

3 00943



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 FORTALECER E INCREMENTAR LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO A UNIDADES DE SERVICIO DE LA MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I; CON EL FIN DE INFLUIR EN LOS FACTORES QUE PREDISPONEN AL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

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

PRESENTA:
LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de MÉXICO, D. F. 2002
Servicio Social



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 DESARROLLO, DIRIGIDO A FORTALECER
E INCREMENTAR LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO A UNIDADES
DE SERVICIO DE LA MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE
GUADALUPE I; CON EL FIN DE INFLUIR EN LOS FACTORES QUE
PREDISPONEN AL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.**

P R E S E N T A:

LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES

ASESOR:

LIC. E.S.P. GUADALUPE PÉREZ HERNÁNDEZ

... a la Dirección General de Bibliotecas de la
... a difundir en formato electrónico e impreso el
... ntenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Francisca
Hernández Flores

FECHA: 22-NOV-02

SIGNATURA: 22-NOV-02

ASESOR



L.E.O. E.S.P. GUADALUPE PÉREZ HERNÁNDEZ

CORRECTORA DE ESTILO



PROFRA. GRACIELA DOMINGUEZ B.
CÉDULA PROFESIONAL 1774043
TELÉFONO 57914390

AGRADECIMIENTOS

A quienes con su ayuda desinteresada colaboraron en este trabajo de investigación.

LEO. ESP. E. Guadalupe Pérez
Hernández
Coord. Enseñanza e Investigación de
Enfermería Jurisdiccional
MSP MC Juan Pablo Villa Barragán
MSP Sofia del C. Sánchez Piña
Dr. Roberto Serrano Agüeros
Jefe de Jurisdicción Sanitaria Ecatepec
Dr. Arturo Ríos Vázquez
Coordinador Normativo Jurisdiccional
MC Eduardo Valdez Quiroz
ENF. ESP. Esthela Lozano González
Dr. Rodolfo J. López Marmolejo
Psic. Alicia Ríos Flores

Enf. Elba Salcedo Sánchez
Jefe de Enf. Emma García Aguirre
Trab. Social. Irma García Jiménez
Dra. Ma. de los Angeles López Madrid
Jefe de enf. Martha Álvarez Chávez
TAPS. Roberto Martínez Alvarado
TAPS. Rocio I. Mendoza Gómez
Jefe de Enf. Yolanda G. Guerrero Martínez
Enf. Edgar J. Castillejos Rosas
Dr. Fernando Díaz
Citotecnologo. Victor Villaruel
Voluntaria. Patricia A. López Estrada

Al grupo de Enfermería, Pasantes en Servicio Social, CONALEP.

Aguilar Gutiérrez Martha
Aguilar Sánchez Miguel Angel
Alfaro Álvarez Jorge Luis
Álvarez Guerra Karla
Arellano Cortés Cinthia
Bocardo Valladares Alejandra
Bojorges Campero Martha
Castillo Flores Verónica
Contreras García Leonardo
Chávez Jurado Verónica
Dávila Pilotzin Christian
Díaz Anaya Ma. del Carmen
Dominguez Hernández Edith
Elizarraras Monroy Tania
García Castillo Jonathan
Gómez Martínez Lizeth

Gómez López Carmen
Guzmán Villegas Yadira
Hernández Bautista Magali
Hernández Berrocal Nelly
López Fuentes Guadalupe
Monroy Luna Laura Vanessa
Muñoz Flores Teresa
Nava Rivera Magdalena
Pérez Nieto Guadalupe Verónica
Reyes Sánchez Ma. Guadalupe
Rico Velásquez Gabriela
Rosas Martínez Laura Verónica
Santos Barajas Alejandra
Suárez Tellez Yolanda
Vázquez Mendoza Yolanda
Vera Meneces Artemiza

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	
1. Objetivos del estudio de caso	
1.1. Generales	3
1.2. Específicos	3
2. Fundamentación del estudio de caso	
2.1 Antecedentes	4
2.2 Marco conceptual	
2.2.1. Paradigma	7
2.2.2. Teoría de enfermería (Orem)	9
2.2.3. Otras disciplinas (Enfoque de riesgo)	20
2.2.4. Proceso de enfermería	29
2.3 Consideraciones éticas	39
3. Metodología	
3.1 Selección y descripción genérica del caso	41
3.2 Proceso de Intervención especializada	43
3.2.1 Valoración	44
3.2.2 Diagnóstico	78
3.2.3 Plan de Intervenciones	84
• Objetivo del plan de intervención	88
• Metas	89
• Análisis de factibilidad	90
• Organización	92

3.2.4. Ejecución de la intervención	108
3.2.5. Evaluación de la intervención	126
Conclusiones	136
Sugerencias	139
Glosario	141
Bibliografía	
 Anexos	
1. Mapa de México	
2. Mapa del Estado de México, proyección Ecatepec	
3. Mapa Jurisdicción Sanitaria de Chamizal	
4. Croquis de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe I	
 Apéndices	
1. Cédula de captación de datos	
2. Tablas (operacionalización de variables)	
3. Cuestionario (Orem)	
4. Lista de precisión	
5. Criterios de certificación	
6. Razones de momios en EPI INFO 6	
7. Cronograma de actividades	
8. Guión de sesiones educativas	
9. Lista control de asistencia	
10. Promoción, asistencia a sesiones educativas	
11. Cédula de estimación de conocimientos a unidades de servicio	
12. Ubicación de lugar, sesiones educativas	
13. Lista, organización de equipos para sesiones educativas	
14. Mensaje por perifoneo	
15. Lista control de trípticos, condones y cartillas de la mujer	

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

La segunda fase consistió en focalizar los principales factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino, asociándolos con la teoría del déficit de autocuidado de Orem. Lo anterior dio elementos para establecer el diagnóstico de enfermería, planear las actividades correspondientes (operaciones prescriptivas), y realizar una intervención de enfermería con cuatro estrategias concatenadas y simultáneas: 1ª capacitación al personal de salud, 2ª sensibilización de la población, 3ª educación para la salud y 4ª detección oportuna (toma de papanicolauo y exploración clínica de mama). Mismas que fueron evaluadas.

Cabe resaltar que las cuatro estrategias en sí formaron parte de **una intervención de enfermería**; por lo tanto, se describe la importancia de cada una de ellas. Sin embargo se hace énfasis en **educación para la salud** particularmente, por ser la estrategia donde se tuvo mayor participación y toma de decisión.

Con la finalidad de mostrar el impacto real de la intervención, cabe aclarar que en la etapa de evaluación, inicialmente se presenta la relacionada a la estrategia de educación para la salud y enseguida la evaluación general del caso. De igual forma, se presentan las conclusiones.

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

1.1 GENERALES

- 1.1.1 Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino de la población (a largo plazo), 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.
- 1.1.2 Fortalecer e incrementar la agencia de autocuidado de las unidades de servicio, a través de un sistema de apoyo educativo para influir en los factores predisponentes a cáncer cérvico uterino. Tercera de cuatro estrategias que componen la intervención de enfermería.

1.2 ESPECÍFICOS

- 1.2.1 Identificar los factores sociodemográficos y epidemiológicos de las familias que integran la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.
- 1.2.2 Determinar y priorizar los factores de riesgo asociados con desviación de la salud.
- 1.2.3 Establecer los **Diagnósticos** de Enfermería utilizando la teoría de Orem.
- 1.2.4 Diseñar un proyecto de intervención de enfermería orientado a disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer cérvico uterino en la zona de estudio, por medio de educación para la salud.
- 1.2.5 **Ejecutar** el proyecto de intervención de enfermería en educación para la salud.
- 1.2.6 **Evaluar** las estrategias de enfermería a corto, mediano y largo plazo.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL ESTUDIO DE CASO

2.1 ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

² Ibidem., p 554.

³ Programa Nacional de Salud 2001-2006. p 42.

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

Por otro lado, el programa de prevención y control de cáncer cérvico uterino, desarrollado por la Secretaría de Salud en el país, la edad promedio en la que se detectan las displasias es: leve, de 25 a 30 años, moderada, de 30 a 35 años y graves o cáncer in situ entre 35 y 45. La detección de mujeres positivas al cáncer microinvasor es más frecuente entre los 45 y los 50 años y al invasor de los 50 en adelante.⁵

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.⁶

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 Ca cu sigue siendo uno de los principales problemas de la salud pública en el país.⁷

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

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

⁶ *Ibidem.*, p 5.

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

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

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

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

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

⁸ MARTINEZ, Montañés. Op cit. p 8.

⁹ Ibid., p 8.

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

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Paradigma

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

Antes de abordar los elementos que constituyeron el paradigma del estudio de caso es conveniente resaltar la importancia de la **educación para la salud** como una estrategia de atención en Salud Pública. De este modo, comenzaremos por definir salud pública y reconocer sus funciones esenciales.

Definimos que **salud pública**, es la *ciencia y el arte de prevenir y determinar causas y efectos de la población; a través de la aplicación del método científico, epidemiología, estadística, administración, saneamiento básico y 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.* (Definición de grupo, prof. Juan P. Villa)

Desde hace algunos años se integró el concepto de la “Nueva Salud Pública” (aunque no tan nuevo, Hill-1913). Este concepto va más allá de la biología humana y reconoce la importancia de aquellos aspectos sociales de los problemas que son causados por los *estilos de vida*. En investigación opera como campo del conocimiento y como ámbito para la acción. De ahí que abarque dos aspectos principales de análisis: por un lado, el estudio epidemiológico de las condiciones de salud de las poblaciones; por el otro, el estudio de la respuesta social organizada a esas condiciones. (Frenk, Julio. La Salud de la Población, hacia una Nueva Salud Pública, 1993)

En cuanto a *Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)*, que se refieren a: 1) la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida; 2) el desarrollo y el fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud; 3) la generación de inteligencia en salud; 4) la atención de las necesidades y demandas en salud; 5) la garantía de la seguridad y de la calidad de los bienes y de los servicios relacionados a la salud y 6) la intervención sobre los riesgos y los daños colectivos a la salud. Obviamente estas prácticas requieren de la participación de los posgrados de salud pública, tanto en términos de la elaboración de las funciones y de la búsqueda de nuevos consensos sociales, como de sus implicaciones en sus labores de educación, investigación, asesoría y de intervención.

En 1996, la OMS definió aperturas de referencia para facilitar la identificación de las FESP. Ellas fueron: gerencia de información, protección del ambiente; promoción y **educación para la salud**; prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles; entre otras. (Funciones Esenciales de la Salud Pública, una perspectiva desde las prácticas sociales, OPS 1998) En realidad los elementos antes mencionados fueron la base que oriento la investigación de enfermería.

Retomando el papel de la educación y labor educativa en la población. La educación para la salud a finales del siglo XX deja de ser una transmisión de conocimientos científico-técnicos o conocimientos médicos minimizados de control de las enfermedades para convertirse en un proceso de interacción humana, mediado por la acción comunicativa en un diálogo de saberes, que integra el conocimiento y la lógica popular con el saber científico disciplinar, buscando la globalización de los conocimientos para que éstos puedan ser adaptados y aplicados a cada sujeto según sus particularidades.

La educación es un proceso permanente que se inicia desde que se nace hasta que se muere. Para que este proceso se articule con el ciclo vital humano, en donde van cambiando día a día las necesidades de cada persona y de cada grupo, es necesario ordenarlo y activarlo siempre desde las necesidades presentes y futuras de los sujetos.

- a. El diagnóstico de las necesidades de la población sujeto. Entendiendo como necesidad la falta de conocimiento o el desconocimiento de los factores protectores que conducen a conductas saludables.
- b. La construcción de un perfil educativo que se refiere a los contenidos o temas generadores de la problematización, reflexión y acción que debe darse entre los sujetos para incentivar la búsqueda de alternativas que deben darse para favorecer el cambio de comportamiento.
- c. El plan de acción que se refiere al desarrollo de actitudes y habilidades para transformar la cotidianidad hacia una cultura saludable.
- d. La evaluación y retroalimentación que permite la continuidad del proceso y la apropiación ante los nuevos comportamientos. (Fundamentos de Salud Pública, Blanco Restrepo J.)

Por ello es importante que la educación sanitaria llegue a todas las poblaciones. La educación en general continúa siendo un desafío en nuestro país, pero sobre todo la relacionada con la salud. Dado que la salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado.

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 aquellos que requieren la ayuda del sistema de cuidados a la salud.

El modelo teórico de Orem y su Teoría General de Enfermería sobre el Déficit de Autocuidado, contempla **la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría del Sistema de Enfermería**; la primera parte de que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Nos dice, que es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.¹¹

▪ Teoría del Autocuidado

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

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

- ⇒ **La conducta de autocuidado**, se ve afectada por el autoconcepto y por el nivel de madurez del individuo.
- ⇒ Está afectada por los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura.
- ⇒ Se ve afectada por el conocimiento de la salud científicamente derivado que posee la persona.
- ⇒ Se ve afectada por la situación en la constelación familiar.

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

⇒ Se ve afectada por los miembros de grupos sociales (amigos, compañeros de trabajo).¹²
«Una unidad de servicio de enfermería puede ser una unidad individual o multipersonal».¹³

▪ Requisitos de autocuidado

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

▪ Requisito de Autocuidado Universal

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

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

¹² Ibidem p 134.

¹³ Orem Op cit. p 328.

¹⁴ Orem, Op cit. p 141.

▪ **Requisitos de Autocuidado del Desarrollo**

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

Etapas específicas del desarrollo.

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

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

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

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

▪ **Requisitos de Desviación de la Salud**

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

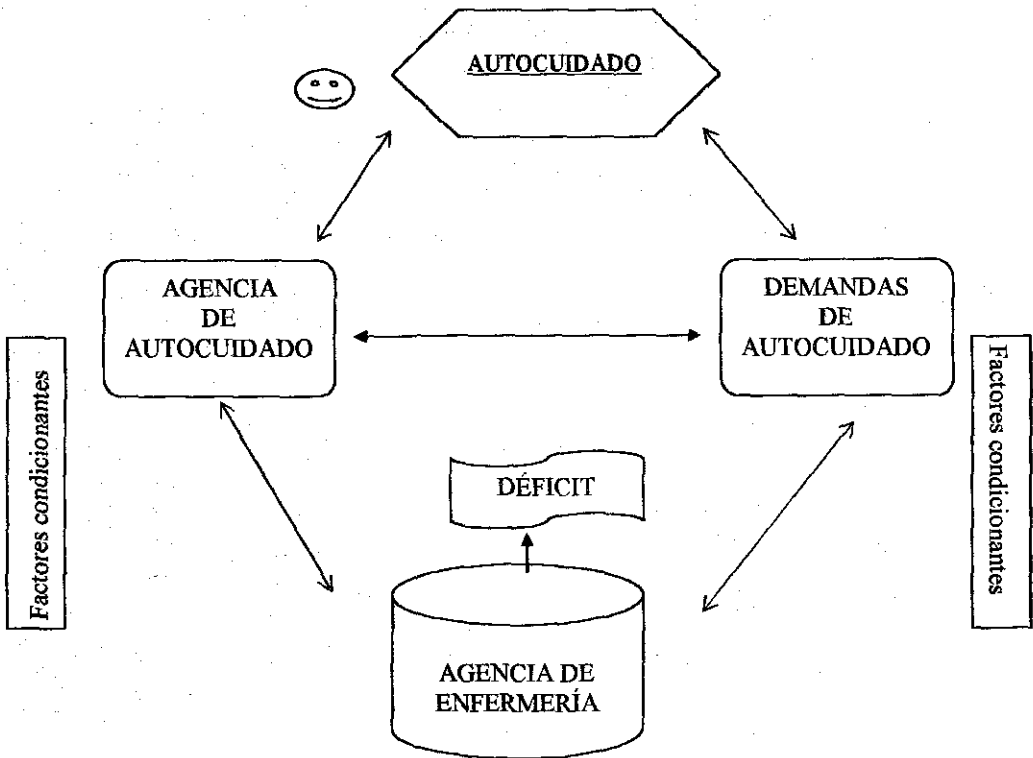
1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos.
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a la prevención o cuidado de la patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado.
4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
5. Modificar el autoconcepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitando de las formas específicas de cuidados de la salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo.¹⁵

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

¹⁵ Orem, Op cit. p 50-151.

*déficit de autocuidado en una población, los cuales dan pauta para la atención a problemas relacionados con la salud y no solo con la enfermedad.*¹⁶ Ver el siguiente esquema.

MARCO CONCEPTUAL DE LA TEORÍA DE OREM



¹⁶ Sánchez, P. Sofía. Diagnóstico de requisitos de autocuidado. México D.F. Proyecto de Investigación, Agosto 1996.p. 8

▪ 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. El autocuidado requiere de cualidades físicas e intelectuales altamente desarrolladas que no todo el mundo posee en todo momento.¹⁷

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

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

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

¹⁷ 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.

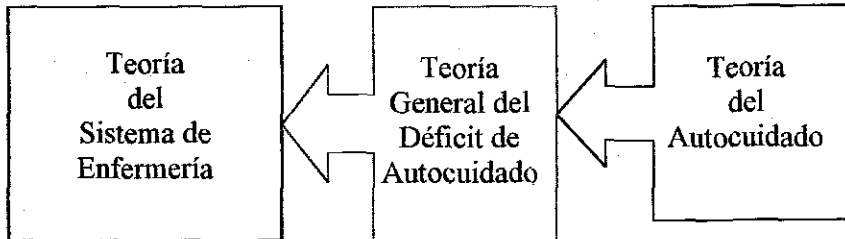
En el marco de la teoría del déficit de autocuidado, se contemplan los siguientes términos: **cuidado dependiente, agencia de cuidado dependiente y agente de cuidado dependiente.**

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 (enfermería), se refiere a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismos y de otros, algunos socialmente dependientes.

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

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



▪ Teoría del Sistema de Enfermería

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

Debido a que **“el AUTOCUIDADO es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo.”**¹⁸ Orem nos dice que: 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.

¹⁸ Orem, Op cit. p 182.

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

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

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

▪ **De apoyo educativo**

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

▪ **Totalmente compensatorio**

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

¹⁹ Orem, Op cit. p 80.

Métodos de ayuda utilizados por enfermería

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

Supuestos en la teoría general de enfermería de Orem

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

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

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

2.2.3 Teorías de otras disciplinas

Riesgo, enfoque y medición

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

Concepto de riesgo

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

Enfoque de riesgo

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

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

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

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

Estudios con enfoque de riesgo

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

- Revisión sistemática de la información existente sobre los problemas de salud para seleccionar prioridades de intervención.
- Estudios epidemiológicos del problema de salud seleccionado y de los factores de riesgo asociados, lo cual implica identificar factores de riesgo significativos, cuantificar el riesgo asociado a cada uno de ellos y desarrollar puntajes de riesgo que permitan referir apropiadamente a las familias que necesitan niveles de atención más complejos.
- Estudio de la organización y el funcionamiento del sistema de atención de salud existente para valorar su capacidad de incorporar una estrategia de intervenciones basada en este enfoque.

- Desarrollo de una nueva estrategia de salud basada en el enfoque de riesgo que emplee, en forma sistemática, los puntajes de riesgo elaborados con la información obtenida, en los puntos anteriores.
- Evaluación de campo de la nueva estrategia de atención a la salud (impacto de intervenciones).

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

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

Criterios de Riesgo y Calificación Familiar

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

Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 1997.

Clasificación por riesgo

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

Fuente: IBIDEM.

Factor de riesgo

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

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

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

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

²¹ Álvarez, Manilla J.M. Manual de Atención Programada por Enfoque de Riesgo. Salud pública; Méx. 1988, p 9.

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

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

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.

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

²² Álvarez Manilla, Op. Cit, p 9.

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.

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

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

Razón de probabilidad (OR)

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

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

a	b
c	d

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

Aplicación del enfoque de riesgo

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

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

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

Daños a la salud

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

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

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.

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

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

Morbilidad

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

Fórmula:

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

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

Mortalidad

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

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

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

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

²⁶ Colimon, OP cit. p 47.

Tasa

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

Fórmula:

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

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

2.2.4 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.²⁷ 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.

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

- 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.

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

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

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

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

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

²⁸ Ibidem. Pag. 129

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁹ *Ibidem*, p 130.

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

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

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

Sin embargo, para establecer un consenso sobre una pertinente clasificación de los diagnósticos de enfermería, a nuestro juicio, es necesario la utilización de un marco conceptual apropiado para establecer dicha clasificación, ya que uno de los mayores problemas que se pueden dar en su aplicación es la inoperancia de los diagnósticos que no

correspondan con los postulados del **modelo teórico enfermero** que elijamos para llevar a cabo una intervención concreta.

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

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

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

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

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

- **Documentación del plan.** Finalmente todas las decisiones tomadas durante la planificación 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 se 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 se 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.

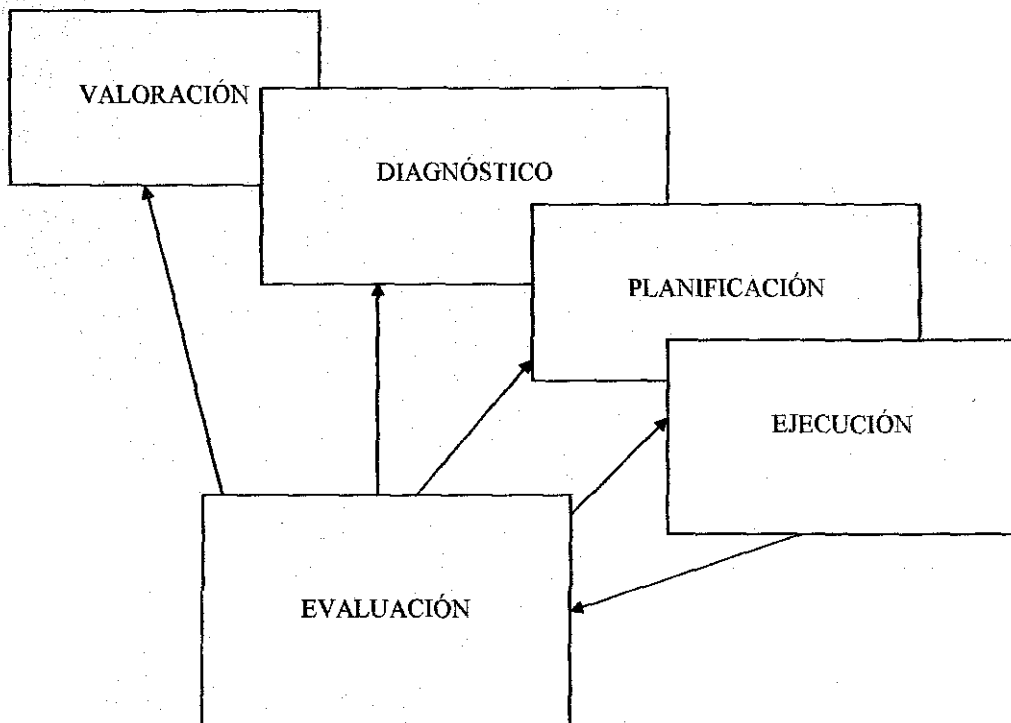
La etapa de planificación y ejecución también se relacionan entre sí, ya que con frecuencia empiezan a poner en práctica acciones de enfermería antes de haber completado la fase de planificación.

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, los beneficios y la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración relacionadas con la investigación.

En cada *ítem* se dio a la mujer la libertad de contestar las preguntas, se ofreció la seguridad de la confidencialidad de la información, dándoles la opción de anotar su nombre si lo consideraban conveniente. En relación a los resultados, las investigadoras se reservan el derecho de publicación de datos de identificación de todas aquellas mujeres detectadas con Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) y Cáncer cérvico uterino.

La investigación no implica riesgos para la población en estudio dado que emplea técnicas y procedimientos comunes, pero sí beneficios a través de la valoración focalizada que llevo a las investigadoras a determinar el déficit de autocuidado. Lo anterior se sustenta 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.³⁰

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

3. METODOLOGÍA

3.1 Selección y descripción genérica del caso

Para determinar la zona de estudio se realizó un taller de Priorización de Daños en donde participaron Jefes de Enfermeras de Centro de Salud y Médicos de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec; se inició el taller considerando las diez primeras causas de mortalidad del grupo de edad productiva del año 1999:

PADECIMIENTO	TASA*
1. Tumores malignos	20.93
2. Diabetes Mellitus	20.31
3. Enfermedades del Corazón	18.99
4. Cirrosis y otras	17.48
5. Accidentes	11.83
6. Agresiones (homicidios)	11.04
7. Enf. Cerebro Vascular	6.00
8. Neumonía e Influenza	6.00
9. Nefritis	5.00
10. Enf. VIH	4.33

*Tasa por 1000 habitantes de edad específica.

Se establecen puntuaciones para cada componente y después cada participante del taller califica a cada uno de los problemas por la magnitud del problema, la severidad del problema, eficacia de solución del problema y la factibilidad de intervención del problema para Salud Pública, a través del método de Hanlon. Ver el siguiente cuadro

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PRIORIZACIÓN DE DAÑOS

DAÑO	A MAGNITUD	B SEVERIDAD	C EFICACIA	D FACTIBILIDAD						TOTAL
				Pertinencia	Económica	Accesibilidad	Disponibilidad de Recursos	Legalidad	Sostenibilidad	
PAROCARDIO-RESPIRATORIO	2	5	5	0	0	1	0	1	2	95
DIABETES MELLITUS	7	8	15	1	1	1	1	1	5	215
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	2	5	5	1	1	1	0	1	4	115
CÁNCER CERVICU-TERINO	9	10	15	1	1	1	1	1	5	255
CÁNCER DE MAMA	9	10	15	1	1	1	1	1	5	255
CÁNCER OTRAS CAUSAS	8	10	1	1	0	1	0	1	3	22
ACCIDENTES	6	5	5	1	0	1	0	1	3	145
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.

En donde se obtiene que el problema a intervenir es la Diabetes Mellitus; intervenido en el año 2000 por salud pública; el cual esta en proceso de evaluación. El siguiente daño por orden de importancia son tumores malignos en general; sin embargo, de acuerdo a la factibilidad de intervención se da prioridad a las patologías de ca cu y ca de mama.

Al realizar ajuste de tasas por Coordinación Municipal, para identificar la microrregión con mayor incidencia por estas causas; la comunidad de Granjas Valle de Guadalupe I, perteneciente a la Coordinación Municipal de Salud (COMUSA) de Chamizal fue elegida, ya que se encontró una tasa de mortalidad de 3.2 por cáncer cervicouterino. Los certificados de defunción fueron la evidencia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

De acuerdo con la teoría de Orem, se inicio con la etapa de valoración, que para este caso se dividió en dos fases: la primera alude a la valoración extensa y la segunda se refiere a la valoración focalizada.

En la valoración extensa se realizo con la finalidad de conocer los factores sociodemográficos y epidemiológicos propios de la comunidad Granjas Valle de Guadalupe 1, por medio de un Diagnóstico de Salud Integral. El instrumento fue una cedula de captación de datos, que tomo como referente la tarjeta de visita familiar modificada. (Apéndice 1)

El Diagnóstico de Salud permitió conocer los daños reales sentidos y expresados por la comunidad, además de comprobar el daño priorizado -cáncer cérvico uterino- fueron detectados otros más, los cuales también fueron priorizados, esta vez por medio de una parrilla de análisis.

La segunda fase de la valoración considero la teoría de Orem para conocer los requisitos de autocuidado que influyen en el déficit de autocuidado asociado a Ca cu; de esta forma se originó el diagnóstico de enfermería, se elaboro el plan de intervención, además de ejecutarlo y evaluarlo respectivamente.

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 la teoría de Orem y las etapas del proceso enfermero; además de concretar la importancia del enfoque de riesgo.

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. Dado que todas las decisiones y actividades se basan en la información reunida durante esta fase, como: obtención, validación,

organización de los datos, e identificación de los modelos.³¹ Descrito en términos Orem se trata de una **operación tecnológico- profesional diagnóstica**.

Como ya se menciona anteriormente la valoración se dividió en dos fases: una extensa o exhaustiva y otra focalizada. Clave única y eficaz para la intervención de enfermería.

3.2.1 Valoración Extensa

La valoración extensa dio origen al diagnóstico de salud integral de la microrregión de estudio. Importante es mencionar que el Municipio de Ecatepec, Estado de México, cuenta con una gama de características que lo hacen muy especial; ya que un gran porcentaje de familias son emigrantes de los diferentes estados de la república, su territorio en materia de salud se divide en microregiones; de las cuales la colonia Granjas Valle de Guadalupe I, forma parte de este estudio.

Iniciaremos con la descripción del Estado de México y Municipio de Ecatepec.

Dentro de la República Mexicana, El Estado de México se localiza en la zona centro sur, y cuenta con 122 municipios; por ser un área de colindancia con la Ciudad de México, tiene mayor concentración de población en la periferia del área metropolitana, siendo Ecatepec una de las zonas de mayor concentración poblacional, aproximadamente de nueve mil habitantes por km². (Anexo 1y 2)

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

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.

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

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

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

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

La economía de Ecatepec es activada por más de tres mil empresas entre grandes, medianas y pequeñas. Las empresas de mayor relevancia, tanto para las divisas que generan como por el número de personas a las que brindan ocupación; además de la

actividad industrial se enfrenta a un problema más importante, que es el establecimiento de asentamientos humanos en las mediaciones de las factorías, lo que representa un problema latente para esas personas, ya que existen industrias que manejan productos químicos y materias primas de empleo delicado.³²

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

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

Datos Geográficos.

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

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

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

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

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

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.

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 ecatepeces.

DESCRIPCIÓN DE LA MICRORREGION DE ESTUDIO

La coordinación municipal de Chamizal tiene aproximadamente 35 años de existencia, 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 3)

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".

Dando origen a un crecimiento urbano importante, demandante de servicios públicos y de salud por su complejidad.

El equilibrio salud-enfermedad en esta comunidad es tan incierto como su dinámica, ya que se modifica conforme se mueve. La microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, se conforma de 13 sectores o manzanas, se estima 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.

La microrregión tiene 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. A continuación se presenta la ficha de identificación de la microrregión, así como los principales resultados obtenidos del diagnóstico de salud integral.

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: *12*

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: 913 Hb.

* Población sin seguridad social: 2085 Hb.

13. Densidad de la población:

es de 17 Hb. x m².

14. Población por grupo etáreo:

Cuadro 1. "Distribución de la población por grupo de edad y sexo". Ver pirámide poblacional.

15. Promedio por familia:

Es de 4.5

De acuerdo a su importancia los siguientes cuadros presentan los principales resultados obtenidos del diagnóstico de salud integral.

Cuadro 1

Distribución de la población por grupo de edad y sexo

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

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

De 2998 habitantes en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe, se observó que el grupo de edad con mayor población son los menores de edad entre 1y 14 años con 32 % (946), correspondiente a 171 hombres y 185 mujeres. Esto indica una mayor atención de los servicios de salud en preescolares, escolares y adolescentes. El grupo etáreo de 25 a 29 años prevaleció en un 11% (332); La población con más de 60 años de edad representa el 6% (176) y los niños menores de 1 año sólo el 3% (77).

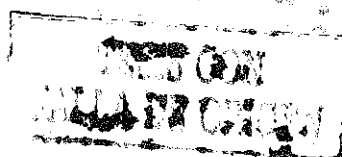
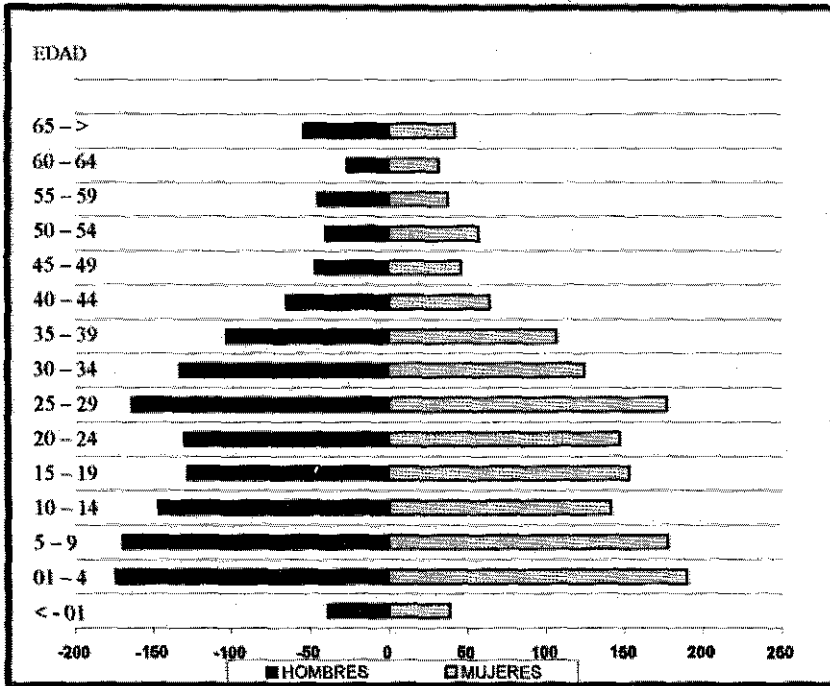


Gráfico 1. Pirámide poblacional de la microrregión Graujas Valle de Guadalupe I. (2001)



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

Distribución de la población por grupos de edad, en este caso por quinquenio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. EDUCACIÓN

Número de escuelas existentes: Dos primarias

El cuadro 2 muestra el nivel escolar que tuvieron los habitantes de la microrregión.

Cuadro 2

Nivel escolar de los habitantes de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.

Nivel Escolar	Fr.	%
Analfabeta	78	3
Primaria incompleta	238	9
Primaria completa	876	33
Secundaria completa	764	29
Bachillerato / carrera técnica	386	15
Licenciatura incompleta	84	3
Licenciatura completa	37	1
No contestaron	194	7
TOTAL	2557	100

Fuente: Ibidem

Fueron 2557 habitantes que se captaron con un propable nivel escolar, de estos el 33 % (876) tuvo primaria completa; el 29% (764) secundaria completa; el 3% (78) es analfabeta y el 7% (194) no contestaron a esta pregunta.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

IV. OCUPACIÓN E INGRESO FAMILIAR

- Ocupación

Cuadro 3

Ocupación de los habitantes de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.

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

El cuadro muestra la distribución por ocupación que revelaron los habitantes, donde el mayor porcentaje se ubicó en el hogar 32% (622); empleados y comerciantes fueron el 13% (258), "por su cuenta" el 9% (173) - se consideró "por su cuenta" a todas aquellas personas que trabajan de forma independiente - el 1% (20) se reportaron como desempleados.

- Características del ingreso económico por familia. Cuadro 4.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 4

Ingreso Familiar de los habitantes de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.

Ingresos	Fr	%
A. Menos de un salario mínimo	80	11
B. De 1 a 2 salarios mínimos	431	61
C. De 3 a 4 salarios mínimos	124	18
D. De 5 a 6 salarios mínimos	33	4
E. Más de 7 salarios mínimos	45	6
TOTAL	703	100

Fuente: Ibidem,

Para el cálculo del ingreso por familia se consideró el salario mínimo vigente en el Estado de México (\$40.35). Por los datos obtenidos el ingreso familiar diario con mayor porcentaje fue entre 1 y 2 salarios mínimos, lo que equivale a \$40.35 y \$80.75 respectivamente; más de 7 salarios mínimos al día solo el 6% (45), se considera que predomina la clase media baja.

* Salario Mínimo, Estado de México \$ 40.35 (Comisión Nacional de Salarios Mínimos)

V. SANEAMIENTO DEL MEDIO

- Características de las viviendas. Cuadro 5.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 5

Características de las viviendas de los habitantes de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.

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

El cuadro presenta las características de las viviendas que se observaron durante la recolección de la información, la mayoría no representaron deficiencia en estructura. Se observó principalmente descuido en higiene ambiental y de la vivienda.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Principales problemas de contaminación.

ORIGEN	PROBLEMA
-BASUREROS	-Familias que se dedican a la actividad comercial de pepenadores y que utilizan la calle para la recolección de basura -Obstrucción de la vía pública con vehículos recolectores de basura.
-HECES FECALES	-Cuenta con tres establos, ganado porcino, caprino y aves de corral (gallinas, guajolotes y patos) -Generan fauna nociva -Generan contaminación ambiental
-AGUA	-Escasez, abastecimiento en tinacos, tambos y/o cisternas sucias.

Fuente: Guía de observación

- Características del agua de consumo humano: Un 81 % consume agua de garrafón, el 27 % hierve el agua o la clora; y un 2 % no le da ningún tratamiento.

VI. VACUNACIÓN

Cuadro 6.1. Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año de la Microregión Granjas Valle de Guadalupe I.

Esquema de Vacunación	Fr.	%
A. Esquema completo menores de 1 año	55	71
B. Esquema Incompleto menores de 1 año	22	29
Total	77	100

Fuente: Ibidem

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 6.2 Cobertura de vacunación en niños de 1 a 5 años de la microrregion Granjas Valle de Guadalupe I.

Esquema De Vacunación	Fr.	%
A. Esquema Completo 1 a 4 años	255	86
B. Esquema Incompleto 1 a 4 años	42	14
TOTAL	297	100

Fuente: Ibidem

Los cuadros 6.1 y 6.2 muestran el esquema de vacunación que tienen los niños menores o igual a cuatro años. Los porcentajes representativos a esquemas incompletos de vacunación son significativos a pesar de los programas de vacunación en nuestro país.

- Otros recursos para la salud existentes en la microrregión.

Hospitales y Clínicas en la microrregión y dentro de la Jurisdicción

R.S.O.	ATENCIÓN	ISOCRONOS	DIRECCION
1. Cívico 2	1 er. Nivel	5'-20' Caminando	Av. Benito Juárez Col. Granjas Valle de Guadalupe 1
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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Seguridad Social de las familias.

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

Cuadro 7. Seguridad Social de las Familias de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.

Tipo De Seguridad	Fr.	%
Con Seguridad IMSS - ISSSTE - SEDENA	1036	35
Sin Seguridad SSA - Particular - Ninguno	1962	65
Total	2998	100

Fuente: Ibidem

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

- Nutrición.

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

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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Clasificación de enfoque de riesgo por familia

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.

Cuadro 8

Clasificación de Riesgo por Familia en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.

Clasificación del riesgo	Fr.	%
Riesgo 1	321	41
Riesgo 2	96	12
Riesgo 3	290	38
Riesgo 4	76	9
Total	783	100

Fuente: Ibidem

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

- 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. Cuadro 9.

Cuadro 9

Tiempo de última toma del papanicolaou en las mujeres de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I

Tiempo de última toma de papanicolaou	Fr.	%
A. Menos de 1 año a 3 años	346	34
B. Más de 3 años - Nunca - No contestó	668	66
Total	1014	100

Fuente: Ibidem

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. El 66 % (668 mujeres) con más de tres años o nunca se han realizado el papanicolaou.

VII. MORBILIDAD

Con el fin de analizar las patologías de la Microrregión, hasta el momento del estudio se encontraron 420 enfermos; y se clasificaron por grupo etáreo con las siguientes tasas. Cuadro 10.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 10

Morbilidad General en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.
(Enero 1997 – Marzo 2001)

Enfermedades	Fr.	Tasa
1. Gripe	164	54.7
2. Diabetes	71	23
3. Hipertensión	56	18.6
4. Hipertensión Y Diabetes	15	5.0
5. Miopía	13	4.3
6. Asma	6	2
7. Epilepsia	5	1.6
8. Cardiopatía	7	2.3
9. Virus Papiloma Humano	3	1
10. Cáncer	5	1.6
11. Otros	75	25

Fuente: Ibidem

Las patologías crónicas constituyen un problema cada vez más importante a medida que la esperanza de vida de la población aumenta. Sobresale Diabetes Mellitus con una tasa de 23 por 1000 habitantes.

* Tasa total de población 2000 hasta el momento del estudio marzo 2001

VIII. MORTALIDAD

Los diagnósticos referidos por la comunidad sobre las muertes en los últimos cinco años, fueron clasificadas de la siguiente forma basándonos en el total de 44 defunciones (enero 1997 – marzo 2001). Cuadro 11.

Cuadro 11

Tasa de Mortalidad General en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe L.
(1997- Marzo 2001)

Causa de mortalidad	TOTAL DE CASOS	TASA
1. Paro Cardiorrespiratorio	10	33
2. Diabetes Mellitus	6	2
3. Insuficiencia Respiratoria	3	1
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	0.6
9. Insuficiencia Renal	2	0.6
10. Otros	9	3

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

Tasa por 1000 habitantes

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

X. RED DE ANÁLISIS FACTORES DE RIESGO

La priorización de necesidades se realizó de acuerdo a **parrilla de análisis**, 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 papanocolaou	1	Salud Pública
Nunca se han explorado las mamas	9	Salud Pública
Menores de 5 años que no tienen la aplicación de flúor	13	Jurisdicción Sanitaria
Vacunación incompleta en menores de 5 años	1	PROVAC
Perros no vacunados	1	PROVAC
Población sin ningún servicio de salud	4	Jurisdicción Sanitaria

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

En conclusión, la peculiaridad de esta población establece una área suburbana concentrada que hace una mezcla de subdesarrollo, en donde predomina la clase media baja, las viviendas se caracterizan por ser de concreto y piso de cemento con calles bien delimitadas; cuenta con servicios públicos y accesibilidad a ellos; demográficamente cuenta con 2998 habitantes de los cuales el 49 % son hombres y el 53% son mujeres, el total aproximado de familias registradas a la fecha es de 738; la distribución de la población por grupo etáreo se concentra en los menores de edad; lo cual sigue siendo la base piramidal de esta población y de nuestro país.

En su gran mayoría, la población masculina tiene como principal actividad económica el ser empleado, comerciante, o trabajar “por su cuenta” (carpinteros, mecánicos, choferes, etc) y casi el total de la población femenina se dedica al hogar; su nivel educativo en ambos casos es básico y medio básico; situación que lleva a encontrar un estilo de vida con bajos conocimientos de salud de, manifestado en su vida diaria por los hábitos y costumbres que predominan.

Situación que lleva a la presencia de riesgos y daños a la salud en la población, manifestado por la frecuencia de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino y mamario en las mujeres de 18 años y más; problema de salud que forma parte de las estadísticas nacionales.

3.2.1.1 Valoración Focalizada

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

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

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

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

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

¿Cuáles son los factores causales (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?.

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

El objetivo fue conocer los factores causales que influyen en el Déficit de autocuidado de los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud, asociados al Cáncer Cérvico Uterino en las mujeres 18 años y más, que residen en la microregión Granjas Valle de Guadalupe I, de la Coordinación Municipal de salud Chamizal, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México.

La hipótesis con óptica de la teoría Orem:

“**La insatisfacción de los requisitos de autocuidado**, universales, de desarrollo y desviación de la salud **influyen** en la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino, en las mujeres de 18 años o más de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, de la Coordinación Municipal de Salud Chamizal de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México”.

METODOLOGÍA

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

Dependientes:

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

Independientes:

Deficit 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.
- **Deficit de autocuidado:** *Requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud no satisfechos.*

Criterios de selección

Inclusión

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

Exclusión

- ✓ Ausentes (más de 3 visitas)
- ✓ Cédulas incompletas (llenado inadecuado)

Eliminación

- ✓ Renuentes

Selección de la muestra

Tamaño de la muestra

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

Fórmula

$$\frac{n^2 = n_0}{1 + n_0 / N}$$

Donde:

N = tamaño del universo

n = tamaño de la muestra

n_0 = tamaño de la población

1 = Constante

Sustitución:

N = 2998

$n^2 = X$

$n_0 = 922$

$$n^2 = 922 = \frac{922}{1 + 922} = \frac{922}{1 + 0.3075} = \frac{705}{1.307} = \sqrt{\quad} \quad \text{26.6}$$

Muestra determinada a 27 unidades

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

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

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

Los **casos**: dos casos de mortalidad por Ca cu y seis casos de morbilidad. Las fuentes de información utilizadas fueron las historias clínicas y certificados de defunción.

Los **controles**: De un total de 992; mujeres de 18 años o más, que no presentaron la enfermedad

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 tuviera las mismas probabilidades de ser seleccionada.

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 con la teoría del déficit de autocuidado de Orem). Apéndice 2.

El instrumento, un cuestionario de 43 *ítems* (apéndice 3) acorde a los requisitos de autocuidado universal, del desarrollo y de desviación de la salud dirigido a las unidades de servicio.

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).

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

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

Proceso de captura

Las cédulas que se aplicaron 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 hubiera duda de un probable error derivado durante la etapa de captura de la información. Ver tabla 1

TABLA 1. SABANA DE CONCENTRACION DE DATOS

Fo- llo	Sect or	Ocupación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	Hogar	A	B	A	B	X	B	X	B	B	A	C	A	A	D	A	D	B	X	B	A	A	B	A	F	B	B	B	B	A	B	D	A	A	B	B	B	X	X	A	A																																																																											
2	1	Hogar	C	B	B	A	X	B	X	B	B	A	B	A	B	A	D	A	B	A	B	A	C	B	A	A	B	A	B	A	C	B	A	B	C	D	B	X	B	B	X	X	A	A																																																																									
3	1	Comerciante	B	B	C	A	X	A	G	B	D	B	B	A	A	B	A	D	A	C	B	X	B	A	A	B	A	A	A	B	A	A	B	B	E	B	X	B	B	B	X	X	A	A																																																																									
4	1	Comerciante	A	B	B	A	X	A	F	B	B	B	B	B	B	A	D	A	C	B	X	B	A	A	B	A	A	B	A	A	B	A	A	B	B	D	B	F	B	B	B	X	X	A	A																																																																								
5	1	Costurera	C	B	B	A	X	B	X	A	B	B	B	B	B	A	D	A	D	B	X	B	B	A	A	A	B	C	A	A	B	B	B	D	B	F	B	B	B	X	X	A	A																																																																										
6	1	Hogar	B	B	B	A	X	A	A	B	B	B	C	A	A	B	A	D	B	X	B	A	A	B	B	B	A	B	B	A	B	B	C	X	B	B	B	B	X	X	A	A																																																																											
7	1	Hogar	B	B	C	A	X	A	D	B	B	B	D	A	A	B	A	A	B	C	A	B	A	B	A	B	B	B	B	B	B	B	B	D	B	C	B	B	B	X	X	A	A																																																																										
8	1	Hogar	B	B	C	A	X	B	X	B	A	B	A	B	B	C	A	B	X	A	B	B	C	A	B	A	A	B	B	B	B	A	B	D	C	A	B	B	B	X	X	A	A																																																																										
9	1	Hogar	C	B	C	A	X	A	B	A	B	B	B	B	A	D	A	C	B	X	B	A	C	B	A	F	B	A	B	B	B	B	D	B	F	B	B	B	A	X	X	A	A																																																																										
10	1	Hogar	C	B	C	A	X	B	X	A	B	A	B	B	B	D	D	X	X	B	X	B	A	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	A	C	A	X	B	B	B	A	A	A	A																																																																								
11	2	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z																																																																								
12	2	Comerciante	C	B	B	A	X	A	D	B	B	B	D	A	B	B	A	B	B	X	B	C	A	B	B	D	A	B	B	B	B	B	D	B	X	B	B	B	X	X	A	A																																																																											
13	3	Hogar	C	B	C	A	X	A	C	B	A	B	C	B	B	A	D	A	D	B	X	B	C	B	B	B	A	B	B	B	X	A	D	A	X	A	B	D	C	X	B	B	B	X	X	A	A																																																																						
14	3	Obrera	A	B	C	A	X	B	X	B	B	B	A	A	B	D	D	X	X	C	A	B	B	X	B	A	F	B	B	B	B	C	B	D	C	C	B	B	B	X	X	A	A																																																																										
15	4	Hogar	A	B	B	A	X	B	X	A	B	A	A	C	B	A	D	A	C	B	X	B	A	C	B	A	A	A	A	B	A	B	A	B	D	A	X	B	B	B	X	X	A	A																																																																									
16	4	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z																																																																							
17	4	Comerciante	B	B	C	A	X	A	A	B	B	B	A	A	B	B	A	A	A	A	B	C	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	D	C	X	B	B	B	X	X	A	A																																																																							
18	4	Hogar	C	A	B	A	X	B	X	B	A	B	C	B	B	B	A	D	A	D	A	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	X	B	E	A	G	B	B	B	X	X	A	A																																																																										
19	5	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																																																						
20	5	Hogar	C	B	C	A	X	A	D	B	B	B	A	C	B	B	A	A	A	C	B	B	B	X	B	A	F	B	A	B	B	A	B	F	B	F	B	B	B	X	X	A	A																																																																										
21	5	Hogar	D	A	A	B	B	X	X	A	B	B	A	A	B	A	B	A	D	B	X	B	A	A	B	A	A	A	B	B	B	A	B	F	B	X	B	B	D	A	A	A	A																																																																										
22	5	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z																																																																						
23	5	Hogar	E	B	C	B	C	X	X	B	D	B	B	D	A	C	B	B	X	B	A	C	B	A	B	A	B	B	B	A	C	E	C	X	B	B	B	X	X	A	A																																																																												
24	5	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W																																																																						
25	6	Hogar	A	A	A	B	X	B	X	B	B	A	A	B	B	A	D	A	C	B	X	B	C	A	B	B	B	B	B	A	B	D	B	A	B	B	B	X	X	A	A																																																																												
26	6	Hogar	E	B	C	B	B	X	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	C	B	X	B	C	A	B	B	B	B	B	B	B	B	D	C	C	D	B	B	X	X	A	A																																																																											
27	6	Domestica	C	B	B	A	X	B	X	A	D	B	A	B	B	B	A	D	A	C	B	X	B	A	A	B	B	B	A	B	D	C	X	B	B	B	X	X	A	A																																																																													
28	7	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																																																						
29	7	Obrera	B	B	B	A	X	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	D	A	C	A	B	B	A	F	B	B	A	B	D	C	G	D	D	B	B	X	X	A	A																																																																											
30	7	Mesera	C	A	B	A	X	A	D	A	B	B	B	B	B	B	A	A	C	B	X	B	A	A	A	B	A	A	A	A	X	B	F	A	X	B	B	B	X	X	A	A																																																																											
31	7	Hogar	C	B	B	A	X	B	X	A	A	D	A	B	B	A	A	D	A	A	A	E	B	A	C	A	A	B	B	B	B	F	A	X	B	B	B	X	X	A	A																																																																												
32	8	Hogar	D	B	C	B	B	X	X	A	B	B	B	B	B	B	B	A	A	B	A	B	A	A	B	A	A	B	A	A	B	C	B	X	C	A	X	X	A	A																																																																													
33	8	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																																																					
34	8	Hogar	D	B	C	B	B	X	B	B	B	D	A	B	B	A	A	A	C	B	X	B	A	C	B	B	A	A	A	A	X	A	C	A	X	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																																																																				

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Para mayor precisión se registraron las respuestas contenidas en la sábana de datos de déficit de autocuidado y se compararon con las respuestas de la fuente primaria (cédula de captación de datos de déficit de autocuidado para cáncer cervicouterino y mamario). Como se puede observar en el cuadro de verificación de criterios de certificación (apéndice 5).

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

Del total de esta población se entrevistaron a 42 mujeres, tres se encontraron ausentes (tres visitas), cuatro renuentes y una unidad multipersonal sin mujeres. (Sábana de concentración de datos).

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

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

Se realizó asociación por momios utilizando el paquete EPI-INFO-6, el cual reportó la probabilidad de riesgo y validación de hipótesis. Para la priorización de los riesgos se realizaron cuadros para la clasificación de riesgo por *items*, 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 6).

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

Específicamente los factores de riesgo con significancia estadística fueron *más de un compañero sexual y más de tres abortos como causas para la* morbilidad y mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en este territorio.

Aunque no fue objetivo de este estudio, estos resultados tienen empatía con tres criterios de Bradford Hill, - 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 comprenden 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.

El diagnóstico de enfermería a que se llegó con base en la valoración del déficit de autocuidado.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

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

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.

DIMENSIÓN DEL DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE ENFERMERÍA

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

El cuadro 12 muestra la jerarquización de los factores de riesgo y requisitos de autocuidado que influyen en el déficit de autocuidado asociados al cáncer cervicouterino. Asimismo las figuras 1y 2 presentan los resultados de los principales problemas encontrados en el territorio de estudio.

CUADRO 12

PRIORIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO POR ÍTEM, O.R., F.E.R. Y OREM PARA CÁNCER CERVICIVO UTERINO
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I

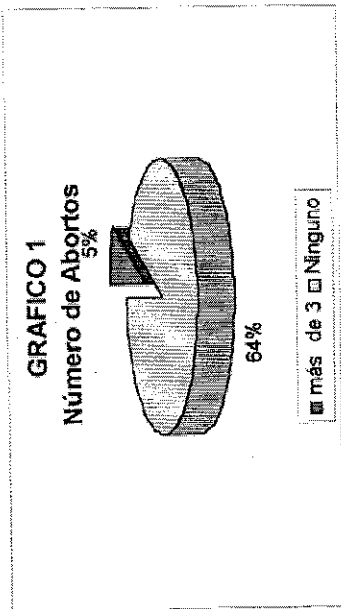
JUNIO 2001

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

Figura 1
NÚMERO DE ABORTOS
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001

CUADRO 16

VARIABLE	Fo	%
A - 1 a 2	13	31
B - 3 a más	2	5
C - No contesto	0	0
D - Ninguno	27	64
TOTAL	42	100



MOMIOS

1	1
1	24

O. R. = $\frac{24}{1} = 24$

F. E. R. = 95.8 %

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

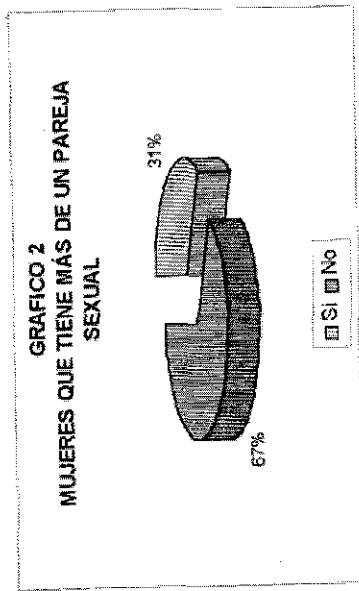
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FUENTE: Idi dem

Figura 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 contestó	0	0
D - Desconoce	1	2
TOTAL	42	100



MOMIOS

5	8
1	26

$O.R. = \frac{130}{8} = 16.5$
 $F.E.R. = 93.8\%$

ANÁLISIS
 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 $X^2 = 8.31$.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FUENTE: Ibidem

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)³⁴

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

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

³⁴ Blanco Restrepo J, Fundamentos de Salud Pública, p. 82

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

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

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

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

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

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

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

Objetivos

I. Generales

- Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino en las mujeres de 18 años o más del territorio Granjas Valle de Guadalupe I, a través de una intervención de educación para la salud.
- Modificar la conducta en salud de las mujeres de 18 años o más del territorio Granjas Valle de Guadalupe I para la prevención del cáncer cervicouterino mediante la aplicación de los sistemas de enfermería Apoyo/ Educativo.

II. 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.
- Promover la prevención del cáncer cervicouterino y mamario, en las unidades de estudio mediante pláticas educativas.
- Realizar la detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario en la población femenina de 18 años o más, a través de la promoción, educación, y la participación social y comunitaria.

- Canalizar oportunamente a la clínica de displasias a las mujeres con resultados anormales (VPH o displasias).
- Evaluar los resultados del proyecto de intervención a corto y mediano plazo.
- Establecer la vigilancia epidemiológica para el cáncer cervicouterino.

▪ **Metas**

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

• Análisis de Factibilidad

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

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

Factibilidad Política

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

Factibilidad Legal

El presente proyecto de intervención se sustenta en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Art. 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>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none">- Conocimientos teóricos encaminados a la intervención.- Apoyo de la ENEO-UNAM.	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">- Tiempo- Espacio- Recursos económicos
<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none">- Recursos humanos- Renuencia para participar	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">- Apoyo de la Jurisdicción- Apoyo de los pasantes de enfermería.- Apoyo de empresas e instituciones de salud.

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

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

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

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 7.

Determinación de actividades

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

ESTRATEGIA N°.1

OPERACIONES TECNO-PROFESIONALES DE ENFERMERIA

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
CAPACTACION AL PERSONAL DE SALUD	1. Reunión para planeación y organización del curso con el personal asignado.	5 DIAS	L.E.O. Eida Espejel G.	L.E.O. Eida Espejel G. L.E.O. Luz María Sibaja Equipo Multidisciplinario Asignado.
	2. Recopilación de material bibliográfico	2 DIAS	L.E.O. Eida Espejel G.	L.E.O. Eida 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. Eida 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. Eida 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. Eida Espejel G.	L.E.O. Eida 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. Eida Espejel G.	L.E.O. Luz María Sibaja
	7. Solicitar aparatos audiovisuales para ponentes.	2 HORAS	L.E.O. Eida Espejel G.	L.E.O. Luz María Sibaja

TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
8. Traslado de materiales y apoyo didáctico.	3 Horas	L.E.O. Eida Espejel G.	Alumnas De Posgrado En Salud Pública.
9. Estructuración de la cédula de estimación de conocimientos	2 Días	L.E.O. Eida 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
10. Invitar al jefe de la jurisdicción para la inauguración de la capacitación	1 Hora	L.E.O. Eida Espejel G.	L.E.O. Luz María Sibaja L.E.O.E.S.P. Guadalupe Pérez
11. Organización de papelería y materiales para la capacitación	1 Día	L.E.O. Eida Espejel G.	L.E.O. Luz María Sibaja
12. Fotocopiado de la cédula de estimación de conocimientos y de formatos de apoyo	1 Día	L.E.O. Eida Espejel G.	TAPS. Roberto Martínez Alvarado
13. Elaboración de contenidos de la carta descriptiva.	3 Días	L.E.O. Eida Espejel G.	Ver Carta Descriptiva
14. Realización de un formato de control para faltantes	1 Hora	L.E.O. Eida Espejel G.	L.E.O. Luz María Sibaja

IBIDEM

TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
15. Calificar la cédula de estimación de conocimientos (diagnóstica - final)	2 Dias	L.E.O. Eida 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 L.E.O.E.S.P. Guadalupe Pérez
16. Solicitud a Salud Reproductiva de materiales didácticos de apoyo.	1 hora	L.E.O. Eida Espejel G.	L.E.O.E.S.P. Guadalupe Pérez
17. Selección de técnicas didácticas para la capacitación	3 Dias	L.E.O. Eida Espejel G.	Ver Carta Descriptiva
18. Reunión para verificar avances e inconsistencias de la organización	2 horas	L.E.O. Eida 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. Eida Espejel G.	L.E.O. Luz María Sibaja
20. Comprar modelos anatómicos para demostración.	1 Dia	L.E.O. Eida Espejel G.	L.E.O. Luz María Sibaja
21. Traslado de equipo y material de apoyo a la sede.	1 Hora	L.E.O. Eida Espejel G.	L.E.O. Luz María Sibaja
22. Elaboración de formato para registro de asistencia	1 Hora	L.E.O. Eida Espejel G.	Enf. Lydia Corona Rangel

IBIDEM

TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
23. Solicitud de agradecimientos por el apoyo al personal que laboró.	2 Dias	L.E.O. Eida Espejel G.	Cordinador De Enseñanza De Enfermería De La Jurisdicción Eneo-Unam
24. Evaluación general de la capacitación. (apéndice 14)	1 Dia	L.E.O. Eida Espejel G.	Dr. Serrano Mira, Sofia Sánchez Piña L.E.O.E.S.P. Guadalupe Pérez
25. Elaboración de spots (apéndice 15)		L.E.O. Eida Espejel G.	L.ic. Irma Rosi Rosette Hernández
26. Elaboración de formato para evaluación a mediano plazo. (apéndice 16)		L.E.O. Eida Espejel G.	

ESTRATEGIA N°. 2
OPERACIONES TECNO-PROFESIONALES DE ENFERMERIA

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
SENSIBILIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	1. Formación de equipo multidisciplinario para la planeación y organización.	2 hrs	Lic. Ma. del Carmen Terreros M.	
	2. Planeación y organización de la promoción a la salud	5 días	Lic. Ma. del Carmen Terreros Madrigal	Equipo Multidisciplinario
	3. Capacitación de recursos participantes para habilitarlos en el desempeño de la actividad.	5 días	Lic. Ma. del Carmen Terreros Madrigal	Equipo Multidisciplinario
	4. Diseño de materiales educativos (volante, cartel, tríptico, díptico, manta y perifoneo).	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
	8. Sacar fotocopias de los croquis (panorámico y por sectores) del área de estudio.	2 hrs	Lic. Ma. del Carmen Terreros Madrigal	
	9. Compra de materiales para apoyo de la actividad (lápices, masking ~ tape, cinta canela).	4hrs	Lic. Ma. del Carmen Terreros Madrigal	

TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
10. Elaboración de paquetes promocionales para su distribución y colocación en el área		Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	LEO, Elda Espejel Gómez Lic. Francisca Hernández Flores Lic. Irma Rosete H.
11. Información al equipo de la logística de casa por casa.	2 horas	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	
12. Formación de equipos de trabajo.	1 hora	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	
13. Asignación de tareas específicas.	1 hora	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	
14. Ubicación del área geográfica por sectores y panorámica (recorrido por el territorio).	3 horas	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	Equipo Multidisciplinario E P S S 32
15. Recorrido por sector para identificar territorio	2 horas	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	Equipo Multidisciplinario E P S S 32
16. Distribución de paquetes y croquis de barrio casa por casa.	1 hora	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	LEO, Elda Espejel Gómez Lic. Francisca Hernández Flores Lic. Irma Rosete H.
17. Dotación de los materiales a los TAPS para la supervisión.	30 min.	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	LEO, Elda Espejel Gómez Lic. Francisca Hernández Flores Lic. Irma Rosete H.
18. Se efectúa barrido casa por casa.	1 día	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 día	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	E P S S 32 Equipo Multidisciplinario

IBIDEM

TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
20. Entregar volantes, dípticos, trípticos casa por casa.	1 día	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 día	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	E P S S 32 Equipo Multidisciplinario
22. Colocar mantas en lugares estratégicos del área de estudio.	1 día	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	E P S S 32 Equipo Multidisciplinario
23. Perifoneo por toda el área de estudio.	2.30 horas	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	EPSS 1
24. Coordinación con los supervisores al finalizar del barrido para conocer logros e inconsistencias de lo planeado.	2 horas	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	
25. Llevar control de materiales promocionales distribuidos y unidades de servicio informadas por sector.	1 hora	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	
26. Evaluar tareas y actividades	1 día	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 día	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 días	Lic. Ma. Del Carmen Terreros Madrigal	

ESTRATEGIA No 3

OPERACIONES TECNO- PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
<p>EDUCACIÓN PARA LA SALUD</p>	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 las 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" (apéndice 8)	3 horas	Lic. Francisca Hernández Flores	L.E.O Jacqueline Toribio
	6. Diseño lista para control de asistencia a "pláticas educativas". (apéndice 9)	3 horas	Lic. Francisca Hernández Flores	Enf. Martha Álvarez
Diseño de material para sensibilizar a la población (trípticos, cartulinas con información acerca de las "pláticas educativas". Apéndice 10	3 días	Lic. Francisca Hernández Flores		

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

IBIDEM

	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	16. Supervisión de ensayo general de pláticas educativas por equipo, previo día de intervención.	2 hora	Lic. Francisca Hernández Flores	E.E.S.P. Guadalupe Pérez Hernández
	17. Organización de equipos para la elaboración de rotafolios.	20 min.	Lic. Francisca Hernández Flores	
	18. Distribución de material para la elaboración de rotafolios.	20 min.	Lic. Francisca Hernández Flores	
	19. Revisión de rotafolios previas "pláticas educativas" a la población. Ver fotografías	1 hora	Lic. Francisca Hernández Flores	
IBIDEM	INTERVENCIÓN			
	Elaboración de paquetes con material (listas, cédulas, trípticos, espejos vaginales, condones, cartilla de la mujer, lápices, plumas).	2 horas	Lic. Francisca Hernández Flores	
	20. Distribución de equipos en lugar estratégico solicitado (casas).	30 min.	Lic. Francisca Hernández Flores	

IBIDEM	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
21. Asignar a un responsable por equipo, del equipo multidisciplinario colaborador. Apéndice 13	30 min.	Lic. Francisca Hernández Flores	Lic. Carmen Terreros M. L.E.O. Eida Espejel G. Enf. Elba Salcedo Enf. Edgar Castillejos Dra. Ma. Angeles López Dr. Francisco Cárdenas	
22. Supervisar equipos durante las pláticas educativas simultáneas	1 hora	Lic. Francisca Hernández Flores	TAPS, Roberto Martínez T. Social Irma García J.	
23. Perifoneo. Apéndice 14	1 hora	Lic. Francisca Hernández Flores.	Contreras García Leonado	
24. Control de tripticos, cartillas de la mujer, condones. Apéndice 15.	4 horas	Lic. Francisca Hernández Flores	Enfermeras pasantes en servicio social	
25. Calificación de pre y pos evaluación de los asistentes a las pláticas educativas.	2 horas	Lic. Francisca Hernández Flores		
26. Elaboración de reporte de intervención para la Jurisdicción	4 horas	Lic. Francisca Hernández Flores		
27. Entrega de premios a los mejores rotafolios.	30 min.	Lic. Francisca Hernández Flores		

ESTRATEGIA N°. 4

OPERACIONES TECNO-PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
DETECCION Y SEGUIMIENTO DE LESIONES PRECURSORAS PARA CÁNCER CERVICO UTERINO Y CA DE MAMA	1-Integración de equipo multidisciplinario	3 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	Equipo Multidisciplinario Enfermeras pasantes en Servicio Social
	2-Planteamiento de objetivos de intervención	3 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	
	3-Elaboración de lista de materiales para la detección	1 día	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	
	4-Elaboración de factura de material y equipo necesario	3 días	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 día	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 día	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	L.E.O. Elda Espejel G.
	7-Elaboración de formato de registro de cáncer de mama	1 día	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	Equipo Multidisciplinario
	8-Solicitud a unidades médicas el apoyo en la intervención	2 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	Autoridades Jurisdicción de Ecatepec

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	9-Solicitud de tiraje de formatos de citología, de referencia y contra referencia, hojas de expediente	2 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	Autoridades Jurisdicción de Ecatepec
	10-Solicitud a médico responsable del programa CACU su apoyo en la intervención.	1 día	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	
	11-Recabar material solicitado en Salud reproductiva y almacén	5 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	
	12-Solicitud de formatos de expediente clínico	1 día	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	Equipo Multidisciplinario
	13-Elaboración de expedientes	1 día	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	
	14-Elaboración de triptico informativo	3 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	
	15-Determinar por croquis la zona de instalación de consultorio	1 día	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	
	16-Habilitación del consultorio de citologías	3 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	Equipo Multidisciplinario
	17-Verificar la toma de muestras citológicas y la exploración mamaria	3 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	Equipo Multidisciplinario

IBIDEM

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
IBIDEM	18-Organización y coordinación del Equipo de trabajo en la toma de citología, y exploración mamaria	3 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	Equipo Multidisciplinario Enfermeras pasantes en Servicio Social
	19-Verificar el registro y control de laminillas tomadas	3 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	Equipo Multidisciplinario Enfermeras pasantes en Servicio Social
	20-Coordinación con laboratorio de citología para la obtención de resultados.	4 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	Citólogo. Víctor Villaruel
	21-Dotación diaria de material de consumo para citologías por unidad de detección	3 días	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 días	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 días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez	Equipo Multidisciplinario
	24- Informe a las autoridades correspondientes sobre el desarrollo de la estrategia.	3 días	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 Días	Lic. Irma Rosi Rosete Hdez.	TAPS. Rocio 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 incluyendo los sistemas de enfermería anteriormente mencionados:

3.2.4 Ejecución de la intervención

Metodología de las actividades:

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. De acuerdo al proceso enfermero, esta etapa se define como la fase en la que se llevará realmente a la práctica el plan elaborado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Posteriormente se organizaron equipos de trabajo que cubrieron los sectores que componen la microrregión, se realizó un segundo recorrido para identificar territorio así como lugares estratégicos para colocar carteles. A continuación, 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 en la que se distribuyeron materiales promocionales (trípticos, dípticos, mantas y carteles) a las unidades multipersonales y a las unidades de servicio, así como orientación e información por cinco minutos, se colocaron carteles y mantas en lugares públicos estratégicos preestablecidos.

Se realizó perifoneo de spots y canción por una hora y media por todo el territorio. Se observó interés y motivación de las unidades de servicio y unidades de multipersonales a través de su autorización y participación en la colocación de mantas.

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

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

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

● Educación para la salud

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

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

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

De modo que una vez establecida la relación causal entre un comportamiento individual y el aumento del riesgo para la enfermedad, en este caso -cáncer cervicouterino-, *se determino 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.*

Durante la fase de planeación se realizó un taller donde a través de discutir y analizar métodos y materiales en educación para la salud con un grupo experto, además del equipo multidisciplinario se concluyó que el recurso más factible para abordar esta estrategia consistiría en *sesiones educativas simultáneas.*

Con ayuda del equipo multidisciplinario se elaboró el guión de charla. Los pasantes de enfermería organizados en equipos colaboraron en la elaboración de *rotafolios y maquetas para la autoexploración de mama.*

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-. Haciendo énfasis en 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. A todos los asistentes a las sesiones educativas se les entregó trípticos informativos alusivos a los temas.

Cabe resaltar que se escogieron ocho domicilios estratégicos con dos horarios matutinos para impartir las charlas educativas simultáneas.

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 subsiguientes 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 un teatro guiñol dirigido fundamentalmente a las unidades de servicio. Reiterando los factores de riesgo hallados en la comunidad.

El último día de la intervención se realizó una evaluación de los rotafolios y fueron premiados los tres primeros lugares.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

▪ Recursos humanos

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

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

Fuente: Estimación y asignación de recursos humanos del proyecto.

▪ Funciones específicas

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Artículo	Unidad	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Tarjeta Bristol	pza.	75	\$ 50	\$37.50
Seguros	pza.	75	\$ 10	\$7.50
Hojas blancas	pza.	500	\$ 10	\$50.00
Hojas bord	pliego	30	\$3.00	\$90.00
Marcador de agua	pza.	16	\$3.00	\$48.00
Cinta carola	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
Total	-	-	-	\$1017.00

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estrategia 2: Sensibilización de la población

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

* Donación de impresión ENEO-UNAM

** Donación del ISEM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estrategia 3: Educación para la salud

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

Fuente: cuadro estrategia 3: educación para la salud

* Contribución pasantes de enfermería

** Aportación ENEO-UNAM

*** Subsidiado por la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estrategia 4 : Detección y seguimiento

Artículo	Unidad	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Libreas 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
Tríptico	pza.	200	\$ 2.00	\$ 400
Espejos vaginales*	pza	500	-	-
Alcohol *	500 ml.	2	-	-
Espátulas*	pza	500	-	-
Laminillas*	pza.	500	-	-
Total	-	-	-	\$ 1 526

*Donación IMSS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Costo acumulado de recursos materiales que se utilizaron en la intervención

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

Total costos:

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

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

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

▪ 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 de la intervención

La evaluación es la quinta y última etapa del proceso enfermero, esta fase determina cómo ha funcionado el sistema de intervención de enfermería. Asimismo, es el proceso a través del cual se determina el valor de un programa de salud. Los criterios de evaluación fueron: evaluación del proceso de desarrollo, de las metas, del efecto y de la eficacia (Laski, p. 60).

La evaluación del desarrollo examinó los diversos componentes de la intervención para determinar en que medida se fueron desarrollando las actividades prescriptivas desde un contexto político, demográfico, económico, social y cultural, además de ir permitiendo identificar las limitantes existentes para el logro de los objetivos.

La evaluación de las metas, permitió determinar si fueron alcanzados los objetivos originales del proyecto; principalmente los resultados inmediatos de la ejecución del proyecto. La evaluación del efecto, permitió determinar que pasó con los participantes a corto plazo especialmente. La evaluación de la eficacia, permitió saber si los objetivos fueron alcanzados con el mejor uso posible de los recursos.

A continuación, se presenta la evaluación respectiva a la estrategia de educación para la salud únicamente. Más adelante se presentará la evaluación general de la intervención.

Cabe mencionar, que dentro de la etapa de evaluación se encuentran implícitos los resultados de lo que conformó la estrategia de educación para la salud. Un apartado con el título de resultados, repetiría la información.

Estrategia tres educación para la salud

- Evaluación por proceso de desarrollo

Fase logística	Días proyectados	Alcanzados	%
Planeación	6	5	83
Organización	13	11	84
Dirección	2	9	45
Control	2	9	45
Evaluación	16	9	56

Fuente: Cronograma de operaciones prescriptivas del proyecto.

El cronograma de operaciones prescriptivas del proyecto marca 22 días para la intervención, solo que en realidad se utilizaron 16 días. En la etapa de dirección y control se observa un desfase, porque no se contemplaron explícitamente en la fase de planeación; y consecuentemente la evaluación tampoco coincide con lo programado. No obstante, debido a la flexibilidad del tiempo, el efecto final fue satisfactorio al realizarse la ejecución con la mejor optimización de tiempo.

• Evaluación de las metas

Metas	Proyectado	Alcanzado	%
Unidades de servicio capacitadas	737	160	22
Sectores cubiertos	10	10	100
Sesiones educativas programadas	10	13	77
Rotafolios elaborados	8	8	100
Tripticos distribuidos	3000	1500	50

Fuente: Formatos de control y supervisión en la fase de ejecución.

La meta propuesta para que las mujeres fueran capacitadas mediante la estrategia de educación para la salud solo se alcanzó en un 22%. Cabe comentar y reconocer que la meta inicial fue muy ambiciosa. Por otro lado, una limitación que probablemente influyó es la ausencia de un comité de salud en esta comunidad y de hecho la líder de la comunidad mantuvo su participación al margen.

No obstante, la participación de las unidades de servicio que acudieron a las sesiones educativas el día programado tuvo éxito e impacto, porque además se contó con la asistencia de otras unidades de servicio (hombres y niños). Asimismo, se infiere que las unidades de servicio no acudieron porque un porcentaje importante de las mismas trabajan, y otras creen tener suficiente información. Lo cierto, es que el cáncer cérvicouterino esta ligado a la sexualidad, y esta última aún es un tema vedado, lo cual también generó cierta resistencia.

Los sectores programados fueron cubiertos al 100%, por ocho equipos conformados por cuatro pasantes y un supervisor. La decisión de contemplar dos horarios para impartir las sesiones educativas el día de la intervención fue para alcanzar dicha cobertura en la comunidad. Los días subsiguientes fue algo imponderable ante la demanda de las unidades de servicio por conocer lugar y horarios para realizarse la prueba del papanicolaou. Cabe resaltar que el material utilizado impactó por la creatividad y calidad de diseño

Durante las sesiones educativas fueron repartidos 1500 (50%) trípticos, 200 cartillas de la mujer y 300 condones a la mayor parte de unidades de servicio asistentes, el resto fue repartido en los días subsiguientes.

- **Evaluación del efecto**

Durante las sesiones educativas, fueron evaluadas 160 mujeres por medio de una cédula de estimación de conocimientos de manera diagnóstica y final.

RECURSO HUMANO	PROGRAMADO	ALCANZADO	CALIFICACIÓN DIAGNÓSTICA	CALIFICACIÓN FINAL
MUJERES	760	160	8.1	9.2

La cédula de estimación de conocimientos, estuvo conformada por 15 reactivos con preguntas estructuradas. El *item* que causó mayor dificultad o confusión fue el dos, tanto en la fase diagnóstica como final “Si me da cáncer cérvicouterino y llevo mi tratamiento, podría curarme”, pues no se aclaró si el cáncer era en fase temprana o tardía. Otro *item* que tuvo alto índice de error en la fase diagnóstica fue el relacionado con “La autoexploración de mama, me la tengo que hacer cada año”, ya que la mayoría la contestó como verdadera, y en la fase final solamente el 60% de las encuestadas acertó la respuesta correcta.

En relación con los demás *ítems*, se puede generalizar que no causaron mayor problema, por que se considera que el conocimiento sobre cáncer cérvicouterino y mamario no es tan malo al obtener una calificación diagnóstica de 8.1, y una calificación final de 9.2. No obstante, cada seis meses se realizará un monitoreo sobre el conocimiento que guardan las unidades de servicio, y en caso necesario se reforzará dicho conocimiento, por parte del TAPS de la microrregión.

- Evaluación de la eficacia

Recursos humanos

Personal	cantidad	Tiempo	Costo por día	Costo total
Médicos	2	16 días	\$ 364	\$11648
Médico de la Jurisdicción	1	16 días	\$ 396	\$ 6336
Jefe de enfermeras	3	16 días	\$413	\$ 19824
Psicólogo	1	16 días	\$ 253	\$ 4048
Trabajadora social	1	16 días	\$ 243.90	\$ 3902
T.A.P.S.	2	16 días	\$300	\$ 9600
Pasantes de enfermería	32	16 días	-	-
Voluntarios	2	16 días	-	-
Total	47			\$ 55 358

Fuente: Estimación y asignación de recursos humanos del proyecto

El costo por día coincide con una nómina que maneja la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec. Es realmente una estimación de costo por recursos humanos utilizados en la estrategia de educación para la salud.

Recursos materiales

Artículo	Unidad	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Pliego bond	hoja	350	\$ 1.00	\$ 350
Diseño tríptico	pieza	1	\$ 150	\$ 150
Impresión** trípticos	pieza	3000	-	-
Espejo vaginal desechable ***	pieza	8	-	-
Espátula de ayre ***	pieza	8	-	-
Cartilla de la mujer ***	pieza	200	-	-
Condomes***	sobres	300	-	-
Cartulinas de color	pieza	10	\$ 3.50	\$ 35.00
Papel crepe *	pieza	6	\$ 1.50	\$ 9.00
Peyon *	metro	4	\$ 2.00	\$ 8.00
Gises de color*	caja	3	\$ 7.00	\$ 21.00
Spray *	bote	1	\$ 11.00	\$ 11.00
Papel américa *	pliego	2	\$ 4.00	\$ 8.00
Filtro *	50 cm.	4	\$3.00	\$ 12.00
Fomi	hoja	5	\$ 1.50	\$ 7.50
Tela *	metro	4	\$ 7.00	\$ 28.00
Unicel	tabla	1	\$ 7.50	\$ 7.50
Obsequio	pieza	2	\$ 200	\$ 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.

El cálculo del costo total de la estrategia educación para la salud durante la intervención fue de \$ 1 047. Es importante resaltar en este momento la importancia de la gestión en salud pública ya que mediante ésta, el administrador de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia se obtuvo la impresión de los trípticos.

Por otro lado, algo imponderable fue que los pasantes de enfermería sensibilizados, continuaron trabajando a favor de la educación para la salud aportando algunos recursos materiales para la elaboración de un periódico mural y cuatro títeres para el teatro guiñol. A pesar de que también absorbieron los gastos relacionados a materiales utilizados para la elaboración de los rotafolios, con excepción de las hojas de papel bond.

Costo de la estrategia

⇒	Recursos humanos	\$ 55358.00
⇒	Recursos materiales	\$ 1047.00
		56405.00

El costo final por unidad de servicio beneficiada, se observa en el siguiente cuadro.

ESTRATEGIA	COSTO TOTAL	UNIDADES DE SERVICIO BENEFICIADAS	COSTO FINAL POR UNIDAD DE SERVICIO CAPACITADA
Educación para la salud	\$56 405	160 Unidades de servicio	\$ 352 Por unidad de servicio capacitada

En realidad, lo anterior es sólo un ejemplo de la cantidad que se utilizaría por cada unidad de servicio capacitada en educación para la salud, es decir, que corresponde a un resultado parcial de una intervención de enfermería, y que como ya se mencionó anteriormente forma parte de otras tres estrategias. Por lo que es obvio que al hacer un ajuste del costo por recursos humanos principalmente, disminuye considerablemente el monto total de cada estrategia. Más adelante se señalará este ajuste, mostrando el beneficio que conlleva la concatenación y simultaneidad de las estrategias.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3.2.6 Evaluación General de la Intervención

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

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

De acuerdo a las metas programadas, éstas se cumplieron:

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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

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

Eficacia y efecto

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

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

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

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

HALLAZGOS

Los hallazgos que se presentaron durante la intervención son los siguientes:

- ✓ 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 DE LA INTERVENCIÓN

La estrategia de educación para la salud, programada con un día específico de intervención, se podría considerar como insatisfecha, debido a la meta propuesta al inicio del proyecto; es decir, la promoción acerca de la prevención del cáncer cérvico uterino en las unidades de servicio en un 80%, no se alcanzó. Aunque, vale la pena mencionar la probabilidad de algunos factores que pudieron haber influido en la inasistencia de unidades de servicio a las sesiones educativas que se impartieron.

El día de la intervención coincidió con el día de tianguis en la comunidad, suceso previsto y no considerado como factor de distracción; por otro lado, el 15% de las unidades de servicio trabajan. Durante el barrido casa por casa, se pudo percibir que algunas unidades de servicio aún no estaban sensibilizadas lo suficiente como para acudir y participar en los lugares donde se impartieron las sesiones educativas. La invitación también fue por perifoneo.

Sin embargo, al día siguiente la demanda para realizarse la prueba de papanicolaou fue desmedida, motivo por el cual, se continuó reforzando la educación para la salud, impartiendo sesiones educativas en el Cívico II y la unidad móvil. El evento en sí, originó estimulación para continuar trabajando en la educación sanitaria, a manera de organizarnos y realizar un periódico mural y un teatro guiñol para todas las unidades de servicio que acudieran al Cívico II.

Sobre todo porque las unidades de servicio se mostraron interesadas en los temas de las sesiones educativas, especialmente porque la educación sexual enseña a tener una conducta y una actitud sana. De este modo se obtiene una conducta respetuosa regida por la aceptación de límites para la conducta sexual, fundados en el respeto de la propia persona y de los demás, ya que la primera parte y quizá la más importante de la educación sexual se realiza en el hogar. Por lo que se puede concluir que la educación sexual impartida adecuadamente, sin duda alguna produce ciudadanos mejor adaptados al medio social en que viven.

Se puede considerar que esta estrategia también fue de impacto, porque se pudo observar una especie de red social al momento que acudieron a realizarse el estudio del papanicolaou y el examen clínico de mama; además durante la impartición de las sesiones educativas, la participación fue amena. A pesar que la participación del TAPS de la microrregión fue limitada.

Finalmente, la enseñanza aprendizaje requiere de una comunicación efectiva. La información nueva se aprende a través de las técnicas de comunicación visuales y verbales efectivas. Durante las sesiones se utilizó la retroalimentación para validar que las unidades hubieran entendido la información correctamente.

Esta estrategia culminó con el cierre de la intervención, se organizó una especie de fiesta porque se adornó con globos el Cívico II y su explanada, se presentó el teatro guiñol, se disfrutó de música viva amenizando durante una hora. Hubo también una exposición de soya, y finalmente se hizo un reconocimiento al esfuerzo de los pasantes en enfermería con la entrega de premios a los tres primeros lugares. Calificando tanto el diseño del rotafolio, como la exposición del equipo durante las sesiones educativas.

CONCLUSIONES GENERALES

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

Se puede considerar que esta estrategia también fue de impacto, porque se pudo observar una especie de red social al momento que acudieron a realizarse el estudio del papanicolaou y el examen clínico de mama; además durante la impartición de las sesiones educativas, la participación fue amena. A pesar que la participación del TAPS de la microrregión fue limitada.

Finalmente, la enseñanza aprendizaje requiere de una comunicación efectiva. La información nueva se aprende a través de las técnicas de comunicación visuales y verbales efectivas. Durante las sesiones se utilizó la retroalimentación para validar que las unidades hubieran entendido la información correctamente.

Esta estrategia culminó con el cierre de la intervención, se organizó una especie de fiesta porque se adornó con globos el Cívico II y su explanada, se presentó el teatro guiñol, se disfrutó de música viva amenizando durante una hora. Hubo también una exposición de soya, y finalmente se hizo un reconocimiento al esfuerzo de los pasantes en enfermería con la entrega de premios a los tres primeros lugares. Calificando tanto el diseño del rotafolio, como la exposición del equipo durante las sesiones educativas.

CONCLUSIONES GENERALES

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

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

El efecto esperado relacionado con la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico-uterino a nivel local se podrá evaluar en un periodo ideal

a cinco años aproximadamente. Los resultados de este efecto podrán ser evaluados por la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

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

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

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.

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

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.

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

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

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

GLOSARIO

CAPOS: Casa popular de la salud.

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

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

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

Estrategia: Línea general de acción.

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

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

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

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

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

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

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

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

Unidades multipersonales: Son las unidades dependientes, familia o comunidad.

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

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

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

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

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

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

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

Rigor metodológico: En estadística, gran exactitud y precisión.

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

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

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

ÁLVAREZ, Manilla 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1999

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

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

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

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

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

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. **Costes 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Programa Nacional de Salud 2001- 2006.

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

PINEAULT 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

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

TAMAYO 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.

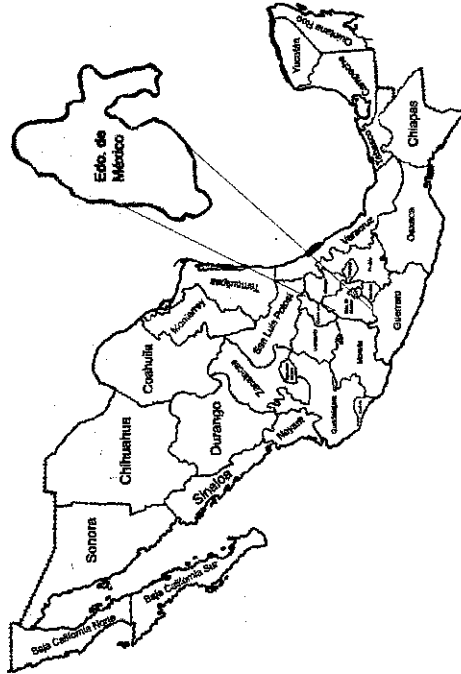
W. Iyer Patricia, Proceso y diagnóstico de enfermería, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1ª ed., México, D.F., 1999.

ANEXOS

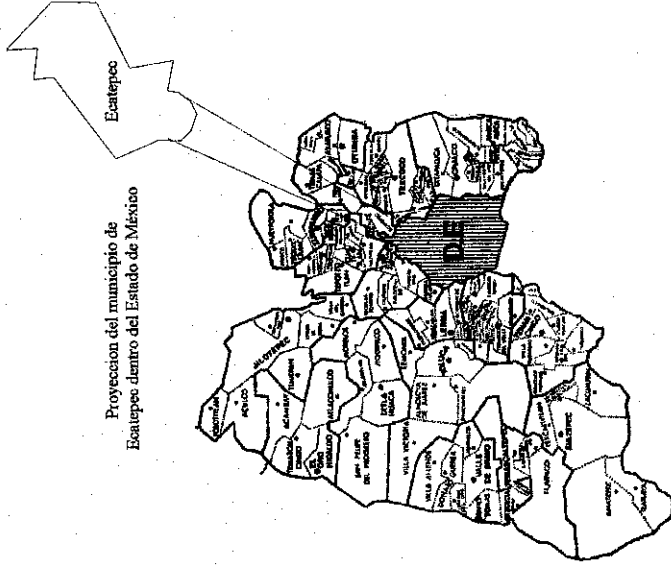


UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

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



ANEXO 1



Proyección del municipio de
Ecatepec dentro del Estado de México

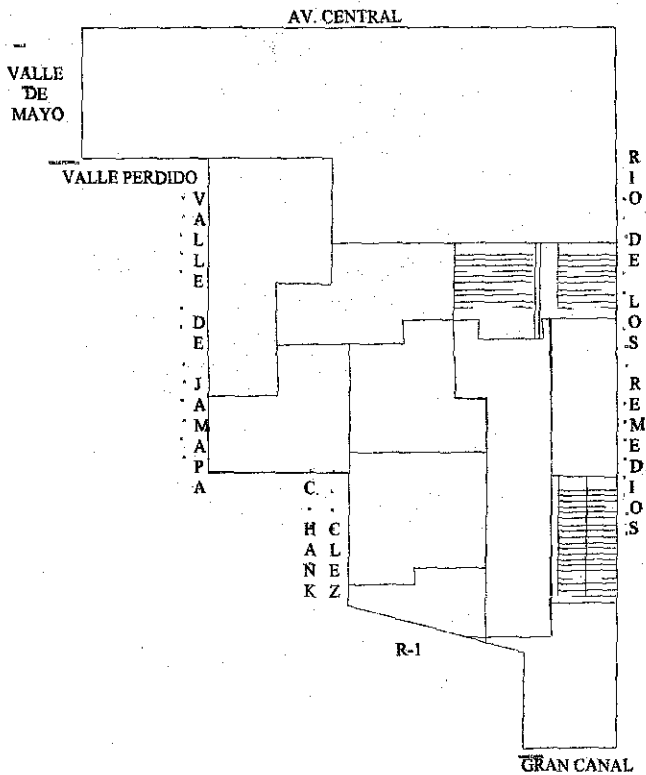
ANEXO 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA 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 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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



- SIMBOLOGIA**
- Casa
 - Negocio
 - Vivienda
 - Edificio
 - Cervecería
 - Lactaria
 - Despensa
 - Escuela
 - Establecida
 - Construcción
 - Bodega
 - Mercado
 - Iglesia
 - Taller
 - Fábrica
 - Bodega

VICENTE GUERRERO
 AV. EDUARDO
 JARDINES DEL TEPEYAC

Block	Map	Street	Map	Block
JUAREZ	M-5	S-1	M-5	S-1
RIVA PALACIO	M-6	S-2	M-6	S-2
GOMEZ	M-7	S-3	M-7	S-3
SOLDRANO	M-8	S-4	M-8	S-4
LOPEZ	M-9	S-5	M-9	S-5
HIDALGO	M-10	S-6	M-10	S-6
AV. LAURELES	M-10	S-6	M-10	S-6

VALLE DE ARAGON III

EMILIANO ZAPATA

FABELA

ISIDRO

Block	Map	Street	Map	Block
BENITO	M-22	S-1	M-22	S-1
CARLOS	M-23	S-12	M-23	S-12
FILIBERTO	M-24	S-11	M-24	S-11
JOSE LUIS	M-25	S-10	M-25	S-10
AV. EUCARIDO	M-26	S-9	M-26	S-9
RAFAEL MIGUEL	M-27	S-8	M-27	S-8
MANUEL MEDINA	M-28	S-7	M-28	S-7
FRANCISCO LEON DE LA BARRA	M-28	S-7	M-28	S-7

AV. CARLOS HANK

GONZALEZ

AV. R-1

EMILIANO ZAPATA

ANEXO 4

APÉNDICES

VI. DATOS MENORES DE 5 AÑOS					VII. MINIMIZACIONES						
NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD		PESO	TALLA	ALIMENTACION MENOS 1 AÑO		CONTROL MEDICO		ESQUERA COMPLETO	FALTAN	
	SEXO	FEM.			MASC.	TIPO	TIEMPO	SI			NO

VIII. MEDIDAS PREVENTIVAS FAMILIARES

MEDIDAS HIGIENICO PERSONALES

- ¿Le da algún tratamiento al agua que beben?
- ¿Se lava las manos antes de comer?
- ¿Se lava las manos después de ir al baño?
- ¿Se lava los dientes? ¿cuántas veces al día?
- ¿Se baña? ¿Con qué frecuencia se baña?

IX. FAUNA DOMESTICA

¿Tiene?	TOTAL	FECHA DE VAC
PERRO		
GATOS		
OTROS		

XI. ALIMENTACION GENERALIDA

1. ¿QUÉ DESAYUNO HOY?

2. ¿QUÉ COMIO AYER?

3. ¿Qué acostumbra cenar?

4. ¿Qué acostumbra comer los domingos?

X. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

1. ¿Su casa es? 1. PROPIA 2. RENTADA 3. PRESTADA 4. OTROS

2. ¿Núm. De Cuartos? Cocina separada SI NO OTROS MUROS

3. ¿Tipo de construcción? TIECHO PISOS OTROS:

¿Cuenta con los siguientes servicios?	ACABADOS		OBSERVACIONES
	1. SI	2. NO	
1. DRENAJE			
2. ELECTRICIDAD			
3. TELEVISION			
4. TELEFONO			
5. ESTEREO			
6. REFRIGERADOR			
7. CISTERNA			
8. AGUA ENTUBADA			
9. PAVIMENTACION			
10. SEPARA LOS DESECHOS			
11. DISPOSICION DE EXCRETAS			
WC			LETRINA

OSERVACIONES

NOMBRE DEL ENCUESTADOR _____

FUNCION _____

FIRMA _____

APENDICE 2

Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADORES	TIPO	ESCALA	PONDERACION	FUENTE
AUTOCUIDADO REQUISITO UNIVERSAL	1. EDAD	Cuantitativa	Numérica	a) <25 años b) 25 a 34 años c) 35 a 44 años d) 45 a 64 años e) 65 años y más f) Se desconoce g) No contesto	Primaria
	2. EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN	Cuantitativa	Numérica	a) < 12 años b) > 12 años c) Nunca d) Se desconoce e) no contesto	Primaria
	3. EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL	Cuantitativa	Numérica	a) < 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 contexto	Primaria
	6.- ¿UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No c) No contexto	Primaria
	7.- ¿ESPECIFIQUE CUAL?	Cualitativa	Nominal	a) DIU b) Orales c) Inyectables o subdermicos d) Salpingooclasia 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 contexto d) Desconoce	Primaria

	9.- ¿SU PAREJA ESTA CIRCUNCIDADO?	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No c) No contesto d) Desconoce	Primaria
	10.- ¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?	Cuantitativa	Numérica	a) Si b) No c) No contesto d) Desconoce.	Primaria
	11.- ¿HA TENIDO FLUJO O ESCURRIMIENTO VAGINAL?	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No c) A veces d) No contesto e) Desconoce	Primaria
	12.- ¿HA PRESENTADO DOLOR DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No c) A veces d) No contesto	Primaria
	13.- ¿HA PRESENTADO SANGRADO DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No c) A veces d) No contexto	Primaria
	14.- ¿EDAD EN QUE TUVO SU PRIMER EMBARAZO?	Cualitativo	Nominal	a) < 18 años b) 19 a 29 años c) > 30 años d) Nulípara e) Desconoce f) No contesto	Primaria
	15.- ¿NÚMERO DE EMBARAZOS?	Cuantitativa	Numérica	a) 1 a 4 b) 5 a más c) No contesto d) Ninguno e) Desconoce	Primaria
	16.- ¿NÚMERO DE ABORTOS?	Cuantitativa	Numérica	a) 1 a 2 b) Más de 3 c) No contexto d) Ninguno e) Desconoce	Primaria
	17.- ¿AMAMANTO A SUS HIJOS?	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No c) No contexto	Primaria
	18.- ¿TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA?	Cuantitativa	Nominal	a) < 3 meses b) 6 meses c) 7 a 12 meses d) Más de 12 meses e) No contexto	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) Más de 20	Primaria
	21.- ¿CON QUE ACEITE COCINA SUS ALIMENTOS?	Cualitativa	Nominal	a) Aceite de maíz b) Aceite cártamo 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 contexto	Primaria
	30.- ¿SABE COMO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No c) No contexto	Primaria

	DE MAMA?				
	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 difícil e) No contesto	Primaria
	32.- ¿ SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE DE REALIZARSE SU EXPLORACION DE MAMA?	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No c) No contesto	Primaria
	33.- ¿SABE CON FRECUENCIA ACUDIR AL MEDICO PARA REALIZARSE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?	Cuantitativa	Numérica	a) Cada 3 meses b) Cada 6 meses c) Cada año d) No acude e) No contesto	Primaria
	34.-¿QUÉ LE CAUSARIA ALARMA ENCONTRAR EN SUS MAMAS?	Cualitativa	Nominal	a) Conocimiento correcto b) Conocimiento incorrecto c) No contesto	Primaria
	35.- ¿MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDE A REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?	Cualitativa	Nominal	a) Falta de información b) La unidad de salud esta lejos c) Por pena d) Desconoce donde realizárselo e) No contesto	Primaria
	36.- ¿SI DETECTA ALGUNA ANOMALIA EN SUS SENOS A DONDE ACUDE?	Cualitativa	Nominal	a) Médico particular b) Alguna institucion c) Amiga o familia d) Otros e) No contesto	Primaria
	37.- ¿SI DETECTA ALGUNA ALTERACION EN SUS GENITALES A DONDE ACUDE?	Cualitativa	Nominal	a) Médico particular b) Alguna institucion c) Amiga o fam. d) Otros e) No contexto	Primaria
	38.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER DE MAMA?	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No c) No contesto d) Desconoce	Primaria

	39.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO?	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No c) No contesto d) Desconoce	Primaria
	40.- ¿SI TIENE USTED CÁNCER LLEVA A CABO EL TRATAMIENTO INDICADO POR EL MEDICO?	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No c) No contesto d) Desconoce	Primaria
	41.- ¿DESPUES DE SU DIAGNÓSTICO SE HA ADAPTADO A SU NUEVO ESTILO DE VIDA?	Cualitativa	Nominal	a) Si, esta integrada su fam. a pesar del Dx. b) No, cambio su de vida a partir del Dx. c) No contesto	Primaria
	42.- ¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR EL NO REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?	Cualitativa	Nominal	a) Si tiene interés b) No tiene interés c) No contesto	Primaria
	43.- ¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR EL NO REALIZARSE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?	Cualitativa	Nominal	a) Su tiene interés b) No tiene interés c) No contesto	Primaria

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

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

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

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

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

- 1.- EDAD
 A) MENOS DE 25 AÑOS B) 25 A 34 AÑOS C) 35 A 44 AÑOS
 D) 45 A 64 AÑOS E) 65 Y MAS F) SE DESCONOCE
 G) NO CONTESTO
- 2.- EDAD DE SU PRIMERA MENSTRUACIÓN
 A) MENOS DE 12 AÑOS B) MAYOR DE 12 AÑOS
 C) NUNCA HA MENSTRUADO
 D) SE DESCONOCE E) NO CONTESTO
- 3.- EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA
 A) MENOS DE 15 AÑOS B) 15 A 18 AÑOS C) 19 Y MÁS AÑOS
 D) NO LA HA INICIADO E) SE DESCONOCE F) NO CONTESTO
- 4.- ¿ACTUALMENTE MENSTRUA?
 A) SI B) NO C) NO CONTESTO
 ¿POR QUÉ? _____
- 5.- ¿CONTINUA MENSTRUANDO DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS?
 A) SI B) NO C) NO CONTESTO
- 6.- ¿UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?
 A) SI B) NO C) NO CONTESTO
- 7.- ¿ESPECIFIQUE CUAL?
 A) DIU B) ORALES C) INYECTABLES O SUBDERMICOS
 D) SALPINGOCLASIA E) VASECTOMIA
 F) PRESERVATIVO G) NATURAL
 H) OTRO 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

CODIFICACIÓN
USO EXCLUSIVO
INVESTIGADOR
 M.O.

1	<input type="checkbox"/>	U-6
2	<input type="checkbox"/>	U-6 D-1
3	<input type="checkbox"/>	U-6 D-1
4	<input type="checkbox"/>	U-6 D-1
5	<input type="checkbox"/>	U-6 D-1
6	<input type="checkbox"/>	U-6 D-1
7	<input type="checkbox"/>	U-6 D-1
8	<input type="checkbox"/>	U-6 D-2
9	<input type="checkbox"/>	U-6 D-2

TESIS CON
PALLA DE ORIGEN

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

¿CUÁL?

(FUENTE INDIRECTA)

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

¿CÓMO ES?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

26- ¿SABE CADA CUANDO SE DEBE DE REALIZAR EL PAPANICOLAOU?
A) CADA 6 MESES B) CADA AÑO C) CADA 2 AÑOS

D) CADA 3 AÑOS E) NO CONTESTO
F) DESCONOCE
¿POR QUÉ? _____

27- ¿SE REALIZA EL PAPANICOLAOU?

A) SI B) NO C) AVECES
¿POR QUÉ? _____

28- ¿SABE QUE ES EL CANCER DE MAMA?

A) SI B) NO C) NO CONTESTO

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

A) SI B) NO C) NO CONTESTO

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

A) SI B) NO C) NO CONTESTO

31- ¿MOTIVO POR EL CUAL NO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA?

A) FALTA DE INFORMACIÓN B) NO TIENE IMPORTANCIA
C) POR PENA D) POR QUE LE ES DIFICIL
E) NO CONTESTO ¿POR QUÉ? _____

32- ¿SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE DE REALIZARSE SU EXPLORACION DE MAMA?

A) SI B) NO C) NO CONTESTO

33- ¿SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE ACUDIR AL MEDICO A REALIZARSE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?

A) CADA 3 MESES B) CADA 6 MESES
C) CADA AÑO D) NO ACUDE
E) NO CONTESTO

34- ¿QUÉ LE CAUSARIA ALARMA ENCONTRAR EN SUS MAMAS?

A) CONOCIMIENTO CORRECTO
B) CONOCIMIENTO INCORRECTO
C) NO CONTESTO

35- ¿MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDE A REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?

A) FALTA DE INFORMACIÓN B) LA UNIDAD DE SALUD ESTA LEJOS
C) POR PENA D) DESCONOCE DONDE REALIZARSELO
E) NO CONTESTO

36- ¿SI DETECTA ALGUNA ANOMALIA EN SUS SENOS A DONDE ACUDE?

A) MEDICO PARTICULAR B) ALGUNA INSTITUCIÓN
C) AMIGA O FAMILIAR D) OTROS
E) NO CONTESTO

37- ¿SI DETECTA ALGUNA ALTERACION EN SUS GENITALES A DONDE ACUDE?

A) MEDICO PARTICULAR B) ALGUNA INSTITUCIÓN
C) AMIGA O FAMILIAR D) OTROS
E) NO CONTESTO

38- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER DE MAMA?

A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE
¿QUIÉN? _____

39- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO?

A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE
¿QUIÉN? _____

<input type="checkbox"/>	26	U-8 D-1
<input type="checkbox"/>	27	U-8 D-1
<input type="checkbox"/>	28	U-8 D-1
<input type="checkbox"/>	29	U-8 D-1
<input type="checkbox"/>	30	U-8 D-1
<input type="checkbox"/>	31	D-1
<input type="checkbox"/>	32	U-8 D-2
<input type="checkbox"/>	33	U-8 D-1
<input type="checkbox"/>	34	D-1 DS-1
<input type="checkbox"/>	35	D-1
<input type="checkbox"/>	36	D-1 DS-1
<input type="checkbox"/>	37	D-1 DS-1
<input type="checkbox"/>	38	DS-2
<input type="checkbox"/>	39	DS-2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

40.- ¿SI TIENE USTED CANCER LLEVA A CABO EL TRATAMIENTO INDICADO POR EL MEDICO?
A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE

¿POR QUÉ? _____

41.- ¿DESPUES DE SU DIAGNOSTICO SE HA ADAPTADO A SU NUEVO ESTILO DE VIDA?

- A) SI, ESTA INTEGRADA SU FAMILIA A PESAR DEL DIAGNOSTICO
- B) NO, CAMBIO SU ESTILO DE VIDA A PARTIR DEL DIAGNOSTICO
- C) NO CONTESTO

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

- A) SI TIENE INTERES
- B) NO TIENE INTERES
- C) NO CONTESTO

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

- A) SI TIENE INTERES
- B) NO TIENE INTERES
- C) NO CONTESTO

<input type="checkbox"/>	40	DS-3
<input type="checkbox"/>	41	DS-4
<input type="checkbox"/>	42	D-1
<input type="checkbox"/>	43	D-1

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENCUESTADA

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

FIRMAS DE CONTROL DE CALIDAD

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

LISTA DE PRECISI3N DE LA MUESTRA

GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1, COORDINACI3N DE SALUD MUNICIPAL CHAMIZAL

NÚM. PROG	NÚM. CÉD	SECTOR	CASA	FAMILIA	UMP APELLIDOS	NOMBRE (MUJER)	DOMICILIO	OBSERVACIONES
1	2	1	40	4	Pérez Martínez	Noemi Martínez Samudio	Benito Juárez Mz. 5 Lt. 35	
2	10	1	31	1	Cabrera Chávez	Cecilia Chávez Jarillo	Benito Juárez Mz. 5 Lt. 27	
3	18	1	10	3	Hernández Cuevas	Andrea Cuevas Castañeda	Riva Palacio Mz. 5 Lt. 7	
4	24	1	11	1	Rodríguez Zavala	María Zavala Sánchez	Riva Palacio Mz. 5 Lt. 8	
5	41	1	11	2	López Antonio	Enedina Antonio Domínguez	Riva Palacio Mz. 5 Lt. 8	
6	42	1	12	1	Cardona Cano	Dulce Ma. Cano Ojeda	Riva Palacio Mz. 5 Lt. 9	
7	47	1	12	3	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

NÚM PROG	NÚM. 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	Calva Flores	Ma. Esther Flores	Eucario López Mz. 8 Lt. 10	
16	213	4	5	2	Resendiz Galindo	Minerva Galindo	Eucario López Mz. 8 Lt. 2	
17	226	4	16	3	Pérez Sánchez	Celia Sánchez Campos	Eucario López Mz. 8 Lt. 13	
18	255	4	21	1	De la Cruz Presa	Delia Presa Castillo	Eucario López Mz. 8 Lt. 17	
19	267	5	8	2	Cruz Valiente	Lucila Valiente García	Rafael Miguel Hidalgo N. 11	
20	289	5	36	1	Saldaña Díaz	Patricia Saldaña Díaz	Eucario López Núm. 72	
21	297	5	8	5	Salazar González	Ma. Elena González	Rafael Miguel Hidalgo N. 11	Morbilidad

NUM PROG	NUM. CÉD	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	Martínez 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	

NÚM PROG	NÚM. 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 López 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	Agustin Alberdino	Natalia Alberdino	Filiberto Gómez Mz. 24 Lt. 106	
44	700	12	32	2	Gabre Antonio	Evangelina Pérez	Riva Palacio Núm. 124	Mortalidad

NUM PROG	NUM. 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	García Hernández	Luisa Melo	FilibertoGómez Mz. Lt. 8	Mortalidad Renuente
47	347	6	30	2	Mata Reyes	Teresa Reyes	RafaelM.Hidalg o Mz. 10 Lt. 21	Morbilidad
48	577	10	19	1	Campos Sánchez	Norma Angélica Sánchez	Eucario López Mz. 25 Lt. 17	Morbilidad
49	635	10	25	8	Amaya Vargas		J. L. Solórzano Mz.25 Lt.21 Int.10	Morbilidad
50	309	5	1	3	Ramírez Matías	Rocio Ramírez	EduardoVillada Mz. 9 Lt. 39	Morbilidad

APENDICE 5

VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE CERTIFICACIÓN

NÚM. PROGRESIVO	FOLIO	ITEM	VERIFICACIÓN DE CRITERIO	EVALUACIÓN
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.

RIGOR METODOLÓGICO

Se realiza una sabana de datos en los paquetes estadísticos SPSS 10 y EXCEL, para una revisión de datos y la probable existencia de error sistemático derivados de la captura

Para dicha revisión se tomo en cuenta la cuarta parte de la población blanco; que correspondió a once cedulas, los números de ítem se seleccionaron en forma aleatoria. Para mayor presión se registran las respuestas contenidas en la sabana de datos de déficit de autocuidado y se comparan con las respuestas de la

fuente primaria (cedula de captación de datos de déficit de autocuidado para cáncer cérvicouterino y mamario). Como se puede observar en el cuadro de verificación de criterios de certificación.

Para este estudio la muestra se determino a 37 unidades,; sin embargo, se aplicaron 50 unidades de servicio, en donde la población diana son las mujeres de 18 años a más (consultar criterios e inclusión y exclusión). Del total de esta población se entrevistaron a 42, 3 se encontraron ausentes (tres visitas), 4 renuentes y en una unidad de servicio en donde no existen mujeres.

Cabe mencionar que en la captura de los datos se codifico 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 fue por motivos de secuencia lógica de cada una de las preguntas.

APENDICE 6

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

1	1	2
4	9	13
5	10	15

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, EN 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

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
Fracción prevenible 93.8% 58.0, 99.1

Límites de confianza exactos de la OR

APÉNDICE 7

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

ESTRATEGIA	FASE	JUNIO					JULIO					JULIO					JULIO						
		2	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**

UNAM

ISEM

GUION DE LA PLÁTICA EDUCATIVA

TEXTO

IMAGEN

1- Definición de cáncer

MUERTE

2. Cáncer en el cuello de la matriz

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO RESALTANDO EL CUELLO DEL UTERO

3. Factores de riesgo para el ca. cu.

MUJER CON FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD DETECTADOS EN LA COMUNIDAD

4. Factores de riesgo para el ca. cu.

FACTORES DE RIESGO GENERALES

5. Forma de prevenir el cáncer cu. papanicolaou

MUJERES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE SALUD EN DONDE SERÁN ATENDIDAS POR PERSONAL ALTAMENTE CAPACITADO

(se complementa esta parte de la exposición con la presentación del material que se utilizará para la realización del papanicolaou como es el espejo vaginal y la espátula)

6. Uso del preservativo

PRESERVATIVO SUPERCONDON O SALVAVIDAS

(se demostrará la forma correcta de utilizar el preservativo con devolución del procedimiento por parte de 2 asistentes)

7. Definición de cáncer de mama

FIGURA CON MAMAS EXPUESTAS

8. Factores de riesgo para el ca. mamario

RIESGOS DETECTADOS EN LA COMUNIDAD

9. Prevención

LA MEJOR PREVENCIÓN ESTÁ EN TUS MANOS

Técnica de Autoexploración mamaria con apoyo de un modelo anatómico.

10. Mensaje final



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

ISEM

UNAM-ENEO-ISEM
DIVISION DE POSGRADO
LISTA DE ASISTENCIA A LAS "CHARLAS" EDUCATIVAS
SOBRE CANCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I, CHAMIZAL
JULIO 2001.

Número Programa	NOMBRE	EDAD		DOMICILIO	FIRMA	OBSERVACIONES
		F	M			

UNAM – ENEO – ISEM
DIVISIÓN DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I.

CARTULINAS

¡BIENVENIDOS!

AQUÍ SE IMPARTIRAN LAS “CHARLAS” SOBRE CÁNCER DE LA MATRIZ Y CÁNCER DE LOS SENOS.

“AHORA ES EL MOMENTO DE APRENDER ALGO NUEVO”

FECHA: 11/ 07/ 01

HORARIO: 10:00 Y 12:00 AM

**UNAM- ENEO – ISEM
DIVISIÓN DE POSGRADO
CEDULA DE ESTIMACIÓN DE CONOCIMIENTOS
GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1, CHAMIZAL**

FECHA _____

CALIFICACIÓN _____

Lea cuidadosamente y conteste con V si cree que es verdadero y con F si es falso.

1. Considera que su pareja participa como factor de riesgo para el cáncer del cuello de la matriz.
2. Si me da cáncer cérvico uterino y llevo mi tratamiento podría curarme.
3. ¿ Tengo la responsabilidad de autocuidarme?
4. Tengo riesgo de padecer cáncer cérvico uterino, si tengo más de una pareja sexual.
5. El papanicolaou es una prueba que me la tengo que realizar cada 3 años o más.
6. Si empiezo a tener relaciones sexuales a los 17 años, tengo que esperar a que cumpla 25 años para poder realizarme la prueba del papanicolaou.
7. El tener más de 2 abortos influye para que pueda enfermar de cáncer cérvico uterino.
8. El preservativo me ayuda a prevenir enfermedades de transmisión sexual.
9. Puedo utilizar un condón hasta 2 veces.
10. Es mejor colocar el preservativo antes de la erección
11. La autoexploración de mama es una forma de detectar el cáncer mamario.
12. Uno de los signos que puedo encontrar en mis senos, es que el pezón se hunda o que Cambie el color de mi piel.
13. Es normal que salga leche de mis senos aunque no este amamantando.
14. La autoexploración de mama me la tengo que hacer cada año.
15. Sólo las personas con familiares con cáncer necesitan un examen de mama o cérvico uterino.

UNAM - ENEO - ISEM
DIVISIÓN DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1
11 JULIO 2001

UBICACIÓN DE CHARLAS EDUCATIVAS

SECTOR 2 : CARLOS RIVA PALACIO, Mz 6, LT 28 # 82	10:00 Y 12:00
SECTOR 4 : JOSE LUIS SOLORZANO, Mz 8 LT 29	10 : 00
SECTOR 5 : EUCARIO LOPEZ, Mz 9 Lt 25	10 :00
SECTOR 5 : RAFAEL MIGUEL HIDALGO, Mz 9 Lt 7	10:00
SECTOR 6 : RAFAEL MIGUEL HIDALGO, Mz 10 Lt 24	12:00
SECTOR 7: MANUEL MEDINA GARDUÑO, Mz 28 Lt 27	10:00 y 12:00
SECTOR 9 : RAFAEL MIGUEL HIDALGO, Mz 26 113	10:00 y 12:00
SECTOR 10 : EUCARIO LOPEZ, Mz 25 Lt 5	10:00
SECTOR 11: JOSE LUIS SOLORZANO, Mz 24 Lt 9	12:00
SECTOR 12 : FILIBERTO GOMEZ, Mz 23 LT 3	10:00 y 12:00

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

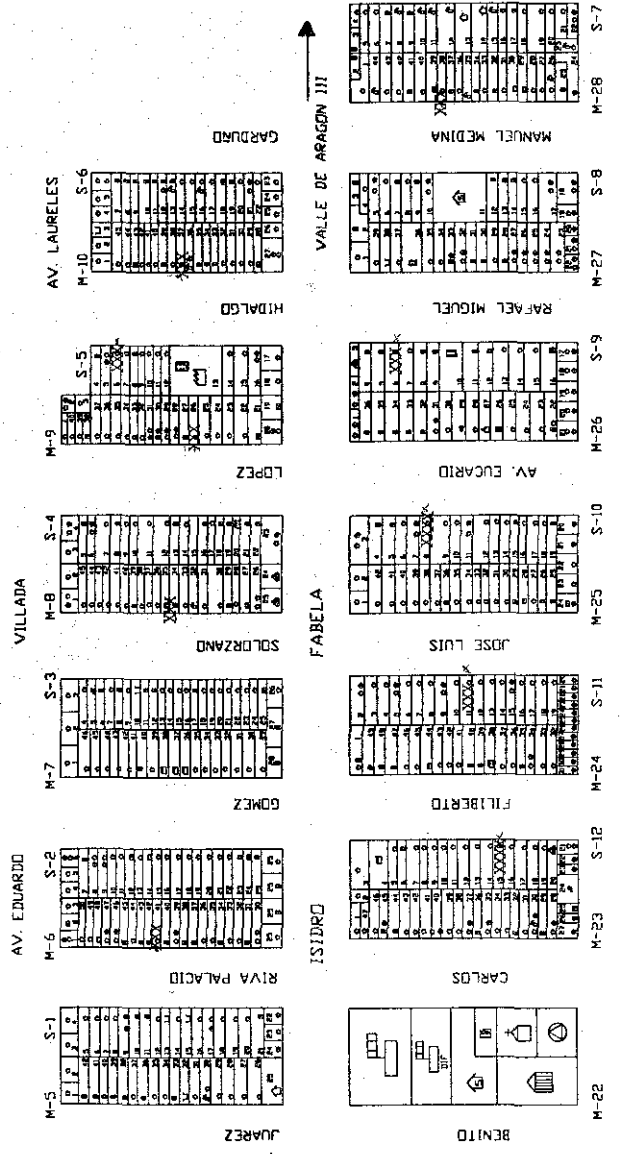
APENDICE 12



- SIMBOLOGIA**
- 🏠 Casa
 - 🏢 Negocio
 - 🏘 Vecindad
 - 🏢 Edificio
 - 👤 Civico II
 - 🥛 Lecheria
 - 🏠 Dispensario
 - 🎓 Escuela
 - 🏗 Instalación
 - 🏗 Construcción
 - 📦 Almacén
 - 🏠 Hospicio
 - 🏠 Iglesia
 - 🔧 Taller
 - 🏭 Fábrica
 - 🏠 Bodega

JARDINES DEL TEPEYAC

VICENTE GUERRERO



XXX = LUGAR DE CHARLAS

EMILTANO ZAPATA

GONZALEZ

AV. CARLOS HANK

AV. R-1

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

UNAM – ENEO – ISEM
DIVISIÓN DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
11 JULIO 2001

ORGANIZACIÓN DE EQUIPOS PARA “CHARLAS” EDUCATIVAS

RESPONSABLE FRANCISCA HERNANDEZ FLORES

Eq.	NOMBRE	SEC.	DOMICILIO	RESPONSABLE
1	Bocardo Valladares Alejandra	2	Carlos Riva Palacio, Mz 6 Lt 28	Elda A. Espejel Gómez
	Castillo Flores Verónica	2	No 82.	
	Hernández Bautista Magali	2		
	Suarez Tellez Yolanda	2		
2	Alvarez Guerra Karla	4	José Luis Solorzano Mz 8 Lt 29	Angeles López Madrid
	Contreras García Leonardo			
	Gómez López Carmen			
	Nava Rivera Magdalena			
3	Aguilar Sanchez Miguel A.	5	Eucario López Mz 9 Lt 25	Elba Salcedo Sánchez
	Dávila Pilotzin Christian			
	Elizarraras Monroy Tamia			
	Guzman Villegas Yadira			
4	Chávez Jurado Verónica	5	Rafael Miguel Hidalgo Mz 9	Edgar Castillejos Rosas
	García Castillo Jonathan		Lt 7	
	Hernández Berrocal Nely	6	Rafael Miguel Hidalgo Mz 10	
	Muñoz Flores Teresa		Lt 24	
5	Aguilar Gutierrez Martha	7	Manuel Medina Garduño Mz 28	Carmen Terreros
	Bojorges Campero Martha		Lt 27	Madrigal
	López Fuentes Guadalupe			
	Vera Meneces Artemiza			
6	Alfaro Alvarez Jorge Luis	9	Rafael Miguel Hidalgo Mz 26	Alicia Rios Flores
	Gómez Martínez Lizeth		Lt 3	
	Monroy Luna Laura Vanessa			
	Rico Velázquez Gabriela			
7	Díaz Anaya Ma. del Carmen	10	Eucario López Mz 25 Lt 5	Roberto Martínez
	Reyes Sánchez Ma. Gpe.		No 107	Alvarado
	Rosas Martínez Laura V.	11	José Luis Solorzano Mz 24 Lt 9	
	Vázquez Mendoza Yolanda			
8	Arellano Cortés Cinthia	12	Filiberto Gómez Mz 23 Lt 13	Francisco Cárdenas
	Dominguez Hdez. Edith			Caballero
	Pérez Nieto Gpe. Verónica			
	Santos Barajas Alejandra			

UNAM - ENEO - ISEM
DIVISIÓN DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I.

ESTRATEGIA 3
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PERIFONEO

EL CENTRO DE SALUD CHAMIZAL Y EL CÍVICO 2, INVITAN A LA COMUNIDAD A LAS PLATICAS SOBRE CÁNCER DE LA MATRIZ Y CÁNCER DE SENO QUE SE LLEVARAN A CABO EN LAS SIGUIENTES DIRECCIONES _____, AHÍ PERSONAL DE LA SECRETARIA DE SALUD LE ATENDERAN CON TODO GUSTO

¡LOS ESPERAMOS!

**ESTA
INFORMACION
ES VITAL PARA
TU FELICIDAD
Y LA DE TU
FAMILIA
NO DESISTAS
DE REALIZARTE
TU EXAMEN
DE DETECCION
DE CANCER
CERVICO
UTERINO**



Si tienes alguna duda sobre los resultados del Papanicolaou, pregunta a tu médico para que te explique y te oriente.

Recuerda que una mujer bien enterada sabrá cuidar mejor su salud.

El cáncer cérvico uterino es curable si se detecta a tiempo.

Acude puntualmente a tus citas de diagnóstico y no descuides tu tratamiento.

Tu salud y la tranquilidad de tu familia están en tus manos



**EL CANCER
CERVICO
UTERINO
PUEDE
PREVENIRSE
CUIDATE**



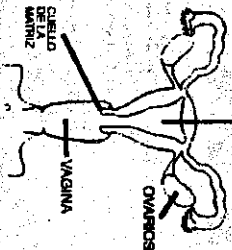
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PUBLICA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿QUE ES EL CANCER?

Como recordaras todos los organos del cuerpo están formados por células. El cáncer es un crecimiento anormal de células que forman tumores e invaden los tejidos que están alrededor.

Al crecer de manera anormal, los tumores provocan fallas en el cuerpo, las cuales pueden causar la muerte si no se atienden a tiempo.

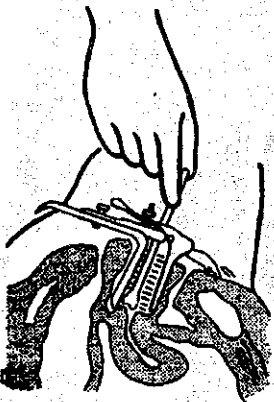


¿SE PUEDE PREVENIR EL CANCER DEL CUELLO DE LA MATRIZ?

Afortunadamente hay algunos tipos de cáncer que se pueden prevenir, uno de ellos es precisamente el del cuello de la matriz o cáncer cérvico uterino.

Este cáncer se puede prevenir e incluso curar, ya que tarda mucho en evolucionar, la mejor forma de prevenirlo es haciéndose periódicamente la prueba del Papanicolaou o prueba de detección de cáncer cérvico uterino.

El Papanicolaou consiste en la introducción de un espejo vaginal que permite ver el cuello de la matriz y tomar una muestra de células, que son analizadas para detectar si son normales o presentan alguna alteración.



¿QUE VENTAJAS TIENE EL ESTUDIO DEL PAPANICOLAOU?

Las células del cuello de la matriz, antes de que se vuelvan cancerosas, muestran cambios que las hacen verse diferentes a las normales, a estas alteraciones se les llama displasias o lesiones precursoras del cáncer. El Papanicolaou permite descubrir las displasias para iniciar tratamiento de inmediato y evitar que se conviertan en cancerosas.

El Papanicolaou también puede identificar los casos en los que el cáncer apenas va comenzando, etapa en la que se puede curar de manera más fácil.



CÉLULAS NORMALES

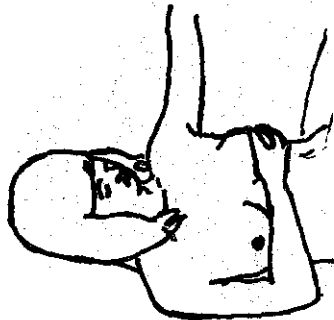
CÉLULAS CON DISPLASIA

CÉLULAS CON CÁNCER



NO PIERDAS MAS TIEMPO REALIZATE EL EXAMEN

TESIS COMO BIENT DE ORIGEN ALIAN



4. Termina tu exploración apretando o comprimiendo la mama y observa si hay salida de líquido anormal por el pezón.

El cáncer de mama es curable si se detecta a tiempo.

- Todas las mujeres deben revisar sus pechos desde que empiezan a menstruar .
- Hazlo cada mes, entre el 7° y 10° día después de haber iniciado tu regla.
- Si ya no menstrúas, elige un día fijo para hacerlo

SI OBSERVAS O ENCUENTRAS ALGO QUE NO HABÍAS VISTO O SENTIDO ANTES, ACUDE A CONSULTA MEDICA.

UNAM ENEO ISEM

Lic. Cano Bustamante Marisela.

Lic. Espejel Gómez Elda

Lic. Hernández Flores Francisca

Lic. Hurtado Ponce Reyna

Lic. Rosete Hernández Irma R.

Lic. Sibaja Trinidad Luz María

Lic. Terremos Maatrigal Carmen

Lic. Toribio Hernández. A. Jaqueline

!! QUERERSE ES

AUTOCUIDARSE!!

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ISEM

ICONOCER TU CUERPO PUEDE SALVAR TU VIDA!

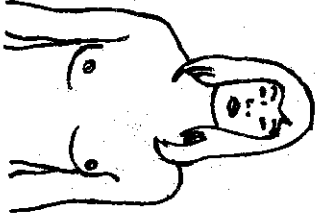


UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

EN ESTE FOLLETO TE MOSTRAMOS COMO TE PUEDES REALIZAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS



Realiza lo siguiente:

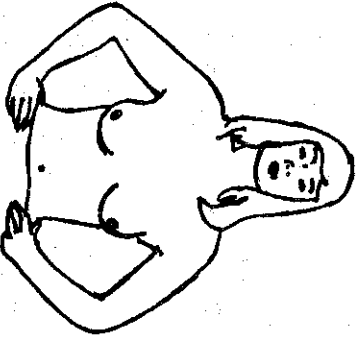


1. Con los brazos abajo, si alguna de tus mamas está deformada, si hay cambio de color en la piel o si el pezón está desviado o hundido.

TOCA Y SIENTE si hay bultos, endurecimiento o hundimiento, primero en una mama y luego en la otra.

1. Utiliza las yemas de los dedos medios de tu mano, haciendo presión al momento de explorarte.

De pie ante el espejo

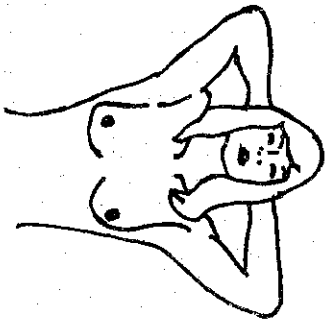


2. Coloca las manos en las caderas, presiona firmemente e inclínate un poco hacia delante y busca alguno de los cambios mencionados.



2. De pie con una mano detrás de la cabeza explora toda la mama con movimientos circulares empezando por la axila hasta terminar en el pezón. Puedes hacerlo con tu mano enjabonada mientras te bañas.

OBSERVA



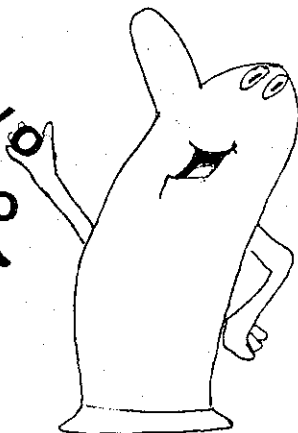
3. Observa cambios, pero ahora con los brazos extendidos hacia arriba.



3. Efectúa todas las maniobras anteriores pero ahora acostada y con una almohada bajo tu espalda.



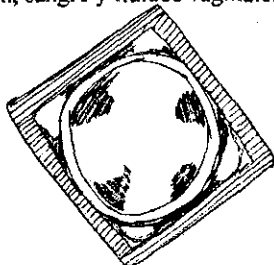
PRESERVATIVO GORRITO GLOBITO CON DON



¿QUÉ ES?

es una funda de plástico resistente (látex) que se coloca en el pene antes de la penetración en las relaciones sexuales.

Impide el intercambio de fluidos (líquido preeyaculatorio, semen, sangre y fluidos vaginales) posiblemente contaminados.

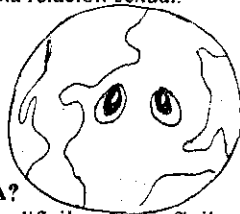


No te preocupes por el Ancho
... ni por el largo
**HECHO DE LATEX
SUMAMENTE
DELGADO PERO
RESISTENTE**

¿CON QUIÉN SE DEBEN USAR ?

CON TODO ... MUNDO

Ya que no puedes determinar a simple vista cuando una persona tiene alguna enfermedad de transmisión sexual, lo mejor es que utilices el condón cada vez que tengas una relación sexual.



¿CÓMO SE LE DICE A LA PAREJA?

Muchas cosas en torno al sexo suelen ser difíciles. No es fácil decirle que quieres usar un condón, especialmente cuando estás a punto de tener relaciones sexuales. Sin embargo, está bien insistir

¡TU SALUD O TU VIDA PUEDEN DEPENDER DE ELLO!

¿CÓMO SE CONSERVAN?

- ✓ Guárdalo en lugares frescos y secos.
- ✓ No lo expongas al calor excesivo ni a la luz fluorescente.