



UNIVERSIDAD DE SONORA  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



**DETERMINANTES SOCIALES QUE AFECTAN EL ESTADO DE SALUD DE LAS  
MUJERES Y SUS FAMILIAS EN LA INVASIÓN COLOSIO DEL POBLADO MIGUEL  
ALEMÁN**

**TESIS**

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTAN

**GRISELDA EDUVIGES VALENZUELA HERNANDEZ  
LAURA ELENA VILLA PÉREZ**

DIRECTORA

**DRA. ROSA MARIA TINAJERO GONZÁLEZ**

ASESORAS

**Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal  
M.C. Claudia Figueroa Ibarra**

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO DE 2015

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a quienes me apoyaron moral y económicamente para poder culminar mis estudios me siento orgullosa de mis padres Ismael Villa Cota y Laura Delia Pérez G. porque este logro no solo es mío, si no de ellos también un esfuerzo realizado durante 5 años fruto que al fin veremos reflejado con el título de Licenciada en Enfermería, a mis hermanas Alejandra Villa P. y Nallely Villa P., a mi novio Salvador Lozano y a ese ángel que está en el cielo (“nana”) y siempre me demostró su amor, gracias a todos por no soltar mi mano y creer en mí.

También agradezco el apoyo y los consejos de personas con la preparación adecuada, pues es por su interés y el amor a enseñar y compartir sus conocimientos que proyectos como éste logra culminarse; por lo cual queremos agradecer en primer lugar a nuestra directora de tesis Dra. Rosa María Tinajero G; por su apoyo, paciencia, y compromiso en cada proyecto, así mismo queremos agradecer a nuestros asesores de tesis M.C Claudia Figueroa Ibarra, Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal, por sus sabios consejos, paciencia y todo el apoyo; de igual manera agradecemos a la UNIVERSIDAD DE SONORA, por abrirnos sus puertas y por ser un segundo hogar, porque aquí vivimos buenos y malos momentos, hicimos amistades inigualables y sobre todo le agradecemos el habernos regalado los mejores 4 años en nuestra vida como estudiantes.

P. Laura Elena Villa Pérez

---

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a Dios por la oportunidad de disfrutar este triunfo y por las bendiciones que me ha regalado, así mismo por brindarme la luz en el transcurso del camino, de igual manera agradezco el apoyo de mi esposo Jaudel Chanez que con su amor me ha reconfortado en los momentos de tensión y angustia y me ha acompañado en este camino. Agradezco a mi madre María del Rosario, a mis hermanos, abuelos, tíos y tía que me han visto crecer a lo largo de la vida, han creído en mí y me han brindado confianza, amor y que sin su apoyo yo no sería nada, así como también agradezco el apoyo y los consejos de personas con la preparación adecuada, pues es por su interés y el amor a enseñar y compartir sus conocimientos que proyectos como éste logran culminarse; por lo tanto queremos agradecer en primer lugar a nuestra directora de tesis Dra. Rosa María Tinajero G; por su apoyo, paciencia, y compromiso en cada proyecto, así mismo queremos agradecer a nuestros asesores de tesis M.C Claudia Figueroa Ibarra, Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal, por sus sabios consejos, paciencia y todo el apoyo; de igual manera agradecemos a la UNIVERSIDAD DE SONORA, por abrirnos sus puertas y por ser un segundo hogar, porque aquí vivimos buenos y malos momentos, hicimos amistades inigualables y sobre todo le agradecemos el habernos regalado los mejores 4 años en nuestra vida como estudiantes.

P. Griselda Eduviges Valenzuela Hernández

## **DEDICATORIAS**

A Dios, porque entre tanta gente nos eligió a nosotros para desempeñar ésta hermosa labor, por darnos salud, y por mediar nuestra superación en todos los aspectos cada día.

A nuestros padres, quienes nos han apoyado a lo largo de nuestras vidas incondicionalmente, a quienes debemos cada logro, cada palabra para alentarnos y motivarnos, pero sobre todo les debemos todo lo que somos.

A nuestros maestros porque han sido la guía, son esas personas que a lo largo del camino van marcando esas líneas que hay que seguir para llegar así a concluir cada etapa.

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>5</b>
1.1 PREGUNTA DE LA INVESTIGACION.....	6
1.2 OBJETIVOS.....	6
1.3 JUSTIFICACION.....	8
1.4 VIABILIDAD.....	8
<b>CAPITULO II. ESTADO DEL ARTE.....</b>	<b>9</b>
ANTECEDENTES.....	9
<b>CAPITULO III. MARCO REFERENCIAL.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPITULO IV. METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
4.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	22
4.2 HIPOTESIS DE INVESTIGACION.....	22
4.3 ETICA DE LA INVESTIGACION.....	23
4.4 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO.....	23
4.5 TECNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	24
4.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION.....	25
4.7 PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS.....	25
4.8 PROCEDIMIENTO.....	26
<b>CAPITULO V. ANALISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
5.1 DATOS SOCIODEMIGRAFICOS.....	27
5.2 PRACTICA DE SALUD DE LAS MUJERES.....	35
<b>CAPITULO VI. INTERVENCIONES.....</b>	<b>39</b>
6.1 RESULTADOS DE TRABAJO EN LOS MODULOS Y FERIAS DE LA SALUD.....	40
6.1.1 MODULO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.....	40
6.1.2 MODULO DE SALUD EN LA MUJER.....	41
6.1.3 MODULO DE DIABETES.....	41
6.2 RESULTADOS DE INTERVENCIONES.....	42
6.2.1 MODULO DE DETECCION DE DIABETES.....	42
6.2.2 MODULO DE PRESION ARTERIAL.....	46
6.3 RESULTADO DE LOS TALLERES.....	47
6.3.1 TALLER DE SANAMIENTO AMBIENTAL.....	47
6.3.2 ALIMENTACION AMBIENTAL.....	47
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>49</b>
<b>PROPUESTAS.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>53</b>
CEDULA PARA RECOLECCION DE DATOS.....	53
CALENDARIO DE ACTIVIDADES.....	62
CROQUIS.....	63
FOTOGRAFIAS.....	64

Determinantes sociales que afectan el estado de salud de las mujeres y sus familias en la invasión Colosio del poblado Miguel Alemán.

---

## INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de Servicio Social de Enfermería se enfoca a desarrollar intervenciones que van dirigidas a modificar los determinantes que afectan la salud de los individuos de la invasión Colosio del Poblado Miguel Alemán. Considerando que los determinantes de la salud son el conjunto de condiciones que afectan o favorecen la salud de los individuos y comunidades. Así mismo son las condiciones sociales, ambientales, económicas, culturales, políticas e institucionales que determinan el estado de la salud de los individuos o poblaciones. Al actuar sobre los determinantes que inciden en la salud mejoramos: la calidad de vida, la independencia funcional y el bienestar de las personas. Disminuyen la morbilidad y mortalidad, así como la discapacidad.

En este proyecto las actividades van encaminadas a promoción de la salud, que según la Organización Mundial de la Salud es la acción social, educativa y política que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud; brinda oportunidades y poder a la gente para que ejerzan sus derechos y sus responsabilidades para la formación de ambientes, sistemas y políticas que sean favorables a su salud y bienestar.

En este sentido serán encaminadas cada una de las actividades y etapas del proyecto de intervención descritas a continuación, para favorecer a esta población.

El trabajo se estructura en seis capítulos, el primer capítulo refiere el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos, la justificación, y la viabilidad de la investigación. El segundo capítulo aborda el estado del arte, en el que se plantean los resultados de investigaciones previas; el tercer capítulo aborda el marco referencial; en el cuarto capítulo se refiere la metodología, la cual contempla el tipo de estudio, la población y muestra, las técnicas e instrumentos para la investigación, tabulación y análisis de datos y el procedimiento.

El capítulo cinco presenta los resultados de la investigación; y el capítulo seis da a conocer las intervenciones realizadas.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir los determinantes sociales que afectan las prácticas de salud de las familias que habitan la invasión Colosio del Poblado Miguel Alemán.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo. Población: 336 familias con 224 mujeres encuestadas. Instrumento: cuestionario con 12 ítems con los que se obtuvo información que permitió conocer los determinantes sociales que afectan a la población. Procesamiento de datos: La tabulación y el análisis de los datos se realizó en el programa estadístico SPSS para versión Windows 17; las variables relacionadas con los datos generales y las que describen los riesgos a la salud, fueron analizadas con estadística descriptiva, utilizando particularmente las medidas de tendencia central (media, mediana y desviación estándar para las variables continuas, así como frecuencia y porcentaje para las variables de tipo nominal. Presentación de resultados con estadística descriptiva. **Resultados:** La salud es parte de todo el contexto económico y social. La salud de la población estudiada, varía de acuerdo a como cada persona la percibe, según su cultura, costumbre o tradición, pero es evidente que la situación económica y cultural son un medio importante para obtener y mantener un bienestar saludable. El 66% familias son nucleares; predomina unión libre 61% familias patriarcales, 70 % jornaleros con ingreso \$900.00 semanales; 44% de mujeres saben leer y escribir sin escolaridad básica, 56% de la población son católicos; 45% de la población migrante, 18% hablan triqui, mixteco y zapoteco; 69 % no realiza tratamiento para el agua; 91% incineran desechos sólidos, 99% cuentan con pozo, letrina o fosas sépticas; predomina el consumo de: chorizo, frijol, avena y 23%, papas, naranjas y sandía, 75% toma refrescos de cola. Presentan enfermedades respiratorias 64 %, 24% enfermedades diarreicas agudas y otras enfermedades prevalentes: afecciones cardiacas, desnutrición, anemia, diabetes mellitus e hipertensión arterial; 71 % sin métodos de planificación, de 17 embarazadas, 5 acuden a control prenatal, 46% (280 niños) con cartillas de vacunación incompleta; 32% sin servicios de salud. **Conclusión:** Población vulnerable migrante, jornaleros analfabetas, sin servicios de salud, prácticas de salud que favorecen la prevalencia de enfermedades de la pobreza y crónico degenerativas.

Palabras clave: determinantes sociales, prácticas de salud, madres de familia, población vulnerable

## **CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

México, como país en vía de desarrollo viene manifestando una transición social y epidemiológica importante, similar a otros países de Latinoamérica, por tener patrones de morbilidad y mortalidad, en enfermedades de carácter crónico y degenerativo propias de países de desarrollo y otras que están relacionadas directamente con las condiciones de vida. Existen determinantes de salud que hablan de problemas socioeconómicos que tienen relación con la salud como la pobreza, el desempleo, la violencia y el desplazamiento forzado (migración de lugares de origen).

En este ámbito se hace necesario buscar alternativas que promuevan en los individuos, y en sus grupos sociales, el mejoramiento de estas condiciones. La participación social y el empoderamiento son alternativas viables que tienen cabida en diferentes espacios. Uno de ellos lo constituye la familia, que puede definirse como un grupo de personas, conformado por diversas formas de unión religiosa, civil y/o libre, el parentesco o la adopción de nuevos miembros al grupo base familiar; Medio millón de mujeres mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el aborto en condiciones de riesgo, estas condiciones surgen en gran medida por los Determinantes Sociales que presentan las poblaciones.

Los Determinantes Sociales en Salud (DSS) son factores que se derivan de las estructuras organizativas creadas por y para el hombre y, por tanto, son consecuencia de las relaciones de interdependencia del individuo con sus semejantes y de éste con el medio. Un modelo para el trabajo sobre DSS engloba a estos dentro de 4 elementos generales que son: comportamientos y estilo de vida, biología humana, entorno del hombre y organización para la atención de la salud.

Las prácticas de salud que una mujer madre de familia lleva a cabo se relacionan con estos elementos, es decir, la manera en que una mujer cuida de sí misma y de su familia se relaciona con los elementos estructurales que le ofrece su entorno y de sus características individuales.

Hoy más que nunca la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país y entre ellos constituyen la principal preocupación de la comunidad mundial. Se presenta una oportunidad sin precedentes para mejorar la salud en algunas de las comunidades más pobres y vulnerables del Estado si se opta por enfoques que aborden las causas reales de los problemas de salud. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como factores sociales determinantes de la salud o determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que

la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidos a los determinantes sociales

Existen determinantes que inciden en la salud de las mujeres y que se relacionan con sus prácticas de salud, entre ellos se encuentran características individuales, familiares, de vivienda, estatus socioeconómico, características de la comunidad, cultura y del gobierno.

El poblado Miguel Alemán cuenta con las siguientes características que inciden como Determinantes Sociales para la Salud:

Entorno Socioeconómico.- La mayor parte de la población que habita en el Poblado Miguel Alemán se dedica al trabajo en campo, hombres y mujeres laboran en periodos largos con salarios bajos. Una jornada laboral los hace acreedores de alrededor de \$150.00 diarios. Este ingreso únicamente se obtiene en los períodos de cosecha, los cuales son aproximadamente 5 o 6 meses por año. El nivel educativo de los jefes de familia es nulo o muy bajo, En el censo del 2010 se estimó que más del 20% de la población total y 12.14% de los mayores de 15 años son considerados analfabetas, el grado promedio de la población no alcanza los 6 años.

Las condiciones de vivienda del área no cuentan con servicios básicos, en su mayoría las casas cuentan con piso de tierra, paredes y techos de lámina o adobe, letrina y deficiente suministro de agua.

Demografía.- La población total del poblado según el Censo del 2010 reporta un total de 40,449 habitantes. En promedio las mujeres de 12 años y más mencionaron haber tenido 2.77 hijos vivos por cada una. El crecimiento de la población es importante, se estima que anualmente cerca de 35 mil jornaleros llegan a trabajar a los campos agrícolas, de ellos, entre tres mil y cinco mil se establecen de manera permanente en esta comunidad.

Cultura: 2,050 habitantes de 5 años en adelante del poblado hablan una lengua indígena (INEGI, 2010), las principales lenguas Triqui, Mixteco y Zapoteco. Existen dentro de la población gran variedad de indígenas por lo que es importante que dentro de las actividades se considere este aspecto ya que es considerado un determinante social para la salud.

Ambientales.- Las características del ambiente consideradas como problemáticas en el cual habita la población son: falta de agua, contaminación por polvos y humo, falta de saneamiento ambiental, fauna nociva, desechos de residuos sólidos al aire libre, quema indiscriminada de basura, fauna nociva en el área pública, entre otros.

Por lo antes mencionado, las mujeres y las familias que habitan en esta localidad cuentan con factores desfavorables para su desarrollo, por lo cual el presente trabajo de investigación - acción pretende incidir sobre los mismos para poder mejorar su estado de salud. Las actividades incluyen desde la identificación de los factores de riesgo relacionados con las prácticas de salud en las mujeres y que a su vez inciden en la familia, se implementaran intervenciones con programas de atención a la salud, donde esta población será cuidadosamente valorada para identificar en ellos los posibles riesgos que incrementen su vulnerabilidad. Una vez identificados los determinantes trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos, así como organizar y diseñar estrategias con los miembros de la comunidad con el fin de contribuir a la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad relacionados con ciertos estilos de vida perjudiciales y factores de riesgo específicos, por medio de programas de intervención educativa para la promoción, protección, prevención y control, fomentado de esta manera conocimientos, actitudes y comportamientos a favor del desarrollo social y comunitario. Por lo anterior se plantea la siguiente

### **1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los determinantes sociales que afectan el estado de salud de las mujeres y sus familias en la Invasión Colosio del poblado Miguel Alemán?

### **1.2 OBJETIVOS**

General:

Describir los determinantes sociales que afectan las prácticas de salud de las familias que habitan la invasión Colosio del Poblado Miguel Alemán

Específicos:

Conocer la Cultura de la población

Valoración y seguimiento de las mujeres en etapa gestacional

Identificar las características demográficas y sociales

Describir las condiciones ambientales de la comunidad

Identificar las prácticas de salud

Realizar prácticas de intervención

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El cuidado que tiene una mujer de sí misma y de su familia se relaciona con los elementos estructurales que le ofrece su entorno y de sus características individuales. Para ello es importante tener en cuenta que la familia es la unidad básica, influencia fuertemente al individuo tanto que puede determinar el éxito o fracaso de la personas. Sus objetivos son: alcanzar las necesidades de la sociedad de la que forma parte y alcanzar las necesidades de los individuos. Para la sociedad, la familia cubre una necesidad vital a través de la procreación y socialización de sus nuevos miembros, la sociedad trata estas formas de agrupación como una entidad, crea una red de sistemas de parentesco que ayuda a estabilizar a la sociedad, un objetivo básico de la familia es la mediación, tomando las expectativas y obligaciones de la sociedad moldeándolas y modificándolas de acuerdo a los intereses y necesidades individuales de los miembros de la familia. El sistema familiar es el principal contexto de aprendizaje para la conducta, pensamientos y sentimientos individuales.

La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como factores sociales determinantes de la salud o determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder.

Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidos a los determinantes sociales.

Por lo anterior se hace necesario realizar ésta investigación ya que en el Poblado Miguel Alemán existen determinantes que inciden en la salud de las mujeres y que se relacionan con sus prácticas de salud, entre ellos se encuentran características individuales, familiares, de vivienda, estatus socioeconómico, características de la comunidad, cultura y del gobierno y posterior a los resultados se implementarán intervenciones de enfermería con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población e incidir en la mejora de la calidad de vida.

### **1.4 VIABILIDAD**

La investigación resultó viable dado que se trabajó con una población cautiva, se contó con recursos humanos, con la asesoría y participación directa de los profesores, participación directa de las pasantes de enfermería en servicio social, personal administrativo, médico y de enfermería del Centro de Salud; los recursos financieros y materiales fueron aportados por el apoyo económico del proyecto de investigación otorgado por el Programa de desarrollo profesional, el Departamento de Enfermería y las aportaciones de las pasantes investigadoras.

## **CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE**

### **ANTECEDENTES**

En el Informe sobre la inclusión social en España (Mari-Kloze, 2008), se analiza el fenómeno de la exclusión social sobre la perspectiva del ciclo vital humano. Se destaca que el riesgo de exclusión queda condicionado con nuevos procesos con límites difusos donde la precariedad es un concepto nuclear: condiciones de trabajo, salarios bajos, vida familiar, conciliación de la vida personal y familiar, etc. De esta manera se destaca la concentración del riesgo de pobreza en los dos extremos del ciclo de vida: infancia y vejez. Respecto de los mayores presentan los riesgos más elevados de pobreza moderada, si bien se puede reconocer la acción protectora del Estado sobre este grupo social.

La nuclearización y distanciamiento de las familias y la tendencia de las generaciones mayores a mantener su independencia residencial contribuyen al debilitamiento de las redes familiares y generan situaciones emergentes de privación de vínculos afectivos y de apoyo que pueden afectar al bienestar de las personas mayores, especialmente cuando se encuentran inmersas en la dependencia funcional. Respecto de la población infantil aquí se concentra alto riesgo de pobreza alta y severa, un riesgo muy relacionado con la composición del hogar (1 o 2 progenitores) y el acceso de los padres al trabajo.

El informe citado advierte de que la vulnerabilidad a la exclusión de la población infantil puede ser especialmente lesiva, por cuanto los riesgos sufridos durante la infancia (fracaso escolar, participación en actividades peligrosas, consumo de sustancias adictivas, embarazos prematuros no deseados, situaciones de maltrato o abuso, etc.) se sitúan en la raíz de dinámicas de exclusión que a menudo se arrastran a lo largo de etapas posteriores del ciclo vital (en forma de carencias formativas básicas, paro, trastornos psicológicos y de conducta, etc.). En la relación entre género y exclusión se destaca que ser mujer, mayor, y vivir sola aumenta de forma considerable el riesgo de pobreza.

También se destaca el riesgo de fractura social derivado de las condiciones de vida de la población inmigrante respecto a la autóctona, con elevada concentración de pobreza más intensa, mayores dificultades económicas en sus hogares, mayores tasas de paro, peores condiciones laborales y mayor exposición de los hijos a la pobreza. Respecto de los jóvenes, su nivel de bienestar está relacionado con su dependencia familiar y económica del hogar familiar de origen. Se afirma en el informe que si se emanciparan siguiendo el modelo tradicional de una pareja con un solo sustentador, siete

de cada diez jóvenes que siguen viviendo con sus padres serían pobres. En la actualidad el bienestar de los jóvenes está fuertemente intervenido por la familia, lo que lleva aparejado frustración, baja nupcialidad, baja fecundidad, etc. Queda patente que el riesgo de exclusión se ha extendido a la población trabajadora, donde la precariedad en las condiciones de trabajo y bajos salarios afecta a jóvenes, mujeres e inmigrantes (Palomino, P.A., Grande, M. L. y Linares, M., 2014)

En un trabajo que se realizó en la jurisdicción sanitaria de Álvaro Obregón, Distrito Federal en el 2013, por los investigadores Martín Silberman, Laura Moreno Altamirano, Víctor Kawas Bustamantes, Eugenio González Almadac, con objeto de conocer las condiciones socioeconómicas de los hogares y la situación de salud de cada persona que habita en dicho hogar; se realizaron encuestas durante 3 semanas a 1,331 hogares.

Los principales datos encontrados fueron: 19.4% de los hogares tienen techo de lámina, en 11.8% se encontró hacinamiento, y el 2.7% de los hogares no tiene acceso a agua potable en la vivienda. En relación con educación, el 38% de los individuos que deben estar en escuela no asiste, y de los 2,903 adultos el 31% no concluyó su educación básica y el 7.7% es analfabeta. Se encontraron 41 mujeres embarazadas, 6 sin atención médica, 283 diabéticos, 33 sin atención médica, 307 hipertensos (52 de ellos sin atención), 109 discapacitados (94 sin atención), 138 adictos al alcohol y 115 adictos a las drogas. Con estos datos se clasificaron los hogares en función del riesgo que tienen para su salud.

El informe final de la Comisión de determinantes sociales de salud (CDSS), presenta una notable descripción de las desigualdades sociales y de salud, y posiciona en el debate mundial sobre la salud, el tema de los determinantes sociales, que con frecuencia es soslayado por la perspectiva de la “nueva salud pública” o trivializado por las visiones ancladas en el modelo biomédico (Jarillo, López y Mendoza, 2005). A decir de la CDSS: “La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la

salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (CDSS, 2008).

En una investigación documental sobre Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación realizadas por Hilda Santos Padrón en México (2011), en donde se utilizaron los descriptores determinantes sociales, desigualdad e inequidad en salud, para la búsqueda en los sitios y páginas web de instituciones y centros bien reconocidos.

En la síntesis de los datos se hace un breve recuento histórico acerca de las relaciones entre el estado de salud de las personas y sus condiciones sociales, así como, valoraciones y comentarios críticos sobre los enfoques utilizados por investigadores prestigiosos. Se resumieron los métodos utilizados para estudiar las desigualdades en salud y se ejemplificó, con la situación de estas investigaciones en México. Los investigadores contemporáneos proponen que el conjunto de factores de origen social, que explican las diferencias en el estado de salud de las personas y en sus expectativas de vida, se agrupan en cinco dimensiones de estudio:

- La primera referente al ámbito "material", es decir, el ingreso personal o familiar, la exposición a riesgos de salud, la accesibilidad de los servicios sanitarios o las condiciones sanitarias del lugar de residencia.
- La segunda dimensión, aglutina a distintos factores relativos a los diferentes "estilos de vida", o sea, patrones culturales o conductuales que pueden determinar las condiciones de salud de distintos grupos de población, entre estos, los hábitos de consumo de tabaco o alcohol, las costumbres nutricionales, tradiciones respecto a la vacunación y la realización de exámenes preventivos o los distintos niveles de actividad física.
- La tercera dimensión, se relacionan con las diferencias psicosociales: el estrés social, la privación relativa y los demás daños psicosociales provocados al pertenecer a estructuras sociales desiguales.
- El cuarto grupo de factores se relaciona con las etapas de la vida, o sea, los distintos acontecimientos que ocurren desde el nacimiento y que tienen algún efecto en el estado de salud, como la educación, la clase social y las condiciones sanitarias durante la infancia.
- La quinta y última dimensión, aglutina a los factores relacionados con las políticas públicas, que pueden influir en el mejoramiento de la calidad de vida o la provisión de servicios sanitarios.

Los resultados obtenidos en la investigación: Analizar los aspectos sociales de las muertes maternas ocurridas en el Hospital General de Occidente, Jalisco, México (2006-

2010)., en la que se recurrió al archivo del hospital para identificar los expedientes de las muertes maternas ocurridas durante el periodo de estudio. Las fuentes de información fueron certificados de defunción, autopsia verbal, cuestionario confidencial y dictamen de las muertes. Se utilizó estadística descriptiva y medidas de tendencia central para el análisis de la información. Resultados: Se identificaron 22 muertes maternas, evidenciando un aumento de las muertes maternas durante el periodo de estudio. La edad media fue de 28,27 años, el 68,27% se dedicaba actividades del hogar, 45% vivían en unión libre, 55% no tenían registro de tener seguridad social, el 50% poseían estudios de primaria o menos, y solo 77,2% presentaba control prenatal. Conclusiones: La presencia de factores sociales, que además de los clínicos, y que inciden en la muerte materna, deben ser conocidos por el personal del servicio de obstetricia, y deben ser considerados para el diseño e implementación de acciones para disminuir la muerte materna en todos los niveles de atención (Mejía, M., Mejía, L. Ortiz, R. C., Laureano, J. E. et. Al. 2013).

### **CAPÍTULO III. MARCO REFERENCIAL**

Muchos estudios han demostrado algunos determinantes sociales y económicos como la región, la zona donde habitan ya sea urbana o rural, el nivel educativo, la cultura y el acceso a servicios de salud y autopercepción de la misma. Estas investigaciones además de dificultades teóricas que son comunes al estudio de los determinantes de la inequidad en general presentan retos metodológicos por ejemplo algunos de los siguientes:

El nivel socioeconómico: la mayoría de los estudios sobre determinantes de la salud utilizan como indicadores de estatus socioeconómico el ingreso, el nivel educativo o la ocupación generalmente se reconoce que el ingreso esta mediado por la ocupación que desempeñan las personas y que este a su vez está condicionado por el nivel educativo.

La importancia de los factores psicosociales: la presencia de redes de apoyo, la participación social y políticas son bienes sociales que conllevan una relación con el estado de salud.

La estructura del sistema de salud: en todos los países el sistema nacional de salud está condicionado a ciertos acceso a los servicios y a programas de los diferentes grupos sociales que ciertos de ellos cumple con diferentes funciones como prevención de enfermedades o curación de las mismas.

El Programa toma su denominación en buena medida de los aspectos doctrinarios que le dieron origen en la década de los ochenta en países desarrollados, de la iniciativa “Ciudades Sanas” promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que en Latinoamérica en la segunda década de los años noventa, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsó como “Municipios y Comunidades Saludables”.

La OMS (2007) ha definido a las comunidades y municipios saludables como aquellos en los cuales “...las autoridades de gobierno, las instituciones de salud y bienestar, las organizaciones públicas y privadas y la sociedad en general, dedican esfuerzos constantes a mejorar las condiciones de vida de la población, promueven una relación armoniosa con el ambiente y expande los recursos de la comunidad para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cohesión y la democracia”, por ello es comprensible que con este programa, se pretenda hacer saludable ese espacio social.

Hay cuatro conceptos clave en este programa: Determinantes, Entornos Favorables a la Salud, Participación Municipal y Participación Comunitaria.

### 1) Determinantes

La efectividad de las intervenciones de promoción de la salud se debe medir considerando como han contribuido a modificar los determinantes de la salud.

Para definir los determinantes de la salud es importante primero tener una idea clara y uniforme sobre el concepto de salud, esto es porque dependiendo de cómo concebimos la salud podremos intervenir en los elementos que la conforman. Si la vemos únicamente como la ausencia de enfermedad estaremos dejando fuera lo social, la comunidad, lo público, lo privado, el entorno, el conocimiento y la capacidad de acción. La salud se refleja en la calidad de vida, bienestar y capacidad funcional de los individuos.

Por lo anterior el Programa incorpora algunas definiciones de salud:

“Completo bienestar físico, mental y social. No solo ausencia de enfermedad”. (OMS)  
“Equilibrio dinámico entre población humana y su ambiente a través de la satisfacción de sus necesidades” (Modelo ecológico.- Armijo R. R. Epidemiología. Intermedia, Edit. Buenos Aires).

Los determinantes de la salud son el conjunto de condiciones que afectan o favorecen la salud de los individuos y comunidades. Se han definido como determinantes positivos o negativos, aunque depende más del contexto en el que se encuentren que del determinante por sí mismo.

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales, ambientales, económicas, culturales, políticas e institucionales que determinan el estado de la salud de los individuos o poblaciones. Al actuar sobre los determinantes que inciden en la salud mejoramos: la calidad de vida, la independencia funcional y el bienestar de las personas. Disminuyen la morbilidad y mortalidad, así como la discapacidad. Es importante tener presente que para modificarlos determinantes de salud, primero debemos establecer su relación con los efectos en la salud de nuestra población.

### 2) Entornos saludables

Este componente genera una forma de trabajo conjunto entre los diferentes sectores y grupos; estimula el intercambio de ideas y experiencias nacionales e internacionales ya probadas en otros lugares, impulsa la creación de espacios físicos y sociales donde las personas vivan, estudien y trabajen en condiciones higiénicas, seguras y estimulantes para producir salud y mejorar su calidad de vida.

Su propósito es promover el desarrollo de entornos favorables para la salud, articulando acciones en donde los diferentes sectores, autoridades locales, instituciones civiles y la población en general se relacionen y participen en la identificación de necesidades y recursos, así como en la elaboración de programas y planes específicos para su mejoramiento desde una perspectiva integral de la problemática de la salud.

Su público objetivo será la población, que se interrelaciona en los siguientes espacios: escuelas, sitios de trabajo, unidades médicas, vivienda, lugares de esparcimiento, transporte, municipios y ciudades.

### 3) Participación municipal

Las tendencias globales hacia la descentralización de las políticas sociales resaltan el papel preponderante que deben desempeñar las autoridades locales, especialmente los alcaldes, en la distribución y administración de los recursos. La tendencia es otorgarles mayor protagonismo a las autoridades municipales, reflejado en el proceso de descentralización, delegación de facultades y fortalecimiento de la democracia.

El municipio mexicano constituye el marco para la construcción de Entornos y Comunidades Saludables, ya que es la base de la estructura política administrativa y el desarrollo económico y social del país; es el gobierno más cercano a las demandas y aspiraciones de las mujeres y hombres de la comunidad y constituye un ámbito de interacciones entre la ciudadanía y las autoridades.

### 4) Participación comunitaria

La participación comunitaria en salud es la función nata y específica de la Promoción de la Salud, que busca generar la base social que le de sustentabilidad a los servicios de salud. La participación social implica el involucramiento comprometido y activo de la sociedad organizada a favor de la salud.

Para fomentar el intercambio de experiencias y fortalecer sus capacidades, se forman redes de salud comunitarias en las cuales los representantes comunitarios en salud se reúnen periódicamente: trimestral, semestral o anualmente, con otros representantes en salud. Esto se logra a través de la relación con otras comunidades, para gestionar recursos y políticas públicas saludables con las autoridades municipales, estatales y federales.

Según la OMS en su documento Cerrando brechas: Políticas de acción sobre los determinantes de salud, publicada en octubre del 2011, la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que la persona nace, vive, trabaja y envejece. Estas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud, un término resumido usado para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud.

Los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos, la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos mecanismos

estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud. Las diferencias atribuibles a estos mecanismos configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo, a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud.

Los fundamentos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud se basan en tres temas amplios. En primer lugar, es un imperativo moral reducir las inequidades en salud, en segundo lugar, es fundamental mejorar la salud y el bienestar, promover el desarrollo y alcanzar las metas de salud en general y en tercer lugar, es necesario actuar sobre una serie de prioridades sociales que depende de una mayor equidad en salud.

Con base en lo anterior, en este proyecto nos hemos enfocado en los determinantes sociales que influyen en la salud de las mujeres de la invasión Colosio en el Poblado Miguel Alemán y para ello es necesario identificarlos y reconocer el trabajo de algunos autores que han dedicado tiempo y esfuerzo en el quehacer diario de las diversas disciplinas.

El modelo de los Determinantes Sociales de Salud ha sido propuesto por la Comisión Mundial de la OMS sobre lo Determinantes sociales de la salud. Uno de los principales principios éticos que han guiado a la Comisión en la elaboración del modelo ha sido el concepto de equidad en salud; mientras que la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha servido de marco para la movilización social y política hacia la igualdad en salud. Se reafirma el “derecho de las personas al grado máximo de salud posible” y se define la equidad en salud como “la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente demográficamente o geográficamente”. (OMS, 2007).

La exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud. Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano inclusivo en la Región y obstaculizan las estrategias de lucha contra la pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. La discriminación racial y por razón de género agrava aún más la exclusión social y la inequidad.

Generalmente se utilizan tres medidas principales para describir las inequidades: las desventajas en materia de salud debidas a las diferencias entre los sectores de la población o las sociedades; las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población; y los gradientes de

salud, relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población.

Los datos indican cada vez más que los más pobres entre más pobres tienen la peor salud; este es un fenómeno mundial que se presenta en los países de ingresos bajos, medianos y altos. Estos datos indican dentro de los países que, en general, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como gradiente social de la salud y significa que las inequidades en salud afectan a todos.

La discusión sobre el tema de la equidad parte del reconocimiento de que no es posible dar un trato igual a todos los sujetos de una sociedad en condiciones que inicialmente son desiguales. Según Richard G. A. Feachem en su documento Desigualdades en salud hace referencia “que las inequidades y las desigualdades se refieren a un estado de salud relativo, entre ricos y pobres, hombres y mujeres, grupos étnicos, regiones o, simplemente, entre los más sanos y los que tienen peor salud”. Las inequidades en salud han provocado un colapso de los sistemas de salud a nivel global y nacional y han dejado en evidencia las deficiencias en salud existentes en la actualidad. Según Olivia López A. en el artículo Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión, en México este contexto se puede documentar mediante “los datos que existen sobre el deterioro de la calidad de vida, la polarización y el deterioro de las instituciones públicas. Hay un incremento de la población en condiciones de pobreza, un incremento en la desigual distribución del ingreso, disminución del empleo formal, incremento del empleo precario, y una disminución de la capacidad adquisitiva del salario”.

La importancia del actuar sobre los determinantes sociales ha llevado al desarrollo de marcos conceptuales, para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones.

Uno de los primeros modelos y más influyente fue el de Lalonde en 1974, que identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Este mismo autor destacó la diferencia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes. Desde esa fecha, se ha ido aprendiendo mucho más, en particular sobre los mecanismos en que los factores sociales afectan a la salud y la equidad, lo que ha permitido expandir este marco básico.

Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia. Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables como la edad, sexo, características biológicas

propias de cada individuo, a su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud, pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos, los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, educación, vivienda, entorno y recursos naturales, en la capa más externa se encuentran las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

El modelo pone énfasis en los diferentes niveles de acción donde habrá que intervenir sobre determinantes sociales. Las políticas de acción sobre determinantes sociales deben considerar un amplio rango de intervenciones, desde la disminución de exposiciones y vulnerabilidades, el mejoramiento del acceso a servicios, disminución de las consecuencias gracias a acciones sectoriales y cambios en la estratificación social. Aquí se destacan también como aspectos o principios transversales a los niveles de intervención, las consideraciones por el contexto, la participación ciudadana en las decisiones y la acción intersectorial, además de la necesidad de contar con evidencia para sustentar acciones efectivas.

Así, aunque una buena atención médica es de importancia fundamental, el bienestar no se logrará a menos que se aborden las causas sociales subyacentes que influyen en la salud de las personas. La Comisión de Determinantes Sociales de Salud Javier E. Jiménez (2005) formuló tres recomendaciones integrales: mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y medir y entender el problema y evaluar la repercusión de las medidas.

En referencia a la tendencia de la economía en nuestro país, la soberanía nacional ha adoptado la imposición de megaproyectos económicos y sociales, que profundizan la precariedad ya existente. A continuación algunos datos que ilustran lo anterior, según la CEPAL, en 1981, había 36 millones de latinoamericanos en pobreza extrema, para el 2001 el dato es de 50 millones. Aumenta también el desempleo (de 5 a 11%) y el empleo precario y se polariza la apropiación de los recursos. En América Latina, el 10% más rico de la población se apropia del 48% del ingreso total, mientras que el 10% más pobre solo dispone de 1.6% de ese ingreso. En México, las proporciones son semejantes (37% versus 1.6%).

En México Las zonas rurales se caracterizan por altas tasas de subempleo y desempleo tanto para hombres como para mujeres; ingresos insuficientes; bajos niveles de escolaridad y una gran prevalencia de analfabetismo; altas tasas de fecundidad; ausencia de servicios de infraestructura básica como electricidad, agua entubada,

drenaje, etc. y de servicios para la comunidad como escuelas, clínicas o centros de salud, canchas deportivas y lugares recreativos. Las zonas rurales tienen la mayor prevalencia de enfermedades, sobre todo en ancianos, niños y mujeres en edad reproductiva.

Este contexto global de inseguridad económica y social impacta con mayor gravedad a los grupos vulnerables, particularmente niños, mujeres, ancianos, discapacitados, población indígena, y en los niveles nacionales y locales, identificamos desigualdades, que se expresan en desigualdades socioeconómicas, desigualdades en los indicadores de enfermedad y muerte, desigualdades en la disponibilidad, acceso y calidad de la atención a la salud.

En cuanto a las fuentes de empleo importantes desarrolladas en la colonia Colosio se encuentra la agricultura, la mayoría de la población económicamente activa se considera jornalero, en este contexto Según L. Galvao (2010) en el libro Determinantes ambientales y sociales de la salud, expresa en referencia a la salud y riesgos ocupacionales, que la falta de oportunidades y sindicalización de los trabajadores disminuyen el poder de adquisición de estos, tanto para negociar lugares de trabajo más saludables y seguros y exigir mejores pagos por la jornada laboral.

La educación también determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que no es sorprendente que las familias con menos educación tengan peores resultados de salud.

En 2010, la Región de las Américas en su conjunto tenía una tasa elevada de acceso universal a la enseñanza primaria, aunque había diferencias de un país a otro; mientras que el acceso a la educación preescolar era universal en algunos países, en otros era bajo (alrededor de 30%) y desigual. Además, hay diferencias pronunciadas entre las zonas urbanas y rurales, y en los grupos indígenas. La tasa de alfabetización media en la Región es de 93% L. Galvao (2010)

En toda la Región de las Américas, el nivel educativo desempeña una función importante en la determinación de los ingresos laborales y la seguridad del empleo. Las personas con más de 12 años de escolaridad, siguen teniendo sueldos considerablemente mayores que otros trabajadores, así como mayor seguridad del empleo. Además, los datos indican que la disparidad entre los trabajadores con un nivel intermedio de educación (9 a 12 años de escolaridad) y aquellos con un nivel mínimo (menos de 8 años de escolaridad) es cada vez menor. Pero si bien la brecha entre estos grupos se está cerrando, el análisis indica que esto no se debe a un aumento del salario de los trabajadores menos calificados, sino a una reducción del salario de aquellos con niveles intermedios de educación. La ampliación de los esfuerzos en materia de

educación en la Región ha dado lugar a que una proporción mayor de trabajadores alcance un nivel de educación intermedio, lo que a su vez ha originado una mayor competencia por los empleos que exigen aptitudes de nivel intermedio.

En el ecosistema rural se sabe que la agricultura y los ecosistemas naturales compiten entre sí cada vez más por recursos hídricos a menudo muy escasos, al analizar los factores que influyen en los ecosistemas rurales tenemos entonces que los principales son el uso del agua, las superficies de suelo destinadas a actividades agrícolas y el uso de pesticidas en los cultivos. El entorno rural suele caracterizarse y diferenciarse del urbano gracias a las diferencias marcadas en cuanto al desarrollo urbano de las regiones, las regiones rurales suelen carecer de agua potable, drenaje, alcantarillado, luz eléctrica y condiciones de la vivienda que son realmente precarias y que favorecen a la proliferación de fauna y flora nociva, así como a altas tasas de morbilidad de enfermedades infecciosas especialmente en los grupos etarios vulnerables como la primera infancia, los adultos mayores y mujeres en estado de embarazo.

Los patrones de migración están cambiando el perfil epidemiológico de los habitantes de la Región y los cambios de las poblaciones rurales a urbanas son una de las tendencias migratorias más importantes. La migración puede perturbar los sistemas de apoyo social y conducir a aislamiento social, ausencia o disminución de protección social, cambios de posición social y empleo, y desempeño laboral deficiente. Los migrantes suelen afrontar dificultades particulares de salud y son vulnerables a diversos riesgos de salud física y mental. A pesar de ello, se sabe poco de sus necesidades particulares en materia de salud, la comunicación entre los proveedores de atención sanitaria y los migrantes sigue siendo insuficiente y los sistemas de salud no están preparados para atender adecuadamente a este grupo de población. Esta situación se agrava por las dificultades que los migrantes afrontan principalmente si son indígenas y tienen dificultad para comprender sus derechos humanos y obtener acceso a los servicios de salud y otros servicios básicos, y por el hecho de que son relegados a trabajos mal pagados y a menudo peligrosos.

En el panorama cultural según M. C Duque P., en el texto Cultura y Salud (2007) elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades, menciona que en la práctica cotidiana de la salud pública es común entender los conocimientos, las prácticas y los valores culturales como una realidad propia de las comunidades y, de manera negativa, como factores de riesgo que se deben erradicar o cambiar. Esta mirada excluyente no considera que la cultura se refiera a la experiencia humana compartida; por lo tanto, es un elemento constitutivo de nuestra propia humanidad. En este sentido, la dimensión cultural del fenómeno salud - enfermedad se encuentra en los diversos conocimientos, prácticas e instituciones para promover la salud y prevenir, curar y rehabilitar a las

personas enfermas. Esta diversidad se constituye en campos simbólicamente mediados que las personas reproducen, construyen y transforman a través de relaciones de poder situadas socialmente, espacial e históricamente.

La cultura comprende tanto las ideas y las dimensiones simbólicas expresivas como los comportamientos y los productos materiales que los seres humanos y los grupos sociales compartimos, aprendemos, transmitimos, producimos y creamos a través de interacciones sociales. Desde una perspectiva progresista de la Promoción de la Salud, la cultura se entiende como el conjunto de conocimientos, experiencias, actitudes, prácticas y valores alrededor de la salud y la enfermedad. Esto es, que la cultura deje de ser vista negativamente como un factor de riesgo que se busque que la relación cultura-salud adquiera una fuerza crítica y de intervención y que se orienten a dos tareas fundamentales: Documentar y valorar la riqueza de la diversidad de las prácticas y saberes culturales en el campo de la salud y la enfermedad, y exponer, desenmascarar, analizar y criticar las prácticas de dominación y las inequidades en la determinación de los perfiles epidemiológicos y en las intervenciones que realizan los diferentes actores de los diversos sistemas de salud.

En referencia al género según Elsa Gómez G.(2012)en su documento Equidad y Género: retos para la acción resume que la división por sexo del trabajo y el poder en la sociedad se refleja en desigualdades injustas e innecesarias entre hombres y mujeres que repercuten en el estado de salud y sus determinantes, el acceso a la atención apropiada y la participación en la producción de la salud.

La base de la relación entre el género y el desarrollo de la salud es la visión de una sociedad más equitativa, con una distribución por sexo más justa de los recursos y beneficios de ese desarrollo, y con una mayor participación de las mujeres especialmente las de los sectores menos privilegiados en las decisiones que afectan al bienestar común.

En consecuencia, los retos que plantea el logro de la equidad de género en el ámbito de la salud son, esencialmente, los siguientes: Eliminar las diferencias evitables entre hombres y mujeres en el estado de salud y sus factores determinantes, asignar recursos para la atención de salud y utilizarlos de acuerdo con las necesidades particulares de mujeres y hombres, no según su capacidad económica, establecer el pago de la atención de salud según la capacidad económica, no según la necesidad, y distribuir de forma solidaria el costo financiero de la reproducción, reconocer las contribuciones que aportan mujeres y hombres a la producción de la salud y equilibrar de forma justa la distribución del trabajo y el poder de decisión, no solo entre mujeres y hombres, sino también entre el estado, la comunidad, la familia y el mercado.

## **CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA**

### **4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

De acuerdo al objetivo general y la pregunta de investigación el estudio es de carácter cuantitativo, descriptivo, ya que se busca analizar los determinantes sociales que afectan a la población mediante la obtención de datos en la población haciendo barrido (casa por casa) con el propósito de realizar el estudio donde se describa el fenómeno en entorno natural sin realizar manipulación de las variables; es prospectivo ya que los datos se recogen a medida que se van sucediendo y transversal dado que los datos de cada sujeto representan un momento en el tiempo.

Desde la perspectiva cuantitativa, el enfoque es secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente, el orden es riguroso, parte de una idea, que se va afinando y una vez delimitado el problema de investigación se derivan los objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco teórico. De las preguntas se establecen hipótesis y se determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de la(s) hipótesis (Hernández, S. R., Fernández C. C., Baptista, L. P., 2010).

### **4.2 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.2.1. Hipótesis general**

Las condicionantes sociales de las mujeres madres de familia que habitan en la Invasión Colosio del Poblado Miguel Alemán del Municipio de Hermosillo, Sonora demuestran alto riesgo a su salud y la de la familia.

#### **4.2.2 Hipótesis específicas**

- La carencia de conocimientos por parte de las mujeres referentes a los factores de riesgo, aumentan la morbilidad familiar.
- El limitado acceso a los servicios de salud en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por parte de las mujeres de la invasión Luis Donaldo Colosio, conlleva a la difícil detección, reducción, control y modificación de los factores de riesgo.
- Las Condiciones ambientales y socioeconómicas en las que viven las mujeres de la invasión Colosio influyen negativamente en su salud y la de su familia.

### **4.3 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

El aspecto ético del estudio se fundamenta en los principios básicos de la investigación científica en seres humanos apegados también a lo establecido por la Asamblea, Médica Mundial en la declaración de Helsinki y a los tres principios primordiales postulados en Belmont, teniendo como base de sustentación muy importante, los beneficios directos que pueden recibir los sujetos en estudio, el tratar de modificar aquellos aspectos que en los resultados se evidencian y completan la investigación.

Principios éticos comunes:

- Autonomía: se incluyen los derechos individuales, intimidad y elección de cada participante.
- Confidencialidad de la información: se mantendrá confidencialidad en los resultados obtenidos en la investigación.
- Fidelidad: se deberá cumplir con los compromisos hechos con cada persona o comunidad.
- Respeto a las personas: deben ser respetadas las decisiones de las personas, incluso el de no participar en la investigación.
- Veracidad: obligación de decir la verdad y no mentir o engañar

### **4.4 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO**

El universo de estudio son mujeres de 13 a 45 años que habitan en el Poblado Miguel Alemán en la Invasión Colosio.

El muestreo es de tipo no probabilístico, se seleccionó este muestreo debido a que no se tiene un dato exacto de cuantas mujeres hay en la colonia Luis Donaldo Colosio del Poblado Miguel Alemán del Municipio de Hermosillo, Sonora en ese rango de edad, donde solo se tendrán en cuenta las características propias de la investigación, lo cual indica que no está sujeta a la probabilidad, es decir no todas las mujeres tienen la posibilidad de ser elegidas, siendo así una selección informal, por ser no probabilístico origina que no se puede generalizar los datos encontrados en toda la población (Hernández Sampieri, Fernández, Baptista, 2010)

Dentro de la muestra no probabilística es por conveniencia, esto indica que las mujeres que están en la muestra son las que tienen fácil acceso y además cumplen con

los criterios de inclusión de la investigación. (Hernández Sampieri, Fernández, Baptista, 2010)

#### 4.4.1 Criterios de Inclusión

- Mujeres que habiten en la Colonia Luis D. Colosio.
- Mujeres que acepten participar en la encuesta y en el programa de intervención

#### 4.4.2 Criterios de Exclusión

- Mujeres que no acepten participar en el estudio.
- Mujeres que no se encuentren en el rango de edad de 13 a 45 años
- Mujeres que no se encuentren en su domicilio el día de la encuesta

### **4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

Se aplica una encuesta intencionada a la población seleccionada con el fin de obtener datos generales de la población en estudio, Determinantes sociales que influyen en la salud así como prácticas de salud. El cuestionario se estructura con 12 ítems.

La cédula familiar recoge datos sobre las características de la familia: cuantas personas viven en el hogar, sexo y las edades, si cuentan con acta de nacimiento y las ocupaciones de cada uno de ellos, el lugar de origen de la familia, si pertenece a alguna etnia, la lengua de origen o dialecto, si hablan español, así mismo se obtienen información respecto a las características físicas de la vivienda: cuanto tiempo tienen de residir en ella, si es propia, rentada o predio en invasión, cuantas habitaciones tiene la vivienda, si le dan algún tratamiento especial al agua para su ingesta, los medios que utilizan para el desecho de la basura. De igual manera vienen integradas preguntas sobre la alimentación diaria de la familia: el número de comidas diarias y las características de los alimentos que ingiere la familia en un día típico. En cuanto a los servicios de salud la cédula cuenta con preguntas sobre el servicio médico con el que cuenta seguro popular, IMSS o en su caso ninguno, que hace la familia cuando un integrante de la familia enferma si asiste a consulta médica o recurre a curanderos o médicos particulares (Similares), el tiempo que tardan en llegar a las instalaciones de salud, si la familia pertenece al programa social como OPORTUNIDADES, SEDESOL. Nacimientos en el último año, así como los antecedentes de salud de los integrantes, si hay individuos en la familia que estén cursando por enfermedades crónicas no infecciosas como hipertensión arterial, diabetes mellitus o cáncer, que tratamiento están utilizando para

controlar la enfermedad, las enfermedades más comunes de los integrantes de la familia en los últimos seis meses como son IRAS, EDAS, IVUS; afecciones cardíacas, desnutrición, dermatitis, tuberculosis, anemia y accidentes. En cuanto a los ingresos de la familia la cédula cuenta con preguntas sobre quien es el integrante que aporta al ingreso familiar, así mismo en que se distribuye el ingreso de la familia.

#### **4.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para la recolección de la información, se solicitó autorización a través del consentimiento informado a las mujeres en el hogar, al aceptar responder una serie de preguntas se procede a la aplicación del instrumento a 5 mujeres como prueba piloto, al no haber observaciones al instrumento se procede a la aplicación del instrumento al resto de la población seleccionada.

El procedimiento para el proceso de recolección de los datos cuantitativo es por medio de la encuesta, con la finalidad de que sea de forma individual y confidencial, donde implica tener personal capacitado para realizar la función de entrevistador que para este caso se tiene la ayuda de los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de Sonora, los cuales se encargaron de explicar el propósito de la investigación, motivación y el tiempo aproximado de la entrevista, de la firma para el consentimiento informado, de hacer las preguntas a cada entrevistador y anotar sus respectivas respuestas y aclarar dudas ante estas de forma breve pero suficiente, comportándose como un filtro en la recolección de los datos y también hacer los agradecimientos por la colaboración de los entrevistados.

#### **4.7 PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS**

La tabulación y el análisis de los datos cuantitativos se realizó en el programa estadístico SPSS para versión Windows 17. El tratamiento estadístico de los datos consistió en la captura de los mismos, diferenciando las variables de acuerdo a su naturaleza (ordinal, dicotómica, nominal, continua). Las variables relacionadas con los datos generales y las que describen los riesgos a la salud, fueron analizadas con estadística descriptiva, utilizando particularmente las medidas de tendencia central (media, mediana y desviación estándar para las variables continuas, así como frecuencia y porcentaje para las variables de tipo nominal).

Para representar de manera gráfica los resultados se utilizan gráficas de pastel, de barras y de dispersión.

## 4.8 PROCEDIMIENTO

Se realiza la investigación en dos etapas:

### 1ª Etapa

- Se contacta a líderes de la comunidad y personal directivo del Centro de Salud.
- Se elabora un croquis de la colonia Luis Donald Colosio del Poblado Miguel Alemán, Hermosillo sonora.
- Capacitación del personal que participaran en el estudio.
- Aplicación de la prueba piloto a 10 mujeres
- El instrumento se aplica directamente a las mujeres en la comunidad seleccionada, durante los tres primeros meses, donde los encuestadores utilizaran las técnicas de la entrevista, la observación y valoración física.
- Procesamiento de los datos recopilados
- Análisis de los datos procesados
- Elaboración de informe

### 2ª Etapa

- Elaboración del diagnostico
- Informe a la población de los hallazgos y las acciones a seguir
- Informar a las autoridades del Centro de Salud de los hallazgos, con el fin de recibir apoyo para las intervenciones
- Planeación de programa de intervenciones
- Información a la población del objetivo a realizar para solicitar cooperación
- Integración de redes sociales de apoyo
- Implementación de intervenciones

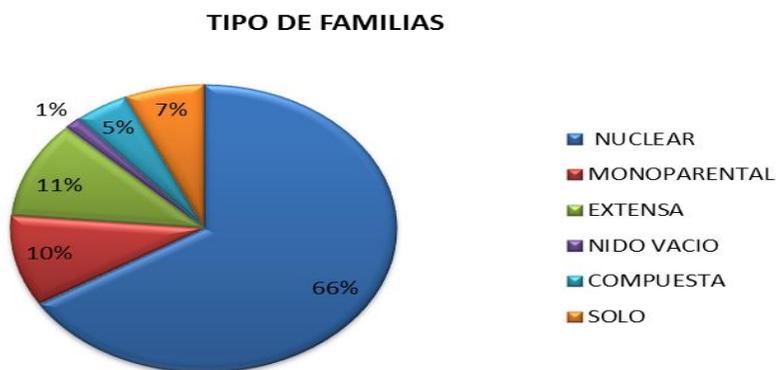
## CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en las encuestas, se analizaron con estadística descriptiva con medida central (media, mediana y desviación estándar), se presentan los resultados con cuadros de frecuencia y porcentaje y gráficos de pastel, de barras y de dispersión para su interpretación y análisis.

### 5.1 Datos sociodemográficos

Se entrevistaron un total de 262 familias, a las cuales corresponden 1263 personas, las mujeres objeto de estudio fueron 336. De las familias encuestadas el 66% son familias nucleares, seguido del 11% de Familias Extensas y 10% que representan a las Familias Monoparentales (gráfico 1). El estado civil predominante es la unión libre con un 61% (gráfico 2). La mayor parte de las familias cuentan como jefe de familia al hombre (70%) siendo en su mayoría jornaleros, el ingreso aproximado es de \$900.00 semanales producto del trabajo en el campo.

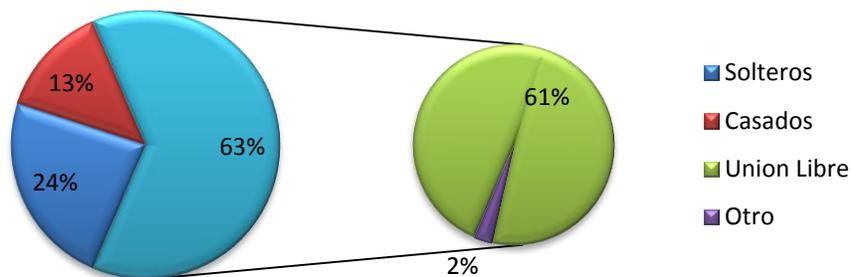
**GRÁFICO 1. TIPO DE FAMILIA**  
**INVASIÓN COLOSIO DEL POBLADO MIGUEL ALEMÁN**



Fuente: Encuesta Directa 2014

n: 262

**GRÁFICO 2. ESTADO CIVIL**  
**MUJERES POBLADO MIGUEL ALEMÁN INVASIÓN COLOSIO**  
**2014**

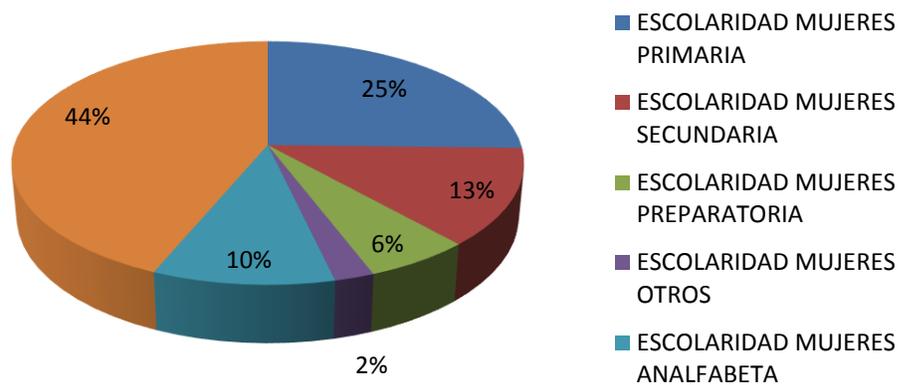


Fuente: Encuesta Directa 2014

n: 262

El 44% de la población femenil saben leer y escribir sin contar con educación básica, mientras que el 25% solo acudió a la primaria (gráfica 3). La población masculina que sabe leer y escribir representa el 41%, seguido de un 29% con primaria. De la población que se encuentra en edad de asistir a la educación básica solo el 54% lo realiza, el resto no asiste por diversas razones, entre las cuales resaltan la necesidad de trabajar y la falta de documentos (actas de nacimiento).

**GRÁFICO 3. ESCOLARIDAD**  
**MUJERES POBLADO MIGUEL ALEMAN INVASION COLOSIO**  
**2014**

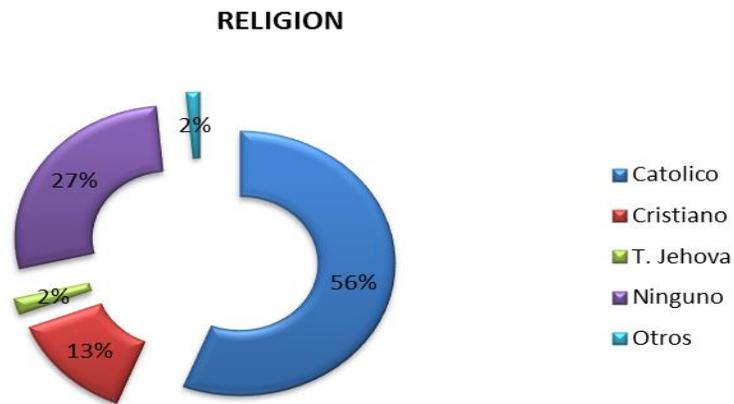


Fuente: Encuesta Directa 2014

n: 262

En relación a datos socioculturales, se encontró que el 56% de la población practica la religión católica, seguido del 27% el cual no practica ninguna religión (gráfica 4). El 45% de la población es migrante proveniente principalmente de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz y Sinaloa (gráfica 5). En relación a pertenecer a una etnia el 20% respondió de manera afirmativa y el 18% mantiene vigente su lengua indígena natal (principalmente triqui, mixteco y zapoteco).

**GRÁFICO 4. RELIGIÓN**  
**MUJERES POBLADO MIGUEL ALEMAN INVASION COLOSIO**  
**2014**

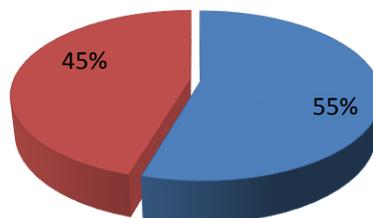


Fuente: Encuesta Directa 2014

n: 262

**GRÁFICO 5. LUGAR DE ORIGEN**  
**MUJERES POBLADO MIGUEL ALEMAN INVASION COLOSIO**  
**2014**

■ sonora ■ foraneo

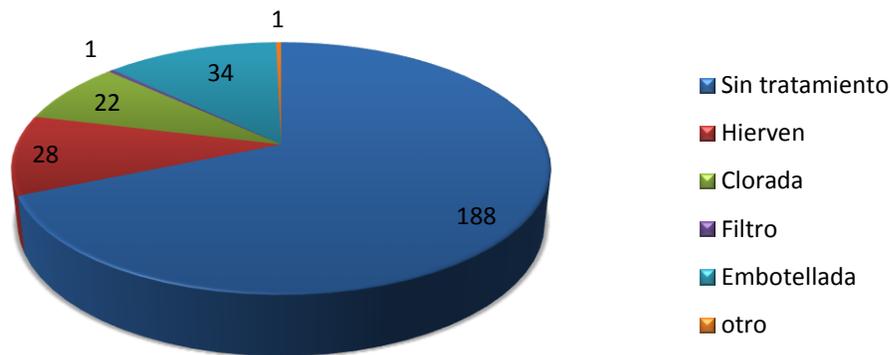


Encuesta: Fuente directa 2014

n: 1,263

La población presenta las siguientes prácticas de salud o de higiene, en relación al tratamiento de agua para consumo el 69% (gráfica 6) no realiza ningún tratamiento; el 91% de los hogares incineran los desechos sólidos, en cuanto a las excretas un 99% cuentan con pozo, letrina o fosas sépticas.

**GRÁFICO 6. TRATAMIENTO AGUA**  
**POBLADO MIGUEL ALEMAN INVASION COLOSIO**  
**2014**



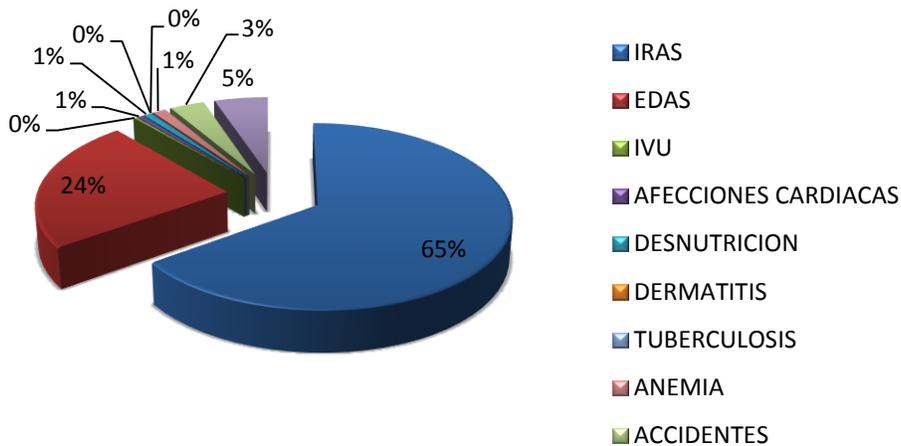
Encuesta: Fuente directa 2014

n: 1,263

La alimentación de la población se basa en productos de origen animal como chorizo, leguminosas predominando el frijol, cereales como la avena y un 23% consume frutas y verduras de la región como papas, naranjas y sandías. El 75% de las familias afirmo el consumo de refrescos de cola.

La morbilidad de la población indica la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas ya que se encontró que un 65% presentó enfermedades respiratorias, siguiendo por las enfermedades diarreicas agudas con un 24%, otras enfermedades presentes fueron afecciones cardiacas, desnutrición y anemia (gráfica 7).

**GRÁFICO 7. MORBILIDAD**  
**MUJERES POBLADO MIGUEL ALEMAN INVASION COLOSIO**  
**2014**



Fuente: Encuesta directa 2014

n= 1263

De las familias encuestadas se encontró que 22 de ellas sufrieron el fallecimiento de un familiar en el último año.

En relación a las enfermedades crónico degenerativas se encontró un total de 35 familias con algún integrante que padece Diabetes mellitus y 29 con Hipertensión arterial.

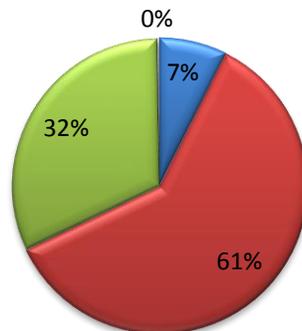
De acuerdo a la encuesta realizada en el Poblado Miguel Alemán resultado que el 61% de la población cuenta con Seguro Popular, mientras que el 7% es derechohabiente del IMSS, el 32% no cuenta con seguridad social, y solo dos personas cuentan con otro tipo de seguro (gráfica 8).

## GRÁFICO 8. ADSCRIPCIÓN A SERVICIOS DE SALUD

### POBLADO MIGUEL ALEMAN INVASION COLOSIO

2014

■ IMSS ■ SEGURO POPULAR ■ NUNGUNO ■ OTRO



Fuente: Encuesta directa 2014

n= 1263

El uso de servicios de salud está relacionado con distintos factores, podemos encontrar en ellos la predisposición y la necesidad de acudir a ellos, así como las condiciones que proporcionan su uso.

Numerosos análisis refieren los factores socioeconómicos y demográficos que determinan las diferentes formas de atención a las enfermedades por parte de la población. Comúnmente se expresa en las diferentes formas de atender las enfermedades por los individuos, con base a la percepción de salud y el nivel de gravedad de las mismas. De las personas encuestadas, el 71% de las personas acuden al Centro de Salud Urbano cuando enferman, siendo estas 306 personas, un 10% de la población refirió que no asiste a ningún lugar para ser atendidos siendo estas 44 personas, y de igual porcentaje menciono asistir al IMSS, el 8% de la población acude a similares (36 personas) y el 1% acude a curanderos (1 persona).

## 5.2 Prácticas de salud de las mujeres

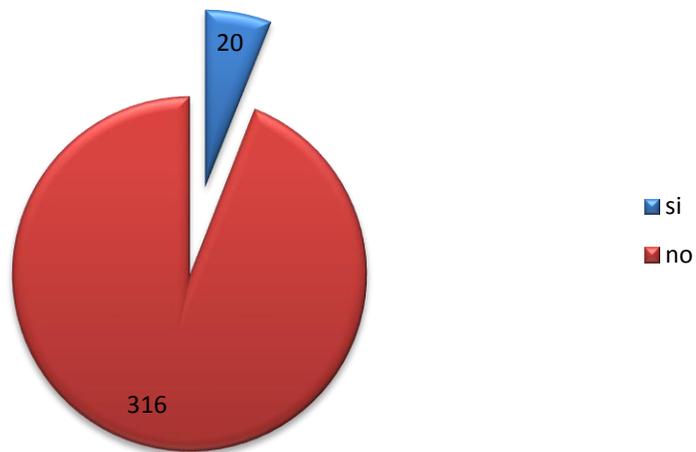
Al analizar los resultados de las encuestas aplicadas a las mujeres de la invasión Colosio en relación a la variable de toxicomanías se encontró que de un total de 336 mujeres el

Determinantes sociales que afectan el estado de salud de las mujeres y sus familias en la invasión Colosio del poblado Miguel Alemán.

---

5.8% de ellas y que equivale a 20 mujeres tienen alguna adicción (alcohol, drogas, tabaco) mientras el 92.1% niega cualquier adicción siendo 316 mujeres (gráfico 9).

**GRÁFICO 9. TOXICOMANÍAS  
MUJERES POBLADO MIGUEL ALEMÁN INVASIÓN COLOSIO  
2014**

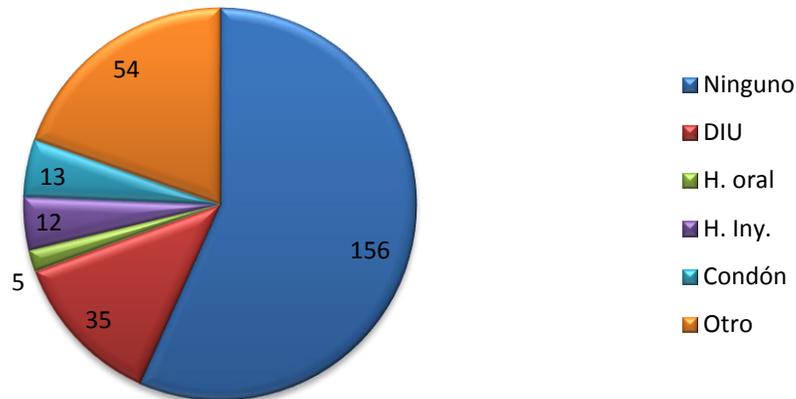


Fuente: Encuesta directa

n= 336

**Gráfico 4. USO DE METODOS CONCEPTIVOS  
MUJERES POBLADO MIGUEL ALEMÁN INVASION COLOSIO**

**2014**



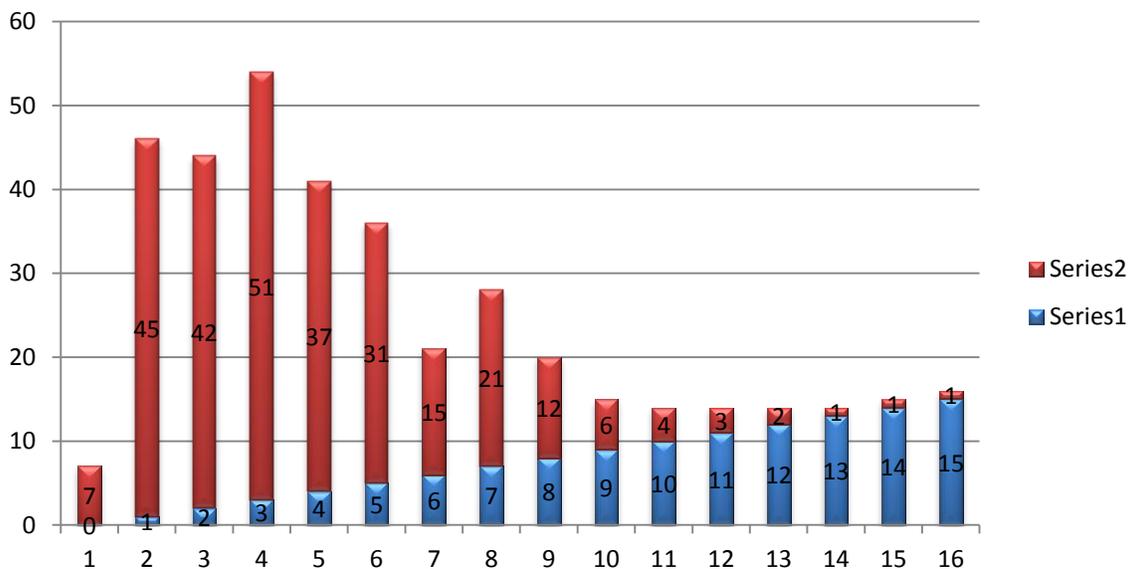
Fuente: Encuesta Directa

n= 275

En la gráfica 4, se muestran los datos recabados en la encuesta directa aplicada a un total de 275 mujeres los que permiten observar que el 56.7% equivalente a 156 mujeres no hace uso de ninguno de los métodos anticonceptivos existentes, el 12% siendo 35 mujeres usan como método anticonceptivo el DIU, 1.8% utilizan Hormonales orales, el 4.4% representado por 12 mujeres utilizan Hormonales inyectables, 4.7% siendo 12 mujeres utilizan método de barrera (condón), el 19.6 equivale a 53 mujeres utilizan otro tipo de método (implante, parches, ritmo, coito interrumpido, entre otros).

### GRÁFICO 5. NÚMERO DE GESTAS MUJERES POBLADO MIGUEL ALEMÁN INVASION COLOSIO

2014



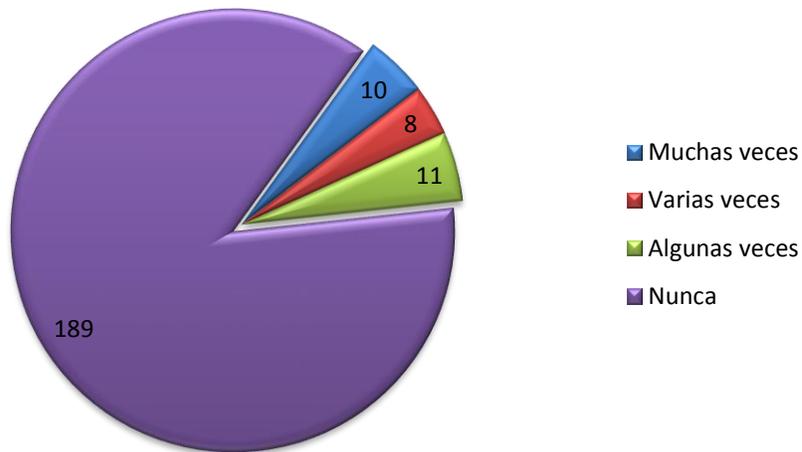
Fuente: Encuesta directa

n=275

En el gráfico 5 referentes a la variable número de gestas por mujeres de la población encuestada, se encontró que el 2.5% (7) de las mujeres no ha presentado gestas, el 16.1% (45) de las mujeres han tenido al menos 1 gesta, el 15.1% (42) de las mujeres ha tenido dos gestas, el 18.3% (51) mujeres, han tenido 3 gestas, el 13.3% (37) mujeres, han tenido 4 gestas, el 11.1% (31) ha tenido alrededor de 5 gestas, mientras que el 5.4% (15) de las encuestadas han tenido 6 gestas, así mismo se encontró que el 7.5 % (21) de población han gestado 7 veces, se detectó que 4.3 % (12) de la población ha presentado 8 gestas, mientras que el 2.2 % (6) mujeres reportan 9 gestas, así mismo también el 1.4 % (4) mujeres reportaron 10 gestas, el 0.7 % (2) mujeres mencionaron que tuvieron 12 gestas se encuentra en este apartado y está ocupado por 2 mujeres de la colonia que representan al 0.7% de la población y por último se encuentran los rubros de 13, 14 y 15 gestas cada uno representado con una mujer equivalentes al 0.4% de la población cada uno respectivamente.

## GRÁFICO 6. VIOLENCIA FÍSICA

### Mujeres madres de familia Invasión Colosio del Poblado Miguel Alemán 2014



Fuente: Encuesta Directa

n= 218

En relación a la variable violencia física por parte de la pareja en los últimos 12 meses, las mujeres encuestadas refirieron que el 4.6% (10) mujeres fueron golpeadas por su pareja muchas veces, al menos; el 3.7% (8) mujeres fueron golpeadas varias veces, 5 % (11) de las mujeres, manifiestan que fueron golpeadas algunas veces y el 86.7% (189) encuestadas respondieron que nunca fueron golpeadas (gráfico 6).

## CAPITULO VI. INTERVENCIONES

Las prácticas de salud de las madres de familia se midieron a través de la técnica de la observación y a través de entrevistas semiestructuradas en grupos focales, en esta etapa, el equipo investigador realizó las entrevistas a la población en un lapso de 3 meses. Con el propósito de conocer los saberes de las mujeres en el Poblado Miguel Alemán, en relación a los padecimiento y prácticas de atención se realizaron una serie de entrevistas con mujeres madres de familia; de ellas se realizaron dos sesiones grupales y cuatro individuales y en todos los casos se contó con el apoyo de la líder comunitaria.

Las entrevistas fueron conducidas por dos integrantes del grupo de investigadores, para ello se utilizó un guion de entrevista semiestructurada donde se contemplaron diversos temas, entre ellos las percepciones del proceso salud enfermedad, las enfermedades que se desarrollan en la comunidad, etiología y diversas prácticas de atención. Además se consideraron sus condiciones migratorias, laborales y acceso a servicios médicos.

En la primera sesión grupal se entrevistaron a 10 mujeres residentes de la comunidad no pertenecientes a una etnia (según lo referido), en la segunda sesión se entrevistaron a 9 mujeres de las etnias Triquis, Mixtecos y de la región mayo de Sonora. Las entrevistas grupales se realizaron en el hogar de la líder de la comunidad, y tuvieron una duración de 55 minutos en promedio.

En relación a las entrevistas individuales, estas se llevaron a cabo en el hogar de las mujeres, previo consentimiento de ellas; las entrevistas tuvieron una duración promedio de 50 minutos.

De las sesiones mencionadas, se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación a como las mujeres perciben su perfil epidemiológico, las respuestas prevalentes giraron en relación a las enfermedades gastrointestinales (Diarreas), respiratorias (gripa, tos, asma) y de accidentes relacionados con las fuentes eléctricas.

- Se realizó un taller, a fin de estructurar un diagnóstico de salud comunitario, el cual contiene aspectos sociodemográficos de la población, salud ambiental y servicios públicos, prácticas de salud, accesibilidad y utilización de servicios médicos, fuentes de trabajo y aspectos económicos.

Posterior al diagnóstico, el equipo investigador planeó las estrategias para el logro del objetivo mediante 5 sesiones donde se trabajó la planeación de las intervenciones, las estrategias fueron las siguientes:

- Contacto con la líder comunitaria y con autoridades médicas y de enfermería del Centro de Salud del Poblado Miguel Alemán
- "Barrido" o reconocimiento de la comunidad
- Estructura de croquis del área, el cual sirvió como instrumento de control y ubicación de familias participantes
- Estructura del instrumento de medición (encuesta) de aspectos sociodemográficos y Determinantes Sociales de la Salud
- Se trabajó en la sensibilización de la población por medio de los líderes comunitarios y reuniones con madres de familia
- Se realizaron visitas domiciliarias a 283 familias que corresponde a una población total de 1263 integrantes, cubriendo el universo de la población objetivo.

## **6.1 Resultados de trabajo en los Módulos y Ferias de Salud**

### **6.1.1 Módulo de saneamiento ambiental**

Actividades:

Se brindó educación para la salud acerca del tema "Saneamiento Ambiental" abarcando los temas como:

- Higiene en el hogar
- Tratamiento del agua (Sedimentación, filtración, hervir, cloración)
- Deposición de excretas
- Manejo y disposición de la basura
- Control de fauna nociva

Se realizó una demostración sobre el tratamiento adecuado del agua mediante recipientes con agua sucia y clorada, así como también las características que debe contar una letrina.

Entrega de tríptico sobre el tema en general

Se brindó charlas de saneamiento ambiental al 100% de la población (93 personas) que acudió a la feria de la salud.

### **6.1.2 Módulo Salud de la Mujer**

Se abordaron diferentes temas acerca de la salud de la mujer, como son: cáncer de mama, cáncer cervicouterino y planificación familiar.

Para brindarles información sobre cáncer de mama se utilizó la carpeta de promoción de la salud, trípticos alusivos al tema, carpeta con los pasos para el autoexamen mamario, imágenes impresas reales de manifestaciones del cáncer de mama y se estuvo pidiendo a las mujeres que identificaran anomalías en un maniquí de autoexploración y en unas mamas realizadas con globos y harina a las cuales se les introdujo canicas, como simulando masas palpables.

El cáncer cervicouterino se expuso con la carpeta de promoción de la salud y con trípticos alusivos al tema.

Para hablarles sobre Planificación familiar se utilizó un muestrario de los diferentes métodos de planificación familiar que existen y se les dio una breve explicación de cada uno de ellos, al igual que se resolvieron dudas que surgieron.

Todas las mujeres se notaron muy interesadas, algunas solicitaron un tema en específico, predominando el cáncer de mama.

Las mujeres asistentes se impresionaron con las imágenes reales de manifestaciones de cáncer de mama y es donde más preguntaban y surgían dudas, algunas de ellas nos refirieron problemas detectados y pudimos sugerir y orientar a diferentes tipos de atención.

La edad predominante de las mujeres que acudieron al módulo fue de 20 a 35 años, seguido por mujeres de 36 a 50 años. La información que tuvo mayor solicitud por parte de las mujeres fue acerca del cáncer de mama.

### **6.1.3 Módulo de Diabetes**

Toma de glicemia capilar a toda persona mayor de 12 años, que ameritase o que estuviera de acuerdo con realizarse el procedimiento

Se realizó una pequeña entrevista para saber las condiciones en las que se realizaría la glucemia (ayuno, factores de riesgo, conocimiento del procedimiento, etc.)

- Orientación sobre las condiciones y características en las que se debe realizar la prueba; en caso de no cumplirse estas se procedía a la toma de la glucemia pero se orientaba sobre los posibles sesgos
- Se impartieron charlas de salud acerca de la diabetes, sus riesgos, síntomas, tratamientos y cómo prevenirla.
- Se resolvieron dudas que la población tuviera acerca de la diabetes
- Se ejemplificaron las cantidades de azúcar por alimentos o bebidas con gráficas y cucharadas de azúcar según el consumo de la población.
- Se detectaron las personas con padecimiento de diabetes y se les exhortó a continuar con su tratamiento y acudir a sus citas.
- Se invitó a las personas que arrojaron resultados de glucemia anormales a acudir a su servicio de salud.
- Se registró el número de personas que acudieron al módulo, la glicemia y si recibieron charlas de prevención de diabetes.

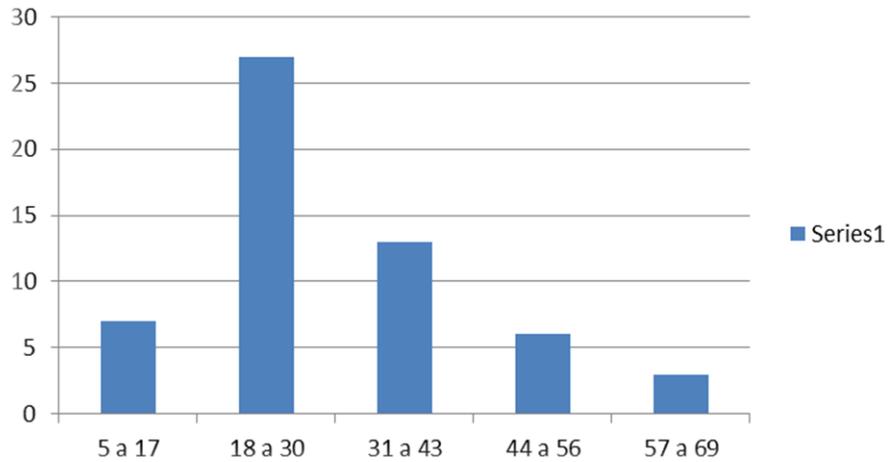
## **6.2. Resultados de Intervenciones**

### **6.2.1 Módulo detección de Diabetes**

Los resultados obtenidos muestran que de un total de 202 personas que acudieron a la feria de salud a 61 personas se les tomó la glucemia capilar, población que representa un 30.1%, esto debido a que fue la población mayor de 12 años que acudió y que estuvo dispuesta a realizarse la prueba; cabe mencionar que el 100% de las personas que acudieron al módulo de diabetes son de sexo femenino (gráfico 1).

**Gráfica 1.- Grupos de Edad  
Personas que asistieron a la feria de la salud  
Poblado Miguel Alemán  
2014**

**Grupos de Edad detección de DM**



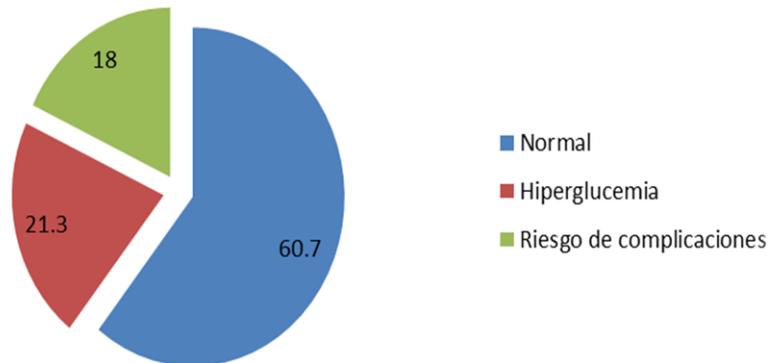
Fuente: Registros Directos

n= 61

Viéndose reflejado en la figura 1 la mayoría de los asistentes fueron adulto joven registrados entre los 18 y 30 años, siguiéndole los de edad adulta 31 a 43 años, asistieron a la feria de salud niños y adolescentes de 5 a 17 años, así como adultos mayores de 44 a 69 años siendo minoría.

**GRÁFICA 2.- CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE GLICEMIA  
POBLACIÓN QUE ASISTIÓ A LA FERIA DE LA SALUD  
(2014)**

**Glucemia**

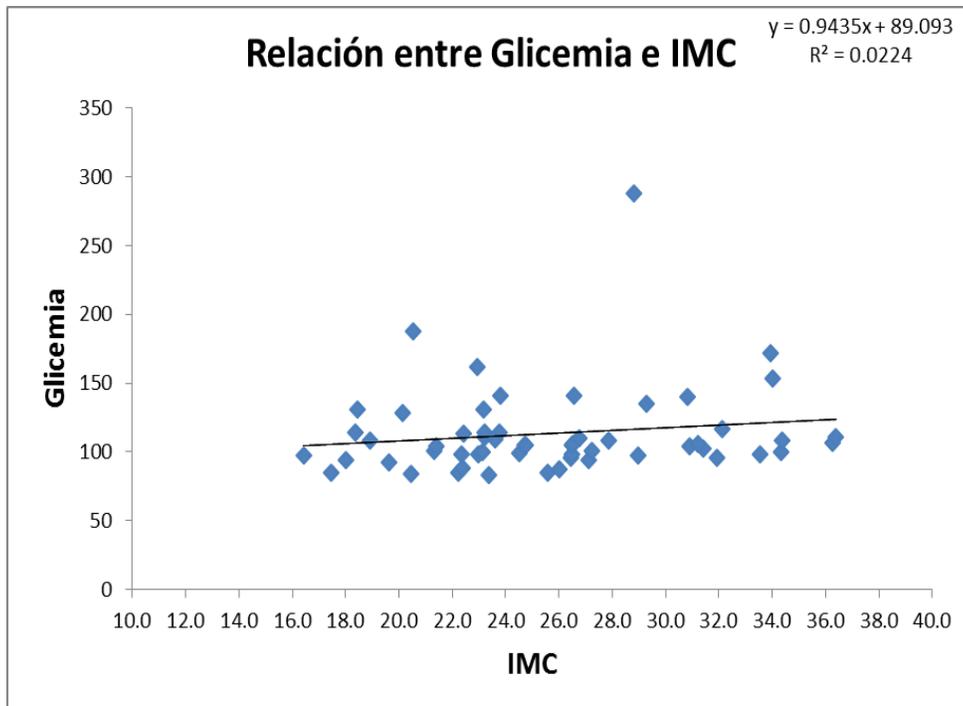


Fuente: Registro Directo

n= 61

Los niveles de glucosa que se encontraron en la población, fue que el 60.7% del total de las personas se encontraron en el rango normal de glucemia (entre 70 a 110 mg/dl), el 21.3% presentaba hiperglucemia (un rango de entre 111 a 140 mg/dl) y también se encontró un 18% de la población con un riesgo alto de complicaciones, comportándose en un rango de glucemia entre 141 a 600 mg/dl (gráfico 2).

**Gráfica 3.- Relación entre glucemia e Índice de masa corporal  
Población que asistió a la feria de la salud  
Poblado Miguel Alemán  
2014**



Fuente: Registros directos

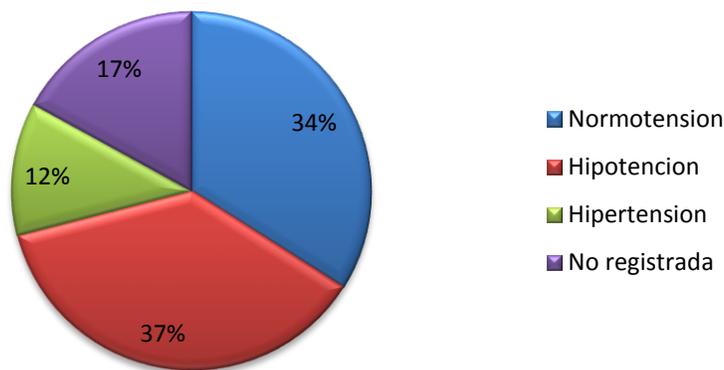
n= 61

La relación entre la variable glucemia capilar y el índice de masa corporal para referir el riesgo predictivo que presenta la población de padecer diabetes con respecto a su peso. Entre los resultados se observa una ligera tendencia al aumento, esto es, entre mayor sea el índice de masa corporal de la persona, mayor es su índice glicémico, como se observa en la línea de tendencia. También se puede observar que la mayor concentración de la población se encuentra entre los rangos 22 a 26 (con propensión a obesidad) y entre los rangos 100 a 120 aproximadamente.

### 6.2.2 Módulo de Presión Arterial

- 1.- Medir la presión arterial a personas adultas del poblado Miguel Alemán.
- 2.- Educación sobre la enfermedad de hipertensión.
- 3.- Orientación sobre el cuidado de la salud a personas diagnosticadas con Hipertensión arterial.

**Gráfica 4. TENSIÓN ARTERIA**  
**Población que asiste a la feria de la salud**  
**Poblado Miguel Alemán**  
**2014**



Fuente: Registros directos

n= 161

De los asistentes a la feria de salud durante el módulo de tensión arterial se reflejó en la mayoría de ellos se encontraba con hipotensión 37%, el 34% de los asistentes manejaba su TA dentro de los límites normales y el 12% de los asistentes presentaron hipertensión al momento de la medición.

### **6.3. Resultado de los Talleres**

#### **6.3.1 Taller Saneamiento Ambiental**

El saneamiento ambiental según la OMS es un conjunto de disciplinas que comprenden aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, biológicos, sociales y psicosociales.

Al conocer sobre el saneamiento ambiental la población de la invasión Colosio obtuvo conocimientos sobre los principales aspectos del ambiente que inciden en la salud de la población y constituyen los elementos del Saneamiento Básico entendido como el mejoramiento de las condiciones sanitarias de: fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo, disposición sanitaria de excretas, manejo sanitario de los residuos sólidos municipales, control de fauna nociva y mejoramiento de las condiciones de la vivienda.

El curso taller fue diseñado en sesiones teóricas de 8 horas divididas en dos días con horario de 8:30am a 12:30 pm para el logro del aprendizaje de la población.

Siendo el compromiso de las instructoras el realizar estrategias para lograr el aprendizaje por medio de exposición con carteles y evaluación del aprendizaje mediante un test.

Los objetivos planteados y logrados fueron:

- Proponer alternativas de solución a situaciones que afecten al ambiente, a través de la aplicación de ideas sencillas y adecuadas a las circunstancias de la población local.
- Promocionar cambios en la conducta de las comunidades para mejorar las condiciones del ambiente y disminuir los factores que interfieran en la salud.
- Fomentar la participación de la comunidad a realizar acciones básicas de saneamiento ambiental.

#### **6.3.2 Alimentación Saludable**

Este curso taller enseñó a las madres de familia a utilizar diferentes tipos de alimentos que se encuentran a su alcance, y a través de esto poder preparar diferentes recetas que ayuden a mejorar la calidad de su alimentación y la de su familia.

Se diseñaron varias sesiones, los aspectos teóricos con un total de 4 horas y sesiones prácticas con un total de 6 horas; para así poder lograr que las madres de familia se

motiven para llevar a práctica los conocimientos adquiridos durante el taller a sus hogares y que lo puedan transmitir a sus vecinas.

Los objetivos planteados y logrados fueron:

- Identificaron varios platillos saludables y económicos.
- Reforzaron sus conocimientos de alimentación saludable de manera práctica con sus familias y vecinos.
- Buscaron alternativas en la preparación de alimentos.

## **CONCLUSIONES**

La salud es parte de todo el contexto económico y social. La salud varía de acuerdo a como cada persona la percibe, según su cultura, costumbre o tradición, pero es evidente que la situación económica y cultural son un medio importante para obtener y mantener un bienestar saludable. En este caso por ser una población que pertenece a una minoría, viven en pobreza, lo que limita su posibilidad de mantener o alcanzar la salud.

Lo que principalmente aqueja a la población es padecer una enfermedad crónica degenerativa, ya sea la hipertensión o la diabetes mellitus, que desafortunadamente conforme evoluciona existen mayores complicaciones que a futuro entorpecen su calidad de vida.

La salud pública en la comunidad está orientada en la protección y promoción de la salud de la población, contando con proyectos, actividades, y diferentes recursos para que todas las personas que viven en la invasión del poblado Miguel Alemán puedan obtener un servicio de salud digno.

Reconocemos que si bien este trabajo resultó enriquecedor para conocer los determinantes sociales que condicionan la salud de las familias de la Invasión Colosio del Poblado Miguel Alemán, siempre será mejor formular interdisciplinariamente proyectos de investigación, a fin de implementar acciones conjuntas que permitan mejorar la calidad de vida.

## **PROPUESTAS**

- Que el Departamento de Enfermería siga realizando proyectos de servicio social en esta comunidad a fin de que los pasantes de la Licenciatura en Enfermería, sigan trabajando con esta población y que haya seguimiento y evaluación de las acciones implementadas.
- Continuar con proyectos de investigación en esta línea
- Que se dé a conocer en el Departamento de Enfermería el trabajo realizado en esta comunidad

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez R. (et al) (1998). Salud pública y medicina preventiva. México. ED. El manual Moderno.

CASTRO, R. (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - UNAM.

Evans, R., Barrer, M., Marmor, T. (1996). ¿Por qué una gente está sana y otra no? Madrid: Díaz de Santos Ediciones.

Frías Osuna, A., Palomino Moral, P.A. 2000. "Concepto de Promoción de Salud". En Frías Osuna (Coord.), Salud pública y educación para la salud. 1ª Edición. Barcelona: Masson Ediciones.

Galarza, E., M.L. (2001). "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud", en Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio profesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva Ediciones.

Klainberg M. (et al). (1998) Enfermería para la salud comunitaria. Colombia: Mc Graw – Hill.

La promoción de la salud y los Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de:[http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema\\_memorias\\_confpes2012/downloads/Plenarias/Plenaria\\_II/Archivos\\_Plenarias/La%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20y%20los%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud\\_Orielle%20Solar-Universidad%20de%20Chile-Chile.pdf](http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Plenarias/Plenaria_II/Archivos_Plenarias/La%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20y%20los%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud_Orielle%20Solar-Universidad%20de%20Chile-Chile.pdf). Consultado el día 06 de Agosto del 2013

Marí-Klose, M. 2008. Informe sobre la inclusión social en España. Barcelona: Caixa Catalunya. RIS, VOL.72. EXTRA 1, 71-91, Junio 2014. ISSN: 0034-9712. doi: 10.3989/ris.2013.02.16

<http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/08/laSaludYSusDeterminantes.pdf>, Consultado el 15 de Diciembre de 2014.

Ponce S. (2009). Temas de salud pública. Sonora. ED. UNISON.

PROGRAMA DE COMUNIDADES SALUDABLES. Consultado en:[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/comunidades\\_saludables.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/comunidades_saludables.pdf) el día 06 de Agosto del 2013.

San Martín, H. (1995). Salud y enfermedad, México: La prensa médica mexicana.

Sánchez MP. 2003. Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad. Madrid: Díaz de Santos Editores.

Santos, P. H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Ene 29] ; 37(2): Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es).

Silberman, M., Moreno, A. L., Kawas, B. V., González, A. E. (2013). Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2013 Ago. [Citado 2015 Ene 29]; 56(4): 24-34. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422013000400004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400004&lng=es).

## Anexos 1

### CEDULA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE SONORA

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de Enfermería

Fecha: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_

#### CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS FAMILIARES

Familia: \_\_\_\_\_ No.

Croquis \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Manzana: \_\_\_\_\_ No Casa: \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_

#### 1. DATOS BASICOS:

1.1. ¿Cuántas personas viven en la casa? _____		1.2. Tipo de familia: _____							
	Nombre (s), Apellidos con iniciales	F	M	Fecha de Nacimiento d/m/a	Edad en años	Cuenta con acta de nacimiento		Ocupación	Parentesco
						Si	No		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
1.3. ¿A qué grupo de edad pertenecen cada uno de los integrantes de la familia?		<input type="checkbox"/> RN – 1 Mes ( ) <input type="checkbox"/> Menor de 5 años ( ) <input type="checkbox"/> 6 – 9 años ( ) <input type="checkbox"/> 10 – 19 años ( )				Especificar la cantidad en cada clasificación. Debe coincidir con el total de personas que viven en la casa.			

Determinantes sociales que afectan el estado de salud de las mujeres y sus familias en la invasión Colosio del poblado Miguel Alemán.

	<input type="checkbox"/> 20 – 59 años ( ) <input type="checkbox"/> 60 y más ( )
1.4. ¿Lugar de origen?	<input type="checkbox"/> Sonora <input type="checkbox"/> Foráneo _____ Especif.
1.5. ¿Pertenece alguna etnia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ Especif.
1.6. ¿Algún integrante de la familia habla alguna lengua indígena o dialecto?	<input type="checkbox"/> Si ¿Quien? _____ <input type="checkbox"/> No (Pase a la pregunta 1.9)
1.7. ¿Cuál lengua indígena o dialecto hablan?	<input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Triqui <input type="checkbox"/> Zapoteco <input type="checkbox"/> Otro _____ Especif.
1.8. Además de la lengua indígena o dialecto, ¿La persona habla español?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
1.9. ¿Religión a la que pertenecen?	<input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Otros _____ Especif.

**2. DATOS DE LA VIVIENDA:  
REDACCIÓN**

2.1. ¿La vivienda es?	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Predio en invasión <input type="checkbox"/> Otros _____ Especif.
2.2. Tiempo de residencia	<input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> 13 meses a 5 años <input type="checkbox"/> 6 a 10 años <input type="checkbox"/> Más de 11 años _____ Especif.
2.3. Tipo de techo	<input type="checkbox"/> Vegetal o palma <input type="checkbox"/> Lamina <input type="checkbox"/> Teja de barro <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Cartón <input type="checkbox"/> Otros _____ Especif.

Determinantes sociales que afectan el estado de salud de las mujeres y sus familias en la invasión Colosio del poblado Miguel Alemán.

2.4. Tipo de pared	<input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Bloque <input type="checkbox"/> Cartón <input type="checkbox"/> Lamina <input type="checkbox"/> Ladrillo <input type="checkbox"/> Otros _____ Especif.			
2.5. Tipo de piso	<input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Otros _____ Especif.			
2.6. Numero de cuartos	<input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> Recamaras _____ Especif. <input type="checkbox"/> Cuarto redondo			
2.7. Tiene en su casa: REDACCIÓN		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
	Luz eléctrica			
	Drenaje			
	Agua potable			
	Letrina			
	Fosa séptica			
	Pozo			
	Perros (Especif. Cantidad)			Especificar si están dentro o fuera de la vivienda.
	Gatos (Especif. Cantidad)			
Cucarachas, moscas, ratones, hormigas				
2.8. ¿Qué tratamiento le hacen al agua que se usan para beber?	<input type="checkbox"/> La usan tal y como la obtienen <input type="checkbox"/> La hierven <input type="checkbox"/> Le ponen cloro <input type="checkbox"/> Utilizan filtro <input type="checkbox"/> Compran embotellada <input type="checkbox"/> Otro _____ Especif.			
2.9. ¿Qué hacen con la basura que generan en la familia?	<input type="checkbox"/> Incineran <input type="checkbox"/> Entierran <input type="checkbox"/> Cielo abierto <input type="checkbox"/> Recolector de basura <input type="checkbox"/> Otros _____ Especif.			
2.10. Medios de comunicación con los que cuenta:	<input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Otros _____ Especif.			
2.11. Medios de transporte que utiliza:	<input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Bicicleta			

Determinantes sociales que afectan el estado de salud de las mujeres y sus familias en la invasión Colosio del poblado Miguel Alemán.

	<input type="checkbox"/> Carro particular <input type="checkbox"/> Otros _____ Especif.
--	--

**3. DATOS DE LA ALIMENTACIÓN: REDACCIÓN**

3.1. Numero de comidas que realiza la familia durante el día \_\_\_\_\_

3.2. Día típico de alimentación de la familia	Desayuno	Comida	Cena	Entre comidas
Frutas y verduras				
Carnes (Res, puerco, pollo o pescado)				
Lácteos (Leche, queso, yogurt)				
Huevo				
Pan, cereal, pasta, harinas				
Frijol, arroz				
Golosinas, galletas, sabritas				
Café, refresco de cola				
Bebidas (Aguas frescas de sabor, agua, jugo)				

**4. DATOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD:**

4.1. Servicios de Salud con que cuenta:	<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> Seguro popular <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro _____ Especif.	
4.2. ¿Cuando alguien enferma, a donde acude para su atención?	<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> C. S. Urbano <input type="checkbox"/> Similares <input type="checkbox"/> Curandero <input type="checkbox"/> Otros _____ Especif.	
4.3. ¿Cuánto tarda en llegar al establecimiento de salud?	<input type="checkbox"/> Menos de 30 min <input type="checkbox"/> Una hora <input type="checkbox"/> Más de 1 hora	
4.4. ¿Pertenece la familia algún programa social?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ Especif.	Sedesol, oportunidades, atención a jornaleros, etc.
4.5. ¿Cuenta con Cartilla Nacional de Salud, los integrantes de la familia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ Especif.	
4.6. ¿Nacimientos en el último año en esta familia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ Especif.	Especificar cuantos, así como el sexo.
4.7. ¿Ha fallecido alguno integrante de la familia en el último año?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ Especif.	Especificar quien, la edad y motivos del fallecimiento.

Determinantes sociales que afectan el estado de salud de las mujeres y sus familias en la invasión Colosio del poblado Miguel Alemán.

4.8. ¿Hay algún integrante de la familia con DM, HTA o CANCER?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ Especif.	Especificar quien, sexo, edad y tratamiento recibido.
4.9. ¿Enfermedades en los últimos 6 meses, de los integrantes de la familia?	<input type="checkbox"/> IRAS <input type="checkbox"/> EDAS <input type="checkbox"/> IVU <input type="checkbox"/> Afecciones cardiacas <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Dermatitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Accidentes <input type="checkbox"/> Otros _____ Especif.	Especificar quienes de los integrantes han presentado enfermedades.

**5. DATOS DE INGRESOS Y EGRESOS:**

5.1. ¿Quién aporta económicamente para el sustento de esta familia?	_____	
5.2. ¿En total, cuánto gana o recibe por su(s) trabajo(s) o actividad (es)?		Anotar la cantidad
5.3. ¿Cada cuando recibe esta cantidad?	<input type="checkbox"/> Al mes <input type="checkbox"/> Cada 15 días <input type="checkbox"/> A la semana <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Otro _____ Especif.	
5.4. Distribución de ingresos DEL DIAGNOSTICO	Servicios básicos _____ Alimentación _____ Vestido _____ Recreación _____ Salud _____ Educación _____ Otros _____ Especif.	Anotar por prioridad

UNIVERSIDAD DE SONORA  
 División de Ciencias Biológicas y de la Salud  
 Departamento de Enfermería

Fecha: _____ Folio: _____
Responsable: _____

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

**1. DATOS BASICOS:**

¿Cuántos hombres viven en la casa? \_\_\_\_\_

**2. PRACTICAS DE SALUD**

No.	Inmunizaciones			Higiene personal									Toxicomanías					
	Si	No	Sin cartilla	Baño			Cambio de ropa			Higiene dental			Alcohol		Tabaco		Otros	
				Si	No	Frec	Si	No	Frec	Si	No	Frec	Si	No	Si	No	Si	No

**3. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

I.V.S.	Planificación Familiar			Observaciones
	Condón	Vasectomía	Otros	

**4. DETECCIONES**

	Diabetes Mellitus	Hipertensión Arterial	Otros
Fecha de ultima toma			
Resultados encontrados			

UNIVERSIDAD DE SONORA  
 División de Ciencias Biológicas y de la Salud  
 Departamento de Enfermería

Fecha: _____ Folio: _____
Responsable: _____

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**  
**MUJERES**

**1. DATOS BASICOS:**

¿Cuántas mujeres en edad fértil viven en la casa? \_\_\_\_\_

No.	Nombre (s)	Edad	Estado civil			Escolaridad				Peso (kg)	Talla (cm)	IMC
			Soltera	Casada	Otro	Primaria	Secundaria	Analfabeta	Sabe leer / escribir			

**2. PRACTICAS DE SALUD**

No.	Inmunizaciones			Higiene personal				Toxicomanías			Detecciones	
	Si	No	Sin cartilla	Baño	Cambio de ropa	Higiene dental	Alcohol	Tabaco	Otros	CACU	CAMA	

Nota: En detecciones, anotar la última fecha que se lo realizo.

**3. DATOS GINECOLOGICOS:**

No.	Menarca	I.V.S.	F. U. M.	Planificación familiar						Observaciones
				Ninguno	DIU	H. Oral	H. Iny.	Condón	Otro	

4. ¿Cuántas **embarazadas** hay en esta casa? \_\_\_\_\_ En caso de encontrarse, especifique quien \_\_\_\_\_ (Llene la siguiente información)

**5. HISTORIA CLINICA PRENATAL**

a. **Antecedentes familiares:**

Determinantes sociales que afectan el estado de salud de las mujeres y sus familias en la invasión Colosio del poblado Miguel Alemán.

**a. Antecedentes familiares:**

	Si	No	Observaciones
Diabetes			
Tuberculosis			
Hipertensión			
Embarazo Gemelar			
Otros			

**b. Antecedentes personales:**

	Si	No	Observaciones
Tuberculosis			
Diabetes			
Hipertensión			
Cirugía pélvico-uterina			
Infertilidad			
Otros			

**c. Antecedentes obstétricos: (Especificar cantidad)**

Gestaciones		Partos vaginales		Cesáreas	
Nacidos vivos		Nacidos muertos		Abortos	
Ninguno		Viven		Fecha ultimo embarazo	

**d. Embarazo actual:**

Peso anterior (kg)	Talla (cm)		FUM (d/m/a)	
FPP (d/m/a)	Tabaquismo: Si ___ No ___		Alcoholismo: Sí ___ No ___	
	<b>Primera</b>	<b>Segunda</b>	<b>Tercera</b>	
Peso (kg)				
Presión arterial				
Altura fondo uterino				
FC fetal				
Presentación				
Altura uterina				

6. **Aspecto emocional**

En los últimos 12 meses ¿Cuántas veces, su compañero o pareja?	<b>Muchas veces</b>	<b>Varias veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca</b>	<b>Observaciones</b>
1.1. ¿Le ha insultado verbalmente?					
1.2. ¿La menosprecia o humilla frente a otras personas?					
1.3. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?					
1.4. ¿La ha golpeado?					

**Anexo2**

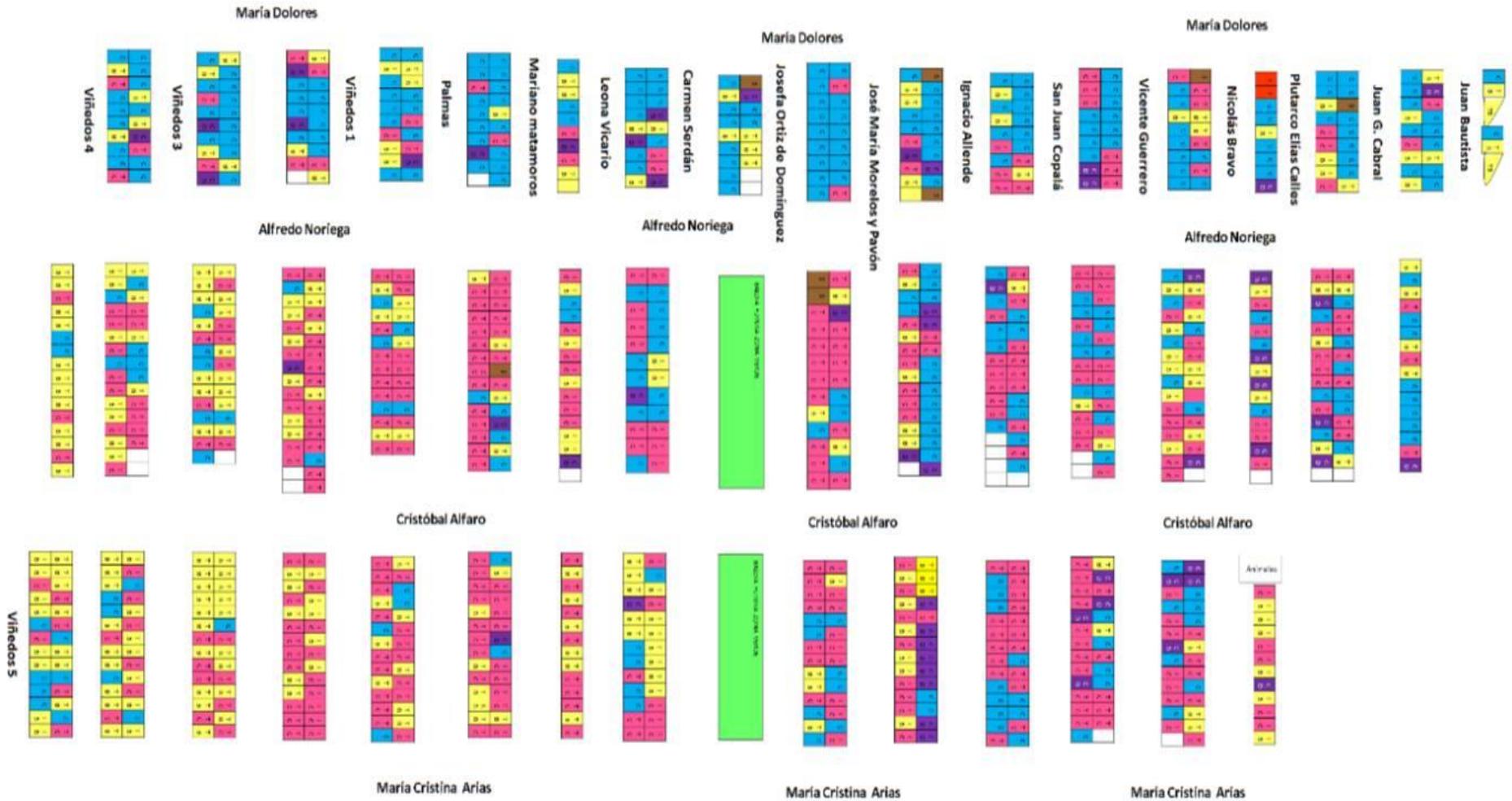
**CALENDARIO DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	TIEMPO											
	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MA	JUN	JUL
Presentación con autoridades de la unidad receptora y recorrido de las instalaciones	■											
Recorrido de la comunidad y levantar censo	■	■										
Elaboración de croquis			■									
Planeación de actividades				■								
Aplicar encuestas y caracterizar la situación sociodemografica de la población seleccionada				■	■							
Identificar los determinantes sociales relacionados con la cultura y las practicas de salud de las mujeres madres de familia						■	■					
Realizar estrategias de intervención en las practicas de salud, de acuerdo a los determinantes identificados								■	■	■		
Elaboración del informe final											■	■

**ACTIVIDADES REALIZADAS** ■

**ACTIVIDADES NO REALIZADAS...** □

### Anexo 3 CROQUIS



## Anexo 4

### FOTOGRAFIAS



