

00943
3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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

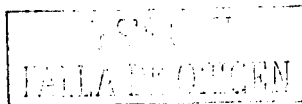
SISTEMA DE APOYO EDUCACION
DIRIGIDO A FORTALECER LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO
EN LAS MUJERES DE 18 AÑOS O MAS DE LA
MICRORREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I:
CON EL FIN DE FAVORECER LA DETECCION OPORTUNA
DE LESIONES PRECURSORAS DE CANCER CERVICO
UTERINO

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

LIC. ENF. IRMA ROSI ROSETE HERNANDEZ



MEXICO, D. F. 2003



1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**



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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso
el contenido de mi trabajo recepcional

NOMBRE: Quinn Rossi

Rosalee Hernández

FECHA: 30 Enero 2003

FIRMA: [Firma]

Vo. Bo.

[Firma]
Lic. Guadalupe Pérez Hernández
Asesora del Estudio de Caso

Vo. Bo.

[Firma]
Profa. Graciela Domínguez B.
Correccionista de estilo
Cédula profesional: 1774043

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

2

AGRADECIMIENTO

Para quienes con sus conocimientos contribuyeron a mi formación profesional.

***LIC./ E.E.S.P. Guadalupe Pérez Hernández**

***M.S.P. Sofia del Carmen Sánchez Piña**

***M.S.P. Gloria Galván Flores**

***M.S.P Juan Pablo Villa Barragán**

Para las personas que de alguna forma contribuyeron al logro de los objetivos trazados para esta intervención.

***MASS. Roberto Serrano Agüeros**

***MC:ESP. Eduardo Valdez Quiroz**

***Dr. Arturo Ríos Vázquez**

Para los colaboradores de la intervención y quienes participaron en el logro de los objetivos

J.E. Esthela Lozano González

Psc. Alicia Ríos Flores

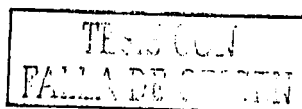
Enf. Elba Salcedo Sánchez

Enf. Emma García Aguirre

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

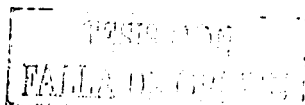
Enf. Martha Álvarez Chávez
Enf. Yolanda G. Guerrero Martínez
Dr. Francisco Cárdenas Caballero
Dra. Ma. De los Ángeles López Madrid
Dr. Fernando Díaz
T.S. Irma García Jiménez
Voluntario. Edgar J. Castillejos Rosas
TAPS. Roberto Martínez Alvarado
TAPS. Roció I. Mendoza Gómez
Citotecnólogo. Víctor Villaruel

***Pasantes en servicio social de enfermería CONALEP generación 2000-2001**



ÍNDICE

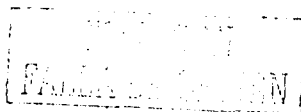
	Pág.
Introducción	1
1. Objetivos del estudio de caso	
1.1. Generales	4
1.2. Específicos	4
2. Fundamentación del estudio de caso	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco conceptual	10
2.2.1. Paradigma	10
2.2.2. Teoría de enfermería (Orem)	10
2.2.3. Salud Pública (enfoque de riesgos)	24
2.2.4. Proceso de enfermería	41
2.3 Consideraciones éticas	54
3. Metodología	57
3.1 Selección y descripción genérica del caso	57
3.2 Proceso de intervención especializada	61
3.2.1 Valoración	61
3.2.1.1 Valoración Extensa	62
3.2.1.2 Valoración Focalizada	85



3.2.2 Diagnóstico Enfermero	98
3.2.3 Plan de Intervenciones	102
• Objetivo del plan de intervención	108
• Metas	110
• Análisis de factibilidad	111
• Organización	114
3.2.4. Ejecución de la intervención	128
• Plan de evaluación (monitoreo)	148
3.2.5. Evaluación del caso	149
3.2.6. Evaluación general de la intervención	159
Hallazgos	162
Conclusiones de la intervención	164
Conclusiones del caso	166
Sugerencias	167
Glosario	169
Bibliografía	172

Anexos

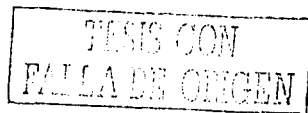
1. Coordinación municipal de Chamizal
2. Microrregión Granjas Valle de Guadalupe 1
3. Pirámide poblacional
4. Guía de observación
5. Localización de casos y controles



6. Mapeo de la intervención de enfermería

Apéndices

1. Operacionalización de Variables e indicadores
2. Cédula de Déficit de autocuidado para CA CU. e instructivo
3. Lista de precisión de muestra
4. Sabana de concentración de datos de Déficit de autocuidado
5. Verificación de criterios de certificación
6. Cuadro de factor de riesgo por ítem y O.R
7. Cuadro de factor de riesgo por ítem, O.R, F.E.R y Orem
8. Cuadro Priorización de factor de riesgo por ítem, O.R, F.E.R y Orem.
9. Cuadros de contingencia de salida 10 principales factores de riesgo.
10. Cronograma de Operaciones estratégicas del proyecto de intervención.
11. Solicitud de recursos materiales para la intervención
12. Formatos de expediente clínico para la intervención
13. Volantes informativos
14. Distribución y registro diario de consultas de la intervención
15. Sistema de vigilancia epidemiológica para CA CU en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe 1.

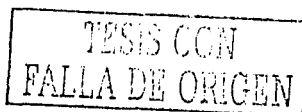


INTRODUCCIÓN

En nuestro país la demanda de la población sobre la participación de enfermería en salud pública nos permite plantear imágenes con un marco teórico sobre la profesión formada de ideas y de conceptos; estableciendo así una imagen global en relación a su tarea, que no solo se limita a situaciones prácticas, sino que se apoya de situaciones teóricas.

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, incluyendo las conductas cognitivas y culturalmente aprendidas que capacitan al individuo, familia o comunidad para mejorar o mantener su estado de salud (autocuidado). Es responder al cuidado del individuo en su familia, en su quehacer y en la comunidad forman un vínculo de compromiso entre ambos. Con la dimensión del autocuidado a través de la relación enfermera cliente/ unidad de servicio.

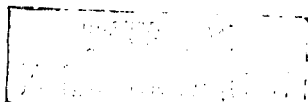
El presente estudio de caso tiene el propósito de contribuir al desarrollo de la investigación en el personal especialista en salud pública; **por medio del autocuidado, parte primordial del estudio de caso, el cual puede referirse a una persona o a grupos sociales.** La enfermería y la salud pública siguen un mismo objetivo *salud y bienestar del individuo* y se ocupa particularmente de grupos sociales, tratando específicamente de focalizar problemas de salud que alteren la estabilidad con el propósito de limitarlos o reducirlos.



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

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. Siendo una de las razones por las 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 la fase más productiva de su 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, asociando el factor de riesgo con la teoría del déficit de autocuidado de Orem, por medio de la siguiente hipótesis, << la insatisfacción de los requisitos de autocuidado de desarrollo y desviación de la salud influyen en las altas tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer



cérvico-uterino, en las mujeres de 18 años o más de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, perteneciente a Coordinación Municipal de salud Chamizal, Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec >>.

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

Cabe reiterar y resaltar que las cuatro estrategias en sí forman parte de **una intervención de enfermería**, al realizarse concatenadas y simultáneas. Se describe la importancia de cada una de ellas, pero se hace mayor énfasis en detección de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino, por ser la estrategia donde particularmente, la estudiante de la especialidad de salud pública tuvo mayor participación y toma de decisión.

Con el fin de especificar las actividades, tareas y operaciones se presenta el esquema metodológico basado en las fases del proceso enfermero: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación que se divide en dos partes la primera en relación a la evaluación de la estrategia de enfermería para la detección oportuna de lesiones precursoras para Ca cu y en segundo lugar la evaluación del estudio de caso, con el fin de dar a conocer el impacto de la intervención en la comunidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

1.1 GENERALES

- ❖ Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en las mujeres de 18 años o más, en la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, perteneciente a la Coordinación Municipal de Salud Chamizal, de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, Estado de México; mediante la intervención de enfermería, a través de la detección oportuna de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino.

- ❖ Fortalecer la agencia de autocuidado en las mujeres de 18 años o más, de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe I; a través del sistema de apoyo educación con el fin de favorecer las medidas preventivas para la detección de lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino.

1.2 ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar los factores sociodemográficos y epidemiológicos de las familias que integran la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.

- ❖ Determinar y priorizar los factores de riesgo asociados con desviación de la salud.

- ❖ Establecer un **Diagnóstico** de Enfermería utilizando la teoría de Orem.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ❖ **Diseñar un proyecto de intervención de enfermería orientado a disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad por cáncer cérvico uterino en la zona de estudio a largo plazo.**
- ❖ **Ejecutar un proyecto de intervención de enfermería integrado por cuatro estrategias concatenadas y simultáneas.**
- ❖ **Evaluar las estrategia detección oportuna de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino a corto, mediano y largo plazo.**
- ❖ **Evaluar las metas propuestas en relación al proyecto de intervención para la detección de lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino.**
- ❖ **Estimar el alcance metodológico de los objetivos del caso.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL ESTUDIO DE CASO

2.1 ANTECEDENTES

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

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

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

El Programa Nacional de Salud señala que en el año 2000 la tasa nacional de muertes por CaCu fue de 19.4 por 100 000 mujeres de 25 años o más, y aumenta con la edad. En la edad productiva este padecimiento es el más

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

² Ibidem., p 554.



común de los tumores malignos y la primera causa de muerte. “Dados los avances tecnológicos en materia de diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, ninguna muerte por esta causa puede considerarse aceptable”.³

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

*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

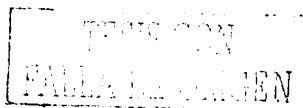
Por otro lado, el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, desarrollado por la Secretaría de Salud en el país, la edad promedio en la que se detectan las displasias es: leve, de 25 a 30 años, moderada, de 30 a 35 años y graves o cáncer in situ entre 35 y 45. La detección de mujeres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

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

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



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

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

⁶ Ibidem., p 5.

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

⁸ MARTINEZ, Montañés. Op cit. p 8.

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). Cabe resaltar que varios de los factores de riesgo que señala la literatura, coinciden con los que se encontraron en los casos de mortalidad (2), expresados por medio de las autopsias verbales aplicadas a los familiares y a la morbilidad (6) encontrada en la fase de valoración focalizada de este **estudio de caso**.

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

En relación, a lo anterior expuesto, cabe resaltar la similitud con los resultados que también se obtuvieron al realizarse la valoración extensa y la valoración focalizada en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.

⁹ Ibid., p 8.

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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; el proceso de enfermería, y desde el punto de vista salud pública el proceso epidemiológico (enfoque de riesgo).

2.2.2 Teoría de enfermería

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

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

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



- ❖ Se ve afectada por el conocimiento de la salud científicamente derivado que posee la persona.
- ❖ Se ve afectada por la situación en la constelación familiar.
- ❖ Se ve afectada por los miembros de grupos sociales (amigos, compañeros de trabajo).¹²

«Una unidad de servicio de enfermería puede ser una unidad individual o multipersonal».¹³

Requisitos de autocuidado

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

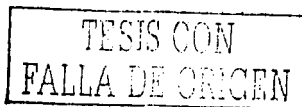
❖ **Requisito de Autocuidado Universal**

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.

¹² Ibidem p 134.

¹³ Orem Op cit. p 328.



5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal (normalidad).¹⁴

❖ **Requisitos de Autocuidado del Desarrollo**

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

Etapas específicas del desarrollo.

1. 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.
2. 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:

¹⁴ Orem, Op cit. p 141.

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.

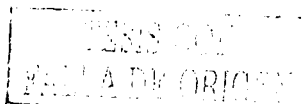


5. Modificar el autoconcepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitando de las formas específicas de cuidados de la salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas,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

Es importante resaltar que los sistemas propuestos por la teoría engloban varios aspectos de la vida del ser humano, 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 aquellos que se derivan del deterioro físico y psíquico, se han realizado estudios a nivel individual y familiar por lo que se le ha llamado unidades multipersonales, pero no se tiene hasta el momento información con respecto a la aplicación de este enfoque en la comunidad. Sin embargo; se considera que esta teoría es aplicable en la salud pública y por consiguiente al trabajo comunitario ya que, permite establecer diagnósticos de requisitos de déficit de autocuidado en una población, los cuales dan pauta para la atención a problemas relacionados con la salud y no solo con la enfermedad.*¹⁶

¹⁵ Orem, Op cit. p 50-151.

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



Teoría del Déficit de Autocuidado

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

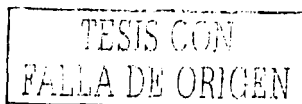
La teoría del déficit de autocuidado, tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud, o relacionadas con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. Además requiere de cualidades físicas e intelectuales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

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

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

- ❖ Falta de ocupación o adecuación continuada en el autocuidado.

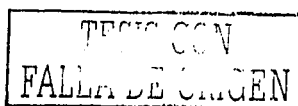
¹⁷ Cavanagh Stephen, Modelo de Orem. Ed. Masson- Salvat, México, 1993. p 12-14.



- ❖ 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.
- ❖ 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.

▪ Teoría del Sistema de Enfermería

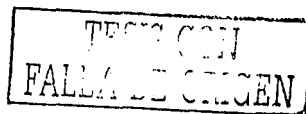
El Sistema de Enfermería de Orem nos habla de una serie continua de acciones cuando la enfermera vincula sus propias acciones y están dirigidas e identifican las demandas de autocuidado.

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.

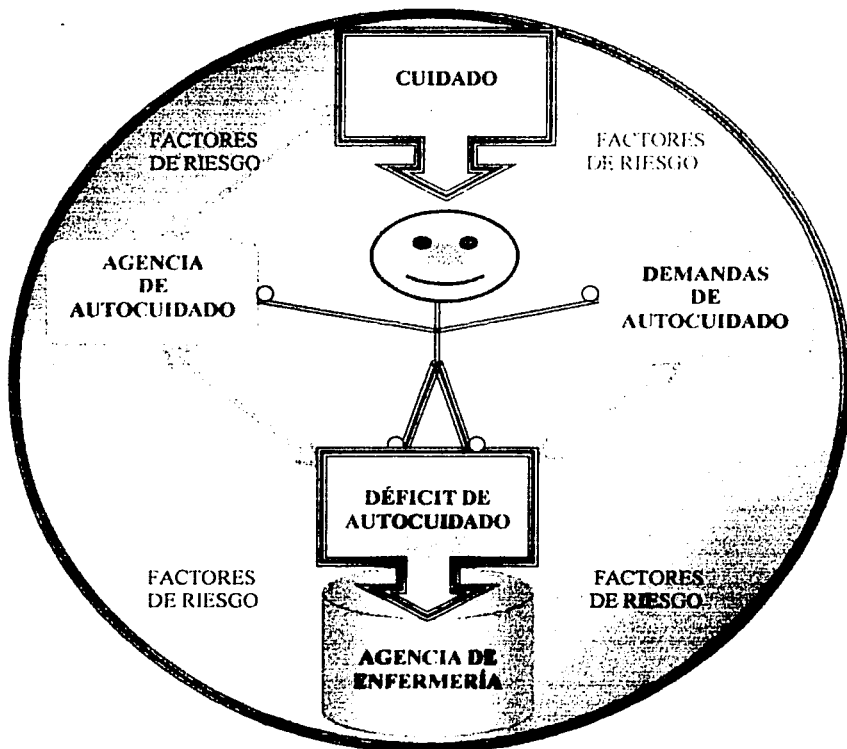
Por lo tanto, se reitera que el Autocuidado es una actividad aprendida por el individuo y está orientada hacia un objetivo “mantener la salud”; exhorta a que las personas sean capaces de usar la razón (conocimiento) para

¹⁸ Orem, Op cit. p 182.



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.



MARCO CONCEPTUAL DE LA TEORÍA DE OREM

Esto se esquematiza en el cuadro anterior, en donde el cuidado es una necesidad del ser humano hacia los diferentes factores de riesgo que forman parte de su entorno, por lo tanto es fundamental contar con sistemas de enfermería (agencia de autocuidado) que informe, oriente, fomenten y modifiquen estilos de vida saludables de acuerdo a las demandas de autocuidado manifestadas por un déficit, a la agencia de enfermería con el fin de mantener la salud y fomentar una mejor calidad de vida.

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

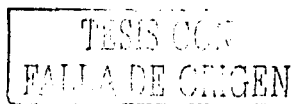
▪ **De apoyo educativo**

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)**

¹⁹ Orem, Op cit. p 80.



▪ **Totalmente compensatorio**

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

Métodos de ayuda utilizados por enfermería

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

Supuestos en la teoría general de enfermería de Orem

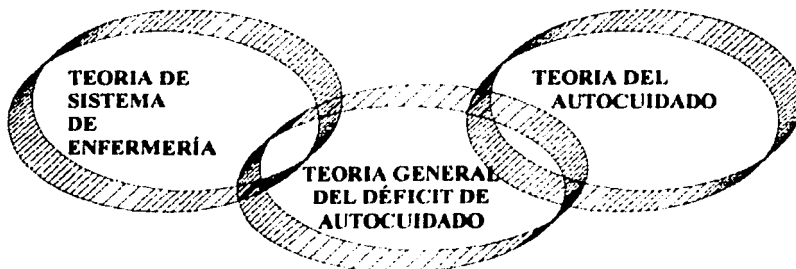
El rol de enfermería en Salud Pública es visualizar a la comunidad en las siguientes dimensiones:

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 intervención en las poblaciones por medio de la prevención, promoción, planificación, organización, ejecución y evaluación; de sus acciones; con el único fin de atender las necesidades sentidas y expresadas en materia de salud por la población de estudio.

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



Conceptos de enfermería que aplicados en la salud pública sobre los factores de riesgos del ser humano determinan una mejor calidad de vida a través del autocuidado.

2.2.3 Salud Pública

Empezaremos hablando de la medicina social, según Morris **“como la ciencia que estudia las relaciones existentes entre la salud y la enfermedad del ser humano, y sus condiciones sociales, patrones culturales y forma de organización social”**²⁰ La integración medicina social trajo consigo el concepto de medicina no solo como curativa; sino que se involucra con la prevención social, y por lo tanto con el concepto moderno de Salud Pública.

La salud pública entonces es la ciencia y el arte de prevenir y determinar causas y efectos de las enfermedades por medio del fomento a la salud y la prevención específica a través de la educación para la salud con el esfuerzo organizado de la comunidad que propicie el derecho natural a la salud, la longevidad y el autocuidado del individuo en la comunidad.²¹

Ahora bien, **“La riqueza de la Salud Pública consiste en que ofrece un espacio para la confluencia de múltiples disciplinas.”**²² Las cuales se involucran de una u otra forma y de uno a otro momento, ya que la sociedad es dinámica y sus tendencias para mantenerse en equilibrio son determinantes en relación a la salud de la población.

²⁰ Maazáfero. Vicente E. P. El desarrollo de la Salud Pública en las sociedades humanas. Medicina en S.P. Ateneo. 1994 p. 7

²¹ Villa, Barragán J. Pablo. Historia de la Salud Pública. Apuntes en clase. 2001

²² Maazáferi, Vicente. p. 46

La nueva salud pública se fundamenta “como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas.”²³ Llegando de esta forma a un nivel de análisis; tomando en cuenta al individuo en las comunidades desde dos perspectivas como un campo de investigación (de conocimiento) y como un ámbito para la acción (aplicación de los conocimientos en los individuos y en la población), descrita en forma más clara en el siguiente cuadro:

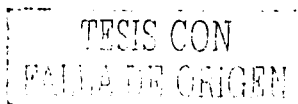
NIVEL DE ANÁLISIS	OBJETO DE ANÁLISIS	
	CONDICIONES	RESPUESTAS
INDIVIDUAL O SUBINDIVIDUAL	INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA (Proceso biológicos básicos; estructura y función del cuerpo humano; mecanismos patológicos)	INVESTIGACIÓN CLÍNICA (Eficacia de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos)
POBLACIÓN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

Tipología de la investigación en salud, con ejemplos de fenómenos a estudiar. Julio Frenk. La salud pública campo de conocimiento y ámbito para la acción.”²⁴

Como se pudo visualizar el objeto de análisis es la investigación del individuo en relación, a las condiciones de salud - enfermedad; la investigación a nivel de poblaciones identifica los riesgos y daños para la salud e investiga los sistemas de salud en relación a la respuesta social organizada de la población.

²³ Frenk, Julio La Salud de la Población, hacia una nueva Salud Pública. México, 1993. p. 38

²⁴ *Ibidem.* p. 38

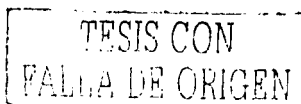


La utilización de las herramientas mencionadas tiene la finalidad de asegurar a cada individuo el mejorar su calidad de vida y de esta forma conservar su salud. Sin embargo, en nuestro país mejorar el nivel de vida de la población es una tarea ajena a la salud pública, pero el hecho de proporcionar herramientas que permitan lograr una calidad de vida en los individuos en su salud es tarea fundamental; **“la nueva Salud Pública se refiere a los esfuerzos sistemáticos para la identificación de necesidades de salud y la organización de servicios integrales con una base definida de población”**²⁵ y de esta forma lograr las metas propuestas en salud.

Las funciones esenciales que describe Frenk en la **nueva salud pública** esta apoyada en la Organización Panamericana de Salud, las cuales se enfocan principalmente en:

- ❖ La construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida.
- ❖ Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud.
- ❖ Generación de inteligencia en salud (condicionantes y riesgos a la salud).
- ❖ Atención a las necesidades y demandas en salud.
- ❖ Garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados a la salud.

²⁵ Mazzáfero, Vicente E. El desarrollo en las sociedades humanas. p. 51

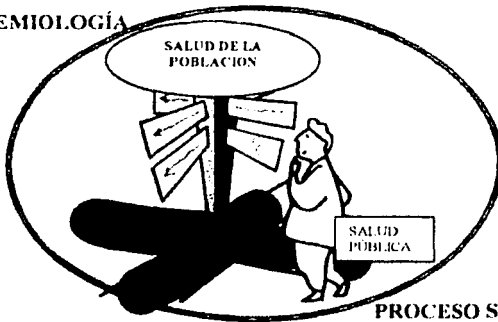


❖ Intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.²⁶

De esta forma la salud pública analiza a las sociedades esquematizándola en modelos como respuesta a sus objetivos de intervención en el individuo, en la familia y en las comunidades en el proceso salud enfermedad.

De esta forma las metas en salud pública se apoyan en el **PROCESO SALUD ENFERMEDAD** de una población para lo cual retomamos la **EPIDEMIOLOGÍA** que “es la rama de la salud pública que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan.”²⁷ Si la epidemiología estudia la frecuencia y distribución de las enfermedades en un momento específico, sus riesgos y consecuencias para la salud, también determina sus modalidades e impacto en la población; así es como también se apoya de otras ciencias.

EPIDEMIOLOGÍA



PROCESO SALUD ENFERMEDAD

²⁶ Funciones esenciales de salud pública. Una respectiva desde las prácticas sociales. División de desarrollo y Sistemas y Servicios de Salud. OPS, Washington, D.F. Julio 1998, p. 9, 10 11

²⁷ Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Salud Pública de México, vol. 42, no. 2 marzo abril de 2000. p. 133

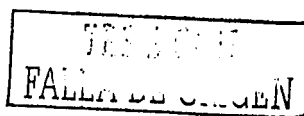
El objetivo de la epidemiología y de la Salud Pública es la mejora de la salud de la población, como lo menciona Bonita en su texto Epidemiología Básica “el comportamiento y el modo de vida tienen una gran importancia a este respecto y la epidemiología se utiliza cada vez más para estudiar tanto sus influencias como la intervención preventiva encaminada a la promoción de la salud.”²⁸

Durante muchos años se han estudiado las enfermedades como fenómenos de la población; ya que existen textos que nos hablan de contagios, plagas y epidemias, surgiendo así “la palabra epidemiología, que proviene de los términos griegos *epi* (encima), *demós* (pueblo) y *logos* (estudio), etimológicamente significa el estudio de lo que está sobre las poblaciones.”²⁹ De esta forma podemos visualizar que no solo las enfermedades están en las poblaciones, sino que también está la salud en las poblaciones y que todos los fenómenos que la rodean son factores involucrados en su desarrollo e influyen en el equilibrio **SALUD – ENFERMEDAD**.

Cuando hablamos de equilibrio en la población, hablamos de la dicotomía salud – enfermedad; proceso inherente a la Salud Pública y a sus objetos de intervención: el individuo, la familia y el ambiente en que se desenvuelve, esquematiizándolo en el siguiente cuadro.

²⁸ Bonita, Ruth y Ruth Beaglehole. *Epidemiología básica*. OPS. 1994 p. 3

²⁹ *Salud Pública de México* / vol. 42. no. 2. p. 134



RESPUESTA SOCIAL: OBJETOS DE INTERVENCIÓN	CONDICIONES: PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS	
	SALUD	ENFERMEDAD
INDIVIDUO / FAMILIA	MODELO HIGIENISTA / PREVENTIVO	MODELO BIOMÉDICO
AMBIENTE BIOFÍSICO	MODELO SANITARISTA	MODELO EPIDEMIOLÓGICO CLÁSICO
AMBIENTE SOCIAL	MODELO ECOLOGISTA	MODELO EPIDEMIOLÓGICO- SOCIAL
	MODELO SOCIOMÉDICO	

PRINCIPALES MODELOS CONCEPTUALES SOBRE LA SALUD PÚBLICA.
Frenk, Julio. La salud de la Población, hacia una nueva salud Pública.³⁰

Frenk, propone los modelos de salud pública, los cuales ubican al individuo dentro de un proceso dinámico de equilibrio entre salud – enfermedad y de esta forma se identifica como equilibrio la salud y requiere de modelos preventivos, (autocuidado), de protección ambiental y de mejorar la calidad de vida del individuo sano; dentro del desequilibrio ó enfermedad, encontramos los modelos que diagnostican, tratan, e impiden daños mayores, al individuo ya enfermo.

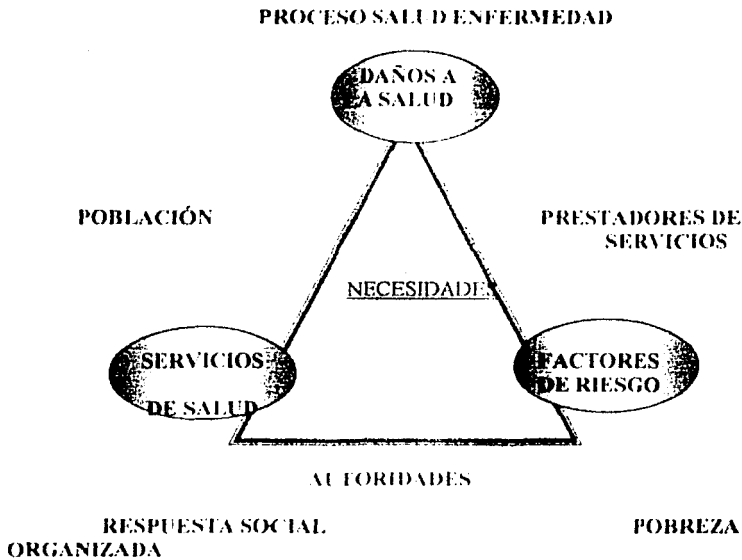
Como ya se menciono el ser humano para mantener su salud debe de tomar en cuenta los fenómenos que los rodean como son:

LOS FACTORES DE RIESGO que es el ambiente, el lugar donde vive (área geográfica), el clima (físicos), la urbanización, los servicios públicos, su vivienda, ambiente social, familiar, trabajo, etc.; son determinantes y afectan su salud.

³⁰ Frenk, Julio P. 54

LOS DAÑOS A LA SALUD retoman la epidemiología (bioestadística), que nos indica de que enferma o muere el ser humano (morbilidad, mortalidad, nutrición e invalidez) que es determinante en los cambios de la población.

LOS SERVICIOS DE SALUD; si estos están de acuerdo a sus necesidades de salud, a su uso, a su disponibilidad, así como la eficiencia de estos para proporcionar a la comunidad una mejor calidad de vida.



IDEOLOGÍA PARA DETECTAR NECESIDADES EN UNA POBLACIÓN ³¹

Las relaciones ecológicas hombre-ambiente intervienen en los factores epidemiológicos: **AGENTE, HUÉSPED Y MEDIO AMBIENTE**, el

³¹ Villa, Barragan J. P. Riesgos y daños a la salud. (esquema en clase). México, 2001

agente es el factor de riesgo o los factores causales; el huésped es el individuo afectado y el ambiente en donde viven ambos; “los factores causales y asociados que producen la salud y la enfermedad resalta claramente que ellos son los mismos actuando en diverso sentido en relación a cantidad, calidad y tiempo de acción”³²

Riesgo, enfoque y medición

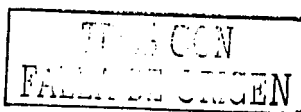
El concepto de riesgo resulta fascinante, tanto en la forma como en el fondo. En la forma, porque la expresión se asocia al azar y al peligro; dos aspectos de la vida cotidiana que atraen al hombre contemporáneo: quien nada arriesga nada tiene. En el fondo, porque nos ofrece la posibilidad de predecir 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.³³ 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.

³² San Martín, Herman. Salud y enfermedad. Prensa medica mexicana. 4ª. Reimpresión. México, 1992 p. 113

³³ PÉREZ, Hernández G. Estudio de Caso, p. 9.



Enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, intenta mejorar la atención para todos.

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

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

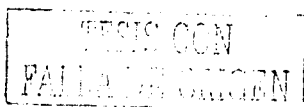
El estudio de poblaciones permite obtener la probabilidad de que un evento o daño (enfermedad o muerte) ocurra en ese grupo de personas y que se expresa como tasa de incidencia o muerte. La probabilidad para un individuo en particular debe inferirse a partir de la población estudiada.



Estudios con enfoque de riesgo

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

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



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

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

Criterios de Riesgo y Calificación Familiar

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

Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 1997.

Clasificación por riesgo

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

Fuente: IBIDEM.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.³⁵

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

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

Un factor de riesgo es causal de un **daño a la salud**, si reúne los siguientes criterios: fuerza de la asociación, especificidad de la asociación, consistencia del conocimiento existente, asociación temporal y credibilidad biológica.³⁶

³⁵ Álvarez, Manilla J.M. Manual de Atención Programada por Enfoque de Riesgo. Salud pública; Méx. 1988, p 9

³⁶ Álvarez Manilla, Op. Cit, p 9.

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.

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

Riesgo atribuible o fracción etiológica de riesgo

El riesgo atribuible, es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población total. Mide el impacto cuya remoción puede suponer el disminuir la incidencia de la enfermedad ocasionada por el factor de riesgo, por lo tanto nos da la extensión del problema en la comunidad y expresa la medida administrativa que la acción sanitaria lograría con su actuación en este sentido, la acción preventiva nos mostraría el beneficio hacia la comunidad, que se puede lograr incidiendo sobre el factor de riesgo.

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

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

Razón de probabilidad (OR)

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

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

a	b
c	d

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

Aplicación del enfoque de riesgo

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

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

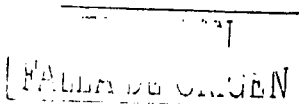
Dentro del sistema de atención a la salud, puede facilitar mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia, facilitar el control de los factores de riesgo, de tal suerte que, se produzcan cambios en los estilos y condiciones de vida.

Daños a la salud

Daño puede definirse como ... “Cualquier alteración a la salud producida por la interacción de factores asociados. El daño en referencia puede a su vez contribuirse en factor de riesgo para que otros daños se presenten”...³⁷

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

³⁷ OPS, Taller Latinoamericano de Epidemiología aplicada a los Servicios de Salud. Méx., 1991. p 61.



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.³⁸

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

Morbilidad

Morbilidad alude a la frecuencia de enfermar, consta de la incidencia y la prevalencia. La incidencia trata de los casos nuevos de enfermedad adquiridos durante un determinado periodo; mientras que la prevalencia tiene que ver con la existencia de casos (nuevos y viejos) de enfermedad en un periodo determinado.³⁹

Fórmula:

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

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

³⁸ Alvarez, Alva R. La Enfermera y la Trabajadora social en la salud Pública. Ed. Manual Moderno, Méx. 2000. p 105.

³⁹ COLIMON, Kahl-Martin. Fundamentos de Epidemiología. Ed. Diaz de Santos. Madrid, 1990. p 47.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.⁴⁰

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.

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

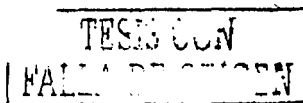
Tasa

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.

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.

⁴⁰ Colimon, OP cit. p 47.



2.2.4 Proceso de Enfermería

En salud pública se establece una relación dinámica entre enfermera-población, que la ha llevado a generar un modelo en sus tareas por medio de su participación en la comunidad y para ello retoma el PROCESO DE ENFERMERIA aplicado en segundo y tercer nivel de atención, por medio de la “identificación del estado del paciente a partir de la interpretación de los síntomas que presenta. – Establecimiento de deducciones. – Ejecución de acciones dirigidas al logro de objetivos definidos.”⁴¹

Es por así decirlo la recopilación de información sobre los individuos o poblaciones para poder elaborar un diagnóstico que permita jerarquizar en orden de importancia sus necesidades, (valoración) para de esta forma planear y realizar las acciones necesarias (ejecución) y evaluar en forma constante los logros sobre la salud de la comunidad.

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

⁴¹ Hemández, Conesa. Fundamentos de Enfermería teoría y método. Ed. McGraw-Hill Interamericana. España, 1999. p. 129

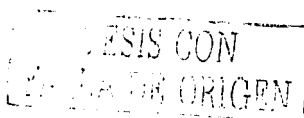
paciente y con el paciente.⁴² Dichos enunciados deberían de guiar el objetivo del proceso de enfermería.

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

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

- ❖ Descubrir: el profesional adquiere conocimientos o información acerca de algo que no conocía previamente; tal información debe contribuir a la prestación de un mejor servicio al paciente.
- ❖ Investigar: el profesional utiliza la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente.
- ❖ Decidir: el profesional planea el procedimiento a seguir en la asistencia del paciente. Tiene en cuenta todas las facetas del problema y decide cuál es la mejor forma de abordar la situación.

⁴² Hernández, Conesa. p. 127



- ❖ **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."⁴³

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.

⁴³ *Ibidem.* p.129

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

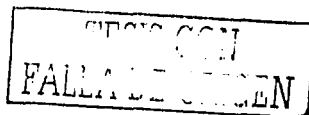
Es conveniente utilizar el proceso de enfermería, ya que permite aumentar la calidad de los cuidados, ya que es una metodología en su actividad diaria.

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

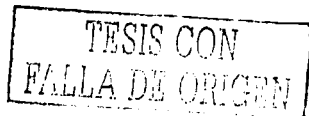
El diagnosticar requiere de una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios; por tanto, constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera.

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."⁴⁴

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

⁴⁴ Ibidem, p 130.



grupo de profesionales de la enfermería asistentes a dicha conferencia e interesados por el problema de los diagnósticos.

El diagnóstico de enfermería para la NANDA, debe cumplir con los siguientes requisitos:

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

TIPO CON
FALLA DE ORIGEN

- ❖ **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 mas idónea deben determinarse las acciones sanitarias orientadas a la consecución de los objetivos.

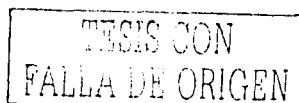
- ❖ **Documentación del plan.** Finalmente todas las decisiones tomadas durante la planificación de los cuidados deben de ser precisadas en el plan de cuidados, constituyendo una de las fuentes básicas de información acerca del paciente, en la que se incluye una descripción de su problema y un programa de actuación para tratar de resolverlos.

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

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

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

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



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

La evaluación implica las siguientes actividades:

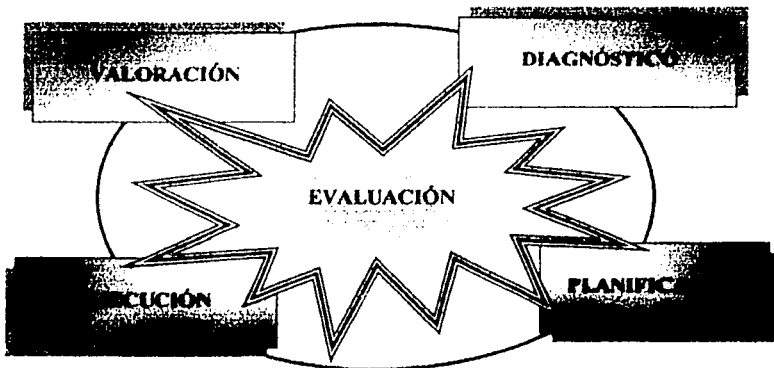
- ❖ Establecimiento de los criterios para la evaluación.
- ❖ Evaluación de la consecución de los objetivos.
- ❖ Valoración de las variables que afectan la consecución de los objetivos.
- ❖ Modificación del plan de cuidados / conclusión de los cuidados de enfermería.

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

La fase de diagnóstico se relaciona fuertemente con la planificación simplemente porque, los objetivos establecidos y las actividades preescritas durante la fase de planificación derivan directamente de los problemas que

haya diagnosticado y porque las enfermeras empiezan las primeras etapas de la planificación conforme se van identificando los problemas de salud. Esta relación entre las diferentes etapas es frecuente al implementarse las acciones de enfermería.

Por medio de una evaluación constante de los objetivos en las demás etapas del proceso de enfermería, determinan si han contribuido al éxito o fracaso del plan de cuidados y realizar las modificaciones necesarias al respecto.



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

En cada *ítem* se dará a la mujer la libertad de no contestar la pregunta si así lo considera o de retirar su consentimiento en cualquier momento, así como la seguridad de que no se identificará a la encuestada y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada a su privacidad, por lo que los datos que proporcionará serán confidenciales, dándoles la opción de anotar su nombre o no, **los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para la investigación.**

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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 llevará 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;*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.⁴⁵

⁴⁵ Polaino- Lorente A. Manual de Bioética General. Ediciones Rialp, Madrid, 1994. p 336.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. METODOLOGÍA

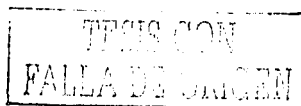
3.1 Selección y descripción genérica del caso

La selección de la unidad de estudio, inicialmente se efectuó por medio de un taller de focalización de la zona de estudio; una revisión sobre tasas de 1999 de mortalidad y morbilidad, priorizando los daños por medio del método de Hanlon; establece los siguientes componentes para su priorización:

- A. Magnitud del problema
- B. Severidad del problema
- C. Eficacia de la solución
- D. Factibilidad de la intervención

El taller de focalización de zona de estudio se integro por un grupo interdisciplinario de la Jurisdicción de Ecatepec el cual estuvo integrado por Coordinadores Municipales de salud, Jefes de Enfermería jurisdiccionales y estudiantes de la especialidad de enfermería en salud pública.

1. Diagnóstico Jurisdicción (tabla de población por grupos de edad, pirámide poblacional 1999).
2. Aplicación de fórmulas para priorización (método de Hanlon)



Se inicia con el análisis comparativo de las tablas de población por grupos de edad 2000, mortalidad general y mortalidad por grupos de edad.

EDAD	CLASIFICACION	TOTAL DE POBLACIÓN
< 1 año	Infantil	37 272
1 - 4 años	Preescolar	151 716
5 - 14 años	Escolar	387 996
15 - 64 años	Edad Productiva	1 220 508
65 y +años	Posproductiva	70 861
15-49 años	MEFRES	544 127
15-44 AÑOS	Mujeres en Edad fértil	499 802

Aplicación de fórmulas para la priorización de grupo etáreo:

Relación de dependencia = $\frac{\text{población de 0-14 años} + \text{pobla. De 65 años y población de 15 a 64 años}}{\text{población de 15 a 64 años}} \times 100$

$$= \frac{576\ 984 + 70\ 861}{1\ 220\ 508} = \frac{647\ 845}{1\ 220\ 508} = 0.530 = 53.07$$

Relación de dependencia de jóvenes = $\frac{\text{poblac. 0-14 años}}{\text{poblac. de 15-64 años}} \times 100$

$$= \frac{576\ 984}{1\ 220\ 508} = 47.27$$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para iniciar la aplicación se considera las diez primeras causas de mortalidad del grupo de edad productiva 1999.

Padecimiento	TASA*
1. Tumores malignos	20.93
2.- Diabetes Mellitus	20.31
3.- Enf. 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 califica a cada componente de cada problema. se aplica la siguiente ecuación:

Índice de Hanlon = (A+B) (CXD) a cada uno de los padecimientos para establecer el orden de las prioridades.

De acuerdo al método de Hanlon el problema a intervenir es Diabetes Mellitus, pero este problema fue intervenido en el año 2000 por las especialistas en salud pública; y esta en proceso de evaluación; continua por importancia los tumores malignos de acuerdo a la tasa de incidencia por microrregión, en la Coordinación Municipal de Salud (COMUSA) de Chamizal; ya que se sobresaliendo con una tasa de 3.2 para cáncer cérvico uterino lo que nos lleva a realizar un ajuste de tasas por COMUSA.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Población de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe 1, tasa al 2000

Mujeres > de 15 AÑOS 50.4 % → 1 931

Mujeres de 15 AÑOS Y + 80.81 % → 1 560

Mujeres de 25 AÑOS Y + 70.6 % → 1 363

Mortalidad en el 2000 : **2 CASOS**

$$2 / 1363 \times 1000 = \boxed{1.4}$$

Obteniéndose un total de 1.4 de riesgos existentes en la población femenina.

Todo lo anterior nos llevo a realizar un estudio en la comunidad de tipo observacional, descriptivo que determinó los principales factores de riesgo y daños a la salud, aplicando el método de Hanlon y la red de priorización de análisis obteniendo así un diagnóstico de salud en la comunidad Granjas Valle de Guadalupe 1; que sirvió para sustentar una segunda parte de la investigación que sirvió para validar y obtener datos más exactos sobre el déficit de autocuidado en la comunidad y conocer los principales factores de riesgo para la presencia de cáncer cérvico uterino y disminuir los daños por medio de la elaboración de un diagnóstico de enfermería con el fin de cubrir la necesidad de salud presentada, por medio de una intervención de enfermería, los aspectos mencionados se describiran ampliamente durante este estudio de caso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2 Proceso de intervención especializada

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

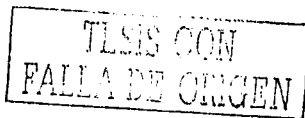
Con Orem las etapas del proceso de enfermería se pueden equiparar con las operaciones tecnológico-profesionales; las cuales son: *diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y de manejo de casos.*

3.2.1 Valoración enfermera

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. Dado que todas las decisiones y actividades se basan en la información reunida durante esta fase, como: obtención, validación, organización de los datos, e identificación de los modelos.⁴⁶ Descrito en términos Orem se trata de una **operación tecnológico- profesional diagnóstica.**

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

⁴⁶ Alfaro, Rosalinda Aplicación del proceso de enfermería. Ediciones Doyma p.18.



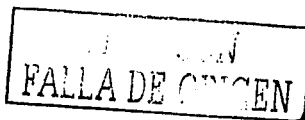
3.2.1.1 Valoración Extensa

Esta microrregión tiene aproximadamente 35 años de vida, los terrenos que ocupa actualmente Granjas Valle de Guadalupe eran llanos que pertenecían al Valle de Texcoco.

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. En forma general podemos decir que la Comunidad Granjas Valle de Guadalupe I, tiene una superficie territorial de 57,792m², sus límites son: al Norte con la colonia San Gabriel, al Sur con Granjas Valle de Guadalupe III y V, al Este con la colonia Héroes de Granaditas, al Oeste con la colonia Granjas Valle de Guadalupe V y II. (anexo 1)

Está integrada por 13 sectores, cabe señalar que en el sector 13 lo constituyen la Iglesia, el Mercado, Centro Cívico I, el DIF, Estancia infantil y Escuela primaria. (anexo 2)

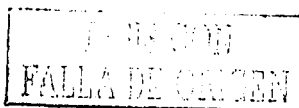


La Microregión Granjas Valle de Guadalupe I cuenta con 3 386 habitantes aproximadamente; la población real captada por cedula de visita familiar fue de 2 998 habitantes. Está conformada por 525 viviendas, 835 familias aproximadamente de las cuales se captaron 738, 64 ausentes y 33 renuentes; es una área suburbana concentrada que es una mezcla de subdesarrollo, en donde predomina la clase media baja.

La población real captada por cédula de visita familiar es de 2998 habitantes de los cuales el 47 % son hombres y 53 % son mujeres. En su gran mayoría, la población masculina tiene como principal actividad económica el ser empleado, comerciante, o trabajar “por su cuenta” (carpinteros, mecánicos, chofer, etc.) y el 80 % 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; manifestado en su vida diaria por los hábitos y costumbres que predominan.

La distribución de la población por grupos etáreo con mayor concentración son los de 1 a 14 años con 31%, representado por lactantes, escolares y adolescentes; importante es mencionar que el grupo de edad infantil sigue siendo la base piramidal de esta comunidad y de las estadísticas nacionales de nuestro país. (anexo 3)

El 58% de las familias perciben un ingreso diario entre 1 y 2 salarios mínimos, lo que equivale al \$ 40.35 y \$ 80.75 respectivamente vigente en el Estado de México, hasta la fecha.



Dentro de los servicios intradomiciliarios se observa el suministro de agua entubada en un 95 %, aunque es necesario almacenarla en tinacos o cisternas para su uso diario debido a la escasez de ésta; de igual forma el 99% cuenta con servicios públicos de alumbrado, drenaje y pavimentación en medianas condiciones debido al deterioro propio del uso y de la falta de mantenimiento en épocas de lluvias; sin embargo el servicio de recolección de basura es proporcionado por camiones recolectores particulares que recorren diariamente la colonia. (anexo 4)

La cobertura de vacunación para fines de este estudio considero esquema completo cuando cumple con el total de vacunas conforme a su edad y en los niños menores de 1 año se encontró que el 6 % no cuenta con esquema completo y en los niños de 1 a 4 años el 11 % .

En cuanto a la realización del Papanicolaou del total de mujeres mayores de 18 años el 46 % nunca se a realizado el estudio, situación que lleva a la presencia de riesgos y daños a la salud en la población, manifestado hasta este momento por la frecuencia de morbilidad y mortalidad por Neoplasia Intraepitelial Cervical, Virus del Papiloma Humano y Cáncer Cérvico Uterino en las mujeres en edad fértil.

Lo anterior mencionado, son algunos condicionantes que dan origen a un sinnúmero de riesgos en la población, los cuales se manifiestan por la frecuencia e incidencia de morbilidad y mortalidad específica descrito en el siguiente diagnóstico de salud de la comunidad Granjas Valle de Guadalupe I.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 la Colonia Granjas Valle de Guadalupe III y V
- Este con la colonia Héroe de Granaditas
- Oeste con la colonia Granjas Valle de Guadalupe V y II

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

7. Número de sectores: **13**

8. Número de viviendas: **525**

9. Número de familias: **835 aproximadamente**

738 captadas

64 ausentes

33 renuentes

II. DEMOGRAFÍA

10. Población de la Coordinación Municipal Chamizal: **65,617 habitantes**

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

3,386 hab. Aproximadamente

- * 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:

**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 CAPTACION DE DATOS POR FAMILIA, MARZO 2001

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

TRIPS CON
 FALLA DE ENTEN

15. Promedio por familia: Es de 4.5

III. EDUCACIÓN

16. Número de escuelas existentes: Dos primarias

NIVEL ESCOLAR

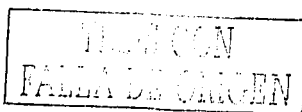
NIVEL ESCOLAR	Fr.	%
ANALFABETA	78	3
PRIMARIA INCOMPLETA	238	9
PRIMARIA COMPLETA	876	33
SECUNDARIA	764	29
BACHILLERATO/CARRERA TÉCNICA	386	15
LICENCIATURA INCOMPLETA	84	3
LICENCIATURA COMPLETA	37	1
NO CONTESTARON	194	7
TOTAL	2587	100

FUENTE: IBIDEM

Se observó que el 33 % (876) cuenta con primaria completa; por orden de importancia le sigue la población con secundaria con un 29% (764) respectivamente a y el 15 % (386) corresponde a la población con un nivel técnico o de educación media superior. En tanto, que el 3% (78) sin ningún grado escolar es poco significativo en relación con el total de población.

IV. OCUPACIÓN E INGRESO FAMILIAR

En el siguiente cuadro observamos que el mayor porcentaje de ocupación está en el hogar con un 32% (622) lo que quiere decir que en su totalidad las mujeres no trabajan; continuando en orden de importancia, empleado y comerciantes con el 13% (258), "por su cuenta" el 9% (173). Se consideró "por su cuenta" a todos



aquellas personas que trabajan de forma independiente; y con un menor porcentaje los profesionales 4% (79)

OCUPACIÓN

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

19. Percepción diaria de ingreso por familia.

INGRESO FAMILIAR

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

FUENTE: IBIDEM

TESTADO
FALLA DE ORIGEN

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

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

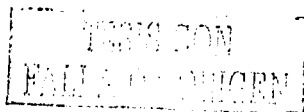
V. SANEAMIENTO DEL MEDIO

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

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 CONTESTO	20	3
D VIVIENDA SEGUN 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

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



21. 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

22. Características del agua de consumo humano

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

VI. VACUNACIÓN

Los esquemas de vacunación presentados incluyen un cuadro para los menores de un año y otro cuadro enfatiza la vacunación de 1 a 5 años.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO

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

FUENTE: IBIDEM

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

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

COBERTURA DE VACUNACIÓN DE 1 A 5 AÑOS

ESQUEMA DE VACUNACION	Fr.	%
A. ESQUEMA COMPLETO 1 A 5 AÑOS	255	86
B. ESQUEMA INCOMPLETO 1 A 5 AÑOS	42	14
TOTAL	297	100

FUENTE: IBIDEM

Como se observa en el cuadro los menores de 1 a 5 años con esquema incompleto son el 14 % y en menores de 1 a 4 años con esquema completo con el 86 %. Porcentajes representativos, dado los programas de vacunación en nuestro país.

23. Recursos para la salud: Hospitales y Clínicas en la microrregión 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 Zacatccas, Tulpetlac.

FUENTE: Departamento de Epidemiología Jurisdicción de Ecatepec, 1999

24. 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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEGURIDAD SOCIAL POR FAMILIA

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

25. 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.)

26. Proporción de enfoque de riesgo familiar.

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

TOTAL DE FAMILIAS POR RIESGO

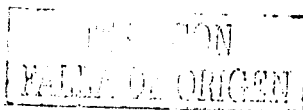
VARIABLE	Fr.	%
RIESGO 1	321	41
RIESGO 2	96	12
RIESGO 3	290	38
RIESGO 4	76	9
TOTAL	783	100

FUENTE: IBIDEM

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

27. Realización del papanicolaou.

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



**RANGO DE TIEMPO EN RELACIÓN A LA ÚLTIMA TOMA
DEL PAPANICOLAOU**

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

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

28. Atención del puerperio.

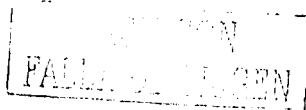
Significativo es, y representa factor de riesgo el que del total de 77 puérperas, el 33 % (24 mujeres) no reciben atención médica hasta el momento del estudio.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO

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

FUENTE: IBIDEM

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



29. Atención del parto.

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

ATENCIÓN DEL PARTO

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

FUENTE: IBIDEM

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

VII. MORBILIDAD

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

1. Grupo de 0 a 14 años con 25 % (107 enfermos)

- ❖ Cardiopatías 0.7 % (3 enfermos)
- ❖ Miopía y asma 1 % (4 enfermos)
- ❖ Diabetes y epilepsia 0.4 % (2 enfermos)
- ❖ Gripe 18 % (77 enfermos)
- ❖ Otros 5 % (21 enfermos)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. Grupo etáreo de 15 a 64 años con el 62 % (260 enfermos)

- ❖ Diabetes Mellitus 13 % (53 enfermos),
- ❖ Hipertensión 9 % (39 enfermos)
- ❖ Hipertensión y Diabetes 3 % (11 enfermos)
- ❖ Cardiopatías, epilepsia y cáncer 3 % (12 enfermos)
- ❖ Asma y Virus de Papiloma Humano 1 % (6 enfermos)
- ❖ Miopía 2 % (11 enfermos)
- ❖ Gripe 20 % (83 enfermos)
- ❖ Otros 11 % (45 enfermos)

3. Grupo de 65 años y más con el 13 % (53 enfermos)

- ❖ Diabetes Mellitus e hipertensión 9 % (38 enfermos)
- ❖ Cáncer y asma 1 % (2 enfermo)
- ❖ Gripe 1 % (4 enfermos)
- ❖ Otros 2 % (9 enfermos)

Morbilidad esquematizada en el siguiente cuadro.

MORBILIDAD Y EDAD
(ENERO 1997 – MARZO 2001)

VARIABLE	EDAD						TOTAL
	0-14 años	%	15-64 años	%	65+ años	%	
1.GRIPE	77	18	83	19,7	4	1,0	164
2.DIABETES	1	0,2	53	12,6	17	4,2	71
3.HIPERTENSIÓN	0	0	39	9,3	17	4,2	36
4.HIPERTENSIÓN Y DIABETES	0	0	11	2,6	4	1,0	15
5.MIOPÍA	2	0,5	11	2,6	0	0	13
6.ASMA	2	0,5	3	0,7	1	0,2	6
7.EPILEPSIA	1	0,2	4	1,0	0	0	5
8.CARDIOPATÍA	3	0,7	4	1,0	0	0	7
9.VIRUS PAPILOMA HUMANO	0	0	3	0,7	0	0	3
10.CÁNCER	0	0	4	1,0	1	0,2	5
11.OTROS	21	4,9	45	10,7	9	2,2	75
TOTAL	107	25	260	62	53	13	420

FUENTE: IBIDEM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

**MORBILIDAD GENERAL
(MARZO 2001)**

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

FUENTE: IBIDEM

* Población total 2998 hasta el momento del estudio marzo 2001
Tasa x 1000 hab.

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

TEMS CON
FALLA DE ORIGEN

VIII. MORTALIDAD

Según diagnósticos referidos por la comunidad sobre las muertes en los últimos cinco años, fueron clasificadas de la siguiente forma basándonos en el total de 44 defunciones (enero 1997 – marzo 2001). Aumentando considerablemente las defunciones en 1999 y 2000 en las mujeres por cáncer de mama y de útero.

- ❖ Paro cardiorespiratorio 22 % (10 defunciones)
- ❖ Diabetes Mellitus 13 % (6 defunciones)
- ❖ Cáncer de mama y cérvico uterino con 8 % (4 defunciones)
- ❖ Hipertensión arterial, cáncer por otras causas, accidentes, e insuficiencia renal y respiratoria representaron el 33 % (15 defunciones)
- ❖ En otras se agruparon: reumatismo, lupus, amibiasis, trombosis, osteoporosis, cirugía, derrame cerebral, leucemia, y cirrosis hepática. (9 defunciones correspondiente a cada una de las patologías). Ver siguiente cuadro


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**MORTALIDAD POR AÑOS Y SEXO
MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
(1997- MARZO 2001)**

CAUSAS DE MUERTE	1997		1998		1999		2000		2001		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Fr.	%
1. PARO CARDIO-RESPIRATORIO	1	0	1	0	1	1	2	3	1	0	10	22
2. DIABETES MELITUS	0	0	0	0	0	1	0	1	4	0	6	13
3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3	7
4. CÁ CU	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	4
5. CÁ DE MAMA	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	4
6. CÁNCER POR OTRAS CAUSAS	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	4	9
7. ACCIDENTES	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	4	9
8. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	4
9. INSUFICIENCIA RENAL	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	4
10. OTROS	1	1	2	1	0	0	1	2	0	1	9	22
TOTAL	3	2	3	1	4	6	5	12	6	2	44	100

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

79



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

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	TASA
1. PARO CARDIORRESPIRATORIO	10	3
2. DIABETES MELLITUS	6	2
3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	3	1
4. CÁNCER CERVICO UTERINO	2	.6
5. CÁNCER DE MAMA	2	.6
6. CÁNCER POR OTRAS CAUSAS	4	1.3
7. ACCIDENTES	4	1.3
8. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2	.6
9. INSUFICIENCIA RENAL	2	.6
10. OTROS	9	3

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

* Población total 2998 hasta el momento del estudio marzo 2001

TASA X 1000 Hab.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IX. PRIORIZACIÓN DE DAÑOS

Para ponderar los daños a la salud se aplicó el método de Hanlon, tomando en cuenta su magnitud, severidad, eficacia y factibilidad del problema, lo que da la pauta para el trabajo de salud pública con el único fin de disminuir en lo mas factible los daños en esta población.

PRIORIZACION DE DAÑOS
(MARZO 2001)

DAÑO	A MAGNITU D	B SEVERIDAD	C EFICACIA	D. FACTIBILIDAD						TOTAL
				PERT.	ECON.	ACEPT.	DISP.	LEG.	SUB-TOTAL	
PARO CARDIORESPIRATORIO	2	5	.5	0	0	1	0	1	2	9.5
DIABETES MELLITUS	7	8	1.5	1	1	1	1	1	5	21.5
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	2	5	.5	1	1	1	0	1	4	11.5
CÁ CU	9	10	1.5	1	1	1	1	1	5	25.5
CÁ DE MAMA	9	10	1.5	1	1	1	1	1	5	25.5
OTRAS TIPOS DE CÁNCER	8	10	1.	1	0	1	0	1	3	22
ACCIDENTES	6	5	.5	1	0	1	0	1	3	14.5
INSUFICIENCIA RENAL	7	10	1.	1	0	1	0	1	3	21

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

De acuerdo al taller de priorización los daños factibles de intervenir en salud pública son: diabetes mellitus y cáncer cérvico uterino y de mama.

TESIS
FALLA DE ORIGEN

X. RED DE ANÁLISIS FACTORES DE RIESGO

El llevar a cabo la parrilla de análisis sobre los principales factores de riesgo esquematizados en los cuadros mas significativos del diagnóstico de salud de esta población mostrados con anterioridad; nos permitió priorizar los riesgo mas factible para la intervención de salud pública en la comunidad.

**FACTORES DE RIESGO POR PARRILLA DE ANÁLISIS
(MARZO 2001)**

PROBLEMA	IMPORTANCIA	RELACIÓN RIESGO/AÑO	CAPACIDAD DE INTERVENCIÓN	FACTIBILIDAD	TOTAL	INTERVENCIÓN
A. ATENCIÓN DEL PARTO EN CASA 4% (5)	-	-	+	+	13	SALUD PÚBLICA
B. NO RECIEBEN ATENCIÓN DEL PUERPERIO 24% (31)	-	-	-	+	15	SALUD PÚBLICA
C. NUNCA SE HAN REALIZADO EL PAPANICOLAOU 46% (64)	+	+	+	+	1	SALUD PÚBLICA
D. NUNCA SE HAN EXPLORADO LAS MAMAS 62% (625)	+	+	+	+	1	SALUD PÚBLICA
E. NO TIENEN APLICACION DE FLUOR MENORES DE 5 AÑOS 69% (625)	-	-	+	+	13	CANALIZADO JURISDICCIÓN
F. VACUNACIÓN INCOMPLETA EN MENORES DE 5 AÑOS 11% (42)	+	+	+	+	1	CANALIZADO JURISDICCIÓN
G. GATOS NO VACUNADOS 83% (46)	-	-	-	+	15	CANALIZADO JURISDICCIÓN
H. PERROS NO VACUNADOS 72% (215)	+	+	+	+	1	CANALIZADO JURISDICCIÓN
I. NIVEL ESCOLAR BÁSICO Y MEDIO BÁSICO	-	-	-	-	16	NO ES FACTIBLE
J. INGRESO FAMILIAR BAJO LA 2 SALARIOS MÍNIMOS	-	-	-	-	16	NO ES FACTIBLE
K. POBLACIÓN SIN NINGUN SERVICIO DE SALUD	+	+	-	-	4	CANALIZADO JURISDICCIÓN
L. MUJERES QUE NO PLANIFICAN 1106	+	-	+	+	5	SALUD PÚBLICA

La priorización de necesidades en este caso se inclinó a conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I; nos llevo al diagnóstico de necesidades siendo primordiales las siguientes:

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

Al jerarquizar las necesidades expresadas por la comunidad Granjas Valle de Guadalupe I, determinamos las mas urgentes de realizar para disminuir los daños y en los mas posible eliminar los factores de riesgos que desencadenan los daños encontrados con el único fin de disminuir la morbilidad y mortalidad de la población.

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 de enfermería (Salud Pública para detección oportuna de lesiones precursoras para CA CU)
DESEABLE	-Vacunación al 100 % en la población infantil -Vacunación canina al 100 % -Aplicación del Programa de detección oportuna de CA CU.

TESIS
FALLA DE ORIGEN

El trabajo en las poblaciones requiere de una precisión en su diagnóstico que permita tener resultados a favor de está; y para su realización se establece primeramente un estudio en la Coordinación Municipal de Salud Chamizal, Municipio de Ecatepec, Estado de México en la comunidad Granjas Valle de Guadalupe 1, llegando a un diagnóstico de salud, teniendo como resultado la presencia de morbilidad 6 casos por Neoplasias intraepitelial cervical, virus del papiloma humano, además de 2 casos de mortalidad por cáncer cérvico uterino y dos por cáncer de mama diagnóstico que nos permite avanzar hacia una segunda fase o etapa de valoración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2.1.2 Valoración Focalizada

La valoración focalizada se orienta a reunir más información acerca de un problema específico, que ya ha sido identificado.⁴⁷

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

Los datos se obtuvieron por medio de un estudio de comunidad a través de la priorización de daños a la salud quedando reportados cuatro casos de muerte; (Dos casos por CACU y dos por CA de mama); la jerarquización de riesgos se orientó a la falta de medidas de prevención en la mujer para la detección oportuna de cáncer; datos intimamente 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. El déficit de autocuidado, alude a la teoría

⁴⁷ Alfaro, Rosalinda Aplicación del proceso de enfermería. Ediciones Doyma. Pag. 20

de Dorothea Orem; el cuál se relaciona con una serie de factores condicionantes, provocando desviación de salud, manifestado por el grado de importancia que la población de esta comunidad brinda a su autocuidado, pero sobre todo el escaso conocimiento que tienen sobre las medidas preventivas que existen para el cáncer cervicouterino; lo que nos llevó a preguntarnos:

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

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

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

De esta hipótesis se derivaron variables e indicadores; variables independientes como el Déficit de autocuidado en los requisitos Universales, de Desarrollo y de Desviación de la salud, y dependientes como la mortalidad y morbilidad por cáncer cérvico uterino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Variables e Indicadores.

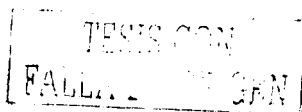
Con el objeto de establecer las medidas de control de variables (ver apéndice 1) tablas con las características para cada variable, indicador, parámetro, ponderación, fuente y escala de medición respectiva. Estas tablas conceptualizan de la teoría del déficit de autocuidado de Orem).

De la hipótesis se derivaron variables e indicadores que instrumentaron un cuestionario de 43 *ítems* (apéndice 2) 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)

Criterios de inclusión

- Mujeres con intervalo de edad 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.

Criterios de exclusión

- Renuentes
- Ausentes
- Cédulas incompletas (llenado inadecuado)

Variables Independientes:

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

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

TESIS CON
FALLA EN EL ORIGEN

Variables Dependientes :

- Mortalidad por Cáncer cérvico uterino
- Morbilidad por Cáncer cérvico uterino

Definición de variables

- ❖ Déficit de autocuidado en las mujeres *en los requisitos universal, de desarrollo y de desviación de la salud no satisfecho.*
- ❖ Requisito 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.*
- ❖ Requisito de desarrollo son las *actividades que el individuo debe de realizar para cuidar de sí mismo en etapas específicas de desarrollo y en condiciones que afectan el desarrollo humano.*
- ❖ Requisito 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.

TESIS CON
FALLA EN EL ORIGEN

Selección de la muestra

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

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

Una vez obtenida la muestra de las unidades multipersonales, se elaboró una lista de precisión de la muestra (apéndice 3) y se buscó su ubicación geográfica en el croquis para un mayor control (anexo5). Esto nos permitió aplicar las cédulas con mayor criterio de rigor metodológico.

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

FALLA EN

UNIVERSO Y MUESTRA

Muestra aleatoria de la misma fuente de la que surgen los casos.

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

Bajo la fórmula

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

Donde:

N = tamaño del universo

n = tamaño de la muestra

no= tamaño de la población

1 = Constante

Sustitución:

$$N = 2998$$

$$N^2 = X$$

$$no = 922$$

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

Muestra determinada a 27 unidades

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*** 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 incluyendo los casos encontrados en el diagnóstico de salud de la comunidad Granjas Valle de Guadalupe 1; que son 2 casos de muerte por cáncer cérvico uterino y 6 casos de morbilidad para lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino, manteniéndose el resto de la muestra como control, a las mujeres de 18 años y más que no presentan la enfermedad hasta el momento del estudio

El número de controles a seleccionar va a depender también del número de casos y de los recursos. Lo habitual es una razón caso / control 1;1, pero puede incrementarse el número de controles por caso y así aumentar el poder del estudio. Pero en general poco aumento de la precisión se va a obtener eligiendo más de cuatro controles por casos. (Rebagliato p. 69)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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; los grupos de casos y controles son comparados con respecto a características denominadas factores de riesgo para aclarar el papel etiológico de dichos factores en el desarrollo de la enfermedad (*Colimon, Martín. Pág. 78), retrospectivo, debido a que indaga sobre los hechos ocurridos en el pasado, en este caso las muertes encontradas sobre cáncer cérvico uterino (método indirecto, autopsia verbal) (*Canales, F. H. Pág. 136) y de casos y controles, consiste en la comparación de la proporción de los individuos con el factor de exposición entre el grupo de casos y el grupo de controles, con el fin de poder hacer inferencia causal sobre la asociación existente entre el factor de riesgo y la enfermedad investigada. (*Colimon, Martín. Pág. 158-162). Para este estudio se contó con 2 casos de muerte por cáncer cérvico uterino y 6 casos de morbilidad por Nic. II y virus de papiloma humano como controles se tomo una muestra representativa en cuanto a la distribución del factor de riesgo en la población de mujeres de 18 años o más de la comunidad Granjas Valle de Guadalupe 1; que no presentan la enfermedad hasta el momento del estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Proceso de captura

Las cédulas que se aplicaron de acuerdo a cada una de las variables que requisita, se clasificaron por número progresivo aleatorio y se agruparon en una sábana de concentración de datos en el paquete estadístico EXCEL; para la revisión de datos y que no quede duda de un probable error sistemático derivado durante la etapa de captura de la información (apéndice 4).

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 compararan 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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Del total de esta población se entrevistaron a 42, tres se encontraron ausentes (tres visitas), cuatro renuentes (tres visitas) y en una unidad multipersonal en donde no existen mujeres. (Sábana de concentración de datos).

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

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

A continuación se realizó asociación por momios recurriendo al paquete EPI-INFO-6, el cual reportó resultados de probabilidad de riesgo y validación de hipótesis. Para la priorización de los riesgos se realizan los cuadros para la clasificación de riesgo por *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 6,7,8).

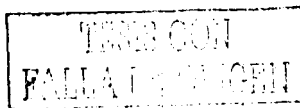
El siguiente cuadro ejemplifica la aplicación de la epidemiología y la enfermería por medio de la priorización de requisitos de déficit de autocuidado haciendo un enlace entre los principales factores de riesgo con los sistemas de enfermería obtenidos por la cedula de captación de déficit destacando los mas significativos y jerarquizados en el apéndice 8 por importancia en relación con cada uno de los sistemas de Orem con el fin de esquematizar la importancia de un diagnóstico de enfermería en salud pública.

**PRIORIDAD DE REQUISITOS DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (OREM)
EN LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA**

UNIVERSALES	Fx	%	DESARROLLO	Fx	%	DESVIACIÓN DE LA SALUD	Fx	%
U 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	1	10	D 1 Condiciones que afectan el desarrollo humano	15	75	DS 1 Asegurar la ayuda medica en caso de exposición a agentes físicos o biológicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos humanos patológicos	3	50
U 6 Mantenimiento entre soledad y la interacción social	17	70	D 2 Provisión de cuidados asociados que puedan afectar adversamente el desarrollo humano	5	25	DS 2 Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos de desarrollo	3	50
U 8 Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	8	20						

De acuerdo a cada *ítem* se diseñaron cuadros de salida y contingencia los cuáles tendrán una ponderación en frecuencias y porcentajes y su respectiva descripción. (apéndice 9)

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

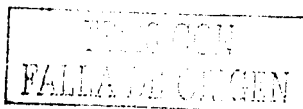


Es importante destacar que la hipótesis fue validada por X^2 al ser confrontada con su propia tabla de valores. Estos resultados cuantitativos dieron pauta a interpretar que no están satisfechos los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de desviación de la salud en las mujeres de 18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

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

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

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



3.2.2 Diagnóstico enfermero

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

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

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

Las operaciones diagnósticas de enfermería comprende tres etapas:

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Identificación de los problemas y fundamentación teórica

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

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

Ver el siguiente cuadro adjunto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

TESIS CON
 FALLA DE OFICEN

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:

1. Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo al modelo teórico y las características del propio individuo.
2. Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo.
3. 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.
4. 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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Las operaciones prescriptivas especifican:

- ❖ Los medios a usar para satisfacer los requisitos de autocuidado puntuales.
- ❖ La totalidad de las medidas de cuidado a realizar para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico.
- ❖ Los roles del paciente, enfermera, y agente de cuidado para satisfacer los requisitos de autocuidado terapéutico.
- ❖ Los roles de las enfermeras, pacientes y agentes de cuidado dependiente para regular el ejercicio o desarrollo del agencia de autocuidado.

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

Mientras que las operaciones tecnológico-profesionales incluyen especificar los métodos para satisfacer un requisito de autocuidado; es decir, cuanto más aspectos técnicos del cuidado se planifican y realizan, tanto mayor es el requerimiento de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

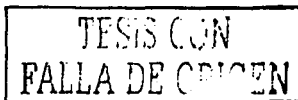
enfermería para desarrollar y mantener un buen contacto social e interpersonal con el paciente y su familia.

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)⁴⁷

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.(**anexo 6**)

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

⁴⁷ Blanco, Restrepo J. Fundamentos de Salud Publica, p. 82

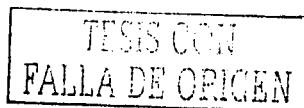
que entre los principales atributos de dicha atención primaria se destacan los enfoques interdisciplinarios y multidisciplinarios durante la intervención en la comunidad.

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

En **salud pública** los servicios se prestan impersonalmente y no están dirigidos a un individuo concreto, sino a atacar los riesgos colectivos. El personal de salud pública es especialista en la identificación de problemas de salud la prevención de enfermedades e incapacidades y la promoción de la salud; ejemplo palpable es el de la **enfermera salubrista** dedicada al trabajo en comunidad, detección de casos, a proporcionar servicios directos y a tratar la necesidad de clientes con diversos problemas simultáneos.⁴⁸

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.

⁴⁸ Kark Sydney L. Atención Primaria Orientada a la Comunidad, p. 98.



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.

El este proyecto aplicado en la comunidad por medio del modelo teórico de Orem destaco 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 se encamino al autocuidado de la salud de la mujer y redundará en el ambiente social, económico, cultural y político; por medio de actividades educativas e informativas que apoyaran la decisión responsable de cada una de las unidades de servicio esperando lograr un impacto en la disminución de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

▪ **Objetivos del Plan de Intervención**

Generales

- ❖ Disminuir la morbilidad y mortalidad las mujeres de 18 años o más del territorio Granjas Valle de Guadalupe I; mediante la intervención de enfermería para la detección oportuna de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino
- ❖ Modificar la conducta en salud en las mujeres de 18 años o más del territorio Granjas Valle de Guadalupe I mediante la aplicación de los sistemas de enfermería Apoyo/ Educación con el fin de favorecer las medidas preventivas para la detección de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino.

Específicos

- ❖ Apoyo de la estrategia de 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 cérvico uterino, a través de trípticos, volantes y carteles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ❖ Concientizar y sensibilizar a las unidades de servicio sobre la importancia de su autocuidado.
- ❖ Promover la prevención del cáncer cérvico uterino y mamario, en las unidades de estudio mediante pláticas educativas.
- ❖ Solicitud de apoyo de recursos materiales para la intervención en las instituciones de salud por donación.
- ❖ Planear, Organizar y Dirigir los recursos de salud para la realización de pruebas diagnósticas para la detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario en la población femenina de 18 años o más.
- ❖ Canalizar oportunamente a la clínica de displasias a las mujeres con resultados anormales (VPH o displasias).
- ❖ Coordinación con el laboratorio de citología sobre la notificación de muestras no confiables o con alteraciones anormales
- ❖ Evaluar los resultados del proyecto de intervención a corto y mediano plazo.
- ❖ Establecer la vigilancia epidemiológica para el cáncer cervicouterino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

▪ 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 cérvicouterino 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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

▪ **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.

Esta intervención se llevo a cabo por su factibilidad política, legal, técnica y financiera.

Factibilidad Política

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

Factibilidad Legal

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

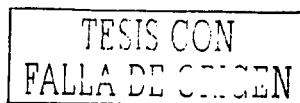
Factibilidad Financiera

El proyecto será financiado por las investigadoras en Salud Pública y donaciones.

La factibilidad a través del FODA

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

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



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

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

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

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.
- * Civico II de Granjas Valle de Guadalupe I, para operacionalización de las intervenciones.

Tiempo

(Ver cronograma de actividades) (apéndice 10)

Determinación de actividades

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

ESTRATEGIA N°. 1

OPERACIONES TECNO-PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

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

TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
23. Solicitud de agradecimientos por el apoyo al personal que laboró.	2 DIAS	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	CORDINADOR DE ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA DE LA JURISDICCIÓN ENEO-UNAM
24. Evaluación general de la capacitación.	1 DIA	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	DR. SERRANO MTRA. SOFÍA SÁNCHEZ PIÑA L.E.O.E.S.P. GUADALUPE PÉREZ
25. Elaboración de spots		L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	L.I.C. IRMA ROSI ROSETTE HERNÁNDEZ
26. Elaboración de formato para evaluación a mediano plazo.		L.E.O. ELDA ESPEJEL G.	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ESTRATEGIA N°. 2

OPERACIONES TECNO-PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
SENSIBILIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	1. Formación de equipo multidisciplinario para la planeación y organización.	2 HRS	LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS M.	
	2. Planeación y organización de la promoción a la salud	5 DIAS	LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
	3. Capacitación de recursos participantes para habilitarlos en el desempeño de la actividad.	5 DIAS	LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
	4. Diseño de materiales educativos (volante, cartel, tríptico, díptico, manta y perfoneo).	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	

FALLA DE ORIGEN

TESIS CON

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

RECIBIÓ EL TITULO
 TESIS CON
 NOTAS EN
 FOLIO 120

TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
20. Entregar volantes, dípticos, trípticos casa por casa.	1 DIA	LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL	E P S S 32 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
21. Entrevista de 5 minutos casa por casa para dar información y orientación sobre las patologías.	1 DIA	LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL	E P S S 32 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
22. Colocar mantas en lugares estratégicos del área de estudio.	1 DIA	LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL	E P S S 32 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
23. Perifoneo por toda el área de estudio.	2.30 HORAS	LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL	EPSS 1
24. Coordinación con los supervisores al finalizar del 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 DIA	LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL	
27. Realizar recorrido posterior por el área de estudio para monitorear cobertura de promocionales y orientados en domicilios	1 DIA	LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL	TAPS 2
28. Observar demanda inmediata de consultas en el Centro de Salud como efecto inmediato de la actividad.	3 DIAS	LIC. MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL	

JUN
 SALA DE OFICEN

ESTRATEGIA No 3

OPERACIONES TECNO- PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	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"	3 horas	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	L.E.O JACQUELINE TORIBIO
	6. Diseño lista para control de asistencia a "pláticas educativas"	3 horas	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	ENF. MARTHA ÁLVAREZ
	7. Diseño de material para sensibilizar a la población (trípticos, cartulinas con información acerca de las "pláticas educativas".	3 días	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	

ESCUELA DE ORIGEN

123

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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

IBIDEM	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	17. 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
	18. Organización de equipos para la elaboración de rotafolios.	20 min.	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	
	19. Distribución de material para la elaboración de rotafolios.	20 min.	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	
	20. Revisión de rotafolios previas "pláticas educativas" a la población.	1 hora	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	
	21. Elaboración de paquetes con material (listas, cédulas, trípticos, espejos vaginales, condones, cartilla de la mujer, lápices, plumas).	2 horas	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	
	22. Distribución de equipos en lugar estratégico solicitado (casas).	30 min.	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	
	23. Asignar a un responsable por equipo, del equipo multidisciplinario colaborador	30 min.	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	EQUIPO MULTIDICIPLINARIO
	24. Supervisar equipos durante las pláticas educativas simultáneas	1 hora	LIC. FRANCISCA HERNÁNDEZ FLORES	TAPS. ROBERTO MARTÍNEZ T. SOCIAL IRMA GARCÍA J.
	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
DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LESIONES PRECURSORAS PARA CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y CA. DE MAMA	1-Integración de equipo multidisciplinario	3 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ENFERMERAS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL
	2-Planteamiento de objetivos de intervención	3 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	
	3-Elaboración de lista de materiales para la detección	1 DIA	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	
	4-Elaboración de factura de material y equipo necesario	3 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	LIC. MARISELA CANO BUSTAMANTE LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.
	5-Compra de material para las unidades y detecciones citológicas.	1 DIA	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	
	6-Solicitud a estrategia de capacitación el apoyo sobre el tema de toma de muestras de CA. MAMA Y CA. CU.	1 DIA	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	L.E.O. ELDA ESPEJEL G.
	7-Elaboración de formato de registro de cáncer de mama	1 DIA	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
	8-Solicitud a unidades médicas el apoyo en la intervención	2 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	AUTORIDADES JURISDICCIÓN DE ECATEPEC

FALLA DE ORIGEN

TESIS CON

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

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

IBIDEM

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	18-Organización y coordinación del Equipo de trabajo en la toma de citología, y exploración mamaria	3 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ENFERMERAS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL
	19-Verificar el registro y control de laminillas tomadas	3 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ENFERMERAS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL
	20-Coordinación con laboratorio de citología para la obtención de resultados.	4 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	CITÓLOGO. VICTOR
	21-Dotación diaria de material de consumo para citologías por unidad de detección	3 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	
	22-Información y Coordinación con autoridades Jurisdicciones para la referencia a otras unidades de atención a los casos sospechosos	5 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	JEFE JURISDICCIONAL DR. ROBERTO SERRANO A. L.E.O. ESP. GUADALUPE PÉREZ H.
	23-Verificar control y registro de consultas (APÉNDICE 15)	3 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
	24- Informe a las autoridades correspondientes sobre el desarrollo de la estrategia.	3 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	JEFE JURISDICCIONAL DR. ROBERTO SERRANO L.E.O. ESP. GUADALUPE PÉREZ H.
	25- Coordinación con TAPS sobre el seguimiento y vigilancia epidemiología de los casos detectados.	5 DIAS	LIC. IRMA ROSI ROSETE HDEZ.	TAPS. ROCÍO ISABEL MENDOZA

3.2.4 Ejecución de las estrategias

Metodología de las actividades:

La 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 acabo (**enseñar a**).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

❖ **Capacitación al personal de salud**

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

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

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

En 1978 se consolida el “Sistema Nacional de Capacitación y Adiestramiento” como consecuencias de las reformas introducidas a la Constitución Política de



los Estados Unidos Mexicanos y a la Ley Federal del Trabajo. Con la aprobación de las modificaciones de los artículos de la Ley Federal del Trabajo en materia de capacitación y adiestramiento, particularmente las enmiendas introducidas a las fracciones XIII y XXXI, del apartado A del artículo 123 constitucional, se crea el “Sistema Nacional de Capacitación y Adiestramiento”.

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

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

Para la realización de esta estrategia se estableció un equipo multidisciplinario el cual 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:

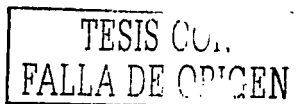
Sensibilización es una información no muy detallada que pretende solamente despertar cierto interés en la población, para disponerla o aprovechar las ventajas del servicio que se le propone.⁴⁹

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”.⁵⁰

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

⁵⁰ 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.



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.

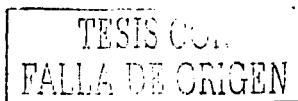
El *empoderamiento Comunitario* involucra a los individuos que actúan colectivamente para ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida en su comunidad la cual es una meta importante en la acción de la comunidad para su salud. El empoderamiento individual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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



❖ Educación para la salud

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

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

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

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

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

El equipo multidisciplinario elaboró el guión de charla y los pasantes de enfermería organizados en equipos colaboraron en la elaboración de *rotafolios y maquetas*. Durante la acción educativa, los ejecutores fueron los pasantes de enfermería supervisados y apoyados por el equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, TAPS), y los partícipes fueron «los habitantes de la colonia Granjas Valle de Guadalupe I, principalmente las mujeres», mediante su participación voluntaria.

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

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

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

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

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

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

Si el diagnóstico de salud de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I, (2001); destaca como principal daño de la presencia de cáncer cérvico uterino por VPH, y el diagnóstico de enfermería de valoración de déficit y como principal factor de riesgo 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 instaura: *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.*⁵¹

⁵¹ Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino (2000)

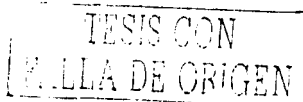
Además de que el cáncer cérvico uterino, es una enfermedad altamente vulnerable a través de la detección y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras.

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 no de muy larga evolución y que en corto plazo puede desencadenar la muerte que requiere de un monitoreo a través de programas de detección de muestras de calidad en la toma e interpretación de la misma.

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 y cáncer de mama en las unidades de servicio 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 a corta distancia a su domicilio.

Durante los tres días de detección la motivación en los recursos de salud fue admirable en cuanto a su asistencia y entrega al trabajo, se observó que una de



las médicas obsequio a las unidades de servicio claves; y mas que rebasar las metas en esta estrategia, la disposición de los recursos participantes y la entrega de la comunidad dio la pauta para el éxito, **que no fue solo para mi y para las participantes en la intervención; sino el éxito estuvo en las mujeres de 18 años o más que permitieron ser sensibilizadas, informadas, educadas y consultadas por el personal médico para el autocuidado que ellas merecen.**

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.

Los resultados arrojados a un años de la realización de esta intervención siguen sorprendiendo por el compromiso creado en las mujeres para su autocuidado.

Se realiza un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (apéndice 15) como monitoreo y seguimiento de la situación encontrada quedando a cargo de la T.A.P.S. de la microrregión Enf. Rocio Isabel Mendoza, para la evaluación de resultados a largo plazo.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

▪ Recursos humanos

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

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

▪ **Funciones específicas**

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

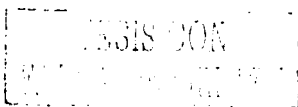
Jefe de enfermeras jurisdiccional. Apoya la intervención, autorizar recursos de pasantes de enfermería en servicio social a colaborar en la misma. comisiona jefes de unidad para apoyo de capacitación multidisciplinaria, supervisa eventos.

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

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

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

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



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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 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	\$ 5.00	\$37.50
Seguros	pza.	75	\$ 1.10	\$7.50
Hojas blancas	pza.	500	\$ 1.10	\$50.00
Hojas bond	pliego	30	\$3.00	\$90.00
Marcador de agua	pza.	16	\$3.00	\$48.00
Cinta carrela	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	\$ 1.50	\$120.00
Modelos anatómicos	pza	3	\$35.00	\$105.00
Papel cesarón	pza	1	\$15.00	\$15.00
Pinura vinil	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
Cinta cancela	pza.	13	\$ 7.70	\$ 100.10
Bolsas	pza.	300	\$.18	\$ 54
Cenizas de carpacho	kg.	1	\$100.00	\$ 100
Rafia	pza.	2	\$ 7 00	\$ 14
Sonido	equipo	1	\$ 100.00	\$ 100
Total	-	-	-	\$ 6 088.1

* Donación de impresión ENEO-UNAM

** Donación del ISEM

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Estrategía 3: Educación para la salud

Artículo	Unidad	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Pliego bond	hoja	350	\$ 1.00	\$ 350
Diseño triptico	pza.	1	\$ 150	\$ 150
Impresión tripticos **	pza.	3 000	-	-
Espejo vaginal desechable ***	pza.	8	-	-
Espátula de ayre ***	pza.	8	-	-
Cartilla de la mujer ***	pza.	200	-	-
Cóndones ***	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 amarra *	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

Estrategia 4 : Detección y seguimiento

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

*Donación IMSS y Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

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
<hr/>	
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	\$ 56 735.40	107 recursos en salud	\$ 530.23 por recurso capacitado
Sensibilización	\$ 61 806.50	1707 unidades de servicio	\$ 36.20 por unidad de servicio orientada e informada
Educación en salud	\$ 56 765.40	160 unidades de servicio	\$ 354.78 por unidad de servicio capacitada
Detecciones	\$ 57 307.60	171 unidades de servicio	\$ 334.00 por unidad de servicio detectada

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- **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. Esta 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.

Con el objeto de particularizar y mostrar impactos, se expone inicialmente la evaluación de la estrategia denominada Detección y seguimiento de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino y posteriormente se comentara la evaluación global de la intervención.

3.2.5 Evaluación Del Caso

Detección y seguimiento de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino y mamario

❖ Evaluación del proceso de desarrollo

FASES DEL PROCESO	Fr. DIAS – METAS	ALCANZADO	%
PLANEACIÓN	6	6	100
ORGANIZACIÓN	13	13	100
DIRECCIÓN	3	3	100
CONTROL	3	3	100
EVALUACIÓN	16	16	100

La aplicación del proceso administrativo en el proyecto de intervención de enfermería es fundamental ya que es una actividad que desarrolla las diferentes fases e implica su interrelación e integración en todas y cada una de ellas.

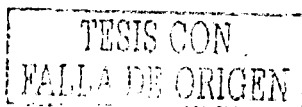
En esta etapa del proceso de desarrollo de la intervención para la estrategia de detección y seguimiento de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino, fue acorde con los días planeados (tres) en relación a los días en los cuales se llevó a cabo la intervención los cuales se lograron en un 100 % en todas las fases. Situación que fue factible debido a la dinámica del proceso y los recursos existentes para el logro de objetivos propuestos.

En la fase de planeación fue necesaria la integración del equipo multidisciplinario de trabajo recalcando el objetivo de la estrategia; a la vez que se inicia la organización de equipos de trabajo y se solicitan los recursos materiales y humanos para la intervención en diferentes unidades de salud. (apéndice oficios)

Dentro de la organización se verifican los lugares para la habilitación de consultorios siendo tres en total dos consultorios en el cívico 2 y una unidad móvil.

Durante la etapa de ejecución del proyecto se demostró por parte de los recursos humanos participantes una entrega completa para el logro de los objetivos del proyecto en el tiempo programado. Es importante recalcar que el dirigir y controlar un grupo de diferentes características pero con un solo fin no es tarea fácil; ya que la etapa de detecciones requiere de la conjunción de todos los profesionales de la salud para lograr la satisfacción de las unidades de servicio, que hicieron factible el desarrollo de esta estrategia.

La fase de evaluación se realizó en forma constante, si lo planeado se llevaba a cabo y la organización era óptima, el evaluar también la respuesta de los recursos de salud durante la participación de esta estrategia, también nos permitió evaluar la respuesta de las mujeres para su autocuidado.



❖ Evaluación de metas

META	PROYECTADO	ALCANZADO	%
Realizar la detección del CA CU en un 20 % de las mujeres de 18 años o más en un periodo de tres días (12, 13 y 14 de julio)	184	171	93

Para llevar a cabo esta estrategia fue necesario tener como base el programa de la mujer en edad reproductiva y tomar en cuenta las propuesta para detección oportuna de cáncer cérvico uterino y mamario las cuales no se pueden desligar, al estudiar a la mujer durante esta etapa de su vida.

La meta establecida en la estrategia de la detección oportuna de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino se cumplió en un 93 %; considerándose un porcentaje significativo, ya que durante la etapa de detecciones se observó en la mujeres de 18 años o más de la comunidad Granjas Valle de Guadalupe 1, de la Coordinación Municipal de Chamizal el deseo del autocuidado, y no les importaba esperar hasta dos horas para su atención y se tubo un promedio de 20 consultas por día, por consultorio durante los tres días una gran demanda para la realización oportuna del papanicolaou y la exploración de mama. (apéndice lista de consultas)

Es importante destacar que a un año de la realización de esta intervención las consultas en la unidad de salud cívico 2 han aumentado para la realización de la prueba de papanicolaou.

❖ **Evaluación del Efecto**

EN LA UNIDAD DE SALUD CIVICO 2		
PAPANICOLAOU ANTES DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	PAPANICOLAOU DURANTE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	PAPANICOLAOU DESPUES DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
4 AL MES	171 EN 3 DIAS DE INTERVENCIÓN	12 AL MES

El efecto observado en la comunidad de mujeres de 18 años o más; antes, durante y después de la intervención es muy significativo, ya que nos demuestra el desconocimiento de las medidas preventivas para cáncer cérvico uterino y mamario; lograda a través de las estrategias de sensibilización y educación para la salud; y durante el desarrollo de la estrategia para la detección oportuna de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino que se llevo a cabo durante solo tres días de 8:00 am. A 14:00 pm. la demanda de salud se incrementó en un 100% de la población total de mujeres de 18 años o más; actualmente la demanda para la realización del papanicolaou y la exploración de mamas es de 12 unidades de servicio en un mes. Estas cifras nos hablan de la importancia que tiene la salud para la población y que debido a estos proyectos de intervención la comunidad se siente identificada con los servicios de salud que se prestan en la zona de Chamizal.

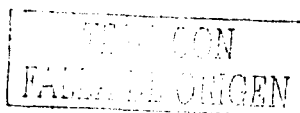
Cabe mencionar que durante el desarrollo de esta estrategia se continuó reforzando con sensibilización y educación para la salud, en los momentos en que las unidades de servicio esperaban su turno para ser atendidas en los tres módulos de exploración de mamas y detección por medio de la prueba del papanicolaou..

❖ Evaluación del Efecto

MORBILIDAD EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN		
MORBILIDAD ANTES	MORBILIDAD DURANTE	MORBILIDAD DESPUES
6 CASOS	2 CASOS	11 CASOS

En relación al efecto por los casos de morbilidad detectados se registraron antes de la intervención 2 casos de NIC. II y 6 de virus del papiloma humano, con seguimiento epidemiológico por la Trabajadora de Atención Primaria a la Salud (TAPS) de la microrregión Enf. Roció Mendoza, y hasta el momento no han sido causa de defunción; otros datos registrados por el departamento de citología de la Jurisdicción Sanitaria de Ectaepec nos habla de una morbilidad de 2 casos de NIC. II, encontrados durante la intervención y canalizados directamente a la unidad de salud de Cancerológica del Hospital General de México, casos que a un año de su hallazgo se mantienen bajo vigilancia y control de la TAPS de la microrregión.

Otras lesiones precursora para cáncer cérvico uterino encontrada son: 7 casos de condilomas (virus del papiloma humano) ; 4 casos de atrosia y tricomonas los cuales se mantienen bajo control epidemiológico por la TAPS; de igual forma se encontraron durante la intervención 2 casos de salida de secreción por glándula mamaria; y hasta el momento se encuentran bajo control y seguimiento. Dichos casos se han atendidos por los servicios de seguridad con



que cuentan las pacientes y en forma particular; además se cuenta con expediente de los mismos en el Centro de Salud de Chamizal.

La elevación de la morbilidad nos demuestra el éxito del proyecto, ya que la detección oportuna de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino y mamario nos permite llevar un mejor control a través de la vigilancia epidemiológica en la comunidad y de esta manera disminuir la mortalidad.

Es importante mencionar que del total de consultas realizadas (171); en relación con los casos de morbilidad registrados (11) hacen un promedio del 19 % de mujeres que presentan lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino, sin contar los dos casos de salida de secreción por glándula mamaria; lo que nos demuestra la necesidad de este tipo de intervenciones y la vigilancia epidemiológica como medidas de autocuidado fundamentales en la comunidad para lesiones precursoras para CA CU y CA de mama.

A un año de la intervención estamos satisfechas por el hecho de que no se han presentado defunciones por cáncer cérvico uterino y mamario; sabiendo que el deseo del autocuidado esta en las mujeres y que nosotras como promotoras de la salud solo nos dimos a la tarea de sensibilizar, educar, informar y preocuparnos por resolver ese déficit; que **despertó en ellas ese instinto, de autocuidado** que se encontraba dormido.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

❖ Evaluación de la eficacia

Recursos materiales necesarios para la intervención de enfermería para la detección de lesiones precursoras para cáncer cervico uterino.

ARTICULO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
LIBRETA DE CONTROL	PZA.	3	\$ 8.00	\$ 24.00
FOLDERS	PZA.	50	\$ 2.00	\$ 1,000.00
PLUMA	PZA	6	\$ 2.00	\$ 12.00
HOJAS	PZA.	100	C .10	\$ 10.00
BOLSAS DE CITOLOGIA	KILO	800	C .10	\$ 80.00
TRIPTICO	PZA.	200	\$ 2.00	\$ 400.00
ESPEJOS* VAGINALES	PZA.	500	*	*
ALCOHOL*	500 ML.	2	*	*
ESPÁTULAS*	PZA.	500	*	*
LAMINILLAS*	PZA.	500	*	*
TOTAL	-	-	-	\$ 1 526.00

*Donación IMSS y Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

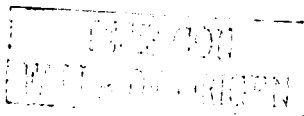
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

❖ Recursos Humanos

Recursos humanos de Salud que participaron en la intervención de Detección y seguimiento de lesiones precursoras para Cáncer Cérvico Uterino.

PERSONAL	CANTIDAD	TIEMPO DIAS	COSTO DIA	COSTO TOTAL
Médicos operativos	2	16	\$ 364	\$ 11,648.00
Médicos directivos	1	16	\$ 396	\$ 6,336.00
Jefes de enfermería	3	16	\$ 413	\$ 19,824.00
Psicóloga	1	16	\$ 253	\$ 4,048.00
Trabajadora social	1	16	\$ 243.90	\$ 3,902.40
TAPS	2	16	\$ 300	\$ 9,600.00
Chofer	1	3	\$ 120	\$ 360
Pasantes de Enfermería	32	16	*	*
Médico Voluntario	2	3	*	*
Voluntarios (Enfermera) (paramédico)	2	16	*	*
TOTAL	47	-	-	\$ 55,718.40

*Personal voluntario de la Jurisdicción del Estado de México que apoyó la estrategia de Detección de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino.



❖ **Costos Totales**

TOTAL RECURSOS HUMANOS	TOTAL RECURSOS MATERIALES	UNIDAD DE SERVICIO BENEFICIADA	COSTO TOTAL POR UNIDAD DE SERVICIO
\$ 55,718.40	\$ 1,526.00	171 MUJERES	\$ 334.00

Para evaluar la eficacia se utiliza el método de objetivos propuesto en el proyecto de intervención de enfermería, que tiene la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino y mamario en las mujeres de 18 años o más de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe 1; así como favorecer el autocuidado de las mujeres por medio de la prevención a través de la exploración de mama y la prueba de papanicolaou.

Basándonos en el método de objetivos propuesto en el programa se obtuvieron máximos beneficios para la comunidad de las mujeres de 18 años o más, ya que los recursos humanos que participaron en la intervención fue personal de salud quien apoyo el desarrollo de esta intervención y los recursos materiales fueron donaciones de otras instituciones de salud.

En forma específica el presupuesto para cada unidad de servicio en este proyecto es de \$ 334.00 pesos, situación que fue solventada por recursos humanos (pasantes en servicio social, médicos, trabajadores sociales, TAPS, psicólogos) y mobiliario (área física, Cívico 2 y unidad móvil) propios de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec y por donación de material (guantes, espejos vaginales, espátulas, laminillas, etc.,) propios del IMSS.

De igual forma se evalúa la eficacia del personal que participó en el proyecto de acuerdo a su rendimiento para las tareas asignadas, las cuales fueron acorde a la demanda de atención solicitada por la comunidad, la cual quedó satisfecha con la atención proporcionada por el equipo de salud. En cuanto a la evaluación del grupo de trabajo, la suma de las aportaciones de cada uno de los integrantes llevó a lograr la eficiencia de toda la organización del proyecto de intervención de enfermería respuesta que fue inmediata por la comunidad manifestando interés por su autocuidado.

También se observó la eficacia en las muestras citológicas tomadas con calidad por los médicos que participaron en la intervención lo que favoreció el **costo beneficio** para cada unidad de servicio

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.

El total de metas planteadas en la intervención se lograron en más de un 80 % por lo que podemos decir, que fue un éxito.

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

- ❖ En relación a la capacitación del personal participante en la intervención, el 89% fueron capacitados. Estrategia que inicio con el reto de sensibilizar a los recursos de salud para lograr un buen desempeño en las otras estrategias y que fue la base para el trabajo que se realizó ante las unidades de servicio.

* 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. Esta estrategia favoreció la sensibilización en las unidades de servicio

- ❖ 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; pero logro su éxito durante la estrategia de detección de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino por medio de un teatrino y platicas a la comunidad.
- ❖ Acerca de la estrategia de detección se cumplió en un 93%, considerándose un porcentaje significativo. Se observó gran demanda de las unidades de servicio en esta estrategia y como único limitante lo planeado rebaso lo existente en áreas físicas y recursos de salud.
- ❖ 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.

TELEFONO
FALLA DE ORIGEN

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.

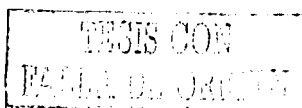
En relación al efecto el impacto fue inmediato ya que se pudo observar la participación e interés de la comunidad durante el desarrollo de la intervención, siendo ésta todo un éxito.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HALLAZGOS

- ❖ El personal de salud que asistió a la capacitación tenía conocimientos sobre la prevención y control del cáncer cérvico uterino, pero le faltaba actualizarse en la técnica de la toma de muestra para la prueba de papanicolaou y en la exploración de mama.
- ❖ Al inicio de la capacitación el equipo multidisciplinario demostró apatía e incredulidad ante la explicación del mapeo de la intervención de enfermería. A través de la sensibilización y/o empoderamiento de los participantes se logró un cambio de actitud positiva para la ejecución de las estrategias.
- ❖ Se observó que los participantes quedaron sensibilizados, ya que acudieron a sus unidades de trabajo con gran iniciativa en la realización y detección oportuna del cáncer Cérvico uterino y mamario.
- ❖ Otro aspecto que se notó es que el personal asistente a la capacitación quedó sensibilizado ante su autocuidado, ya que se realizaron sus autoexploración de mamas.
- ❖ Participó personal de salud voluntario que no acudió a la capacitación y se incorporó en la estrategia de detecciones en respuesta a la demanda de atención.

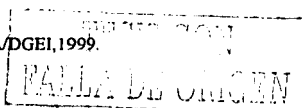
- ❖ Se comprueba una respuesta inmediata de la población dado que las unidades de servicio acudieron al Centro de Salud para conocer las condiciones en las que deben acudir para la prueba de papanicolaou.
- ❖ Es importante mencionar que también se causó impacto en los integrantes del equipo multidisciplinario (médico) a través de la motivación para regalar flores a las mujeres durante la estrategia de detecciones.
- ❖ Mortalidad por cáncer cérvico uterino (15 días previos a la aplicación de la cédula de valoración de déficit).
- ❖ Morbilidad por Cáncer Cérvico uterino y la presencia del virus del papiloma humano, no registrados en la primera fase del estudio de comunidad.
- ❖ La población tiene interés por conocer las causas del Cáncer Cérvico uterino.
- ❖ Para las mujeres de esa comunidad es “normal” la presencia de flujo vaginal y se percibe que existe “promiscuidad sexual”.
- ❖ Los resultados de los factores causales obtenidos de la investigación coinciden con la información establecida en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.



CONCLUSIONES DE LA INTERVENCIÓN

- ❖ Las expectativas de impacto de la intervención de enfermería fueron superiores a las esperadas, cada estrategia en su momento lo pudo manifestar.
- ❖ 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 1999.⁵²

⁵² Tasa por 100,000 habitantes de 15 a 64 años. INEGI, SSA/DGEI, 1999.



- ❖ Está 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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

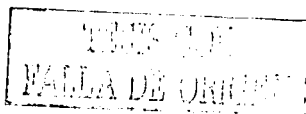
CONCLUSIONES DEL CASO

- ❖ Es importante determinar que el éxito de esta intervención no hubiera sido el esperado, si no se hubiera contado con el trabajo de las estrategias capacitación de recursos humanos, sensibilización y educación para la salud de la comunidad.
- ❖ La aplicación del programa para la mujer en la detección oportuna de cáncer cervicouterino, no se puede desligar de la aplicación del programa para cáncer mamario ya que dichos programas son fundamentales en la etapa reproductiva de la mujer lo que implico llevar a cabo tanto la exploración de mamas como la exploración por medio del papanicolaou para la detección de lesiones precursoras para cáncer cérvico uterino.
- ❖ La aplicación del proceso administrativo durante el desarrollo del proyecto de intervención refleja el grado y agrado en la calidad de atención de los servicios de salud a las unidades de servicio manifestando como respuesta su deseo de autocuidado, para situaciones posteriores de su vida no solo en la etapa reproductiva como mujeres, sino como el núcleo fundamental de la familia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 optimo para el aprendizaje. El éxito de la sensibilización radica en considerar las necesidades reales, intereses y motivaciones de la población.

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

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

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.

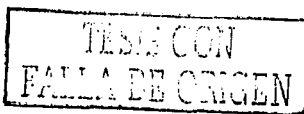
Monitoría: Es observar de manera regular, ya sea continuo o periódicamente un proceso.

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.

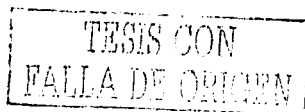
Método de Hanlon: Este método sirve para la priorización de padecimientos, utiliza los siguientes parámetros: magnitud, severidad, Eficacia y factibilidad

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.

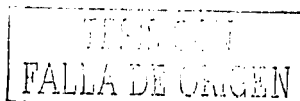
Microrregión de Salud: división del territorio a efectos de una jurisdicción sanitaria.

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

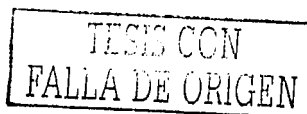


BIBLIOGRAFIA

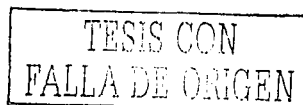
- **ALFARO R. Aplicación del proceso de enfermería. guía práctica.** Doyma, 1994.
- **ALFONSO, Roca Ma. Teresa y Alvarez Darket Díaz Carlos. Enfermería comunitaria,** Ediciones Masson. España, 1992.
- **LAZCANO, Hernández ALONSO. Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control.** Salud Pública 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 Almarío, 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. Díaz de Santos, 1995**
- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1999**
- **DAVINI, Ma. Cristina. Educación permanente en salud. Serie Paltex. No. 38, Washington; D.C. 1995**
- **DEVER, Alan. Epidemiología y administración de servicios de salud. OPS OMS.**
- **ELIZONDO Leticia. Cuidemos nuestra salud. Ed. Noriega / Limusa. México, 1994.**
- **FAJARDO Ortiz Guillermo. Atención medica teoría y práctica administrativas. La Prensa 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. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino,** en: Salud Pública de México. Volumen 43/ No. 4 Julio –Agosto. 2001
- **GOMEZJARA, Fco. A. Técnicas de desarrollo comunitario.** Ediciones nueva sociología. Distribuciones Fontamara, S.A. México, 1981.
- **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.

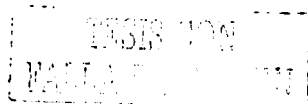


- **HERNÁN, San Martín .Epidemiología. teoría investigación y práctica.** Ed. Diaz de Santos.
- **HERNÁNDEZ, Sampieri R. y etal. Metodología de la investigación.** Mc Graw Hill, 1998
- **HIGASHIDA, M. Educación para la salud.** Ed. Interamericana. Mc. Graw-hill, México. 1999.
- **HILL. B. A. Fundamentos 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.

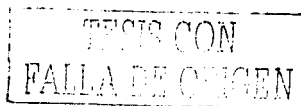
175

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- **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 André 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. Díaz 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, **Güa para determinar prioridades en el diagnóstico situacional**. Riesgos y Daños a la Salud. México, D.F., 2001.
- Villa, Barragán J. Pablo. Historia de la Salud Pública. Apuntes en clase. 2001
- W. Iyer Patricia, **Proceso y diagnóstico de enfermería**, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1ª ed., México, D.F., 1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

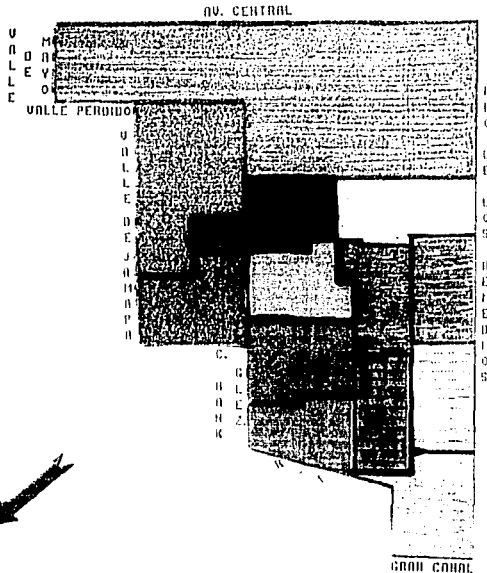
ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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

COORDINACIÓN MUNICIPAL DE CHAMIZAL
JURISDICCIÓN DE ECATEPEC
ESTADO DE MÉXICO



ANEXO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA



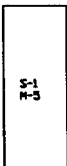
**COLINDANCIAS
 MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1**

SAN GABRIEL

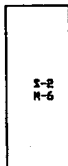
EDUARDO VILLADA

HEROES DE GRANADITA

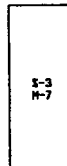
BENITO



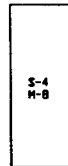
CARLOS RIVA



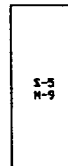
FILIBERTO GÓMEZ



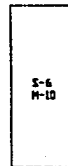
JOSE LUIS SOLÓRZANO



EUCARIO LÓPEZ



R HIDALGO

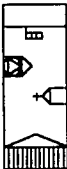


MANUEL MEDINA GARDUÑO

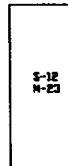
F COLEÓN DE LA BARRA

GRANJAS VALLE DE GUADALUPE II V

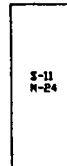
JUÁREZ



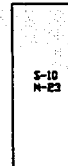
PALACIO



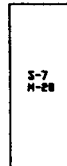
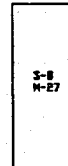
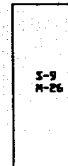
ISIDRO



FABELA



AV. CARLOS HANK GONZALEZ



GRANJAS VALLE DE GUADALUPE III Y V

ESCUELA

MECAD

CENTRO DE SALUD

IGLESIA

CEDELA



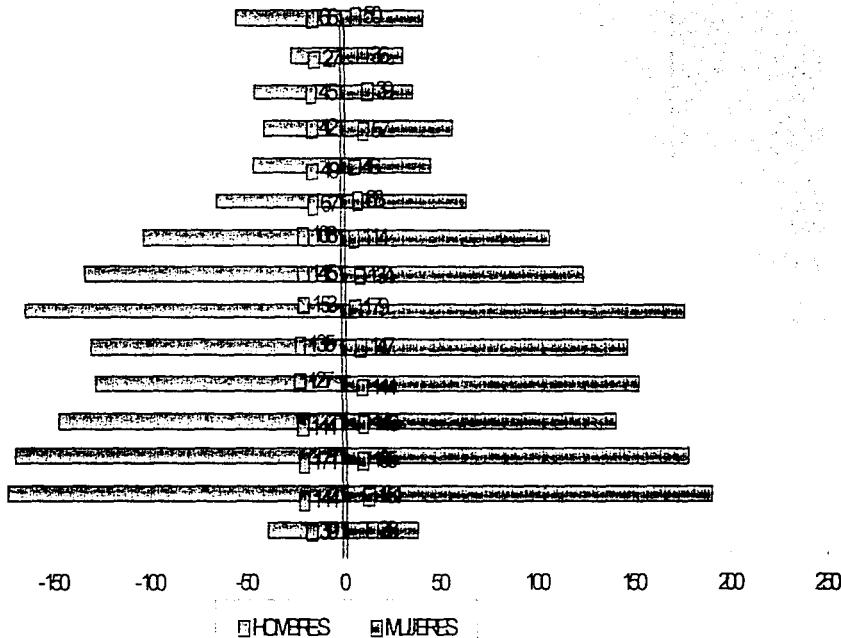
ANEXO 2

PLANTA DE ORIENTE

PIRÁMIDE POBLACIONAL
MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1
MARZO 2001

GRUPOS DE EDAD

- 65-A<
- 60-64 AÑOS
- 55-59 AÑOS
- 50-54 AÑOS
- 45-49 AÑOS
- 40-44 AÑOS
- 35-39 AÑOS
- 30-34 AÑOS
- 25-29 AÑOS
- 20-24 AÑOS
- 15-19 AÑOS
- 10-14 AÑOS
- 5-9 AÑOS
- 1-4 AÑOS
- >DE 1 AÑO



183 CON
 LA LLA DE ORIGEN

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

GUIA DE OBSERVACION
De la Microregión _____
Coordinación Municipal de Salud _____
Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, Estado de México.

1. Vista de impacto (anotar primeras impresiones de la comunidad: observación, escuchar, oler, sentir).

2. Características de la comunidad

2.1. Condiciones de vivienda:

2.2. Habitantes que se encuentran en la calle

2.3. Fauna.

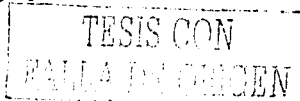
2.4. Flora.

2.5. Higiene.

3. Actividad organizada (alcohólicos anónimos, neuróticos anónimos, etc.)

4. Lugares de esparcimiento y recreación.

ANEXO 4



5. Seguridad: policía estatal, municipal, privada, bomberos, servicios de auxilio, etc.

6. Servicios Públicos.

alumbrado

pavimentación

agua

servicios de limpieza

drenaje

7. Vías de comunicación: caminos y carreteras.

8. Medios de comunicación: teléfonos y equipo de sonido

9. Transporte.

10. Industrias

11. Cultura étnica, mercados, centros ceremoniales, escuelas públicas y privadas.

12. Actividad política: presencia de partido, carteles de campaña, etc.

13. Centros de reunión social: restaurantes, salones de baile, salones para eventos sociales, etc.

14. Recursos para la salud: consultorios, farmacias, centros de salud, dispensarios médicos, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

LOCALIZACIÓN DE CASOS DE MORBILIDAD, MORTALIDAD Y
 MUESTRA DE INVESTIGACIÓN



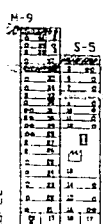
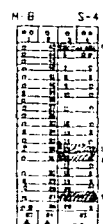
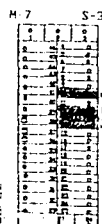
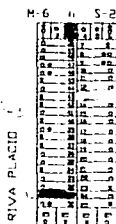
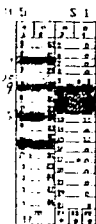
VICENTE GUERRERO

JARDINES DEL TEPEYAC

AV. EDUARDO

VILLADA

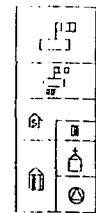
AV. LAURELES



ISIDRO

FABELA

VALLE DE ARAGON III



AV. CARLOS HANK

GONZALEZ

SIMBOLOGIA

- Caso
- ⊕ Mortalidad
- ⊞ Vestibulo
- ⊞ Calle II
- ⊞ Letrero
- ⊞ Deposition
- ⊞ Escuela
- ⊞ Comisariato
- ⊞ Construcción
- ⊞ Bodega
- ⊞ Inmueble
- ⊞ Iglesia
- ⊞ Taller
- ⊞ Fábrica
- ⊞ Bodega

⊞ Mortalidad

⊞ Morbilidad

⊞ Muestra

AV. R-1

EMILIANO ZAPATA

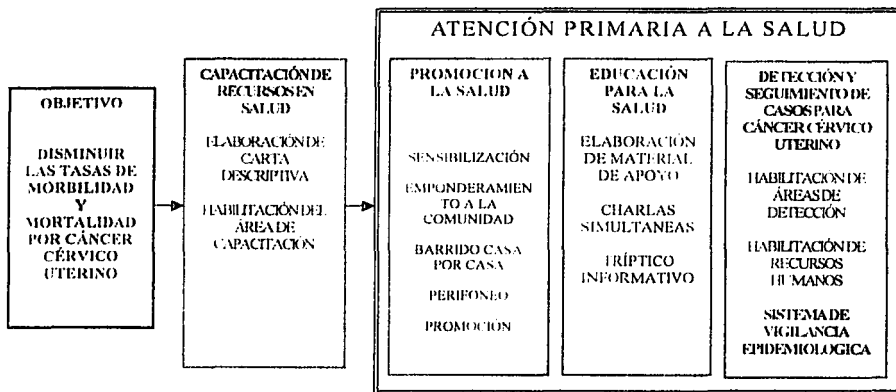
ANEXO 5

FRANCISCO LEON DE LA BARRA

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

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

**MAPEO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
 MICROREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I**



ANEXO 6

**TESIS CON
 FALLA DE ORDEN**

APÉNDICES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Apéndice 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE	INDICADORES	TIPO	ESCALA	PONDERACIÓN	FUENTE
AUTOCUIDADO REQUISITO UNIVERSAL (6)	1. EDAD	Cuantitativa	Numérica	A) MENOS DE 25 AÑOS B) 25 A 34 AÑOS C) 35 A 44 AÑOS D) 45 A 64 AÑOS E) 65 Y MAS F) SE DESCONOCE G) NO CONTESTO	Primaria
Universal (6) Desarrollo (1)	2. EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN	Cuantitativa	Numérica	A) MENOS DE 12 AÑOS B) MAYOR DE 12 AÑOS C) NUNCA HA MENSTRUADO D) SE DESCONOCE E) NO CONTESTO	Primaria
Universal (6) Desarrollo (1)	3. EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL	Cuantitativa	Numérica	A) MENOS DE 15 AÑOS B) 15 A 18 AÑOS C) 19 Y MÁS AÑOS D) NO LA HA INICIADO E) SE DESCONOCE F) NO CONTESTO	Primaria
Universal (6) Desarrollo (1)	4.- ¿ACTUALMENTE MENSTRUA?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO	Primaria
Universal (6) Desarrollo (1)	5.- ¿CONTINUA MENSTRUANDO DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO	Primaria
Universal (6) Desarrollo (1)	6.- ¿UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO	Primaria
Universal (6) Desarrollo (1)	7.- ¿ESPECIFIQUE CUAL?	Cualitativa	Nominal	A) DIU B) ORALES C) INYECTABLES O SUBDERMICOS D) SALPINGOCLASIA E) VASECTOMIA F) PRESERVATIVO G) NATURAL H) OTRO I) NO CONTESTO	Primaria
Universal (6) Desarrollo (2)	8.- ¿TIENE O A TENIDO MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE	Primaria

Universal (6) Desarrollo (2)	9.- ¿SU PAREJA ESTA CIRCUNCIDADO?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE	Primaria
Universal (6) Desarrollo (2)	10.- ¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?	Cuantitativa	Numérica	A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE	Primaria
Universal (6) Desarrollo (2) Desv. Salud (2)	11.- ¿HA TENIDO FLUJO O ESCURRIMIENTO VAGINAL?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) AVECES D) NO CONTESTO E) DESCONOCE	Primaria
Universal (6) Desarrollo (2) Desv. Salud (2)	12.- ¿HA PRESENTADO DOLOR DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) AVECES D) NO CONTESTO	Primaria
Universal (6) Desarrollo (2) Desv. Salud (2)	13.- ¿HA PRESENTADO SANGRADO DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) A VECES D) NO CONTESTO	Primaria
Universal (6) Desarrollo (1)	14.- ¿EDAD EN QUE TUVO SU PRIMER EMBARAZO?	Cualitativo	Nominal	A) MENOR DE 18 AÑOS B) 19 A 29 AÑOS C) MAYOR DE 30 AÑOS D) NÚLPARA E) DESCONOCE F) NO CONTESTO	Primaria
Universal (6) Desarrollo (1)	15.- ¿NÚMERO DE EMBARAZOS?	Cuantitativa	Numérica	A) 1 A MAS B) 5 A MAS C) NO CONTESTO D) NINGUNO E) DESCONOCE	Primaria
Universal (6) Desarrollo (1) Desv. Salud (21)	16.- ¿NÚMERO DE ABORTOS?	Cuantitativa	Numérica	A) 1 A 2 B) MAS DE 3 C) NO CONTESTO D) NINGUNO E) DESCONOCE	Primaria
Universal (6) Desarrollo (1)	17.- ¿AMAMANTO A SUS HIJOS?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO	Primaria
Universal (6) Desarrollo (1)	18.- ¿TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA?	Cuantitativa	Nominal	A) MENOS DE 3 MESES B) 6 MESES C) DE 6 A 12 MESES D) MAS DE 12 MESES E) NO CONTESTO	Primaria

Universal (7) Desv. Salud (2)	19.- ¿ USTED FUMA?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) A VECES D) NO CONTESTO E) DESCONOCE	Primaria
Universal (7) Desv. Salud (2)	20.- ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA?	Cuantitativa	Nominal	A) 1 AL DÍA B) 2 A 5 C) 6 A 10 D) 10 A 20 E) MAS DE	Primaria
Universal (7)	21.- ¿CON QUE ACEITE COCINA SUS ALIMENTOS?	Cualitativa	Nominal	A) ACEITE DE MAIZ B) ACEITE CÁRTAMO C) MANTECA D) NO CONTESTO E) DESCONOCE	Primaria
Universal (3)	22.- ¿CONSUME VERDURAS VERDES?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) A VECES D) NO CONTESTO	Primaria
Universal (3)	23.- ¿CÓMO CONSUME LAS VERDURAS VERDES?	Cualitativa	Nominal	A) COCIDAS B) CRIDAS C) AMBAS	Primaria
Universal (8) Desarrollo (1)	24.- ¿SABE QUE ES EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) SE NEGA A CONTESTAR D) SE DESCONOCE	Primaria
Universal (8) Desarrollo (1)	25.- ¿SABE PARA QUE SIRVE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAO	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE	Primaria
Universal (8) Desarrollo (1)	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
Universal (8) Desarrollo (1)	27.- ¿SE REALIZA EL PAPANICOLAOU?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) A VECES	Primaria
Universal (8) Desarrollo (1)	28.- ¿SABE QUE ES EL CANCER DE MAMA?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO	Primaria
Universal (8) Desarrollo (1)	29.- ¿SABE PARA QUE SIRVE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO	Primaria

Universal (8) Desarrollo (1)	30.- ¿SABE COMO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO	Primaria
Desarrollo (1)	31.- ¿MOTIVO POR EL CUAL NO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA?	Cualitativa	Nominal	A) FALTA DE INFORMACIÓN B) NO TIENE IMPORTANCIA C) POR PENA D) POR QUE LE ES DIFICIL E) NO CONTESTO	Primaria
Universal (8) Desarrollo (2)	32.- ¿ SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE DE REALIZARSE SU EXPLORACION DE MAMA?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO	Primaria
Universal (8) Desarrollo (1)	33.- ¿SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE ACUDIR AL MEDICO REALIZARSE LA EXPLORACION DE MAMA?	Cuantitativa	Númerica	A) CADA 3 MESES B) CADA 6 MESES C) CADA AÑO D) NO ACUDE E) NO CONTESTO	Primaria
Desarrollo (1) Desv. Salud (1)	34.- ¿QUÉ LE CAUSARIA ALARMA ENCONTRAR EN SUS MAMAS?	Cualitativa	Nominal	A) CONOCIMIENTO CORRECTO B) CONOCIMIENTO INCORRECTO C) NO CONTESTO	Primaria
Desarrollo (1)	35.- ¿MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDE A REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?	Cualitativa	Nominal	A) FALTA DE INFORMACIÓN B) LA UNIDAD DE SAL ESTÁ LEJOS C) POR PENA D) DESCONOCE DONDE REALIZARSELO E) NO CONTESTO	Primaria
Desarrollo (1) Desv. Salud (1)	36.- ¿SI DETECTA ALGUNA ANOMALIA EN SUS SENOS A DONDE ACUDE?	Cualitativa	Nominal	A) MED. PARTICULAR B) ALGUNA INSTITUCION C) AMIGA O FAMILIA D) OTROS E) NO CONTESTO	Primaria
Desarrollo (1) Desv. Salud (1)	37.- ¿SI DETECTA ALGUNA ALTERACION EN SUS GENITALES A DONDE ACUDE?	Cualitativa	Nominal	A) MED. PARTICULAR B) ALGUNA INSTITUCION C) AMIGA O FAMILIAR D) OTROS E) NO CONTESTO	Primaria
Desv. Salud (2)	38.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER DE MAMA?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE	Primaria

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desv. Salud (2)	39.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO?	Cualitativa	Nominal	A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE	Primaria
Desv. Salud (3)	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
Desv. Salud (4)	41.- ¿DESPUES DE SU DIAGNOSTICO SE HA ADAPTADO A SU NUEVO ESTILO DE VIDA?	Cualitativa	Nominal	A) SI, ESTA INTEGRADA SU FAMILIA A PESAR DIAGNOSTICO B) NO, CAMBIO SU ESTILO DE VIDA A PARTIR DEL DIAGNOSTICO C) NO CONTESTO	Primaria
Desv. Salud (1)	42.- ¿DESEA INFORMAR SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR UN PAPANICOLAOU?	Cualitativa	Nominal	A) SI TIENE INTERÉS B) NOTIENE INTERÉS C) NO CONTESTO	Primaria
Desv. Salud (1)	43.- ¿DESEA INFORMAR SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR LA REALIZACIÓN DE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?	Cualitativa	Nominal	A) SU TIENE INTERÉS B) NO TIENE INTERÉS C) NO CONTESTO	Primaria

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Apéndice 2

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 E) NO CONTESTO
 D) SE DESCONOCE
- 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	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-6	U-6 D-1	U-6 D-1	U-6 D-1	U-6 D-1	U-6 D-1	U-6 D-1	U-6 D-2	U-6 D-2

TESIS CON
 FALLA 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) AVECES D) NO CONTESTO
E) DESCONOCE

¿CÓMO ES?

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

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

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

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

16.- ¿NÚMERO DE ABORTOS?
A) 1 A 2 B) MÁS 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) MÁS 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) MÁS DE 20

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

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

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

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

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

<input type="checkbox"/>	10	U-6 D-2
<input type="checkbox"/>	11	U-4 D-2 DS2
<input type="checkbox"/>	12	U-4 D-2 DS2
<input type="checkbox"/>	13	U-4 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? _____

26

U-8
D-1

27.- ¿SE REALIZA EL PAPANICOLAOU?
A) SI B) NO C) AVECES
¿POR QUÉ? _____

27

U-8
D-1

28.- ¿SABE QUE ES EL CANCER DE MAMA?
A) SI B) NO C) NO CONTESTO

28

U-8
D-1

29.- ¿SABE PARA QUE SIRVE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?
A) SI B) NO C) NO CONTESTO

29

U-8
D-1

30.- ¿SABE COMO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA?
A) SI B) NO C) NO CONTESTO

30

U-8
D-1

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? _____

31

D-1

32.- ¿SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE DE REALIZARSE SU EXPLORACION DE MAMA?
A) SI B) NO C) NO CONTESTO

32

U-8
D-2

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

33

U-8
D-1

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

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

34

D-1
DS-1

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 REALIZARSE
E) NO CONTESTO

35

D-1

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

36

D-1
DS-1

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

37

D-1
DS-1

38.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER DE MAMA?
A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE
¿QUIÉN? _____

38

DS-2

39.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO?
A) SI B) NO C) NO CONTESTO D) DESCONOCE
¿QUIÉN? _____

39

DS-2

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

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

¿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

OBSERVACIONES:

HORA DE TERMINO: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENCUESTADA

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

FIRMAS DE CONTROL DE CALIDAD

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

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

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

INSTRUCTIVO

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

**CODIFICACION
(USO EXCLUSIVO
INVESTIGADOR)**

- 1.- **EDAD** _____
Anote en el espacio los años cumplidos que refiera la entrevistada
- 2.- **EDAD DE SU PRIMERA MENSTRUACION** _____
Anote en el espacio la edad que refiera la entrevistada 2
- 3.- **EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA** _____
Anote en el espacio la edad que refiera la entrevistada. En el caso de otra respuesta marcar el inciso que corresponda 3
- 4.- **¿ACTUALMENTE MENSTRUA?** _____
Anotar la fecha que refiera la entrevistada en caso de no acordarse sólo el año aproximado 4
- 5.- **¿CONTINUA MENSTRUANDO DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS?**
Sólo preguntar si la entrevistada es mayor de 50 años, sino es así pase a la pregunta 6 5
- 6.- **¿UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?**
Marcar lo que refiera la entrevistada si es afirmativa pase a la pregunta 7, si es negativa pase a la pregunta 8 6
- 7.- **¿ESPECIFIQUE CUAL?**
Escriba lo que refiera la entrevistada 7
- 8.- **¿TIENE O A TENIDO MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL?**
Marque lo que refiera la entrevistada 8
- 9.- **¿SU PAREJA ESTA CIRCUNCIDADO?**
Marque lo que refiera la entrevistada 9
- 10.- **¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL?**
Marque lo que refiera la entrevistada 10
- 11.- **¿HA TENIDO FLUJO O ESCURRIMIENTO VAGINAL?**
Marque lo que refiera la entrevistada 11
- 12.- **¿HA PRESENTADO DOLOR DURANTE LA RELACION SEXUAL?**
Marque lo que refiera la entrevistada y preguntar en que momento 12
- 13.- **¿HA PRESENTADO SANGRADO DURANTE LA RELACION SEXUAL?**
Marque lo que refiera la entrevistada y preguntar en que momento 13

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- 14.- ¿EDAD EN QUE TUVO SU PRIMER EMBARAZO? _____
 Anote en el espacio lo que refiera la entrevistada. En el caso de otra respuesta marque el inciso que corresponda
 Multigesta: Mujer que no se ha embarazado. En caso de ser nuligesta pase a la pregunta 19. 14
- 15.- ¿NÚMERO DE EMBARAZOS? _____
 Marque lo que refiera la entrevistada 15
- 16.- ¿NUMERO DE ABORTOS? _____
 Anote en el espacio el número que refiera el entrevistado 16
- 17.- ¿AMAMANTO A SUS HIJOS?
 Marque lo que refiera la entrevistada 17
- 18.- ¿TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA? _____
 Anotar en el espacio lo que refiera la entrevistada en el caso de otra respuesta. Marque el inciso que corresponda 18
- 19.- ¿ USTED FUMA?
 Marque lo que refiera la entrevistada en caso de ser negativa su respuesta pase a la pregunta 21. 19
- 20.- ¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA?
 Marque lo que refiera la entrevistada 20
- 21.- CON QUE ACEITE COCINA SUS ALIMENTOS?
 Marque lo que refiera la entrevistada 21
- 22.- ¿CONSUME VERDURAS VERDES?
 Marque lo que refiera la entrevistada 22
- 23.- ¿CÓMO CONSUME LAS VERDURAS VERDES?
 Marque lo que refiera la entrevistada 23
- 24.- ¿SABE QUE ES CANCER CERVICO UTERINO?
 Marque lo que refiera la entrevistada 24
- 25.- ¿SABE PARA QUE SIRVE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU ?
 Marque lo que refiera la entrevistada 25
- 26.- ¿SABE CADA CUANDO SE DEBE DE REALIZAR EL PAPANICOLAOU?
 Marque lo que refiera la entrevistada 26
- 27.- ¿SE REALIZA EL PAPANICOLAOU?
 Marque lo que refiera la entrevistada en caso de ser negativa la respuesta pregunte el por qué. 27
- 28.- ¿SABE QUE ES EL CANCER DE MAMA?
 Marque lo que refiera la entrevistada 29
- 29.- ¿SABE PARA QUE SIRVE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?
 Marque lo que refiera la entrevistada 30
- 30.- ¿SABE COMO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA?
 Marque lo que refiera la entrevistada 30
- 31.- ¿MOTIVO POR EL CUAL NO SE REALIZA LA AUTOEXPLORACION DE MAMA?
 Marque lo que refiera la entrevistada 31
- 32.- ¿ SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE REALIZARSE SU AUTOEXPLORACION DE MAMA?
 Marque lo que refiera la entrevistada 32
- 33.- ¿SABE CON QUE FRECUENCIA DEBE ACUDIR AL MEDICO A SU EXPLORACIÓN DE MAMA?
 Marque lo que refiera la entrevistada 33
- 34.- ¿ QUE LE CAUSARIA ALARMA ENCONTRAR EN SUS MAMA?
 Marque lo que refiera la entrevistada 34

- 35.- **¿MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDE A REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?** 35
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 36.- **¿CUÁNDO DETECTA ALGUNA ANOMALIA EN SUS SENOS A QUIEN ACUDE?** 36
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 37.- **¿CUÁNDO DETECTA ALGUNA ALTERACION EN SUS GENITALES A DONDE ACUDE?** 37
 Marque lo que refiera la entrevistada. Se entiende por alteración genital: flujo vaginal de características amarilla, verdosa o café con olor fétido, sangrado disfuncionales (abundantes y/o prolongados), prurito, ardor.
- 38.- **¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CANCER DE MAMA?** 38
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 39.- **¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS CON CANCER CERVICO UTERINO?** 39
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 40.- **¿SI USTED TIENE CANCER LLEVA A CABO EL TRATAMIENTO INDICADO POR EL MEDICO?** 40
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 41.- **¿DESPUES DE SU DIAGNOSTICO SE HA ADAPTADO A SU NUEVO ESTILO DE VIDA?** 41
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 42.- **¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR EL NO REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?** 42
 Marque lo que refiera la entrevistada
- 43.- **¿DESEA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS QUE LE PUEDEN OCASIONAR EL NO REALIZARSE LA EXPLORACIÓN DE MAMA?** 43
 Marque lo que refiera la entrevistada

OBSERVACIONES: Anotar todas las situaciones relevantes que se hayan encontrado en la entrevista por ejemplo: renuencias, aceptación, ausencias, casos de mujeres que no puedan contestar por discapacidad física o mental, etc.

HORA DE TERMINO: _____

 NOMBRE Y FIRMA DE LA ENCUESTADA

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ENCUESTADOR

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

 FIRMAS DE CONTROL DE CALIDAD

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Apéndice 3
LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA
GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1, COORDINACIÓN DE SALUD MUNICIPAL CHAMIZAL

NÚM PROG	NÚM. CÈD	SECTOR	CASA	FAMILIA	UMP APELLIDOS	NOMBRE (MUJER)	DOMICILIO	OBSERVACIONES
1	2	1	40	4	Pérez Martínez	Noemí Martínez Samudio	Bentito 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 Dominguez	Riva Palacio Mz. 5 Lt. 8	
6	42	1	12	1	Cardona Cano	Dulce Ma. Cano Ojeda	Riva Palacio Mz. 5 Lt. 9	
7	47	1	12	3	López Lugo	Sofía Lugo	Riva Palacio Mz. 5 Lt. 18	
8	52	1	34	1	Rico Ojeda	Maribel Ojeda	Benito Juárez Mz. 5 Lt. 29	
9	55	1	37	1	Tolentino López	Isaura López Téllez	Benito Juárez Mz. 5 Lt. 32	
10	56	1	38	1	Mendoza García	Elia López Reyes	Benito Juárez Mz. 5 Lt. 33	MORBILIDAD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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	Monrroy 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 Garcia	Rafael Miguel Hidalgo N. 11	
20	289	5	36	1	Saldaña Diaz	Patricia Saldaña Diaz	Eucario López Núm. 72	
21	297	5	8	5	Salazar González	Ma. Elena González	Rafael Miguel Hidalgo N. 11	MORBILIDAD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NÚM PROG	NÚM. CÈD	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	Rincón Romero	Marina Romero	Rafael Miguel Hidalgo Núm. 3	
24	312	5	13	4	Guerrero Pineda			No hay mujeres
25	354	6	7.3	2	Saldivar 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 Mz. 27 Lt. 31	

203

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NUM PROG	NUM. CÉD	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	Agustín Alberdín	Natalia Alberdín	Filiberto Gómez Mz. 24 Lt. 106	
44	700	12	32	2	Gabre Antonio		Riva Palacio Núm. 124	MORTALIDAD

TESIS CON
A DE ORIGEN

NUM PROG	NÚM. CÉD.	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
47	347	6	30	2	Mata Reyes	Teresa Reyes	RafaelM.Hidalg o Mz. 10 L t. 21	MORBILIDAD
48	577	10	19	1	Campos Sánchez	Norma Angélica Sánchez	Eucario López Mz. 25 Lt. 17	MORBILIDAD
49	635	10	25	8	Amaya Vargas	Celestina Vargas	J. L. Solórzano Mz.25 Lt.21 Int 10	MORBILIDAD
50	309	5	1	3	Ramírez Matías	Rocío Ramírez	EduardoVillada Mz. 9 Lt. 39	MORBILIDAD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Apéndice 5

VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE CERTIFICACIÓN

FUENTE: SABANA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS

NÚM. PROGRESIVO	FOLIO	ITEM	VERIFICACIÓN DE CRITERIO	ERROR	
				SI	NO
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 tabla de verificación de criterios de certificación 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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Apéndice 6

**CUADRO DE FACTORES DE RIESGO POR ITEM, DE ACUERDO A O.R.
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1
JUNIO 2001.**

ITEM	FACTOR DE RIESGO	RAZON DE MOMIOS		OBSERVACIONES
		MORBILIDAD	MORTALIDAD	
1	Rango de edad de 35 a 44 años	3.6	---	
	Rango de edad de 45 a 64 años	0.2	---	
2	Menarca antes de los 12 años	2.9	---	
	Menarca después de los 12 años	0.3	---	
3	Inicio de vida sexual antes de los 15 años	3.5	---	
	Inicio de vida sexual entre 15 a 18 años	0.2	---	
	Inicio de vida sexual después de los 19 años	1.1	---	
4	Mujeres que actualmente menstruan	0.1	---	
	Mujeres que no menstruan	5.5	---	
5	Menstruación después de los 50 años de edad No/ Ninguno	7.5	---	
	Menstruación después de los 50 años de edad Ninguno/ No	0.1	---	
6	Si utilizan de métodos anticonceptivos	0.7	---	
	No utilizan de métodos anticonceptivos	1.4	---	
7	Método anticonceptivo oral/ dispositivo	6.0	---	
	Método anticonceptivo dispositivo/ oral	0.1	---	
	Método anticonceptivo oral/ ninguno	4.7	---	
	Método anticonceptivo ninguno/ oral	0.2	---	
	Método anticonceptivo ninguno/ dispositivo	1.2	---	
	Método anticonceptivo dispositivo/ ninguno	0.7	---	
8	Tiene o ha tenido más de un compañero sexual / si	16.2	---	
	Tiene o ha tenido más de un compañero sexual / no	0.06	---	
9	Compañeros sexuales circuncidados	0	---	
10	Enfermedades por transmisión sexual / si	3.2	---	
	Enfermedades por transmisión sexual / no	0.2	---	
	Desconoce si padeció o padece enfermedad de transmisión sexual	1.2	---	
11	Presencia de flujo vaginal / si	2.2	---	
	Presencia de flujo vaginal / no	0.4	---	
12	Dolor en la relación sexual / si	1.3	---	
	Dolor en la relación sexual / no	0.7	---	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

13	Sangrado en la relación sexual	0	---	
14	Primer embarazo antes de los 18 años	0.8	---	
	Primer embarazo de 19 a 29 años	1.1	---	
	Nuliparas	6.4	---	
15	Tuvieron más de 5 Embarazos	1.7	2.6	
	Tuvieron de 1 a 4 embarazos	0.5	0.3	
	Ningún embarazo	4.9	---	
16	Haber tenido de 1 a 2 abortos/ más de 3 abortos	0.4	---	
	Haber tenido más de 3 abortos/ 1 a 2 abortos	2.2	---	HALLAZGO
	Haber tenido ningún aborto/ más de 3 abortos	0.4	---	
	Haber tenido más de 3 abortos/ ningún aborto	24	---	
	Haber tenido de 1 a 2 embarazos/ ningún aborto	10.6	---	
17	Lactancia materna	0	---	
18	Haber lactado menos de 3 meses	0	---	
	Haber lactado 6 meses/ 6 a 12 meses	0.9	---	
	Haber lactado de 6 a 12 meses/ 6 meses	1.0	---	
	Haber lactado más de 12 meses/ 6 a 12 meses	3.2	---	
	Haber lactado más de 12 meses/ 6 meses	3.5	---	
19	Tabaquismo	0	---	
20	Cantidad de cigarros al día	0	---	
21	Tipo de aceite con el que cocina	0	---	
22	Consumo de verduras verdes / si	1.0	---	
	Consumo de verduras verdes / no	0.9	---	
23	Consumo de verduras verdes cocidas	3.4	---	
	Consumo de verduras verdes cocidas y crudas	0.2	---	
24	Conocimiento sobre cáncer cervicouterino	0.4	---	
	Falta de conocimiento sobre cáncer cervicouterino	2.0	---	
25	Saber para que sirve la prueba de papanicolaou	2.0	---	
	No saber para que sirve la prueba de papanicolaou	0.4	---	
26	Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / 6 meses	10.0	---	
	Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / desconoce	0.1	---	
27	Mujeres que se realizan el papanicolaou	4.3	---	
	Mujeres que se realizan el papanicolaou	0.2	---	
28	Sabe que es el cáncer de mama / si	1.6	---	
	Sabe que es el cáncer de mama / no	0.6	---	
29	Sabe para que sirve la exploración de mama / si	5.6	---	
	Sabe para que sirve la exploración de mama / no	0.1	---	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

30	Sabe como se realiza la autoexploración de mama / si	6.5	---	
	Sabe como se realiza la autoexploración de mama / no	0.1	---	
31	Motivo por el que no se realizan la autoexploración / falta de información	1.2	---	
	Motivo por el que no se realizan la autoexploración / no tiene importancia	0.1	---	
32	Se realizan la exploración de mama	4.8	---	
	No se realizan la exploración de mama	0.2	---	
33	Frecuencia con que acude al médico a realizarse la exploración de mama cada año / no acude	4.8	---	
	Frecuencia con que acude al médico a realizarse la exploración de mama cada año / no sabe	2.0	---	
	Frecuencia con que acude al médico a realizarse la exploración de mama no acude / no sabe	2.4	---	
34	Signos de alarma en las mamas / conocimiento correcto	1.8	---	
	Signos de alarma en las mamas / conocimiento incorrecto	0.5	---	
35	Motivo por el que no se realiza el papanicolaou	0	---	
36	Si detecta anomalías en sus senos a donde acude	0	---	
37	Si detecta anomalías en sus genitales a donde acude	0	---	
38	Antecedentes familiares con cáncer de mama si / no	3.8	---	
	Antecedentes familiares con cáncer de mama desconoce / si	2.0	---	
	Antecedentes familiares con cáncer de mama desconoce / no	7.7	---	
39	Antecedentes familiares con cáncer cervicouterino / si	1.4	---	
	Antecedentes familiares con cáncer cervicouterino / no	0.6	---	
40	Ante la presencia de cáncer lleva a cabo su tratamiento	0	---	
41	Después de su diagnóstico cambio su estilo de vida	0	---	
42	Desea información sobre los riesgos que le puede ocasionar el no realizarse la prueba de papanicolaou	0	---	
43	Desea información sobre los riesgos que le puede ocasionar el no realizarse la exploración de mama	0	---	

**PRIORIZACION DE FACTORES DE RIESGO POR ITEM, DE ACUERDO A O.R.
PARA CÁNCER CÉRVICO UTERINO
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1
JUNIO 2001.**

ITEM	FACTOR DE RIESGO	RAZON DE MOMIOS		OBSERVACIONES
		MORBILIDAD	MORTALIDAD	
8	Tiene o ha tenido más de un compañero sexual / si	16.2	---	
	Haber tenido de 1 a 2 embarazos/ ningún aborto	10.6	---	
16	Haber tenido más de 3 abortos/ ningún aborto	24	---	
	Haber tenido más de 3 abortos/ 1 a 2 abortos	2.2	---	HALLAZGO
26	Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / 6 meses	10.0	---	
14	Nuliparas	6.4	---	
	Método anticonceptivo oral/ dispositivo	6.0	---	
7	Método anticonceptivo oral/ ninguno	4.7	---	
	Método anticonceptivo ninguno/ dispositivo	1.2	---	
15	Ningún embarazo	4.9	---	
	Tuvieron más de 5 Embarazos	1.7	2.6	
27	Mujeres que se realizan el papanicolaou	4.3	---	
1	Rango de edad de 35 a 44 años	3.6	---	
3	Inicio de vida sexual antes de los 15 años	3.5	---	
23	Consumo de verduras verdes cocidas	3.4	---	
	Enfermedades por transmisión sexual / si	3.2	---	
10	Desconoce si padeció o padece enfermedad de transmisión sexual	1.2	---	
11	Presencia de flujo vaginal / si	2.2	---	
24	Falta de conocimiento sobre cáncer cervicouterino	2.0	---	
25	Saber para que sirve la prueba de papanicolaou	2.0	---	
6	No utilizan de métodos anticonceptivos	1.4	---	
39	Antecedentes familiares con cáncer cervicouterino / si	1.4	---	
12	Dolor en la relación sexual / si	1.3	---	

FALLA DE ORIGEN
TESIS CON

Apéndice 7
CUADRO DE FACTORES DE RIESGO POR ÍTEM, O.R., F.E.R. Y OREM
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001.

ITEM	FACTOR DE RIESGO	OR	FER	OREM
		MORBILIDAD		
1	Rango de edad de 35 a 44 años	3.6	72.7%	U-6
	Rango de edad de 45 a 64 años	0.2	--	U-6
2	Menarca antes de los 12 años	2.9	65.5%	U-6, D-1
	Menarca después de los 12 años	0.3	--	U-6, D-1
3	Inicio de vida sexual antes de los 15 años	3.5	71.4%	U-6, D-1
	Inicio de vida sexual entre 15 a 18 años	0.2	--	U-6, D-1
	Inicio de vida sexual después de los 19 años	1.1	14.3%	U-6, D-1
4	Mujeres que actualmente menstruan	0.1	--	U-6, D-1
	Mujeres que no menstruan	5.5	82.0%	U-6, D-1
5	Menstruación después de los 50 años de edad No/ Ninguno	7.5	86.7%	U-6, D-1
	Menstruación después de los 50 años de edad Ninguno/ No	0.1	--	U-6, D-1
6	Si utilizan de métodos anticonceptivos	0.7	--	U-6, D-1
	No utilizan de métodos anticonceptivos	1.4	28.6%	U-6, D-1
7	Método anticonceptivo oral/ dispositivo	6.0	83.3%	U-6, D-1
	Método anticonceptivo dispositivo/ oral	0.1	--	U-6, D-1
	Método anticonceptivo oral/ ninguno	4.7	78.9%	U-6, D-1
	Método anticonceptivo ninguno/ oral	0.2	--	U-6, D-1
	Método anticonceptivo ninguno/ dispositivo	1.2	20.8%	U-6, D-1
8	Método anticonceptivo dispositivo/ ninguno	0.7	--	U-6, D-1
	Tiene o ha tenido más de un compañero sexual / si	16.2	93.8%	U-6, D-2
9	Tiene o ha tenido más de un compañero sexual / no	0.06	--	U-6, D-2
	Compañeros sexuales circuncidados	0	--	U-6, D-2
10	Enfermedades por transmisión sexual / si	3.4	71.2%	U-6, D-2
	Enfermedades por transmisión sexual / no	0.2	--	U-6, D-2
	Desconoce si padeció o padece enfermedad de transmisión sexual	1.2	16.7%	U-6, D-2
11	Presencia de flujo vaginal / si	2.2	54.5%	U6,D2,DS2
	Presencia de flujo vaginal / no	0.4	--	U6,D2,DS2
12	Dolor en la relación sexual / si	1.3	27.3%	U6,D2,DS2
	Dolor en la relación sexual / no	0.7	--	U6,D2,DS2

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

13	Sangrado en la relación sexual	0	--	U6,D2,DS2
14	Primer embarazo antes de los 18 años	0.8	--	U6, D1
	Primer embarazo de 19 a 29 años	1.1	13.0 %	U6, D1
	Nuliparas	6.4	84.4 %	U6, D1
15	Tuvieron más de 5 Embarazos	1.7	43.8 %	U6, D1
	Tuvieron de 1 a 4 embarazos	0.5	--	U6, D1
	Ningún embarazo	4.5	77.8 %	U6, D1
16	Haber tenido de 1 a 2 abortos/ más de 3 abortos	0.4	--	U6,D1,DS1
	Haber tenido más de 3 abortos/ 1 a 2 abortos	2.2	55.6 %	U6,D1,DS1
	Haber tenido ningún aborto/ más de 3 abortos	0.4	--	U6,D1,DS1
	Haber tenido más de 3 abortos/ ningún aborto	24	95.8 %	U6,D1,DS1
	Haber tenido de 1 a 2 embarazos/ ningún aborto	10.6	90.6 %	U6,D1,DS1
17	Lactancia materna	0	--	U6, D1
18	Haber lactado menos de 3 meses	0	--	U6, D1
	Haber lactado 6 meses/ 6 a 12 meses	0.9	--	U6, D1
	Haber lactado de 6 a 12 meses/ 6 meses	1.0	7.1 %	U6, D1
	Haber lactado más de 12 meses/ 6 a 12 meses	3.2	69.2 %	U6, D1
	Haber lactado más de 12 meses/ 6 meses	3.5	71.4 %	U6, D1
19	Tabaquismo	0	--	U7, DS2
20	Cantidad de cigarros al día	0	--	U7, DS2
21	Tipo de aceite con el que cocina	0	--	U3
22	Consumo de verduras verdes / si	1.0	--	U3
	Consumo de verduras verdes / no	0.9	--	U3
23	Consumo de verduras verdes cocidas	3.4	70.8 %	U3
	Consumo de verduras verdes cocidas y crudas	0.2	--	U3
24	Conocimiento sobre cáncer cervicouterino	0.4	--	U8, D1
	Falta de conocimiento sobre cáncer cervicouterino	2.0	52.0 %	U8, D1
25	Saber para que sirve la prueba de papanicolaou	2.0	52.0 %	U8, D1
	No saber para que sirve la prueba de papanicolaou	0.4	--	U8, D1
26	Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / 6 meses	10.0	90.0 %	U8, D1
	Sabe cada cuando realizarse el papanicolaou / desconoce	0.1	--	U8, D1
27	Mujeres que se realizan el papanicolaou	4.3	77.1 %	U8, D1
	Mujeres que se realizan el papanicolaou	0.2	--	U8, D1
28	Sabe que es el cáncer de mama / si	1.6	38.1 %	U8, D1
	Sabe que es el cáncer de mama / no	0.6	--	U8, D1
29	Sabe para que sirve la exploración de mama / si	2.5	60.0 %	U8, D1
	Sabe para que sirve la exploración de mama / no	0.1	--	U8, D1

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

30	Sabe como se realiza la autoexploración de mama / si	6.5	84.6 %	U8, D1
	Sabe como se realiza la autoexploración de mama / no	0.1	--	U8, D1
31	Motivo por el que no se realizan la autoexploración / falta de información	1.2	18.8 %	D1
	Motivo por el que no se realizan la autoexploración / no tiene importancia	0.1	--	D1
32	Se realizan la exploración de mama	4.8	79.2 %	U8, D2
	No se realizan la exploración de mama	0.2	--	U8, D2
33	Frecuencia con que acude al médico a realizarse la exploración de mama cada año / no acude	4.8	79.5 %	U8, D1
	Frecuencia con que acude al médico a realizarse la exploración de mama cada año / no sabe	2.0	50.0 %	U8, D1
	Frecuencia con que acude al médico a realizarse la exploración de mama no acude / no sabe	2.4	58.3 %	U8, D1
34	Signos de alarma en las mamas / conocimiento correcto	1.8	47.1 %	D1, DS1
	Signos de alarma en las mamas / conocimiento incorrecto	0.5	--	D1, DS1
35	Motivo por el que no se realiza el papanicolaou	0	--	D1
36	Si detecta anomalías en sus senos a donde acude	0	--	D1, DS1
37	Si detecta anomalías en sus genitales a donde acude	0	--	D1, DS1
38	Antecedentes familiares con cáncer de mama si / no	3.8	74.2 %	DS2
	Antecedentes familiares con cáncer de mama desconoce / si	2.0	50.0 %	DS2
	Antecedentes familiares con cáncer de mama desconoce / no	7.7	87.1 %	DS2
39	Antecedentes familiares con cáncer cervicouterino / si	1.4	31.0 %	DS2
	Antecedentes familiares con cáncer cervicouterino / no	0.6	--	DS2
40	Ante la presencia de cáncer lleva a cabo su tratamiento	0	--	DS3
41	Después de su diagnóstico cambio su estilo de vida	0	--	DS4
42	Desea información sobre los riesgos que le puede ocasionar el no realizarse la prueba de papanicolaou	0	--	D1
43	Desea información sobre los riesgos que le puede ocasionar el no realizarse la exploración de mama	0	--	D1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Apéndice 8
PRIORIZACION DE FACTORES DE RIESGO POR ITEM, O.R., F.E.R. Y OREM
PARA CÁNCER CÉRVICO UTERINO
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001.

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

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Apéndice 9

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

CUADRO 16

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

GRAFICO 1
Número de Abortos
5%



■ más de 3 ■ Ninguno

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 $X^2 = 5.71$.

FUENTE: *Ididem*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 2
MUJERES QUE TIENEN O TUVIERON MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001

CUADRO 8		
VARIABLE	Fo	%
A - Si	13	31
B - No	28	67
C - No contesto	0	0
D - Desconoce	1	2
TOTAL	42	100

GRAFICO 2
MUJERES QUE TIENE MÁS DE UN PAREJA SEXUAL



MOMIOS	
5	8
1	26

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

F.E.R = 93.8 %

ANALISIS

Las mujeres que tienen o tuvieron más de un compañero sexual tienen 16.5 veces más la probabilidad de padecer de Ca cu, en relación a las que tienen sólo un compañero. Se obtuvo una $X^2 = 8.31$.

FUENTE: *ibidem*

ANÁLISIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO 3
NÚMERO DE ABORTOS
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1
JUNIO 2001

CUADRO 16

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

GRAFICO 3
Número de Abortos



MOMIOS

4	9
1	24

$$O.R. = \frac{96}{9} = 10.6$$

$$F.E.R. = 90.6\%$$

ANÁLISIS

Las mujeres que tienen de 1 a 2 abortos tienen 10.6 veces más la probabilidad de enfermar, en relación a las que no presentan ningún aborto. Se obtuvo una $X^2 = 5.36$

FUENTE: CEDULA DE VALORACION FOCALIZADA

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 4
MUJERES QUE SABEN CADA CUANDO SE DEBE REALIZAR EL PAPANICOLAOU
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001

CUADRO 26		
VARIABLE	Fo	%
A - Cada 6 meses	9	22
B - Cada año	21	50
C - Cada 2 años	0	0
D - Cada 3 años	1	2
E - No contesto	0	0
F - Desconoce	11	26
TOTAL	42	100

GRAFICO 4
MUJERES QUE SABEN CUANDO SE DEBE
REALIZAR EL PAPANICOLAOU



MOMIOS	
5	4
1	8

O.R. = $\frac{40}{4} = 10.0$

F.E.R. = 90.0 %

FUENTE: Ibidem

ANALISIS

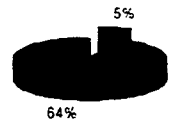
Las mujeres que saben que cada 6 meses se deben realizar el papanicolaou, es porque se encuentran relacionadas con la enfermedad. Se obtuvo una $X^2 = 4.0$.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO 5
EDAD EN QUE TUVIERON SU PRIMER EMBARAZO
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001.

CUADRO 12		
VARIABLE	Fo	%
A - Menor de 18 años	10	24
B - 19 a 29 años	27	64
C - Mayor de 30 años	1	2
D - Nulipara	2	5
E - Desconoce	2	5
TOTAL	42	100

GRAFICO 9
EDAD EN QUE TUVIERON SU PRIMER
EMBARAZO



■ Nulipara ■ 19 a 29 años

MOMIOS

1	1
4	23

$$\text{O.R.} = \frac{23}{4} = 5.7$$

$$\text{F.E.R.} = 82.4\%$$

ANALISIS

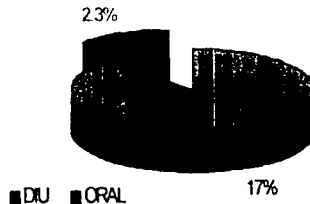
Las mujeres nuliparas tienen 5.7 veces más la probabilidad de padecer Ca cu, en relación a las mujeres que tienen hijos, en sí, la edad en que tuvieron a su primer hijo no presentó significancia estadística. Se obtuvo una $X^2 = 1.9$

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO 6
UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001.

CUADRO 7		
VARIABLE	Fo	%
A - DIU	7	17
B - Oral	1	2.3
C - Inyectable o subdérmico	1	2.3
D - Salpingoclasia	3	7
E - Vasectomia	0	0
F - Preservativo	1	2.3
G - Ninguno	29	69
TOTAL	42	100

GRAFICO 6
UTILIZACION DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS



MOMIOS	
1	1
1	6

O.R. = $\frac{6}{1} = 6$

F.E.R = 83.3 %

ANALISIS

Las mujeres que utilizan anticonceptivos orales tienen 6 veces más la probabilidad de padecer Ca cu, en relación a las mujeres que utilizan el dispositivo intrauterino.

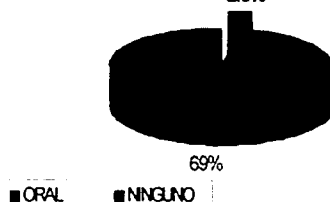
Se obtuvo una $X^2 = 1.15$.

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

CUADRO 7
UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001.

CUADRO 7		
VARIABLE	Fo	%
A - DIU	7	17
B - Oral	1	2.3
C - Inyectable o subdérmico	1	2.3
D - Salpingoclasia	3	7
E - Vasectomia	0	0
F - Preservativo	1	2.3
G - Ninguno	29	69
TOTAL	42	100

GRAFICO 7
UTILIZACION DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS 2.3%



MOMIOS

1	1
4	19

$$O.R. = \frac{19}{4} = 4.7$$

$$F.E.R. = 78.9\%$$

ANALISIS

Las mujeres que utilizan anticonceptivos orales tienen 4.7 veces más la probabilidad de padecer Ca cu, en relación a las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos

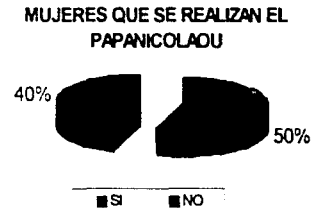
Se obtuvo una $X^2 = 1.22$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 8
MUJERES QUE SE REALIZAN EL PAPANICOLAOU
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001.

CUADRO 26

VARIABLE	Fo	%
A - Si	21	50
B - No	17	40
C - A veces	4	10
TOTAL	42	100



MOMIOS

5	16
1	14

O.R. = $\frac{70}{16} = 4.37$

F.E.R. = 77.1 %

ANALISIS

Las mujeres que se realizan la prueba de papanicolaou, tienen 4.37 veces la probabilidad de conocer si padecen cáncer cérvico uterino, en relación, a las mujeres que no se lo realizan.

Se obtuvo una $X^2 = 1.85$.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO 9
MUJERES QUE SE REALIZAN EL PAPANICOLAOU
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE 1
JUNIO 2001.

CUADRO 26

VARIABLE	Fo	%
A - Si	21	50
B - No	17	40
C - A veces	4	10
TOTAL	42	100

MUJERES QUE SE REALIZAN EL PAPANICOLAOU



MOMIOS

5	16
1	14

$$\text{O.R.} = \frac{70}{16} = 4.37$$

$$\text{F.E.R.} = 77.1\%$$

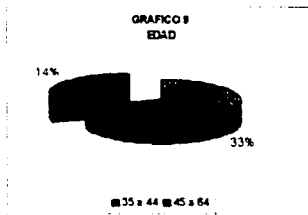
ANALISIS

Las mujeres que se realizan la prueba de papanicolaou, tienen 4.37 veces la probabilidad de conocer si padecen cáncer cérvico uterino, en relación, a las mujeres que no se lo realizan.
 Se obtuvo una $X^2 = 1.85$

TESTIS CON
FAKTALE ORIGEN

CUADRO 10
MUJERES QUE SE ENCUENTRAN EN EL RANGO DE 35 A 44 AÑOS
MICROREGION GRANJAS VALLE DE GUADALUPE I
JUNIO 2001

CUADRO I		
VARIABLE	Fo	%
A - Menores de 25 años	6	14
B - 25 a 34 años	11	26
C - 35 a 44 años	14	33
D - 45 a 64 años	6	14
E - 65 años y más	5	12
TOTAL	42	100



MOMIOS

3	11
3	3

$$O.R. = \frac{9}{3} = 3.6$$

$$F.E.R. = 72.7\%$$

ANALISIS

Las mujeres que se encuentran entre los 35 a 44 años de edad tienen 3.6 veces más el riesgo de enfermar de cáncer cérvico uterino, en relación a los demás grupos de edad.




TESIS CON
 FANTASMA DE ORIGEN

Apéndice 10

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

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

 REALIZADO
 PROGRAMADO
 AVANCE

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Apéndice 11

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
Subdirección de Control

Vale de material de apoyo para la Intervención de Enfermería en Salud Pública, que se llevara acabo del 9 al 13 de julio de 2001.

en las microregiones *San Juan Valle de Guadalupe 1 y Olímpica*

Guantes

18 cajas

Espejos Vaginales

Cepillos

Recibido

[Firma]
17/07/01

Entregado

[Firma]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

Vale de material de apoyo para la Intervención de Enfermería en Salud Pública, que se llevara acabo del 9 al 13 de julio de 2001.
en las microregiones Guaymas Valle de Guachaluc y Alampico
Guantes

Espejos Vaginales	300
Espátulas de aire	800
Cepillos estériles	800

Recibido

[Firma]

17/01

Entregado

[Firma]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

Vale de material de apoyo para la Intervención de Enfermería en Salud Pública, que se llevara acabo del 9 al 13 de julio de 2001.

Guantes ----- 0 -----

Espejos Vaginales 200

Cepillos ----- 200 -----

Recibido

Entregado

En las nuevas regiones Granjas Valle de Guadalupe 1, y Olímpica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Apéndice 12
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO
SISTEMA DE INFORMACIÓN
SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL



ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO

CLAVE ÚNICA

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD QUE REFIERE
 1.-Entidad /Delegación: _____
 2.-Jurisdicción: _____
 3.-Municipio: _____
 4.-Unidad médica: _____
 5.-Institución: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITANTE
 6.-Entidad de nacimiento: _____ 8. Edad: años
 9.-Nombre: _____
 Apellido paterno _____ madre _____ nombre (s) _____
 10.-Domicilio: _____
 Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____
 Estado _____ Ciudad _____
 11.-Otro domicilio o referencia: _____
 Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____

III. ANTECEDENTES
 12.-Citología
 (1) Primera vez, se ignora o más de tres años (2) Subsecuente
 13.-Situación ginecoobstétrica
 (1) Puerperio o postaborto (4) DIU (7) Embarazo actual
 (2) Postmenopausia (5) Histerectomía (8) Ninguno
 (3) Uso de hormonales (6) Tratamientos ginecoobstétrico
 14.-Fecha de la última regla
 Día Mes Año
 15.-A la exploración se observa
 (1) Cuello aparentemente sano (4) Cervicitis (7) No se observa cuello
 (2) Cuello anormal (5) Leucorrea (8) Sangrado anormal
 (3) Erosión del cuello (6) Sangrado anormal
 16.-Utensilio con el que tomó la muestra
 (1) Espátula de Ayre modificada (2) Colobrush (3) Hisopo (4) Otros
 17.-Responsable de la toma citológica _____
 18.-Fecha de toma de la muestra
 Día Mes Año
 19.-Factores de riesgo
 (1) Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años (3) Antecedentes de infecciones de transmisión sexual
 (2) Múltiples parejas sexuales (4) Tabaquismo
 20.-Cuenta con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer 1. SI 2. NO

IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL
 21.-Fecha de Interpretación
 Día Mes Año
 22.-Número citológico _____ 23. Laboratorio: _____
 24.-Características de la muestra
 (1) Adecuada (2) Limitada (3) Inadecuada
 25.-Diagnóstico citológico
 (1) Negativo a cáncer (Normal) (4) Displasia Moderada (NIC 2) (7) Cáncer invasor
 (2) Negativo con proceso inflamatorio (5) Displasia Grave (NIC 3) (8) Adenocarcinoma
 (3) Displasia Leve (NIC 1) (6) Cáncer in situ (NIC 3) (9) Maligno no especificado
 26.-Hallazgos adicionales
 (1) Imagen del VPH (4) Tricomonas (7) Polimorfoneucleares
 (2) Imagen del virus del herpes (5) Bacterias (8) Otros
 (3) Chlamydia (6) Hongos
 27.-Repetir estudio 1. SI 2. NO
 28.-Motivo
 (1) Ausencia de células de metaplasia (4) Laminilla rota (7) Muestra mal fijada
 (2) Ausencia de moco (5) Frotis grueso (8) Otros
 (3) Ausencia de células endocervicales (6) Muestra con sangre
 29.-RFC del Citotecnólogo
 30.-La muestra fue revisada por el Patólogo 1. SI 2. NO
 30.1.-Diagnóstico del Patólogo _____
 31.-Observaciones _____
 32.-Firma y RFC del patólogo
 33.-Fecha de notificación de resultado a la paciente
 Día Mes Año

CLAVE ÚNICA

Área de llenado y captura

1.

2.

3.

6.

7. Fecha Nacimiento
 Día Mes Año

12.

13.

15.

16.

17. RFC

18.

19.

20.

21.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29. RFC

30.

32. RFC

33.
 Día Mes Año

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

SECRETARIA DE SALUD
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

FECHA DE REFERENCIA _____ NO. DE CONTROL _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD		SEXO
ANOS	MESES	M F
		URG.

DOMICILIO DEL PACIENTE _____

MOTIVO DEL ENVIO _____ DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL _____

UNIDAD A LA QUE REFIERE _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE SE REFIERE _____

SECRETARIA DE SALUD
HOJA DE REFERENCIA

No. de control: _____

URGENCIA SI _____ NO _____

II

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
NUMERO DE EXPEDIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____			

III

UNIDAD QUE REFIERE _____

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____

DOMICILIO _____

CALLE _____ NUMERO _____ COLONIA _____

SERVICIO AL QUE SE ENVIA _____

V

MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO): T.A. _____ TEMP. _____ F.R. _____ F.C. _____

PESO _____ TALLA _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

CON
 FALLA DE ORIGEN

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

VISITA DOMICILIARIA

VI

FECHA DE VISITA _____

FECHA DE ALTA _____

SE LE ATENDIO: SI _____ NO _____

NOMBRE DE LA UNIDAD _____

¿POR QUE? _____

OBSERVACIONES: _____

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

UNIDAD MEDICA QUE CONTRARREFIERE

NOMBRE: _____

SERVICIO: _____

VIII

MANEJO DEL PACIENTE

RESUMEN: _____

DIAGNOSTICO DE
INGRESO: _____

DIAGNOSTICO DE
EGRESO: _____

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE
ADSCRIPCION: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

232

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

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO
DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA**

FECHA _____

FOLIO _____

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD	
CENTRO DE SALUD _____	CLAVE _____
JURISDICCIÓN _____	CLAVE _____
MUNICIPIO DE ECATEPEC, ESTADO DE MEXICO.	INSTITUCIÓN ISEM _____

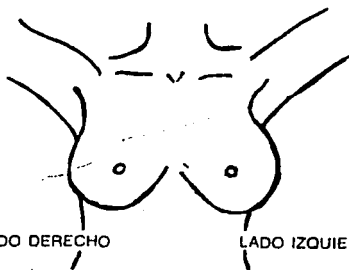
II. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITANTE	
NOMBRE _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	
TELÉFONO _____	
OTRO DOMICILIO DE REFERENCIA _____	

III. ANTECEDENTES FAMILIARES													
CÁNCER MAMARIO _____			MADRE _____		HERMANA _____		TIA _____		ABUELA _____				
CÁNCER CERVICO UTERINO _____													
ANTECEDENTES PERSONALES													
ANALFABETA		ESTUDIOS				EDO CIVIL			FUMA		CUANTOS		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PRI	<input type="checkbox"/> MED	<input type="checkbox"/> SUP	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> U/L	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MENARCA _____			RITMO _____			INICIO DE V.S.A. _____			F.U.M. _____				
MENOPAUSIA _____			PRIMER EMBARAZO _____			F.U.P. _____			F.U.A. _____				
NUMERO DE GESTAS _____			ABORTOS _____			PARTOS _____			CESAREAS _____				
EMBARAZO ACTUAL		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ANTICONCEPTIVOS HORMONALES				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CUAL _____			

DATOS DE EXPLORACION

Aumento de volumen
Alteraciones en la forma
Alteraciones en el color
Cicatrices, fistulas o heridas
Aumento de temperatura
Alteraciones en el pezón
Retracciones o hundimientos
Erosiones o costras
Escurreimiento
Tumoracion palpable
Ganglios palpables
Otros datos

ANORMALIDADES DETECTADAS



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Fecha de Nacimiento		Tipo Sanguíneo		Lugar de Nacimiento	
Domicilio					

Vacunas	Fecha de aplicación		Detección y Control	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
<p>Tríplice (Td)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino y Mamario			
Estudio de Papanicolaou		Examen Clínico de Mama	
Fecha	Resultado	Fecha	Observaciones

Consulta Especializada	
Fecha	Observaciones

Estudios de Gabinete	
Fecha	Observaciones

Prevención y Control del
Cáncer Cérvico Uterino
Coordinación Municipal de Salud
Chamizal



JUNTOS
por la salud

*ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA 2001*

¡¡ FELICIDADES !!



" LO LOGRASTE "
DESDE ESTE MOMENTO
TU SALUD ES LO MÁS
IMPORTANTE PARA NOSOTROS

Prevención y Control del
Cáncer Cérvico Uterino
Coordinación Municipal de Salud
Chamizal



JUNTOS
por la salud

*ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA 2001*

¡¡ FELICIDADES !!



" LO LOGRASTE "
DESDE ESTE MOMENTO
TU SALUD ES LO MÁS
IMPORTANTE PARA NOSOTROS

Prevención y Control del
Cáncer Cérvico Uterino
Coordinación Municipal de Salud
Chamizal



JUNTOS
por la salud

*ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA 2001*

¡¡ FELICIDADES !!



" LO LOGRASTE "
DESDE ESTE MOMENTO
TU SALUD ES LO MÁS
IMPORTANTE PARA NOSOTROS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Prevención y Control del
Cáncer Cérvico Uterino

**EL PAPANICOLAOU,
UNA ESPERANZA DE VIDA.**

RECUERDA

- UNA MUJER BIEN INFORMADA SABRÁ CUIDAR MEJOR SU SALUD
- SI TIENES ALGUNA DUDA SOBRE LOS RESULTADOS DEL PAPANICOLAOU PREGUNTA A TU MÉDICO
- ACUDE PUNTUALMENTE A TUS CITAS DE DIAGNÓSTICO
- NO DESCUIDES TU TRATAMIENTO
- TU SALUD ES MUY IMPORTANTE
- LA FELICIDAD DE LOS QUE TE QUIEREN ESTÁ EN TUS MANOS

NOMBRE _____

FECHA DE ENTREGA
DE RESULTADOS _____

LUGAR _____

**¡ GRACIAS
POR
CUIDARTE !**

Prevención y Control del
Cáncer Cérvico Uterino

**EL PAPANICOLAOU,
UNA ESPERANZA DE VIDA.**

RECUERDA

- UNA MUJER BIEN INFORMADA SABRÁ CUIDAR MEJOR SU SALUD
- SI TIENES ALGUNA DUDA SOBRE LOS RESULTADOS DEL PAPANICOLAOU PREGUNTA A TU MÉDICO
- ACUDE PUNTUALMENTE A TUS CITAS DE DIAGNÓSTICO
- NO DESCUIDES TU TRATAMIENTO
- TU SALUD ES MUY IMPORTANTE
- LA FELICIDAD DE LOS QUE TE QUIEREN ESTÁ EN TUS MANOS

NOMBRE _____

FECHA DE ENTREGA
DE RESULTADOS _____

LUGAR _____

**¡ GRACIAS
POR
CUIDARTE !**

Prevención y Control del
Cáncer Cérvico Uterino

**EL PAPANICOLAOU,
UNA ESPERANZA DE VIDA.**

RECUERDA

- UNA MUJER BIEN INFORMADA SABRÁ CUIDAR MEJOR SU SALUD
- SI TIENES ALGUNA DUDA SOBRE LOS RESULTADOS DEL PAPANICOLAOU PREGUNTA A TU MÉDICO
- ACUDE PUNTUALMENTE A TUS CITAS DE DIAGNÓSTICO
- NO DESCUIDES TU TRATAMIENTO
- TU SALUD ES MUY IMPORTANTE
- LA FELICIDAD DE LOS QUE TE QUIEREN ESTÁ EN TUS MANOS

NOMBRE _____

FECHA DE ENTREGA
DE RESULTADOS _____

LUGAR _____

**¡ GRACIAS
POR
CUIDARTE !**

AUTOEXPLORACION MAMARIA

¿ POR QUE LA AUTOEXPLORACION ?

- Porque si existe alguna anomalía es importante detectarla cuanto antes, para iniciar el tratamiento más oportuno.
- Porque la mayoría de los bultos de mama son benignos y, aunque no lo fueran, la detección precoz aumenta las posibilidades de curación.
- Porque es un gesto que no cuesta nada y, sin embargo, le puede salvar la vida.

¿ CUANDO Y COMO HACERLA ?

- Una vez al mes.
- Una semana después del inicio de su menstruación o, si no tiene menstruación en un día fijo y fácil de recordar.
- La autoexploración se debe hacer siempre en un lugar tranquilo, a solas, en un momento relajado, tomándose el tiempo necesario. El lugar ha de tener la temperatura adecuada, ya que debe estar desnuda de cintura para arriba.

¿ QUE HACER SI OBSERVA ALGO ?

- Ante cualquier anomalía o cambio en su mama (indolito, dureza, retracción del pezón, piel de naranja, secreciones, inflamaciones, etc.) que sólo podrá detectar si se autoexplora periódicamente, acuda a su médico.

Recuerde siempre que, cuando un tumor se detecta a tiempo aumentan las posibilidades de curación.

AUTOEXPLORACION MAMARIA

¿ POR QUE LA AUTOEXPLORACION ?

- Porque si existe alguna anomalía es importante detectarla cuanto antes, para iniciar el tratamiento más oportuno.
- Porque la mayoría de los bultos de mama son benignos y, aunque no lo fueran, la detección precoz aumenta las posibilidades de curación.
- Porque es un gesto que no cuesta nada y, sin embargo, le puede salvar la vida.

¿ CUANDO Y COMO HACERLA ?

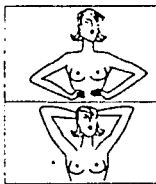
- Una vez al mes.
- Una semana después del inicio de su menstruación o, si no tiene menstruación en un día fijo y fácil de recordar.
- La autoexploración se debe hacer siempre en un lugar tranquilo, a solas, en un momento relajado, tomándose el tiempo necesario. El lugar ha de tener la temperatura adecuada, ya que debe estar desnuda de cintura para arriba.

¿ QUE HACER SI OBSERVA ALGO ?

- Ante cualquier anomalía o cambio en su mama (indolito, dureza, retracción del pezón, piel de naranja, secreciones, inflamaciones, etc.) que sólo podrá detectar si se autoexplora periódicamente, acuda a su médico.

Recuerde siempre que, cuando un tumor se detecta a tiempo aumentan las posibilidades de curación.

AUTOEXPLORACION MAMARIA



TRES PASOS FACILES

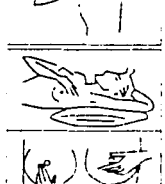
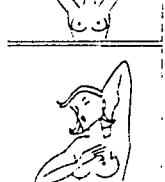
1. Frente a un Espejo
Levante sus brazos por encima de los brazos colgando. Luego con las manos en la cintura levante y háguelas hacia adelante y para terminar con los brazos elevados por encima de la cabeza, presionando ligeramente las manos. Observe las diferencias en una y otra mama, y las posibles alteraciones de color, tamaño, forma y textura del seno, que le resulten nuevas o extrañas.

2. De Pie

Levante su brazo izquierdo. Con las yemas de sus dedos centrales, anillos y plenos de la mano derecha, presione suave, pero firmemente, su seno izquierdo, trazando círculos imaginarios alrededor de la mama. Empezar desde el punto más alejado al pezón. Cuando haya terminado, pase a otro pecho y así sucesivamente hasta llegar al pezón. Siguiendo en la misma posición, palpe la axila para comprobar que no haya alteración ninguna allí. Para ello, la presión con la yema de los dedos debe ser suave. Repita la operación en el seno derecho.

3. Acostada

Coloque una almohada bajo el hombro izquierdo y sitúe el brazo izquierdo detrás de la cabeza a nivel de la nuca. Palpe el seno izquierdo con la mano derecha siguiendo las instrucciones del punto No. 2. Palpe también la axila y presione ligeramente el pezón entre los dedos índice y pulgar para detectar si hay alguna secreción. Termine el pechón junto a la areola para verificar si existe tendrillos o adherencia. Repita la operación en el seno derecho.



TRES PASOS FACILES

1. Frente a un Espejo
Levante sus brazos por encima de los brazos colgando. Luego con las manos en la cintura levante y háguelas hacia adelante y para terminar con los brazos elevados por encima de la cabeza, presionando ligeramente las manos. Observe las diferencias entre una y otra mama, y las posibles alteraciones de color, tamaño, forma y textura del seno que le resulten nuevas o extrañas.

2. De Pie

Levante su brazo izquierdo. Con las yemas de sus dedos centrales, anillos y plenos de la mano derecha, presione suave, pero firmemente, su seno izquierdo, trazando círculos imaginarios alrededor de la mama. Empezar desde el punto más alejado al pezón. Cuando haya terminado, pase a otro pecho y así sucesivamente hasta llegar al pezón. Siguiendo en la misma posición, palpe la axila para comprobar que no haya alteración ninguna allí. Para ello, la presión con la yema de los dedos debe ser suave. Repita la operación en el seno derecho.

3. Acostada

Coloque una almohada bajo el hombro izquierdo y sitúe el brazo izquierdo detrás de la cabeza a nivel de la nuca. Palpe el seno izquierdo con la mano derecha siguiendo las instrucciones del punto No. 2. Palpe también la axila y presione ligeramente el pezón entre los dedos índice y pulgar para detectar si hay alguna secreción. Termine el pechón junto a la areola para verificar si existe tendrillos o adherencias. Repita la operación en el seno derecho.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Apéndice 14
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

ESTRATEGIA 4
DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DETECCIÓN DE CITOLOGÍAS

JUEVES, 12 DE JULIO DEL 2001

EQUIPO	RESPONSABLE	MEDICO	APOYO MEDICO	SUPERVISAN
1 ROJO	JONATHAN GARCÍA CASTILLO	DRA. MA. DE LOS ANGELES LÓPEZ MADRID	REYES SÁNCHEZ MARIA GUADALUPE	ELDA ÁGUEDA ESPEJEL GOMEZ
2 AZUL	JORGE LUIS ALFARO ALVARES	DR. FRANCISCO CÁRDENAS CABALLERO	LAURA V. ROSAS MARTINEZ	MA. DEL CARMEN TERREROS MADRIGAL
3 BLANCO	ALEJANDRA SANTOS BARALES	DR. FERNANDO DÍAZ	MA. DEL CARMEN DÍAZ ANAYA	ELBA SALCEDO SÁNCHEZ

TESIS CON
 ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

ESTRATEGIA 4

REGISTRO DIARIO DE CONSULTAS CÁNCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO

RESPONSABLE Alejandra FECHA: 12-Julio-01

UNIDAD 11/11/01

NO.	NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	TELEFONO
1	Maria del Pilar Pardo Velasco	31 ¹	Rafael M. Hidalgo No. 38	57-11-24-65
2	Haydee Quiros Encarnación	32 ²	Manuel Medina Gordini No. 11	0448558679
3	Maria Teresa Rosas Ibarra	30 ¹	Manuel Medina Gordini No. 11	51-20-27-69
4	Marigolda Castillo Serrano	48	Begonia M. 48 4-36 Jimenez	57-10-34-69
5	Marta Patricia Pacheco Carraz	30 ¹²	Carla Tejeda No. 158 Guaya	57-90-19-23
6	Maricela Posas Ibarra	32 ¹	Av. Llaneta M-12 413 Jk	57-10-51-36
7	Sam Ramirez Santiago	38	Agustin Millan no. 160	58-30-04-02
8	Guadalupe Cortés Páramo	34 ¹	Jose Luis Salazar no. 424	57-88-22-22
9	Angelica Torres			
10	Angelica Marquez de la Torre	28 ¹	Escarro Lopez no 87	5120 23 37
11	Elda Yolanda Perea Calzada	29 ¹	Escarro Lopez no 87	5120 28 31
12	Ma. de la Paz Espinoza Gámez	60	Filiberto Gámez no 94	044 2100 4105
13	Ma. de los Angeles Peña	28 ²	Manuel Medina Gordini no 11	51838607
14	Ma. del Carmen Huerta	50	Jose Luis Salazar no 26	57-10-23-52
15	Nancy Hernandez Perez	54	Riva Palacio H 25 L 2	
16	Leticia Zúñiga Espinoza	32 ²	Filiberto Gámez no 94	044 2100 410
17	Genoveva Páez Fregoso	57	Manuel Medina H 22 L 11	57 80 83 23
18	Elvira Medrano Villanueva	70	Leon de la Barra no 39	57 12 41 30
19	Maria Santiaago Sanchez	32 ³	Isidro Febre # 20	57 83 3404
20	Guadalupe Varela Hernandez	37	Fernando Leon de la Barra no 23	57 11 33 04
21	Angelica Maria Mendrosen	23 ¹	Filiberto Gámez no 106	57 10 25 09
22	Xochitl Cancino Vidal	24 ¹	Filiberto Gámez no 106	
23	Silvia Irma Reyes Muñoz	33 ¹	Av. Hank Gonzalez no 117	5210 24 59
24	Elodia Hernandez Vicente	34 ¹	Av. Jose Jimenez no. 87 35	57 51 11 77
25	America Gonzalez Vega	25 ¹	Donqun Garcia Lora N. 161	569 92 20

TESIS CONT
 FUENTE DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

ESTRATEGIA 4
REGISTRO DIARIO DE CONSULTAS CÁNCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO

RESPONSABLE: _____ **FECHA:** _____

NO.	NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	TELEFONO
26	Angelica Castilla Mendoza	21	Clavel NO 4A ^{condor} ¹⁰³³²	57110560
27	Carmen Guzman Reyes	26	Rafael M. Hidalgo No 39	57807085
28	Amelia Reyes Saucotra	54	Rafael M. Hidalgo No 39	57807085
29	Juana Ibarra Carranza	60	Au Laureles 4212 U13	
30	Consuelo Samara Piura	52	Manel Medina Garcia 50	
31	Calixta Mendoza Inocencia	46	Rafael M. Hidalgo ⁴²¹⁰ ^{NO 20}	
32	Ma. Elena Medrano Villanar	38	Francisco Leon NO 39	51209692
33	Amazoa Gonzalez Mendoza	38	Rafael M. Hidalgo ⁴²²⁷ ^{NO 39}	57114552
34	Lucia Diaz Hernandez	29	Rafael M. Hidalgo ⁴²¹⁰ ^{NO 20}	57114552
35	Ma. de Lourdes Dela Cruz	36	Eucaria Lopez 4226 U12	
36	Lizeth Reyes Huerta	20	Rafael M. Hidalgo ⁴²¹⁰ ^{NO 20}	51212240
37	Yazmin Gomez Nautierrez	24	Rafael M. Hidalgo ⁴²¹⁰ ^{NO 20}	
38	Ma. doblras Nautierrez Pines	41	Rafael M. Hidalgo ⁴²¹⁰ ^{NO 20}	
39	Alma Georgina Piedra	30	Rafael M. Hidalgo NO 44	51209028
40	Martha Sanchez Martinez	52	Eduardo Villeda ⁴²²⁷ ^{NO 39}	5690179
41	EMa Nogal Godinez	63	Eucaria Lopez 4226 U12	
42	Teresc Morena Padilla	27	Eucaria Lopez 4226 U12	51200233
43	Beatriz Reza Rojas	34	Rafael M. Hidalgo M-16 U12	51206899
44	Mariack la Angeles Buena	37	Rafael M. Hidalgo No 28	51212547
45	Gardalupe Rosas Gonzalez	34	Rafael M. Hidalgo M-26 U10	57100189
46	Karla Madule Ramirez Gavi	19	Rafael M. Hidalgo M-10 U10	51212240
47	Maria Valeriana Luz Esquivel	41	Francisco Leon de la Bana ⁴²¹⁰ ^{NO 20}	51214806
48	Azucena Rosas Gonzalez	30	Rafael M. Hidalgo M-26 U10	57100189
49	Silvia Reyes Diaz	28	Isidra Febela No. 97	57104312
50	Marie de Lourdes Cuervo Ht	28	Eucaria Lopez NO 86	51200233

TESIS COM
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

ESTRATEGIA 4
REGISTRO DIARIO DE CONSULTAS CÁNCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO

RESPONSABLE _____ **FECHA:** 13-07-01

130701

NO.	NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	TELEFONO
51	Ara Lilia Coronado Meraz	27 ²	Rafael M. Hidalgo #226 Lino	571100189
52	Ma. de la Luz Higuera Gaym	41	Eucario Lopez #79 H.A.	57911808
53	Concepción Maita Serrano	50	Gurassot #15 Prog. Gpe. Vid.	58823159
54	Patricia Rangel Matias	27 ¹	Eucario Lopez No. 86	1206445
55	Elvia Elena Aguilar Larcu	35	Azuera #1770 Induz G.	56806550
56	Marcela Monzalvo Aguirre	36	Abundio Gomez #112 Groy	51553936
57	Francisca Rodriguez Ramirez	57	C. Rafael M. Hidalgo #23 ¹	55554841
58	Andrea Hernandez Solis	29 ³	Eucario Lopez #78 Groy	26030959
59	Bibiana Perez Blanco	38	Boanvio Lopez #95 Groy	51208957
60	Teresa Hernandez Leonides	33 ⁷	Rafael M. Hidalgo #23 V. G.	57116563
61	Lila Borela Hernandez	32	Rafael M. Hidalgo #23 V. G.	0448509329
62	Garcia Beatriz Avela	28 ⁴	Rafael M. Hidalgo #51 V. G.	51215967
63	Maria Eugenia Murillo Rodriguez	33 ²	Rafael M. Hidalgo #22 V. G.	57116563
64	Guadalupe Hernandez Vazquez	52	M. Medicina Gaudino #95 V. G.	51204299
65	Araeli Palola Huerfana	33 ³	Isidoro Fabala #59 Groy V.	55903359
66	Maribel Ortiz Gonzalez	30 ⁵	C. Botanao Buitos #49 Groy	51204712
67	Ma. Isabel Ala Caballero	26	C. Filiberto Gomez #66 H. G.	512625
68	Ma. No Tspada Tspazara	41	Eucario Lopez #29 V. G.	26820526
69	Elvia Lopez Muñoz	30 ¹	Filiberto Gomez #66 H. G.	
70	Concepción Cruz de Jesus	56	Eucario Lopez No 85	51-21-56-69
71	Guadalupe Cisante Hernandez	23 ¹	Serrano Lopez No 86	51-20-07-33
72	Dolores Hernandez Santes		Eucario Lopez No 86	51-20-07-33
73	Ma. Guadalupe Hdez Hdez	29 ⁴	Eucario Lopez No 85	51-21-56-69
74	Teodora Hernandez Ramirez	58	Eucario Lopez #88	51-21-56-69
75				

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
 EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

ESTRATEGIA 4
REGISTRO DIARIO DE CONSULTAS CÁNCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO

RESPONSABLE: _____ **FECHA:** 14-03-01 _____

NO.	NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	TELEFONO
76	Maria Catalina Irid	26	Eucario Lopez #88 Guay	51215669
77	Maria Vazquez Vazquez	32	Jos. los Salazaros Hc 29 #127	7101700
78	Consuelo Elizabeth Ramos	25	Manuel Cadavez #50 Guay	51100830
79	Salvadora Valerio Olvera	69	Eucario Lopez #105 Guay	57809020
80	Luz Ma. Mejia Hdez	26	Eucario Lopez #18 Guay	51203946
81	Rosalva Nolasco Navarrete	24	Adolfo M. Hidalgo #18 Guay	57808439
82	Daniela Carbajal Dominguez	26	C. Orquidea #99 Jard.	57808439
83	Rodriguez Nagal Juana Elvira	37	Eucario Lopez #118 Guay	57128936
84	Ma Leon Basilia Leon	45	C. Ana Paloca #129	71074719
85	Rosalva Gpc Cruz Hernandez	33	Adolfo M. Hidalgo #945	71205112
86	Ana Maria Vargas Tzeta	23	Eucario Lopez #191 #58	71911806
87	Angelica Flores Gomez	29	Filiberto Gomez #109 Guay	57803872
88	Gpc Zamea Gomez	46	Filiberto Gomez #109 Guay	57803872
89	Maricela Buena Rodriguez	33	Judith Tubelk #55 Guay	51212427
90	Angelica N. Piza Cacion	33	C. Jose L. Salazaros #88	57127569
91	Angelica Casiano Santiago	37	C. Jose L. Salazaros #88	57127569
92	Pasquez Moya No de las Angeles	27	C. Jose L. Salazaros #1030	57-10-1400
93	Carolina Mtz Castillo	23	C. Magdalena Ma. 41 #116 Jard.	57-10-9267
94	Esthera Comate Blanca	25	M. Gaudito M210 #17 Guay	51-21-5759
95	Teresa Mejia Cortez	36	M. Gaudito M210 #17 Guay	51-21-5759
96	Adela Rosales Tinoco	26	Eucario Lopez #87 Guay	51-20-3713
97	Dolores Ramirez Ortiz	64	Eucario Lopez #56	57-90-4765
98	Emme Perez Garcia	25	Eucario Lopez #56	57-90-4765
99	Marta de la Luz Mejia Ortiz	34	Jos. Luis Salazaros #86	57-10-0727
100	Miranda Comate Geayina	34	Eucario Lopez #105 Guay	57-10-3554
101	Morales Tonia Ma Luisa	31	Bucano Lopez #105 Guay	04450329833
102	Olvera Ayda Adelaida	51	Filiberto Gomez #7433	57100310
103	Margarita Perez Carrisalez	40	Antonio Velazco M29	2915711795
104	Rosa Olguin Torres	35	Eucario Lopez #125 Guay	57102827

TELEFONO
FALLA DE ORIGEN

Apéndice 15

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA CÁNCER CÉRVICO UTERINO

A. IMPORTANCIA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

1. MAGNITUD Y TRASCENDENCIA

En epidemiología las últimas investigaciones sobre cáncer cérvico uterino indican que es un tumor producido por un virus; y se ha encontrado en el 90 % de los casos por cáncer invasor y lesiones precursoras el virus del Papiloma Humano. Dentro del diagnóstico de salud de la microregión Granjas Valle de Guadalupe 1, los resultados obtenidos destacan como principal factor de riesgo para la presencia de cáncer de útero el VPH, además el contar con múltiples parejas sexuales y la practica de dos abortos y mas, asociado a la edad de inicio de vida sexual en la mujer; por lo que la enfermedad tiene una etiología multifactorial para su desarrollo y no es ajena a evidencias sobre dicha enfermedad.

Debido a la evolución progresiva del cáncer es importante tomar en cuenta las displasias leve (NIC I) que evolucionan al estado de *in situ* (NIC 3) en un lapso de 5 a 7 años, que continua evolucionando en 10 y 13 años a un cáncer microinvasor y pasa en 2 años a más en cáncer invasor. Aunque el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cáncer cérvico uterino progresa de manera ordenada, también puede presentar un tumor pequeño con metástasis distante; de ahí su importancia para un sistema de vigilancia epidemiológica.

Si tomamos en cuenta que en nuestro país, el cáncer cérvico uterino sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública, no obstante que se trata de una enfermedad altamente vulnerable a través de la detección y el tratamiento oportuno de las lesiones precursoras.

Es importante resaltar que esta enfermedad afecta a la mujer en la fase más productiva de su vida, por lo que contribuye a al agudización de problemas familiares, sociales y económicos e impacta considerablemente, elevando los costos de los servicios de salud al requerir atención especializada de segundo y tercer nivel.

Estadísticas Establecidas por la Secretaría de Salud, el cáncer del cuello del 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. En 1995 se registraron 4,357 defunciones, con una tasa de 21.5 por 100 mil mujeres usuarias mayores de 25 años.

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

En la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino (1998) establece que la edad promedio en la que se detectan las displacias es:

Leve entre 25 y 30 años

Moderada de 30 a 35 años y

~~Grave de 35 a 45 años~~

Cáncer microinvasor 45 a 50 años

Cáncer invasor de 50 años en adelante

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 con una historia natural de larga evolución, que requiere de un monitoreo a través del programa de detección de muestras de calidad en la toma e interpretación que requiere del diseño de un registro nominal de cáncer.

Para establecer un proyecto de intervención de enfermería en salud pública para cáncer cérvico uterino es necesario:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

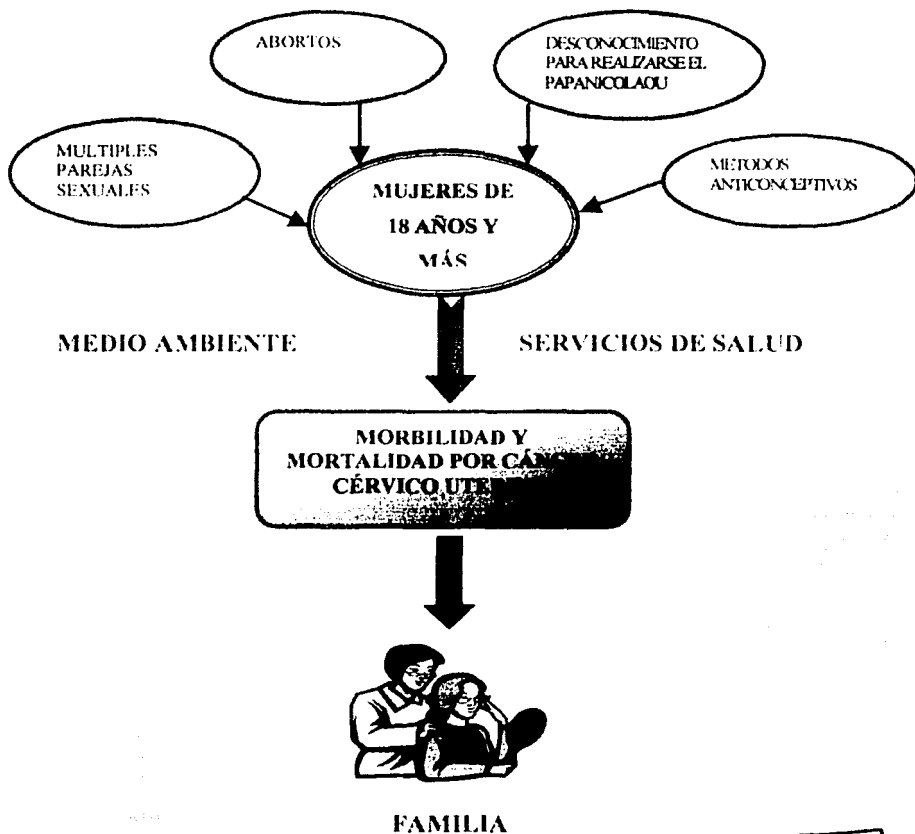
- Asegurar la participación de la mujer, haciendo servicios de detección atractivos, de bajo costo y de corta distancia a su domicilio.
- Establecer un compromiso con el departamento de citología para el control de calidad en la toma e interpretación de las muestras, notificando que centro de salud y que medico no cubre con el control de calidad en la toma de muestras citológicas.
- Implementar mecanismos confiables para el seguimiento y tratamiento oportuno de resultados anormales.
- Evaluar y monitorear en forma sistemática a la comunidad de mujeres.

Este sistema de vigilancia es una estrategia para poder evaluar la aplicación de los programas de cáncer cérvico uterino, a través de un monitoreo continuo que proporcione información que ayude a evaluar los efectos del diagnóstico y tratamiento oportuno, así como los efectos de las intervenciones de salud pública e identifique los factores que causan el cáncer por medio de registros de control de los centros de salud y del departamento de citología.

ESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. NIVELES DE ATAQUE DEL PROBLEMA

RED CAUSAL



ANÁLISIS CON
Cadena de Origen

Si tomamos en cuenta que los factores genéticos, el estado inmune, la presencia de enfermedades subyacentes, la falta de educación sexual, la promiscuidad sexual, los múltiples abortos, etc., juegan un papel importante en la expresión final del cáncer cérvico uterino, que repercute en la presencia de lesiones precursoras o invasoras tumorígenas; siendo multifactorial su etiología, además son de difícil control y manejo por el contexto social, cultural y familiar en el que se desarrollan las mujeres de nuestro país, teniendo repercusiones en la economía familiar, ocasionando desintegración familiar.

B. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

OBJETIVO GENERAL

Establecer un sistema de control y vigilancia para una detección temprana de neoplasias intraepiteliales cervicales, así como disminuir la morbilidad y mortalidad causada por cáncer cérvico uterino en la población de Granjas Valle de Guadalupe I, así como evaluar los servicios de atención involucrados en el control de este padecimiento.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar oportunamente a la población de mayor riesgo.
- Instrumentar mecanismos para el seguimiento y atención de las mujeres con resultados anormales, a través de sistemas de información computarizados.
- Proporcionar información para la toma de decisiones en el nivel operativo, jurisdiccional y estatal.
- Evaluar el programa para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino a través de indicadores de procesos y resultados.

2. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD DE LAS MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS

- Múltiples abortos
- Múltiples parejas sexuales
- Desconocimiento para realizarse el papanicolaou
- Métodos anticonceptivos
- Servicios de salud

PSIS CON
LA DE ORIGEN

4.COMONENTES DE OPERACIÓN

Los componentes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el Cáncer Cérvico Uterino serán los establecidos por el Departamento de Citologías y en apego a la Norma de Vigilancia y control de Cáncer Cérvico Uterino que establecen:

INSTRUMENTOS DE CONTROL

- . Registro de los resultados de la detección
- . Notificación de los casos probables
- . Registro de displasias y cáncer cérvico uterino
- . Mecanismos de seguridad en la toma de muestras citológicas
- . Análisis de las defunciones por medio de la autopsia verbal
- . Evaluación periódica de procesos y resultados a epidemiología
- . Notificación e Investigación de casos al departamento de epidemiológica
- . Difusión de la información de casos sospechosos, hasta su confirmación.

**PSIS CON
LA DE ORIGEN**

Los registros de los resultados de la detección: es la recolección, procesamiento y análisis de la información sobre las actividades en los módulos de detección y laboratorios de citología.

Notificación de los casos probables. Su propósito es precisar la cobertura de detección, la calidad de la toma de muestra, el número y calidad de los estudios que se realiza en el laboratorio y la oportunidad en la entrega de resultados.

Notificación de los casos probables. Es la acción de informar de la presencia de un caso probable de displasia o cáncer cérvico uterino, identificado por citología cervical o datos clínicos. Tiene como propósito informar con oportunidad de los casos detectados y contribuir a su seguimiento y referencia de las pacientes para su diagnóstico, tratamiento y control. La notificación de los casos probables por citología se inicia después de la corroboración diagnóstica del patólogo en el laboratorio de citología. La notificación de casos probables por datos clínicos se efectúa en los tres niveles de atención a partir del diagnóstico del médico tratante. Las actividades para la notificación de casos probables incluyen el envío de los resultados del laboratorio a la unidad en la que se tomó la muestra y la notificación a los niveles jurisdiccional y estatal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Registro de displasias y cáncer cérvico uterino. es el instrumento para registrar el número de casos de displasia y cáncer cérvico uterino, identificar las características de la población afectada, evaluar la calidad de las acciones en el diagnóstico, tratamiento y control de las pacientes y auxiliar alas actividades de referencia y seguimiento para ala atención de la paciente.

Mecanismos de seguridad. Son actividades que efectúa el personal de salud, con el apoyo de programas de cómputo para garantizar el seguimiento y atención de la paciente. Tienen el objetivo de identificar los casos en los que se sigue el procedimiento de informe de resultados por el laboratorio, de localización de casos probables, de referencia para diagnóstico, o por abandono del tratamiento y control.

Análisis de las defunciones. Tiene como intención identificar los factores asociados a las defunciones por cáncer cérvico uterino y disponer de información complementaria para la evaluación de las acciones de vigilancia epidemiológica, prevención, diagnóstico, tratamiento y control. Se realizarán autopsias verbales en las defunciones en las que se identifique como causas básica o asociada el cáncer cérvico. Serán efectuadas por personal de la unidad de adscripción de la paciente, y si corresponde, complementadas por la unidad hospitalaria que proporcione la atención médica antes de la muerte.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Evaluación periódica de Procesos y resultados. Consiste en el análisis de la información generada por el sistema para determinar las características e impacto de los servicios de atención que participan en la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino. El análisis debe de ser efectuado con la participación del equipo multidisciplinario, en cada uno de los niveles de atención.

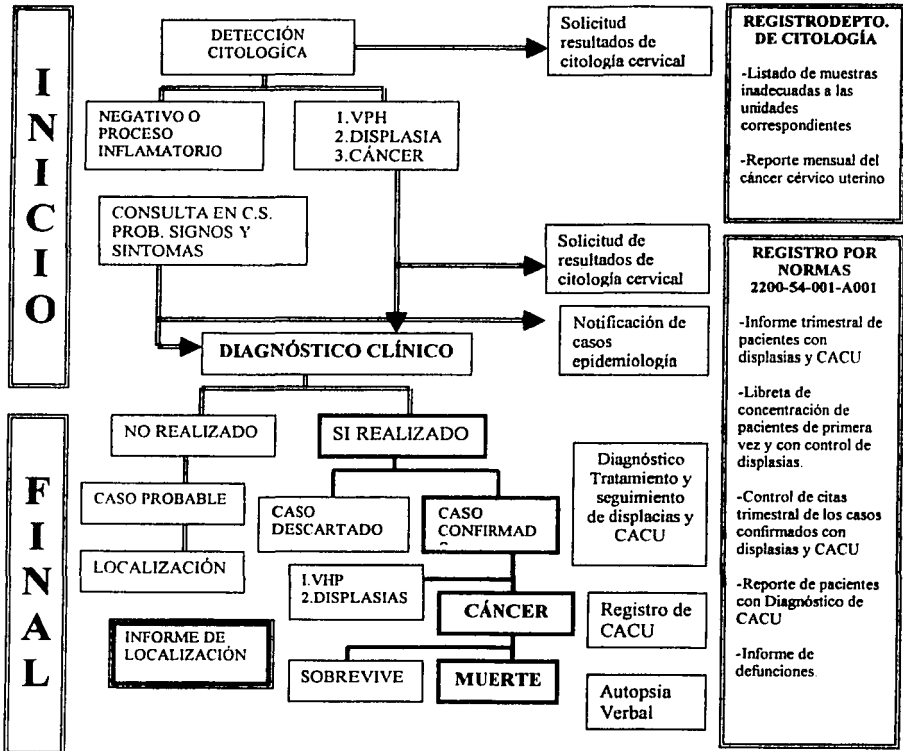
Investigación epidemiológica. Es el proceso de búsqueda intencionada de las relaciones que guardan los condicionantes del cáncer cérvico uterino en la población, mediante la aplicación del método científico. Tiene como propósito el responder a preguntas, para disponer de información útil para la prevención del cáncer cérvico uterino.

Difusión de la información. Se refiere a las actividades sistemáticas de difusión de la información epidemiológica y de los resultados de la evaluación del programa. Tiene el propósito de retroinformar de los resultados del monitoreo en todos los niveles de atención, incluyendo a quienes toman las decisiones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA 2001**

**METODOLOGÍA DE DETECCIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
CÁNCER CÉRVICO UTERINO.**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

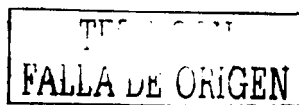
C. NIVEL DE UTILIDAD DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información se localizan en unidades de los tres niveles de atención principalmente en servicios y módulos de detección del cáncer cérvico uterino, módulos de citología cervical, clínicas de displacias servicios de oncología y todos los servicios de atención médica en los que se identifican paciente sospechosas de cáncer por datos clínicos.

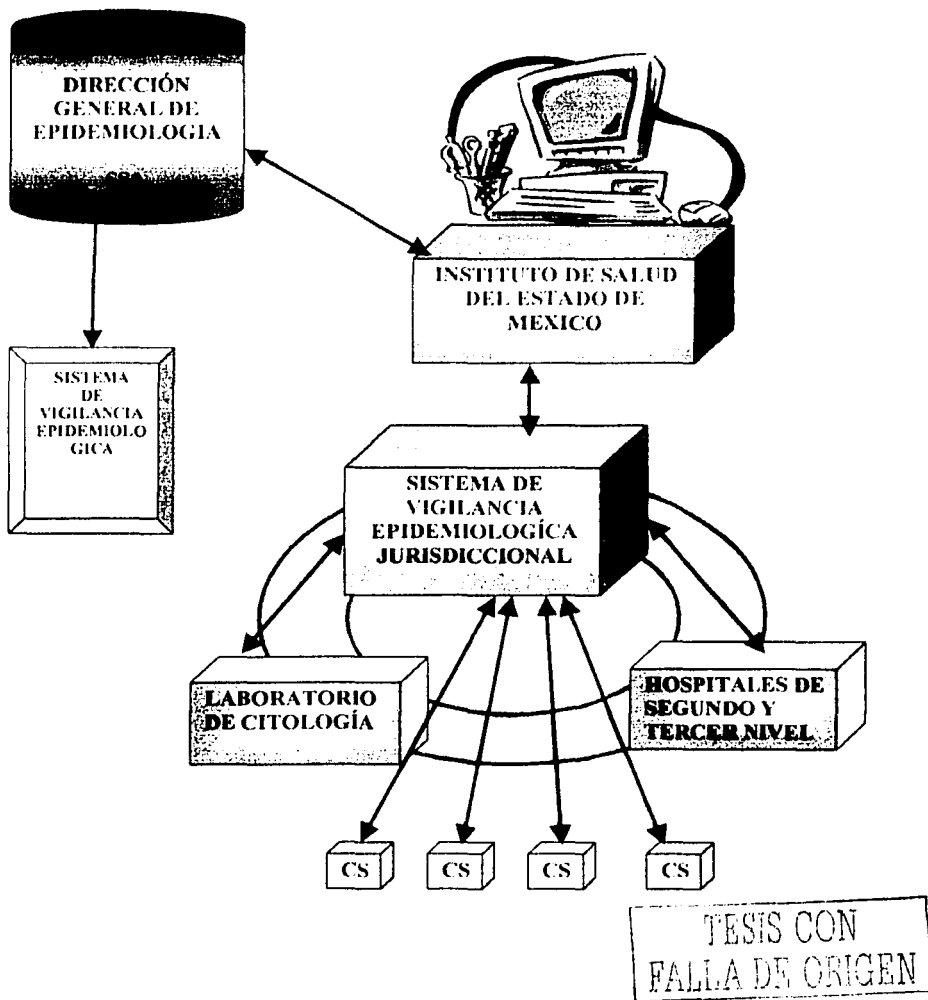
Como en otros sistemas de vigilancia activa, la vigilancia epidemiológica, generada por las fuentes debe enviarse a los niveles inmediatos superiores y de manera simultanea a los niveles jurisdicción y estatal de la Secretaria de Salud, siguiendo los canales correspondientes, hasta llegar al nivel central, con el compromiso de que en cada nivel se utilicen los datos para adecuar estrategias y mejorar el control del problema.

Los mecanismo e instrumentos para la notificación y registro se desarrollan en coordinación con las demás instituciones del sector salud y responden al los objetivos del Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Estos instrumentos de control deben de garantizar los procesos de evaluación y vigilancia epidemiológica, siendo responsable el epidemiólogo jurisdicción en la recolección, el procesamiento y el análisis de la información.



ORGANIZACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



D. ATRIBUTOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Como todo sistema cuenta con una corriente de información, que durante su proceso se convierte en un análisis procesado por la norma oficial de cáncer cérvico uterino y los hallazgos sobre la patología con una corriente de salida que tiene como elemento de control, información que nuevamente retroalimenta al sistema de vigilancia epidemiológica por los diferentes instituciones de salud que intervienen.

Este sistema de vigilancia dentro de sus propiedades destaca el ser: Simple, Flexible, Aceptable, Sensible, Predictivo, Representativo, oportuno, por medio de

- Facilitar el flujo de información y eliminar las tareas innecesarias.
- Recolectara información personal y privada; además asegurará la confidencialidad de los registros.
- Confrontara la información con expedientes médicos, formatos y autopsias verbales por medio de la supervisión directa, que determine la calidad o información suficiente para la validación de los datos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

E. RECURSOS PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

RECURSOS HUMANOS PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		
Auxiliar de enfermería	Enfermera Sanitaria	Epidemiólogo
<p>Interroga y llena los datos de la paciente, en el formato de solicitud y reporte de los resultados de citología cervical.</p> <p>Si la mujer presenta tumoración sugestiva de cáncer cérvico uterino invasor, la envía de inmediato con el epidemiólogo para el llenado del formato de notificación epidemiológica de caso y referencia inmediata con el médico familiar.</p> <p>Registra la acción de detección en el registro diario de detecciones del Cáncer Cérvico uterino, de acuerdo al grupo de edad de la paciente y la frecuencia de la detección.</p>	<p>Asesora a la auxiliar de enfermería en el llenado correcto de los formatos de solicitud y reporte de resultados de citología cervical.</p> <p>Registro diario de detecciones del Cáncer cérvico uterino.</p> <p>Revisa y valida la información del registro diario de detecciones del cáncer cérvico uterino y reporte mensual de detecciones del cáncer cérvico uterino.</p> <p>Confirma casos existentes en su sector y los mantiene monitoreo continuo.</p> <p>Informa y se coordina con Jefe epidemiólogo sobre el seguimiento de casos sospechosos y confirmados de cáncer cérvico uterino.</p>	<p>Mantiene actualizada la vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino de su unidad.</p> <p>Participa en la supervisión, asesoría y evaluación del desarrollo del programa de acuerdo a su ámbito de competencia.</p> <p>Recibe la siguiente información, enviada por el hospital donde se encuentra el laboratorio de citología:</p> <p>Semanal: lista nominal con resultados citológicos de la detección (original y copia)</p> <p>Semanal: formato de solicitud y reporte de resultados de citología cervical (original)</p> <p>Semanal: concentrado de detecciones y resultados de citología (original)</p> <p>Mensual: Reporte mensual de detecciones del cáncer cérvico uterino (copia)</p>

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

F. LISTA DE RECOMENDACIONES

Este sistema de vigilancia establece:

- Análisis cuidadoso de la información para aumentar la cobertura a través de la aplicación del programa de cáncer cérvico uterino para disminuir la morbilidad y mortalidad.
- Apego a Programas de detección con coberturas mayores del 80 % en población de 18 años a 64 años de edad.
- Calidad en la toma de muestras citológicas. Una toma adecuada debe contener células endocervicales, células metaplásicas, moco endocervical y células escamosas. Cualquier infección o atrofia debe ser tratada y, después de un intervalo de 2 a 6 meses debe repetirse la muestra. Si la muestra persiste siendo insuficiente debe considerarse la toma bajo colposcopia.
- Calidad en la interpretación citológica. Un citotecnólogo para mantener su idoneidad técnica debe de interpretar un promedio de 50 citologías diarias.
- Calidad del diagnóstico y tratamiento. El objetivo de la identificación temprana de las lesiones que preceden al cáncer es el de tratarlas de manera oportuna y adecuada para evitar la enfermedad.
- Establecer una buena coordinación entre el departamento de epidemiología y el departamento de citologías, para la obtención de resultados en el menor tiempo posible.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

260

BIBLIOGRAFÍA

Bonita, Ruth y et al. Epidemiología básica. OPS. 1995

Colimon, Marin Kahl. Fundamentos de epidemiología. Diaz de Santos 1990

Johansen, Bertoglio Oscar. Introducción a la teoría General de Sistemas. Ed. Limusa. 1997

Rebagliato, M. Et al I. Ruiz M. Arranz. Metodología de Investigación en Epidemiología. Díaz de Santos. 1996

SSANorma Oficial Mexicana. Para la prevención, Tratamiento y Control de Cáncer Cérvico Uterino y de Mama en la Atención Primaria. 1998

SSA. Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cancer Cérvico Uterino, 1994.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

261