuerzos de personal profesional y no profesional para brindar atención preventiva y curativa al individuo, familia y comunidad; por tal motivo se hace necesario una capacitación integral, dinámica, orientada al conocimiento global que permita al individuo una flexibilidad de conocimientos en las diversas direcciones de la ciencia y de la actividad humana. Para elevar la calidad de la atención, se requiere que el prestador de servicios sea competente, que haga buen uso de los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

insumos, esto se verá reflejado en una atención con calidad y calidez al usuario, y a su vez se mejorará la imagen de la institución.

Dentro de este estudio se logró que el individuo adquiriera una actitud de responsabilidad en la solución de los problemas de salud, de acuerdo con su propia capacidad y posibilidades, a crear conciencia en cuanto a sus limitaciones para actuar por sí solos (autocuidado), como también orientarlos hacia una mejor utilización de los recursos externos provenientes del sector público y privado, a los que puede recurrir para mejorar sus condiciones de salud y vida en general.

Del mismo modo se concientizó y se sensibilizó al personal de salud proporcionándole elementos teóricos – prácticos necesarios para el programa de prevención, diagnóstico y control de cáncer cervicouterino y mamario. Todo lo anterior fue posible lograrlo a través de la capacitación, ya que permitió el fortalecimiento de la agencia de cuidado en el personal de salud responsable de la microrregión.

La experiencia del trabajo con un grupo multidisciplinario (Comunidad, IAPS, Enfermeras, Médicos, Pasantes en Servicio Social de Enfermería, Autoridades, etc.), fue lo que nos llevó a consolidar dicho estudio; haciendo una mezcla de esfuerzo con resultados favorables para todos y principalmente para la comunidad en estudio.

El contacto con la comunidad; no solo implicó el tener conocimiento de salud pública y llevar a cabo un diagnóstico de salud integral; en nuestro caso implicó un deseo por involucrarnos con sus necesidades y ser parte de ellos mismos

La satisfacción de lo logrado, nos lleva a transmitir nuestra experiencia a nuevas generaciones para que sientan que el trabajo de campo debe de ser tomado en cuenta como si habláramos de un “paciente”, que espera impacientemente el ser visto, escuchado, diagnosticado y asesorado para mantener salud.

Con relación al impacto se pudo observar que se puede realizar intervenciones de enfermería con alto impacto y bajo costo.

CONCLUSIONES DE LA INTERVENCIÓN

Las expectativas de impacto de la intervención de enfermería fueron superiores a las esperadas, cada estrategia en su momento lo manifestó

La agencia de autocuidado en las unidades de servicio se vio fortalecida al menos durante el periodo de intervención de enfermería, al ser evidente la participación de las unidades de servicio al acudir a las unidades médicas y permitir la practica de la prueba de papanicolaou y exploración clínica de mama; indudablemente se logró influir en la voluntad de algunas y de otras que acudieron por primera vez en su vida

El efecto esperado relacionado con la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico-uterino a nivel local se podrá evaluar en un periodo ideal a cinco años aproximadamente. Los resultados de este efecto podrán ser evaluados por la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

Por el momento solamente nos corresponde comentar que a nivel nacional las Estadísticas Vitales, en su clasificación por causas de mortalidad en edad productiva, y de acuerdo al número de orden, los tumores malignos ocupan el primer lugar, y en una subclasificación el tumor maligno del cuello del útero ocupa el primer lugar con una tasa de 4.9 hasta 1999.³⁹

Esta investigación nos permitió abordar la salud-enfermedad como un proceso de carácter social ya que permite profundizar en la comprensión de ésta; al examinar el fenómeno a la luz de su determinación histórico, social, económico y político; y mostrar la relación existente entre determinadas condiciones del ambiente, estilo de vida y variaciones del huésped y la aparición de riesgos y daños específicos en la población.

³⁹ Tasa por 100,000 habitantes de 15 a 64 años. INEGI, SSA/DGEI, 1999.

Es claro que este modo de abordar el proceso salud-enfermedad nos permitió describir las condiciones de salud de una población articulados con las condiciones sociales de ésta.

La teoría del déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, permitió identificar los requisitos de autocuidado insatisfechos en la población de estudio y así implementar un sistema de apoyo / educativo. El modelo en sí de acuerdo a la experiencia que obtuvimos, es **factible** de aplicarse en las poblaciones, ya que se puede obtener resultados de impacto a un bajo costo.

HALLAZGOS

- El personal de salud que asistió a la capacitación tenía conocimientos sobre la prevención y control del cáncer cérvico uterino, pero le faltaba actualizarse en la técnica de la toma de muestra para la prueba de papanicolaou y en la exploración de mama
- Al inicio de la capacitación el equipo multidisciplinario demostró apatía e incredulidad ante la explicación del mapeo de la intervención de enfermería. A través de la sensibilización y/o empoderamiento de los participantes se logró un cambio de actitud positiva para la ejecución de las estrategias
- Se observó que los participantes quedaron sensibilizados, ya que acudieron a sus unidades de trabajo con gran iniciativa en la realización y detección oportuna del cáncer Cérvico uterino y mamario
- Otro aspecto que se notó es que el personal asistente a la capacitación quedó sensibilizado ante su autocuidado, ya que se realizaron sus autoexploración de mamas
- Participó personal de salud voluntario que no acudió a la capacitación y se incorporó en la estrategia de detecciones en respuesta a la demanda de atención
- Se comprueba una respuesta inmediata de la población dado que las unidades de servicio acudieron al Centro de Salud para conocer las condiciones en las que deben acudir para la Prueba de Papanicolaou
- Es importante mencionar que también se causó impacto en los integrantes del equipo multidisciplinario (médico) a través de la motivación para compra de flores para las mujeres durante la estrategia de Detecciones.

SUGERENCIAS

En intervenciones de enfermería de este tipo, se requiere de la participación de un equipo multidisciplinario; principalmente del personal que conoce y trabaja en el área de estudio. En este caso, la participación del personal responsable del territorio, se mantuvo al margen, solamente algunos participaron y fue pobremente.

Recomendamos que el equipo multidisciplinario de salud responsable del área, participe desde el proyecto de intervención, de esta forma podrá dar continuidad a las intervenciones de enfermería y realimentará el autocuidado en la población. De alguna manera, también favorecerá al monitoreo de la intervención.

Convendría tener un comité de salud en esta microrregión, ya que hasta el momento no se ha conformado ninguno.

Se propone, la utilización de este modelo de atención de enfermería en salud pública para ser aplicado en las instituciones de primer nivel de atención, ya que con esta investigación se demuestra que existe factibilidad para llevar a cabo este tipo de intervenciones.

En capacitación al personal de salud, mantener monitoreo continuo para establecer programas de actualización continua que contribuyan a garantizar calidad en la atención a la población.

La sensibilización, se debe utilizar en todos los programas de salud, ya que mediante esta se logran despertar motivación e interés tanto en la agencia de cuidado como en las unidades de servicio, favoreciendo un ambiente óptimo para el aprendizaje. El éxito de la sensibilización radica en considerar las necesidades reales, intereses y motivaciones de la población.

La educación para la salud, requiere del desarrollo de otras técnicas educativas creativas e innovadoras de bajo costo que favorezcan al aprendizaje significativo en las unidades de servicio y promuevan el autocuidado.

En detección y seguimiento de lesiones precursoras para Ca cu, es imprescindible llevar a cabo un sistema de vigilancia epidemiológica eficaz que permita el diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar complicaciones por la inadecuada y tardía canalización a las clínicas de displasia

Finalmente, sugerimos que para la elaboración y presentación del estudio de caso no sean separadas las estrategias, ya que fue un trabajo de equipo donde éstas fueron concatenadas y simultáneas, es decir, si éstas se presentan individualmente no se logra visualizar el impacto alcanzado

GLOSARIO

CAPOS: Casa popular de la salud

Eficacia: Es el logro del objetivo del servicio sobre los usuarios del mismo

Eficacia: Implica el logro de objetivos sin importar los recursos utilizados.

Estrategia: Es un método o aproximación que sirve de guía para las órdenes de enfermería.

Estrategia: Línea general de acción.

Estilos de vida saludables: Son prácticas habituales del individuo que favorecen un estado de salud funcional.

Estilos de vida: El proceso por el cual los individuos identifican, manifiestan sus problemas, reaccionan frente a ellos e intentan resolverlos. Es un concepto específico de cada situación que se configura en base a las exigencias que se le plantean a una persona, el apoyo y los recursos disponibles para afrontar los problemas y las limitaciones impuestas para hacerles frente.

Factibilidad: Conjunto de circunstancias que determinan si una acción puede ser realizada o no.

Matriz FODA: Es una herramienta de administración que permite esquematizar los elementos del diagnóstico integral, debilidades, amenazas, fuerzas y oportunidades con el fin de observar y analizar su correlación, lo que permite la elaboración de los diferentes tipos de estrategias.

Meta: Es un enunciado que describe la amplitud, abstracción, estado o condición que refleja el resultado.

Meta: Es un objetivo que se ha concretado en términos cuantitativos.

Monitoría: Es observar de manera regular, ya sea continuo o periódicamente un proceso.

Unidad de servicio: Se usa en el sentido, de si, se brindan cuidados de enfermería a las personas como individuos o como miembros de unidades multipersonales.

Unidades multipersonales: Son las unidades dependientes, familia o comunidad

Población diana: las características clínicas y demográficas la definen como el conjunto de elementos a los que se generalizarán los resultados del estudio.

Población blanco: Subconjunto de la población diana que se encuentra disponible para el estudio.

Paradigma: Es un bosquejo compacto de los principales conceptos, procedimientos, fenómenos o hechos sociales que conforman un modelo teórico.

Sesgo: Error no aleatorio en un estudio, que conduce a un resultado distorsionado.

Red social: Es un conjunto de personas con quienes una persona mantiene contacto y que tiene algún tipo de lazo social.

Método de Hanlon: Este método sirve para la priorización de padecimientos, utiliza los siguientes parámetros: magnitud, severidad, Eficacia y factibilidad

Ponderación: En estadística, procedimiento de elaboración de un índice que coloca a cada uno de los elementos considerados en un lugar proporcional a su importancia real

Rigor metodológico: En estadística, gran exactitud y precisión.

Microrregión de Salud: división del territorio a efectos de una jurisdicción sanitaria

Sector de Salud: Unidad topográfica mínima, representada por el bloque de casas delimitando en sus cuatro frentes por calles.

BIBLIOGRAFIA

ALFARO R. **Aplicación del proceso de enfermería. guía práctica** Doyma, 1994.

ALFONSO, Roca Ma. Teresa y Alvarez Darket Díaz Carlos. **Enfermería comunitaria**, Ediciones Masson. España, 1992.

LAZCANO, Hernández ALONSO. **Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control**. Salud Pública de México. Volumen 42/No.6. Nov-Dic. 2000.

ÁLVAREZ, Manilla JM. **Manual de atención programada por enfoque de riesgo**. Salud Pública de México, 1998.

ÁLVAREZ, Alva R. **La enfermera y la trabajadora social en la salud pública**. Ed Manual moderno; México, 2000 294

ARANDA Pastor José. **Epidemiología general**. Mérida Venezuela, Universidad de los Andes, 1981.

ARMIJO Rojas Rolando. **Epidemiología básica**, Vol. I. Intermedica 1978.

BAHENA, Guillermina. **Comunicación en el trabajo comunitario**. Ed Pax

BALSEIRO Almario, Lasty. **Investigación en enfermería**. Ed Prado, 1991

BARQUIN, Calderón Manuel. **Sociomedicina**. UNAM Facultad de Medicina. 4ª ed, México D.F. 1994.

BLANCO, Restrepo J. Maya Mejía J. **Fundamentos de salud pública** Tomo I. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia. 1997

BONITA, Ruth y et al. **Epidemiología básica**. OPS, 1995

BOBADILLA, J.L. **Avances y retos en el establecimiento de prioridades en salud**. Salud Pública de México, Volumen 34, 1992

BUSTOS Castro Rene **Administración en salud**. Francisco Méndez Oteo, México D.F., 1987.

CANALES y Alvarado. **Metodología de la investigación**. Ed Limusa, 1996

CAVANAGH J Stephen **Modelo Orem** Ed Salvat, 1993

COLIMON, Marin Kahl. **Fundamentos de epidemiología** Ed. Diaz de Santos, 1995

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1999

DAVINI, Ma. Cristina. **Educación permanente en salud**. Serie Paltex. No. 38, Washington; D C. 1995

DEVER, Alan **Epidemiología y administración de servicios de salud**. OPS OMS.

ELIZONDO Leticia **Cuidemos nuestra salud**, Ed. Noriega / Limusa. México, 1994.

FAJARDO Ortiz Guillermo. **Atención medica teoría y práctica administrativas**. La Prensa Medica Mexicana, México D.F., 1993

FERRINI, María Rita **Educación Dinámica**. Ed Progreso S. A México. 1992

ERENK, Julio "La salud pública: **campo del conocimiento y ámbito para la acción**" en La Salud de la Población, hacia una nueva Salud Pública. México, 1993

FRENK, Julio. **Observatorio de la salud necesidades, servicios y políticas.** Fundación Mexicana Para La Salud México, D F., 1997.

Funciones esenciales de salud pública. una perspectiva desde las prácticas sociales. Organización Panamericana de la salud Organización Mundial de la Salud Washington, DC. 1998.

GRIFFITH J. **Proceso de atención de enfermería. aplicación de teorías y modelos.** Manual Moderno, 1995.

GÓMEZ, Jáuregui J. **Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino,** en: Salud Pública de México Volumen 43/ No 4 Julio –Agosto 2001

GOMEZJARA, Fco. A. **Técnicas de desarrollo comunitario** Ediciones nueva sociología. Distribuciones Fontamara, S A. México, 1981.

HANCHETTI, Effies, Zavala Grisi L **Salud de la comunidad.** Conceptos y evaluación Editorial Limusa; México, 1981.

HERNÁN Sn Martín **Tratado general de la salud** Ed. Prensa Médica Mexicana 1998

HERNÁN San Martín **Salud y enfermedad** La Prensa Medica Mexicana, México D F., 4ª ed., 1990

HERNÁN, San Martín **Epidemiología. teoría investigación y práctica.** Ed Diaz de Santos.

HERNÁNDEZ, Sampieri R y etal **Metodología de la investigación**. Mc Graw Hill, 1998

HIGASHIDA, M. **Educación para la salud**. Ed Interamericana Mc. Graw-hill, México. 1999.

HILL B A **Fundamentos de epidemiología**, México, 1994.

HULLEY, Stephen B. **Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico**. Ediciones Doyma; España, 1993: 264.

ISEM, **Instructivo para la elaboración, evaluación y dictaminación de protocolos de investigación**, 1999

JOHANSEN, Bertoglio Oscar. **Introducción a la teoría general de sistemas** Ed. Limusa México, 1997.

KROEGER y et al **Atención Primaria de Salud. Principios y métodos**. OPS México, 1992

LAURELL, Asa Cristina. **La salud enfermedad como proceso social**.

LÓPEZ, Luna **Salud pública**. Ed Interamericana. Mc Graw-Hill, México 1993

MARTINEZ, Navarro y etal **Salud pública**. Ed. Mc Graw Hill 1998.

Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Paltex Para ejecutivos de Programas de Salud No 7 OMS/OPS Washington, 1986.

MAZZÁFERO Vicente E **Medicina en salud pública**. El Ateneo 2ª ed ,Buenos Aires, 1994

MENDEZ, R y etal. **Protocolo de investigación**. Ed Trillas, 1998

MONIQUE, Lefebvre y Andrée Dupuis **Juicio clínico en cuidados de enfermería**. Ediciones Masson. España, 1995

MORA Carrasco Fernando **Introducción a la medicina social y salud pública**. Trillas 2ª ed México. D.F., 1990.

MORENO, Altamirano Alejandra. **Principales medidas en epidemiología**. S. P. De México. Vol. 42 No.4 Julio/Agosto, 2000

MUÑOZ, Hernández Onofre. **La investigación medica hacia el nuevo siglo**. Gaceta Medica Mexicana. Vol. 135, 1999

OCHOA Moreno L. **Marco conceptual del diagnóstico**. Metodología del diagnostico de salud integral. México, D.F., 1989.

OREM E, Dorotea. **Modelo de orem** Conceptos de enfermería en la práctica. Masson, 1993

OPS. **Promoción de la salud: una antología** Washington, D C. 1999

OPS. **Taller Latinoamericano de epidemiología aplicada a los servicios de salud**, México, 1991:148.

OPS. **Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud** Serie Paltex No 11; Washington, D C., 1985.

OPS **Guía para el diseño, utilización y evaluación de materiales educativos de salud**. Serie Paltex. No 10, Washington, D C , 1984.

OPS **Promoción de la salud: una antología; publicaciones científicas**. No 557 Washington, D C , 1996.

OSTIGUÍN M. **Método de trabajo enfermero y modelo de orem**. Una propuesta de implementación. *Desarrollo Científico Enf* 2000, (1), 3-7.

PARDO, Graciela y et al **Investigación en salud**. Ed Mc. Graw-Hill Interamericana, S A. Colombia, 1997.

POLAINO – Lorente A. **Manual de Bioética general**. Ediciones Rialp, S.A. Madrid, 1994: 490

POLIT – Hungler **Investigación científica en ciencias de la salud** . 5ª edición Ed. Interamericana; México, 1997: 701.

Programa Nacional de Salud 2001- 2006.

PHANEUF M. **Cuidados de Enfermería** El proceso de atención de enfermería. McGraw – Hill, 1993

PINEAULI R, Daveluy C **La planificación sanitaria. conceptos, métodos, estrategias**. Massón, Barcelona, 1987.

Poder ejecutivo federal programa de reforma del sector salud. México, 1995-2000.

REBAGLIATO, M et al **Metodología de investigación en epidemiología**. Ed Diaz de Santos. 1996.

RESIREPO, E. Helena. **Incremento de la capacidad comunitaria y de empoderamiento de las comunidades para promover la salud** 5ta. Conferencia mundial de promoción de la salud. México. 2000

ROCHON, Alain. **Educación para la salud**. Guía práctica para realizar un proyecto Ed. Masson; España, 1992.

REVISTA **Salud pública** de México vol. 42, núm. 1, pp. 17, 34.

SALLERAS, San- Martí Luis. **Educación sanitaria**. Principios, métodos, aplicaciones Editorial Díaz de Santos; Madrid 1990.

SANTIAGO, Rubio C. **Glosario de la economía de la salud**. ED Díaz de Santos; Madrid 1995.

SSA, **Norma Oficial Mexicana** para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, 1994.

SSA, **Norma Oficial Mexicana** para la prevención, tratamiento y control de cáncer cérvico uterino y de mama en la atención primaria, 1994

IAMAYO y Tamayo Mario. **El proceso de la investigación científica** Ed. Limusa, México. 1999.

TORRES Laura y Villa Barragán Juan Pablo. **Documentos Mimeografiados Diagnóstico situacional**. México D F., 2000

TORRES, A Laura **Documento mimeografiado. Transición epidemiológica**. México, 1999.

VÁZQUEZ, M Luis **Introducción a la bioestadística y a la epidemiología** Ed Interamericana, Venezuela, 1998

VEGA, Franco L. **Bases esenciales de la salud pública** Ed Prensa Médica Mexicana; México 2000: 99

VILLA Barragán Juan Pablo. **Guía para determinar prioridades en el diagnóstico situacional**. Riesgos y Daños a la Salud. México, D.F , 2001.

W. Iyer Patricia, **Proceso y diagnóstico de enfermería**, Ed McGraw-Hill Interamericana, 1ª ed., México, D.F , 1999.

Anexos

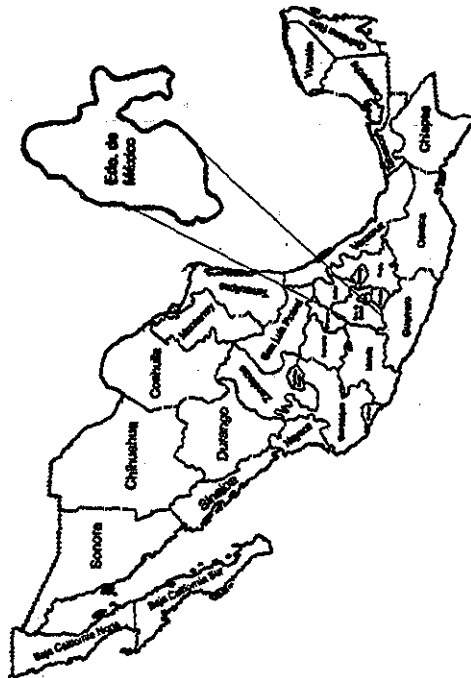


UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

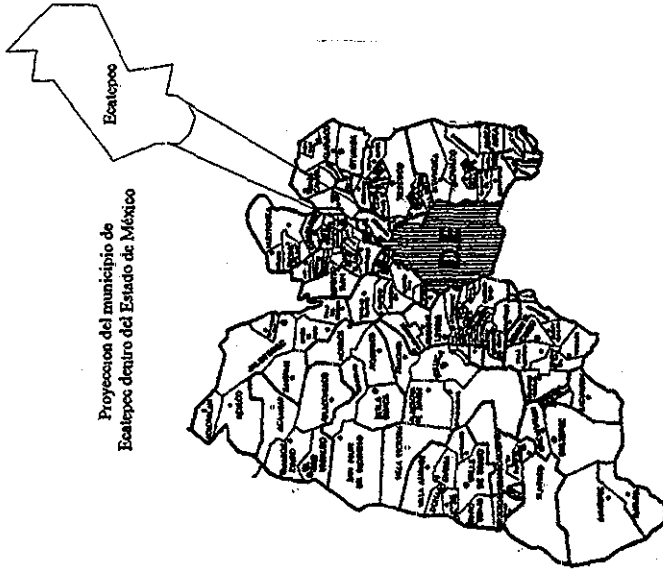
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

Anexo 1

155



Proyección del municipio de
Ecatepec dentro del Estado de México

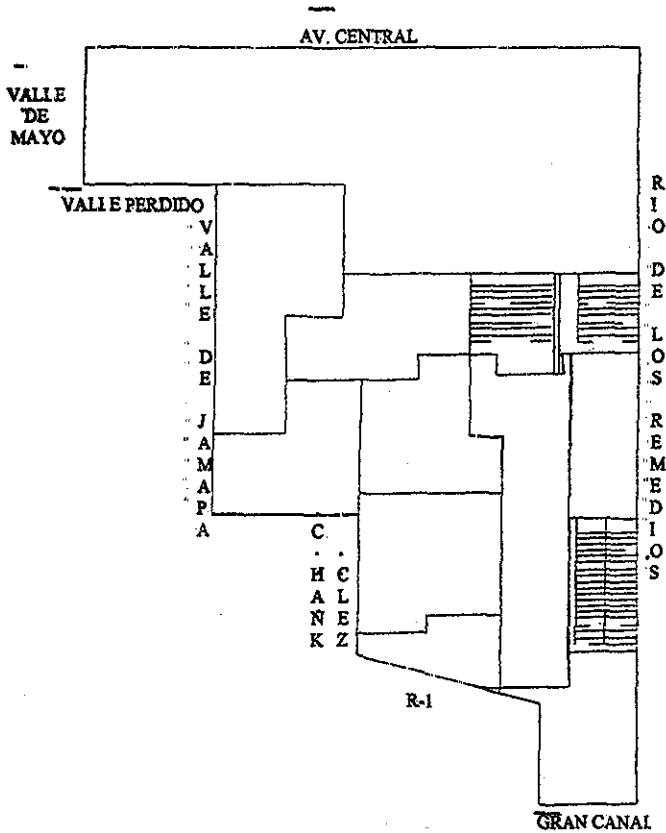




UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSTGRADO ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

COORDINACIÓN MUNICIPAL DE CHAMIZAL
JURISDICCIÓN DE ECATEPÉC ESTADO DE MÉXICO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
 JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC
 C.S.A. CHAMIZAL
 Microregion: GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I



- SIMBOLOGIA**
- 🏠 Casa
 - 🏢 Inapco
 - 🏠 Vivienda
 - 🏢 Edificio
 - 🏠 Chic II
 - 🏢 Lecheria
 - 🏠 Poponaro
 - 🏢 Escuela
 - 🏢 Desahabieta
 - 🏢 Construcción
 - 🏠 Pido
 - 🏢 Mercas
 - 🏢 Iglesia
 - 🏠 Taller
 - 🏢 Fabrica
 - 🏢 Asopco

JARDINES DEL TEPEYAC



VICENTE GUERRERO



VILLADA

AV. EDUARDO

JUAREZ

M-5 S-1

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

RIVA PALACIO

M-6 S-2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

GOMEZ

M-7 S-3

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

SOLORZANO

M-8 S-4

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

LOPEZ

M-9 S-5

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

HIDALGO

M-10 S-6

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

GARDUÑO

ISIDRO

BENITO

M-22

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

FABELA

CARLOS

M-23 S-12

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

FILIBERTO

M-24 S-11

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

JOSE LUIS

M-25 S-10

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

VALLE DE ARAGON III

AV EUCARIDO

M-26 S-9

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

RAFAEL MIGUEL

M-27 S-8

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

MANUEL MEDINA

M-28 S-7

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

ANEXO 3

FRANCISCO LEON DE LA BARRA

GONZALEZ

AV. CARLOS HANK

AV. R-1

EMILIANO ZAPATA

M-28

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Apéndice

| DATOS MENORES DE 5 AÑOS | | | | VI INHABILIZACIONES | | | | VIII MEDIDAS PREVENTIVAS FAMILIARES | | | | | |
|---|--------------------|------|------|---------------------|------------------------------|-----------|----------------|-------------------------------------|------------------------------|----|-----------------|-------|---------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS | SEXO FEM / MASC | EDAD | PESO | TALLA | ALIMENTACION MAYOR TIEMPO | | CONTROL MEDICO | | MEDIDAS HIGIENICO PERSONALES | | NUM DE VECES | OTROS | OBSERVACIONES |
| | | | | | 1. SI | 2. TIEMPO | SI | NO | SI | NO | | | |
| IX CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA 1. ¿PROPIA? 2. ¿RENTADA? 3. ¿PRE-ESTALVA? 4. OTROS 1. ¿De Cuantos? 2. ¿De construcción? | | | | | | | | | | | | | |
| XI ALIMENTACION (GENERALIDADES) 1. ¿QUE DE SAUVAVA HAY? 2. ¿QUE COMO AYER? 3. ¿QUE acostumbra cenar? 4. ¿Que acostumbra comer los domingos? | | | | | | | | | | | | | |
| XII ALIMENTACION (GENERALIDADES) 1. ¿QUE DE SAUVAVA HAY? 2. ¿QUE COMO AYER? 3. ¿QUE acostumbra cenar? 4. ¿Que acostumbra comer los domingos? | | | | | | | | | | | | | |
| ACABADOS 1. SI 2. NO OTROS 1. DRENAJE 2. ELECTRICIDAD 3. TELEVISION 4. TELEFONO 5. ESTEREO 6. REFRIGERADOR 7. CISTERNA 8. AGUA ENTUBADA 9. PAVIMENTACION 10. SEPARALOS DE SECHOS 11. REFRIGERACION EN EXCRETAS W/C | | | | | | | | | | | | | |
| VACACIONES | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL ENCUESTADOR | | | | FUNCION | | | | FIRMA | | | | | |
| NOMBRE DEL ENCUESTADOR | | | | FUNCION | | | | FIRMA | | | | | |
| DE TERMINO DE LA ENCUESTA | | | | | | | | | | | | | |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
 JURISDICCION SANITARIA DE ECATEPEC
 COORDINACION DE ENFERMERIA

CEDULA DE CAPTACION DE DATOS POR FAMILIA
 INSTRUMENTO DE LLENADO

FINO. Conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de las microregiones de San Agustín, perteneciente a la Coordinación Municipal de San Agustín, Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec
 resultados permitirán identificar el nivel de déficit de atención familiar existente hasta marzo del 2001

Indice de la familia: PATERNO Y MATERNO

INDICIO: CALLE, NUM. DE MANZANA, NUM. DE LOTE, NUM. OFICIAL, COLONIA

INDICIO: NUM. DE SECTOR ASIGNADO

INDICIO: NUM. DE CASA, DE ACUERDO A CROQUIS (CONSECUTIVO) NUM. DE FAMILIA/FAMILIAS QUE VIVEN EN CASA

INDICIO: TIPO DE VIVIR EN ESTE DOMICILIO MARCA CON UNA X

INDICIO: FECHA: Día/Mes/año

INDICIO: FOLIO/Num. Consecutivo de cédula

INDICIO: HORA DE INICIO DE ENCUESTA

INDICIO: RIESGO. Marcar con una X

INDICIO: III. MUJERES EN EDAD FERTIL 12 a 49 AÑOS

INDICIO: IV. ESPECIFICOS DE LOS INTEGRANTES

| NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | ESTADO CIVIL | OCUPACION | INGRESO FAMILIAR | | RELIGION | PASATIEMPO | ULTIMO GRADO ESCOLAR | LUGAR DE DEFUNCION | CAUSA DE MUERTE | OCCUPACION | ATENCIÓN MEDICA | FECHA DE DEFUNCION |
|--|--------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | GANANCIAS | EXPENSIAS | | | | | | | | |
| De acuerdo al nombre y apellido de los integrantes de la familia | De acuerdo al sexo | De acuerdo al estado civil | De acuerdo a la ocupación | De acuerdo a la ganancia familiar | De acuerdo a la pérdida familiar | De acuerdo a la ganancia familiar | De acuerdo a la pérdida familiar | De acuerdo a la ganancia familiar | De acuerdo a la pérdida familiar | De acuerdo a la ganancia familiar | De acuerdo a la pérdida familiar | De acuerdo a la ganancia familiar | De acuerdo a la pérdida familiar | De acuerdo a la ganancia familiar |

| NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | ESTADO CIVIL | OCUPACION | INGRESO FAMILIAR | RELIGION | PASATIEMPO | ULTIMO GRADO ESCOLAR | LUGAR DE DEFUNCION | CAUSA DE MUERTE | OCCUPACION | ATENCIÓN MEDICA | FECHA DE DEFUNCION |
|--|--------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | |
| De acuerdo al nombre y apellido de los integrantes de la familia | De acuerdo al sexo | De acuerdo al estado civil | De acuerdo a la ocupación | De acuerdo a la ganancia familiar | De acuerdo a la pérdida familiar | De acuerdo a la ganancia familiar | De acuerdo a la pérdida familiar | De acuerdo a la ganancia familiar | De acuerdo a la pérdida familiar | De acuerdo a la ganancia familiar | De acuerdo a la ganancia familiar | De acuerdo a la pérdida familiar | De acuerdo a la ganancia familiar |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

| | | | | | | | |
|---|------------|--|--------------------------|---|--------------|---|-------------|
| VII. MENORES DE 6 AÑOS | | VIL INMUNIZACIONES | | VIII MEDIDAS PREVENTIVAS FAMILIARES | | OBSERVACIONES | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SESO | PESO | TALLA | ALIMENTACION | CONTROL MEDICO | FALTAN |
| | FEM / MASC | Se anota edad en el espacio del sexo que corresponde | Se anota a el peso talla | Se anota | 1. SI 2. NO | 1. SI 2. NO | 1. SI 2. NO |
| MEDIDAS HIGIENICO PERSONALES | | MEDIDAS HIGIENICO PERSONALES | | MEDIDAS HIGIENICO PERSONALES | | MEDIDAS HIGIENICO PERSONALES | |
| 1. ¿Se lava las manos antes de comer? | | 1. ¿Se lava las manos antes de comer? | | 1. ¿Se lava las manos antes de comer? | | 1. ¿Se lava las manos antes de comer? | |
| 2. ¿Se lava las manos después de ir al baño? | | 2. ¿Se lava las manos después de ir al baño? | | 2. ¿Se lava las manos después de ir al baño? | | 2. ¿Se lava las manos después de ir al baño? | |
| 3. ¿Se lava los dientes? ¿cuantas veces al día? | | 3. ¿Se lava los dientes? ¿cuantas veces al día? | | 3. ¿Se lava los dientes? ¿cuantas veces al día? | | 3. ¿Se lava los dientes? ¿cuantas veces al día? | |
| 4. ¿Se baña? ¿Con que frecuencia se baña? | | 4. ¿Se baña? ¿Con que frecuencia se baña? | | 4. ¿Se baña? ¿Con que frecuencia se baña? | | 4. ¿Se baña? ¿Con que frecuencia se baña? | |
| IX. FAUNA DOMESTICA | | IX. FAUNA DOMESTICA | | IX. FAUNA DOMESTICA | | IX. FAUNA DOMESTICA | |
| 1. ¿Tiene? | | 1. ¿Tiene? | | 1. ¿Tiene? | | 1. ¿Tiene? | |
| PERRO | | PERRO | | PERRO | | PERRO | |
| GATOS | | GATOS | | GATOS | | GATOS | |
| OTROS | | OTROS | | OTROS | | OTROS | |

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|
| XI. ALIMENTACION (GENERALIDADES) | | XI. ALIMENTACION (GENERALIDADES) | | XI. ALIMENTACION (GENERALIDADES) | | XI. ALIMENTACION (GENERALIDADES) | |
| 1. ¿QUÉ DESAYUNO HAY? | | 1. ¿QUÉ DESAYUNO HAY? | | 1. ¿QUÉ DESAYUNO HAY? | | 1. ¿QUÉ DESAYUNO HAY? | |
| 2. ¿QUÉ COMO AVER? | | 2. ¿QUÉ COMO AVER? | | 2. ¿QUÉ COMO AVER? | | 2. ¿QUÉ COMO AVER? | |
| 3. ¿QUÉ ACOSTUMBRA CENAR? | | 3. ¿QUÉ ACOSTUMBRA CENAR? | | 3. ¿QUÉ ACOSTUMBRA CENAR? | | 3. ¿QUÉ ACOSTUMBRA CENAR? | |
| 4. ¿QUÉ ACOSTUMBRA COMER LOS | | 4. ¿QUÉ ACOSTUMBRA COMER LOS | | 4. ¿QUÉ ACOSTUMBRA COMER LOS | | 4. ¿QUÉ ACOSTUMBRA COMER LOS | |
| OBSERVACIONES | | OBSERVACIONES | | OBSERVACIONES | | OBSERVACIONES | |
| Anotar si contesta algo diferente que sea de importancia y que no se esquematiza en el cuadro | | Anotar si contesta algo diferente que sea de importancia y que no se esquematiza en el cuadro | | Anotar si contesta algo diferente que sea de importancia y que no se esquematiza en el cuadro | | Anotar si contesta algo diferente que sea de importancia y que no se esquematiza en el cuadro | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| XII. RACIONES | | XII. RACIONES | | XII. RACIONES | | XII. RACIONES | |
| 1. CUALQUIER SITUACION QUE NO ESTE CONTEMPLADA EN LA CÉDULA Y QUE SE CONSIDERE DE SUMA IMPORTANCIA | | 1. CUALQUIER SITUACION QUE NO ESTE CONTEMPLADA EN LA CÉDULA Y QUE SE CONSIDERE DE SUMA IMPORTANCIA | | 1. CUALQUIER SITUACION QUE NO ESTE CONTEMPLADA EN LA CÉDULA Y QUE SE CONSIDERE DE SUMA IMPORTANCIA | | 1. CUALQUIER SITUACION QUE NO ESTE CONTEMPLADA EN LA CÉDULA Y QUE SE CONSIDERE DE SUMA IMPORTANCIA | |
| 2. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | | 2. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | | 2. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | | 2. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | |
| 3. NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS | | 3. NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS | | 3. NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS | | 3. NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS | |
| 4. APLICAR CÉDULA POR FAMILIA, AUN SIENDO EL DOMICILIO | | 4. APLICAR CÉDULA POR FAMILIA, AUN SIENDO EL DOMICILIO | | 4. APLICAR CÉDULA POR FAMILIA, AUN SIENDO EL DOMICILIO | | 4. APLICAR CÉDULA POR FAMILIA, AUN SIENDO EL DOMICILIO | |
| 5. LA INFORMACION DEBE PROPORCIONAR UNA PERSONA MAYOR DE 15 AÑOS O QUE CONOZCA MAS DATOS FAMILIARES. | | 5. LA INFORMACION DEBE PROPORCIONAR UNA PERSONA MAYOR DE 15 AÑOS O QUE CONOZCA MAS DATOS FAMILIARES. | | 5. LA INFORMACION DEBE PROPORCIONAR UNA PERSONA MAYOR DE 15 AÑOS O QUE CONOZCA MAS DATOS FAMILIARES. | | 5. LA INFORMACION DEBE PROPORCIONAR UNA PERSONA MAYOR DE 15 AÑOS O QUE CONOZCA MAS DATOS FAMILIARES. | |
| NOMBRE DEL ENCUESTADOR | | NOMBRE DEL ENCUESTADOR | | NOMBRE DEL ENCUESTADOR | | NOMBRE DEL ENCUESTADOR | |
| NOMBRE DEL ANTEVISITADOR | | NOMBRE DEL ANTEVISITADOR | | NOMBRE DEL ANTEVISITADOR | | NOMBRE DEL ANTEVISITADOR | |
| FIRMA | | FIRMA | | FIRMA | | FIRMA | |
| No olvidar su firma | | No olvidar su firma | | No olvidar su firma | | No olvidar su firma | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| XIII. TERMINO DE LA ENCUESTA | | XIII. TERMINO DE LA ENCUESTA | | XIII. TERMINO DE LA ENCUESTA | | XIII. TERMINO DE LA ENCUESTA | |
| 1. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | | 1. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | | 1. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | | 1. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | |
| 2. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | | 2. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | | 2. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | | 2. UTILIZAR TABLA DE PUNTO, CLARA Y LEGIBLE | |
| 3. NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS | | 3. NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS | | 3. NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS | | 3. NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS, NO OMITIR DATOS | |
| 4. APLICAR CÉDULA POR FAMILIA, AUN SIENDO EL DOMICILIO | | 4. APLICAR CÉDULA POR FAMILIA, AUN SIENDO EL DOMICILIO | | 4. APLICAR CÉDULA POR FAMILIA, AUN SIENDO EL DOMICILIO | | 4. APLICAR CÉDULA POR FAMILIA, AUN SIENDO EL DOMICILIO | |
| 5. LA INFORMACION DEBE PROPORCIONAR UNA PERSONA MAYOR DE 15 AÑOS O QUE CONOZCA MAS DATOS FAMILIARES. | | 5. LA INFORMACION DEBE PROPORCIONAR UNA PERSONA MAYOR DE 15 AÑOS O QUE CONOZCA MAS DATOS FAMILIARES. | | 5. LA INFORMACION DEBE PROPORCIONAR UNA PERSONA MAYOR DE 15 AÑOS O QUE CONOZCA MAS DATOS FAMILIARES. | | 5. LA INFORMACION DEBE PROPORCIONAR UNA PERSONA MAYOR DE 15 AÑOS O QUE CONOZCA MAS DATOS FAMILIARES. | |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Apéndice 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

| VARIABLE | INDICADORES | TIPO | ESCALA | PONDERACIÓN | FUENTE |
|---------------------------------------|---|--------------|----------|---|----------|
| AUTOCUIDADO REQUISITO UNIVERSAL | 1. EDAD | Cuantitativa | Numérica | A) MENOS DE 25 AÑOS B) 25 A 34 AÑOS C) 35 A 44 AÑOS D) 45 A 64 AÑOS E) 65 Y MAS F) SE DESCONOCE G) NO CONTESTO | Primaria |
| | 2. EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN | Cuantitativa | Numérica | A) MENOS DE 12 AÑOS B) MAYOR DE 12 AÑOS C) NUNCA HA MENSTRUADO D) SE DESCONOCE E) NO CONTESTO | Primaria |
| | 3. EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL | Cuantitativa | Numérica | A) MENOS DE 15 AÑOS B) 15 A 18 AÑOS C) 19 Y MÁS AÑOS D) NO LA HA INICIADO E) SE DESCONOCE F) NO CONTESTO | Primaria |
| | 4.- ¿ACTUALMENTE MENSTRUA? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO | Primaria |
| | 5.- ¿CONTINUA MENSIRUANDO DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO | Primaria |
| | 6.- ¿UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO | Primaria |
| | 7.- ¿ESPECIFIQUE CUAL? | Cualitativa | Nominal | A) DIU B) ORALES C) INYECTABLES D) SUBDERMICOS E) SALPINGOCLAS F) VASECTOMIA G) PRESERVATIVO H) NATURAL I) OTRO J) NO CONTESTO | |

| | | | | | |
|--|---|--------------|----------|--|----------|
| | 8.- ¿TIENE O A TENIDO MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE | Primaria |
| | 9.- ¿SU PAREJA ESTA CIRCUNCIDADO? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE | Primaria |
| | 10.- ¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL? | Cuantitativa | Numérica | A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE | Primaria |
| | 11.- ¿HA TENIDO FLUJO O ESCURRIMIENTO VAGINAL? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) A VECES D) NO CONTESTO E) DESCONOCE | Primaria |
| | 12.- ¿HA PRESENTADO DOLOR DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) A VECES D) NO CONTESTO | Primaria |
| | 13.- ¿HA PRESENTADO SANGRADO DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) A VECES D) NO CONTESTO | Primaria |
| | 14.- ¿EDAD EN QUE TUVO SU PRIMER EMBARAZO? | Cualitativa | Nominal | A) MENOR DE 18 AÑOS B) 19 A 29 AÑOS C) MAYOR DE 30 AÑOS D) NÚLIPARA E) DESCONOCE F) NO CONTESTO | Primaria |
| | 15.- ¿NUMERO DE EMBARAZOS? | Cuantitativa | Numérica | A) 1 A MAS B) 5 A MAS C) NO CONTESTO D) NINGUNO E) DESCONOCE | Primaria |
| | 16.- ¿NUMERO DE ABORTOS? | Cuantitativa | Numérica | A) 1 A 2 B) MAS DE 3 C) NO CONTESTO D) NINGUNO E) DESCONOCE | Primaria |
| | 17.- ¿AMAMANTO A SUS HIJOS? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO | Primaria |

| | | | | | |
|--|---|--------------|----------|--|----------|
| | 18.- ¿TIEMPO DE LACIANCIA MATERNA? | Cuantitativa | Nominal | A) MENOS DE 3 MESES B) 6 MESES C) DE 6 A 12 MESES D) MAS DE 12 MESES E) NO CONTESTO | Primaria |
| | 19.- ¿USTED FUMA? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) A VECES D) NO CONTESTO E) DESCONOCE | Primaria |
| | 20.- ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA? | Cuantitativa | Nominal | A) 1 AL DÍA B) 2 A 5 C) 6 A 10 D) 10 A 20 E) MAS DE | Primaria |
| | 21.- ¿CON QUE ACEITE COCINA SUS ALIMENTOS? | Cualitativa | Nominal | A) ACEITE DE B) ACEITE CARTEA C) MANTECA D) NO CONTESTO D) DESCONOCE | Primaria |
| | 22.- ¿CONSUME VERDURAS VERDES? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) A VECES D) NO CONTESTO | Primaria |
| | 23.- ¿COMO CONSUME LAS VERDURAS VERDES? | Cualitativa | Nominal | A) COCIDAS B) CRUDAS C) AMBAS | Primaria |
| | 24.- ¿SABE QUE ES EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) SE NIEGA A CONTESTAR D) SE DESCONOCE | Primaria |
| | 25.- ¿SABE PARA QUE SIRVE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE | Primaria |
| | 26.- ¿SABE CADA CUANDO SE DEBE DE REALIZAR EL PAPANICOLAOU? | Cuantitativa | Numérica | A) CADA 6 MESES B) CADA AÑO C) CADA 2 AÑOS D) CADA 3 AÑOS E) NO CONTESTO F) DESCONOCE | Primaria |
| | 27.- ¿SE REALIZA EL PAPANICOLAOU? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) A VECES | Primaria |
| | 28.- ¿SABE QUE ES EL CANCER DE MAMA? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO | Primaria |

| | | | | | |
|--|--|--------------|----------|---|----------|
| | 29.- ¿SABE PARA QUE SIRVE LA EXPLORACIÓN DE MAMA? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO | Primaria |
| | 30.- ¿SABE COMO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO | Primaria |
| | 31.- ¿MOTIVO POR EL CUAL NO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA? | Cualitativa | Nominal | A) FALTA DE INFORMACIÓN B) NO TIENE IMPORTANCIA C) POR PENA D) POR QUE LE ES DIFICIL E) NO CONTESTO | Primaria |
| | 32.- ¿SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE DE REALIZARSE SU EXPLORACION DE MAMA? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO | Primaria |
| | 33.- ¿SABE CON FRECUENCIA ACUDIR AL MEDICO PARA REALIZARSE LA EXPLORACIÓN DE MAMA? | Cuantitativa | Númerica | A) CADA 3 MESES B) CADA 6 MESES C) CADA AÑO D) NO ACUDE E) NO CONTESTO | Primaria |
| | 34.- ¿QUÉ LE CAUSARIA ALARMA ENCONTRAR EN SUS MAMAS? | Cualitativa | Nominal | A) CONOCIMIENTO CORRECTO B) CONOCIMIENTO INCORRECTO C) NO CONTESTO | Primaria |
| | 35.- ¿MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDE A REALIZARSE EL PAPANICOLAOU? | Cualitativa | Nominal | A) FALTA DE INFORMACIÓN B) LA UNIDAD DE SALUD ESTA LEJOS C) POR PENA D) DESCONOCE DONDE REALIZARSELO E) NO CONTESTO | Primaria |
| | 36.- ¿SI DETECTA ALGUNA ANOMALIA EN SUS SENOS A DONDE ACUDE? | Cualitativa | Nominal | A) MEDICO PARTICULAR B) ALGUNA INSTITUCIÓN C) AMIGA O FAMILIA D) OTROS E) NO CONTESTO | Primaria |

| | | | | | |
|--|---|-------------|---------|---|----------|
| | 37.- ¿SI DETECTA ALGUNA ALTERACION EN SUS GENITALES A DONDE ACUDE? | Cualitativa | Nominal | A) MEDICO PARTICULAR B) ALGUNA INSTITUCION C) AMIGA O FAMILIA D) OTROS E) NO CONTESTO | Primaria |
| | 38.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER DE MAMA? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE | Primaria |
| | 39.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE | Primaria |
| | 40.- ¿SI TIENE USTED CÁNCER LLEVA A CABO EL TRATAMIENTO INDICADO POR EL MEDICO? | Cualitativa | Nominal | A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE | Primaria |
| | 41.- ¿DESPUES DE SU DIAGNOSTICO SE HA ADAPTADO A SU NUEVO ESTILO DE VIDA? | Cualitativa | Nominal | A) SI, ESTA INTEGRADA FAMILIA A PARTIR DEL DIAGNOSTICO B) NO, CAMBIO ESTILO DE VIDA PARTIR DIAGNOSTICO C) NO CONTESTO | Primaria |
| | 42.- ¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR NO REALIZARSE EL PAPANICOLAOU? | Cualitativa | Nominal | A) SI TIENE INTERES B) NO TIENE INTERES C) NO CONTESTO | Primaria |
| | 43.- ¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR NO REALIZARSE LA EXPLORACIÓN DE MAMA? | Cualitativa | Nominal | A) SI TIENE INTERES B) NO TIENE INTERES C) NO CONTESTO | Primaria |

Apéndice 3
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

OBJETIVO: OBTENER DATOS DE FUENTES PRIMARIAS CON EL FIN DE INTEGRAR LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS FACTORES CAUSALES QUE INFLUYEN EN EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO PARA CÁNCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO.

DIRIGIDO: A UNIDADES MULTIPERSONALES CON MUJERES EN RIESGO PARA CÁNCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO.

INSTRUCCIONES: LEE CUIDADOSAMENTE LAS PREGUNTAS Y MARCA CON UNA "X" SOLO UNA RESPUESTA. ACLARA LO QUE SE TE PIDE EN CADA LINEA. PREGUNTE Y OBSERVE PARA CONTESTAR.

FECHA: _____ HORA DE INICIO: _____ FOLIO: _____
 NOMBRE: _____ SECTOR _____ CASA _____ FAM _____
 DIRECCIÓN: _____
 OCUPACION: _____

1.- EDAD

- A) MENOS DE 25 AÑOS B) 25 A 34 AÑOS C) 35 A 44 AÑOS
 D) 45 A 64 AÑOS E) 65 Y MAS F) SE DESCONOCE
 G) NO CONTESTO

2.- EDAD DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN

- A) MENOS DE 12 AÑOS B) MAYOR DE 12 AÑOS
 C) NUNCA HA MENSTRUADO
 D) SE DESCONOCE E) NO CONTESTO

3.- EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

- A) MENOS DE 15 AÑOS B) 15 A 18 AÑOS C) 19 Y MÁS AÑOS
 D) NO LA HA INICIADO E) SE DESCONOCE F) NO CONTESTO

4.- ¿ACTUALMENTE MENSTRUA?

- A) SI B) NO C) NO CONTESTO

¿POR QUÉ? _____

5.- ¿CONTINUA MENSTRUANDO DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS?

- A) SI B) NO C) NO CONTESTO

6.- ¿UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?

- A) SI B) NO C) NO CONTESTO

7.- ¿ESPECIFIQUE CUAL?

- A) DIU B) ORALES C) INYECTABLES O SUBDERMICOS
 D) SALPINGOCLASIA E) VASECTOMIA
 F) PRESERVATIVO G) NATURAL
 H) OTRO D) NO CONTESTO

8.- ¿TIENE O A TENIDO MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL?

- A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE

(FUENTE INDIRECTA)

9.- ¿SU PAREJA ESTA CIRCUNCIDADO?

- A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE

**CODIFICACIÓN
 USO EXCLUSIVO
 INVESTIGADOR**

M O

1 U-6

2 U-6
 D-1

3 U-6
 D-1

4 U-6
 D-1

5 U-6
 D-1

6 U-6
 D-1

7 U-6
 D-1

8 U-6
 D-2

9 U-6
 D-2

- 10.- ¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?
 A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE

¿CUÁL? _____

(FUENTE INDIRECTA)

- 11.- ¿HA TENIDO FLUJO O ESCURRIMIENTO VAGINAL?
 A) SI B) NO C) AVECES D) NO CONTESTO
 E) DESCONOCE

¿CÓMO ES? _____

- 12.- ¿HA PRESENTADO DOLOR DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?
 A) SI B) NO C) AVECES D) NO CONTESTO

- 13.- ¿HA PRESENTADO SANGRADO DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?
 A) SI B) NO C) A VECES D) NO CONTESTO
 ¿EN QUE MOMENTO? ¿POR QUÉ? _____

- 14.- ¿EDAD EN QUE TUVO SU PRIMER EMBARAZO?
 A) MENOR DE 18 AÑOS B) 19 A 29 AÑOS C) MAYOR DE 30 AÑOS
 D) NÚLIPARA E) DESCONOCE F) NO CONTESTO

- 15.- ¿NÚMERO DE EMBARAZOS?
 A) 1 A 4 B) 5 A MAS C) NO CONTESTO
 D) NINGUNO E) DESCONOCE

- 16.- ¿NÚMERO DE ABORTOS?
 A) 1 A 2 B) MAS DE 3 C) NO CONTESTO D) NINGUNO
 E) DESCONOCE

- 17.- ¿AMAMANTO A SUS HIJOS?
 A) SI B) NO C) NO CONTESTO

- 18.- ¿TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA?
 A) MENOS DE 3 MESES B) 6 MESES C) DE 6 A 12 MESES
 D) MAS DE 12 MESES E) NO CONTESTO

- 19.- ¿USTED FUMA?
 A) SI B) NO C) A VECES D) NO CONTESTO
 E) DESCONOCE

- 20.- ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA?
 A) 1 AL DÍA B) 2 A 5 C) 6 A 10
 D) 10 A 20 E) MAS DE 20

- 21.- ¿CON QUE ACEITE COCINA SUS ALIMENTOS?
 A) ACEITE DE MAIZ B) ACEITE CÁRTAMO C) MANTECA
 D) NO CONTESTO E) DESCONOCE

- 22.- ¿CONSUME VERDURAS VERDES?
 A) SI B) NO C) AVECES D) NO CONTESTO

- 23.- ¿CÓMO CONSUME LAS VERDURAS VERDES?
 A) COCIDAS B) CRUDAS C) AMBAS

- 24.- ¿SABE QUE ES EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO?
 A) SI B) NO
 C) SE NIEGA A CONTESTAR D) SE DESCONOCE

- 25.- ¿SABE PARA QUE SIRVE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU?
 A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE

| | | |
|--------------------------|----|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 10 | U-6 D-2 |
| <input type="checkbox"/> | 11 | U-6 D-2 DS2 |
| <input type="checkbox"/> | 12 | U-6 D-2 DS2 |
| <input type="checkbox"/> | 13 | U-6 D-2 DS2 |
| <input type="checkbox"/> | 14 | U-6 D-1 |
| <input type="checkbox"/> | 15 | U-6 D-1 |
| <input type="checkbox"/> | 16 | U-6 D-1 DS-1 |
| <input type="checkbox"/> | 17 | U-6 D-1 |
| <input type="checkbox"/> | 18 | U-6 D-1 |
| <input type="checkbox"/> | 19 | U-7 DS-2 |
| <input type="checkbox"/> | 20 | U-7 DS-2 |
| <input type="checkbox"/> | 21 | U-3 |
| <input type="checkbox"/> | 22 | U-3 |
| <input type="checkbox"/> | 23 | U-3 |
| <input type="checkbox"/> | 24 | U-8 D-1 |
| <input type="checkbox"/> | 25 | U-8 D-1 |

26.- ¿SABE CADA CUANDO SE DEBE DE REALIZAR EL PAPANICOLAOU?

- A) CADA 6 MESES
B) CADA AÑO
C) CADA 2 AÑOS
D) CADA 3 AÑOS
E) NO CONTESTO
F) DESCONOCE
¿POR QUÉ? _____

27.- ¿SE REALIZA EL PAPANICOLAOU?

- A) SI
B) NO
C) AVECES
¿POR QUÉ? _____

28.- ¿SABE QUE ES EL CANCER DE MAMA?

- A) SI
B) NO
C) NO CONTESTO

29.- ¿SABE PARA QUE SIRVE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?

- A) SI
B) NO
C) NO CONTESTO

30.- ¿SABE COMO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA?

- A) SI
B) NO
C) NO CONTESTO

31.- ¿MOTIVO POR EL CUAL NO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA?

- A) FALTA DE INFORMACIÓN
B) NO TIENE IMPORTANCIA
C) POR PENA
D) POR QUE LE ES DIFICIL
E) NO CONTESTO
¿POR QUÉ? _____

32.- ¿SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE DE REALIZARSE SU EXPLORACION DE MAMA?

- A) SI
B) NO
C) NO CONTESTO

33.- ¿SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE ACUDIR AL MEDICO A REALIZARSE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?

- A) CADA 3 MESES
B) CADA 6 MESES
C) CADA AÑO
D) NO ACUDE
E) NO CONTESTO

34.- ¿QUÉ LE CAUSARIA ALARMA ENCONTRAR EN SUS MAMAS?

- A) CONOCIMIENTO CORRECTO
B) CONOCIMIENTO INCORRECTO
C) NO CONTESTO

35.- ¿MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDE A REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?

- A) FALTA DE INFORMACIÓN
B) LA UNIDAD DE SALUD ESTA LEJOS
C) POR PENA
D) DESCONOCE DONDE REALIZARSELO
E) NO CONTESTO

36.- ¿SI DETECTA ALGUNA ANOMALIA EN SUS SENOS A DONDE ACUDE?

- A) MEDICO PARTICULAR
B) ALGUNA INSTITUCIÓN
C) AMIGA O FAMILIAR
D) OTROS
E) NO CONTESTO

37.- ¿SI DETECTA ALGUNA ALTERACION EN SUS GENITALES A DONDE ACUDE?

- A) MEDICO PARTICULAR
B) ALGUNA INSTITUCIÓN
C) AMIGA O FAMILIAR
D) OTROS
E) NO CONTESTO

38.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER DE MAMA?

- A) SI
B) NO
C) NO CONTESTO
D) DESCONOCE
¿QUIÉN? _____

39.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO?

- A) SI
B) NO
C) NO CONTESTO
D) DESCONOCE
¿QUIÉN? _____

170

26

U-8
D-1

27

U-8
D-1

28

U-8
D-1

29

U-8
D-1

30

U-8
D-1

31

D-1

32

U-8
D-2

33

U-8
D-1

34

D-1
DS-1

35

D-1

36

D-1
DS-1

37

D-1
DS-1

38

DS-2

39

DS-2

40- ¿SI TIENE USTED CANCER LLEVA A CABO EL TRATAMIENTO INDICADO POR EL MEDICO?
 A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE

¿POR QUÉ? _____

41- ¿DESPUES DE SU DIAGNOSTICO SE HA ADAPTADO A SU NUEVO ESTILO DE VIDA?

- A) SI, ESTA INTEGRADA SU FAMILIA A PESAR DEL DIAGNOSTICO
- B) NO, CAMBIO SU ESTILO DE VIDA A PARTIR DEL DIAGNOSTICO
- C) NO CONTESTO

42- ¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR EL NO REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?

- A) SI TIENE INTERES
- B) NO TIENE INTERES
- C) NO CONTESTO

43- ¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR EL NO REALIZARSE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?

- A) SI TIENE INTERES
- B) NO TIENE INTERES
- C) NO CONTESTO

| | | |
|--------------------------|----|------|
| <input type="checkbox"/> | 40 | DS-3 |
| <input type="checkbox"/> | 41 | DS-4 |
| <input type="checkbox"/> | 42 | D-1 |
| <input type="checkbox"/> | 43 | D-1 |

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO: _____

 NOMBRE Y FIRMA DE LA ENCUESTADA

 NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

 FIRMAS DE CONTROL DE CALIDAD

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PUBLICA**

OBJETIVO: OBTENER DATOS DE FUENTES PRIMARIAS CON EL FIN DE INTEGRAR LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS FACTORES CAUSALES QUE INFLUYEN EN EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO PARA CÁNCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO.

DIRIGIDO: A UNIDADES MULTIPERSONALES, MUJERES CON RIESGO PARA CÁNCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO.

INSTRUCTIVO

FECHA: _____ HORA DE INICIO: _____ FOLIO: _____
 NOMBRE: _____ SECTOR _____ CASA _____ FAM _____
 DIRECCIÓN: _____
 OCUPACIÓN: _____

**CODIFICACION
(USO EXCLUSIVO
INVESTIGADOR)**

- 1.- **EDAD** _____
 Anote en el espacio los años cumplidos que refiera la entrevistada
- 2.- **EDAD DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN** _____
 Anote en el espacio la edad que refiera la entrevistada 2
- 3.- **EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA** _____
 Anote en el espacio la edad que refiera la entrevistada. En el caso de otra respuesta marcar el inciso que corresponda 3
- 4.- **¿ACTUALMENTE MENSTRUAS?** _____
 Anotar la fecha que refiera la entrevistada en caso de no acordarse sólo el año aproximado 4
- 5.- **¿CONTINUA MENSTRUANDO DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS?**
 Sólo preguntar si la entrevistada es mayor de 50 años, sino es así pase a la pregunta 6 5
- 6.- **¿UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?**
 Marcar lo que refiera la entrevistada si es afirmativa pase a la pregunta 7, si es negativa pase a la pregunta 8 6
- 7.- **¿ESPECIFIQUE CUAL?**
 Escriba lo que refiera la entrevistada 7
- 8.- **¿TIENE O A TENIDO MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 8
- 9.- **¿SU PAREJA ESTA CIRCUNCIDADO?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 9
- 10.- **¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 10
- 11.- **¿HA TENIDO FLUJO O ESCURRIMIENTO VAGINAL?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 11
- 12.- **¿HA PRESENTADO DOLOR DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?**
 Marque lo que refiera la entrevistada y preguntar en que momento 12
- 13.- **¿HA PRESENTADO SANGRADO DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?**
 Marque lo que refiera la entrevistada y preguntar en que momento 13

- 14.- **¿EDAD EN QUE TUVO SU PRIMER EMBARAZO?** _____
 Anote en el espacio lo que refiera la entrevistada. En el caso de otra respuesta marque el inciso que corresponda
 Nulligesta: Mujer que no se ha embarazado. En caso de ser nuligesta pase a la pregunta 19 14
- 15.- **¿NÚMERO DE EMBARAZOS?** _____
 Marque lo que refiera la entrevistada 15
- 16.- **¿NUMERO DE ABORTOS?** _____
 Anote en el espacio el número que refiera el entrevistado 16
- 17.- **¿AMAMANTO A SUS HIJOS?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 17
- 18.- **¿TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA?** _____
 Anotar en el espacio lo que refiera la entrevistada en el caso de otra respuesta. Marque el inciso que corresponda 18
- 19.- **¿USTED FUMA?**
 Marque lo que refiera la entrevistada en caso de ser negativa su respuesta pase a la pregunta 21 19
- 20.- **¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 20
- 21.- **CON QUE ACEITE COCINA SUS ALIMENTOS?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 21
- 22.- **¿CONSUME VERDURAS VERDES?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 22
- 23.- **¿CÓMO CONSUME LAS VERDURAS VERDES?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 23
- 24.- **¿SABE QUE ES CANCER CERVICO UTERINO?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 24
- 25.- **¿SABE PARA QUE SIRVE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU ?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 25
- 26.- **¿SABE CADA CUANDO SE DEBE DE REALIZAR EL PAPANICOLAOU?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 26
- 27.- **¿SE REALIZA EL PAPANICOLAOU?**
 Marque lo que refiera la entrevistada en caso de ser negativa la respuesta pregunte el por qué 27
- 28.- **¿SABE QUE ES EL CANCER DE MAMA?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 28
- 29.- **¿SABE PARA QUE SIRVE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 29
- 30.- **¿SABE COMO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 30
- 31.- **¿MOTIVO POR EL CUAL NO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 31
- 32.- **¿SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE REALIZARSE SU AUTOEXPLORACION DE MAMA?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 32
- 33.- **¿SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE ACUDIR AL MEDICO A SU EXPLORACIÓN DE MAMA?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 33
- 34.- **¿QUE LE CAUSARIA ALARMA ENCONTRAR EN SUS MAMA?**
 Marque lo que refiera la entrevistada 34

- 35.- **¿MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDE A REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?** 35
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 36.- **¿CUÁNDO DETECTA ALGUNA ANOMALIA EN SUS SENOS A QUIEN ACUDE?** 36
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 37.- **¿CUÁNDO DETECTA ALGUNA ALI ERACION EN SUS GENITALES A DONDE ACUDE?** 37
 Marque lo que refiera la entrevistada. Se entiende por alteración genital: flujo vaginal de características amarilla, verdosa o café con olor fétido, sangrado disfuncionales (abundantes y/o prolongados), prurito, ardor
- 38.- **¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CANCER DE MAMA?** 35
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 39.- **¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CANCER CERVICO UTERINO?** 39
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 40.- **¿SI USTED TIENE CANCER LE EVA A CABO EL TRATAMIENTO INDICADO POR EL MEDICO?** 40
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 41.- **¿DESPUES DE SU DIAGNOSTICO SE HA ADAPTIADO A SU NUEVO ESTILO DE VIDA?** 41
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 42.- **¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR EL NO REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?** 42
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 43.- **¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR EL NO REALIZARSE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?** 43
 Marque lo que refiera la entrevistada

OBSERVACIONES: Anotar todas las situaciones relevantes que se hayan encontrado en la entrevista por ejemplo: renuencias, aceptación, ausencias, casos de mujeres que no puedan contestar por discapacidad física o mental, etc.

HORA DE TERMINO: _____

 NOMBRE Y FIRMA DE LA ENCUESTADA

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ENCUESTADOR

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

 FIRMAS DE CONTROL DE CALIDAD

Apéndice 4
LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA
GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
COORDINACIÓN DE SALUD MUNICIPAL CHAMIZAL

| NÚM | NUM. CEDULA | SECTOR | CASA | FAMILIA | UMP APELLIDOS | NOMBRE (MUJER) | DOMICILIO | OBSERVACIONES |
|-----|-------------|--------|------|---------|------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|
| 1 | 2 | 1 | 40 | 4 | Pérez Martínez | Noemi Martínez Samudio | Benito Juárez Mz. 5 Lt. 35 | |
| 2 | 10 | 1 | 31 | 1 | Cabrera Chávez | Cecilia Chávez Jarillo | Benito Juárez Mz. 5 Lt. 27 | |
| 3 | 18 | 1 | 10 | 3 | Hernández Cuevas | Andrea Cuevas Castañeda | Riva Palacio Mz. 5 Lt. 7 | |
| 4 | 24 | 1 | 11 | 1 | Rodríguez Zavala | Maria Zavala Sánchez | Riva Palacio Mz. 5 Lt. 8 | |
| 5 | 41 | 1 | 11 | 2 | López Antonio | Enequina Antonio Domínguez | Riva Palacio Mz. 5 Lt. 8 | |
| 6 | 42 | 1 | 12 | 1 | Cardona Cano | Dulce Ma. Cano Ojeda | Riva Palacio Mz. 5 Lt. 9 | |
| 7 | 47 | 1 | 12 | 3 | Lopez Lugo | Sofía Lugo | Riva Palacio Mz. 5 Lt. 18 | |
| 8 | 52 | 1 | 34 | 1 | Rico Ojeda | Maribel Ojeda | Benito Juárez Mz. 5 Lt. 29 | |
| 9 | 55 | 1 | 37 | 1 | Tolentino López | Isaura López Téllez | Benito Juárez Mz. 5 Lt. 32 | |
| 10 | 56 | 1 | 38 | 1 | Mendoza García | Elia López Reyes | Benito Juárez Mz. 5 Lt. 33 | Morbilidad |

| NUM | NUM. CEDULA | SECTOR | CASA | FAMILIA | UMP APELLIDOS | NOMBRE (MUJER) | DOMICILIO | OBSERVACIONES |
|-----|-------------|--------|------|---------|--------------------|------------------------|-----------------------------------|---------------|
| 11 | 88 | 2 | 3 | 1 | Sandoval Huerta | Laura Huerta González | Eduardo Villada Mz 6 Lt. 38 | |
| 12 | 124 | 2 | 31 | 2 | Monroy Hernández | Margarita Hernández | Carlos Riva Palacio Núm 94 int 8 | |
| 13 | 176 | 3 | 12 | 1 | Flores Reyes | Rosa Reyes | José L. Solorzano Mz. 7 Lt. 7 | |
| 14 | 180 | 3 | 10 | 3 | Bautista Hernández | Leticia Bautista | José L. Solorzano 71-B Mz 7 Lt. 6 | |
| 15 | 211 | 4 | 13 | 1 | Calva Flores | Ma. Esther Flores | Eucario López Mz. 8 Lt. 10 | |
| 16 | 213 | 4 | 5 | 2 | Resendiz Galindo | Minerva Galindo | Eucario López Mz. 8 Lt. 2 | |
| 17 | 226 | 4 | 16 | 3 | Pérez Sánchez | Celia Sánchez Campos | Eucario López Mz. 8 Lt. 13 | |
| 18 | 255 | 4 | 21 | 1 | De la Cruz Presa | Delia Presa Castillo | Eucario López Mz. 8 Lt. 17 | |
| 19 | 267 | 5 | 8 | 2 | Cruz Valiente | Lucila Valiente García | Rafael Miguel Hidalgo Núm. 11 | |
| 20 | 289 | 5 | 36 | 1 | Saldaña Díaz | Patricia Saldaña Díaz | Eucario López Núm. 72 | |
| 21 | 297 | 5 | 8 | 5 | Salazar González | Ma. Elena González | Rafael Miguel Hidalgo Núm. 11 | Morbilidad |

| NÚM | NÚM. CEDULA | SECTOR | CASA | FAMILIA | UMP APELLIDOS | NOMBRE (MUJER) | DOMICILIO | OBSERVACIONES |
|-----|-------------|--------|------|---------|-------------------|------------------------|----------------------------------|----------------|
| 22 | 300 | 5 | 8 | 1 | Cómez Rodríguez | Lucia Rodriguez | Rafael Miguel Hidalgo | |
| 23 | 306 | 5 | 4 | 2 | Rincón Romero | Marina Romero | Rafael Miguel Hidalgo Núm. 3 | |
| 24 | 312 | 5 | 13 | 4 | Guerrero Pineda | | | No hay mujeres |
| 25 | 354 | 6 | 7.3 | 2 | Saldívar Cabrera | Daniela Cabrera | Carduño Mz. 10 LI | |
| 26 | 370 | 6 | 35 | 3 | Martínez Ramos | Concepción Ramos | Miguel Hidalgo Mz.10 Lt. 25 | |
| 27 | 410 | 6 | 27 | 1 | González Díaz | Julia Dia Cruz | Isidro Fabela Núm. 33 Mz. 10 | |
| 28 | 435 | 7 | 31 | 1 | Santiago Díaz | Margarita Díaz Salazar | Manuel Medina Carduño | |
| 29 | 437 | 7 | 17 | 3 | Robles García | Hilda García Juárez | Fco. León de la Barra Núm. 57 | |
| 30 | 438 | 7 | 16 | 5 | Escoto Celis | Ana Lilia Celis Patiño | Fco. León de la Barra N.55 Int11 | |
| 31 | 459 | 7 | 16 | 6 | Lara Salazar | Gabriela Lara Salazar | Fco. León de la Barra Núm. 55 | |
| 32 | 475 | 8 | 33 | 1 | González Brizuela | Ima Brizuela | R.MiguelHidalgo Mz.27 Lt.31 | |

| NÚM | NÚM. CEDULA | SECTOR | CASA | FAMILIA | UMP APELLIDOS | NOMBRE (MUJER) | DOMICILIO | OBSERVACIONES |
|-----|-------------|--------|------|---------|---------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------|
| 33 | 504 | 8 | 6 | 1 | Medina Aguirre | Ma. de Lourdes Enriquez Pérez | Manuel Medina Garduño N.41 | |
| 34 | 510 | 8 | 22 | 1 | Villanueva Carrillo | Esthela Carrillo | Rafael Miguel Hidalgo Núm.60 | Morbilidad |
| 35 | 529 | 9 | 23 | 1 | García Trejo | Rosa García Trejo | Eucario López N.128 Mz26 Lt.23 | |
| 36 | 575 | 10 | 39 | 1 | Barrientos García | Carmela BarrientosGarcí | Solórzano Mz. 25 Lt. 33 | |
| 37 | 619 | 10 | 6 | 1 | Monroy Morales | Ma. Luisa Monroy | Eucario López N.105 Mz.25 Lt.4 | |
| 38 | 628 | 10 | 15 | 11 | Carrillo Olvera | Leonor Olvera | Eucario Lopez Núm. 123 | |
| 39 | 649 | 11 | 50 | 2 | Luna Rodríguez | Ma. Esther Rodríguez | Filiberto Gómez Núm. 102 | |
| 40 | 656 | 11 | 42 | 2 | Alberdino Mondragón | Angelica Mondragón | Filiberto Gómez 106 | |
| 41 | 672 | 11 | 39 | 1 | Díaz García | Amparo García Bobadilla | Filiberto Gómez Núm. 34 | |
| 42 | 687 | 11 | 10 | 1 | Jiménez Campos | Graciela Campos | José Luis Solórzano N.113 | |
| 43 | 689 | 11 | 47 | 1 | Agustín Alberdín | Natalia Alberdín | Filiberto Gómez Mz. 24 Lt. 106 | |
| 44 | 700 | 12 | 32 | 2 | Gabre Antonio | Evangelina Pérez | Riva Palacio Núm. 124 | Mortalidad |

| NÚM | NÚM. CEDULA | SECTOR | CASA | FAMILIA | UMP APELLIDOS | NOMBRE (MUJER) | DOMICILIO | OBSERVACIONES |
|-----|-------------|--------|------|---------|------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 45 | 138 | 3 | 28 | 1 | Melo López | Ciria Mondragón | Filiberto Gómez Mz. 7 Lt. 21 | Mortalidad Renuente |
| 46 | 125 | 2 | 13 | 1 | García Hernández | Luisa Melo | Filiberto Gómez Mz. Lt. 8 | Mortalidad |
| 47 | 347 | 6 | 30 | 2 | Mata Reyes | Teresa Reyes | Rafael M. Hidalgo o Mz. 10 Lt. 21 | Morbilidad |
| 48 | 577 | 10 | 19 | 1 | Campos Sánchez | Norma Angélica Sánchez | Eucario López Mz. 25 Lt. 17 | Morbilidad |
| 49 | 635 | 10 | 25 | 8 | Amaya Vargas | | J.L. Soborzano Mz25 Lt.21 Int.10 | Morbilidad |
| 50 | 309 | 5 | 1 | 3 | Ramírez Matias | Rocío Ramirez | Eduardo Villada Mz. 9 Lt. 39 | Morbilidad |

Apéndice 6

VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE CERTIFICACIÓN

| NÚM. PROGRESIVO | FOLIO | ITEM | VERIFICACIÓN DE CRITERIO | |
|--------------------|-------|------|-----------------------------|---|
| 1 | 3 | 1 | B/B | ✓ |
| 2 | 8 | 16 | A/A | ✓ |
| 3 | 9 | 12 | B/B | ✓ |
| 4 | 12 | 37 | B/B | ✓ |
| 5 | 13 | 3 | C/C | ✓ |
| 6 | 30 | 6 | A/A | ✓ |
| 7 | 35 | 11 | B/B | ✓ |
| 8 | 38 | 23 | C/C | ✓ |
| 9 | 42 | 4 | B/B | ✓ |
| 10 | 45 | 10 | D/D | ✓ |
| 11 | 49 | 13 | B/B | ✓ |

En este cuadro de verificación de criterios de certificación se demuestra que no se encontró error sistemático al momento de capturar la información, por lo tanto dicha información se considera con el 100% de credibilidad y validez

Apéndice 7

RESULTADO CON SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA

(OR, FER, OREM)

CUADRO DE FACTORES DE RIESGO POR ÍTEM, DE ACUERDO A O.R.
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001.

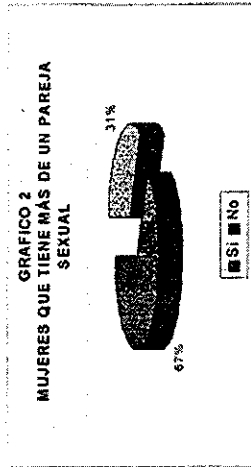
| ITEM | FACTOR DE RIESGO | RAZÓN DE MÓMIOS | | OBSERVACIONES |
|------|---|-----------------|------------|---------------|
| | | MORBILIDAD | MORTALIDAD | |
| 1 | Rango de edad de 35 a 44 años | 3.6 | --- | |
| 2 | Rango de edad de 45 a 64 años | 0.2 | --- | |
| | Menarca antes de los 12 años | 2.9 | --- | |
| | Menarca después de los 12 años | 0.3 | --- | |
| 3 | Inicio de vida sexual antes de los 15 años | 3.5 | --- | |
| | Inicio de vida sexual entre 15 a 18 años | 0.2 | --- | |
| | Inicio de vida sexual después de los 19 años | 1.1 | --- | |
| 4 | Mujeres que actualmente menstruan | 0.1 | --- | |
| | Mujeres que no menstruan | 5.5 | --- | |
| 5 | Menstruación después de los 50 años de edad | 7.5 | --- | |
| | Menstruación después de los 50 años de edad | 0.1 | --- | |
| 6 | Si utilizan de métodos anticonceptivos | 0.7 | --- | |
| | No utilizan de métodos anticonceptivos | 1.4 | --- | |
| 7 | Método anticonceptivo oral/ dispositivo | 6.0 | --- | |
| | Método anticonceptivo dispositivo/ oral | 0.1 | --- | |
| | Método anticonceptivo oral/ ninguno | 4.7 | --- | |
| | Método anticonceptivo ninguno/ oral | 0.2 | --- | |
| | Método anticonceptivo ninguno/ dispositivo | 1.2 | --- | |
| | Método anticonceptivo dispositivo/ ninguno | 0.7 | --- | |
| 8 | Tiene o ha tenido más de un compañero sexual / si | 16.2 | --- | |
| | Tiene o ha tenido más de un compañero sexual / no | 0.06 | --- | |

| | | | |
|----|--|------|-----|
| 9 | Compañeros sexuales circuncidados | 0 | --- |
| 10 | Enfermedades por transmisión sexual / si | 3.2 | --- |
| | Enfermedades por transmisión sexual / no | 0.2 | --- |
| | Desconoce si padeció o padece enfermedad de transmisión sexual | 1.2 | --- |
| 11 | Presencia de flujo vaginal / si | 2.2 | --- |
| | Presencia de flujo vaginal / no | 0.4 | --- |
| 12 | Dolor en la relación sexual / si | 1.2 | --- |
| | Dolor en la relación sexual / no | 0.7 | --- |
| 13 | Sangrado en la relación sexual | 0 | --- |
| 14 | Primer embarazo antes de los 18 años | 0.8 | --- |
| | Primer embarazo de 19 a 29 años | 1.1 | --- |
| | Nuliparas | 6.4 | --- |
| 15 | Tuvieron mas de 5 Embarazos | 1.7 | 2.6 |
| | Tuvieron de 1 a 4 embarazos | 0.5 | 0.3 |
| | Ningun embarazo | 4.9 | --- |
| 16 | Haber tenido de 1 a 2 abortos/ más de 3 abortos | 0.4 | --- |
| | Haber tenido más de 3 abortos/ 1 a 2 abortos | 2.2 | --- |
| | Haber tenido ningún aborto/ mas de 3 abortos | 0.4 | --- |
| | Haber tenido mas de 3 abortos/ ningún aborto | 2.4 | --- |
| | Haber tenido de 1 a 2 embarazos/ ningún aborto | 10.6 | --- |
| 17 | Lactancia materna | 0 | --- |
| 18 | Haber lactado menos de 3 meses | 0 | --- |
| | Haber lactado 6 meses/ 6 a 12 meses | 0.9 | --- |
| | Haber lactado de 6 a 12 meses/ 6 meses | 1.0 | --- |
| | Haber lactado más de 12 meses/ 6 a 12 meses | 3.2 | --- |
| | Haber lactado más de 12 meses/ 6 meses | 3.5 | --- |
| 19 | Tabaquismo | 0 | --- |
| 20 | Cantidad de cigarrros al día | 0 | --- |
| 21 | Tipo de aceite con el que cocina | 0 | --- |
| 22 | Consumo de verduras verdes / si | 1.0 | --- |
| | Consumo de verduras verdes / no | 0.9 | --- |
| 23 | Consumo de verduras verdes cocidas | 3.4 | --- |
| | Consumo de verduras verdes cocidas y crudas | 0.2 | --- |
| 24 | Conocimiento sobre cancer cervicouterino | 0.4 | --- |
| | Falta de conocimiento sobre cancer cervicouterino | 2.0 | --- |
| 25 | Saber para que sirve la prueba de papanicolaou | 2.0 | --- |
| | No saber para que sirve la prueba de papanicolaou | 0.4 | --- |

| | | | |
|----|---|------|-----|
| 26 | Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / 6 meses | 10.0 | --- |
| | Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / desconoce | 0.1 | --- |
| 27 | Mujeres que se realizan el papanicolaou | 4.3 | --- |
| | Mujeres que se realizan el papanicolaou | 0.2 | --- |
| 28 | Sabe que es el cáncer de mama / si | 1.6 | --- |
| | Sabe que es el cáncer de mama / no | 0.6 | --- |
| 29 | Sabe para que sirve la exploración de mama / si | 5.6 | --- |
| | Sabe para que sirve la exploración de mama / no | 0.1 | --- |
| 30 | Sabe como se realiza la autoexploración de mama / si | 6.5 | --- |
| | Sabe como se realiza la autoexploración de mama / no | 0.1 | --- |
| 31 | Motivo por el que no se realizan la autoexploración / falta de información | 1.2 | --- |
| | Motivo por el que no se realizan la autoexploración / no tiene importancia | 0.1 | --- |
| 32 | Se realizan la exploración de mama | 4.8 | --- |
| | No se realizan la exploración de mama | 0.2 | --- |
| 33 | Frecuencia con que acude al médico a realizarse la exploración de mama cada año / no acude | 4.8 | --- |
| | Frecuencia con que acude al médico a realizarse la exploración de mama cada año / no sabe | 2.0 | --- |
| | Frecuencia con que acude al médico a realizarse la exploración de mama no acude / no sabe | 2.4 | --- |
| 34 | Signos de alarma en las mamas / conocimiento correcto | 1.8 | --- |
| | Signos de alarma en las mamas / conocimiento incorrecto | 0.5 | --- |
| 35 | Motivo por el que no se realiza el papanicolaou | 0 | --- |
| 36 | Si detecta anomalías en sus senos a donde acude | 0 | --- |
| 37 | Si detecta anomalías en sus genitales a donde acude | 0 | --- |
| 38 | Antecedentes familiares con cancer de mama si / no | 3.8 | --- |
| | Antecedentes familiares con cancer de mama desconoce / si | 2.0 | --- |
| | Antecedentes familiares con cancer de mama desconoce / no | 7.7 | --- |
| 39 | Antecedentes familiares con cancer cervicouterino / si | 1.4 | --- |
| | Antecedentes familiares con cancer cervicouterino / no | 0.6 | --- |
| 40 | Ante la presencia de cancer lleva a cabo su tratamiento | 0 | --- |
| 41 | Después de su diagnóstico cambio su estilo de vida | 0 | --- |
| 42 | Desea información sobre los riesgos que le puede ocasionar el no realizarse la prueba de papanicolaou | 0 | --- |
| 43 | Desea información sobre los riesgos que le puede ocasionar el no realizarse la exploración de mama | 0 | --- |

CUADRO 2
MUJERES QUE TIENEN O TUVIERON MAS DE UNA PAREJA SEXUAL
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001

| CUADRO 8 | | |
|-----------------|-----------|------------|
| VARIABLE | Fo | % |
| A - Si | 13 | 31 |
| B - No | 28 | 67 |
| C - No contesto | 0 | 0 |
| D - Desconoce | 1 | 2 |
| TOTAL | 42 | 100 |



MOMIOS:

| | |
|---|----|
| 5 | 8 |
| 1 | 26 |

O.R. = $\frac{130}{8} = 16.5$

F.E.R = 93.8%

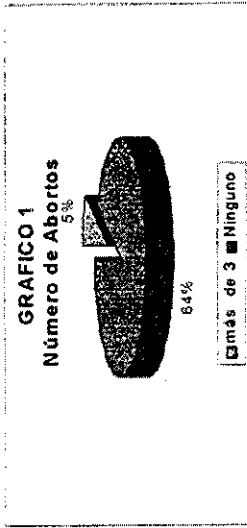
ANALISIS
 Las mujeres que tienen o tuvieron más de un compañero sexual tienen 16.5 veces más la probabilidad de padecer de Ca cu. en relación a las que tienen sólo un compañero. Se obtuvo una $X^2 = 8.31$.

FUENTE: ibidem

CUADRO I
NÚMERO DE ABORTOS
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001

CUADRO 16

| VARIABLE | Fo | % |
|----------------|-----------|------------|
| A - 1 ó 2 | 13 | 31 |
| B - 3 ó más | 2 | 5 |
| C - No corteso | 0 | 0 |
| D - Ninguno | 27 | 64 |
| TOTAL | 42 | 100 |



MOMIOS

| | |
|---|----|
| 1 | 1 |
| 1 | 24 |

O.R. = $\frac{24}{1} = 24$

F.E.R. = 95.8%

ANALISIS
 Las mujeres que tienen mas de 3 abortos tienen 24 veces mas la probabilidad de enfermarse en relacion a las que no presentan ningun aborto. Se obtuvo una $X^2 = 5.71$.

FUENTE: *Idakem*

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

| | | |
|---|----|----|
| 4 | 9 | 13 |
| 1 | 1 | 2 |
| 5 | 10 | 15 |

RELACION CON MORBILIDAD POR CA CU

187

Estudio de caso-control

Proporción de exposición

Entre casos 80.00/100
Entre controles 90.00/100

Test de significación

Valor-p una-cola(Fisher): 0.571429
Valor-p dos-colas(Fisher): 1.000000
Chi cuad. de Pearson $X^2:0.29$ p:0.591208
Chi cuad. de Yates $X^2:0.07$ p:0.788281

Medidas de asociación y 99% intervalo de confianza

Razón de ventajas (OR): 0.44 0.01, 23.27
Fracción prevenible 55.6% -2227.4, 99.2
Intervalos de confianza exactos y Mid-p no calculados

| | | |
|---|----|----|
| 4 | 9 | 13 |
| 1 | 24 | 25 |
| 5 | 33 | 38 |

C- 16 MUJERES DE 18 AÑOS Y MAS QUE TIENEN-DE 1 A 2 ABORTOS/NINGUNO,
EN RELACION CON MORBILIDAD POR CA CU

Estudio de caso-control

Proporción de exposición

Entre casos 80.00/100
Entre controles 27.27/100

Test de significación

Valor-p una-cola(Fisher): 0.038176
Valor-p dos-colas(Fisher): 0.038176
Chi cuad. de Pearson $X^2:5.36$ p:0.020561
Chi cuad. de Yates $X^2:3.28$ p:0.070271

Medidas de asociación y 99% intervalo de confianza

Razón de ventajas (OR): 10.67 0.50, 225.45
Fracción atribuible 90.6% -98.2, 99.6
Intervalos de confianza exactos y Mid-p no calculados

| | | |
|---|----|----|
| 5 | 8 | 13 |
| 1 | 26 | 27 |
| 6 | 34 | 40 |

C- 8 MUJERES DE 18 AÑOS Y MAS QUE TIENEN O HAN TENIDO MAS DE UNA PAREJA SEXUAL, EN RELACION CON MORBILIDAD POR CA CU

188

Estudio de caso-control

Proporción de exposición

Entre casos 83.33/100
Entre controles 23.53/100

Test de significación

Valor-p una-cola (Fisher): 0.009500
Valor-p dos-colas (Fisher): 0.009500
Chi cuadr. de Pearson $X^2: 8.31$ p: 0.003933
Chi cuadr. de Yates $X^2: 5.81$ p: 0.015917

Medidas de asociación y 90% intervalo de confianza

Razón de ventajas (OR): 16.25 2.38, 110.93
Fracción atribuible 93.8% 58.0, 99.1

Límites de confianza exactos de la OR

Fisher: 1.8284 391.9003
Mid-p: 2.3824 196.6238

| | | |
|---|----|----|
| 1 | 26 | 27 |
| 5 | 8 | 13 |
| 6 | 34 | 40 |

C- 8 MUJERES DE 18 AÑOS Y MAS QUE TIENEN UN COMPAÑERO SEXUAL, EN RELACION CON MORBILIDAD POR CA CU.

Estudio de caso-control

Proporción de exposición

Entre casos 16.67/100
Entre controles 76.47/100

Test de significación

Valor-p una-cola (Fisher): 0.009500
Valor-p dos-colas (Fisher): 0.009500
Chi cuadr. de Pearson $X^2: 8.31$ p: 0.003933
Chi cuadr. de Yates $X^2: 5.81$ p: 0.015917

Medidas de asociación y 90% intervalo de confianza

Razón de ventajas (OR): 0.06 0.01, 0.42

APÉNDICE 8

PRIORIZACION DE FACTORES DE RIESGO POR ITEM, DE ACUERDO A O.R.
 PARA CANCER CERVICO UTERINO
 MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
 JUNIO 2001.




| ITEM | FACTOR DE RIESGO | RAZON DE MOMIOS | | OBSERVACIONES |
|------|--|-----------------|------------|---------------|
| | | MORBILIDAD | MORTALIDAD | |
| 8 | Tiene o ha tenido más de un compañero sexual / si | 16.2 | *** | |
| | Haber tenido de 1 a 2 embarazos/ ningún aborto | 10.6 | *** | |
| 16 | Haber tenido mas de 3 abortos/ ningún aborto | 24 | *** | |
| | Haber tenido mas de 3 abortos/ 1 a 2 abortos | 2.2 | *** | HALLAZGO |
| 26 | Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / 6 meses | 10.0 | *** | |
| 14 | Nuliparas | 6.4 | *** | |
| | Método anticonceptivo oral/ dispositivo | 6.0 | *** | |
| 7 | Método anticonceptivo oral/ ninguno | 4.7 | *** | |
| | Método anticonceptivo ninguno/ dispositivo | 1.2 | *** | |
| 15 | Ningun embarazo | 4.9 | *** | |
| | Tuvieron más de 5 Embarazos | 1.7 | 2.6 | |
| 27 | Mujeres que se realizan el papanicolaou | 4.3 | *** | |
| 1 | Rango de edad de 35 a 44 años | 3.6 | *** | |
| 3 | Inicio de vida sexual antes de los 15 años | 3.5 | *** | |
| 23 | Consumo de verduras verdes cocidas | 3.4 | *** | |
| | Enfermedades por transmisión sexual / si | 3.2 | *** | |
| 10 | Desconoce si padeció o padece enfermedad de transmisión sexual | 1.2 | *** | |
| 11 | Presencia de flujo vaginal / si | 2.2 | *** | |
| 24 | Falta de conocimiento sobre cancer cervicouterino | 2.0 | *** | |
| 25 | Saber para que sirve la prueba de papanicolaou | 2.0 | *** | |
| 6 | No utilizan de métodos anticonceptivos | 1.4 | *** | |
| 39 | Antecedentes familiares con cancer cervicouterino / si | 1.4 | *** | |
| 12 | Dolor en la relación sexual / si | 1.3 | *** | |

Apéndice 9

**CRONOGRAMA DE OPERACIONES ESTRATEGICAS DEL
PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
22 DE JUNIO AL 20 DE JULIO DEL 2001**

| ESTRATEGIA | FASE | JUNIO | | | | | | | JULIO | | | | | JULIO | | | | | | | | |
|---|------|---------------|----|----|----|----|----|---|-------|---|---|---|---|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 22 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 1. CAPACTIACIÓN A LOS RECURSOS DE SALUD | P | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | O | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | C | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | E | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ORGANIZACIÓN E INFORMACIÓN A LA COMUNIDAD | P | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | O | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | C | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | E | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ORGANIZACIÓN PARA LA SALUD | P | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | O | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | C | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | E | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LESIONES PRECURSORAS | P | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | O | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | C | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | E | [Barra negra] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

P= PLANEACIÓN
O= ORGANIZACIÓN
D= DIRECCIÓN
C= CONTROL
E= EVALUACIÓN

 REALIZADO
 PROGRAMADO
 AVANCE

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Apéndice 10
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

POSGRADO: ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN SALUD PUBLICA

Asistencia a la semana de planeación para las intervenciones en las microregiones Olímpica y Granjas Valle de Guadalupe I, pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

| TUTORES CLINICOS | CODIGO | ADSCRIPCION |
|---|-------------------|---------------------------|
| MASS Roberto Serrano Agüeros JEFE DE JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC | | Jefatura Jurisdiccional |
| LEO. ESP. E. Guadalupe Pérez Hernández COORD. DE ENSEÑANZA E INVEST. DE ENFERMERIA JURISDICCIONAL | CF41024 | Jefatura Jurisdiccional |
| ASESORES | | |
| MC. ESP. Eduardo Valdez Quiroz COORDINADOR MUNICIPAL DE SALUD | CF41039 | CSU Hank Gonzalez |
| Dr. Arturo Rios Vázquez COORDINADOR NORMATIVO JURISDICCIONAL | CF41039 | Jefatura Jurisdiccional |
| COLABORADORES | | |
| 1- Esthela Lozano Gonzalez | | Jefatura Jurisdiccional |
| 2- Rodolfo J. López Marmolejo | | Jefatura Jurisdiccional |
| 3- Alicia Ríos Flores | M02068 | CSU Hank González |
| 4- Cesar Elizalde Mendoza | M02036 | CSU Amp. Tulpetlac |
| 5- Cristina Santamaría | M02068 | CSU Sta Ma. Tulpetlac |
| 6- Elba Salcedo Sánchez | Enf. Gral | Voluntaria |
| 7- Emma García Aguirre | CF41024 | CSU José Ma. Mor. Y Pavón |
| 8- Francisco Cárdenas Caballero | Medico | CSU. Heroes de Granaditas |
| 9- Guadalupe Hernández Paulín | CF41024 | CSU Sta Ma. Tulpetlac |
| 10- Guadalupe P. Garrido García | CF41024 | CSU Sta Ma. Tulpetlac |
| 11- Irma García Jiménez | M02085 | CSU Amp Tulpetlac |
| 12- Juan D. Rodríguez Espejel | M02068 | CSU Hank González |
| 13- Luz Ma. Macías Reyes | Medico | Voluntaria |
| 14- Ma Silvia Mendoza García | Medico | CSU Ruiz Cortínez |
| 15- Ma. Lydia Corona Rangel | Enf. Gral | Voluntaria |
| 16- Ma de los Ángeles López Madrid | Medico | CSU Hank González |
| 17- Martha Álvarez Chávez | CF41024 | CSU Sta. Clara |
| 18- Roberto Martínez Alvarado | M02068 | CSU Amp. Tulpetlac |
| 19- Rocío I. Mendoza Gómez | M02068 | CSU Chamizal |
| 20- Rodrigo G. Galicia Moguel | M02068 | CSU Amp Tulpetlac |
| 21- Yolanda G. Guerrero Martínez | M02031 | CSU Chamizal |
| 22- Edgar J. Castillejos Rosas | Enf. Gral | Voluntario |
| 23- Alberta Zamora Ramos | E P S S. | Jefatura Jurisdiccional |
| 24- Víctor Villaruel | Citotecnólogo | jurisdiccional |
| 25- Patricia A. López Estrada | Directora del DIF | Voluntaria |

Apéndice 11

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Cédula de estimación de conocimientos (Diagnóstica)

Nombre: _____

Calificación: _____

Fecha: _____

Adscripción: _____

Instrucciones:

I Lee con atención y marca con una "X" la opción correcta:

1.- ¿Cada cuanto debe realizarse la autoexploración de mama?

- a) Cada año
- b) Cada 3 meses
- c) Cada mes
- d) Cada 6 meses
- e) Cada 24 meses

2.- ¿Cuántos días preferentemente después del ciclo menstrual debe realizarse la autoexploración mamaria?

- a) 15 a 30 días
- b) 7 a 10 días
- c) 20 a 30 días
- d) 12 a 14 días
- e) 13 a 21 días

3.- Durante la menopausia y después de ésta, para realizar la auto exploración mamaria se elegirá:

- a) Cada fin de semana
- b) Un día cualquiera cada dos meses
- c) De 12 a 14 días
- d) Un día fijo cada año
- e) Un día fijo de cada mes

4.- Al realizar la autoexploración de mama, permite:

- a) La rehabilitación
- b) La vigilancia epidemiológica
- c) Observar la red venosa
- d) Una detección oportuna
- e) Observar la turgencia

5.- Uno de los factores de riesgo importante para el cáncer de mama es:

- a) Menarca después de los 12 años y menopausia precoz
- b) Primer embarazo a término a los 20 años de edad
- c) Multiparidad y Miomatosis severa
- d) Promiscuidad sexual y menopausia precoz
- e) Menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años

6 - Uno de los métodos auxiliares de diagnóstico para la detección del cáncer de mama es la:

- a) autoexploración mamaria
- b) Rx de torax
- c) Clínica de displasia
- d) Mastografía
- e) Exploración mamaria

7 - La autoexploración de mama se recomienda a :

- a) Mujeres antes de la menarca
- b) Sólo a las mujeres que le han realizado Histerectomía
- c) Todas la mujeres a partir de la menarca
- d) Sólo MEFRES que toman anticonceptivos
- e) Mujeres de cualquier edad

8 - Para la prevención primaria del cáncer de mama existen estrategias y actividades de:

- a) Diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación
- b) Promoción, educación y fomento a la salud
- c) Prevención primaria, secundaria y terciaria
- d) Investigación, vigilancia epidemiológica y tratamiento
- e) Primero, segundo y tercer nivel

9 - El examen clínico de las glándulas mamarias debe realizarse por el médico o enfermera debidamente capacitados cada:

- a) Dos años
- b) Tres años
- c) Año
- d) Mes
- e) Dos meses

10 - Se enfoca a la población en general y específicamente a las mujeres y sus parejas. Incluye acciones de educación para la salud, participación social y capacitación social a promotores institucionales y comunitarios:

- a) Educación para la Salud
- b) Promoción a la Salud
- c) Detección oportuna
- d) A. P. S.
- e) Norma 015

11 - Disminuir la morbimortalidad por Ca Cu mediante la detección y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras del Cervix y del cáncer en etapas tempranas es objetivo de:

- a) Programa de D. O. C.
- b) Norma Oficial de Ca Cu
- c) La ley General de Salud
- d) Norma 008
- e) PASAN

12 - El Ca Cu puede ser detectado en etapas tempranas por medio de:

- a) Exploración ginecológica
- b) Exploración vaginal bimanual
- c) Exudado vaginal
- d) Ultrasonido
- e) Papanicolaou

Instrucciones

II. Correlaciona ambas columnas, anotando en el paréntesis el número que corresponda a cada aseveración:

1.- Departamento o servicio dentro de un hospital con área física adecuada, equipo básico (colposcopio). Donde se realizan diagnósticos colposcópicos y tratamiento conservador de lesiones precursoras del cérvix

() Displasia

2.- Desarrollo o crecimiento alterado de la estructura normal de los epitelios exocervical o endocervical. Se inicia en las zonas de transformación o unión escamo-columnar.

() Clínica de displasia

() Hiperplasia

Instrucciones:

III. Lee con atención y anota una "V" o una "F" en el paréntesis si la aseveración es verdadera o falsa:

1.- Para las mujeres con múltiples compañeros sexuales, el uso de preservativo se convierte en una opción para prevenir el Ca Cu

()

2.- Antes del uso del preservativo se debe tomar la cápsula de recepción con los dedos y girarlo hacia un lado y proceder a su colocación, esto es con el fin de evitar rupturas del mismo durante el acto sexual.

()

3.- El preservativo puede ser guardado en la cartera o en el pantalón, puesto que se ha comprobado que el látex no sufre daño alguno con el calor o la humedad

()

4.- El Ca Cu se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 30 años de edad que han tenido varios partos, han padecido durante mucho tiempo infecciones en el cuello de la matriz, que iniciaron vida sexual antes de los 18 años, tienen mas de un compañero sexual, etc.

()

5. Para que la muestra de papanicolaou se pueda interpretar en el laboratorio es recomendable que en las últimas 12 horas la señora no se haya practicado aseo vaginal, no haya tenido relaciones sexuales ni se encuentre menstruando ()

6.- La Norma Oficial Mexicana 014 corresponde a la prevención y control de Ca Cu ()

1 - Anota 5 materiales que se utilizan en la prueba de Papanicolaou

2 - Anota que datos lleva la laminilla (portaobjetos) y como se coloca en el frotis.



3 - ¿Qué es el cáncer de mama? _____

4 - ¿Qué es el cáncer cervico uterino? _____

CARTA DESCRIPTIVA

TEMA: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y MAMARIO

OBJETIVO: CONCIENCIAR Y SENSIBILIZAR AL PERSONAL DE SALUD PROPORCIONANDO ELEMENTOS TEÓRICOS – PRACTICOS NECESARIOS PARA EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN, CONTROL DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y MAMARIO.

DIRIGIDO A: PASANTES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO SOCIAL, ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE ECATEPEC.

TIPO DE CURSO: TALLER PARTICIPATIVO

SEDE: CASA DE LA MUJER CAMPESINA, TULPETLAC, MÉXICO.

FECHA: DEL 2 AL 6 DE JULIO DEL 2001

DURACIÓN: 35 HORAS
5 DÍAS

HORARIO: 8:00 A 15:00 HRS.

RESPONSABLE:

LIC. MARISELA CANO BUSTAMANTE
LIC. ELDA ÁGUEDA ESPEJEL GÓMEZ
LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES
LIC. IRMA ROSI ROSETE HERNANDEZ
LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL
LIC. REINA HURTADO PONCE
LIC. LUZ MARIA SIBAJA TRINIDAD
LIC. AURORA JACQUELINE TORIBIO HERNÁNDEZ

APOYO EN LA COORDINACIÓN

M.C FRANCISCO CARDENAS CABALLERO
JEFE DE ENF. EMMA GARCIA MARTINEZ
JEFE DE ENF. YOLANDA GUERRERO MARTINEZ
ENF. LYDIA CORONA RANGEL
TAPS. ROBERTO MARTINEZ ALVARADO

INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO
JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC
CARTA DESCRIPTIVA PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

| FECHA / HORA | TEMA | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | TECNICA DIDACTICA | RECURSO DIDACTICO | RESPONSABLE |
|----------------------------------|---|--|--------------------------------|--------------------------|---|
| LUNES 2-JUL-01 8:00 A 8:30 | Registro de asistencia y bienvenida | Registrar a los asistentes y darles la bienvenida | | Formato de Registro | Enf. Guadalupe G. Enf. Lidia Corona Lic. Guadalupe Pérez Dr. Lopez Marmolejo |
| 8:31 a 8:40 | Introducción | Mostrar el contenido temático del taller a los participantes y aclarar expectativas. | Exposición lluvia de ideas. | Carta descriptiva | Dr. Eduardo Valdez Quiroz |
| 8:41 a 9:00 | Cédula de estimación de conocimientos. | Detectar el nivel de conocimiento del grupo al inicio de la capacitación. | Sondeo | Cédula impresa | Lic. Eida Espejel G. Lic. Luz Maria Sibaja T. Grupo Capacitador |
| 9:01 a 10:00 | Estudios de investigación y resultados. | Exponer al equipo interdisciplinario el Dx. de salud de la 1ª evaluación, así mismo mostrar los resultados de la 2ª valoración de las microregiones Granjas Valle de Guadalupe y Olímpica. | Exposición | Acetatos | Alumnas del postgrado en Salud Pública. |
| 10:01 a 10:10 | Dinámica grupal | Generar un nivel de interacción adecuado que propicie la participación y crear un ambiente de confianza. | Integración y animación. | | Psic. Dario Rodríguez Espejel. |

| FECHA / HORA | TEMA | OBJETIVOS ESPECIFICOS | TECNICA DIDACTICA | RECURSO DIDACTICO | RESPONSABLE |
|---------------|--|---|--|--|--|
| 10:11 a 10:30 | Panorama epidemiológico del cáncer cérvico uterino y mamario. | Reconocer la importancia de estos padecimientos como problema de salud pública. | Exposición | Acetatos | Dr. Arturo Ríos Vázquez |
| 10:31 a 11:30 | Normas oficiales mexicanas de cáncer cérvico uterino y mamario.NOM-014 | Revisión y análisis de cada tema con el fin de actualizar al personal de salud conforme a la norma para la prevención, detección, dx, Tx, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino y mamario. | Lectura y exposición a través de corrillos lluvia de ideas | Normas oficiales marcadores hojas bond | E.E.A.D. Martha Alvarez Chávez |
| 11:31 a 12:10 | Elaboración de material didáctico | Conocer los lineamientos generales para la elaboración de rotafolios | Exposición y demostración | Acetatos y rotafolios | Trabajadora social Irma García Jiménez |
| 12:11 a 12:30 | R E C E S O | | | | |
| 12:31 a 15:00 | Sensibilización | Sensibilizar al equipo de salud para lograr la participación social. | Dinámica grupal | Sonido | Psic. Adriana Nava Juárez |

| FECHA / HORA | TEMA | OBJETIVOS ESPECIFICOS | TECNICA DIDACTICA | RECURSO DIDACTICO | RESPONSABLE |
|--------------------------------------|---|---|---|-----------------------------------|---|
| MARTES 3-JUL-01 8:00 a 8:15 | Asistencia | Verificar asistencia de los participantes | | Formato de registro | Jefe Enf. Guadalupe Garrido G. |
| 8:16 a 9:15 | Historia natural del cáncer mamario. | Conocer los elementos básicos del cáncer de mama para que sirvan de sustentos para la intervención. | Exposición lluvia de ideas | Diapositivas | M. C. Francisco Cárdenas Caballero |
| 9:16 a 11:15 | Técnicas de la exploración y autoexploración de mama . Práctica. | Capacitar al personal de salud en la técnica correcta de la exploración y autoexploración de mama | Exposición demostración y lluvia de ideas | Carteles modelo anatómico | M.C. Francisco Cárdenas Caballero grupo capacitador |
| 11:16 a 11:35 | R E C E S S O | | | | |
| 11:36 a 12:00 | proyección | Reafirmar la técnica de exploración y autoexploración de mama | Audiovisual | Peícula televisión video casetera | Lic. Eida Espejel G. Lic. Luz Maria Sibaja T |
| 12:00 a 12:15 | Dinamica grupal | Generar un nivel de interacción | Integración | | Psic. Alicia Ríos flores |
| 12:15 a 15:00 | Formato de detección oportuna de cancer de mama y cartilla de la mujer. | Conocer el instrumento de detección oportuna de cáncer de mama y la cartilla de la mujer. | Demostración | Instrumento y acetatos | Jefe de Enfermeras Emma Garcia Aguirre Jefe de Enfermeras Yolanda Guerrero Martínez. |

| FECHA / HORA | TEMA | OBJETIVOS ESPECIFICOS | TECNICA DIDACTICA | RECURSO DIDACTICO | RESPONSABLE |
|--------------------------------------|--|---|----------------------------|---|---|
| MIÉRCOLES 4-JUL-01 8:00 a 8:15 | Asistencia | Verificar asistencia de los participantes | | Formato de registro | Jefe Enf. Guadalupe Garrido G. |
| 8:16 a 8:15 | Historia natural del cáncer Cérvico Uterino | Conocer los elementos básicos del cáncer cérvico uterino para que sirvan de sustentos para la intervención. | Exposición lluvia de ideas | Acetatos | M. C. Silvia Mendoza Garcia |
| 9:16 a 11:15 | Técnica y procedimientos para la realización del papanicolaou y prueba de schiller | Estandarizar los procedimientos para la toma del papanicolaou de acuerdo a la norma oficial vigente NOM-014 | Exposición y demostración | Acetatos espejos espátula ayre laminilla lápiz diamante | Cit. Victor Villaruel |
| 11:16 a 12:15 | Interpretación de los resultados de estudio citotécnicos. | Conocer los elementos básicos del cáncer cérvico uterino para que sirvan de sustento para la intervención. | Exposición | Acetatos | Citotécnicos Victor Villaruel M. C. Maria de los Angeles López Madrid |
| 12:16 a 12:35 | R E C E S O | | | | |
| 12:36 a 15:00 | Proyección | Reafirmar la técnica y procedimiento de la prueba del papanicolaou | Audiovisual | Película televisión video casetera | Lic. Eida Espejel G. Lic. Luz Maria Sibaja T. |

| FECHA / HORA | TEMA | OBJETIVOS ESPECIFICOS | TECNICA DIDACTICA | RECURSO DIDACTICO | RESPONSABLE |
|--------------------------------------|---|---|--|---|---|
| JUEVES 5-JUL-01 8:00 a 8:15 | Asistencia | Verificar asistencia de los participantes | | Formato de registro | Jefe Enf. Guadalupe Garrido G. |
| 8:16 a 10:15 | El uso de preservativo como medida preventiva | Conocer la importancia del uso del preservativo como un medio de prevención | Exposición Demostración Lluvias de ideas | Laminas Modelo Anatómico Preservativos | TAPS Roberto Martínez Alvarado Grupo capacitador |
| 10:16 A 11:10 | comentarios | Verificar La asimilación de los conocimientos aportados durante la fase de capacitación | Sondeo aleatorio Lluvias de ideas | | Grupo capacitador |
| 11:11 a 11:30 | Cédula de estimación de conocimientos | Detectar el nivel de conocimientos del grupo al término de la capacitación | Sondeo | Cédula impresa | Lic. Eida Espejel Gómez Lic. Luz Mana Sibaja Grupo Capacitador |
| 11:31 a 12:00 | R E E C E S O | | | | |
| 12:01 a 15:00 | Mapeo del proyecto | Dar a conocer las estrategias de intervención | Exposición Lluvias de ideas | Láminas ilustrativas | Alumnas del posgrado en salud pública. |

| FECHA / HORA | TEMA | OBJETIVOS ESPECIFICOS | TECNICA DIDACTICA | RECURSO DIDACTICO | RESPONSABLE |
|---------------------------------------|---|---|--------------------------|----------------------------------|--|
| VIERNES 6-JUL-01 8:00 a 8:15 | Asistencia | Verificar asistencia de los participantes | | Formato de registro | Jefe Enf. Guadalupe Garrido G. |
| 8:16 a 10:15 | Exposición de rotafolios. | Retroalimentación de las charlas a impartir en la comunidad | Exposición | Rotafolios | Pasantes de enfermería en Servicio Social |
| 10:16 a 11:00 | Organización por equipos para la ejecución. | Distribución de los equipos de trabajo de acuerdo a la unidad aplicativa del estudio | Exposición | Papelería Material de trabajo | Alumnas del posgrado en salud pública. |
| 11:01 a 11:50 | Demostración de soya | Dar a conocer la importancia del uso de la soya como una alternativa para elevar su estado nutricional. | Demostración | Soya | Trabajadora social Irma Garcia Jimenez Patricia A. López Estrada |
| 11:51 a 12:15 | R E C E S S O | | | | |
| 12:16a 15:00 | Preparación de material y equipo | Realizar con eficacia las intervenciones para Optimizar tiempos. | Organización operativa | Material y Equipo de trabajo | Grupo de intervención |

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

POSGRADO: ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN SALUD PUBLICA

Asistencia a la semana de planeación para las intervenciones. en las micro regiones
 Olímpica y Granjas Valle de Guadalupe II. perteneciente ala Jurisdicción Sanitaria de

Ecatepec

Fecha: _____

| NO. | NOMBRE | FUNCIÓN | FIRMA | CODIGO |
|-----|---|------------------|---------|---------------------------------|
| 1 | Jolanda G. Guerrero Martínez Jefe Ej. | | [Firma] | M02031 CHAMICA |
| 2 | ESMA GARCÍA AGUIRRE Jefe Enf. | | [Firma] | M02024 JALISCO |
| 3 | FREDERICO GUILLERMO GARCIA HERRERA TAPS | | [Firma] | M02068 CS. AMI. TULP. |
| 4 | CESAR ELIZABDO HENDONZA | | [Firma] | M02036 AMI. TULP. |
| 5 | Alicia Riba Flores | | [Firma] | M02068 AMI. TULP. |
| 6 | Guadalupe Pilar Casado Garcia | | [Firma] | M02024 Sta. Ma. Tula |
| 7 | JUAN CARLOS RODRIGUEZ ESPEJEL | | [Firma] | M02068 AMI. TULP. |
| 8 | Cristina Santamaría | | [Firma] | M02068 CS. AMI. TULP. |
| 9 | Guadalupe Hernández Paulina | | [Firma] | M02024 Sta. Ma. Tula |
| 10 | Mariana Gómez Rojas I. | | [Firma] | M02068 T.A.P.S. E.D.U. Ecatepec |
| 11 | Caro Bustamante Marisela | Ed. Ejec. | [Firma] | M02068 AMI. TULP. |
| 12 | Juz María Macías Reyes | | [Firma] | M02068 AMI. TULP. |
| 13 | Simón P. Prieto Hernández | | [Firma] | |
| 14 | Roberto Martínez Alvarado | TAPS | [Firma] | M02068 AMI. TULP. |
| 15 | Irma García Jiménez | Trab. Social | [Firma] | M02085 CSU Amptu |
| 16 | Ma. Lydia Coronas Rangel | Enferm. | [Firma] | |
| 17 | Elba Encicada Sánchez | Ed. Genl | [Firma] | |
| 18 | Edgar Torres Cust. Nezoskesas | Ed. Genl | [Firma] | |
| 19 | Francisco Cichenas | Caballero Médico | [Firma] | |
| 20 | Martín Álvarez Chávez | Jefe Enf. | [Firma] | |
| 21 | Ma. Guadalupe Hernández | Enferm. | [Firma] | |
| 22 | Ma. de los Angeles López | Malnut. Infantil | [Firma] | |
| 23 | Alberta Zamora Ramos | F. P.S.S. | [Firma] | |
| 24 | Espejel Gómez Eida Aguado | | [Firma] | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Apéndice 14

SPOTS EMPLEADOS EN LA CAPACITACIÓN

EL TALENTO INDIVIDUAL GANA PARTIDO, PERO EL TRABAJO EN EQUIPO SE LLEVA LOS CAMPEONATOS.

NINGUNO DE NOSOTROS ES TAN LISTO COMO TODOS NOSOTROS.

LA FUERZA DEL EQUIPO ESTA EN CADA INTEGRANTE, LA FUERZA DE CADA INTEGRANTE ESTÁ EN EL EQUIPO.

Apéndice 15

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA****EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN**

OBJETIVO: evaluar alguno de los elementos del proceso de enseñanza-aprendizaje

INSTRUCCIONES: De acuerdo a su opinión, dentro de la escala del 0 al 10, evalúe cada afirmación en la medida en que ésta se acerque a la verdad

IMPRESIÓN ACERCA DE LOS PONENIES

Estuvieron pendientes al desarrollo del curso, los responsable de la capacitación

Se presentaron los ponentes programados

Asistieron con puntualidad

Dominan los temas que expusieron

Se esmeraron en la planeación y presentación de sus temas

Respondieron a sus comentarios y dudas

Las técnicas didácticas empleadas son las más adecuadas

Crearon un ambiente agradable

Utilizaron un lenguaje claro

Las preguntas que se formularon en la evaluación corresponden a los temas que se impartieron

Apéndice 16
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

EVALUACIÓN INMEDIATA DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD

OBJETIVO: Evaluar al prestador de servicios de salud los conocimientos adquiridos en la capacitación

INSIRUCCIONES: De acuerdo a su opinión, dentro de la escala de 5 a 10, evalúe cada afirmación en la medida en que ésta se acerque a la verdad **Sea Honesto**

DESARROLLO DEL TEMA

Dominio del tema

Profundizaron los temas expuestos

Evalúa conocimientos pre y pos charla del grupo

La terminología utilizada fue acorde al grupo

Existe congruencia de lo expuesto con el apoyo didáctico

Responden a comentarios y dudas

Realizan retroalimentación del tema

EVALUACIÓN INDIVIDUAL

Presentación personal

Presentación ante el grupo

Seguridad (Dominio del escenario)

Motivación (Participación del grupo)

OPINIÓN DE LA POBLACIÓN

Que le pareció la charla _____

Qué es el cáncer Cérvico Uterino? _____

Qué es el cáncer de mama? _____

Observaciones _____

Supervisor _____

PERCEPCIÓN ACERCA DE LA CAPACITACIÓN

- Se cumplió con el programa en su totalidad
- Los objetivos del curso corresponden a sus expectativas
- Los temas están actualizados
- La secuencia de los temas está integrada en base a su complejidad
- Los conocimientos adquiridos tendrán aplicación en su campo profesional
- La capacitación proporciono elementos teóricos-prácticos necesarios para el programa de prevención, control del cáncer cérvico uterino y mamario.
- El tiempo destinado a cada tema fue el adecuado
- Las dinámicas grupales fueron de integración
- El tema de sensibilización causó en ti un cambio
- Las prácticas realizadas te permitieron reafirmar conocimientos
- En general, al nivel académico del curso le daría

OPINIÓN ACERCA DE LOS RECURSOS MATERIALES

- El material visual presentado por los ponentes fue el adecuado
- Los modelos anatómicos permitieron poner en práctica los conocimientos adquiridos
- La cédula de estimación de conocimientos fue entendible

COMENTARIOS:
