



Universidad Michoacana de San
Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

División de estudios de Posgrado

Maestría en Enfermería

**RELACIÓN DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO Y
VULNERABILIDAD AL RIESGO DE CONTRAER CÁNCER
DE ÚTERO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL**

TESIS

Que para obtener el grado de Maestra en Enfermería con
terminal en Salud Reproductiva

Presenta:

L.E. Xochitl Estrella Garza Valverde

Asesora:

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Coasesora:

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Morelia, Michoacán

diciembre 2023



Universidad Michoacana de San
Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

División de estudios de Posgrado

Maestría en Enfermería

RELACIÓN DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO Y VULNERABILIDAD

AL RIESGO DE CONTRAER CÁNCER DE ÚTERO EN MUJERES

EN EDAD FÉRTIL

TESIS

Que para obtener el grado de Maestra en Enfermería con
terminal en Salud Reproductiva

Presenta:

L.E. Xochitl Estrella Garza Valverde

Asesora:

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Coasesora:

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Morelia, Michoacán

diciembre 2023

Directorio

M.E. Renato Hernández Campos

Director

M.E. Angélica Salazar Mendoza

Secretaria Académica

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Coordinadora de la Maestría en Enfermería

Mesa Sinodal

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla
Presidenta

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo
Vocal 1

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar
Vocal 2

Dr. José Luis Cira Huape
Vocal 3

Dra. Teresa Silvia Tinoco Zamudio
Vocal 4

Acta de revisión

La Dra. Vanesa Jiménez Arroyo, Profesora e Investigadora de tiempo completo adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Certifica

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado **“Relación de conductas de autocuidado y vulnerabilidad al riesgo de contraer cáncer de útero en mujeres en edad fértil”** elaborado por la L.E. Xochitl Estrella Garza Valverde, mismo que presenta para la obtención de grado de Maestra en Enfermería con terminal en Salud Reproductiva en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo
Profesora e Investigadora
Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

Dra. Mayra Itzel Huerta
Baltazar
Profesora e Investigadora
Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

Dr. José Luis Cira
Huape
Profesor e Investigadora
Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

Dra. Josefina Valenzuela
Gandarilla
Profesora e Investigadora
Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

Dra. Teres Silvia Tinoco
Zamudio
Profesora de la Facultad
de Enfermería

Dedicatoria

Todo el esfuerzo y el tiempo que me han llevado al logro de este desarrollo profesional académico está dedicado a mis hijos por su comprensión de que todo sacrificio tiene recompensas y por ellos doy todo.

A mis padres, Javier Garza Ortiz y Ma. Del Carmen Valverde por enseñarme a valerme por mi sola. A mi madre por sus correcciones justificadas al educarme, por su amor incondicional y paciencia para ayudarme con mis hijos ahora sus hijos nietos. ellos mis padres, por inculcar en mí el deseo de trascender profesionalmente sino dejando un buen ejemplo para mis hijos y mis hermanos, gracias a su apoyo y cariño aun cuando he fallado y hoy me permitieron llegar hasta aquí.

A mí esposo, por su paciencia y comprensión quien ejerce eficientemente su rol en nuestro hogar por su apoyo y todo su amor.

A mis hermanos, por vernos como competidores para ver quien sigue sobresaliendo profesionalmente por su apoyo y saber escúchame.

A mi mejor amiga, mi persona favorita, ella quien cree que todo lo puedo y me apoya contra todo pronóstico. Mis amigos, mis confidentes, porque lo logre con su apoyo, sus consejos y cariño. A mis compañeros de la maestría que se convirtieron en mis amigos y me abrieron su corazón y su confianza.

Y a mi persona, porque a lo largo del trayecto he aprendido tanto gracias a todos los que se han cruzado en mi camino por que también creo que nada es casualidad y me han fortificado para superarme hoy doy **Gracias!**

Agradecimientos

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo que a través de los diversos programas educativos permiten la preparación continúa de los profesionistas.

A las autoridades de la Secretaria de Salud de Michoacán ya que brindaron las facilidades para realizar el estudio en sus diferentes módulos de atención favoreciendo acciones de cuidado que permitan fortalecer estrategias de atención en salud reproductiva y particularmente en las mujeres con riesgo potencial o enfermedad diagnosticada de cáncer cérvico uterino.

Por último, reconocer y agradecer a las mujeres que contribuyeron a realizar la presente investigación con su participación activa y solidaria.

Resumen

Introducción: El cáncer cérvico uterino es una enfermedad con una larga historia natural por lo que ofrece múltiples oportunidades de intervención a lo largo de la vida de la mujer mediante estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria junto a un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los casos incluyendo el acceso a cuidados paliativos (OPS, 2022). Dentro de las neoplasias con mayor número de defunciones en mujeres, el cáncer de mama y el cuello uterino en conjunto representan el 25% de todas las defunciones por cáncer en mujeres.

Objetivo: Establecer la relación de conductas de autocuidado y vulnerabilidad al cáncer de cuello de útero en mujeres en edad fértil. **Metodología:** enfoque cuantitativo, diseño correlacional, transversal y no experimental. Muestra probabilística aleatoria simple, participaron 320 a mujeres en edad fértil que acudieron a un módulo de atención de la Secretaria de Salud en el Estado de Michoacán. Como instrumentos se utilizaron el instrumento que mide la vulnerabilidad al papiloma virus humano (VPH) de Sepúlveda Carrillo y otros elaborado en el año 2012 y el instrumento de medición denominado escala de autocuidado que fue elaborada por Anabel Gonzales y Cols en el año 2017.

Resultados: Existe una relación moderada significativa en las cuatro variables de vulnerabilidad y la conducta de autocuidado que ejecutan las mujeres en edad fértil y el comportamiento sexual con los conocimientos de prevención se relaciona de forma significativa. **Conclusión:** Se acepta la hipótesis de que existe la relación de conducta de autocuidado y vulnerabilidad de contraer cáncer de cuello de útero en mujeres en edad fértil, se refiere un autocuidado regular debido a la conducta de la mujer de no atender las propias necesidades y por ende la falta de tolerancia al afecto positivo y en cuanto a las preguntas de riesgo de vulnerabilidad la respuesta fue acertada y en este sentido se refleja que la mayoría de las mujeres tiene temor de saber su diagnóstico aunque sea favorable y por ello, refieren no acudir al tamizaje.

Palabras clave: Cáncer, vulnerabilidad, autocuidado

Abstract

Introduction: Cervical cancer is a disease with a long natural history, so it offers multiple opportunities for intervention throughout women's lives through effective primary and secondary prevention strategies together with adequate diagnostic and therapeutic management of cases, including access to palliative care (PAHO, 2022) and among the neoplasms with the highest number of deaths in women, breast and cervical cancer together accounted for 25% of all cancer deaths in women.

Objective: To establish the association of self-care behaviors and vulnerability to cervical cancer in women of childbearing age. **Methodology:** quantitative approach, correlational, cross-sectional and non-experimental design. Simple random probability sample, 320 women of childbearing age who attended a care module of the Ministry of Health in the State of Michoacán participated, the instruments used

were the instrument that measures vulnerability to human papillomavirus by Sepúlveda Carrillo and others developed in 2012 and the measurement instrument called Self-Care Scale was developed by Anabel Gonzales et al. in 2017. **Results:** There is a significant moderate relationship in the four variables of vulnerability and self-care behavior performed by women of childbearing age and sexual behavior with prevention knowledge is weakly but significantly related. **Conclusión:** The hypothesis that there is a relationship between self-care behavior and vulnerability of contracting cervical cancer in women of childbearing age refers to regular selfcare due to the woman's behavior of not attending to her own needs and therefore the lack of tolerance to positive affection is not rejected. And as for the questions of vulnerability risk, the answer was correct and in this sense it is reflected that most women are afraid to know their diagnosis even if it is favorable and therefore report not going to screening.

Keywords: Cancer, vulnerability, self-ca

Índice de tablas

Tabla	Titulo	Pagina
1	Relación Entre las Variables Conductas de Autocuidado y Riesgo de Vulnerabilidad en Subes cala de Conocimientos de Transmisión	39
2	Relación entre la variable conductas de autocuidado y riesgo de vulnerabilidad en Subescala de la Variable conocimiento de Prevención	41
3	Relación Entre las Variables Conductas de Autocuidado y Riesgo de Vulnerabilidad en Subescala de comportamiento sexual	35
4	Edad de las participantes del estudio	42
5	Condición de la participante en relación a su pareja	43
6	En donde ha vivido la mayor parte de su vida	44
7	Tiempo de permanencia en México	38
8	Con quien (es) que vive	45
9	Ocupación u actividad laboral	46
10	Tipo de seguridad social	46
11	Medidas de tendencia central y correlación de factores de autocuidado	47
12	En caso de haber tenido relaciones sexuales ¿acostumbra usar alguna forma de protección? Especifique (por qué usa protección)	47
13	¿Considera que usted puede estar en riesgo de contraer el Virus del Papiloma Humano?	48
14	¿Se considera vulnerable al Virus del Papiloma Humano?	48
15	Correlación de variables de autocuidado con las variables de comportamiento sexual, conocimiento de trasmisión y conocimiento de prevención.	49
16	Resultados correlación entre variables autocuidado y vulnerabilidad de riesgo de VPH	50

Índice

Introducción	
Capítulo 1	
I. Justificación	2
II. Planteamiento Del Problema.....	5
III. Objetivos	8
3.1 Objetivo General	8
3.2 Objetivos Específicos	8
IV. Hipótesis	9
Capítulo II	
V. Marco Teórico.....	11
5.1 Cáncer cervico uterino	11
5.2 Vulnerabilidad	17
5.3 Sustento normativo y epistémico	20
5.4 Macroteoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem.....	22
5.5 Triangulación epistemológica	27
Capítulo III	
VI. Material y métodos	29
6.1 Tipo de estudio	29
6.2 Limites de espacio	30
6.3 Población	30

6.4	Muestra	30
6.5	Variables	31
6.6	Instrumento	31
6.7	Procedimiento	32
6.8	Prueba piloto	32
6.9	Análisis estadístico.....	33
6.10	Recursos de investigación.....	33
6.11	Cronograma.....	34
6.12	Difusión.....	34
6.13	Consideraciones éticas	34
6.14	Limitaciones metodológicas	36
Capítulo IV		
VII.	Resultados	38
VIII.	Discusión.....	50
IX.	Conclusiones	52
X.	Sugerencias.....	54
XI.	Referencias Bibliográficas	55
XII.	Anexos	58
	Escala de autocuidado y vulnerabilidad al CaCu	59
	Oficios de aprobación de la investigación	65
	Recursos de la investigación	66
	Cronograma	67
XIII	Apendices.....	68
	Definición conceptual y operativa, dimensiones e indicadores	69
	Operacionalización de variables descriptivas.....	70

Consentimiento informado71

Introducción

La presente investigación versa respecto a la importancia de la relación de las conductas de autocuidado y la vulnerabilidad para evitar el riesgo de contraer el cáncer cervicouterino (CaCu) en mujeres en edad fértil.

Lo anterior, derivado de la alta incidencia de morbi mortalidad a nivel regional, nacional e internacional y en consideración a que la profesión de enfermería tiene un objetivo importante dentro del campo de acción por lo que actualmente, se ha reconocido importantemente las intervenciones de promoción, prevención y diagnóstico temprano de factores de vulnerabilidad; así como conductas de autocuidado para la salud y en particular, en las condiciones crónico degenerativas como el cáncer que desde el primer nivel de atención pueden ser fácilmente prevenibles incidiendo en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y evidenciando la calidad de la atención de enfermería.

Bajo el contexto antecedente es menester recordar que la conducta de autocuidado es primordial en toda la población para evitar aparición y cronicidad de enfermedades por lo que se tiene el reto de incidir en estas prácticas que permitan en lo particular a las mujeres en edad fértil la toma de decisiones para solicitar información y atención en las unidades de salud con los integrantes del mismo, de acuerdo a sus necesidades para poder intervenir en la prevención, promoción y llevar a cabo la detección o tamizaje de la citología convencional para el diagnóstico.

Consecuentemente la investigación está constituida por una justificación en donde se describen algunos datos estadísticos y antecedentes del estudio, que muestran la importancia del mismo, enseguida se describe la problemática y se formula la pregunta de investigación, posteriormente el marco teórico conceptual en el cual se abordan los elementos fisiopatológicos del CaCu, así como los elementos característicos referentes a la vulnerabilidad de contraer la enfermedad y la descripción general de la teoría de Autocuidado de Dorotea E. Orem la cual, fungió como sustento epistémico a esta

investigación, seguida de la hipótesis, los objetivos de la investigación y la metodología empleada para la realización del estudio.

Se tiene el apartado de resultados, conclusiones y sugerencias para culminar con apartado de anexos y apéndices.

Por último, está investigación contribuye a la línea de investigación de la facultad de enfermería cuidado innovador para la salud de la población CA – UMSNH – 296.

Capítulo I

I. Justificación

En el año 2012, más de 83,000 mujeres fueron diagnosticadas de CaCu y casi 36,000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas. La elevada carga de enfermedad del CaCu en las Américas, representa un problema de salud pública de primer orden que debe ser abordado mediante una estrategia integral e inter programática (salud sexual y reproductiva, salud en adolescentes, inmunización y control).

El CaCu es una enfermedad con una larga historia natural por lo que ofrece múltiples oportunidades de intervención a lo largo de la vida de la mujer mediante estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria junto a un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los casos, incluyendo el acceso a cuidados paliativos (OPS, 2022).

En México en el año 2013 ocurrieron en el país 269,332 defunciones en mujeres mexicanas de las cuales, las incidencias de los tumores malignos representaron el 13.8% de las muertes en mujeres lo que representa 37,361 casos. Dentro de las neoplasias con mayor número de defunciones en mujeres, el cáncer de mama (CaMa) y el CaCu en conjunto representaron el 25% de todas las defunciones en mujeres "1 de cada 10 muertes por cáncer en mujeres mexicanas es debida a cáncer de cuello uterino". Desde el año 2006 el CaCu es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente, se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres de acuerdo a lo reportado en la Secretaria de salud (2022).

En Michoacán para el año 2021, se reportaron 86 defunciones por CaCu con una morbilidad con diagnósticos por detecciones de displasias leve o moderada de 586 usuarias, displasia severa cáncer insitu 48 y tumor maligno del cuello del útero con 41 usuarias diagnosticadas (SEED/SS, SINBA 2021).

"México es el país con la mortalidad más alta por cáncer de cuello uterino dentro de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos"

En el año 2013, se registraron 3,784 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 7.0 defunciones por 100,000 mujeres. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,771 defunciones con una tasa cruda de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59.03 años (Secretaría de salud 2022).

El CaCu es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia estimada de 604,000 nuevos casos y 342,000 muertes en el año 2020. En torno al 90% de los nuevos casos y muertes en el ámbito mundial en 2020 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. Existen dos tipos de virus de los papilomas humanos (tipos 16 y 18) que provocan casi el 50% de las lesiones precancerosas del cuello uterino de gran malignidad. Los virus del papiloma humano (VPH) se transmiten principalmente por contacto sexual y la mayoría de las personas se infectan poco después de iniciar su actividad sexual. Más del 90% consiguen eliminar la infección, las mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tienen seis veces más probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino que las mujeres sin VIH.

La vacunación contra los virus del papiloma humano VPH y el cribado y tratamiento de las lesiones precancerosas es una forma eficaz que tiene bajo costo y previene el CaCu y se puede curar si se diagnostica en una etapa temprana y se trata con prontitud.

El control integral del CaCu consiste en la prevención primaria (vacunación contra los PVH), secundaria (detección y tratamiento de las lesiones precancerosas) y terciaria (diagnóstico y tratamiento del CaCu invasivo) y los cuidados paliativos. En las mujeres con un sistema inmunitario normal, el cáncer de cuello uterino tarda en aparecer de 15 a 20 años. En las mujeres con un sistema inmunitario debilitado, como las que tienen una infección por VIH no tratada, puede tardar solo de 5 a 10 años.

Actualmente, existen cuatro vacunas precalificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que protegen contra los tipos de VPH 16 y 18, causantes de al menos el 70% de los cánceres de cuello uterino. La vacuna nonavalente protege contra otros cinco tipos adicionales de VPH oncogénicos, que causan otro 20% de los cánceres de

cuello uterino. Dos de las vacunas también protegen contra los tipos 6 y 11, causantes de verrugas anogenitales.

Los ensayos clínicos y la vigilancia posterior a la comercialización han demostrado que las vacunas contra los VPH son seguras y eficaces en la prevención de la infección por VPH, las lesiones precancerosas de gran malignidad y el cáncer invasivo. Las vacunas contra los VPH funcionan mejor si se administran antes de la exposición a tales virus por tanto, para prevenir el cáncer de cuello uterino la OMS recomienda vacunar a las niñas de 9 a 14 años, cuando la mayoría de ellas no han iniciado la actividad sexual.

Algunos países han iniciado a vacunar también a niños varones, ya que la vacunación previene igualmente cánceres masculinos debidos a los VPH la vacunación contra los VPH no sustituye las pruebas de cribado del cáncer de cuello uterino. En los países en que se introduce la vacunación contra los VPH, se necesitan programas de cribado entre la población para detectar y tratar lesiones precancerosas y cancerosas del cuello uterino para reducir la incidencia de ese cáncer y las muertes que provoca.

La Asamblea de la Salud adoptó la Estrategia mundial para acelerar la eliminación del CaCu como Problema de Salud Pública, en la que se establece que en un país se ha eliminado el cáncer de cuello uterino cuando la incidencia es inferior al umbral de 4 casos por 100,000 mujeres al año. Con el fin de alcanzar ese umbral, para finales del siglo XXI, la OMS ha fijado las metas «90-70-90», que deberán alcanzarse para 2030 y mantenerse el 90% de las niñas totalmente vacunadas contra los VPH antes de los 15 años; el 70% de las mujeres examinadas mediante una prueba de alta precisión antes de los 35 años y de nuevo antes de los 45 años; y el 90% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino reciben tratamiento (el 90% de las mujeres con lesiones precancerosas reciben tratamiento y el 90% de las mujeres con cáncer invasivo reciben la atención pertinente).

La Organización colabora con países y asociados para elaborar y aplicar programas integrales que estén en consonancia con la estrategia mundial, sobre la prevención y el control del cáncer de cuello uterino mediante la vacunación, el cribado y el manejo del cáncer invasivo (OMS, 2022).

II. Planteamiento del problema

El CaCu es un problema de salud pública; es la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina. Cada año 500,000 casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo. En el año 2001, el 11.7% de todas las neoplasias en las mujeres correspondieron a CaCu.

La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollar CaCu en virtud de que cada año se reportan 68,000 casos nuevos. Estudios comparativos de las tasas de mortalidad por esta patología, señalan que tasas más altas corresponden a Chile y México.

El Sistema Nacional de Salud Mexicano brinda atención médica aproximadamente a 9,000 casos de CaCu invasor y se registran 4,000 muertes anualmente. La Detección Oportuna del Cáncer (DOC), mediante la prueba de citología vaginal con técnica de Papanicolao, desde 1974 en México, sigue siendo una de las principales herramientas de diagnóstico oportuno sin embargo, en México ha sido difícil establecer y mantener un programa de tamizaje efectivo.

El hecho de que gran parte de estos casos de CaCu se desarrollen en mujeres de escasos recursos o que tienen un acceso limitado a los servicios de salud, muchas de ellas no se hacen la prueba de citología vaginal que es la más conocida para detectar el CaCu.

Las razones son variadas, entre las que destacan el hecho de que no han sido suficientemente informadas acerca de los beneficios para su salud lo cual, es un indicador que la información del programa de la DOC no ha permeado lo suficiente en las mujeres y sus parejas.

Otra variable detectada es el no tener acceso a los centros de salud o que han tenido experiencias negativas con el médico u otros profesionales de salud que los atendió. También hay que considerar la educación y la formación familiar que han recibido, la cual, no les permite sopesar la importancia de esta prueba.

Otro aspecto a considerar es que la mayoría de las mujeres, da absoluta prioridad a la salud de su familia por sobre la propia, tiene miedo de la opinión o reacción de su pareja, quien puede prohibirle que vaya al ginecólogo.

La “prueba del cáncer” es una experiencia que las mujeres viven solas, pero que en su mayoría no desean vivirla así ya que ello implica mostrar la parte más íntima de su cuerpo a otros, aun considerando que sea su pareja o familiar cercano, no es una experiencia que se viva sin sentimientos de vergüenza fuera de los contextos permitidos a plena luz del día. Estos sentimientos se relacionan con los procesos de socialización que van configurando la formación de las identidades de género.

El cuerpo censurado y controlado en la mayoría de los espacios de la vida cotidiana, es una vivencia que repercute en las dificultades para acudir a la prueba de citología y posiblemente en las campañas de DOC. La misma puede ser en dos sentidos, agudizando el miedo al resultado y con ello las dificultades para acudir a la detección o bien, en el otro sentido, motivando la práctica de manera frecuente. Esto en gran medida dependerá del nivel de educación de cada mujer y la comprensión de esta situación. (Hidalgo, 2006).

El tener estudios profesionales no es un factor para acudir a la prueba como habría de esperarse, así como en mujeres menores de 34 años que no acuden a la realización de la detección oportuna de cáncer. El aspecto socioeconómico no es considerado una barrera para su realización, ni así los aspectos psicológicos y cognoscitivos que son las principales barreras presentes en mujeres que no acuden a la detección oportuna de cáncer cervicouterino (Farfán et al 2004 p,123).

En situaciones concretas de la vida, el objeto del autocuidado es conocer y cumplir con los requisitos de autocuidado existentes o emergentes, las regulaciones que contribuyen a la vida, la salud y el bienestar.

Se identifican dos tipos de requisitos de autocuidado, a saber, los requisitos esenciales duraderos y los requisitos específicos de la situación; los requisitos esenciales duraderos son la regulación del funcionamiento y desarrollo humano durante todas las etapas del ciclo de vida, los cambios en los requisitos serían un aumento o disminución

en el número o la frecuencia con la que se deben cumplir los requisitos de autocuidado y los valores a los que se deben cumplir, se reflejarían en un aumento o disminución de los poderes o su estabilización.

Los cambios en el número o los tipos de requisitos de autocuidado o sus valores cualitativos y cuantitativos, o los cambios en la adecuación de la agencia de autocuidado, están asociados con los efectos de factores condicionantes básicos como la edad, el género, el estado de desarrollo, el estado de salud, la orientación sociocultural, los factores ambientales, la disponibilidad y adecuación de los recursos, el sistema familiar, el sistema de atención médica y el patrón de vida.

Actualmente, se cuenta con metas de detecciones y tamizajes establecidas para la prevención diagnóstico y tratamiento de esta patología de las que se tiene baja cobertura teniendo establecidas para 2021 de citologías en Michoacán de 46,025 detecciones de estas para la jurisdicción 1 Morelia son 18,836 y de las cuales solo se realizaron 716 detecciones con una alcance del 2 % y detecciones de virus de papiloma humano con una meta en el estado de 93,012 de las cuales se solicitó una meta de 4,800 detecciones en jurisdicción 1 Morelia de las cuales se realizaron 3,690 con una cobertura de 77%.

Tomando en cuenta que, el estado cuenta con una población de 1,630,130 Mujeres en edad fértil que están distribuidas en ocho jurisdicciones jurisdicción 8 Lázaro Cárdenas con una población de 87,846, jurisdicción 7 Apatzingán con 117,853, jurisdicción 6 La piedad con 110,479, jurisdicción 5 Uruapan 234,605, jurisdicción 4 Pátzcuaro 184,376, jurisdicción 3 Zitácuaro 204,954, jurisdicción 2 Zamora con 244,596 y la capital jurisdicción 1 Morelia con 445,421 mujeres en edad fértil en 15 municipios, 104 unidades de primer nivel para sus detecciones, 3 clínicas de colposcopia y 1 hospital de oncología para su atención y seguimiento SEED/SS, SINBA (2022).

Por lo anterior, se cuestiona lo siguiente: ¿Existe relación de conductas de autocuidado y vulnerabilidad al cáncer de cuello de útero en mujeres en edad fértil?

III.- Objetivos

3.1. Objetivo general

Establecer la relación de conductas de autocuidado y vulnerabilidad al cáncer de cuello de útero en mujeres en edad fértil.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a la población mujeres en edad fértil
- Identificar las conductas de autocuidado en mujeres en edad fértil
- Valorar la percepción del riesgo de contraer cáncer de cuello de útero

IV. Hipótesis

Hi. Existe relación de conductas de autocuidado y vulnerabilidad de cáncer de cuello de útero en mujeres en edad fértil

Ho. No existe relación de conductas de autocuidado y vulnerabilidad al cáncer de cuello de útero en mujeres en edad fértil

Capítulo II

V.- Marco teórico

A continuación, se hace referencia a los elementos respecto al cáncer cervicouterino, los aspectos referentes a la vulnerabilidad del riesgo de contraer esta condición, así como el sustento normativo y epistémico concluyendo con la triangulación epistemológica del estudio.

5.1. Cáncer Cérvico uterino (CaCu)

El CaCu es el crecimiento, desarrollo y la multiplicación de manera desordenada y sin control de las células del cuello del útero (o matriz).

El padecimiento se asocia a la infección por el virus de papiloma humano (VPH), el cual, se transmite por contacto sexual y afecta a 8 de cada 10 personas (hombres y mujeres) en algún momento de la vida. Sólo una de cada mil mujeres con infección por este virus puede desarrollar cáncer y se ha señalado que; "8 de cada 10 personas en algún momento de la vida se infectan por VPH, pero sólo en 1 de cada 1,000 la infección persiste y puede progresar a cáncer"

El CaCu es la única neoplasia prevenible al 100%, mediante la vacunación contra VPH (protege contra los tipos de VPH asociados al 70% de los cánceres).

El CaCu es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad. En los países con programas de detección masiva adecuados a través del estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección de lesiones precursoras y pre invasores, para las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo social y de servicios de salud.

Se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del CaCu y actualmente, se encuentran en desarrollo nuevas alternativas tanto de detección como terapéuticas y de prevención primaria (vacunas preventivas), que se irán incorporando de acuerdo a los

estudios de costo efectividad que se realicen, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, eje fundamental del Programa de prevención y control del CaCu.

Debido a la magnitud que muestra esta condición en México, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia.

Es importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, la cual se podrá lograr mediante la educación para la salud, las acciones de promoción, difusión e información de los factores de riesgo, así como la concientización en el autocuidado de la salud. El beneficio que se espera obtener es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino. NOM-014-SSA2-(2007).

5.1.1 Conceptos

Cáncer: Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

Cáncer invasor: Cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo, desde aquellos diagnosticados sólo por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes.

Cáncer in situ: De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou.

Cepillado endocervical: Obtención de células del canal endocervical a través de un cepillo, para su examen microscópico.

Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo lugol u otras con fines de orientación diagnóstica.

Tasa de morbilidad: la que tiene como numerador el número de enfermos en una población determinada durante un período y lugar específico y el denominador representa la población donde ocurrieron los casos. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

Tasa de mortalidad: la que tiene como numerador el total de defunciones producidas en una población en un periodo de tiempo determinado y el denominador representa la población donde ocurrieron las muertes. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

Neoplasia: Proliferación autónoma de células anormales.

Pruebas biomoleculares (Captura de Híbridos y RPC): Métodos de diagnóstico por laboratorio, para la detección del genoma de agentes infecciosos como el virus del papiloma humano.

RPC: (Reacción de la Polimerasa en Cadena): Prueba biomolecular en la que el DNA blanco se amplifica selectivamente por medios enzimáticos, a través de ciclos repetidos de desnaturalización, hibridación del fragmento precursor y extensión de éste.

Sistema de Clasificación Bethesda: Nomenclatura sobre los lineamientos para el reporte de resultados de la citología cervical.

Tamizaje: Prueba de detección masiva realizada de manera intencionada con el objeto de identificar oportunamente individuos con una enfermedad o trastorno de salud específico NOM-014-SSA2-(2007).

5.1.2 Epidemiología

El cáncer de cuello del útero se codificará con fines estadísticos de acuerdo con la décima revisión Internacional de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS-OPS) tal y como se indica a continuación Displasias N87 Displasia de cuello uterino Excluye: carcinoma in situ del cuello del útero (D06), N87.0 Displasia cervical leve Neoplasia Intraepitelial cervical (NIC), grado I, N87.1 Displasia cervical moderada Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado II, N87.2 Displasia cervical severa, no clasificada en otra parte Displasia cervical severa SAI, N87.9 Displasia del cuello del útero, no especificada, 5.5.2 Carcinoma in situ del cuello uterino, D06 Carcinoma in situ del cuello del útero NOM-014-SSA2-(2007).

5.1.3 Factores De Riesgo

Factores de riesgo: Mujeres de 25 a 64 años de edad, Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano, Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer), Tabaquismo, Desnutrición, Deficiencia de antioxidantes, Pacientes con inmunodeficiencias y nunca haberse practicado el estudio citológico NOM-014-SSA2-(2007).

5.1.4 Diagnostico

La orientación - consejería se otorga a toda mujer que solicite por primera vez la prueba de detección y/o que tenga un resultado positivo a LEIBG, LEIAG o cáncer.

La prevención primaria y secundaria se llevará a cabo por medio de la vacunación y de la citología cervical, respectivamente, éstas serán gratuitas en las unidades médicas de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (SNS). Las mujeres con reporte citológico de lesión de bajo y alto grado, deberán referirse a una clínica de colposcopia.

El diagnóstico presuntivo de CaCu se puede establecer por examen clínico, citología de cuello o colposcopia. El diagnóstico definitivo, se establece únicamente con el examen histopatológico por medio de biopsia dirigida o pieza quirúrgica NOM-014-SSA2-(2007).

5.1.5 Tratamiento

Diagnóstico, tratamiento y control de las lesiones intra epiteliales:

El diagnóstico presunción de lesión intra epitelial se puede establecer por citología o colposcopia de cuello uterino y el de cáncer invasor por examen clínico, además de los anteriores. El diagnóstico definitivo se establece únicamente por examen histopatológico., el examen colposcópico describirá las lesiones y el diagnóstico se notificará como sigue:

Sin alteraciones, 2- Alteraciones inflamatorias inespecíficas, 3- Lesión intraepitelial de bajo grado, 4- Lesión intraepitelial de alto grado, 5 - Lesiones sugestivas de invasión, 6- Cáncer invasor, 7 - Otros hallazgos (condilomas, queratosis, erosión, inflamación, atrofia, decidualosis, pólipo).

El resultado del estudio histopatológico debe ser informado de la siguiente manera:

A-Insuficiente o inadecuado para el diagnóstico, B -Tejido de cérvix sin alteraciones histológicas significativas, C- Cervicitis aguda o crónica, D- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (VPH, NIC 1 o displasia leve), E - Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC 2 o displasia moderada, NIC 3 o displasia grave y cáncer in situ), F- Carcinoma epidermoide micro invasor, G - Carcinoma epidermoide invasor, H- Adenocarcinoma endocervical in situ, I- Adenocarcinoma endocervical invasor, J- Adenocarcinoma endometrial invasor, K -Sarcoma, L- Tumor maligno no especificado, M- Otros (especificar).

El médico cito patólogo, citólogo y/o patólogo, debe avalar mediante su nombre y firma el 100% de las cédulas de resultados de casos positivos de cáncer y lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado.

El personal médico establece el tratamiento correspondiente en la unidad médica de atención, a aquellas pacientes cuyo resultado citológico reporte la presencia de procesos infecciosos. Posterior a dos citologías anuales consecutivas negativas a LEIBG, LEIAG o cáncer, el control citológico se realiza cada tres años.

Las pacientes referidas a una clínica de colposcopia o bien, a un servicio oncológico, además de su hoja de referencia, deberán contar con notas médicas en el expediente de la unidad del primer nivel o en el de la clínica de colposcopia, según corresponda que permitan conocer sus condiciones y su evolución, incluyendo tratamientos.

En caso de contrarreferencia, ésta deberá acompañarse de su respectiva nota médica. Las pacientes a quienes se les realizó citología cervical, cuyo resultado es LEIBG (infección por VPH, displasia leve o NIC 1); LEIAG (displasia moderada y grave o NIC 2 y 3) o cáncer deben enviarse a una clínica de colposcopia, para realizar estudio colposcópico.

Si el resultado de la citología es LEIBG, la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de LEIBG, se realizará control citológico en un año. Si la citología es de LEIBG, la colposcopia es satisfactoria y existe evidencia de lesión, se debe tomar una biopsia dirigida. Si la biopsia dirigida es negativa, se realizará nueva colposcopia para verificar el diagnóstico y en caso necesario, tomar nueva biopsia dirigida y revalorar.

Si la biopsia dirigida es reportada como LEIBG se podrá dar tratamiento conservador: criocirugía, electrocirugía o laserterapia (sólo si cumple con las condiciones referidas en el Apéndice 1) o se podrá mantener a la paciente en vigilancia en la clínica de colposcopia, con colposcopia y estudio citológico cada seis meses, durante 24 meses.

Si la biopsia dirigida es reportada como LEIAG (Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado) se realizará tratamiento conservador (electrocirugía o laserterapia). En las mujeres posmenopáusicas, dependiendo de las condiciones anatómicas del cérvix, se realizará tratamiento conservador en la clínica de colposcopia o tratamiento quirúrgico (histerectomía extrafascial) en el servicio que corresponda. Si la biopsia dirigida reporta cáncer microinvasor o invasor, la paciente se transferirá a un Servicio o Centro Oncológico para su tratamiento correspondiente NOM-014-SSA2-(2007).

5.2 Vulnerabilidad

5.2.1. Concepto

La evaluación de los aspectos individuales es fundamental en la vulnerabilidad a la infección por el VPH, o sea, se considera que la vulnerabilidad personal a la infección aumenta con la falta de información precisa, relevante y exhaustiva, con la baja percepción de los individuos al peligro de contraer la infección, con la carencia de habilidades para la toma de decisiones adecuadas, la dificultad de acceso a los servicios de salud e insumos y la confianza para sustentar o implementar cambios de comportamiento (Mann J, 1993).

5.2.2. Vulnerabilidad social

Se considera que la vulnerabilidad personal a la infección aumenta con la falta de información precisa, relevante y exhaustiva, con la baja percepción de los individuos al peligro de contraer la infección, con la carencia de habilidades para la toma de decisiones adecuadas, la dificultad de acceso a los servicios de salud e insumos y la confianza para sustentar o implementar cambios de comportamiento (Mann J, 1993).

La vulnerabilidad social hace referencia a las condiciones de mayor o menor protección de una sociedad hacia la infección, es decir, se focaliza sobre lo económico, lo político, lo cultural, al lado de aspectos como el de las relaciones sociales y de género en particular (Ayres JRCM, 2006).

Las dimensiones anteriores, inciden a la vez, sobre la vulnerabilidad programática que evalúa la fortaleza o la insuficiencia de los programas de prevención, control y asistencia a los programas de salud, independientemente si provienen del ámbito gubernamental, no gubernamental o privado y constituyen un conjunto de acciones que se relacionan estrechamente con el ámbito social e individual (Ayres JRCM, 2006). En este sentido la vulnerabilidad es una dimensión relativa, es decir, todas las personas son vulnerables, pero cada una tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de sus circunstancias socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas y de género que van más allá de la responsabilidad individual exclusiva (UNFPA, 2008).

Es notoria la necesidad de promover intervenciones en salud direccionadas a mejorar el nivel de conocimientos sobre el VPH, que incentiven cambios de comportamiento en las comunidades. En este sentido, las premisas señaladas deben direccionar la realización de diagnósticos relativos a los conocimientos, comportamientos y percepción del riesgo en torno a la infección por el virus del VPH entre adolescentes y adultos jóvenes, como punto de partida para la realización de intervenciones posteriores capaces de orientar de la mejor forma posible a las comunidades locales, regionales y nacionales en la promoción, la prevención y la reducción de la vulnerabilidad individual a la infección por el VPH (Ayres JRCM, 2003).

5.2.3. Vulnerabilidad personal

Predisposición genética

La susceptibilidad genética es menor del 1% de los cánceres cervicales. Las mujeres con un pariente biológico en primer grado con CA tienen un riesgo relativo de 2 veces de desarrollar un tumor (Stark A, 2008).

Los genes del antígeno leucocitario humano (HLA) están implicados de diversas maneras. Algunas anomalías de los genes HLA se asocian con un mayor riesgo de infección por VPH progresando al cáncer (moreiraED, 2006) otros con un efecto protector. El Receptor de Quimiocina-2 (*CCR2*) de genes en el cromosoma 3p21 (Ayres JCRM, 2003) y el *Fas* gen en el cromosoma 10q24.1 (Moscicki AB, 2005) también pueden influir en la susceptibilidad genética al cáncer cervical, mediante la interrupción de la respuesta inmunológica al VPH.

Los cambios genéticos en varias clases de genes se han relacionado con el cáncer cervical. Los factores *TNFa-8*, *TNFa-572*, *TNFa-857*, *TNFa-863* y *TNF G-308A* se han asociado con una mayor incidencia de cáncer de cuello uterino.

Polimorfismos en otro gen implicado en la apoptosis y la reparación de genes, *Tp53*, se han asociado con un aumento de la tasa de infección por VPH progresando a cáncer de cuello uterino.

El gen *CASP8* (también conocido como *FLICE* o *MCH5*) tiene un polimorfismo en la región promotora que se ha asociado con un menor riesgo de cáncer cervical (Lymm MR, 1986).

Las modificaciones epigenéticas también pueden estar implicadas en el cáncer cervical. La metilación es el mejor entendido y probablemente el mecanismo más común del modelado epigenético del ADN en el cáncer. Los patrones aberrantes de metilación del ADN se han asociado con el desarrollo del cáncer de cuello uterino y pueden albergar pistas importantes para el desarrollo del tratamiento (Ayres JRCM, 2006).

La susceptibilidad genética a los cánceres de cuello uterino causados por la infección por VPH se ha identificado a través de estudios en gemelos y en otros familiares de primer grado, así como estudios de asociación en todo el genoma.

Los VPH que infectan el cuello uterino humano se dividen en dos grandes categorías de riesgo: Los tipos de bajo riesgo (por ejemplo, HPV 6 y 11) están asociados con condilomas y un número muy pequeño de lesiones epiteliales escamosas de bajo grado (SIL), pero nunca se encuentran en el cáncer invasivo y los tipos de alto riesgo (por ejemplo, VPH 16) varían en la prevalencia de acuerdo con el estado de la enfermedad cervical.

Tras la integración en el genoma humano, la alineación del ADN de alto riesgo del VPH coloca los genes E6 y E7 en una posición de replicación mejorada. E7 se une e inactiva la proteína Rb mientras que E6 se une a p53 y dirige su degradación, y la pérdida funcional de los genes *TP53* y *RB* conduce a resistencia a la apoptosis, causando el crecimiento celular no censurado después del daño del ADN. Esto finalmente resulta en la progresión a la malignidad.

La infección por el virus del papiloma humano debe estar presente para que se produzca el cáncer de cuello uterino.

La evaluación completa comienza con la prueba Papanicolaou (Pap).

Las siguientes son recomendaciones del cribado sobre detección emitidas para grupos de edad específicos, basadas en las directrices de la Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), Sociedad Americana del Cáncer (ACS), Sociedad Americana de Patología Clínica (ASCP), la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP), US Preventive Services Task Force (USPSTF)), son las siguientes (Stark A, 2008).

- <21 años: No se recomienda el cribado
- 21-29 años: Citología (Papanicolaou) solo cada 3 años
- 30-65 años: Virus del papiloma humano (VPH) y citología cada 5 años (preferido) o citología sola cada 3 años (aceptable)
- > 65 años: No se recomienda el cribado si el cribado previo adecuado ha sido negativo y no existe alto riesgo

La afirmación de la acción en la infección del VPH en el cáncer de cuello uterino ha llevado a la recomendación de agregar en la detección en las pruebas de VPH a mujeres de 30 a 65 años de edad.

Es muy importante ante la presencia de síntomas de sospecha, pruebas de detección con reportes anormales, o incluso la presencia de una lesión macroscópica del cuello uterino debe ser valorada mediante la colposcopia y biopsia.

5.3. Sustento normativo y epistémico

5.3.1. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica NOM-014-SSA2-(2007)

La consejería se considera parte importante del proceso de comunicación y análisis entre el prestador de servicios y la usuaria, por lo que toda consulta derivada del programa de CaCu debe ir acompañada de la consejería como una acción primordial.

Para el autocuidado Mediante la consejería se debe proporcionar información, orientación, asesoría y aclarar dudas a la mujer y sus familiares, tomando como referencia la prevención, pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento de las lesiones

de bajo y alto grado y del CaCu. Se debe explorar la expresión de sentimientos de la mujer como angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación como parte integral de la atención médica.

La consejería debe hacer énfasis en la efectividad y limitaciones que tienen la detección oportuna, el diagnóstico y el tratamiento, considerando la particularidad de cada caso y es importante enfatizar en la responsabilidad compartida de la mujer con el personal de salud en el éxito del tratamiento a través de su participación activa y se debe garantizar a la mujer el carácter privado y confidencial de la información que proporcione para favorecer la comunicación con absoluta confianza y libertad.

Mediante la consejería, se debe asegurar que la decisión de realizarse la citología cervical sea libre, informada y basada en los principios de respeto, voluntariedad e imparcialidad de la orientación y se debe enfatizar que la toma de decisión sobre el tratamiento sea apoyada en el consentimiento informado. se asesorará a los padres o tutores de mujeres menores de edad, sobre de las vacunas profilácticas para la infección por el VPH.

La prevención del CaCU uterino se realizará por medio de la promoción de la salud, la vacunación y la detección oportuna, orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir oportunamente lesiones precursoras.

Por lo anterior, la educación primaria establece premisas de educación en salud para reducir conductas sexuales de alto riesgo e incluye el uso del condón, promoción de relaciones sexuales monogámicas y el uso de las vacunas profilácticas contra los VPH's asociados más frecuentemente al CaCu. El uso, aplicación, dosis, indicaciones y periodicidad serán establecidos de acuerdo a la NOM-36-SSA2 (2002).

Es entonces preponderante, alentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de calidad para la detección y/o tratamiento, garantizando la información suficiente para la usuaria acerca de los procedimientos, con el consentimiento informado por escrito, en los casos de tratamiento quirúrgico que señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica y promover las acciones de detección oportuna y tratamiento así como orientar a

las mujeres y hombres sobre su compromiso en el autocuidado de la salud y sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad NOM-014-SSA2-(2007).

5.4. Macroteoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem

Orem utilizó por primera vez la idea del autocuidado en su definición de 1956 de enfermería y más tarde en su expresión de 1959 de cuándo y por qué las personas requieren y pueden ser ayudadas través, enfermería (Orem, 1995, pp. 7).

Se informa un mayor desarrollo de los elementos conceptuales de la teoría del autocuidado, una de las tres teorías constituyentes de la teoría del déficit de autocuidado de Orem de la enfermería.

Las teorías constituyentes son la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Estas tres teorías articuladoras constituyen un desarrollo y refinamiento de la teoría general de (Orem, 1995, pp. 7).

El concepto de autocuidado fue formalizado y validado en la década de 1960 a través del trabajo de los miembros del Grupo de la Conferencia de Desarrollo de Enfermería (NDCG, 1973). Tanto el concepto como la teoría del autocuidado (Orem, 1995) expresan la visión de los seres humanos como atendiéndose y tratando consigo mismos.

Este punto de vista es importante y complejo porque el individuo, el yo, es tanto el agente de acción (el que actúa) como el objeto de acción (el que actúa). Este punto de vista distingue el autocuidado del cuidado de dependientes y el cuidado de enfermería (en el que el agente actúa en nombre de otra persona); sin embargo, el conocimiento teórico y práctico sustantivo del autocuidado es fundamental tanto para el cuidado de dependientes como para el cuidado de enfermería. Desde esta visión teórica, es esencial que las enfermeras tengan conocimientos sustantivos sobre el autocuidado y comprendan que los seres humanos son tanto el foco de sus propias acciones como los agentes de sus acciones (Orem, 1995, pp. 7).

Conceptos del metaparadigma:

El concepto de **cuidado** Dorotea E. Orem lo describe como acciones personales que se necesitan continuamente para regular el funcionamiento y bienestar.

A la **persona** la concibe como un todo integrado que funciona biológica, simbólica y socialmente, y que está en permanente interacción consigo misma y con su entorno intercambiando continuamente materia y energía en un proceso adaptativo que es imprescindible para la vida.

El **entorno** considera que son una serie de factores o elementos físicos, químicos, biológicos y sociales que originan requisitos de autocuidados y pueden influir positiva o negativamente en la vida, la salud y el bienestar de las personas y los grupos y, más concretamente, en la satisfacción de los requisitos de auto cuidado.

Por último, la **salud** se caracteriza por el buen estado de las estructuras humanas y funcionamiento corporal y mental.

La Teoría del Autocuidado: La idea central de esta subteoría es que las personas maduras y en proceso de maduración llevan a cabo acciones de auto cuidado dependiente para regular una serie de requerimientos universales, relacionados con los procesos de desarrollo humano.

El **autocuidado** es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Las acciones de autocuidado se entienden desde la doble perspectiva de acciones aprendidas e intencionadas (Denisse CM; 1997).

El **cuidado dependiente** es una actividad, realizada por adultos responsables para individuos socialmente dependientes (Denisse CM; 1997).

Dorotea e. Orem clasifica los requisitos de auto cuidado en 3:

A).- Requisitos de autocuidado universal: Se refieren a aquellos requisitos comunes a todos los seres humanos, que se mencionan a continuación:

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
- Mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo:
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar
- Promoción de la normalidad.

B).- Requisitos de autocuidado del desarrollo: Son expresiones especializadas de los requisitos de autocuidado universal que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición o asociados con un acontecimiento (Saavana GA, 1993).

- Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos de desarrollo.
- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano

c).- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología humana.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

- Modificar el autoconcepto y autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de salud.
- Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo.

Teoría del Déficit de Autocuidado: Esta teoría es el núcleo central del modelo de Orem. Establece que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud que les incapacita para el cuidado continuo cuando la demanda de acción para el autocuidado es mayor que la capacidad de la persona para actuar (Denisse CM; 1997).

La idea central de la Teoría de Déficit del Autocuidado es basada en el tenet que los seres humanos experimentan cambios de integridad estructural, funcional o de desarrollo. Tales cambios pueden ser de salud relacionada o de salud derivada y pueden dar lugar a las nuevas necesidades de autocuidado (cuidado dependiente). También, los cambios en el ambiente externo pueden crear las nuevas necesidades de auto cuidado o cuidado dependiente (Denisse CM; 1997).

Teoría del Sistema de Cuidados Enfermeros: En base a esta teoría se encuentra sustentado el presente protocolo.

Los Sistemas de enfermería son series y secuencias de acciones prácticas intencionadas de las enfermeras, realizadas en un determinado momento en coordinación con acciones de sus enfermos, para conocer y cubrir los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidados (Denisse CM; 1997).

La ayuda es proporcionada por enfermeras y está dirigida hacia los déficit de autocuidado (de salud-derivados o de salud-relativos) de personas dedicadas a las

actividades de auto cuidado (o de cuidado dependiente) (es decir, agente de autocuidado o agente de cuidado dependiente, respectivamente) (Burroughs A, 2001).

Los sistemas enfermeros han sido clasificados en tres:

- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** Se necesitan cuando el enfermo no puede tener ningún papel activo en la realización de sus auto cuidados debido a su estado de incapacidad /limitación.
- **Sistemas parcialmente compensadores:** En este caso, tanto el paciente como la enfermera participan en el auto cuidado.

Sistemas de apoyo – educación: Es adecuado para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar, o puede y debería aprender a realizar, medidas de auto cuidado terapéutico orientadas interna o externamente pero que no puede hacerlas sin ayuda (Denisse CM; 1997).

El tipo de sistema de enfermería seleccionado también sugiere que métodos importantes de ayuda son apropiados antes de decidir las acciones específicas de enfermería. Orem describió cinco categorías generales de los métodos de ayuda, los cuales se mencionan a continuación:

- Actuar o hacer algo por el otro.
- Guiar o dirigir a otros,
- Apoyar a otros,
- Proporcionar un ambiente de desarrollo, y
- Enseñar a otros (Saavana GA, 1993).

Actuar o hacer algo por el otro: Este método trata de hacer algo para otra persona o por ella.

Guiar o dirigir a otros: Se utiliza cuando la persona ayudada debe hacer elecciones sobre un curso de la acción con dirección o supervisión.

Apoyar a otros: Es una forma válida de ayuda cuando el paciente se enfrenta a algo desagradable o doloroso.

Proporcionar un ambiente de desarrollo: Este método requiere que la enfermera proporcione, o ayude a proporcionar, las condiciones ambientales, psicológicas o físicas que motiven a la persona ayudada a establecer los objetivos apropiados y a ajustar su comportamiento para lograr los resultados especificados en los objetivos (Denisse CM; 1997).

Enseñar a otros: Se utiliza para aquellas personas que necesitan desarrollar sus conocimientos y habilidades particulares. Para que se produzca el aprendizaje es necesario que la persona que tiene que aprender esté en disposición de hacerlo, para lo cual tiene que ser consciente de lo que sabe y de lo que no sabe y tener interés por aprender (Denisse CM; 1997).

Agente de cuidado dependiente: Se define como la habilidad compleja, adquirida, de las personas maduras o en proceso de maduración, para conocer y satisfacer algunos o todos los requisitos de autocuidado de las personas adultas o adolescentes que tienen limitaciones de la agencia de autocuidado derivadas o relacionadas con la salud, lo que los sitúa en lugares de relaciones de cuidado socialmente dependientes (Saavana GA, 1993).

Por lo descrito en este apartado, las características fisiopatológicas en conjunto con los factores de vulnerabilidad personal y social que posee cada mujer en edad fértil es necesario atender a través de medidas de autocuidado la prevención del proceso celular mencionado y por ello, se fundamentan las acciones descritas en la Norma oficial mexicana, así como con la base epistémica de la teoría de Autocuidado en la profesión de enfermería.

5.5. Triangulación epistemológica

El concepto de autocuidado hace referencia a la persona madura o en proceso de maduración capaz de realizar acciones propias para su autocuidado y en este sentido la mujer se convierte en agente de autocuidado tendiente a realizar todos los requisitos de autocuidado para la salud, así como los requisitos de desarrollo y de desviación de la salud en caso de presentar alteración de CaCu.

Capítulo III

VI. Material y métodos

6.1.- Tipo de Estudio

6.1.1. De acuerdo a la aplicabilidad, enfoque y nivel de alcance

- El estudio fue de enfoque cuantitativo

6.1.2. Diseño Metodológico

- Tipo descriptivo, correlacional y trasversal

6.1.3. Manipulación de la Variable

Se trató de un diseño no experimental

6.1.4. Método de Recolección de Datos

Se utilizó el instrumento la vulnerabilidad al papilomavirus humano de Sepúlveda Carrillo y otros elaborado en el año 2012 y está conformado por conformado por 36 ítems, 14 de preguntas abiertas y 22 cerradas contiene cuatro subescalas que son perfil sociodemográfico, comportamiento sexual, conocimientos de transmisión y conocimiento de prevención.

También se aplicó la Escala de autocuidado elaborada por Anabel Gonzales y Cols en el año 2017 está constituida por 31 ítems que evalúan la conducta autodestructiva, falta de tolerancia al efecto positivo, problemas para dejarse ayudar, resentimiento por no reciprocidad, no actividades positivas y no atender las propias necesidades.

6.1.5. Número de Mediciones del Fenómeno

Se realizó una sola medición del fenómeno de estudio

6.1.6. Límites de Tiempo

Octubre 2022 – Mayo 2023

6.2. Límites Espacio

Jurisdicción sanitaria No. 1 de la ciudad de Morelia, Michoacán; México

6.3. Población

Mujeres en edad fértil que acudieron a las unidades de atención a la salud dependientes de la Jurisdicción sanitaria No. 1 de la ciudad de Morelia, Michoacán; México.

6.4. Muestra (tipo y tamaño)

Se tuvo un universo finito, por lo que la población fueron las mujeres en edad fértil de las unidades de salud de la jurisdicción No. 1.

6.4.1. Tipo de Muestreo

El muestreo fue no probabilístico

6.4.2. Tamaño de la Muestra

Se tuvo una muestra de 320 participantes.

6.4.3. Criterios de Inclusión

Mujeres en edad fértil del rango de edad de 15 a 64 años

Mujeres en edad fértil que acudan a los servicios de atención a la salud dependiente de la Jurisdicción No.1

Mujeres en edad fértil indistintamente de estado civil

6.4.4. Criterios de Exclusión

Mujeres en edad fértil que no acepten participar en el estudio

Mujeres en edad fértil con tratamientos ginecobstétricos

Mujeres en edad fértil que se encuentren embarazadas

6.4.5. Criterios de Eliminación

Cuestionarios que se dejaron confusos en la respuesta o en espacio en blanco

6.5. Variables

6.5.1. Definición Conceptual y Operativa, Dimensiones e Indicadores (Ver apéndice 1).

6.5.2. Operacionalización de las Variables Descriptivas (Ver apéndice 2).

6.5.3. Variables Metodológicas

- Independiente: Autocuidado
- Dependiente: Vulnerabilidad al CaCu
- **6.6. Instrumento**

El instrumento que mide la vulnerabilidad al papilomavirus humano de Sepúlveda Carrillo y otros elaborado en el año 2012 está conformado por 36 ítems, 14 de preguntas abiertas y 22 cerradas.

Tiene un índice de concordancia evaluado por expertos en cuanto a redacción y claridad de los ítems cuestionario (0.88) y para las cuatro dimensiones (0.81 – 0.96).

Cuenta con 4 dimensiones establecidas como perfil sociodemográfico con 12 ítems, Comportamiento sexual con 8 ítems, el conocimiento de transmisión con 7 preguntas y por último el conocimiento de prevención con 9 preguntas.

Respecto al instrumento de medición denominado Escala de autocuidado fue elaborada por Anabel Gonzales y Cols en el año 2017 está constituida por 31 ítems que evalúan la conducta autodestructiva, falta de tolerancia al efecto positivo,

problemas para dejarse ayudar, resentimiento por no reciprocidad, no actividades positivas y no atender las propias necesidades.

Por último, el análisis psicométrico reveló un coeficiente alfa de Cronbach de 0.78 (Ver anexo 1 y 2).

6.7. Procedimientos

Una vez que se obtuvo la anuencia del director de tesis, fue enviado en su momento el protocolo para revisión por parte del Comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo tal como lo establece la declaración de Helsinki en el punto número 15 el cual hace referencia a que todo protocolo de investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio (Ver anexo 2).

Derivado de lo anterior, al contar con la aprobación de los Comités de ética e investigación de la facultad de enfermería se inicio a la colecta de información con las participantes del estudio para posteriormente, realizar las siguientes etapas del método científico que fueron la elaboración de la base de datos, el análisis estadístico y la presentación de los resultados, así como el análisis de la información para elaborar la discusión, consecuentemente las conclusiones y recomendaciones. Así mismo, se preparó la presentación para pre defensa y defensa de tesis, así como la difusión de los resultados generados con la investigación en diversos foros de difusión del conocimiento.

6.8 Prueba piloto

Se aplicó una prueba piloto en algunas mujeres de un módulo de salud ajeno a donde se realizó el estudio resultando un Alfa de Cronbach aceptable.

6.9 Análisis Estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS v.25 para realizar la base de datos y consecuentemente el análisis de la misma.

Los datos sociodemográficos se analizaron con estadística descriptiva, media, mediana, moda, desviación estándar y con valores absolutos y relativos (frecuencias y porcentajes).

Para analizar las variables de estudio se realizó correlación de las mismas.

6.10 Recursos de investigación

Recursos Humanos

El responsable del estudio fue: L.E. Xochitl Estrella Garza Valverde

Asesora: Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Coasesora: Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Recursos Materiales

- Computadora (Laptop)
- Hojas blancas de papel para fotocopias
- Calculadora
- Lápiz y Lapiceros

Recursos Financieros

Lo anterior, fue auto financiado por las responsables de la investigación (ver anexo 3).

6.11 Cronograma

6.12. Difusión

Se realizó la publicación derivada de esta temática en una revista indexada.

6.13 Consideraciones Éticas

Para salvaguardar la seguridad de los sujetos de estudio de esta investigación se realizó con estricto apego al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación que establece los aspectos éticos que garantizan la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a esta investigación, además también sirvieron de guía los tratados internacionales del Informe de Belmont el cual considera los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación y la declaración de Helsinki el cual contiene una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables, considerándose los principios bioéticos de beneficencia, autonomía y justicia, así como la autodeterminación, privacidad, anonimato y confidencialidad de los participantes.

En cuanto a la Ley General de Salud en materia de investigación, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del capítulo I en consideración al artículo 1 se respetó en todo momento la dignidad, respeto y bienestar de las personas, considerando el artículo 14 fracción IV se evaluó el proyecto en los comités científicos y éticos correspondientes, en lo concerniente a fracciones III y IV prevalecieron los beneficios sin riesgos predecible dada la naturaleza de la investigación, considerando como lo establece la fracción V se contó con el consentimiento informado de los participantes de manera verbal y escrita, fue realizado conforme a lo establecido en la fracción VI por un integrante del área de la salud una vez que se autorizó por las comisiones ético legales correspondientes cumpliendo así lo señalado en la fracción VII y fracción VIII consecuentemente con la debida autorización asignada por la autoridad

correspondiente.

De acuerdo al artículo 15 se seleccionó la muestra por aleatorización, conforme al artículo 16 se protegió la privacidad del sujeto de investigación sin haber sufrido algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio y para ello se clasificó la presente como investigación sin riesgo en virtud de la no realización de intervención o manipulación de variable de estudio.

Basados en el artículo 18 el investigador no tuvo necesidad de suspender la investigación por no existir algún riesgo o daño a la salud de los participantes.

Se cumplió con lo establecido en el artículo 20 y 21 explicando claramente la justificación, objetivos, posibles riesgos si los hubiera, anonimato de información, beneficios, procedimientos, garantía de recibir respuesta a dudas respecto a la participación, la libertad de retirarse del estudio una vez iniciado si así lo considera, informarle adecuadamente y la disponibilidad de resolver dudas respecto a su participación en el estudio.

Cumpliendo con el artículo 22 se entregó el consentimiento informado el cual fue firmado por el participante, el investigador y un testigo (LGS, 2014).

Así mismo, se aplicaron los principios éticos para las investigaciones en seres humanos contemplados en la Declaración de Helsinki en su artículo 21, respetando en todo momento la integridad de las personas sujetos de estudio, su intimidad y la confidencialidad de la información (Declaración de Helsinki, 2013), esto a través de una clara explicación acerca de los objetivos, métodos, beneficios, derivados de los procedimientos antes mencionados, así como la garantía de que si por alguna razón deseaban retirarse de la investigación no habría ninguna represalia por parte del investigador, todo lo anterior para reducir al máximo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental.

La investigación se basó además en las Pautas Éticas Internacionales para

la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de la Salud específicamente en lo relacionado a la Pauta 17: Mujeres embarazadas como sujetos de investigación (CIOMS, 2002).

Se informó a las participantes sobre los riesgos mínimos, para lo cual se contó con el consentimiento y asentimiento por escrito y firmado de ellos (ver apéndice no. 2).

6.14 Limitaciones metodológicas

La confusión estadística de la información brindada por lo que fue necesario un taller de análisis estadístico.

Capítulo IV

VII. Resultados

En este apartado se describen los resultados obtenidos del estudio realizado en adolescentes embarazada que buscó medir la relación entre las conductas de autocuidado y riesgo de vulnerabilidad al CaCu. Se presentan en orden de los objetivos específicos y general seguidos del contraste de la hipótesis de estudio.

En relación al objetivo específico uno, que anuncia caracterizar a la población adolescente se presentan las tablas de la uno a la seis.

Tabla No. 1

Relación entre las variables de conductas de autocuidado y riesgo de vulnerabilidad en sub escala de Conocimientos de Transmisión (n=320)

Subescalas	¿Se considera vulnerable al virus del papiloma humano?	Correlación bilateral				
¿Se considera vulnerable al virus del papiloma humano?	1.000					
	320					
Correlación bilateral	0.11	1.000				
	.851		320			
	320					
Conducta autodestructiva	-.071	.358**	1.000			
	.204	.000		320		
	320	320				
Falta de tolerancia al afecto positivo	-.042	.825**	.143**	1.000		
	.458	.000	.011		320	
	320	320	320			
Problemas para dejarse ayudar	.054	.814**	.074	.707**	1.000	
	.333	.000	.188	.00		320
	320	320	320	320		
Resentimiento por no reciprocidad	.027	.668**	.176**	.486**	.513**	1.000
	.635	.000	.002	.000	.000	320
	320	320	320	320	320	

No actividades positivas	.031 .582 320	658** .000 320	.247** .000 320	547** .000 320	.450** .000 320	.433** .000 320	1.000 320
No atender las propias necesidades	.030 .590 320	680** .000 320	.130* .020 320	.523** .000 320	.546** .000 320	.512** .000 320	.333** .000 320

NOTA. **La correlación es significativa en el nivel 0.01(2 colas). * La correlación es significativa en el nivel 0.05(2 colas).

Fuente: Elaboración a partir del instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

La tabla 1 muestra, que no existe una relación estadísticamente significativa entre la variable percepción de vulnerabilidad al riesgo de virus del papiloma humano, la dimensión conocimiento de transmisión con la variable conductas de autocuidado ($r = .01$; $p = .85$). Sin embargo, se observa relación estadísticamente significativa entre la variable de autocuidado y las dimensiones de conducta autodestructiva ($r = .358$; $p < 0.001$), falta de tolerancia al afecto positivo ($r = .825$; $p < 0.001$), problemas para dejarse ayudar ($r = .814$; $p < 0.001$), resentimiento por no reciprocidad ($r = .668$; $p < 0.001$), no actividades positivas ($r = .658$; $p < 0.001$), no atender propias necesidades ($r = .680$; $p < 0.001$).

Tabla No. 2

Relación entre la variable conductas de autocuidado y riesgo de vulnerabilidad en sub escala de la Variable conocimiento de Prevención.

Subescalas	¿Considera que usted puede estar en riesgo de contraer el virus del papiloma humano?	Correlación Bilateral con Autocuidado							
¿Considera que usted puede estar en riesgo de contraer el virus del papiloma humano?	1.000								
Correlación Bilateral con Autocuidado	-.132*	1.000							
	.018	320							
	320								
Conducta autodestructiva	-.030	.358**	1.000						
	.595	.000	320						
	320	320							
Falta de tolerancia al afecto positivo	-.181**	.825**	.143*	1.000					
	.001	.000	.011	320					
	320	320	320						
Problemas para dejarse ayudar	-.148**	.814**	.074	.707**	1.000				
	.008	.000	.188	.000	320				
	320	320	320	320					
Resentimiento por no reciprocidad	-.117*	.668**	.176**	.486**	.513**	1.000			
	.036	.000	.002	.000	.000	320			
	320	320	320	320	320				
No actividades positivas	-.077	.658**	.247**	.547**	.450**	.433**	1.000		
	.171	.000	.000	.000	.000	.000	320		
	320	320	320	320	320	320			
No atender las propias necesidades	-.089	.680**	.130*	.523**	.546**	.512**	.333**	1.000	
	.111	.000	.020	.000	.000	.000	.000	320	
	320	320	320	320	320	320	320		

Resentimiento por no reciprocidad	-.104	.668**	.176**	.486**	.513**	1.000		
	.063	.000	.002	.000	.000	.000	320	
	320	320	320	320	320			
No actividades positivas	-.164**	.658**	.247**	.547**	.450**	.433**	1.000	
	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.000	320
	320	320	320	320	320	320		
No atender las propias necesidades	-.147**	.680**	.130*	.523**	.546**	.512**	.333**	1.000
	.008	.000	.020	.000	.000	.000	.000	320
	320	320	320	320	320	320	320	

NOTA. **La correlación es significativa en el nivel 0.01(2 colas). * La correlación es significativa en el nivel 0.05(2 colas).

Fuente: Elaboración a partir del instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

En la tabla 3 se muestra la relación entre la variable riesgo de vulnerabilidad en sub escala de conocimiento de comportamiento sexual con la variable autocuidado en donde se encontró relación estadísticamente significativa entre autocuidado general($r=-.301$; $p<.001$) y las dimensiones conducta autodestructiva($r=.289$; $p<.001$), falta de tolerancia al efecto positivo($r=-.404$; $p<.001$), problemas para dejarse ayudar($r=-.372$; $p<.001$), no actividades positivas($r=-.164$; $p<.05$) y no atender las propias necesidades($r=-.147$; $p<.05$).

En relación al objetivo de caracterizar a la población de mujeres en edad fértil se tienen la tabla cuatro a la 10.

Tabla No. 4

Edad de las participantes del estudio

Estadístico	
Media	42.85
Mediana	42.00
Desviación estándar	9.768
Mínimo	25
Máximo	64

Fuente: Datos sociodemográficos instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

En la tabla cuatro se tiene los datos de la edad de las participantes con un promedio de 42.85 años (DE=9.76).

Tabla No. 5

Condición de la participante en relación a su pareja

Estado civil	<i>f</i>	%
Soltera	29	9.1
Casada	196	61.3
Unión libre	59	18.4
Divorciada o viuda	36	11.3
Total	320	100.0

Fuente: Datos sociodemográficos instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

En la tabla se muestra que 196 de 320 de las usuarias con un porcentaje de 61.3 % son casadas a diferencia donde solo las 29 usuarias con 9.1 % acuden a su unidad médica a solicitar la detección de la citología.

Tabla No. 6

En donde ha vivido la mayor parte de su vida

Tiempo	<i>f</i>	%
Siempre	317	99.1
Menos de 5 años	3	.9
Total	320	100.0

Fuente: Elaboración a partir del instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

En la tabla 6 se muestra que de un total de 320 usuarias 317 han vivido en México y solo el 3 usuarias que representan el 0.9 % han tenido que emigrar.

Tabla No. 7

Tiempo de permanencia en México

Tiempo	<i>f</i>	%
Siempre	319	99.7
Menos de 5 años	1	.3
Total	320	100.0

Fuente: Elaboración a partir del instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu

En esta tabla se muestra que la mayoría de 320 usuarias son 319 con un 99.7 % que permanecen en México y únicamente 1 usuaria representando .3% emigra por diversas situaciones.

Tabla 8

Con quien (es) que vive

Convivencia	<i>f</i>	%
Familia	313	97.8
Sola	7	2.2
Total	320	100.0

Fuente: Elaboración a partir del instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

La tabla 8 refleja que de 320 usuarias 313 de las que acuden a su detección citológica viven actualmente en Familia con una representación de 97.8 % y la minoría que fueron 7 usuarias con el 2.2 % que viven solas por el momento.

Tabla No. 9

Ocupación u actividad laboral

Validado	<i>f</i>	%
Ama de casa	180	56.3
Empleada	140	43.8
Total	320	100.0

Fuente: Elaboración a partir del instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

La tabla no. 9 muestra que 180 usuarias con 56.3 % de las 320 son amas de casa y 140 con 43.8 % son empleadas

Tabla No. 10

Tipo de seguridad social

Afiliación	<i>f</i>	%
Ninguno	131	40.9
IMSS	178	55.6
ISSSTE	11	3.4
Total	320	100.0

Fuente: Elaboración a partir del instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

En la tabla 10 se refleja que 178 con 55.6% usuarias la mayoría cuenta con seguridad social IMSS pero es más accesible acudir a los servicios de salud más accesibles y solo 11 con 3.4 % cuenta con ISSSTE.

En lo que respecta al objetivo de analizar las conductas de autocuidado en mujeres en edad fértil se tiene lo siguiente:

Tabla No. 11

Medidas de tendencia central y correlación de factores de autocuidado

Validados	Suma AC	Suma F1AC	Suma F2AC	Suma F3AC	Suma F4AC	Suma F5AC	Suma F6AC
	320	320	320	320	320	320	320
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media	125.7063	22.0875	16.9969	21.8125	17.3719	19.0625	25.0625
Mediana	131.0000	22.0000	18.0000	22.0000	18.0000	19.0000	26.0000
Desviación estándar	25.56352	5.89606	5.21963	6.20010	4.29505	4.09555	5.95352
Mínimo	33.00	7.00	4.00	5.00	4.00	6.00	5.00
Máximo	164.00	38.00	28.00	32.00	25.00	33.00	33.00

Fuente: Elaboración a partir del instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

En la tabla once se tiene los datos de las 320 participantes con un promedio de 125.70 (DE=25.56).

Para determinar la vulnerabilidad al riesgo de contraer cáncer de cuello de útero se presenta la siguiente información:

Tabla No. 12

En caso de haber tenido relaciones sexuales ¿acostumbra usar alguna forma de protección? Especifique (por qué usa protección)

	<i>f</i>	%
SI	206	64.4
NO	114	35.6
Total	320	100.0

Fuente: Elaboración a partir del instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

Tabla No. 13

¿Considera que usted puede estar en riesgo de contraer el Virus del Papiloma Humano?

	<i>f</i>	%
SI	185	57.8
NO	135	42.2
Total	320	100.0

Fuente: Elaboración a partir del instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

La tabla anterior muestra que de las 320 usuarias 185 con 57.8% si consideran estar en riesgo de contraer la infección de virus del papiloma.

Tabla No. 14

¿Se considera vulnerable al virus del papiloma humano?

	<i>f</i>	%
SI	166	51.9
NO	154	48.1
Total	320	100.0

Fuente: Elaboración a partir del instrumento vulnerabilidad al riesgo de CaCu.

No se rechaza la hipótesis de que existe asociación de conductas de autocuidado y vulnerabilidad de cáncer de cuello de útero en mujeres en edad fértil sino que se acepta.

Tabla No. 15

Correlación de variables de autocuidado con las variables de comportamiento sexual, conocimiento de trasmisión y conocimiento de prevención.

Sub escalas	¿En caso de haber tenido relaciones sexuales acostumbra usar alguna forma de protección?	¿Consideras que usted puede estar en riesgo de contraer el virus del papiloma humano?	¿Se considera vulnerable al virus del papiloma humano?	Suma _AC
¿En caso de haber tenido relaciones sexuales acostumbra usar alguna forma de protección?	1.000 320			
¿Consideras que usted puede estar en riesgo de contraer el virus del papiloma humano?	.144** .010 320	1.000 320		
¿Se considera vulnerable al virus del papiloma humano?	-.011 .841 320	.494** .000 320	1.000 320	
Suma _AC	-.301** .000 320	-.132* .018 320	.011 .851 320	1.000 320

NOTA. **La correlación es significativa en el nivel 0.01(2 colas). * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

En la tabla 15 se muestra la correlación de variables de autocuidado con el conocimiento de comportamiento sexual en donde se encontró relación estadísticamente significativa entre autocuidado general ($r=-.301$; $p<.001$) y las dimensiones de comportamiento sexual con los conocimientos de prevención ($r=.144$; $p<.001$), los conocimientos de prevención a los conocimientos de trasmisión ($r=-.11$; $p<.01$).

Para determinar la relación del autocuidado con la vulnerabilidad de riesgo de contraer el virus de papiloma humano, se utilizó prueba de r de Pearson debido a que hubo normalidad en la distribución de los datos en la tabla 16 se observa

estadísticamente significativa positiva y moderada entre las variables lo que se traduce que mayor autocuidado son menores los factores de riesgo de contraer el CaCu.

Tabla No. 16

Resultados correlación entre variables autocuidado y vulnerabilidad de riesgo de VPH
(n=320)

Correlación de Pearson	Autocuidado puntaje	Vulnerabilidad de VPH
Autocuidado puntaje	1.000	.064
Sig. (Bilateral)		.255
Vulnerabilidad de Riesgo VPH	.064	1.000
Sig.(bilateral)	.255	

Nota: coeficiente de r Pearson **p>.05 AC=Autocuidado Vulnerabilidad de Riesgo de VPH

VIII. Discusión

En este apartado se muestra un análisis de los resultados obtenidos de este estudio y se contrastan los resultados obtenidos con los que se han señalado en otros estudios en donde se puede mencionar que el presente estudio destacó en efecto que los factores de riesgo son menores si se llevara a cabo medidas de autocuidado más frecuentes para la detección oportuna del CaCu.

Con respecto que el tener estudios profesionales esta condición no se configura como un factor para acudir a la prueba como habría de esperarse, el aspecto socioeconómico no fue considerado una barrera para su realización, ni así los aspectos psicológicos y cognoscitivos que son las principales barreras presentes en mujeres que no acuden a la detección oportuna de cáncer cervicouterino (Farfán et al 2004) lo cual coincide con los datos que se reflejan en el presente estudio.

En cuanto a la variable autocuidado general con la vulnerabilidad de sub escala comportamiento sexual fue significativa donde la mayoría de usuarias refieren acostumbra a usar alguna forma de protección en este caso preservativo para evitar el riesgo de contraer alguna enfermedad y consecuentemente el riesgo de CaCu por contagio de VPH.

Los resultados coinciden con el estudio titulado prevención y control del cáncer de cuello uterino realizado en 2018 elaborado por Maraño, T y cols respecto a los factores de riesgo para la adquisición del HPV o VPH y para la persistencia y progresión ya que refiere que se mantienen en la población de manera deliberada y se asumen conductas sexuales irresponsables y la no percepción del riesgo lo cual difiere con este estudio.

De igual manera, muy necesaria la labor preventiva para modificar los estilos de vida que puedan provocar el desarrollo del CaCu y minimizar aquellos que no son modificables. Se debe destacar la importancia de la temprana detección del problema para un pronóstico favorable de acuerdo a lo descrito por Magalys; en su estudio llamado CaCu uterino; Algo para reflexionar realizado en el año 2019.

Por último, las prácticas de autocuidado de las mujeres ante el riesgo de CaCu están íntimamente ligadas a su percepción de padecer la enfermedad; su historia personal; su condición de género; su nivel educativo y profesional y al entorno de conocimientos que tengan por diversos medios y por el contacto con otras mujeres que lo hayan padecido esto es similar a los resultados obtenidos en la presente investigación Sosa-Rosas, MP; López ON; Torres-Lagunas MA; Hernández-Herrera J. (2008).

Lo anterior, coincide con los resultados ya que se refleja importantemente la atención de las mujeres a las necesidades o demandas de cuidado que históricamente se le han asignado a la mujer en la sociedad olvidándose de las propias necesidades y de su amor propio para accionar en pro de la búsqueda de atención oportuna para la evitación no solo de CaCu sino de otras enfermedades.

IX. Conclusiones

Esta investigación busco determinar la relación de conductas de autocuidado y vulnerabilidad al riesgo de contraer cáncer de útero.

En las cuatro variables de vulnerabilidad se evidencio que existe una relación moderada significativa por lo que se aceptó la hipótesis de que existe la relación de conducta de autocuidado y vulnerabilidad de contraer cáncer de cuello de útero en mujeres en edad fértil.

Por su parte, las variables de comportamiento sexual con los conocimientos de prevención existe una relación débil pero también significativa de autocuidado regular debido a conducta de no atender las propias necesidades y por ende la falta de tolerancia al afecto positivo y en cuanto a las preguntas de riesgo de vulnerabilidad la respuesta fue acertada y en este sentido, se refleja que la mayoría de las mujeres tiene temor de saber su diagnóstico aunque sea favorable y por ello refieren no acudir al tamizaje.

Así mismo, las mujeres en edad fértil que acuden a realizarse su tamizaje de detección oportuna de CaCu se da cuenta que el promedio de edad es de 42 a 43 años las que acuden y en menor cantidad las solteras debido a que no priorizan sus necesidades de autocuidado.

Derivado de la premisa de autocuidado se constata la importancia del sustento epistémico de la macro teoría de Dorothea E. Orem destacando los requisitos de autocuidado y la toma de conciencia, así como prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, que señala la teoría en sus requisitos universales y de desarrollo para llevar efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.

Por otro lado, es necesario señalar que en México, el concepto de autocuidado es frecuentemente utilizado sin embargo, es necesario reflexionar respecto a los aspectos que subyacen a este simple termino al reconocer que el ser humano es un cumulo de emociones y sentimientos además de la materia físico biológica y a partir de ello, es posible comprender las actitudes que favorecen o no el amor propio y con ello el autocuidado para preservar comodidad, bienestar y salud de las mujeres a fin de ejercer acciones preventivas como lo es la cultura de revisión ginecológica para prevenir y atender oportunamente alguna enfermedad así como el detectar oportunamente el cáncer cervico uterino.

En el presente trabajo se evidencio en cada una de las categorías evaluadas que la conducta de falta de cuidado o autocuidado obedece a aspectos de autoestima, así como aspectos socioculturales aun arraigados en las mujeres respecto a los roles que se deben ejercer en la sociedad como cuidadoras y no merecedoras de atención y cuidado al privilegiar el cuidado y atención de las personas a su alrededor descuidando sus propias necesidades.

Así mismo, subyace a partir de lo reflejado, las conductas de violencia de las cuales es sujeta la mujer al no defender sus derechos lo cual, refleja aun la necesidad de continuar realizando investigaciones de género que permitan favorecer condiciones para que la mujer se empodere de sus derechos reproductivos incluidos su derecho libre y soberano de atender oportunamente su salud.

Por último, es necesario integrar en los programas de atención oportuna para evitar el CaCu componentes que permitan favorecer la autoestima de la mujer y conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, así como orientar respecto a las diferentes redes de apoyo a las que pueden acudir.

X. Sugerencias

Es de vital importancia enfocar actividades de promoción a la salud en todos los ámbitos desde la participación en instituciones educativas en los planteles escolares con charlas de autocuidado para la salud reproductiva a partir de desarrollo de estrategias que permitan una cultura de promoción y detección temprana.

En la facultad de enfermería es necesario fortalecer la práctica profesional del estudiante en formación a fin de que valore más la importancia del ejercicio de la profesión en espacios de atención en el primer nivel a fin de coadyuvar al mejoramiento de la salud de la población representándose éste como un agente modelo de cambio.

Así mismo, es importante que en las instituciones de salud se redireccionen las estrategias de acción y/o políticas de salud que se dirigen a las mujeres en edad fértil a fin de mejorar sus conductas de autocuidado para la salud desde el enfoque de género y autoestima, así como de derechos sexuales y reproductivos a fin de favorecer conductas positivas de empoderamiento para su salud.

XI. Referencias Bibliográficas

Asociación Médica Mundial (1964), Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 18ª Asamblea Médica Mundial, <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

Ayres, J.R.C.M., Franco J., Calazans G., Saletti F. y Heraldo C. (2003) O concepto de vulnerabilidade de las prácticas de saúde: novas perspectivas e desafios. En: Zeresnia D., Freitas C.M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. (p117-139). Rio de Janeiro, Brasil: FIOCRUZ.

Ayres, J.R.C.M., Paiva V., Franca I., Gravato N., Lacerda R., Negra M.D., Sousa-Márquez H.H., Lecussan P., Cotrim-Segurado A., Henrique-Silva M. y Galano, E. (2006) Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. Public Health. 96(6), 1001-6.

Benavent, G.A. (2000). Fundamentos de Enfermería. España: DAE.

Burroughs, A. (2001). Enfermería Materno – Infantil. México: Mc Graw–Hill.

Denisse C.M. (1997). Self Care Deficit Theory of Nursing: Concepts and application. 7ª ed. St. Louis: Mosby

Denyes, M.J., Orem D.E. y Bekel G. (2001). Autocuidado: una ciencia fundamental. Revista trimestral de ciencia de enfermería, 14 (1), 48–54

<https://doi.org/10.1177/089431840101400113> Farfán-Muñoz, L.C., Barrón-Treviño E., Jiménez-Domínguez M.E, Vázquez-Morán E., Ayala-Atrián S.S. (2004). Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 12(3), 123-130

Hidalgo-Martínez, A. C. (2006). El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. Revista Biomédica, 17(1),

81-84.<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>. [Cáncer cervicouterino - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer)

Lolas F. (2002). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. En: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, Santiago de Chile. http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf

Lynn M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.

Mann J, Tarantola D.J.M., Netter T.W. (1993). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS/UERJ

Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2008). *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Moreira E.D., Oliveira B.G., Ferraz F.M., Costa S., Costa-Filho J.O., Karic G. (2006) Knowledge and attitudes about human papillomavirus, Pap smears, and cervical cancer among young women in Brazil: implications for health education and prevention. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 16(2), 599-603.

Moscicki, A.B. (2005). Impact of HPV infection in adolescent populations. *Journal of Adolescent Health*, 37(6), S3-S9.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-2007 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/2383/SALUD/SALUD.htm>

Orem, D.E. (1995) *Nursing Concepts of Practice* 5th Edition, Mosby: Boston

Organización mundial de la Salud (OMS). (2022). *Cáncer cervicouterino*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

Saavanna, G.A. (1993) *Modelo de Orem*. 1ª ed. España: Masson / Salvat.

Secretaría de Salud (2022) Acciones y Programas > Programa de Acción Específico
Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 – 2018.
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino>

Stark A., Gregoire L., Pilarski R., Zarbo A., Gaba A., Lancaster W.D. (2008) Human papillomavirus, cervical cancer and women's knowledge. *Cancer Detection and Prevention*, 32(1), 15-22.

XII ANEXOS

Anexo no 1

Escala de autocuidado y vulnerabilidad al CaCu

Instrucciones: Escriba en forma clara sus respuestas por favor, este cuestionario es con fines de mejorar el servicio a las personas en particular a las mujeres por ello, es importante que responda con toda sinceridad, al aceptar participar usted acepta que esta información sea verdadera y que la enfermera no revelara esta información a nadie más, esto será confidencial, no recibirá dinero por participar y si decide no hacerlo está en libertad sin afectación de su atención por parte del servicio de salud

Deberá leer cada frase, y señalar con una "X" la opción que usted elija conforme a las respuestas que se señalan en la parte superior.

Por favor, no deje ninguna pregunta sin responder. Si tiene dudas, pregunte al evaluador.

Edad: _____

Pregunta	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Algo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Cuando estoy mal hago cosas que me hacen sentir aún peor							
Los elogios me hacen sentir incómodo							
No me deja ayudar							
Siento que me tratan injustamente y no se por qué							
No dedico tiempo a actividades agradables o divertidas							
No me fio de la gente que me dice cosas positivas							

sobre mí							
Las cosas que hago tienen que ser útiles a otras personas							
Me echo siempre la culpa de todo							
Nadie me reconoce lo mucho que hago por ellos							
Las necesidades de los demás están por delante de las mías							
No soy capaz de pedir ayuda							
Me comporto de forma autodestructiva							
Los demás deberían estar ahí cuando los necesito							
Puedo llegar a disculpar cualquier cosa que me hagan							
Me creo más fácilmente una crítica que un cumplido							
Me critico internamente todo el tiempo							
Mis problemas me los guardo para mí							
La gente es muy desagradecida							
Me cuesta defender mis derechos							
Me siento más cómodo ayudando a los demás que a la inversa							
No tengo relaciones que me resulten							

gratificantes							
Permito que la gente invada mi espacio personal							
Hago cosas que sé que me perjudican							
Me molesta que los demás no respondan en seguida a mis necesidades							
No hago ejercicio físico							
Soy incapaz de decir que no							
Neutralizo los cumplidos diciendo "no es para tanto" o cosas así							
Cuando estoy mal me enfado conmigo mismo por estar así							
No puedo pedir lo que necesito							
No se disfruta del tiempo libre							
Me alimento mal							

Alguno comentario adicional que guste expresar:

Muchas gracias por su participación!!!

Instrucciones: Escriba en forma clara sus respuestas por favor, este cuestionario es con fines de mejorar el servicio a las personas en particular a las mujeres por ello, es importante que responda con toda sinceridad, al aceptar participar usted acepta que esta información sea verdadera y que la enfermera no revelara esta información a nadie más, esto será confidencial, no recibirá dinero por participar y si decide no hacerlo está en libertad sin afectación de su atención por parte del servicio de salud

- 1 Sexo _____
- 2 Edad _____
- 3 Estado civil _____
- 4 En donde ha vivido la mayor parte de su vida _____
- 5 Tiempo de permanencia en México _____
- 6 ¿Con quién vive? _____
- 7 ¿De dónde provienen sus ingresos económicos? _____
- 8 Escriba el nombre de su seguro de salud _____
- 9 ¿Cuántos cigarrillos fuma por día? _____
- 10 ¿Con qué frecuencia consume alcohol? _____
- 11 ¿Con que frecuencia consume drogas psicoactivas? _____
- 12 ¿Ha tenido relaciones sexuales? _____
- 13 Si usted ya tuvo relaciones sexuales ¿Cuántos compañeros (as) sexuales ha tenido a la fecha?

- 14 En caso de haber tenido relaciones sexuales ¿acostumbra usar alguna forma de protección?
Especifique (por qué usa protección) _____
- 15 Si ya tuvo relaciones sexuales, ¿Cuál (es) método(s) de protección ha usado?

- 16 ¿Tiene hijos? _____
- 17 Marque el tipo de protección que ofrecen los siguientes métodos anticonceptivos que usted conoce _____

- 18 Si ya tuvo relaciones sexuales ¿Por cuál (es) motivos las ha tenido?

- 19 ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol? _____
- 20 ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas? _____
- 21 Si ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o las drogas ¿Qué tipo de protección ha utilizado? _____
- 22 Cuáles son las Enfermedades de Transmisión Sexual de las que tiene información y especifique la gravedad de cada una de ellas. _____
- 23 ¿Por cuales medios ha recibido información acerca del Virus del Papiloma Humano?

- 24 Describa cómo se puede contraer el Virus del Papiloma Humano

- 25 Describa las formas de transmisión del Virus del Papiloma Humano

- 26 El Virus del Papiloma Humano se desarrolla en (en que parte del cuerpo):

- 27 Describa las consecuencias de contraer el Virus del Papiloma Humano

- 28 Describa las formas de prevención para evitar el contagio con el Virus del Papiloma Humano

- 29 ¿Considera que usted puede estar en riesgo de contraer el Virus del Papiloma Humano?

- 30 Describa los factores que usted considera lo protegen de la adquisición del Virus del Papiloma Humano

- 31 ¿Existe alguna vacuna que se utilice para prevenir el Virus del Papiloma Humano?

- 32 En el caso que hubiera una vacuna para prevenir el Virus del Papiloma Humano, considera que los universitarios deberían aplicársela _____
- 33 ¿Se ha practicado exámenes para el diagnóstico del Virus del Papiloma Humano?

34 ¿Ha recibido orientación sexual en su servicio de salud?

35 Describa a través de que medio le gustaría recibir información relacionada con el Virus del Papiloma Humano y otras Enfermedades de Transmisión Sexual _____

36 ¿Se considera vulnerable al Virus del Papiloma Humano? _____

Alguno comentario adicional que guste expresar: _____

Muchas gracias por su participación!!!

Anexo no 2

Oficios de aprobación de la investigación

Universidad Michoacana
de San Nicolás de Hidalgo Facultad de Enfermería

Morelia, Michoacán a 17 de septiembre de 2022

LE. Xochitl Estrella Garza Valverde

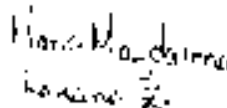
Estudiante del Programa de

Maestría en Enfermería

Presente.

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo titulado *Asociación de conductas de autocuidado y vulnerabilidad al riesgo de contraer cáncer de cuello de útero en mujeres en edad fértil de México* y acordó **Aprobarlo con el dictamen CEI/FacEnf/003/POSG2022**, por lo que puede realizar lo conducente. Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente



Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Coordinadora del Comité de Ética en Investigación

Morelia, Michoacán, México, 17 de septiembre de 2022

Se envía a usted el presente oficio de acuerdo a lo solicitado en el oficio de número 003/POSG2022, con el fin de que realice lo conducente. Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Anexo no 3

Recursos de la investigación

Descripción	Cantidad	Costo unitario	Total
Computadora	1	12,000	12,000
Impresora	1	3,000	3,000
Lapiceros	20	5	100
Hojas blancas	500	200	200
Fotocopias	100	2	200
Transportación	50	9	450
Empastados	5	1,000	5,000
Costo de trámites de titulación	1	9,500	9,500
Gastos de publicación de artículo	2	1,500	3,000
		TOTAL	22,650

Anexo no 4

Cronograma

2021-2023

Fecha / Actividad	Septiembre, octubre, noviembre 2021	Enero, febrero y marzo 2022	Abril, mayo y junio 2022	1er semestre 2023	2do semestre 2023
Selección del tema de investigación	*				
Justificación	*				
Planteamiento del problema	*				
Objetivos e Hipótesis	*				
Marco Teórico		*			
Metodología		*			
Procedimiento		*			
Aspectos éticos y legales		*			
Comité de Ética			*		
Colecta de datos				*	
Análisis de datos, resultados y obtención del grado				*	
Pre defensa					*
Obtención de grado					*

XIII APENDICES

Apéndice no. 1

Definición conceptual y operativa, dimensiones e indicadores

Variable	Tipo	Def. conceptual	Def. operativa	Dimensiones	Indicadores
Autocuidado	Variable Independiente	Es la acción de brindamos atenciones dirigidas a cuidar nuestra salud	Acciones conscientes que las mujeres en edad fértil realizan para evitar la aparición de cáncer cervicouterino	<p>Conducta autodestructiva</p> <p>Falta de tolerancia al efecto positivo</p> <p>Problemas para dejarse ayudar</p> <p>Resentimiento por no reciprocidad</p> <p>No actividades positivas</p> <p>No atender las propias necesidades</p>	<p>1 Totalmente de acuerdo</p> <p>2 Bastante en desacuerdo</p> <p>3 Algo en desacuerdo</p> <p>4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>5 Algo de acuerdo</p> <p>5 Bastante de acuerdo</p> <p>7 Totalmente de acuerdo</p>
Vulnerabilidad al Cáncer	Variable dependiente	Condición de mayor o menor ideación respecto a de contraer una enfermedad	Características de riesgo en la mujer en edad fértil respecto a contraer cáncer cervicouterino	<p>Perfil sociodemográfico</p> <p>Comportamiento sexual</p> <p>Conocimiento de transmisión</p> <p>Conocimiento de prevención</p>	<p>14 preguntas abiertas</p> <p>22 preguntas cerradas</p>

Apéndice no. 2

Operacionalización de las variables descriptivas

Variable	Tipo	Definición o concepto	Escala de medición	Estadístico
Edad	N Numérica discreta	"Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales"	Total de años cumplidos desde su nacimiento hasta la fecha.	Media y Desviación estándar.
Ocupación	N Nominal categórica.	"Acción y efecto de ocupar u ocuparse. Trabajo, empleo u oficio".	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleado 2. Ama de casa 3. Obrera 4. Desempleada 	Frecuencia y porcentaje.
Estado civil	N Nominal categórica.	"Condición de una persona que no tiene lazos de unión con alguna pareja por ninguna ley ya sea terrenal o espiritual".	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Unión libre 	Frecuencia y porcentaje.

Apéndice no. 3
Consentimiento informado

Morelia, Michoacán a ___ de _____ de 2022

La que suscribe _____ declaro:

- Que al firmar este documento doy mi consentimiento para que la L.E. Xochiltl Estrella Garza Valverde me aplique una escala de autocuidado y vulnerabilidad al CaCu, en la unidad de salud correspondiente a la Secretaría de Salud de Michoacán.
- Que se me ha informado que esta escala formara parte de un estudio sobre las medidas de autocuidado que llevo a cabo para evitar el CaCU de mi persona.
- Haber entendido que fui elegida para participar en este estudio para formar parte de una investigación acerca de este tema y porque tengo el rango de edad considerado como mujer en edad fértil.
- Haber concedido libremente esta entrevista, se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder a alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento.
- También que se me ha informado que mis respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificara jamás en forma alguna.
- Se me ha informado de que, si participo o no en el estudio, o si me rehusó a responder a alguna pregunta, no se verán afectados los servicios de salud que yo o cualquier miembro de la familia pueda necesitar de los prestadores de salud pública o sociales. Así mismo, acepto que la participación en este estudio no representa riesgo alguno para mí.
- Reconozco no recibir ningún beneficio económico, en especie o servicio como resultado de mi participación.

Nombre y Firma del participante

Nombre y Firma del responsable