



5  
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  
SENSIBILIZAR PARA EL AUTOCUIDADO EN LAS  
UNIDADES DE SERVICIO 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. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL



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.

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

**SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO, DIRIGIDO A SENSIBILIZAR  
PARA EL AUTOCUIDADO EN LAS UNIDADES SERVICIO, DE LA  
MICROREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I, CON EL FIN  
DE INFLUIR EN LOS FACTORES QUE PREDISPONEN A CÁNCER  
CÉRVICO UTERINO.**

**P R E S E N T A :**

**LIC. ENF. MA. DEL CARMEN TERREROS  
MADRIGAL**

**ASESOR:**

**LIC. E.S.P. GUADALUPE PÉREZ HERNÁNDEZ**

En la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM se difundió en formato electrónico e impreso el  
resultado de mi trabajo recepcional.

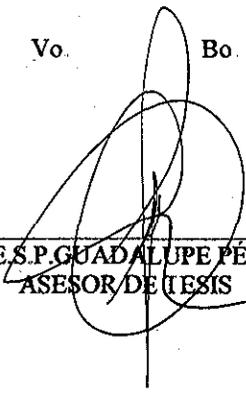
NOMBRE: MA. CARMEN TERREROS  
MADRIGAL

FECHA: 21-NOY-2002

*[Firma]*

Vo.

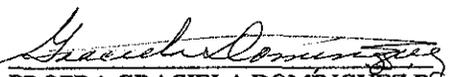
Bo.



LIC.E.S.P.GUADALUPE PÉREZ H.  
ASESOR DE TESIS

Vo.

Bo.



PROFRA.GRACIELA DOMÍNGUEZ B.  
CORRECTORA DE ESTILO  
CED PROF.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

**MC. ESP. EDUARDO VÁLDEZ 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**

**IRAB. SOCIAL. IRMA GARCÍA JIMÉNEZ**

**DRA. MA. DE LOS ANGELES LÓPEZ MADRID**

**JEFE DE ENF. MARTHA ÁLVAREZ CHÁVEZ**

**IAPS. ROBERTO MARTÍNEZ ALVARADO**

**IAPS. ROCÍO I. MENDOZA GÓMEZ**

**JEFE DE ENF. YOLANDA G. GUERRERO M.**

ENF. EDGAR J. CASTILLEJOS ROSAS

DR. FERNANDO DÍAZ

CITOTECNOLOGO. VICTOR VILLARRUEL

VOLUNTARIA. PATRICIA A. LÓPEZ ESTRADA

GRUPO DE ENFERMERAS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL DEL CONALEP.

## ÍNDICE

	Pág.
Introducción	1
1. Objetivos del estudio de caso	3
1.1. Generales	
1.2. Específicos	
2. Fundamentación del estudio de caso	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Marco conceptual	8
2.2.1. Paradigma	8
2.2.2. Teoría de enfermería (Orem)	8
2.2.3. Salud Pública	19
2.2.4. Teorías de otras disciplinas	22
2.2.5. Proceso de Enfermería	31
2.3 Consideraciones éticas	42
3. Metodología	45
3.1 Selección y descripción genérica del caso	45
3.2 Proceso de Intervención especializada	46
3.2.1 Valoración	46
3.2.1.1 Valoración extensa	46
3.2.1.2 Valoración focalizada	74
3.2.2 Diagnóstico	83

<b>3.2.3 Plan de Intervenciones</b>	<b>87</b>
• <b>Objetivo del plan de intervención</b>	
• <b>Metas</b>	
• <b>Análisis de factibilidad</b>	
• <b>Organización</b>	
• <b>Plan de evaluación de la intervención</b>	
<b>3.2.4. Ejecución de la intervención</b>	<b>122</b>
<b>3.2.5. Evaluación del caso</b>	<b>140</b>
<b>3.2.6. Evaluación general de la intervención</b>	<b>147</b>
<b>Conclusiones del caso</b>	<b>150</b>
<b>Conclusiones de la intervención</b>	<b>152</b>
<b>Sugerencias</b>	<b>154</b>
<b>Glosario</b>	<b>156</b>
<b>Bibliografía</b>	
<b>Anexos y Apéndices (Índice específico)</b>	

## **ANEXOS:**

1. Mapa Ecatepec	159
2. Croquis: Coordinación Municipal de Chamizal	160
3. Croquis Microrregión Granjas Valle de Guadalupe I	161

## **APENDICES**

I. Operacionalización de variables e indicadores	162
II. Cédula de captación de Información	167
III. Lista de precisión de la muestra	174
IV. Sabana de concentración de datos	179
V. Cuadro de verificación de criterios	180
VI. Asociación por momios	181
VII. Resultados con significancia estadística	186
VIII. Cronograma de operaciones estratégicas	190
IX. Distribución de recursos humanos	191
X. Materiales educativos: volante, díptico, tríptico, carteles, manta, mensajes para perifoneo	193
XI. Croquis panorámico	202
XII. Distribución de recursos materiales	203
XIII. Croquis: Ubicación de carteles y mantas	204
XIV. Formatos de control	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 una valoración focalizada para explorar los principales factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino, asociándolos con la teoría del déficit de autocuidado de Orem,

Lo anterior dio los elementos para establecer un diagnóstico de enfermería, planear las actividades correspondientes (operaciones prescriptivas), 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 papanicolaou y exploración clínica de mama).

Por tal motivo para fines de esta presentación la etapa de evaluación se divide en dos fases; la primera fase corresponde a la evaluación del estudio de caso y la segunda fase a la evaluación general de la intervención; es decir se tomo en cuenta las cuatro estrategias para poder visualizar el impacto logrado.

Cabe señalar que en este trabajo se describe la importancia de la estrategia de Sensibilización de la población, por ser en donde particularmente, la que presenta tuvo mayor participación y toma de decisión.

## **1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO**

### **1.1 GENERALES**

- Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino a largo plazo 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.
- Sensibilizar para el autocuidado a las unidades de servicio de 18 años o más de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, a través de un sistema de apoyo educativo, para influir en los factores predisponentes de cáncer cérvico uterino segunda 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.**
- **Ejecutar un proyecto de intervención de enfermería a través de la Sensibilización a la población.**
- **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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

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 sobre todo 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”.<sup>3</sup>

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

---

<sup>1</sup> Revista de Salud Pública de México. Vol. 42/ No 6, p 554.

<sup>2</sup> Ibidem., p 554.

<sup>3</sup> 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* <sup>4</sup>

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 adelante.<sup>5</sup>

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 importante <sup>6</sup>

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. <sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> Martínez, Montañés Olga G. Guía para la Vigilancia, Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Pag. 7

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

<sup>6</sup> *Ibidem.*, p 5.

<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup>

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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> MARTINEZ, Montañés. Op cit. p 8.

<sup>9</sup> Ibid, p 8

<sup>10</sup> 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 de Alfaro, 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.<sup>11</sup>

#### ▪ 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)<sup>12</sup>
- «Una unidad de servicio de enfermería puede ser una unidad individual o multipersonal».<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Orem Dorotea E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica, pp 71

<sup>12</sup> Ibidem p 134.

<sup>13</sup> Orem Op cit p 328.

### ▪ Requisitos de autocuidado

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

### ▪ 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.
1. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
2. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
3. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
4. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
5. 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).<sup>14</sup>

### ▪ 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.

---

<sup>14</sup> Orem, Op cit p 141.

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.

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.

- 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
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.<sup>15</sup>

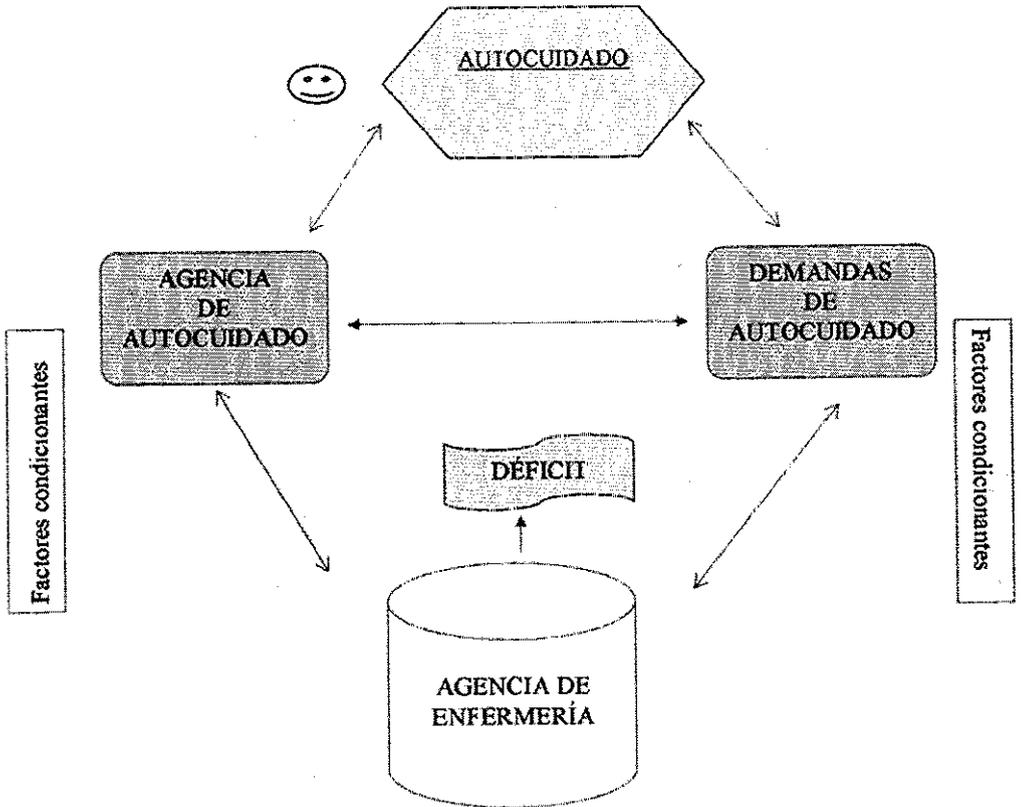
Por consiguiente: *la valoración de los requisitos de autocuidado tanto para los factores de condicionamiento básico los que regulan los procesos del desarrollo humano, como para aquéllos que se derivan del deterioro físico y psíquico, se han realizado estudios a nivel individual y familiar por lo que 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.*<sup>16</sup> Ver el siguiente esquema.

---

<sup>15</sup> Orem, Op cit p 50-151.

<sup>16</sup> Sánchez, P. Sofia. Diagnóstico de requisitos de autocuidado México D.F. Proyecto de Investigación, Agosto 1996 p. 8

# MARCO CONCEPTUAL DE LA TEORÍA DE OREM



- **Teoría del Déficit de Autocuidado**

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.<sup>17</sup>

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.
- 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.

---

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

- 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.

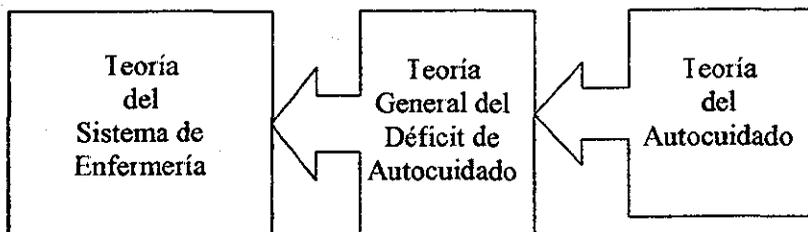
En el marco de la teoría del déficit de autocuidado, se contemplan los siguientes términos: **cuidado dependiente, agencia de cuidado dependiente y agente de cuidado dependiente**.

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 Sistemas de Enfermería

En los sistemas de Enfermería, se marcan las pautas que implementan las formas de intervención en tanto que 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.”<sup>18</sup> Orem nos dice que: existe deficiencia en las personas para cuidar su salud; creando una relación entre la enfermera (agencia de autocuidado) y las demandas de autocuidado del individuo o comunidad (agente de autocuidado); y que los individuos inician y realizan en su propio beneficio acciones para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

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 de sistemas 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.**<sup>19</sup>

▪ **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 a cabo. **(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 el otro)**

---

<sup>18</sup> Orem, Op cit. p 182.

<sup>19</sup> Orem, Op cit. p 80.

- **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 el 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 SALUD PÚBLICA

La salud pública tiene importancia fundamental en el ámbito de la atención a la salud de la población; por ello es necesario conocer y precisar el significado de esta disciplina, así como sus ámbitos de acción y funciones esenciales.

#### **Definición de Winslow 1920**

Salud pública es el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad; para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles y la educación de los individuos en higiene personal.

También busca la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad

#### **La salud pública también puede definirse como:**

*Ciencia y arte de prevenir y determinar causas y efectos de las enfermedades, que fomenta la salud y la eficiencia de la población a través de la aplicación del método científico, la epidemiología, la estadística, la administración, 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.<sup>6</sup>*

---

<sup>6</sup>Definición de los alumnos de la especialidad de Salud pública, 2001.

Actualmente se trata de dar un nuevo significado a la salud pública, considerando dos aspectos: 1) el ámbito para la acción y 2) el campo de su investigación; por ello Julio Frenk propone el siguiente concepto:

*"... aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud de las poblaciones humanas. De ahí que abarque dos objetos principales de análisis: por un lado el estudio epidemiológico de las condiciones de salud de las poblaciones; y el estudio de la respuesta social organizada, en particular, la forma en que se estructura dicha respuesta a través del sistema de atención a la salud."*<sup>7</sup>

#### • FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Son los procesos y movimientos de la sociedad que constituyen condiciones para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar; como tales orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una comunidad dada.

Existen seis ámbitos sociales de acción como base para abordar las funciones esenciales de la salud pública, cada una de las cuales depende de la historia, la tradición, la cultura, el modo de producción y el tipo de organización sociopolítica que caracteriza a cada sociedad.

---

<sup>7</sup>Frenk, Julio: *La salud de la población, hacia una nueva salud pública*, 1993, SEP, F C E , pp.37-56.

A continuación se describen los ámbitos de acción:

**1. *Construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida.***

Funciones: a) promover un modelo de desarrollo socioeconómico favorable a la salud; b) desarrollar ámbitos de vida saludables; c) promover comportamientos y relaciones sociales saludables y d) determinar el balance deseado entre la inversión total en salud y la inversión en otros sectores de actividad con impacto positivo para la salud y el bienestar.

**2. *Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud.***

Funciones: a) promover el respeto a la vida, la salud como valor y la equidad de oportunidades y b) promover la participación, el control y la responsabilidad de los individuos, comunidades y organizaciones sobre lo que afecta su salud.

**3. *Generación de inteligencia en salud***

Funciones: a) fomentar la generación de información socialmente pertinente y basada en evidencia, tanto para ciudadanos como para usuarios, prestadores y administradores de los sistemas públicos; b) promover la generación de la evidencia apropiada para la toma de decisiones y la determinación de orientaciones en salud y c) democratizar el acceso y uso de la información en salud.

**4. *Atención a las necesidades y demandas en salud.***

Funciones: a) asegurar el acceso universal a servicios de salud integrados, continuos y de calidad; b) asegurar una organización integrada, eficiente y responsable del sistema de salud y c) asegurar la infraestructura necesaria.

#### **5. *Garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados a la salud.***

Funciones: a) regular la producción y comercialización de bienes y servicios vinculados a la salud; b) garantizar la equidad, eficacia e idoneidad de insumos y prácticas de salud y c) asegurar la idoneidad y seguridad para la salud de los alimentos, medicamentos, biológicos y otros productos de consumo.

#### **6. *Intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud y garantía de la seguridad, calidad de bienes y servicios relacionados a la salud.***

Funciones: a) asegurar la protección de la población contra los principales factores de riesgo ambiental y b) actuar frente a situaciones de epidemias y desastres que afectan la salud.

### **2.2.4 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.<sup>20</sup> En este sentido, es como será abordado el concepto de riesgo

---

<sup>20</sup> PÉREZ, Hernández G. Estudio de Caso. P 9.

## **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 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 (IVF), 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
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

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<sup>21</sup>

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.<sup>22</sup>

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.

---

<sup>21</sup> Álvarez, Manilla J.M. Manual de Atención Programada por Enfoque de Riesgo. Salud pública; Méx. 1988,

p 9

<sup>22</sup> 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.

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

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

### 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” ...<sup>23</sup>

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.<sup>24</sup>

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.

---

<sup>23</sup> OPS, Atlas Latinoamericano de Epidemiología aplicada a los Servicios de Salud. Méx., 1991. p 61.

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

## 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.<sup>25</sup>

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.<sup>26</sup>

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.

---

<sup>25</sup> COLIMON, Kahl-Martin. Fundamentos de Epidemiología Ed. Díaz de Santos Madrid, 1990. p 47.

<sup>26</sup> 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.

#### **2.2.5 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 paciente.<sup>27</sup>  
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.

---

<sup>27</sup> 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."<sup>28</sup>

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.

---

<sup>28</sup> 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."<sup>29</sup>

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.

---

<sup>29</sup> Ibidem, p 130.

- Las características definatorias 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:

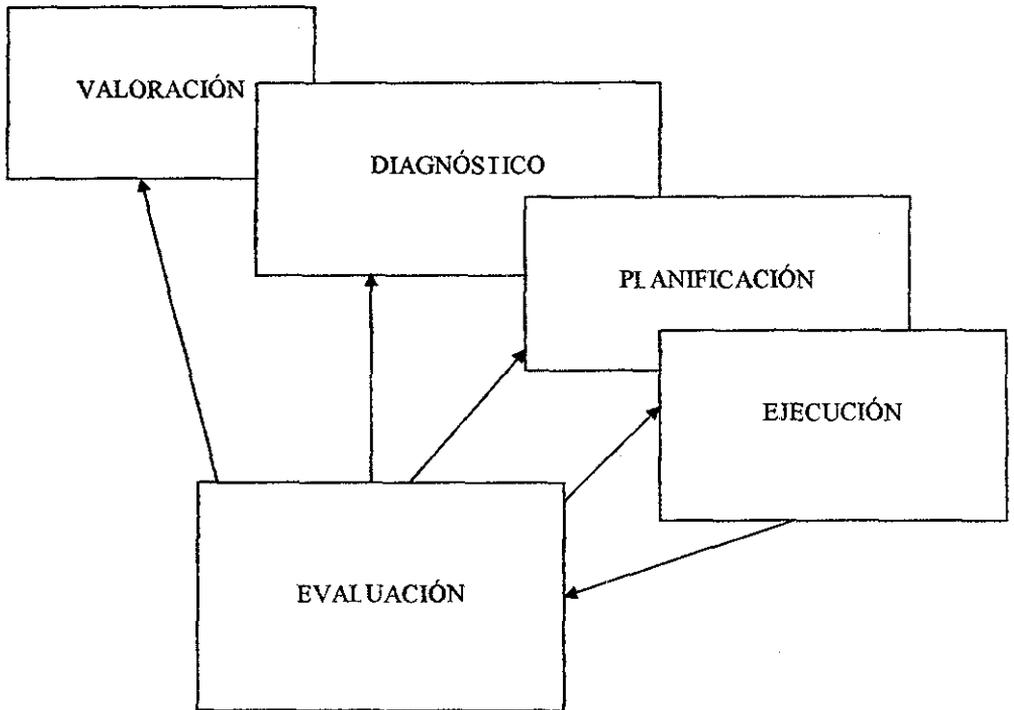
- Los objetivos establecidos y las actividades prescritas durante la fase de planificación derivan directamente de los problemas que haya diagnosticado.
- Las enfermeras empiezan las primeras etapas de la planificación conforme van identificando los problemas de salud.

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 pueden obtenerse 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 identificará a la encuestada y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada a su privacidad, por lo que los datos que proporciono fueron 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 implicó riesgos para la población en estudio dado que empleo técnicas y procedimientos comunes, pero sí beneficios a través de la valoración focalizada que llevará a las investigadoras a determinar el déficit de autocuidado.

Lo anterior se sustento 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 aplica 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.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> 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 del estudio de caso se realizó a través de, un taller de focalización de zona de estudio mediante la participación de un equipo multidisciplinario de expertos de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

Este taller se inició con el análisis comparativo de indicadores demográficos, el cuál permitió conocer el diagnóstico de salud de esa Jurisdicción.

Para la definición de la población en estudio se utilizó la fórmula de relación de dependencia. La determinación de prioridades de daños se efectuó a través de dos métodos: el método de Hanlon y la parilla de análisis; el primero permitió considerar la magnitud, severidad del problema, la eficacia de la solución y la factibilidad de la intervención; el segundo método permitió abarcar la importancia del problema, así como la relación demostrada entre el factor de riesgo y el problema, la capacidad técnica de la intervención y la factibilidad.

De acuerdo a los resultados, el daño prioritario fue *cáncer cérvico uterino*; posteriormente de acuerdo a tasa de incidencia por microrregión; la comunidad de Granjas Valle de Guadalupe I, perteneciente a la Coordinación Municipal de Salud de Chamizal fue elegida, ya que se encontró con una tasa de mortalidad de 3.2 por cáncer cervicouterino.

Una vez focalizado el daño, la población y la zona de estudio se realizó un estudio transversal descriptivo en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, donde se aplicó una cédula de captación de datos por familia a 738 familias.

### **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.<sup>31</sup> Descrito en términos Orem se trata de una **operación tecnológico- profesional diagnóstica**.

Esta etapa será 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**

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

---

<sup>31</sup> ALFARO, Rosalinda. *Aplicación del proceso de enfermería*. Ediciones Doyma. p 18.

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 km<sup>2</sup>. (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, Hexecatli – viento y Tepec – en el cerro – de esta manera Ehecatepec, 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.<sup>32</sup>

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 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.

---

<sup>22</sup> García Escamilla Enrique Ecatepec. Tierra de vientos. H Ayuntamiento Constitucional de Ecatepec P 9

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 MICRORREGION 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, se estimó una población de 3 386 habitantes, hasta marzo del 2001, el 51 % de la población son mujeres y el 49 % son hombres. Se entrevistó a un total de 783 familias, el total de mujeres en edad fértil es de 922 (12 a 49 años) y los menores de 5 años son 374.

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

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: 1 036 Hb.

\* Población sin seguridad social: 1 962 Hb.

13. Densidad de la población: es de 17 Hb. x m<sup>2</sup>.

14. Promedio por familia:

Es de 4.5

15. Población por grupo etáreo

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN  
POR GRUPO DE EDAD Y SEXO  
MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I  
(MARZO 2001)**

<b>GRUPO ETÁREO</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
- 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
<b>TOTAL</b>	<b>1464</b>	<b>1534</b>	<b>2998</b>	<b>100</b>

Fuente :Cédula de captación de datos por familia, marzo 2001

**DESCRIPCIÓN**

*Del total de la población se observa que el grupo etareo con mayor fue e con mayor población son los menores de edad de 5 a 9 años con un 12 % (361), le sigue el grupo etáreo 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.*

### III. EDUCACIÓN

#### NIVEL ESCOLAR MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I (MARZO 2001)

NIVEL ESCOLAR	Fr.	%
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
<b>TOTAL</b>	<b>2557</b>	<b>100</b>

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.*

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

16. Número de escuelas existentes:

**Dos primarias**

#### IV. OCUPACION E INGRESO FAMILIAR

### OCUPACIÓN MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I (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 Y/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)*

**INGRESO FAMILIAR  
MICRORREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I  
( MARZO 2001)**

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

Fuente: Ibidem

**DESCRIPCIÓN**

*En el ingreso familiar se observa que el 61 % de las familias perciben un ingreso diario entre 1 y 2 salarios mínimo., 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)

## V. SANEAMIENTO DEL AMBIENTE

### CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I (MARZO 2001)

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		Fr.	%
A. TENENCIA DE LA VIVIENDA	-PROPIA	320	43
	-RENTADA	237	32
	-PRESTADA	157	21
B. TIPO DE CONSTRUCCIÓN TECHO	-CONCRETO	530	72
	-LÁMINA Y CARTÓN	113	15
	-LÁMINA CARTÓN Y CONCRETO	28	4
	-LÁMINA DE ASBESTO	56	8
	-LÁMINA ASBESTO Y CONCRETO	8	1
C. TIPO DE CONSTRUCCIÓN PISO	-CEMENTO	590	80
	-LOSETA	103	14
	-OTROS	25	3
	-NO CONTESTÓ	20	3
D. VIVIENDA SEGÚN DISPONIBILIDAD DE AGUA	-AGUA ENTUBADA (DENTRO)	668	93
	-SIN AGUA ENTUBADA (FUERA)	50	7
E. VIVIENDA CON CISTERNA	-CON CISTERNA	485	66
	-SIN CISTERNA	253	34

Fuente: Ibidem

### DESCRIPCIÓN

*En lo referente a las características de la vivienda se determina el tipo de comunidad y la seguridad de ésta; en su mayoría no representan deficiencia en estructura, se observó principalmente descuido en higiene ambiental y de la vivienda.*

## VI. VACUNACION

### COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I (MARZO 2001)

ESQUEMA DE VACUNACION	Fr.	%
A. ESQUEMA COMPLETO MENORES DE 1 AÑOS	55	71
B. ESQUEMA INCOMPLETO MENORES DE 1 AÑO	22	29
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem

#### DESCRIPCIÓN

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

**COBERTURA DE VACUNACIÓN DE 1 A 5 AÑOS  
MICRORREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I  
(MARZO 2001)**

ESQUEMA DE VACUNACION	Fr.	%
A. ESQUEMA COMLETO 1 A 4 AÑOS	255	86
B. ESQUEMA INCOMPLETO 1 A 4 AÑOS	42	14
<b>TOTAL</b>	<b>297</b>	<b>100</b>

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.*

17. Características del agua de consumo humano

Un 81 % consume agua de garrafón, el 27 % hierve el agua y la clora; y un 2 % no le da ningún tratamiento.

18. Otros recursos para la salud existentes en la microrregión.

a) HOSPITALES Y CLÍNICAS

En la microrregión y dentro de la Jurisdicción

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

FUENTE: Departamento de Epidemiología Jurisdicción de Ecatepec, 1999

19. 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 acostumban cenar; y si lo hacen es lo que quedó de la comida. Los días domingos comen fuera de casa comida preparada (antojitos, carnitas, barbacoa, pollos rostizados, etc.)

## 20. 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 100% en esta microrregión

### SEGURIDAD SOCIAL POR FAMILIA MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I (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.*

21. 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  
MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I  
(MARZO 2001)**

<b>VARIABLE</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>RIESGO 1</b>	321	41
<b>RIESGO 2</b>	96	12
<b>RIESGO 3</b>	290	38
<b>RIESGO 4</b>	76	9
<b>TOTAL</b>	<b>783</b>	<b>100</b>

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)*

## 22. 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 EN LA MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I (MARZO 2001)

VARIABLE	Fr.	%
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
<b>TOTAL</b>	<b>1014</b>	<b>100</b>

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

VARIABLE	Fr.	%
<b>A. MENOS DE 1 AÑO A 3 AÑOS</b>	346	34
<b>B. MAS DE 3 AÑOS - NUNCA - NO CONTESTÓ</b>	668	66
<b>TOTAL</b>	<b>1014</b>	<b>100</b>

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*

### 23. 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.

#### ATENCIÓN DEL PUERPERIO MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I (MARZO 2000 – MARZO 2001)

VARIABLE	Fr.	%
A. MÉDICO	43	56
B. PARTERA	1	1
C. SIN ATENCIÓN	24	31
D. NO CONTESTÓ	9	12
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem

#### DESCRIPCIÓN

*En relación, a la atención del puerperio se observó que de 77 mujeres puérperas, el 56% (43) se atiende con el médico, el 1% (1) con partera y el 31% (24) no recibe atención médica; este porcentaje es realmente importante dado que es un daño a la salud de la mujer.*

## 28. Atención del parto.

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

### ATENCIÓN DEL PARTO MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I (MARZO 2000 – MARZO 2001)

VARIABLE	Fr.	%
A. CASA	3	4
B. HOSPITAL	56	73
C. NO CONTESTÓ	18	23
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem

### DESCRIPCIÓN

*En la población de mujeres en edad fértil, se observó que el 73% (56) se atienden en hospitales y el 4% (3) en casa; a pesar de que existen servicios de salud y accesibilidad a los mismos, probablemente debido a que no existe claramente una cultura de salud en la mujer.*

## VII. MORBILIDAD

### MORBILIDAD GENERAL MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I (ENERO 1997 – MARZO 2001)

CAUSA	Fr.	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. CARDIOPATÍA	7	23
9. VIRUS PAPILOMA HUMANO	3	1
10. CÁNCER	5	2
11. OTROS	75	25

Fuente: Íbidem

\* Tasa de población por 1 000 habitantes.

### 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.*

## VIII. MORTALIDAD

Según diagnósticos referidos por la comunidad sobre las muertes en los últimos cinco años, fueron clasificadas de la siguiente forma basándose 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 porcentaje debido a que no se cuenta con la población.

**MORTALIDAD GENERAL**  
**MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I**  
(1997- MARZO 2001)

CAUSA	TOTAL DE CASOS	TASA*
1. PARO CARDIORRESPIRATORIO	10	3.3
2. DIABETES MELLITUS	6	2.0
3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	3	1.0
4. CÁNCER CÉRVICO UTERINO	2	0.6
5. CÁNCER DE MAMA	2	0.6
6. CÁNCER POR OTRAS CAUSAS	4	1.3
7. ACCIDENTES	4	1.3
8. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2	0.5
9. INSUFICIENCIA RENAL	2	0.5
10. OTROS	9	3.0

Fuente: Datos expresados por la población en estudio.

Cédula de captación de datos por familia 2001.

\*Tasa por 1 000 habitantes

## IX. 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.

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

DAÑO	A MAGNITUD	B SEVERIDAD	C EFICACIA	D. FACTIBILIDAD				TOTAL		
				PERT.	ECON.	ACEPT.	DISP.		LEG	SUBTOTAL
PARO CARDIORRESPIRATORIO DIABETESMELLITUS	2	5	5	0	0	1	0	1	2	9.5
	7	8	15	1	1	1	1	1	5	21.5
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CÁNCER CERVICOUTERNO	2	5	5	1	1	1	0	1	4	11.5
	9	10	15	1	1	1	1	1	5	25.5
CÁNCER DE MAMA	9	10	15	1	1	1	1	1	5	25.5
CÁNCER OTRAS CAUSAS	8	10	1.	1	0	1	0	1	3	22
ACCIDENTES	6	5	5	1	0	1	0	1	3	14.5
INSUFICIENCIA RENAL	7	10	1.	1	0	1	0	1	3	21

Fuente: Taller de priorización  
Grupo multidisciplinario de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec,  
Estado de México 2001.

## 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	9	Salud Pública
Menores de 5 años que no tienen la aplicación de flóor	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 DE INTERVENCIÓN	FACTIBILIDAD	TOTAL	INTERVENCIÓN
A. ATENCIÓN DEL PARTO EN CASA 4% (5)	-	-	+	+	13	SALUD PÚBLICA
B. NO RECIBEN ATENCIÓN DEL PUERPERIO 24% (31)	-	-	-	+	15	SALUD PÚBLICA
C. NUNCA SE HAN REALIZADO EL PAPANICOLAOU 46% (664)	+	+	+	+	1	SALUD PÚBLICA
D. NUNCA SE HAN EXPLORADO LAS MAMAS 62% (625)	+	+	+	+	1	SALUD PÚBLICA
E. NO TIENEN APLICACIÓN DE FLOUR MENORES DE 5 AÑOS 66% (625)	-	-	+	+	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 EFECTIBLE
J. INGRESO FAMILIAR BAJO 1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS	-	-	-	-	16	NO EFECTIBLE
K. POBLACIÓN SIN NINGÚN SERVICIO DE SALUD	+	+	-	-	4	CANALIZADO A LA JURISDICCION
L. MUJERES QUE NO PLANIFICAN (1100)	+	-	+	+	5	SALUD PÚBLICA

3

### 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.<sup>33</sup>

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 identificar cuáles déficit de autocuidado podrían convertirse en riesgos para ella; todo esto nos llevó a preguntarnos:

---

<sup>33</sup> Alfaro Rosalinda. *Aplicación del proceso de enfermería*. Ediciones Doyma. Pag. 20

**¿Cuáles son los requisitos de autocuidado 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:

**“La insatisfacción de los requisitos de autocuidado universal, del 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, del desarrollo y de desviación de la salud, y dependientes como la mortalidad por complicaciones del cáncer cérvico uterino y morbilidad por cáncer cérvico uterino

## **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, que permite comparar respecto a una exposición previa que se sospecha está en relación con la enfermedad

## **Variables.**

### **Variables Dependiente :**

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

### **Variables Independientes:**

#### **Déficit de autocuidado**

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

### **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 del 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 de autocuidado universal, del desarrollo y desviación de la salud no satisfechos.

## **CRITERIOS DE SELECCION**

### **Criterios de inclusión**

- Mujeres 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**

- Ausentes más de tres visitas
- Cédulas incompletas (llenado inadecuado)

### **Criterios de eliminación**

- Renuentes

## **SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

## 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  
1 = Constante

Sustitución:

N = 2998  
N<sup>2</sup> = X  
no = 922

$$n^2 = \frac{922}{1 + 922 / 2998} = \frac{922}{1 + 0.3075} = \frac{922}{1.307} = \sqrt{705} =$$

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 fueron las mujeres de 18 años o más.

Para la selección de casos las fuentes de información utilizadas fueron las historias clínicas y certificados de defunción. Se definió como casos a la morbilidad y mortalidad y a controles a las mujeres de 18 años o más que no presentaron la enfermedad.

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.

Dentro del grupo control se incluyeron los casos que se encontraron de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino

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 I)

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

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 )

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 III) y se buscó su ubicación geográfica en el croquis para un mayor control (anexo3). 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 ).

### **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 derivado durante la etapa de captura de la información (apéndice IV).

Para dicha revisión se tomó en cuenta la cuarta parte de la población blanco; que correspondió a once cédulas, los números de *ítems* 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 V).

La etapa de verificación de criterios de certificación nos demostró que no se encontró error 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 42, tres se encontraron ausentes (tres visitas), cuatro renuentes (tres visitas) y en una unidad multipersonal en donde no existen mujeres. (Sábana de concentración de dato ).

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 VI, VII)

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.

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 universal, del 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 aunque no fue objeto de este estudio se encontró que 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 I, LAS MUJERES DE 18 AÑOS O MÁS PRESENTAN DÉFICIT DE AUTOCUIDADO PARA SATISFACER LOS REQUISITOS UNIVERSALES DEL DESARROLLO DEBIDO AL DESCONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL PARA EL CÁNCER CERVICO UTERINO 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 <sup>2</sup> . - 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.	<b>Universales:</b> Siete y ocho. Ver Orem Pág. 141.  <b>Desarrollo:</b> 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 <sup>2</sup> = 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 <sup>2</sup> = 5.71, significativa estadísticamente.	<b>Universal:</b> Seis Orem, pág. 141.  <b>Desarrollo:</b> 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.	<b>Desviación de la salud:</b> Cuatro. Ver Orem Pág. 151.  <b>Desarrollo:</b> Uno. Orem, Pág. 147.

**PRIORIZACION DE FACTORES DE RIESGO POR ITEM, O.R., F.E.R. Y OREM  
 PARA CÁNCER CERVICU UTERINO  
 MICROREGIÓN 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	U 6, D 1, D S 1
8	Tiene o ha tenido más de un compañero sexual / si	16.2		93.8 %	2	U 6, D 2
16	Haber tenido de 1 a 2 abortos/ ningún aborto	10.6		90.6 %	3	U 6, D 1, D S 1
26	Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / 6 meses	10.0		90.0 %	4	U 8, D 1
14	Nuliparas	6.4		84.4 %	5	U 6, D 1
7	Método anticonceptivo oral/ dispositivo	6.0		83.3 %	6	U 6, D 1
7	Método anticonceptivo oral/ ninguno	4.7		78.9 %	7	U 6, D 1
15	Ningún embarazo	4.5		77.8 %	8	U 6, D 1
27	Mujeres que se realizan el papanicolaou	4.3		77.1 %	9	U 8, D 1
1	Rango de edad de 35 a 44 años	3.6		72.7 %	10	U 6
3	Inicio de vida sexual antes de los 15 años	3.5		71.4 %	11	U 6, D 1
23	Consumo de verduras verdes cocidas	3.4		70.8 %	12	U 3
10	Enfermedades por transmisión sexual / si	3.4		71.2 %	13	U 6, D 2
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	U 6, D 1, D S 1
11	Presencia de flujo vaginal / si	2.2		54.5 %	16	U 6, D 2, D S 2
24	Falta de conocimiento sobre cáncer cervicouterino	2.0		52.0 %	17	U 8, D 1
25	Saber para que sirve la prueba del papanicolaou	2.0		52.0 %	18	U 8, D 1
15	Tuvieron más de 5 Embarazos	1.7		43.8 %	19	U 6, D 1
6	No utilizan de métodos anticonceptivos	1.4		28.6 %	20	U 6, D 1
39	Antecedentes familiares con cáncer cervicouterino / si	1.4		31.0 %	21	D S 2
12	Dolor en la relación sexual / si	1.3		27.3 %	22	U 6, D 2, D S 2
7	Método anticonceptivo ninguno/ dispositivo	1.2		20.8 %	23	U 6, D 1
10	Desconoce si padeció o padece enfermedad de transmisión sexual	1.2		16.7 %	24	U 6, D 2

### 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 tecnológicos-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)<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Blanco Restrepo J. Fundamentos de Salud Pública, p 82

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.

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.<sup>35</sup>

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

---

<sup>35</sup> Kark Sydney L. Atencion Primaria Orientada a la Comunidad, p. 98.

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.*

#### ▪ **Objetivos**

##### **Generales**

- Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en las mujeres de 18 años o más del territorio Granjas Valle de Guadalupe I a través de la sensibilización.
- Sensibilizar para el autocuidado en las mujeres de 18 años o más del territorio Granjas Valle de Guadalupe I para la prevención del cáncer cérvico uterino a través del sistema de apoyo educativo.

## **Específicos**

- Capacitar a los recursos humanos en salud que participarán en el proyecto de intervención.
- 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 para la prevención de cáncer cérvico uterino.
- Promover la prevención del cáncer cérvico uterino y mamario, en las unidades de estudio mediante pláticas educativas.
- Realizar la detección oportuna de cáncer cérvico uterino 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 cérvico uterino.

#### ▪ **Metas**

- Que el 90% del personal de salud que participará en la intervención sea capacitado sobre el cáncer cérvico uterino.
- Que el 95% de la población del territorio en estudio reciba la información sobre los riesgos y daños para el cáncer cérvico uterino, en un periodo de 2 días.
- Promover la prevención del cáncer cérvico uterino al 80 % de las unidades de servicio del territorio, a través de pláticas educativas simultáneas en un día.
- Realizar la detección del cáncer cérvico uterino 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. 4° y 26°, y la Ley General de Salud; en el Art. 9°, 17°, 22°, 23°, 28°, 29° y 32°; 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;"><u><b>FORTALEZAS</b></u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Conocimientos teóricos encaminados a la intervención.</li><li>- Apoyo de la ENEO-UNAM</li></ul>	<p style="text-align: center;"><u><b>DEBILIDADES</b></u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tiempo</li><li>- Espacio</li><li>- Recursos económicos</li></ul>
<p style="text-align: center;"><u><b>AMENAZAS</b></u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos humanos</li><li>- Renuencia para participar</li></ul>	<p style="text-align: center;"><u><b>OPORTUNIDADES</b></u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Apoyo de la Jurisdicción</li><li>- Apoyo de los pasantes de enfermería.</li><li>- Apoyo de empresas e instituciones de salud.</li></ul>

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.

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.

## **Determinación de actividades**

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

### **3.2.4 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 tecnológicos-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)<sup>11</sup>

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.

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

---

<sup>11</sup> Blanco Restrepo J, Fundamentos de Salud Publica, p. 82

**salubrista** dedicada al trabajo en comunidad, detección de casos, a proporcionar servicios directos y a tratar la necesidad de clientes con diversos problemas simultáneos.<sup>35</sup>

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.

---

<sup>35</sup> Kark Sydney I. Atencion Primaria Orientada a la Comunidad, p. 98.

## ▪ **Objetivos**

### **Generales**

- Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en las mujeres de 18 años o más del territorio Granjas Valle de Guadalupe I a través de la sensibilización.
- Sensibilizar para el autocuidado en las mujeres de 18 años o más del territorio Granjas Valle de Guadalupe I para la prevención del cáncer cérvico uterino a través del sistema de apoyo educativo.

### **Específicos**

- Capacitar a los recursos humanos en salud que participarán en el proyecto de intervención.
- 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 para la prevención de cáncer cérvico uterino.
- Promover la prevención del cáncer cérvico uterino y mamario, en las unidades de estudio mediante pláticas educativas
- Realizar la detección oportuna de cáncer cérvico uterino 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 cérvico uterino.

▪ **Metas**

- Que el 90% del personal de salud que participará en la intervención sea capacitado sobre el cáncer cérvico uterino.
- Que el 95% de la población del territorio en estudio reciba la información sobre los riesgos y daños para el cáncer cérvico uterino, en un periodo de 2 días.
- Promover la prevención del cáncer cérvico uterino al 80 % de las unidades de servicio del territorio, a través de pláticas educativas simultáneas en un día.
- Realizar la detección del cáncer cérvico uterino 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. 4° y 26°, y la Ley General de Salud; en el Art. 9°, 17°, 22°, 23°, 28°, 29° y 32°; 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;"><u>FORTALEZAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Conocimientos teóricos encaminados a la intervención.</li><li>- Apoyo de la ENEO-UNAM.</li></ul>	<p style="text-align: center;"><u>DEBILIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tiempo</li><li>- Espacio</li><li>- Recursos económicos</li></ul>
<p style="text-align: center;"><u>AMENAZAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos humanos</li><li>- Renuencia para participar</li></ul>	<p style="text-align: center;"><u>OPORTUNIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Apoyo de la Jurisdicción</li><li>- Apoyo de los pasantes de enfermería.</li><li>- Apoyo de empresas e instituciones de salud.</li></ul>

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.

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°. 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 MARÍA 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 MARÍA 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 MARÍA 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 PÉREZ
	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 MARÍA SIBAJA

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
<b>IBIDEM</b>	7. Solicitar aparatos audiovisuales para ponentes.	2 HORAS	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	L.E.O. LUZ MARÍA SIBAJA
	8. Traslado de materiales y apoyo diáctico,	3 HORAS	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	ALUMNAS DE POSGRADO EN SALUD PÚBLICA.
	9. Estructuración de la cédula de estimación de conocimientos (apéndice 11 )	2 DIAS	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	L.E.O. LUZ MARÍA SIBAJA M.C. FRANCISCO CARDENAS CABALLERO JEFE DE ENF. EMMA GARCÍA MARTÍNEZ JEFE DE ENF. YOLANDA GUERRERO MARTÍNEZ ENF. LIDIA CORONA RANGEL TAPS. ROBERTO MARTÍNEZ 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 MARÍA SIBAJA L.E.O.E.S.P. GUADALUPE PEREZ
	11. Organización de papelería y materiales para la capacitación	1 DIA	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	L.E.O. LUZ MARÍA 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 MARTÍNEZ ALVARADO
	13. Elaboración de contenidos de la carta descriptiva. (apéndice 12)	3 DIAS	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	VER CARTA DESCRIPTIVA

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	14. Realización de un formato de control para faltantes	1 HORA	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	L.E.O. LUZ MARÍA SIBAJA
	15. Calificar la cédula de estimación de conocimientos (diagnóstica - final)	2 DIAS	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	L.E.O. LUZ MARÍA SIBAJA M.C. FRANCISCO CÁRDENAS CABALLERO JEFE DE ENF. EMMA GARCÍA MARTÍNEZ JEFE DE ENF. YOLANDA GUERRERO MARTÍNEZ ENF. LIDIA CORONA RANGEL TAPS. ROBERTO MARTÍNEZ 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 MARÍA SIBAJA
	20. Comprar modelos anatómicos para demostración.	1 DIA	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	L.E.O. LUZ MARÍA SIBAJA

IBIDEM

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
<b>IBIDEM</b>	21. Traslado de equipo y material de apoyo a la sede.	1 HORA	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	L.E.O. LUZ MARÍA SIBAJA
	22. Elaboración de formato para registro de asistencia (apéndice 13)	1 HORA	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	ENF. LYDIA CORONA RANGEL
	23. Solicitud de agradecimientos por el apoyo al personal que laboró.	2 DIAS	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	COORDINADOR DE ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA DE LA JURISDICCION ENEO-UNAM
	24. Evaluación general de la capacitación. (apéndice 14)	1 DIA	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	DR. SERRANO MTRA. SOFÍA 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 HERNANDEZ
	26. Elaboración de formato para evaluación a mediano plazo. (apéndice 16)		L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	

**ESTRATEGIA No. 2**  
**OPERACIONES TECNO-PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TAREAS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>COLABORADORES</b>
<b>SENSIBILIZACIÓN DE LA POBLACIÓN</b>	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, triptico, díptico, manta y perifoneo ). ( Apéndice XI)	1 DÍA	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

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
IBIDEM	8. Sacar fotocopias de los croquis (panorámico y por sectores) del área de estudio. (apéndice XII, XIII)	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	
	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. (Apéndice X)		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. (Apéndice XIV)	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 GOMEZ LEO FRANCISCA HERNANDEZ FLORES LEO IRMA ROSETE H

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
<b>IBIDEM</b>	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
	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. (Apéndice XV)	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	E P S S 32 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	
24. Coordinación con los supervisores al finalizar del barrido para conocer logros e inconsistencias de lo planeado.	2 HORAS	LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL	EPSS 1	

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
IBIDEM	25. Llevar control de materiales promocionales distribuidos y unidades de servicio informadas por sector. (Apéndice XVI)	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
<b>IBIDEM</b>	1. Organizar equipo multidisciplinario que participará en la estrategia	1 día	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	E.S.P. GPE. PÉREZ HDEZ. L.E.O JACQUELINE TORIBIO
	2. Recopilación bibliográfica de apoyo.	3 días	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	L.E.O JACQUELINE TORIBIO
	3. Toma decisión sobre material didáctico a utilizar, considerando características de la población.	1 día	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ 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 HERNÁNDEZ FLORES	E.S.P. GPE. PÉREZ HDEZ. T. SOCIAL IRMA GARCÍA J.
	5. Elaborar guión para "pláticas educativas"	3 horas	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	L.E.O JACQUELINE TORIBIO
	6. Diseño lista para control de asistencia a "pláticas educativas"	3 horas	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	ENF. MARTHA ÁLVAREZ

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
IBIDEM	7. Diseño de material para sensibilizar a la población (trípticos, cartulinas con información acerca de las "pláticas educativas".	3 días	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	
	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 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	

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

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	21. Distribución de equipos en lugar estratégico solicitado (casas).	30 min.	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	
	22. Asignar a un responsable por equipo, del equipo multidisciplinario colaborador	30 min.	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	LIC. CARMEN TERREROS M. L.E.O. ELDA ESPEJEL G. VOLUNT. ELBA SALCEDO VOLUNT. EDGAR CASTILLEJOS DRA. MA. ANGELES LOPEZ DR. FRANCISCO CÁRDENAS
	23. Supervisar equipos durante las pláticas educativas simultáneas	1 hora	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	TAPS, ROBERTO MARTÍNEZ T. SOCIAL IRMA GARCÍA J.
	24. Calificación de pre y pos evaluación de los asistentes a las pláticas educativas.	2 horas	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	
	25. Elaboración de reporte de intervención para la Jurisdicción	4 horas	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	
	26. Entrega de premios a los mejores rotafolios.	30 min.	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	

IBIDEM

**ESTRATEGIA N.º 4  
OPERACIONES TECNO-PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
<b>DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LESIONES PRECURSORAS PARA CÁNCER CERVICOLUTERINO Y CA DE MAMA</b>	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 JURISDICCIÓN 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
IBIDEM	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 PÉREZ 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. ROCÍO ISABEL MENDOZA	

### 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, sensibilización 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 a cabo (**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.

- **Sensibilización de la población**

La sensibilización constituye una estrategia fundamental en salud pública para motivar, persuadir y concientizar a la población sobre los factores de riesgo en relación con su modo de vida y que de esta manera pueda tomar sus propias decisiones sobre la salud.

A través de la sensibilización se informa a la población para fomentar su percepción real de vulnerabilidad a problemas específicos y de las consecuencias de la enfermedad que está propensa a contraer.

Podemos decir que a través de la información en todos los sentidos dentro de la comunidad se logra el **empoderamiento** que: *“es un proceso de acción social que promueve la participación de las personas, las organizaciones y las comunidades hacia metas de control individual y comunitario, eficacia política, mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad y la justicia social”*.<sup>37</sup>

Se desarrolla en dos niveles: *individual* y *comunitario*; el primero se refiere principalmente a la habilidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal.

El segundo 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, que es una meta importante en su acción para su salud.

Ambos tipos de empoderamiento se interrelacionan, es decir, no puede obtenerse el uno sin el otro. Se reforzarán mediante la estrategia de Educación para la Salud en pro del aumento en el conocimiento y el fortalecimiento del autocuidado.

En este sentido, la estrategia de sensibilización a la población se realizó en dos fases; en la primera se informó al equipo multidisciplinario sobre la logística para llevar a cabo la estrategia, una vez informados se realizó un recorrido por la microrregión con la finalidad reconocerla y de despertar el interés en sus habitantes.

Posteriormente, se organizaron equipos de trabajo que cubrieron los sectores constitutivos de la microrregión y hubo un segundo recorrido para identificar el territorio y los lugares estratégicos para colocar carteles.

En seguida, se entregó material educativo a cada equipo y se informó sobre la logística de la segunda fase.

En la segunda fase se realizó *barrido* casa por casa distribuyendo materiales promocionales (trípticos, dípticos, mantas y carteles) a las unidades multipersonales y a las de servicio, las cuales mostraron interés y motivación ya que autorizaron la colocación de mantas en lugares públicos estratégicos preestablecidos e incluso participaron. Se realizó *perifoneo de spots* y canción por hora y media en todo el territorio.

Cada equipo tuvo un supervisor que verificaba el cumplimiento de las tareas asignadas por sector. Al final de la jornada esos equipos se reunieron para entregar los instrumentos de control tales como hojas de registro de las unidades de servicio orientadas e informadas y el número de materiales educativos que fueron distribuidos y colocados en cada área asignada.

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

---

<sup>37</sup>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.*

## ● 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, TAPS), 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 instauro: *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.*<sup>38</sup>

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.

---

<sup>38</sup> 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**

<b>Personal</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Costo Por Día</b>	<b>Costo Total</b>
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	-	-
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>\$ 55 718.4</b>

▪ **Funciones específicas**

**Jefe de jurisdicción**. Apoya 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.

**T.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.

**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**

<b>Artículo</b>	<b>Unidad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo Unitario</b>	<b>Costo Total</b>
Tajeta 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 canela	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 vinci	pza	1	\$6.00	\$6.00
Resistol	pza	1	\$5.00	\$5.00
<b>Total</b>	-	-	-	<b>\$1017.00</b>

**Estrategia 2: Sensibilización de la población**

<b>Artículo</b>	<b>Unidad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo Unitario</b>	<b>Costo Total</b>
Tríptico *	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
Cinta canela	pza.	13	\$ 7.70	\$ 100
Bolsas	pza.	300	\$ .18	\$ 54
Cera de campeche	kg	1	\$100.00	\$ 100
Rafia	pza.	2	\$ 7.00	\$ 14
Sonido	equipo	1	\$ 100.00	\$ 100
Total	-	-	-	\$ 6 088

\* Donación de impresión ENEO-UNAM

\*\* Donación del ISEM

### 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
Papel crepé *	pza	6	\$ 1 50	\$ 9
Peyon *	Metro	4	\$ 2 00	\$ 8
Gises de color *	Caja	3	\$ 7 00	\$ 210
Spray *	Bote	1	\$ 11 00	\$ 11
Papel américa *	Pliego	2	\$ 4 00	\$ 8
Filtro *	50 cms	4	\$ 3 00	\$ 12
Fomi	Hoja	5	\$ 1 50	\$ 7
Tela *	Metro	4	\$ 7 00	\$ 28
Unicel	pza	1	\$ 7 50	\$ 7
Obsequio	pza	2	\$ 200.00	\$ 400
Total	-	-	-	\$ 1 047

Fuente: cuadro estrategia 3: educación para la salud

\* Contribución pasantes de enfermería

\*\* Aportación ENEO-UNAM

\*\*\* Subsidiado por la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec

### 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
Espejos vaginales*	pza	500	-	-
Alcohol *	500 ml	2	-	-
Espátulas*	pza	500	-	-
Laminillas*	pza.	500	-	-
Total	-	-	-	\$ 1 526

\*Donación IMSS

**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
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 9 678.10</b>

**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**

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>UNIDAD DE SERVICIO BENEFICIADA</b>	<b>COSTO FINAL POR UNIDAD DE SERVICIO</b>
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

- **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.

### 3.2.5 Evaluación del caso

#### Evaluación del proceso de desarrollo

<b>Fase de Logística</b>	<b>Días Projectados</b>	<b>Alcanzados</b>
Planeación	6	5
Organización	11	11
Dirección	2	8
Control	2	8
Evaluación	16	9

FUENTE: Cronograma de operaciones prescriptivas del proyecto

Para la estrategia de Sensibilización se planearon 22 días, administrativamente ésta se implementó en 16 días; aunque en la tabla se observa que en algunas de las fases del proceso, éstas se incrementaron o disminuyeron en los días, esto significa que no se desarrollaron aisladamente, si no por lo contrario, éstas se desarrollaron simultáneamente, por que al planear no se dejó de dirigir, controlar y evaluar. Esto permitió la optimización del desarrollo de la estrategia

## Evaluación de metas

Metas	Proyectado	Alcanzado	%
Unidades Orientadas e informadas	1 975	1 707	86
Dípticos	1 000	1 000	100
Trípticos	1 500	1 500	100
Carteles	250	250	100
Volantes	1400	1400	100

FUENTE: Formatos de control durante la fase de ejecución.

**MEIA:** Que el 95% de la población del territorio en estudio reciba la información sobre los riesgos y daños para el cáncer cérvico-uterino en un período de dos días.

La evaluación de las metas permite determinar si se han alcanzado los objetivos originales del programa. El énfasis de este tipo de evaluación recae en los resultados inmediatos del mismo (Laski, p 61).

De acuerdo a la meta programada, ésta se alcanzó en un 86%, ya que se informó a 1 707 unidades de servicio mediante la distribución de 1 500 trípticos, 1 000 dípticos, 250 carteles, 1 400 volantes y la colocación de 5 mantas; se difundieron mensajes a través de perifoneo por espacio de 1:30 hrs.

Mediante esto se logró sensibilizar a la población en general y los resultados fueron inmediatos, evidenciados por lo siguiente:

- Durante la distribución de materiales educativos se despertó el interés de la población, por lo que ésta demandó ampliar la información.
- Posterior a la distribución de materiales promocionales la población comienza a acudir al Centro de Salud para confirmar las condiciones en que se debe realizar la prueba de Papanicolaou.
- Se observó que a las mujeres no les importaba esperar a realizarse la prueba de Papanicolaou.

Es importante señalar el impacto que causó la sensibilización en el equipo multidisciplinario que participó en ella; y sin embargo fue un factor fundamental para el desarrollo de la intervención.

La sensibilización del personal se inicia desde la estrategia de capacitación al personal de salud. En un inicio el personal manifestaba incredulidad para su realización pues existía el antecedente de renuencia en las mujeres en cuanto a realizarse dicha prueba.

Ejemplo de lo anterior es la evidencia de las 16 pruebas mensuales que se realizaban en el Centro de Salud.

Conforme se avanzó en cada una de las estrategias se observó un cambio de actitud positiva en el equipo participante:

- En la estrategia de sensibilización el equipo se ve en la necesidad de ampliar la información sobre los daños y riesgos del cáncer cérvico uterino ante la demanda de la población. Permitiendo captar la confianza de la comunidad.

- Durante la estrategia de detección, se observó que una médica compró flores para que posteriormente a la prueba les fueran entregadas a las mujeres; esto con el fin de motivar su cambio de actitud.

- Debido a la sensibilización existente entre el personal colaborador y al impacto causado en la población, continuó la estrategia de educación para la salud ( sesiones educativas, periódico mural, teatro guiñol ) y la organización de eventos culturales.

Mediante la Sensibilización se logró persuadir a las unidades de servicio, multipersonales y al equipo multidisciplinario ya que los resultados demuestran un cambio de actitud; obteniéndose fomentar el autocuidado en las unidades de servicio y multipersonales.

#### **Evaluación del efecto.**

La medición del efecto se centra en los cambios logrados en las condiciones de salud de la comunidad a largo plazo.

La evaluación del efecto sobre los cambios logrados en la población se realizó de manera inmediata, la cual es evidenciada por los cambios de actitud observados en la población, ya que mediante la distribución de materiales educativos se motiva a ésta, por lo que demanda al equipo multidisciplinario ampliar la información.

Posterior a la distribución, la población comienza a acudir al Centro Cívico para confirmar fechas y horarios para la realización de la Prueba de Papanicolaou.

Es importante comentar que la sensibilización también tuvo efecto en el equipo multidisciplinario, evidenciado por la motivación que se observa en continuar en la intervención, durante la estrategia de detección de lesiones precursoras, una médica compró flores para ser entregadas a las unidades de servicio posterior al examen.

Para la evaluación del efecto mediato, se realizará un monitoreo cada 6 meses por los responsables del sector para verificar la respuesta en la población.

En caso necesario, se realizará realimentación por parte del TAPS de la Microrregión.

### Evaluación de la eficacia

#### RECURSOS HUMANOS

<b>PERSONAL</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>COSTO POR DÍA</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Médicos	2	16	\$ 364	\$11 648
Médico de la Jurisdicción	1	16	\$396	\$6 336
Jefe de Enfermeras	3	16	\$413	\$19 824
Psicólogo	1	16	\$253	\$4 048
Trabajadora Social	1	16	\$243	\$3 902
T.a.p.s	2	16	\$300	\$ 9 600
Pasantes Enf. En s.s.	32	16	-	-
Voluntarios	2	16	-	-
<b>Total</b>	<b>44</b>		<b>-</b>	<b>\$ 55 358</b>

Fuente: Estimación y asignación de recursos humanos.

La estimación del costo total de recursos humanos utilizados fue de \$55 358, es importante comentar que la ejecución de esta estrategia fue simultánea con las estrategias de Capacitación al personal de salud, Educación para la salud, y Detección y seguimiento de lesiones precursoras, por lo que se considera que el costo de la estrategia disminuirá.

## RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

Artículo	Unidad	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Diseño tríptico	-	-	-	\$150.00
Impresión tríptico*	pza.	1 500	-	-
Díptico*	pza.	1 000	-	-
Cartel	pza.	250	\$ 9.60	\$ 2 400.00
Volante*	pza.	1 400	-	-
Mantas**	pza.	6	-	-
Perifoneo	equipo	2	\$60.00	\$ 120.00
Cinta canela	pza.	13	\$ 7.70	\$ 100.00
Bolsas	pza.	300	\$ 0.18	\$ 54.00
Cera de campeche**	kg.	1	-	-
Rafia**	pza.	2	-	-
Sonido	equipo	1	\$ 100.00	\$ 100.00
Total	-	-	-	\$2 924.00

Fuente: Cuadro 2 de la estrategia de sensibilización.

\* Donación de impresión ENEO-UNAM

\*\* Donación del ISEM

En cuanto a los recursos materiales el costo total fue de \$ 2, 924.00, esto fue posible debido a la gestión que se realizó para la donación de impresión de materiales educativos (díptico, tríptico, volante); así como la donación de mantas, cera de campeche y rafia.

**COSTO DE LA ESTRATEGIA:**

- Recursos Humanos \$ 55,358.00
- Recursos Materiales \$ 2,924.00
- Total \$ 58,282.00

Haciendo un balance de los recursos humanos, materiales y financieros, el costo de la estrategia fue de: \$58,282.00, el costo por unidad de servicio se muestra en el siguiente cuadro:

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>UNIDADES DE SERVICIO BENEFICIADAS</b>	<b>COSTO FINAL POR UNIDAD DE SERVICIO</b>
Sensibilización a la Población	\$ 58,282 00	1 707	\$ 34.14

La eficacia de la sensibilización a la población se cumplió con la optimización de los recursos humanos, materiales y financieros; esto se logró debido a que la ejecución de la intervención fue simultánea

### 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.

<u>Metas</u>	<b>Proyectado</b>	<b>Alcanzado</b>	<b>%</b>
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.

- ⇒ 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.

## **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

## CONCLUSIONES DEL CASO

Se ha alcanzado el objetivo propuesto al sensibilizar, a las unidades de servicio de 18 o más para el autocuidado.

Esto se logró a través del método epidemiológico, la *Teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem* y del sistema de apoyo-educativo, con el fin de sensibilizar para el autocuidado.

Lo anterior permitió describir al proceso salud-enfermedad dentro de un contexto biológico, histórico, social y político. También para determinar el déficit de autocuidado existente en la población.

Define incluso, el sistema de enfermería que se implementará para sensibilizar y fomentar el autocuidado en las unidades de servicio y multipersonales.

La sensibilización se focalizó a las unidades de servicio, pero de acuerdo a las características de esta población. Se generalizó a las unidades multipersonales lo que contribuyó a que se formaran redes de comunicación en la población.

A través de la sensibilización, se demostró que se pueden lograr cambios de actitud en las unidades de servicio y multipersonales para la toma de decisiones sobre las acciones para el autocuidado, lo anterior se evidencia porque al inicio del estudio se realizaban tan solo 16 pruebas mensuales en el Centro de Salud de la microrregión en estudio y durante la estrategia de detección estas se incrementaron a 171 pruebas en tres días.

Cabe resaltar que también se sensibilizó al equipo multidisciplinario participante, ésta se inició desde la estrategia de capacitación, ya que al inicio del estudio y de la intervención el equipo mostraba incredulidad para la realización de este tipo de intervenciones de enfermería, conforme se avanzó en cada una de las estrategias, se fue observando

motivación y cambios de actitud en el personal de salud; lo cuál contribuyó al logro de los objetivos planteados.

Es importante mencionar que en la selección y diseño de materiales educativos se incluyó información sobre la prevención y detección del cáncer de mama, con la finalidad de optimizar los recursos humanos y materiales debido a que se realizó otra intervención simultánea a ésta, por otro equipo de la especialidad de salud pública en otra microrregión.

Una de las limitantes del estudio fue, que no se evaluó cuantitativamente el efecto, por lo que solamente se describió.

Definitivamente, este estudio permitió demostrar que la sensibilización es fundamental para el éxito del desarrollo de las intervenciones en salud pública; porque a través de la sensibilización se logra la plena participación de la población para la toma de decisiones sobre el autocuidado de la salud; así como un cambio de actitud positiva en el equipo multidisciplinario.

## 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.<sup>39</sup>

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.

---

<sup>39</sup> 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.

## **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

**Eficiencia:** 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.

**ÁLVAREZ, Manilla J.M. 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.

**BAL SEIRO 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

**BONTIA, 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 Díaz 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 Médica Mexicana, México D.F., 1993.**

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

**FRENK, 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**.

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

LEDDY, Susan. **Bases conceptuales de Enfermería**. Ed. OPS. México, 1999.

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 médica hacia el nuevo siglo**. Gaceta Médica Mexicana. Vol. 135, 1999.

OCHOA Moreno L. **Marco conceptual del diagnóstico**. Metodología del diagnóstico 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.

**PINEAUL I R, Daveluy C. La planificación sanitaria. conceptos, métodos, estrategias.** Masson, 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.

**RESTREPO, 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.

**RESTREPO, E. Helena. Promoción de la salud: Como construir vida saludable.** Ed. Médica Panamericana, 2001.

**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.**

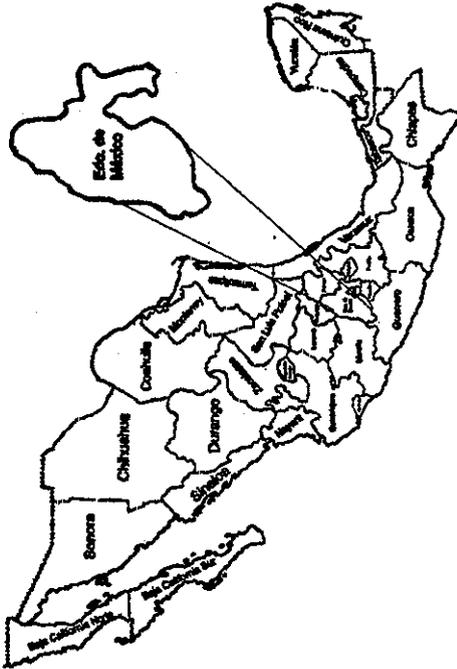
**W. Iyer Patricia, Proceso y diagnóstico de enfermería, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1ª ed., México, D.F., 1999.**

# ANEXOS

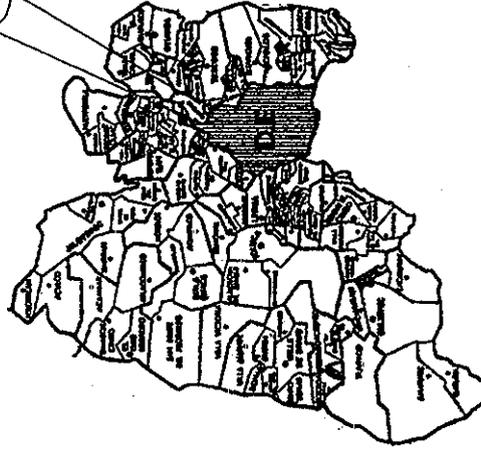


UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

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



Proyección del municipio de  
Ecatepec dentro del Estado de México



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

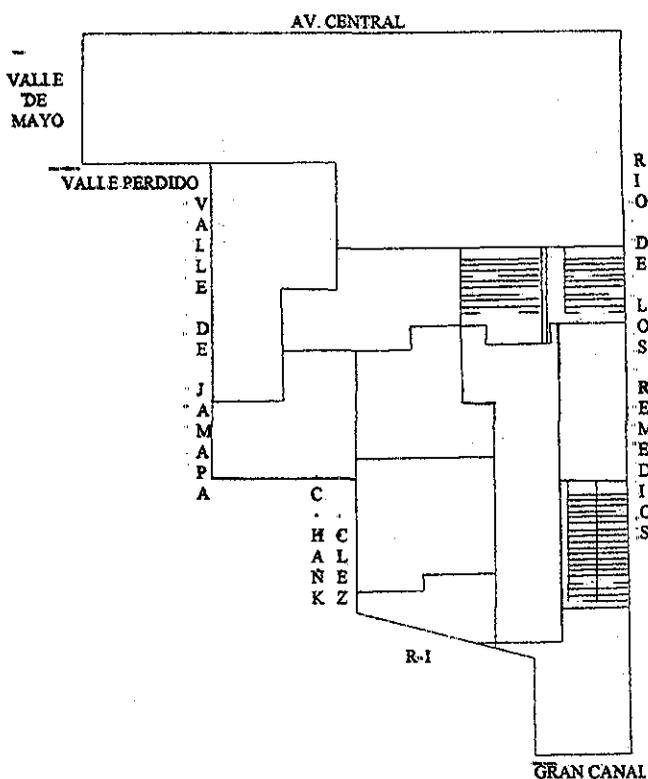
ANEXO I



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



ANEXO 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



# APÉNDICES

Apéndice I

OPERACIONALIZACION 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 MENSTRUAS?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO	Primaria
	5.- ¿CONTINUA MENSTRUANDO 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 SUBDERMICOS D) SALPINGOCLAS E) VASECTOMIA F) PRESERVATIVO G) NATURAL H) OTRO I) 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) AVECES D) NO CONTESTO E) DESCONOCE	Primaria
	12.- ¿HA PRESENTADO DOLOR DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) AVECES 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?	Cualitativo	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.- ¿NÚMERO DE EMBARAZOS?	Cuantitativa	Numérica	A) 1 A MAS B) 5 A MAS C) NO CONTESTO D) NINGUNO E) DESCONOCE	Primaria
	16.- ¿NÚMERO 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 LACTANCIA 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 CÁR 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.- ¿CÓMO 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 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.- ¿QUE 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 INSTITUCIÓN C) AMIGA O FAMILIAR 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 CANCER 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 C) NO CONTESTO	Primaria
	42.- ¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCACIONAR NO REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?	Cualitativa	Nominal	A)SI TIENE INTERES B)NOTIENE INTERES C)NO CONTESTO	Primaria
	43.- ¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCACIONAR NO REALIZARSE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?	Cualitativa	Nominal	A) SU TIENE INTERES B) NO TIENE INTERES C)NO CONTESTO	Primaria

Apéndice II  
 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 AUTOCONCIENCIA PARA CÁNCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO.

**DIRIGIDO:** A UNIDADES MULTIPERSONALES CON MUJERES EN RIESGO PARA CÁNCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO.

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

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ SECTOR \_\_\_\_\_ CASA \_\_\_\_\_ FAM \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

**CODIFICACIÓN  
USO EXCLUSIVO  
INVESTIGADO**

1	<input type="checkbox"/>	U6 D1
2	<input type="checkbox"/>	U6 D1
3	<input type="checkbox"/>	U6 D1
4	<input type="checkbox"/>	U6 D1
5	<input type="checkbox"/>	U6 D1
6	<input type="checkbox"/>	U6 D1
7	<input type="checkbox"/>	U6 D1
8	<input type="checkbox"/>	U6 D2
9	<input type="checkbox"/>	U6 D2
10	<input type="checkbox"/>	U6 D2

**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

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  
 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?**

- 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  
 SALPINGOCLASIA      E) VASECTOMIA  
 F) PRESERVATIVO      G) NATURAL  
 H) OTRO      I) 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

**10- ¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?**

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

¿CUAL? \_\_\_\_\_

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

(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) NÚLPARA 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 CARTAMO 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) CÓCIDAS 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

- 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?

<input type="checkbox"/>	U-6 D-2 DS2
<input type="checkbox"/>	U-6 D-2 DS2
<input type="checkbox"/>	U-6 D-2 DS2
<input type="checkbox"/>	U6 D4
<input type="checkbox"/>	U6 D4
<input type="checkbox"/>	U6 D4 TR1
<input type="checkbox"/>	U6 D4
<input type="checkbox"/>	U7 DS2
<input type="checkbox"/>	U3
<input type="checkbox"/>	U3
<input type="checkbox"/>	U3
<input type="checkbox"/>	U3 D1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 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?  
 CONOCIMIENTO CORRECTO  
 CONOCIMIENTO INCORRECTO  
 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? \_\_\_\_\_
- 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?

<input type="checkbox"/>	U8 D1
<input type="checkbox"/>	U8 D1
<input type="checkbox"/>	D1
<input type="checkbox"/>	U8 D2
<input type="checkbox"/>	U8 D1
<input type="checkbox"/>	D1 D5-1
<input type="checkbox"/>	D1
<input type="checkbox"/>	D1 D5-1
<input type="checkbox"/>	D1 D5-1
<input type="checkbox"/>	D2
<input type="checkbox"/>	D2
<input type="checkbox"/>	D3
<input type="checkbox"/>	D4
<input type="checkbox"/>	D4

SI ESTA INTEGRADA SU FAMILIA A PESAR DEL DIAGNOSTICO  
NO CAMBIO SU ESTILO DE VIDA A PARTIR DEL DIAGNOSTICO  
NO CONTESTO

42.- ¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR EL NO  
REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?  
SI TIENE INTERES  
NO TIENE INTERES  
NO CONTESTO

43.- ¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR EL NO  
REALIZARSE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?  
SI TIENE INTERES  
NO TIENE INTERES  
NO CONTESTO

41	<input type="checkbox"/>	D64
42	<input type="checkbox"/>	D1
43	<input type="checkbox"/>	D1

**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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO  
 ESPECIALIDAD EN SALUD PUBLICA

**OBJETIVO: OBTENER DATOS DE FUENTES PRIMARIAS CON EL FIN DE INTEGRAR LA INFORMACION RELACIONADA CON LOS FACTORES CAUSALES QUE INFLUYEN EN EL DEFICIT DE AUTOCUIDADO PARA CANCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO.**  
**DIRIGIDO: A UNIDADES MULTIPERSONALES MUJERES CON RIESGO PARA CANCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO.**

**INSTRUC TIVO**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ SECTOR \_\_\_\_\_ CASA \_\_\_\_\_ FAM \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 OCUPACION: \_\_\_\_\_

CODIFICACION

- (USO EXCLUSIVO INVESTIGADOR)
- |   |    |                          |
|---|----|--------------------------|
| 1.- EDAD _____<br>Anote en el espacio los años cumplidos que refiere la entrevistada  | 1  | <input type="checkbox"/> |
| 2.- EDAD DE SU PRIMERA MENSTRUACION _____<br>Anote en el espacio la edad que refiere la entrevistada  | 2  | <input type="checkbox"/> |
| 3.- EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA _____<br>Anote en el espacio la edad que refiere la entrevistada. En el caso de otra respuesta marcar el inciso que corresponda  | 3  | <input type="checkbox"/> |
| 4.- ¿ACTUALMENTE MENSTRUA? _____<br>Anotar la fecha que refiere la entrevistada en caso de no acordarse sólo el año aproximado  | 4  | <input type="checkbox"/> |
| 5.- ¿CONTINUA MENSTRUANDO DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS?<br>Sólo preguntar si la entrevistada es mayor de 50 años, sino es así pase a la pregunta 6  | 5  | <input type="checkbox"/> |
| 6.- ¿UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?<br>Marcar lo que refiere la entrevistada si es afirmativa pase a la pregunta 7 si es negativa pase a la pregunta 8  | 6  | <input type="checkbox"/> |
| 7.- ¿ESPECIFIQUE CUAL?<br>Escriba lo que refiere la entrevistada  | 7  | <input type="checkbox"/> |
| 8.- ¿TIENE O A TENIDO MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL?<br>Marque lo que refiere la entrevistada  | 8  | <input type="checkbox"/> |
| 9.- ¿SU PAREJA ESTA CIRCUNCIDADO?<br>Marque lo que refiere la entrevistada  | 9  | <input type="checkbox"/> |
| 10.- ¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?<br>Marque lo que refiere la entrevistada  | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11.- ¿HA TENIDO FLUJO O ESCURRIMIENTO VAGINAL?<br>Marque lo que refiere la entrevistada   | 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12.- ¿HA PRESENTADO DOLOR DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?<br>Marque lo que refiere la entrevistada y preguntar en que momento   | 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13.- ¿HA PRESENTADO SANGRADO DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?<br>Marque lo que refiere la entrevistada y preguntar en que momento  | 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14.- ¿EDAD EN QUE TUVO SU PRIMER EMBARAZO?<br>Anote en el espacio lo que refiere la entrevistada. En el caso de otra respuesta marque el inciso que corresponda<br>Nuligesta: Mujer que no se ha embarazado. En caso de ser nuligesta pase a la pregunta 19 | 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15.- ¿NÚMERO DE EMBARAZOS? _____<br>Marque lo que refiere la entrevistada   | 15 | <input type="checkbox"/> |

- 16.- ¿NUMERO DE ABORTOS? \_\_\_\_\_  
Anotar 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?  
Marque lo que refiera la entrevistada 35
- 36.- ¿CUANDO DETECTA ALGUNA ANOMALIA EN SUS SENOS A QUIEN ACUDE?  
Marque lo que refiera la entrevistada 36
- 37.- ¿CUÁNDO DETECTA ALGUNA ALTERACION EN SUS GENITALES A DONDE ACUDE?  
37

TESIS CON  
FUENTE DE ORIGEN

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?

38

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 LLEVA A CABO EL TRATAMIENTO INDICADO POR EL MEDICO?

40

Marque lo que refiera la entrevistada

41.- ¿DESPUES DE SU DIAGNOSTICO SE HA ADAPTADO 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

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA

GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1, COORDINACIÓN DE SALUD MUNICIPAL CHAMIZAL

NUM. PROG	NUM. CED	SECTOR	CASA	FAMILIA	UMP APELLIDOS	NOMBRE (MUJER)	DOMICILIO	OBSERVACIONES
1	2	1	40	4	Pérez Martínez	Noemí 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	Enedina Antonio Dominguez	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	López 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 PROG	NUM. cédula	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	Caiva 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 N. 11	
20	289	5	36	1	Saídaña Díaz	Patricia Saídaña Díaz	Eucario López Núm. 72	
21	297	5	8	5	Satazar González	Ma. Efena González	Rafael Miguel Hidalgo N. 11	Morbilidad

NUM. PROG	NUM. CED	SECTOR	CASA	FAMILIA	UMP APELLIDOS	NOMBRE (MUJER)	DOMICILIO	OBSERVACIONES
22	300	5	8	1	Gómez Rodríguez	Lucia Rodríguez	Rafael Miguel Hidalgo	
23	306	5	4	2	Rincon 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	Garduño Mz. 10 LT	
26	370	6	35	3	Martinez Ramos	Concepción Ramos	Miguel Hidalgo Mz. 10 Lt. 25	
27	410	6	27	1	González Díaz	Julia Día Cruz	Isidro Fabela Núm. 33 Mz. 10	
28	435	7	31	1	Santiago Díaz	Margarita Díaz Salazar	Manuel Medina Garduño	
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	Irma Brizuela	R. Miguel Hidalgo o Mz. 27 Lt. 31	

NUM PROG	NUM. CED	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 N. 60	Morbilidad
35	529	9	23	1	García Trejo	Rosa García Trejo	Eucario López N.128 Mz.26 Lt.23	
36	575	10	39	1	Barrientos García	Carmela Barrientos García	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 Pañacio Núm. 124	Mortalidad

NÚM PROG	NÚM. CED	SECTOR	CASA	FAMILIA	UMP APELLIDOS	NOMBRE (MUJER)	DOMICILIO	OBSERVACIONES
45	138	3	28	1	Melo López	Ciria Mondragón	FilibertoGómez Mz. 7 Lt. 21	Mortalidad
46	125	2	13	1	Garcia Hernández	Luisa Melo	FilibertoGómez Mz. Lt. 8	Mortalidad Renuente
47	347	6	30	2	Mata Reyes	Teresa Reyes	RafaelM.Hidalg o Mz. 10 L t. 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. Solórzano Mz.25 Lt.21 Int.10	Morbilidad
50	309	5	1	3	Ramirez Matías	Rocio Ramirez	EduardoVillada Mz. 9 Lt. 39	Morbilidad



Apéndice V.

**VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE CERTIFICACIÓN**

<b>NÚM. PROGRESIVO</b>	<b>FOLIO</b>	<b>ITEM</b>	<b>VERIFICACIÓN DE CRITERIO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
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	✓

La etapa de verificación de criterios de certificación nos 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 VI

CUADRO 1  
 NÚMERO DE ABORTOS  
 MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I  
 JUNIO 2001

CUADRO 1c

VARIABLE	f <sub>o</sub>	%
A - 1 ó 2	13	31
B - 3 ó más	2	5
C - No contesto	0	0
D - Ninguno	27	64
TOTAL	42	100

GRAFICO 1  
 Número de Abortos  
 5%



64%

más de 3  Ninguno

MOMIOS

1	1	
1	24	
O.R. = $\frac{24}{1} = 24$		
F.E.R. = 95.8 %		

ANÁLISIS

Las mujeres que tienen más de 3 abortos tienen 24 veces más la probabilidad de enfermar, en relación a las que no presentan ningún aborto. Se obtuvo una  $X^2 = 5.71$ .

FUENTE: CÉDULA DE CALIFICACION FOX ALIZADA

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

**CUADRO 2**  
**MUJERES QUE TIENEN O TUVIERON MÁS 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 confesio	0	0
D - Desconoce	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**GRAFICO 2**  
**MUJERES QUE TIENE MÁS DE UN PAREJA SEXUAL**



**MOMIOS**

S	8
I	26

O.R. =  $\frac{130}{8} = 16.5$

F.F.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

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.

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 cuad. de Pearson  $X^2: 8.31$  p: 0.003933  
Chi cuad. 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 cuad. de Pearson  $X^2: 8.31$  p: 0.003933  
Chi cuad. 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

4	9	13
1	1	2
5	10	15

C- 16 MUJERES DE 18 AÑOS Y MAS QUE TIENEN DE 1 A 2 ABORTOS/MAS DE 3  
RELACION CON MORBILIDAD POR CA CU.

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

1	1	2
4	9	13
5	10	15

C- 16 MUJERES DE 18 AÑOS Y MAS QUE TIENEN MAS DE 3 ABORTOS 1 A 2, E  
RELACION CON MORBILIDAD POR CA CU.

Estudio de caso-control

Proporción de exposición

Entre casos	20.00/100
Entre controles	10.00/100

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):	2.25	0.04, 117.82
Fracción atribuible	55.6%	-2227.4, 99.2

Intervalos de confianza exactos y Mid-p no calculados

1	1	2
1	24	25
2	25	27

C- 16 MUJERES DE 18 AÑOS Y MAS QUE TIENEN MAS DE 3 ABORTOS/NINGUNO, E  
RELACION CON MORBILIDAD POR CA CU.

Estudio de caso-control

Proporción de exposición

Entre casos	50.00/100
Entre controles	4.00/100

Test de significación

Valor-p una-cola (Fisher):	0.145299
Valor-p dos-colas (Fisher):	0.145299
Chi cuad. de Pearson $X^2: 5.71$	p: 0.016838
Chi cuad. de Yates $X^2: 0.97$	p: 0.323511

Medidas de asociación y 99% intervalo de confianza

Razón de ventajas (OR):	24.00	0.27, 2144.57
Fracción atribuible	95.8%	-272.3, 100.0

Intervalos de confianza exactos y Mid-p no calculados

Apéndice VII

ITEM	FACTORE DE RIESGO	RAZON DE MOMIOS		OBSERVACIONES
		MORBILIDAD	MORTALIDAD	
1	Rango de Edad 35 a 44 años	3.6	---	
	Rango de Edad de 45 a 64 años	0.2	---	
2	Menarca antes de 12 años	2.9	---	
	Menarca despues de los 12 años	0.3	---	
3	Inicio de Vida sexual menor de 15 años	3.5	---	
	Inicio de vida sexual de 15 años a 18 años	0.2	---	
	Inicio de vida sexual de 19 años a más	1.1	---	
4	Mujeres que actualmente menstruan	0.1	---	
	Mujeres que no menstruan	5.5	---	
5	Menstruación despues de los 50 años No /Ninguno	7.5	---	
	Menstruación despues de los 50 años Ninguno/ No	0.1	---	
6	Si utilizan métodos anticonceptivos	0.7	---	
	No utilizan 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 a tenido más de un compañero sexual/ si	16.2	---	
	Tiene o a tenido más de un compañero sexual/ no;	0.06	---	
9	Parejas circuncidadas	0.0	---	
10	Enfermedad por transmisión sexual /si	3.2	---	
	Enfermedad 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	---	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

12	Dolor en la relación sexual/ si	1.3	---
13	Dolor en la relación sexual/ no	0.7	---
14	Sangrado durante la relación sexual	0	---
	Primer embarazo antes de los 18 años	0.8	---
	Primer embarazo de 19 años a 29 años	1.1	---
	Nulipara	6.4	---
15	Tuvieron más de 5 embarazos	1.7	2.6
	Tuvieron de 1 a 4 embarazos	0.5	0.3
	Ningún Embarazo	4.9	---
16	Haber tenido de 1 a 2 abortos/ mas de 3 abortos	0.4	---
	Haber tenido mas de 3 abortos/ 1 a 2 abortos	2.2	---
	Haber tenido ningún aborto/ mas 3 abortos	0.4	---
	Haber tenido mas de 3 abortos/ ningún aborto	2.4	---
	Haber tenido 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 mas de 12 meses/ 6 a 12 meses	3.2	---
	Haber lactado mas de 12 meses / 6 meses	3.5	---
19	Tabaquismo	0	---
20	Cantidad de cigarrillos al día	0	---
21	Acete con que cocina sus alimentos	0	---
22	Si consume verduras verdes/ si	1.0	---
	No consume 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 el cáncer cervico uterino	0.4	---
	Falta conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino	2.0	---
25	Sabe para que sirve la prueba del papanicolaou	2.0	---
	No sabe para que sirve la prueba del papanicolaou	0.4	---

26	Sabe cada cuando realizarse el papanicolou / 6 meses	10.0	---
27	Mujeres que NO se realizan el papanicolaou	0.1	---
28	Mujeres que se realizan el papanicolaou	4.3	---
29	Sabe que es el cancer de mama / si	0.2	---
30	Sabe para que sirve la exploración de mama / si	1.6	---
31	Sabe para que sirve la exploración de mama / no	0.6	---
32	Sabe como se realiza la autoexploración de mama / si	5.6	---
33	Sabe como se realiza la autoexploración de mama / no	0.1	---
34	Motivo por el cual no se realiza la autoexploración de mama / falta de información	6.5	---
35	Motivo por el cual no se realiza la autoexploración de mama / no tiene importancia	0.1	---
36	Se realizan la exploración de mama	4.8	---
37	No se realizan la exploración de mama	0.2	---
38	Frecuencia con que acude al medico a realizarse la exploración de mama. Cada año / no acude	4.8	---
39	Frecuencia con que acude al medico a realizarse la exploración de mama. Cada año / no sabe	2.0	---
40	Frecuencia con que acude al medico a realizarse la exploración de mama no acude / no sabe	2.4	---
41	Signos de alarma en las mamas / conocimiento correcto	1.8	---
42	Signos de alarma en las mamas / conocimiento incorrecto	0.5	---
43	Motivo por que no se realiza el papanicolaou	0	---
44	Si detecta anomalías en sus senos u donde acude	0	---
45	Si detecta alguna anomalía en sus genitales a donde acude	0	---
46	Antecedentes familiares directos con cáncer de mama si / no	3.8	---
47	Antecedentes familiares directos con cáncer de mama desconoce / si	2.0	---
48	Antecedentes familiares directos con cáncer de mama desconoce / no	7.7	---
49	Antecedentes familiares directos con cáncer cervicico uterino si	1.4	---
50	Antecedentes familiares directos con cancer cervicico uterino /no	0.6	---
51	Ante la presencia de cáncer lleva a cabo su tratamiento	0	---
52	Después del diagnóstico cambio su estilo de vida	0	---
53	Desea información sobre los riesgo que le puede ocasionar no realizarse la prueba del papanicolaou	0	---
54	Desea información sobre los riesgo que le puede ocasionar no realizarse la exploración de mama	0	---

**2. PRIORIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS POR ÍTEM, DE ACUERDO A OR PARA CÁNCER CERVICOUTERINO  
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I  
JUNIO 2001**

ÍTEM	FACTORE DE RIESGO	RAZON DEMOMIOS		OBSERVACIONES
		MORBILIDAD	MORTALIDAD	
8	Tiene o ha tenido mas de un compañero sexual / si	16.2	---	
16	Haber tenido de 1 a 2 embarazos / ningún aborto	10.6	---	
	Haber tenido mas de 3 abortos/ ningún aborto	24	---	
	Haber tenido de 1 a 2 abortos/ 1 a 2 abortos	2.2	---	
26	Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / 6 meses	10.0	---	<b>HALLAZGO</b>
14	Nulipara	6.4	---	
7	Método anticonceptivo oral / dispositivo	6.0	---	
	Método anticonceptivo oral / ninguno	4.7	---	
	Método anticonceptivo ninguno / dispositivo	1.2	---	
15	Ningun embarazo	4.9	---	
27	Tuvieron más de 5 embarazos	1.7	2.6	
	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	---	
10	Enfermedad de transmisión sexual / si	3.2	---	
	Desconoce si padeció o padece enfermedad de transmisión sexual	1.2	---	
11	Presencia de flujo vaginal / si	2.2	---	
24	Falta de conocimiento sobre cáncer cervicouterino	2.0	---	
25	Saber para que sirve la prueba del papanicolaou	2.0	---	
6	No utilizan de métodos anticonceptivos	1.4	---	
39	Antecedentes familiares directos con cáncer cervicouterino / si	1.4	---	
12	Dofor en la relación sexual / si	1.3	---	
	Mujeres nulipara	6.4	---	
15	Número de embarazos de 5 a mas	1.7	---	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**3. FACTORES DE RIESGOS POR ITEM, O.R., F.E.R. Y OREM  
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I  
JUNIO 2001**

ITEM	FACTORE DE RIESGO	O.R.		FER %	OREM
		MORBILIDAD			
1	Rango de Edad 35 a 44 años	3.6		72.7	U-6
	Rango de Edad de 45 a 64 años	0.2		---	U-6
2	Menarca antes de 12 años	2.9		65.5	U-6,D-1
	Menarca después de los 12 años	0.3		---	U-6,D-1
3	Inicio de Vida sexual menor de 15 años	3.5		71.4	U-6,D-1
	Inicio de vida sexual de 15 años a 18 años	0.2		---	U-6,D-1
	Inicio de vida sexual de 19 años a mas	1.1		14.3	U-6,D-1
4	Mujeres que actualmente menstruan	0.1		---	U-6,D-1
	Mujeres que no menstrúan	5.5		82.0	U-6,D-1
5	Menstruación después de los 50 años No /Ninguno	7.5		86.7	U-6,D-1
	Menstruación después de los 50 años Ninguno/ No	0.1		---	U-6,D-1
6	Si utilizan métodos anticonceptivos	0.7		---	U-6,D-1
	No utilizan métodos anticonceptivos	1.4		28.6	U-6,D-1
7	Método anticonceptivo oral/ Dispositivo	6.0		83.3	U-6,D-1
	Método anticonceptivo Dispositivo /oral	0.1		---	U-6,D-1
	Método anticonceptivo oral/ ninguno	4.7		78.9	U-6,D-1
	Método anticonceptivo ninguno/ oral	0.2		---	U-6,D-1
	Método anticonceptivo ninguno/ dispositivo	1.2		20.8	U-6,D-1
	Método anticonceptivo dispositivo/ ninguno	0.7		---	U-6,D-1
8	Tiene o a tenido más de un compañero sexual/ si	16.2		93.8	U-6,D-2
	Tiene o a tenido más de un compañero sexual/ no	0.06		---	U-6,D-2
9	Parejas circuncidadas	0.0		---	U-6,D-2
10	Enfermedad por transmisión sexual /si	3.2		71.2	U-6,D-2
	Enfermedad por transmisión sexual/ no	0.2		---	U-6,D-2
	Desconoce si padece o padece enfermedad de transmisión sexual	1.2		16.7	U-6,D-2
11	Presencia de flujo vaginal /si	2.2		54.5	U-6,D-2,DS2
	Presencia de flujo vaginal /no	0.4		---	U-6,D-2,DS2

12	Dolor en la relación sexual/ si	1.3	27.3	U-6,D-2,DS2
	Dolor en la relación sexual/ no	0.7	---	U-6,D-2,DS2
13	Sangrado durante la relación sexual	0	---	U-6,D-2,DS2
14	Primer embarazo antes de los 18 años	0.8	---	U-6,D-1
	Primer embarazo de 19 años a 29 años	1.1	13.0	U-6,D-1
	Nulipara	6.4	84.4	U-6,D-1
15	Tuvieron más de 5 embarazos	1.7	43.8	U-6,D-1
	Tuvieron de 1 a 4 embarazos	0.5	---	U-6,D-1
	Ningun Embarazo	4.5	77.8	U-6,D-1
16	Haber tenido de 1 a 2 abortos/ más de 3 abortos	0.4	---	U-6,D-1,DS1
	Haber tenido mas de 3 abortos/ 1 a 2 abortos	2.2	55.6	U-6,D-1,DS1
	Haber tenido ningún aborto/ más 3 abortos	0.4	---	U-6,D-1,DS1
	Haber tenido más de 3 abortos/ ningún aborto	2.4	95.8	U-6,D-1,DS1
	Haber tenido 1 a 2 embarazos/ ningún aborto	10.6	90.6	U-6,D-1,DS1
17	Lactancia materna	0	---	U-6,D-1
18	Haber lactado menos de 3 meses	0	---	U-6,D-1
	Haber lactado 6 meses/ 6 a 12 meses	0.9	---	U-6,D-1
	Haber lactado de 6 a 12 meses/ 6 meses	1.0	7.1	U-6,D-1
	Haber lactado más de 12 meses/ 6 a 12 meses	3.2	69.2	U-6,D-1
	Haber lactado más de 12 meses / 6 meses	3.5	71.4	U-6,D-1
19	Tabaquismo	0	---	U-7,DS2
20	Cantidad de cigarrillos al día	0	---	U-7,DS2
21	Acetite con que cocina sus alimentos	0	---	U-3
22	Si consume verduras verdes/ si	1.0	---	U-3
	No consume verduras verdes/ no	0.9	---	U-3
23	Consumo de verduras verdes cocidas	3.4	70.8	U-3
	Consumo de verduras verdes cocidas y crudas	0.2	---	U-3
24	Conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino	0.4	---	U-8,D-1
	Falta conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino	2.0	52.0	U-8,D-1
25	Sabe para que sirve la prueba del papanicolaou	2.0	52.0	U-8,D-1
	No sabe para que sirve la prueba del papanicolaou	0.4	---	U-8,D-1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

189-b

26	Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / 6 meses	10.0	90.0	U-8, D-1
	Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / desconoce	0.1	---	U-8, D-1
27	Mujeres que NO se realizan el papanicolaou	4.3	77.1	U-8, D-1
	Mujeres que se realizan el papanicolaou	0.2	---	U-8, D-1
28	Sabe que es el cáncer de mama / si	1.6	38.1	U-8, D-1
	Sabe que es el cáncer de mama / no	0.6	---	U-8, D-1
29	Sabe para que sirve la exploración de mama / si	5.6	60.0	U-8, D-1
	Sabe para que sirve la exploración de mama / no	0.1	---	U-8, D-1
30	Sabe como se realiza la autoexploración de mama / si	6.5	84.6	U-8, D-1
	Sabe como se realiza la autoexploración de mama / no	0.1	---	U-8, D-1
31	Motivo por el cual no se realiza la autoexploración de mama / falta de información	1.2	18.8	D-1
	Motivo por el cual no se realiza la autoexploración de mama / no tiene importancia	0.1	---	D-1
32	Se realizan la exploración de mama	4.8	79.2	U-8, D-2
	No se realizan la exploración de mama	0.2	---	U-8, D-2
33	Frecuencia con que acude al medico a realizarse la exploración de mama. Cada año / no acude	4.8	79.5	U-8, D-1
	Frecuencia con que acude al medico a realizarse la exploración de mama. Cada año / no sabe	2.0	50.0	U-8, D-1
	Frecuencia con que acude al medico a realizarse la exploración de mama. no acude / no sabe	2.4	58.3	U-8, D-1
34	Signos de alarma en las mamas / conocimiento correcto	1.8	47.1	D-1, DS-1
	Signos de alarma en las mamas / conocimiento incorrecto	0.5	---	D-1, DS-1
35	Motivo por que no se realiza el papanicolaou	0	---	D-1
36	Si detecta anomalías en sus senos a donde acude	0	---	D-1, DS-1
37	Si detecta alguna anomalía en sus genitales a donde acude	0	---	D-1, DS-1
38	Antecedentes familiares directos con cáncer de mama si / no	3.8	74.2	DS2
	Antecedentes familiares directos con cáncer de mama desconoce / si	2.0	50.0	DS2
	Antecedentes familiares directos con cáncer de mama desconoce / no	7.7	87.1	DS2
39	Antecedentes familiares directos con cancer cervico uterino si	1.4	31.0	DS2
	Antecedentes familiares directos con cancer cervico uterino / no	0.6	---	DS2
40	Ante la presencia de cancer lleva a cabo su tratamiento	0	---	DS3
41	Después del diagnóstico cambio su estilo de vida	0	---	DS4
42	Desea información sobre los riesgo que le puede ocasionar no realizarse la prueba del papanicolaou	0	---	D-1
43	Desea información sobre los riesgo que le puede ocasionar no realizarse la exploración de mama	0	---	D-1

189-C

Apéndice VIII  
**CRONOGRAMA DE OPERACIONES ESTRATEGICAS DEL  
 PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA  
 22 DE JUNIO AL 20 DE JULIO DEL 2001**

ESTRATEGIA	FAS	JUNIO					JULIO					JULIO					JULIO						
		22	25	26	27	28	29	2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20
1. CAPACITACIÓN A LOS RECURSOS DE SALUD	P	██████████																					
	O		██████████																				
	D											██████████											
	C											██████████											
	E							██████████															
2. ORGANIZACIÓN E INFORMACIÓN A LA COMUNIDAD	P	██████████																					
	O		██████████																				
	D											██████████											
	C											██████████											
	E							██████████															
3. ORGANIZACIÓN PARA LA SALUD	P	██████████																					
	O		██████████																				
	D											██████████											
	C											██████████											
	E							██████████															
4. DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LESIONES PRECURSORAS	P	██████████																					
	O		██████████																				
	D											██████████											
	C											██████████											
	E							██████████															

P=PLANEACIÓN  
 O=ORGANIZACIÓN  
 D=DIRECCIÓN  
 C=CONTROL  
 E=EVALUACIÓN

██████████ REALIZADO  
 ██████████ PROGRAMADO  
 △ AVANCE

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

Apéndice IX

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

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

EQUIPO	SECTOR	RESPONSABLE	PASANTES DE ENFERMERÍA
1	1	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	BOCARDO VALLADARES ALEJANDRA SUAREZ TÉLLEZ YOLANDA ALVAREZ GUERRA KARLA
2	2	I E O ELDA ÁGUEDA ESPEJEL GOMEZ	CASTILLO FLORE VERÓNICA HENANDEZ BAUTISTA MAGALI CONTRERAS GARCIA LEONARDO
3	3	DRA MA. DE LOS ANGELES LÓPEZ MADRID	GÓMEZ LÓPEZ CARMÉ NAVA RIVERA MAGDALENA AGUILAR SÁNCHEZ MIGUEL ANGEL
4	4	I S. IRMA GARCIA JIMÉNEZ	DAVILA PILOTZIN CHRISTIAN ELIZARRARAS MONROY TANIA GUZMÁN VILLEGAS YADIRA
5	5	E G ELBA SALCEDO SÁNCHEZ	CHAVEZ JURADO VERÓNICA GARCIA CASTILLO JONATHAN
6	6	E G. EDGAR J ROSAS C.	HERNÁNDEZ BERROCAL NELY MUÑOZ FLORES IERESA AGUILAR GUTIERREZ MARTHA
7	7	IAPS ROBERTO MARTÍNEZ ALVARADO	VERA MENESES ARTEMIZA ALFARO ALVAREZ JORGE LUIS

8	8	PSIC. ALICIA RIOS FLORES	BORJORGES CAMPERO MARTHA LÓPEZ FUENTES GUADALUPE
9	9	DR. FRANCISCO CÁRDENAS C	GÓMEZ MARTÍNEZ LISETH MONROY LUNA LAURA RICO VELÁSQUEZ
10	10	IAPS ROCIO I. MENDOZA GÓMEZ	DIAZ ANAYA MA. DEL C. REYES SÁNCHEZ MA. GUADALUPE ROSAS MARTÍNEZ LAURA
11	11	LIC IRMA ROSI ROSETE HERNANDEZ	VAZQUEZ MENDOZA YOLANDA ARELLANO CORTI
12	12	J. E. EMMA GRACIA AGUIRRE	DOMÍNGUEZ EDITH PÉREZ VERÓNICA SANTOS BARAJAS ALEJANDRA

SUPERVISAN: J E EMMA GARCIA AGUIRRE  
J E YOLANDA G. GUERRERO MARTÍNEZ  
LIC MARÍA DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL

**¡ ATENCIÓN !**

ApéndiceX

**¿ TE QUIERES ? ... ¿ CUÁNTO... ?**

**CUIDATE CONTRA EL CÁNCER, RECUERDA ES  
SILENCIOSO Y MORTAL**

**¡¡TE INVITAMOS !!**

**ASISTE AL MODULO DE SALUD PARA LA DETECCIÓN DE  
CÁNCER EN LA MUJER  
ES GRATUITO**

**LOS DÍAS 12, 13 Y 14 DE JULIO, DESDE LAS 9:00 HRS.  
EN LA COLONIA GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1**

Unos minutos



Una vez al año



Pueden salvar tu vida



**¡ TU FAMILIA TE NECESITA !**

**¡ ATENCIÓN !**

**¿ TE QUIERES ? ... ¿ CUÁNTO... ?**

**CUIDATE CONTRA EL CÁNCER, RECUERDA ES  
SILENCIOSO Y MORTAL**

**¡¡TE INVITAMOS !!**

**ASISTE AL MODULO DE SALUD PARA LA DETECCIÓN DE  
CÁNCER EN LA MUJERES  
ES GRATUITO**

**LOS DÍAS 12, 13 Y 14 DE JULIO, DESDE LAS 9:00 HRS.  
EN LA COLONIA GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1**

Unos minutos



Una vez al año



Pueden salvar tu vida



**¡ TU FAMILIA TE NECESITA !**

NEGRO ED VTTW  
FALLA DE ORIGEN  
TESIS CON  
NOO SISEL

# SOLO PARA HOMBRES



## PREVENCIÓN ES VIDA

Dos exámenes sencillos pueden prevenir la muerte por cáncer del cuello de la matriz o por cáncer mamario.

### Cáncer Mamario a tiempo

Examina tus senos una vez al mes, elige entre el 7o. y 10o. día después de tu menstruación; si ya no reglas, escoge un día fijo cada mes, observalos, pálpalos y conócelos.



### Detección del Cáncer del Cuello de la Matriz

¿Qué es?

Es un examen sencillo llamado papanicolaou que debe practicarse toda mujer. Consiste en estudiar en el microscopio células del cuello de la matriz.

¿Para qué sirve?

Para descubrir lo más pronto posible cualquier indicio de cáncer y tratarlo inmediatamente.

## ¿CUANDO DEBE EFECTUARSE?

Por lo menos una vez al año, desde el inicio de las relaciones sexuales o a partir de los 25 años



ISEM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA



# Abre los Ojos

## ¿QUE ES EL CANCER EN LA MUJER?

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



# Abre los ojos

Tu vida puede estar en peligro  
**CUIDATE**

---

Sigue los siguientes pasos que te ayudarán a salvar tu vida a tiempo

- 1.- Acude a tu Centro de Salud de tu colonia, a los Módulos de detección más cercanos. Los días 12,13 y 14 de Julio a partir de las 8:00 a.m.
- 2.- Realízate tu examen de detección de Cáncer de la matriz y de mama
- 3.- Piensa que los tuyos te quieren ver viva y sana
- 4.- Piensa en tus hijos...ellos no merecen quedarse solos
- 5.- Tu salud es muy importante



**ISEM**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



# QUE EL CANCER NO TE quite ESTA FELICIDAD CUIDATE

Muchas mujeres como tú, MADRES DE FAMILIA han perdido toda esta felicidad al no haberse informado a tiempo de la terrible enfermedad del CANCER DE LA MATRIZ O EL DE MAMA que acabo con sus vidas.

Ellas ya no disfrutan de la vida ni de su familia.

Ahora TU tienes la OPORTUNIDAD de realizarte el examen de detección acudiendo al Centro de Salud o a los Módulos de Detección los días 12, 13 y 14 de Julio a partir de las 8:00 a.m.



**SOLO UNOS MINUTOS PUEDE  
SALVAR TU VIDA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Tú eres muy importante  
para tus hijos... CUIDATE**



**ISEM**

**Si en verdad te importan  
Realízate el examen de detección del  
Cáncer de la Matriz y el de mama**

Acude a Centro de Salud más cercano a tu casa  
o a los Módulos de detección los días 12,13 y 14  
de Julio a partir de las 8:00 a.m.  
**SOLO UNOS MINUTOS PUEDEN CAMBIAR TU VIDA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

198

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

MANTIA ( LEYENDA )

TE INVITAMOS A QUE TE REALICES TU DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER  
EN LOS MÓDULOS INSTALADOS EN ESTA COMUNIDAD LOS DIAS 12, 13, 14 DE  
JULIO DE 2001 A PARTIR DE LAS 9:00 HORAS

EL CÁNCER ES CURABLE SI SE DETECTA A TIEMPO RECUERDA QUE UNOS  
MINUTOS, UNA VEZ AL AÑO PUEDEN SALVAR TU VIDA

¡ TU FAMILIA TE NECESITA!

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

PERIFONEO ( MENSAJES)

El Centro de Salud Chamizal y Centro Cívico 2 avisan a la comunidad que en estos momentos personal de la Secretaría de Salud, está entregando casa por casa: volantes, folletos cárteles que contienen información sobre el cáncer de la matriz y cáncer de seno por lo que agradecemos recibir esta promoción

El Centro de Salud Chamizal y Centro Cívico 2 le invitan a que asista a las pláticas de cáncer de la matriz y cáncer de seno, que se llevaran a cabo a las 10 y 12 horas Busca los anuncios en tu manzana dónde se te informa la dirección, allí el personal te espera.

Te invitamos a que te realices la detección oportuna de cáncer en los módulos instalados en el centro Cívico 2 y en los módulos de la calle Eucario López e Isidro Fabela los días 12, 13 y 14 de julio de 2001 a partir de las 9 horas  
El cáncer es curable si se detecta a tiempo Recuerda que unos minutos, una vez al año pueden salvar tu vida

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

PERIFONEO

CANCIÓN

A ti te dedico mi tiempo para hacerte tu historia, a ti mi mensaje mío señora, señora, a ti mi guerrera invencible, a ti luchadora incansable que no te des por vencida combate el cáncer.

A ti que me diste tu vida, amor y espacio, a ti que cargaste en tu vientre dolor y cansancio, a ti que peleaste con uñas y dientes valiente en tu casa y en cualquier lugar, porque no te acercas a mí para poderte ayuda

Tan sólo su nombre común nos anuncia tragedia su sola presencia anuncia la muerte y para no hacer tanto alarde eso de que tanto hablo es feo doloroso y grave su nombre es el cáncer

A ti dedico un mensaje de vida y salud quíete a ti misma señora, señora y para que no llegue la muerte asiste hoy mismo a consulta para que te pueda hacer la prueba del cáncer.



Apéndice XII

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

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS MATERIALES  
 ESTRATEGIA 2

EQUIPO	SECTOR	TRIPTICOS	DIPTICOS	CARTELES	VOLANTES	CINTA CANELA	CROQUIS	HOJAS DE CONCENTRADO
1	1	150	100	20	100	1	2	2
2	2	150	100	18	100	1	2	2
3	3	150	100	18	100	1	2	2
4	4	100	100	18	100	1	2	2
5	5	100	50	18	100	1	2	2
6	6	150	100	20	200	1	2	2
7	7	80	50	20	100	1	2	2
8	8	80	50	18	100	1	2	2
9	9	100	50	18	100	1	2	2
10	10	150	100	18	100	1	2	2
11	11	100	50	20	100	1	2	2
12	12	100	50	20	100	1	2	2
13		90	100	20	100	1	2	2
TOTAL	13	1500	1000	250	1400	13	26	26

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

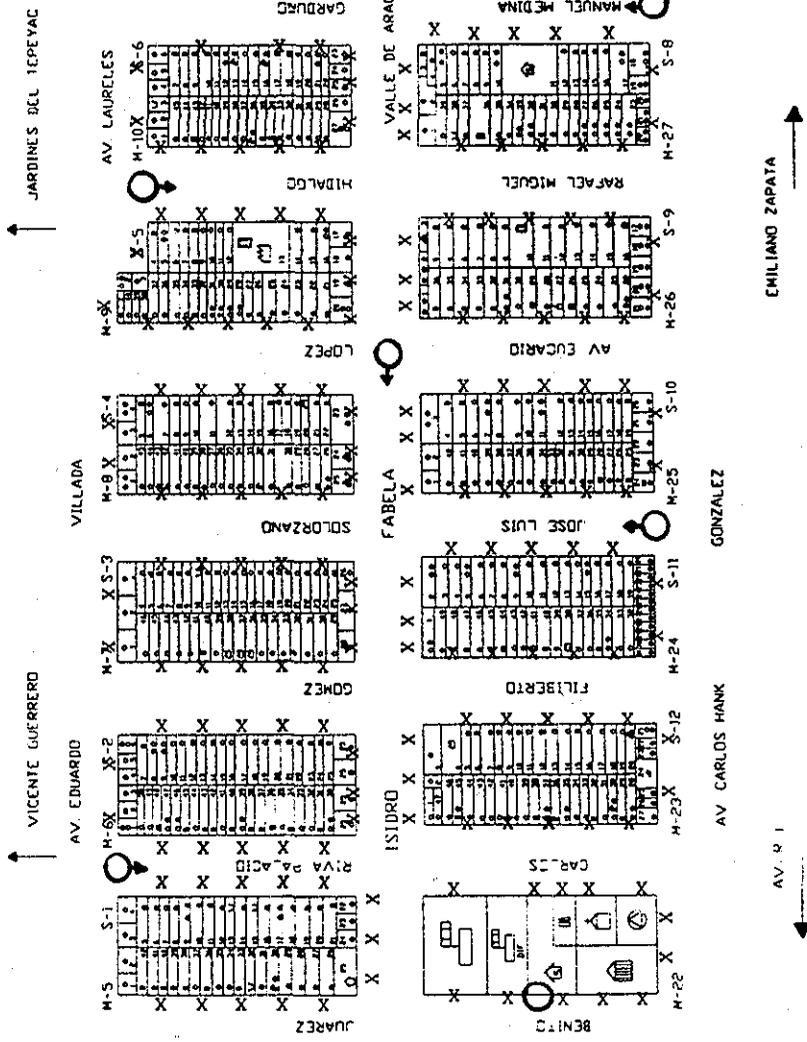
UBICACION DE CARTELES Y MANTAS

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

Apéndice XIII



- SIMBOLOGIA  
 ○ Calle  
 ⊕ Iglesia  
 ⊕ Votación  
 ⊕ Colegio  
 ⊕ Cines II  
 ⊕ Lechería  
 ⊕ Dispensario  
 ⊕ Escuela  
 ⊕ Desahisate  
 ⊕ Construcción  
 ⊕ Bodega  
 ⊕ Mercado  
 ⊕ Iglesia  
 ⊕ Taller  
 ⊕ Fábrica  
 ⊕ Bodega



TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



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

CONCENTRADO DE MATERIALES EDUCATIVOS POR SECTOR

FECHA: \_\_\_\_\_

SECTOR: \_\_\_\_\_

	PROGRAMADO	ALCANZADO	TOTAL
Familias			
Volantes			
Tripticos			
Carteles			
Dípticos			

COORDINADOR: \_\_\_\_\_

SUPERVISOR: \_\_\_\_\_