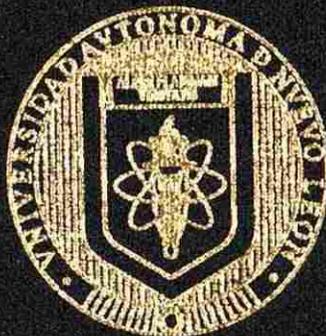


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**USO DE ACCIONES PREVENTIVAS POR LA
POBLACION DE CIUDAD VICTORIA TAMAULIPAS**

Por:

LIC. MARIA GUADALUPE ESMERALDA VAZQUEZ TREVINO

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria**

ENERO, 2004

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
PRESS
CHICAGO, ILLINOIS 60607
U.S.A.
ISBN 0-226-17075-5
HARVARD UNIVERSITY PRESS
CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS 02138
U.S.A.
© 2004
0-226-17075-5

TM
Z6675
.N7
FEn
2004
V39



1020149426



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

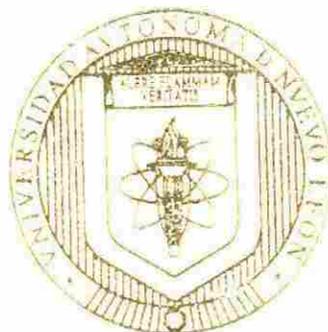
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

m

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



USO DE ACCIONES PREVENTIVAS POR LA
EPIDEMIOLOGIA DE CIUDAD VICTORIA TAMAULIPAS

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

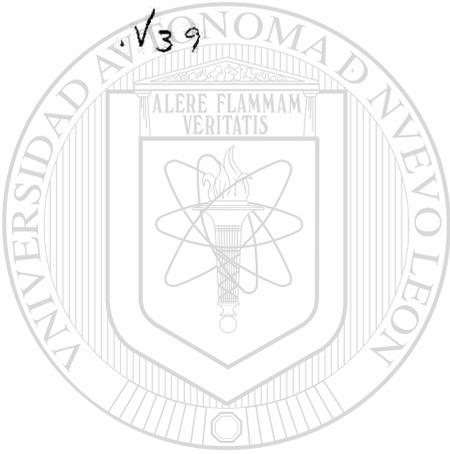
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria

ENERO, 2004

778672

TH
Z6675
.N7
FEM
2004
.V39



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

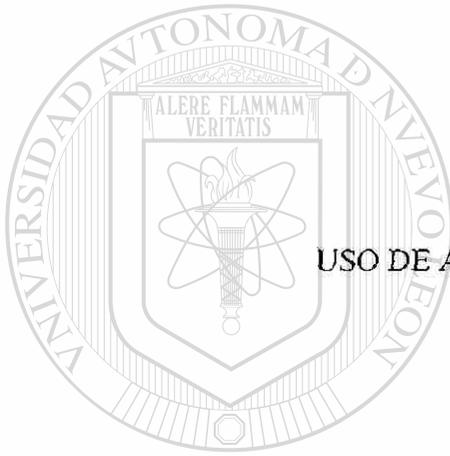
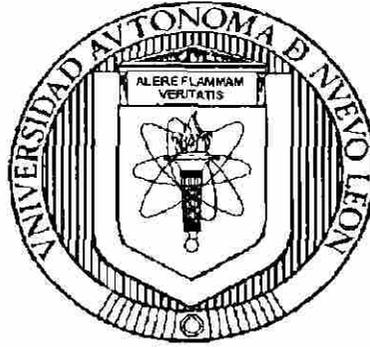


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FONDO
TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



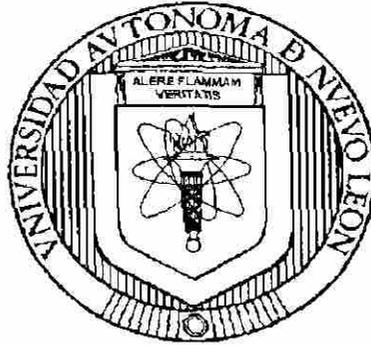
USO DE ACCIONES PREVENTIVAS POR LA POBLACIÓN
DE CIUDAD VICTORIA TAMAULIPAS

Por
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
LIC. MARÍA GUADALUPE ESMERALDA VÁZQUEZ TREVIÑO ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



USO DE ACCIONES PREVENTIVAS POR LA POBLACIÓN
DE CIUDAD VICTORIA TAMAULIPAS

Por

LIC. MARÍA GUADALUPE ESMERALDA VÁZQUEZ TREVIÑO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Director de Tesis

MC. MARÍA EUGENIA GARZA ELIZONDO
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2004

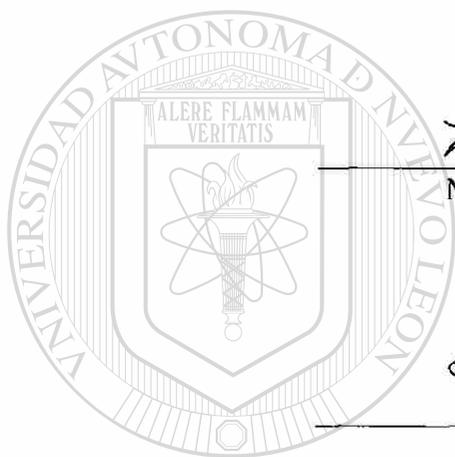
USO DE ACCIONES PREVENTIVAS POR LA POBLACIÓN DE CIUDAD

VICTORIA TAMAULIPAS

Aprobación de Tesis



MC. María Eugenia Garza Elizondo
Director de Tesis



MC. María Eugenia Garza Elizondo
Presidente



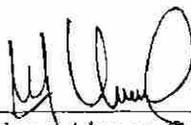
MA. Leticia Vázquez Arreola
Secretario

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



ME. Ma. Guadalupe Moreno Monsiváis
Vocal



MSP. Magdalena Alonso Castiño
Subdirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque me ha dado la fuerza y la salud para superarme en mi vida profesional.

A PROMEP, por su valioso apoyo otorgado y su visión futurista de formación y actualización de los docentes.

A la Licenciada Cinthya Patricia Ibarra González, porque gracias a su gestión, hizo posible que realizara esta maestría.

A la Facultad de Enfermería Victoria de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, que me dió todas las facilidades para realizar la Maestría en Ciencias de Enfermería.

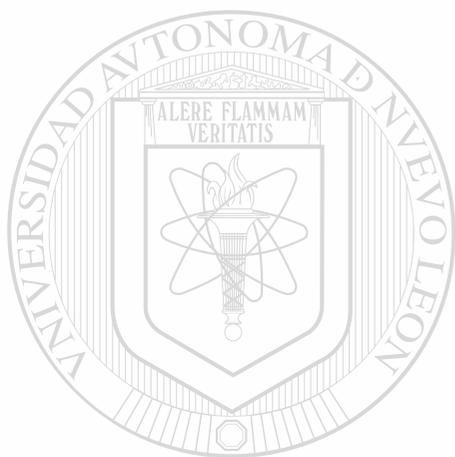
A la Maestra María Eugenia Garza Elizondo, por su invaluable apoyo, paciencia y dedicación para poder llevar a cabo este trabajo.

A todos los Docentes de la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por haber compartido el conocimiento de la profesión.

DEDICATORIA

A mi familia, que han creído en mí y entienden que mi superación ha sido pensando en ellos.

A mi gran amor Leopoldo Boeta Elizondo, por toda su paciencia, comprensión y apoyo en los momentos más difíciles en la realización de la maestría.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

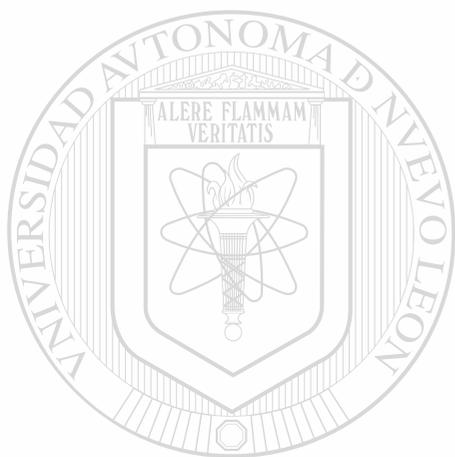
Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Objetivo del Estudio	3
Marco Referencial	3
Estudios Relacionados	3
Definición de Términos	5
Capítulo II	
Metodología	6
Diseño de Estudio	6
Población, Muestra y Muestreo	6
Instrumento de Recolección de Datos	7
Procedimiento de Recolección de Datos	7
Análisis de Datos	8
Consideraciones Éticas	8
Capítulo III	
Resultados	10
Descripción de la Población	10
Resultados Estratificados	11

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	15
Conclusiones	19
Recomendaciones	19
Referencias	20
Apéndices	
A Distribución de la Muestra por Áreas Geográficas	24
B Cuestionario de Uso de Acciones Preventivas	30
C Carta de Autorización de la Secretaría de Salud de Tamaulipas	31
D Carta de Consentimiento Informado	32

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Uso de Acciones Preventivas	10
2 Uso de Acciones Preventivas según Grupo de Edad	11
3 Uso de Acciones Preventivas según Sexo	11
4 Uso de Acciones Preventivas según Servicio de Salud	12
5 Uso de Acciones Preventivas según Escolaridad	12
6 Uso de Acciones Preventivas según Ocupación	13
7 Uso de Acciones Preventivas según Estado Civil	13



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



RESUMEN

María Guadalupe Esmeralda Vázquez Treviño
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero, 2004

Título del Estudio: USO DE ACCIONES PREVENTIVAS POR LA POBLACIÓN DE
CIUDAD VICTORIA TAMAULIPAS

Número de Páginas: 32

Candidato para obtener el grado
de Maestría en Ciencias de
Enfermería con Énfasis en
Enfermería Comunitaria

Área de Estudio: Enfermería Comunitaria

Propósito y Método del Estudio: Se determinó el uso de acciones preventivas población de Ciudad Victoria, Tamaulipas. El estudio fue de tipo descriptivo; se encuestaron a 318 personas de 25 años o más que no padecieran diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cérvico uterino y cáncer mamario. El tamaño de muestra se calculó con base en que el 75% de la población se realiza la detección oportuna de diabetes con un error esperado de 5%, intervalo de confianza 95% y N de 143,130 habitantes de Ciudad Victoria. La selección de la muestra fue por conglomerados y al azar simple. El uso de acciones preventivas se determinó mediante el uso de la detección oportuna de diabetes mellitus (DOD), hipertensión arterial (DHTA), cáncer cérvico uterino (DOC) y cáncer mamario (DOCMA) en el año anterior.

Contribuciones y Conclusiones: Con el resultado de este estudio se puede efectuar una reorganización en los servicios preventivos, situación que actualmente se realiza pero permite poner especial énfasis en los programas preventivos que son menos usados pero que son muy importantes. La edad de la población estudiada fue de 42.1 ± 13.4 años, un 69.8% correspondió al sexo femenino, el 80.5% fueron casados o en unión libre. El uso de acciones preventivas correspondió a 41.2% para la DOD, mientras que la DHTA la utilizó un 73.3%, en las detecciones propias de la mujer la DOC fue usada por un 46.8% y la DOCMA por un 57.7% de las mujeres. Es necesaria la implementación de estrategias como la búsqueda intencionada de personas en riesgo enfatizando en estilos de vida y cambios de conducta, tratando de reducir así el riesgo y logrando con ello la salud de la población.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:



Capítulo I

Introducción

La protección de la salud no puede ser considerada como una mercancía o un privilegio sino que es un derecho que tienen todos los individuos, por lo que para cumplir con este propósito se ha propuesto la reorientación de los servicios de salud, incrementando la importancia de atención a las principales causas de morbi-mortalidad que actualmente se presentan, brindando un mayor interés a la resolución de dichos efectos (Servicios de Salud en Tamaulipas [SST], 1999). Así, el acceso a los servicios de salud debe ser universal, haciendo especial énfasis en la inclusión de grupos vulnerables en donde cuyo derecho no ha sido plenamente reconocido (Programa Nacional de Salud [PNS], 2001).

Se ha reportado que el país cruza por una transición en la salud la cual incluye dos grandes procesos de cambio: la transición epidemiológica y la de atención a la salud. La primera se refiere a las modificaciones en las condiciones de salud, que implica un cambio de las principales causas de muerte de las enfermedades infecciosas comunes a

las no transmisibles; y el segundo proceso es el de transición de la atención a la salud, que se refiere a los cambios en la *respuesta social organizada*, los cuales se realizan a través del Sistema de Salud (Frenk, 1985).

Las instituciones que integran el Sector Salud dan especial énfasis a las acciones que se realizan en los servicios de medicina preventiva, tratando de lograr un cambio en la población con factores de riesgo, asumiendo la responsabilidad y el compromiso de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en la población. Para lograr este fin se han implementado las acciones de prevención que se incluyen en el Paquete Básico de Servicios de Salud (SST, 1999).

Pero, a pesar de encontrarse los recursos disponibles en las instituciones de salud, Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo (1997), mencionan que existe poco

uso de los servicios preventivos, ya que la población da importancia a otros satisfactores que no necesariamente tienen que ver con la salud. Por lo que el uso de los servicios preventivos es un campo de conducta dinámica en el que las personas juegan un papel muy importante.

Como se ha mencionado anteriormente, el país atraviesa por una transición epidemiológica; en donde los padecimientos crónicos y degenerativos ocupan las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el país, ejemplo de ello es la diabetes mellitus, la hipertensión arterial; mientras que el cáncer cérvico uterino y el cáncer mamario lo son en el grupo de mujeres (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2000), por lo cual es importante que las personas que están expuestas al riesgo de padecer estas enfermedades realicen las acciones de prevención que se encuentran implementadas en el Sector Salud con este fin. La Secretaría de Salud (2001, 2002) reportó que en cuanto al uso de la detección oportuna de diabetes mellitus durante el año 2000 se efectuaron 11 millones de detecciones, mientras que la detección de hipertensión arterial se realizaron 21.5 millones en el mismo año. En lo referente a las detecciones propias de la mujer durante el mismo año 10.8 millones (cifra preliminar) de mujeres de 25 años y más se practicaron la exploración física de las mamas por primera vez; mientras que el 57.8% de las mujeres de la misma edad se realizó la prueba del papanicolaou.

Este estudio aporta evidencia acerca del uso de acciones preventivas, lo cual se conoce únicamente a través de informes institucionales destacando que en éste estudio se obtuvo la información en población abierta. Por otra parte la disciplina de enfermería se ve beneficiada ya que con el producto de este estudio se puede efectuar una reorganización de los servicios preventivos, situación que en la actualidad se realiza, pero permite poner especial interés en los programas que son menos usados, y que son muy importantes.

Objetivo del Estudio

Determinar el uso de acciones preventivas por la población de Ciudad Victoria Tamaulipas.

Para cumplir con este objetivo, se realizó esta propuesta mediante un diseño descriptivo, retomando el concepto de uso de acciones preventivas de Rosenstock (1992).

Marco Referencial

El sustento teórico del estudio se basa en el concepto de uso de acciones preventivas del modelo psicosocial de Rosenstock (1992) el cual menciona que para que la gente realice acciones con fines preventivos o de detección, es necesario tener una disposición para realizar las medidas al respecto, las personas deben creer que estas acciones son apropiadas para reducir la posibilidad de enfermarse; y la necesidad de un estímulo que desencadene esta acción. Por lo que el uso de acciones preventivas es una conducta voluntaria con respecto a la salud de las personas sin síntomas.

Estudios Relacionados

Rodríguez y Martín (1999), reportaron una variabilidad en la frecuencia de los servicios de atención primaria con un rango de 5.2 a 9.8 consultas por habitante al año. Lastao, Regidor, Calle, Navarro y Domínguez (2001), estudiaron el uso de los servicios sanitarios mediante la frecuencia a la consulta médica, dentista y ginecólogo, la población analizada fue la de los individuos mayores de 24 años de edad, las variables utilizadas fueron el nivel de estudios y el grupo socioeconómico de los entrevistados, encontraron que la consulta médica fue más frecuente en los individuos sin estudio y en los grupos socioeconómicos bajos, mientras que la consulta al dentista y la consulta al ginecólogo fueron más frecuentes en los individuos con estudios superiores y en los grupos socioeconómicos altos. Además mencionan que las acciones preventivas de salud

son utilizados en mayor medida por personas de nivel socioeconómico alto, una de las principales razones que podría explicar la menor utilización de estas acciones por parte de las personas de nivel socioeconómico bajo o con menor nivel de estudios es la existencia de barreras que limitan el acceso a la información sobre la salud.

Lew et al. (2003) con la finalidad de analizar el efecto del origen étnico del proveedor del servicio (médico coreano, no coreano y con diferentes médicos) y el uso de mamografía, papanicolaou, examen físico de las mamas, la toma de presión arterial, así como examen de colesterol y revisión médica de rutina realizaron una encuesta telefónica a 339 mujeres coreano-americanas en el estado de California en Estados Unidos, encontraron que la presión arterial se la realizaron un 86%, 96% y 87%, el examen físico de mamas se lo realizaron un 39%, 73% y 23%, la mamografía se la efectuaron un 57%, 89% y 37% y el papanicolaou un 56%, 72% y 27% de las mujeres que asistieron con un médico coreano, no coreano y con diferentes médicos respectivamente. Encontraron además que las mujeres que asisten con médicos coreanos tienen menos posibilidades de realizarse el examen de mamas, la mamografía y el papanicolaou.

Berraondo et al. (1996) determinaron la utilización de acciones preventivas (citología cervical, exploración mamaria y toma de presión arterial) mediante una encuesta telefónica a personas mayores de 15 años. Encontraron que el 43.7% de las mujeres se realizó la citología cervical en los últimos dos años. Respecto a la exploración mamaria, el 32.2% se la realizó en alguna ocasión. El 79.3% se tomó la presión arterial en los últimos dos años.

Martín, Leff, Calonge, Garret y Nelson (2000) estimaron la prevalencia de tres condiciones de salud crónica (hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes) y el uso de seis acciones preventivas (monitoreo de presión sanguínea, monitoreo de colesterol en sangre, examinación clínica de los senos, mamografía, prueba del papanicolaou e inmunización para influenza). Encontraron para las tres condiciones de salud que el uso

fue alto para hipertensión (83%), moderado para diabetes (73%) y bajo para hipercolesterolemia (59%), no hubo diferencias por género.

En resumen se encontró que el uso de acciones preventivas puede ser estudiado en dos formas: mediante la frecuencia de uso y la extensión del uso, en lo anterior se muestran hallazgos de ambas formas. En lo que respecta a la extensión del uso se puede resumir que el uso de acciones preventivas se ha estudiado en variadas ocasiones mostrando que hay acciones que son más usadas por la población como la toma de presión arterial, la del papanicolaou y exploración física de mamas en las mujeres.

Definición de Términos

Uso de acciones preventivas es la conducta por medio de la cual las personas realizan medidas preventivas con la finalidad de detectar enfermedades en el último año en ausencia de síntomas definidos. Para el presente estudio se consideraron las acciones preventivas de los siguientes programas: Detección Oportuna de Cáncer Mamario (DOCMA), Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino (DOC), Detección Oportuna de Diabetes Mellitus (DOD) y Detección Oportuna de Hipertensión Arterial (DHTA).

Sexo es el género al que pertenece el entrevistado.

Edad son los años cumplidos referidos por los participantes.

Escolaridad es el nivel de estudios cursado a través de la educación formal en cualquier etapa de la vida.

Estado civil se considera a la persona con pareja y sin pareja.

Servicio de salud presencia de aseguramiento en alguna institución de salud.

Ocupación es la actividad laboral que desempeña la persona.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se ofrece un panorama general del plan de investigación, diseño del estudio, población, muestra y muestreo, instrumento de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, análisis de datos y consideraciones éticas.

Diseño de Estudio

Para cumplir con el objetivo del estudio, se realizó un diseño descriptivo, ya que se obtuvieron los datos de una situación que ocurrió; en este caso el uso de acciones preventivas (Polit & Hungler, 1999).

Población, Muestra y Muestreo

La población de estudio correspondió a personas de 25 años o más, habitantes de Ciudad Victoria, Tamaulipas. Se excluyeron a los que padecían diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cérvico uterino y cáncer mamario. El tamaño mínimo de

muestra para cumplir con el objetivo fue de 303 personas, se agregó un 5.2% para asegurar la representación de todas las áreas geográficas de estadística básica AGEB

dando un total de 318 personas. El cálculo de tamaño de muestra se hizo usando una fórmula para obtener una proporción en una población finita; y con base en que: el 73% de la población se realiza la detección oportuna de diabetes mellitus (Martín et al., 2000). Se consideró una $N = 143,130$ habitantes de 25 años o más en Ciudad Victoria (INEGI, 2000); $p = 73\% (.73)$; $q = 27\% (.27)$; $IC\ 95\% \approx 1.96$; y un error esperado de .05.

El plan de muestreo fue probabilístico, por conglomerados los cuales fueron los AGEB, en total 120 en Ciudad Victoria, tomados del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000) hacia el interior de éstos fue proporcional a la

población registrada en el último censo de población; para seleccionar una manzana al azar simple de cada AGEB, los domicilios se seleccionaron de la misma forma y finalmente, en el domicilio fue seleccionada al azar simple la persona a participar (esto se aplicó en los domicilios donde se encontraron más de una persona). La distribución de la muestra por áreas geográficas se observa en el (Apéndice A).

Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento que se utilizó fue diseñado para el presente estudio contiene seis reactivos correspondientes a variables sociodemográficas como (edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, servicio de salud) y cuatro de uso de acciones preventivas para los programas de DOCMA, DOC, DOD y DHTA, para cada uno de ellos se preguntó si durante el año pasado se realizaron cada una de estas acciones, se elaboró con 10 preguntas de las cuales cuatro de ellas fueron de respuesta dicotómica de sí o no (Apéndice B).

Procedimiento de Recolección de Datos

Previa autorización de las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se solicitó la autorización de la Secretaría de Salud en Tamaulipas (Apéndice C), lo anterior debido a que el estudio se desarrolló con población abierta; se procedió a dar inicio al trabajo de campo, obteniendo el número total de las colonias que correspondieron a cada uno de los AGEB; para tomar solamente una manzana al azar de cada uno de ellos, de esas manzanas se recabó el número total de las viviendas así como el número total de las personas a participar en el estudio, una vez hecho esto se procedió a seleccionar al azar una vivienda, posteriormente se visitó a las personas para aplicar el cuestionario a través de una entrevista directa, se les explicó el objetivo del estudio y se les solicitó la participación mediante la carta de consentimiento informado (Apéndice D), en caso de

que se encontrase más de una persona en el domicilio sin diagnóstico de las enfermedades a estudiar, se seleccionó al azar y se le aplicó el cuestionario uso de acciones preventivas. Para evitar el sesgo de selección de muestra, la información se recolectó en diferentes horas del día, incluyendo los fines de semana para localizar diferentes grupos de población tanto de sexo, como edad y ocupación. Se capacitaron a seis pasantes y cuatro estudiantes de enfermería acerca de cómo realizar la aplicación del cuestionario, de igual forma se les mostró cada uno de los AGEB con sus respectivas colonias y se les proporcionó un mapa de cada uno de ellos así como un croquis de cada colonia, este procedimiento de capacitación duró 30 minutos.

Análisis de Datos

Con la información obtenida se elaboró una base de datos con el paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for the Social Science), SPSS 6.1 (Norusis, 1994); el análisis estadístico fue descriptivo. Se obtuvieron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión, además de las estimaciones de proporciones, se obtuvieron los intervalos de confianza con un 95% (Wayne, 2002).

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud, 1987) en su Título Segundo en lo siguiente: se contó con el dictamen de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería (Artículo 14, Fracción VII); además se inició cuando se obtuvo la autorización por parte de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas (Artículo 14, Fracción VIII). Por tratarse, de una investigación en población abierta se solicitó la aprobación para efectuarlo a las autoridades sanitarias, (Capítulo II, Artículo 29). Se contó con la carta de consentimiento informado por escrito, como lo establece el reglamento (Capítulo I, Artículo 14, fracción V; Artículo 20 y Artículo 21,

fracciones I, IV, VI, VII y VIII) el cual garantizó el anonimato de los sujetos, su participación voluntaria, la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio. Así mismo, se les proporcionó una breve explicación clara y completa sobre el objetivo de la investigación, de igual forma se les aclaró cualquier duda que tuvieran sobre el estudio y se les informó que no obtendrían ningún beneficio directo al contestar el cuestionario. Esta fue una investigación sin riesgo para los sujetos participantes (Capítulo I, Artículo 17, fracción I) ya que no hubo procedimientos invasivos que pusieran en peligro su integridad física dado que el registro de datos se llevó a cabo contestando únicamente un cuestionario.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los principales hallazgos de la investigación, en la primera parte se presentan datos descriptivos de la población. En la segunda parte se presentan los datos de uso de acciones preventivas en forma general; finalmente se presentan los datos en forma estratificada por variables sociodemográficas.

Descripción de la Población

La media de edad de la población estudiada fue de 42.1 años con una desviación estándar de 13.4 años. Un 69.8% correspondió al sexo femenino, mientras que un 80.5% era casado o vivía en unión libre. El 34% contaba con primaria o ninguna escolaridad, fueron empleados y dedicados al hogar un 41.8% y 41.2% respectivamente; y reconocieron contar con seguridad social un 49.1% de la población.

Tabla 1

Uso de Acciones Preventivas

Acción Preventiva	n_i	f	%	IC 95%
DOCMA	222	104	46.8	40, 53
DOC	222	128	57.7	51, 64
DOD	318	131	41.2	36, 47
DHTA	318	233	73.3	68, 78

Fuente: Cuestionario de Uso de Acciones Preventivas

$n = 318$

Respecto al uso de acciones preventivas durante el año anterior se puede observar en la tabla 1 que la DHTA fue usada por el 73.3% de la población, mientras que en las detecciones propias de la mujer el 57.7% de ellas usó la DOC.

Resultados Estratificados

Tabla 2

Uso de Acciones Preventivas según Grupo de Edad

Edad	n_i	DOCMA		DOC		n_i	DOD		DHTA	
		f	%	f	%		f	%	f	%
25 - 45	155	75	48.4	97	62.6	213	73	34.3	149	70.0
46 - 64	54	27	50.0	26	48.1	83	42	50.6	65	78.3
≥ 65	13	2	15.4	5	38.5	22	16	72.7	19	86.4

Fuente: Cuestionario de Uso de Acciones Preventivas

$n = 318$

En la tabla 2 se puede observar que en el caso de las detecciones propias de la mujer los grupos correspondientes a la edad de 25 a 45 y 46 a 64 usaron más estas detecciones. Mientras que en la muestra total el grupo de 46 a 64 años presentó un mayor uso de la DHTA; el grupo de personas ≥ 65 años presentó mayor uso de la DOD y DHTA.

Tabla 3

Uso de Acciones Preventivas según Sexo

Sexo	n_i	DOCMA		DOC		DOD		DHTA	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Hombres	96	0	00.0	0	00.0	37	38.5	62	64.6
Mujeres	222	104	46.8	128	57.7	94	42.3	171	77.0

Fuente: Cuestionario de Uso de Acciones Preventivas

$n = 318$

En la tabla 3 se puede observar que respecto al sexo las mujeres usan la DOD y DHTA un 42.3% y 77% respectivamente, poco más respecto a estas mismas acciones en los hombres.

Tabla 4

Uso de Acciones Preventivas según Servicio de Salud

Servicio de Salud	n_i	DOCMA		DOC		n_i	DOD		DHTA	
		f	%	f	%		f	%	f	%
IMSS	76	40	52.6	43	56.6	110	48	43.6	80	72.7
ISSSTE	34	13	38.2	17	50.0	46	21	45.7	35	76.1
SSA	81	35	43.2	50	61.7	117	39	33.3	83	70.9
PRIVADO	31	16	51.6	18	58.1	45	23	51.1	35	77.8

Fuente: Cuestionario de Uso de Acciones Preventivas

 $n = 318$

En la tabla 4 se observa que el uso de acciones preventivas por instituciones fue similar para cada de ellas, pero para el caso de la DHTA las acciones preventivas se realizan en mayor porcentaje respecto a las acciones preventivas correspondientes a los otros programas.

Tabla 5

Uso de Acciones Preventivas según Escolaridad

Escolaridad	n_i	DOCMA		DOC		n_i	DOD		DHTA	
		f	%	f	%		f	%	f	%
Ninguna	12	5	41.7	4	33.3	19	11	57.9	15	78.9
Primaria	59	22	37.3	33	55.9	89	43	48.3	61	68.5
Secundaria	50	25	50.0	27	54.0	63	21	33.3	52	82.5
Preparatoria o Técnica	57	26	45.6	37	64.9	71	25	35.2	49	69.0
Profesional	44	26	59.1	27	61.4	76	31	40.8	56	73.7

Fuente: Cuestionario de Uso de Acciones Preventivas

 $n = 318$

En la tabla 5 se puede observar que para el caso de las detecciones propias de la mujer son los grupos con escolaridad de preparatoria, técnica y profesional los que usan en mayor proporción la DOC. Mientras que para la DHTA la población la usa en

proporciones similares. Respecto a la DOD los participantes sin escolaridad y con primaria son los que utilizan mayores acciones preventivas.

Tabla 6

Uso de Acciones Preventivas según Ocupación

Ocupación	n_i	DOCMA		DOC		n_i	DOD		DHTA	
		f	%	f	%		f	%	f	%
Labores del hogar	131	55	42	72	55	131	55	42.5	104	79.4
Estudiante	2	0	0	0	0	4	0	0	1	25
Empleado	74	41	55.4	48	64.9	133	50	37.6	95	71.4
Pensionado o Jubilado	2	1	50	1	50	4	4	66.7	5	83.3
Otro	13	7	53.8	7	53.8	44	22	50	28	63.6

Fuente: Cuestionario de Uso de Acciones Preventivas

$n = 318$

En la tabla 6, en ocupación se puede observar que el uso de acciones preventivas en el caso de las detecciones propias de la mujer es parecido en cada ocupación que desempeña la persona. Mientras que en el caso de la DOD y DHTA se observa que las personas que se dedican al hogar y empleados usan en porcentaje similares estas

acciones.

Tabla 7

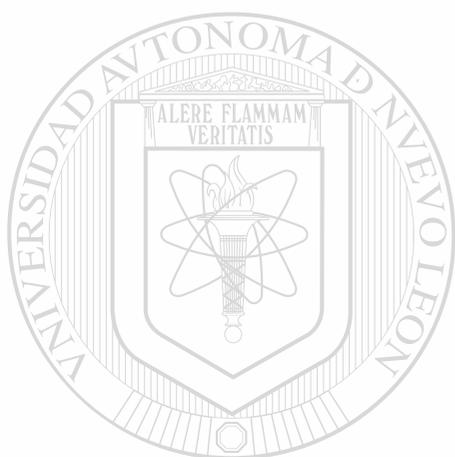
Uso de Acciones Preventivas según Estado Civil

Estado Civil	n_i	DOCMA		DOC		n_i	DOD		DHTA	
		f	%	f	%		f	%	f	%
Soltero	23	7	30.4	6	26.1	34	12	35.3	22	64.7
Casado	151	79	52.3	99	65.6	224	90	40.2	163	72.8
Unión Libre	23	7	30.4	10	43.5	32	12	37.5	22	68.8
Viudo o Divorciado	25	11	44.0	13	52.0	28	17	60.7	26	92.9

Fuente: Cuestionario de Uso de Acciones Preventivas

$n = 318$

Se observa en la tabla 7, que la población femenina casada asiste a realizarse la DOCMA en mayor proporción, situación que es similar en la DOC. Mientras que la DOD y la DHTA se realiza en mayor porcentaje en el grupo que corresponde al estado civil viudo o divorciado.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Capítulo IV

Discusión

En el marco legal mexicano todos tienen derecho a la salud. En el Estado de Tamaulipas como se mencionó anteriormente, más de la mitad de la población es usuaria del régimen de la seguridad social, mientras que el resto es atendido tanto en área asistencial como de salud pública en instituciones privadas y de asistencia social. En la población estudiada, la mitad de ella contaba con algún régimen de seguridad social.

La población efectuó sus acciones preventivas por igual en las diferentes instituciones del sector salud situación que pudiera ser explicada debido a que estos programas de prevención están considerados como prioritarios en el sector salud (Secretaría de Salud, 2001), lo que hace posible la realización de estas acciones en dichas instalaciones, aún sin la correspondiente afiliación. También pudiera influir la disponibilidad de recursos de las instituciones o el acceso a éstas (Casey, Thiede & Klinger, 2001; Schillinger, et al., 2000)

Así, a pesar de que en todas las instituciones del sector salud se puede hacer uso de las acciones preventivas, solo 4 de cada 10 personas se realizaron la toma de muestra de glicemia capilar. En el ámbito nacional se informó que en el año 2000 se realizaron 11 millones de detecciones, es decir, un 20.8% con relación a la población de 20 años y más en el mismo año (Secretaría de Salud, 2001). Esta situación se torna como un foco de alerta ya que por una parte un alto porcentaje de los habitantes tiene afiliación a la seguridad social y por otra parte, tienen fácil acceso a cualquier institución de salud, por ser un programa preventivo prioritario. Además, conocida es la relevancia de los beneficios de esta detección, ya que el identificar oportunamente una enfermedad crónica como la diabetes, tratarla oportuna y adecuadamente, retarda la aparición de sus complicaciones (Secretaría de Salud, 2001).

El uso de la DHTA es poco menor a lo mencionado en población española de cinco municipios con población urbana y rural, todos adscritos a un centro de salud donde el 79.3%, refirió haberse realizado una toma de presión arterial en los últimos dos años (Berraondo et al., 1996). Mientras que en la evaluación efectuada al programa de actividades preventivas y de promoción a la salud (PAPPS) se reportó que para 1999, en personas adscritas a centros de salud españoles el 43% de la población contaba con esta actividad preventiva en forma correcta (Subias et al., 2001). Es necesario entonces, que se tomen medidas al respecto, ya que se ha documentado que la hipertensión se presenta con una prevalencia de riesgo para enfermedades cardiovasculares de 30% en mayores de 20 años (Secretaría de Salud, 2001). La situación se torna reveladora ya que es imprescindible que las instituciones que se encargan de promover la salud realicen su máximo esfuerzo en la búsqueda intencionada de personas con factores de riesgo.

En lo referente a las detecciones propias de la mujer, se ha informado que mujeres con tres diferentes planes de salud se realizan la DOC en un 74%, 65% y 53% (Weisman & Hederson, 2001). Por otra parte, se ha dicho que mujeres de 18 años o más, sin histerectomía y que residen en área urbana, rural cercana y rural más alejada,

reportaron en la encuesta telefónica del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Conducta de 1997, la práctica de esta detección en los pasados tres años en un 85.9%, 82.4% y 81.4%, respectivamente (Casey, Thiede & Klingner, 2001). En tanto, un 43.7% de mujeres españolas adscritas a un centro de salud mencionaron en encuesta telefónica, haberse efectuado el estudio en los últimos dos años (Berraondo et al., 1996), mientras que Subias et al. (2001) documentaron el uso correcto por el 20.1% de la población y en el caso del presente trabajo sólo 5 de cada 10 mujeres, se realizaron la DOC. Vale la pena comentar este punto, el cáncer cérvico uterino es una enfermedad que detectada en sus estadios tempranos, permite llevar tratamientos oportunos para lograr evitar la evolución a etapas avanzadas (Secretaría de Salud, 2002). Es pertinente que se implementen estrategias para el logro de este objetivo, ya se ha dicho que hay

incremento de las tasas de detecciones de cáncer cuando se realizan cambios en la organización tales como uso de visitas programadas para prevención y asignación de equipo no médico para actividades preventivas, así como de involucrar a los pacientes mediante incentivos financieros y avisos recordatorios, lo que hace posible la realización de cambios favorables (Weisman & Hederson, 2001).

Berraondo et al. (1996) reportaron que un 56.8% de mujeres españolas se realizó una mamografía en los últimos dos años, también en España, Subias et al. (2001) reportaron que un 12.3% y 6.6% contaban con mamografía y exploración mamaria respectivamente. Mientras que en población urbana de Estados Unidos se la realizaron en los últimos dos años un 67.6%; en el área rural, un 59.3%; y en las más alejadas, un 59.4% (Casey, Thiede & Klingner, 2001). Así, en tanto que en otros países hacen uso de un recurso diagnóstico como lo es la mamografía, en este trabajo solo se indagó acerca de la exploración física de las mamas por personal de salud. Pero es pertinente señalar que en la legislación respecto a la atención del cáncer mamario refiere que la mamografía es un recurso que se usa en población mayor de 40 años y con presencia de otros factores de riesgo (NOM-014-SSA2).

Es sabido que en México se ha incrementado la esperanza de vida, en el año 2000 el 5% de la población era de 65 años o más. Este grupo, utiliza los servicios de salud cuatro veces más que el resto de la población (PNS, 2001), por lo que es necesario que las acciones preventivas sean un aspecto importante en ellos. En la población estudiada se observó que este grupo de personas usó en mayor proporción tanto la DOC como la DHTA, mientras que en menor las propias de la mujer. Por otra parte el comportamiento que se observó del uso de acciones preventivas por sexo es superior a lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud que investigó acerca del uso de acciones preventivas en el año anterior a la misma, (Olaiz et al., 2003). Esto pudiera ser explicado por el hecho de que en el lugar donde se realizó poco más de la mitad de la población

cuenta con seguridad social, además de que hay fácil acceso a los centros de atención primaria de la Secretaría de Salud.

Si bien, las proporciones de uso encontradas en la población estudiada están por debajo de las reportadas en la literatura, es pertinente señalar que en este trabajo se indagó solo acerca del comportamiento en el año anterior, no del uso correcto de las detecciones para adultos, situación que pudiera explicar la baja utilización de éstas. Además, no se hizo revisión de expedientes clínicos o tarjetas de programas de las instituciones de salud, en donde se registran las acciones médico preventivas que se efectúan al paciente; el dato se obtuvo directamente del interrogatorio al paciente, lo que habría que tomar en cuenta ya que podría influir el olvido de la persona o también el desconocer las acciones que se le realizan.

Es importante mencionar que mientras en otros países los programas preventivos incluyen en sus estándares mínimos otras acciones preventivas (AHRQ, 2002) en México, se ha propuesto la detección integral para la diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad que permite un mejor control metabólico, además de evitar o retardar las complicaciones (Secretaría de Salud, 2001). Se conoce además que en la práctica se envían a estudios de diagnóstico sólo a aquellas personas en las que se les detecta algún signo de alarma.

Si bien, el uso de acciones preventivas por parte de la población es un evento que puede ser reportado con los informes de actividades de las unidades de salud, es importante destacar que este estudio se realizó en población abierta. Situación que toma especial interés ya que incluyó la totalidad de los AGEB de Ciudad Victoria. Estudios como este apoyan de gran manera las políticas de salud en el país, ayudando a localizar focos de alerta en los diferentes programas preventivos en donde se tengan que implementar estrategias como la búsqueda intencionada de personas enfatizando en estilos de vida y cambios de conducta, tratando de reducir así el riesgo y logrando con ello la salud de la población.

Conclusiones

En forma general los resultados de esta investigación nos proporcionan evidencia para decir que la población usa las acciones preventivas de un 41.2% a un 73.3%.

En las detecciones propias de la mujer los grupos de mujeres más jóvenes usan más estas detecciones.

Las mujeres usan más que los hombres la DOD y la DHTA en un 42.3 y 77% respectivamente.

El uso de acciones preventivas por instituciones de salud es muy similar para cada una de estas.

Las mujeres con escolaridad de preparatoria o técnica usan en mayor proporción la DOC en un 64.9% y las de ninguna escolaridad usan la DHTA en un 78.9%.

Los Pensionados o Jubilados usan más la DOD en un 66.7% y la DHTA en un 83.3% más que el resto de las ocupaciones.

Recomendaciones

En el área de la investigación se recomienda:

Desarrollar estudios que permitan identificar la disponibilidad de recursos y barreras de acceso en las instituciones de salud.

Desarrollar proyectos de investigación enfocados al uso de acciones preventivas en los diferentes grupos de edad, especialmente los de riesgo.

Realizar proyectos de investigación evaluativa de los diferentes programas preventivos.

En el área de la salud se recomienda:

Búsqueda intencionada de personas con factores de riesgo para diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Implementación de estrategias para mejorar el uso de la DOC y DOCMA.

Referencias

- Agency for healthcare research and quality [AHRQ] (2002). *Put prevention into practice. A step by step guide to delivering clinical preventive services: a systems approach*. USA: Third Edition.
- Berraondo, I., Alkiza, M., Santacoloma, I., Calvo, A., Tapiz, V., Bergera, A., et al. (1996). Conocimiento de la utilización de prácticas preventivas a través de la encuesta telefónica. *Atención Primaria*, 18, 131-135.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C. & Oviedo, J. (1997). Del “cuánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 39, 442-450.
- Casey, M., Thiede, K. & Klinger, J. (2001). Are rural residents less likely to obtain recommended preventive healthcare services. *American Journal of Preventive Medicine*, 21, 182-188.
- Frenk, J. (1985). Concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27, 438-459.
-
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2000). *Anuario estadístico del Estado de Tamaulipas*. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. México DF.
- Lastao, L., Regidor, E., Calle, M., Navarro, P. & Dominguez, V. (2001). Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los Servicios Sanitarios en España. *Salud Pública de España*, 75, 115-128.
- Lew, A., Moskowitz, J., Ngo, L., Wismer, B., Wong, J., Ahn, Y., et al. (2003). Effect of provider status on preventive screening among Korean-American women in Alameda County, California. *Preventive Medicine*, 36, 141-149.

- Martín, L., Leff, M., Calonge, N., Garret, C. & Nelson, D. (2000). Validation of Self – Reported Chronic Conditions and Health Services in a Managed Care Population. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 215-218.
- Norusis, M. J. (1994). *SPSS 6.1*. SPSS. Chicago Illinois USA.
- Norma Oficial Mexicana [NOM-014-SSA2] (1994). *Secretaría de Salud*. México. Porrúa
- Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., Shamah, T., Cravioto, P., López, P., et al. (2003). *Encuesta Nacional de Salud*. Tomo 2. La Salud de los Adultos. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Polit, H. & Hungler, B. (1999). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. (6a. ed.) México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Rodríguez, B. & Martín, G. (1999). Variabilidad de los recursos en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 23, 110-115.
- Rosenstock, I. (1992). Por qué la gente utiliza los servicios de salud. Editores White., Frenk. Ordóñez. Paganini. Starfield. *Investigación sobre Servicios de Salud una Antología*. 405-424. Washington. E.U.A.
- Schillinger, J., Craig, A., Austin, D., Jack, L., Heumann, M., Moore, J., et al. (2000). Health care reform in Oregon: The impact of the Oregon Health Plan on utilization of mammography. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 11-17.
- Secretaría de Salud. (2001-2002). *Estadísticas del Sistema Nacional de Salud*. México DF. Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Salud. (1987). *Ley General de Salud en materia de investigación de salud*. México: Porrúa.
- Secretaría de Salud (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Diario Oficial. México.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa acción: diabetes mellitus*. Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa acción: enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial*. Secretaría de Salud. México.

Secretaría de Salud. (2002). *Programa acción: cáncer cérvico uterino*. Secretaría de Salud.

México.

Secretaría de Salud. (2002). *Programa acción: cáncer de mama*. Secretaría de Salud. México.

Servicios de Salud de Tamaulipas. (1999) *Plan Estatal de Salud*. Servicios de Salud de

Tamaulipas.

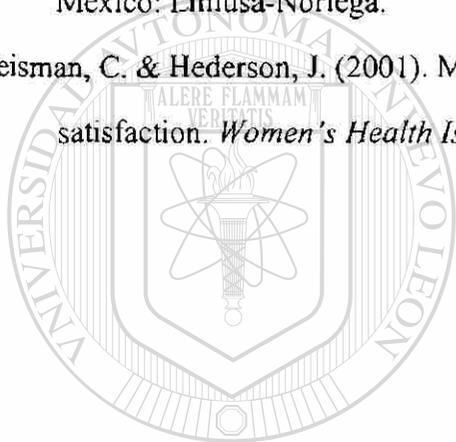
Subias, P., Bauza, K., Casanovas, E., García, J., Iglesias, M., Jiménez, J., et al. (2001).

Evaluación del PAPPS. *Atención Primaria*, 28 (supl 2), 15-21.

Wayne, D. (2002). *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud* (3ª ed.).

México: Limusa-Noriega.

Weisman, C. & Hederson, J. (2001). Managed care and women's care, preventive services, and satisfaction. *Women's Health Issues*, 11, 201-215.

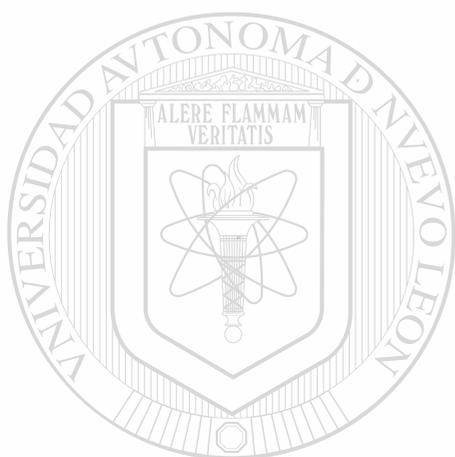


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





Apéndices
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Apéndice A

Distribución de la Muestra por Áreas Geográficas

Número	AGEB	Población de 25 años o más	% de la población del AGEB en relación al total de la población	<i>n</i>
1	043-5	4866	3.3	10
2	044-A	3026	2.1	6
3	046-9	862	1	3
4	047-3	1103	1	3
5	048-8	1784	1.2	4
6	049-2	1674	1.1	3
7	051-A	478	0.3	1
8	052-4	275	0.1	1
9	053-9	1447	1.0	3
10	054-3	2186	1.5	4
11	055-8	1582	1.1	3
12	056-2	2722	1.9	6
13	057-7	336	0.2	1
14	058-1	949	1	3
15	060-9	1038	1	3
16	061-3	528	0.3	1
17	062-8	1163	1	3
18	067-0	1850	1.2	4
19	068-5	1157	1	3
20	069-A	1138	1	3

Número	AGEB	Población de 25 años o más	% de la población del AGEB en relación al total de la población	<i>n</i>
21	070-2	2118	1.4	
22	072-1	762	0.5	1
23	073-6	1755	1.2	4
24	074-0	999	1	3
25	075-5	724	0.5	1
26	076-A	913	1	3
27	077-A	1553	1	3
28	078-9	1891	1.3	4
29	079-3	2221	1.5	4
30	080-6	1652	1.1	3
31	081-0	843	0.5	1
32	082-5	1148	1	3
33	083-A	1068	1	3
34	084-4	1775	1.2	4
35	085-9	1364	1	3
36	086-3	1090	1	3
37	087-8	1037	1	3
38	088-2	1411	1	3
39	089-7	1173	1	3
40	090-A	1330	1	3

Número	AGEB	Población de 25 años o más	% de la población del AGEB en relación al total de la población	n
41	091-4	1911	1.3	4
42	092-9	2004	1.4	4
43	093-3	1388	1	3
44	094-8	1333	1	3
45	095-2	539	0.3	1
46	096-7	1752	1.2	4
47	097-1	2264	1.5	4
48	098-6	1587	1	3
49	099-0	1478	1	3
50	100-5	3752	3.0	9
51	101-A	2063	1.4	4
52	102-4	1483	1	3
53	103-9	1715	1	3
54	104-3	2289	1.5	4
55	105-8	2421	2.0	6
56	106-2	1539	1	3
57	107-7	2276	1.5	4
58	108-1	2424	2.0	6
59	109-6	1670	1	3
60	110-9	1560	1	3

Número	AGEB	Población de 25 años o más	% de la población del AGEB en relación al total de la población	<i>n</i>
61	111-3	2018	1.4	4
62	112-8	913	1	3
63	113-2	806	0.5	1
64	114-7	577	0.4	1
65	115-1	1318	1	3
66	116-6	986	1	3
67	117-0	1476	1	3
68	118-5	440	0.3	1
69	119-A	566	0.3	1
70	120-2	694	0.4	1
71	121-7	521	0.3	1
72	122-1	700	0.4	1
73	123-6	1320	1	3
74	124-0	331	0.2	1
75	127-4	1500	1	3
76	128-9	1125	1	3
77	129-3	848	0.5	1
78	130-6	1097	1	3
79	131-0	206	0.1	1
80	132-5	1394	1	3

Número	AGEB	Población de 25 años o más	% de la población del AGEB en relación al total de la población	n
81	134-4	1790	1.2	4
82	136-3	1351	1	3
83	137-8	374	0.2	1
84	155-6	146	0.1	1
85	156-0	1281	1	3
86	157-5	532	0.3	1
87	158-A	269	0.1	1
88	159-4	158	0.1	1
89	160-7	140	0.09	1
90	161-1	796	0.5	1
91	163-0	323	0.2	1
92	164-5	135	0.09	1
93	170-0	105	0.07	1
94	171-4	16	0.01	1
95	174-9	2396	2	6
96	175-3	1902	1.3	4
97	176-8	294	0.2	1
98	177-2	616	0.4	1
99	178-7	1316	1	3
100	179-1	1356	1	3

Número	AGEB	Población de 25 años o más	% de la población del AGEB en relación al total de la población	n
101	180-4	712	0.4	1
102	181-9	1653	1	3
103	182-3	273	0.1	1
104	183-8	1137	1	3
105	184-2	1204	1	3
106	185-7	137	0.09	1
107	186-1	477	0.3	1
108	187-6	537	0.3	1
109	188-0	21	0.01	1
110	189-5	282	0.1	1
111	190-8	437	0.3	1
112	191-2	142	0.09	1
113	192-7	1588	1	3
114	193-1	2180	1.5	4
115	194-6	472	0.3	1
116	195-0	2273	1.5	4
117	196-5	673	0.4	1
118	197-A	184	0.1	1
119	198-4	47	0.03	1
120	199-9	130	0.09	1
TOTAL	120	143,130	102.97	318



TAMAULIPAS
GOBIERNO DEL ESTADO

Apéndice C

Carta de Autorización de la Secretaría de Salud de Tamaulipas

Cd. Victoria, Tam. Diciembre del 2003



LIC. ENF. MARIA GUADALUPE VAZQUEZ TREVIÑO
PRESENTE

Por este conducto me es grato informarle que el estudio de investigación titulado "Uso de acciones preventivas por la población de Cd. Victoria Tamaulipas" ha sido evaluado por el Comité Estatal de Investigación en Salud, quien ha dictaminado su aprobación para que sea llevado a efecto.

No omito recordarle que una vez concluido el estudio, haga llevar al Comité evaluador sus resultados.

Sin otro asunto en particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION.
EL SECRETARIO DE SALUD EN EL ESTADO Y
DIRECTOR GENERAL DEL O.P.D.


DR. HECTOR LOPEZ GONZALEZ

RRN'RAR'cecc*

Secretaría de Salud.
Servicios de Salud de Tamaulipas.
Depto. de Enseñanza e Investigación en Salud.
Palacio Federal 3er. Piso C.P. 87000
Cd. Victoria, Tamaulipas,
(834) 312-96-11 y 315-15-38 ext. 230
www.tamaulipas.gob.mx



Apéndice D

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Carta de Consentimiento Informado

Entiendo que la Lic. María Guadalupe Esmeralda Vázquez Treviño está realizando un estudio para conocer si las personas usamos constantemente las acciones preventivas de salud. Este estudio es requisito para que ella obtenga su grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

La Licenciada solicita mi participación voluntaria, donde será necesario que yo responda un cuestionario sobre el uso de acciones preventivas; así como decir algunos de mis datos personales (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación e institución de salud a la que pertenezco).

Me ha explicado que no existirán procedimientos riesgosos que pongan en peligro mi integridad física, se me ha dicho que no voy a obtener ningún beneficio directo al contestar el cuestionario, así mismo se me ha informado que tengo la libertad de retirarme, si al momento de contestar el cuestionario no estoy de acuerdo con lo que se pregunta.

Me ha dicho también que los datos que yo le proporcione serán confidenciales, sin haber la posibilidad de identificación individual.

Conociendo todo esto, estoy de acuerdo en participar y doy mi consentimiento para ello.

Firma del Participante

Fecha

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Lic. María Guadalupe Esmeralda Vázquez Treviño

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Salud Comunitaria

Tesis: USO DE ACCIONES PREVENTIVAS POR LA POBLACIÓN DE CIUDAD
VICTORIA TAMAULIPAS

Área de Estudios: Salud Comunitaria

Biografía:

Nacida en San Luis Potosí, el 20 de Diciembre de 1977, hija del Sr. José Ángel Vázquez Herrera y la Sra. María Elvia Treviño Reyna.

Educación:

Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería en 1999 de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Experiencia Docente:

Docente de horario libre en la Facultad de Enfermería Victoria de la Universidad Autónoma de Tamaulipas del 2001 a la fecha. Actualmente es docente de enseñanza clínica con la materia de Prácticas Profesionales de Enfermería Comunitaria.

E – mail:

maguvat@hotmail.com.mx, mgevazquez@yahoo.com.mx.

