

00943



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

1  
2es.

**SISTEMA DE ENFERMERIA EN EDUCACION PARA  
LA SALUD SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS  
AGUDAS DIRIGIDO A MADRES DE FAMILIA,  
LIDERES COMUNITARIOS Y FARMACEUTICOS  
EN ECATEPEC, MEXICO.  
(ESTUDIO DE CASO)**

**TRABAJO RECEPCIONAL  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN SALUD PUBLICA  
P R E S E N T A :  
LIC. ENF. CARMEN / DURAN MENDOZA**

CON LA TUTORIA ACADEMICA DE: M.S.P. SOFIA DEL C. SANCHEZ PIÑA.

CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO.

DICIEMBRE. 1998.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

26 9081



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SISTEMA DE ENFERMERÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD  
SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DIRIGIDO A  
MADRES DE FAMILIA, LÍDERES COMUNITARIOS Y FARMACÉUTICOS  
EN ECATEPEC, MEXICO.  
(ESTUDIO DE CASO)

TRABAJO RECEPCIONAL QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA.

P R E S E N T A :  
**LIC. ENF. CARMEN DURÁN MENDOZA.**

CON LA TUTORÍA ACADÉMICA DE:  
**M.S.P. SOFÍA DEL C. SÁNCHEZ PIÑA.**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO.

DICIEMBRE, 1998.

---

## **TESTIMONIOS DE GRATITUD**

*A DIOS con sublime y divino amor por guiar mis pasos en pro de la humanidad, por concederme serenidad y paciencia para cambiar en forma positiva las cosas que puedo, resignación y sumisión para lo que no puedo cambiar; juicio y sensatez para conocer la diferencia.*

*Por su excelencia académica a la benemerita UNAM; ya que a través de la ENEO fue posible implementar por vez primera este plan único de especialización en enfermería y darnos así la oportunidad de elevar el perfil académico de la profesión y enfrentar el reto de la competitividad nacional e internacional dentro de este contexto de cambios que vive hoy la humanidad.*

*Mi reconocimiento y sincero afecto, a todos los distinguidos catedráticos de esta universidad, cuya enseñanza hizo posible este estudio de Caso, en especial a. . . . .*

*M.S.P. Sofía del C. Sánchez Piña por su gran talento ético y profesional, fortaleza y seguridad para emprender retos en la vida, por aportarme sugerencias de gran ayuda y valor; útiles para este trabajo.*

*Dr. Roberto R. Leone por darme parte de su tiempo y capacidad profesional, con dedicación e interés para el buen cumplimiento de este estudio de caso.*

*Dr. Rodolfo Méndez mi admiración y respeto por su valiosa y oportuna asesoría, por su comprensión y paciencia sin límite para transmitir el proceso enseñanza-aprendizaje.*

*Quiero también ahora agradecer a mis compañeras de generación. Lupita y Jakie, los momentos de estudio y trabajo, alegría y melancolía que con ellas compartí, mi más grata remembranza para ellas.*

*Mi profundo agradecimiento a mis hermanos, Pepe, Vicky, Elenita, Luisita, Vicent y especialmente a Gregory por darme el apoyo, aprobación y facilidad para lograr esta meta de superación profesional. Un cálido reconocimiento a mi pequeño hijo Raúl Stive; por ser una de las responsabilidades más hermosas de mi vida.*

*La flor de la amistad se cultiva y florece a través de las acciones. A la familia Hernández García por su voto de confianza y ayuda invaluable.*

*Recuerdo así mismo; a todas y cada una de aquellas maravillosas personas que me asistieron en forma directa e indirecta para la realización de este trabajo. ¡No las olvidare!*

*Con profunda gratitud  
¡Gracias a todos!*

## CREDITOS DE CONTRIBUCIÓN PARA ESTE TRABAJO

- Dr. Roberto Rodríguez Leone Jefe de la Jurisdicción Ecatepec
- E.S.P. Esthela Lozano González Jefe de Enfermeras Jurisdiccional
- Dr. Rodolfo J. López Marmolejo Jefe de Enseñanza e Investigación
- Dr. Jesús Mendrano Adame Epidemiólogo
- Dr. Eduardo Valdez Quiroz Coord. Normativo IRAS
- Dra. Jaquelina Bastida Coord. Normativo Planeación
- Dr. Felipe Pérez Martínez Jefe del Servicio de Urgencias (Sahagún Hgo).
- Tec. Esther Garrido García Programador Analista
- Carmen Hernández González Diseño (Pachuca, Hgo).
- Tec. Elia Cortéz Secretaria
- E.G. Guadalupe Hernández Paulín Jefe de Enf. C.S. Ampliación Tulpetlac
- TAPS. Petra Rodríguez Pérez Resp. Microrregión Tecucomac
- Dr. Mario Rafael Estrada Mtz. COMUSA Amp. Tulpetlac
- Dra. Esthela Nateras Directora Amp. Tulpetlac
- Grupo de TAPS C.S. Amp. Tulpetlac
- Grupo de Enfermería C.S. Amp. Tulpetlac
- Grupo de Médicos C.S. Amp. Tulpetlac
- Grupo Administrativo C.S. Amp. Tulpetlac
- Grupo de Enfermeras Pasantes Servicio Social
- Grupo de Jefes de Enfermeras Jurisdicción Ecatepec
- Enf. Emma García Aguirre Jefe de Enf. C.S.J. de Morelos
- Enf. Esthela Santillán S. Jefe de Enf. Sn. Juan
- Tec. Irma Arroyo Capturista
- Lic. E. Guadalupe Pérez Hernández Especialista en Enfermería en Salud Pública
- Lic. Jaquelina Pastrana Saldaña Especialista en Enfermería en Salud Pública

---

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3. UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO.....</b>	<b>5</b>
<b>1.4. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>2. OBJETIVOS DE (ESTUDIO DE CASO).....</b>	<b>8</b>
<b>3. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
3.1.1 La comunidad, su estudio y diagnóstico de salud.....	9
3.1.2 Enfoque de riesgo y mediciones.....	10
3.1.3 Daños a la salud.....	20
3.1.4 Modelo de atención a la salud (R.S.O.).....	23
3.1.5 Teoría de OREM.....	28
<b>3.1. MARCO REFERENCIAL.....</b>	<b>48</b>
3.2.1 Generalidades del Estado de México municipio de Ecatepec.....	48
3.2.2 Características de la microrregión de estudio.....	49
3.2.3 Situación Epidemiológica.....	62
<b>4. ESQUEMA METODOLOGICO.....</b>	<b>65</b>
<b>4.1. VALORACIÓN.....</b>	<b>65</b>
4.1.1. Selección de la muestra.....	66
4.1.2. Variables e indicadores.....	67
4.1.3. Descripción de variables e indicadores.....	67
4.1.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	69



4.1.5. Definiciones operacionales.....	70
4.1.6. Plan de análisis.....	70
4.1.7. Organización.....	72
4.1.8. Recursos.....	73
<b>4.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>74</b>
4.2.1. Fundamento del Diagnóstico.....	74
<b>4.3. PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>112</b>
4.3.1. Jerarquización, Métodos y Resultados.....	112
4.3.2. Proyecto de Enfermería.....	117
- Justificación .....	118
- Estudio de factibilidad.....	119
- Objetivos.....	123
- Metas y límites.....	123
- Programa detallado de actividades.....	126
- Plan de evaluación.....	132
<b>4.4. EJECUCIÓN.....</b>	<b>151</b>
4.4.1. Desarrollo de Actividades.....	151
<b>4.5. EVALUACIÓN.....</b>	<b>154</b>
4.5.1. De contexto.....	154
4.5.2. De implementación.....	155
4.5.3. De resultados.....	156
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>167</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>170</b>
<b>7. ANEXOS Y APENDICES (Indices específicos)</b>	

## INTRODUCCIÓN

El presente siglo ha sido testigo de espectaculares avances, en la tecnología y en la práctica educativa, de cambios trascendentales en la actitud de los profesionales de la salud.

La Universidad Nacional Autónoma de México, desde hace algunos años, ha venido preocupándose por elevar el grado académico de la Carrera de Enfermería, en donde los estudiantes se preparan para dar respuesta a las necesidades de salud de la población. La Universidad en su compromiso por generar mejores recursos apoya la implantación de Programas de Postgrado, tal es el caso de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia con su Plan único de Especialidades de Enfermería.

El presente Estudio de Caso, presenta el trabajo realizado en la Especialidad de Enfermería en Salud Pública. Su estructura está basada en los lineamientos establecidos por la División de Estudios de Postgrado de la ENEO-UNAM.

El presente Caso fue desarrollado en la sede de prácticas en la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México, y la comunidad intervenida fue la Microrregión de Tecuescomac, perteneciente a la Coordinación Municipal de Salud de ampliación Tlupetlac en Ecatepec, Estado de México.

Los criterios de selección para la comunidad se basan en la mayor frecuencia de problemas de salud pública, los cuales se interpretaron desde el punto de vista de enfermería con un enfoque de **AUTOCAUIDADO**.

El documento inicia con la selección y descripción de la situación problema en donde se reconocen los daños a la salud de la población.

El problema fue identificado al reconocer que existen mayores tasas de mortalidad infantil por infecciones respiratorias agudas, las cuales pueden estar

relacionadas al nivel de **AUTOCUIDADO** de la población y que por sus características objetivas y datos referenciales se reconoce déficit de **AUTOCUIDADO**.

La justificación del estudio se centra en el quehacer específico de enfermería y al analizar la mortalidad infantil como un problema de salud pública el cual esta relacionado con los cuidados a los niños, de tal manera que implica que este problema sea estudiado por profesionales del cuidado de la salud.

Los objetivos están encaminados a conocer el déficit de **AUTOCUIDADO** y su relación con la Respuesta Social Organizada y riesgo potencial de desviación de salud, manifiesta en alta incidencia de morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) y elevada tasa de mortalidad.

El marco teórico sustenta las variables del problema de estudio y se aborda a partir del contexto histórico colectivo y social, al comprender este proceso se identifican daños a la salud y entonces se pueden predecir comportamientos e implementar medidas de prevención y control oportunas y adecuadas. Se mencionan también los criterios de riesgo y calificación familiar de acuerdo a la política de salud del (ISEM) Instituto de Salud del Estado de México, de igual manera, se incorporan los elementos teóricos de la teoría de Orem, con base a la identificación del déficit de **AUTOCUIDADO** en la comunidad, lo que fundamentará una intervención de enfermería para satisfacer las necesidades detectadas en la comunidad de estudio.

En el marco referencial, se abordan las generalidades del Estado de México y Municipio de Ecatepec, se describe la Microrregión de estudio y se aborda su aspecto epidemiológico.

El esquema metodológico comprende la **valoración** del área de estudio con sus 1365 familias encontradas y partiendo de la clasificación familiar se eligió un

universo de trabajo de 463 familias correspondientes a la clasificación (R1) o alto riesgo, donde la muestra calculada correspondió a 80 familias; posteriormente con estos datos se estableció el **diagnóstico** de déficit de **AUTOCUIDADO** y elaborar el Plan de **intervención**; Jerarquizando problemas con métodos de salud pública y aspectos cualitativos del enfoque de **AUTOCUIDADO**; Diseñando la misma bajo los criterios de la planeación y programación en salud. La fase de **ejecución** se presentó en un reporte escrito que contiene observaciones y experiencias sobre la misma. La etapa de **evaluación** contiene los resultados de la ejecución de la intervención, presentados a través de cuadros y que están basados en el Plan de Evaluación que se incorporó al proyecto de intervención.

Se presentan las conclusiones del trabajo en términos de **Salud Pública, de Enfermería y Posgrado**; finalmente se incluye la bibliografía general consultada de autores nacionales y extranjeros, además un listado de anexos (instrumentos menores solo se mencionan) y se incorporan los más representativos para fines del **Estudio de Caso**.

De esta manera se ofrece una idea panorámica de cómo la Enfermera especialista en Salud Pública se prepara para afrontar retos relacionados a las necesidades de salud en la comunidad.

## 2. OBJETIVOS DE ESTUDIO DE CASO.

### Objetivo General.

Conocer el déficit de **autocuidado**, y su relación con la Respuesta Social Organizada y riesgo potencial de desviación de salud en la comunidad seleccionada y con base en el diagnóstico de salud; **valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar** la intervención de enfermería.

### Objetivos Específicos

- Identificar el déficit de **autocuidado** en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac Ecatepec, Estado de México.
- Detectar características y ubicación de la respuesta social organizada en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac, Ecatepec, Estado de México.
- Señalar la importancia del enfoque de riesgo potencial en el estudio de la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac, Ecatepec, Estado de México.
- Interpretar la relación de factores condicionantes contra riesgos en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal ampliación Tulpetlac, Ecatepec, Estado de México.
- Proyectar un programa de intervenciones acordes a las necesidades de salud encontradas.

### 3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.

#### 3.1. MARCO TEÓRICO.

##### 3.1.1. La comunidad, su estudio y diagnóstico de salud.

La precisión y organización de los elementos teóricos sustentaron las variables del problema y sirvieron de herramienta metodológica para estructurar el plan de intervenciones, en la comunidad de estudio, en donde por primera vez se implementó la teoría del **déficit de autocuidado** de Orem en poblaciones humanas con enfoque comunitario.

El estudio de comunidad se aborda a partir del contexto histórico, colectivo y social, al comprender este proceso se identifican daños a la salud y entonces se pueden predecir comportamientos e implementar medidas de prevención y control oportunas y adecuadas.<sup>1</sup>

Este conocimiento científico avanza de lo superficial a lo profundo y de lo descriptivo a lo analítico, lo que facilita el estudio de comunidad caracterizándose por ser una investigación que describe una situación colectiva de salud, reconociendo los recursos de la RSO existentes en el área de estudio.

En el estudio de comunidad se identifican los siguientes elementos: daños a la salud y los recursos sociales disponibles para enfrentarlos (RSO), ya sean institucionales o alternativas.

Una vez realizado el estudio de la comunidad se tiene la herramienta para mostrar el perfil epidemiológico identificado de la población y confirmar el diagnóstico de salud comunitario profundizando en el conocimiento de factores condicionantes del mismo.

---

<sup>1</sup> Laura Moreno, Et. al. *Factores de Riesgo en la Comunidad I*. México. Ed. UNAM. 1990. p.6.

El diagnóstico de salud es una investigación que genera conocimientos nuevos sobre la situación de salud de una población y su análisis es la evolución que pasa por la etapa **descriptiva, explicativa, predictiva y evaluativa.**<sup>2</sup>

### **3.1.2. Enfoque de Riesgo y Mediciones.**

#### **- Generalidades**

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

En el fondo, porque nos ofrece la posibilidad de predecir lo que sucederá observando el comportamiento actual de ciertos indicadores, y también tomar las medidas preventivas adecuadas para proteger a los sujetos con riesgo elevado, lo cual es una política de Salud. Es en este segundo sentido, el de contenido y fondo, en el que se entenderá el concepto de riesgo.<sup>3</sup>

#### **- Riesgo concepto y estimaciones.**

##### **. Concepto de riesgo:**

"Es la probabilidad de enfermar o sufrir un daño, una desviación de salud, un accidente o la muerte". El riesgo representa la mayor o menor vulnerabilidad que tienen ciertos grupos para sufrir determinados daños.

Según Lidia Yamamoto Kimura riesgo es... **"Una medida que refleja la posibilidad estadística de un suceso futuro...."**<sup>4</sup>

<sup>2</sup> J. Hernández Torres. *Dx. De Salud Integral*. México. INSP. Documento Mimeográfico. 1989. p.2.

<sup>3</sup> O P S *Taller Latinoamericano de Epidemiología Aplicada a la Salud*. 2ª Ed. Lima Perú Ed. OCCISA 1991 p 19 y 60

<sup>4</sup> Laura Moreno *Et. al. Op. cit.* p 185

En términos generales riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la Salud (enfermedad o muerte, etc.). Concepto que por su importancia debe incluirse en el vocabulario y base de conocimientos de la enfermera especialista de posgrado en salud pública, esto le permitirá analizar la relación que existe entre este término ya comentado y los daños a la Salud.

#### - **Estimación de riesgo**

La estimación de riesgo es el cálculo de la determinación de los factores que lo condicionan, para lo que se requiere criterios clínicos (en cuanto a la detección de la enfermedad) y criterios epidemiológicos en cuanto a la cuantificación de su frecuencia en la comunidad.<sup>5</sup>

El riesgo se puede estimar para enfermedades infecciosas, y entonces se tendrá que determinar criterios clínicos y de laboratorio, para precisar su diagnóstico y extensión en la comunidad.

Para el caso de enfermedades no transmisibles también se basa en criterios clínicos y existe seroepidemiología o tests bioquímicos, en ambas valoraciones se detectan en la comunidad grupos de alto riesgo, como grupos de población que sufren con más probabilidad o con más gravedad la enfermedad o proceso.

#### - **Enfoque de riesgo, aspectos conceptuales**

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir las necesidades de atención de grupos específicos en una comunidad.

También ayuda a determinar prioridades de salud es también una herramienta para definir necesidades de reorganización de los servicios de salud.

---

<sup>5</sup> *Definición y Propiedades de los Factores de Riesgo*. Fotocopiado para uso docente. Especialidad de Salud Pública. ENEO-UNAM. 1997. p.69.



Intenta mejorar la atención para todos, presentando mayor atención a aquellos que más lo requieran por lo que es un enfoque no igualitario ya que discrimina en favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.

La hipótesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo, es que mientras más exacta sea la determinación del riesgo, más adecuadamente se comprenderán las necesidades de atención de la población, y esto favorecerá la efectividad de las intervenciones que proponga la enfermera especialista en salud pública.

Es importante considerar que antes de que pueda formularse una estrategia basada en enfoque de riesgo se tiene que contar con información básica confiable por lo tanto la recolección y análisis de tal información constituye una parte esencial de la investigación de este enfoque.<sup>6</sup>

#### - **Estudios con enfoque de riesgo**

Intentan mejorar los servicios de salud, priorizando las necesidades de atención específica, de acuerdo a su mayor o menor vulnerabilidad de padecer determinados daños, a continuación se resumen los procesos a seguir en el diseño de un estudio de intervención utilizando el enfoque de riesgo.

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

---

<sup>6</sup> Laura Moreno. Et. al. *Factores de Riesgo en Comunidad II*. México, Ed. UMAN 1990. p.60.

- Desarrollo de nuevas estrategias de atención de salud basadas en el enfoque de riesgo en forma sistemática.
- Evaluación de campo de las nuevas estrategias de atención a la salud (impacto de intervenciones).
- Los estudios de enfoque de riesgo pueden diseñarse de diferentes maneras de acuerdo al tipo de problemas que se trata de resolver. Una forma práctica de evaluar la estrategia basada en el enfoque de riesgo, es comparar sus resultados con los obtenidos en los enfoques tradicionales.<sup>7</sup>
- La Jurisdicción Sanitaria Ecatepec cuenta con un documento para evaluar riesgo familiar el cual fue avalado en 1986 bajo asesoría del Dr. Hermes Vallejos, miembro de la Cooperación Técnica (G.T.Z.), este documento cuenta con piloto y es el que se aplicó en el estudio del área asignada para evaluar riesgo familiar y el de la comunidad en general.

---

<sup>7</sup> Axel Kroeger y Ronaldo Luna. *Atención Primaria de Salud*. 2ª ed. México, Ed. Paltex, 1992. p.131.

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL.**

**CALIFICACIÓN CON ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR**

..."De acuerdo a esto, y definida la política del **ISEM** de atender a la población sin seguridad social, deben reestructurarse los criterios de riesgo familiar considerándose bajo el siguiente esquema.

**CRITERIOS DE RIESGO Y CALIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>No.</b>	<b>CRITERIOS DE RIESGO</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>
1	Niños menores de 5 años	35
2	Mujeres en edad fértil (15-49 años)	15
3	Embarazadas	20
4	Integrante de la familia que curse con Padecimiento crónico o transmisible.	13
5	Otros grupos étnicos	10
6	Inmunización canina y de viviendas deficientes.	7
	<b>T O T A L.....</b>	<b>100</b>

**Metodología**

A partir de estos criterios, se otorgará una calificación a cada una de las familias, lo que sumará un total de 100 puntos considerando los 6 criterios, lo que nos va a dar como resultado la escala de riesgo familiar.

Una vez que se da la calificación a las familias se clasifican conforme al siguientes cuadro.

## CLASIFICACIÓN POR RIESGO

RIESGO	PUNTAJE
1	De 55 y más
2	De 40 a 54
3	De 25 a 39
4	De 7 a 24

La clasificación por riesgo nos dirá el grado de daño que cada Familia tiene; lo que refleja el nivel de salud en que se encuentra la Microrregión”.

### - Factor de riesgo (F.R.)

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detestable en individuos o en grupos, asociados a una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Se debe tener cuidado al definir un factor de riesgo y un daño a la salud, ya que algunas características pueden aplicarse a ambos casos. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daños a la salud.<sup>8</sup>

### - Factor de riesgo no causal

Es todo factor asociado estadísticamente al incremento del riesgo de que un daño se presente, sin que se haya podido demostrar una relación causa efecto. Este factor puede estar relacionado al proceso patogénico o al proceso de difusión del daño en una población. El concepto de causa en epidemiología está más relacionado a las causas de propagación de un daño que a la etiología del daño. Por esto al hablar de factor de riesgo se debe hablar tanto de factores asociados al proceso patogénico como a aquellos asociados al proceso epidémico.<sup>9</sup>

### - Factor de riesgo causal

<sup>8</sup> O.P.S. Op. cit. p.13.

Está directamente relacionado con el proceso patogénico o con la cadena de hechos que conducen a la enfermedad ó la muerte, aun cuando no se comprendan completamente los mecanismos específicos, que desatan el efecto, como en el caso del tabaco y el cáncer broncogénico.

#### - **Marcador de riesgo**

Cuando los factores de riesgo no son susceptibles de control (edad, sexo, raza): por lo tanto es toda característica que sin ser una causa específica ni un factor de riesgo está frecuentemente asociada al daño, generalmente no puede mortificarse pero permiten identificar grupos y aplicar oportunamente medidas preventivas.<sup>10</sup>

#### - **Medición de riesgo.**

Para aplicar el enfoque de riesgo es fundamental la medición, este procedimiento está en función de los instrumentos de medición, de la confiabilidad de los datos y de la forma en que estos datos han sido recogidos.

#### - **Probabilidad**

La expresión matemática de riesgo es la probabilidad objetiva o frecuencia relativa, es decir el número de sucesos que ocurre entre el total de sucesos posibles, y que en realidad sólo es una aproximación a la verdadera noción de probabilidad.

Esta noción es puramente teórica, y significa la posibilidad de que un hecho ocurra entre un conjunto de hechos igualmente posibles, este concepto impide que una distribución de frecuencia observada sea considerada como una verdadera medida de probabilidad, ya, que en la práctica cuando se investiga un fenómeno de salud, no estamos en condiciones de conocer ni afirmar que cada persona tiene la misma probabilidad de enfermar o morir.<sup>11</sup>

---

<sup>3</sup> *Definición y Propiedades de los Factores de Riesgo. Op. cit. p.70.*

<sup>10</sup> O.P.S. Op. cit. p.61.

<sup>11</sup> *Ibidem.* p. 62.

servicios, de salud a un mayor número de habitantes, propósito que depende de un racional aprovechamiento de los recursos disponibles.

En respuesta a esta necesidad se organizan los servicios de población abierta con las siguientes características: FLEXIBILIDAD, ACCESO UNIVERSAL, CALIDAD Y CÁLIDEZ, INTEGRIDAD, DINAMISMO, ACCESIBILIDAD ECONOMICA, Y EFICIENCIA.

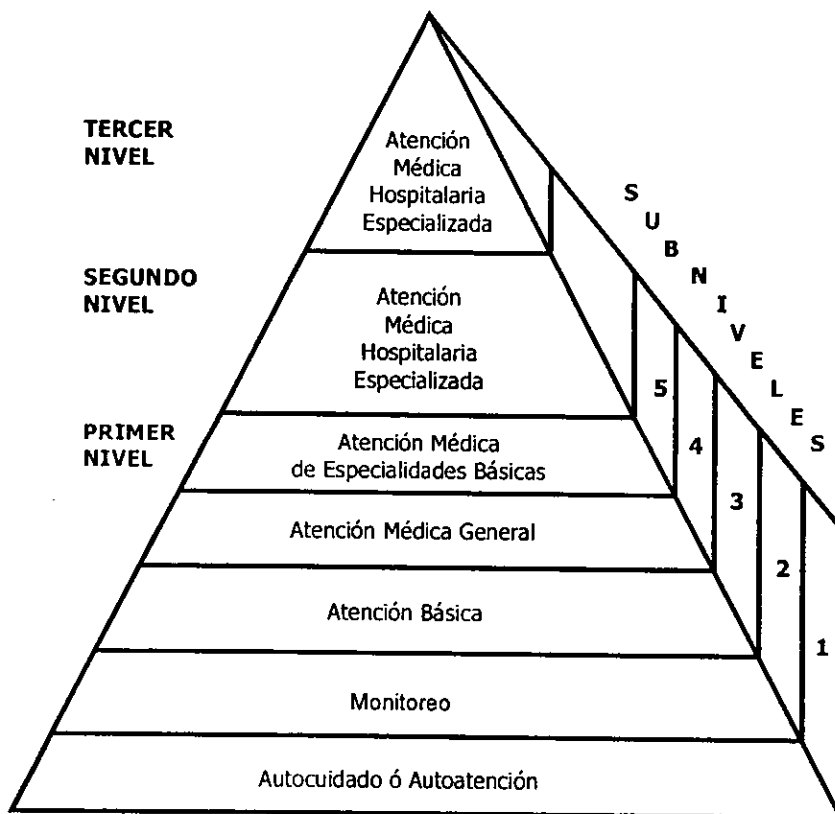
Para lograr estos propósitos se requiere de una adecuada regionalización y sobre todo del escalonamiento por niveles de atención que conlleva a la referencia de pacientes, así como de casos y problemas relacionados con la vigilancia epidemiológica y la regularización sanitaria, que incluye y exige la vinculación de los diversos niveles administrativos y operativo.<sup>25</sup>

Este modelo se caracteriza por tener el primer nivel de atención sólidamente constituido por cinco subniveles.

---

<sup>25</sup> ISEM *Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta del Estado de México*, México. 1993.

## NIVELES DE COMPLEJIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN



FUENTE. ISEM Modelo de Atención a la Salud, p. 18.

SUBNIVEL	CARACTERISTICAS
1. DE AUTOCUIDADO O AUTOATENCIÓN.	ACCIONES POR PARTE DE: LA PROPIA COMUNIDAD.
2. DE MONITOREO	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA POR LIDERES EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.
3. DE ATENCIÓN BÁSICA	ACCIONES DE SALUD A TRAVÉS DE PRODIAPS Y TAPS
4. ATENCIÓN MEDICAN GRAL.	RELACIÓN MÉDICO GENERAL PACIENTE A TRAVÉS DE LA CONSULTA C. SALUD.
5. ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIDADES BÁSICAS	ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN UNIDADES DE 2º. NIVEL



### 3.1.5. Teoría de OREM

#### - Generalidades

Cuando se considera la gama de posibilidades de investigación que tienen ahora las enfermeras, todo es importante para la profesión de enfermería, pero el conocimiento representado por los problemas y metodologías parece global. Sin embargo por definición, una disciplina no es global, se caracteriza por una perspectiva única, una manera distinta de ver todos los fenómenos, la identificación de la esencia de la Investigación en enfermería, los elementos y rutas comunes le dan coherencia a un cuerpo identificable de conocimientos.

La investigación en enfermería, parece funcionar básicamente con conocimientos tácticos, más bien que explícitos, acerca de las amplias conceptualizaciones características de la enfermera. Se da por hecho que la perspectiva de enfermería se acepta y comprende en forma general, hasta que requiere una explicación de los aspectos particulares. Además los autores de enfermería tienden a enfatizar formulaciones especulativas y reflexiones teóricas enfocadas a reducir la naturaleza de la enfermería más que a explicar la estructura del cuerpo de conocimientos que constituye esta disciplina.<sup>26</sup>

De todos los modelos de enfermería que han surgido el de Orem es quizá, el que ha tenido mayor influencia ya que ha significado un enfoque estimulante y directo de las situaciones actuales de cuidados.

Las nociones de **autocuidado** y las enfermeras que toman decisiones activas sobre el grado en que deben intervenir con los pacientes o clientes, integran un sistema de enfermería, de interés actual.

---

<sup>2624</sup> Esther Gillegos. *Teorías y Modelos en Enfermería*. Fotocopiado para uso docente. Especialidad de Sallud Pública. ENEO-UNAM. México, D.F. 1997. p. 1.

La economía de cuidados a la salud y el incremento del consumismo en los mismos significa que las enfermeras debemos considerar cuidadosamente qué rol debemos desempeñar con el paciente.

Con frecuencia una intervención drástica como actuar con los pacientes es inadecuada, porque mina su motivación para cuidar de sí mismos, claro está, cuando tienen capacidad para hacerlo. Esto puede ser no sólo un enfoque terapéutico; si no invadir la intimidad personal y amenazar la dignidad del individuo.

Algunos cuidados de enfermería pueden presentarse mejor en forma de educación y de apoyo, enseñanza o guía del paciente o cliente en las medidas de **autocuidado** proporcionadas.

Con relación al campo ético, legal y profesional, las enfermeras debemos actuar y reflejar lo que se planifica, se hace y se evalúa. El modelo de Orem facilita este proceso, abordando el déficit de **autocuidado** a través de la valoración profunda del paciente o cliente.

Este modelo abarca las necesidades de **autocuidado** universales, y también aquellas necesidades de desarrollo físico, social y psicológico del individuo, su situación de enfermedad o lesión y su relación con los profesionales del cuidado de la salud que para el caso lo denominaremos Enfermera (o), el cuál operará sus intervenciones a través de sistemas, como se señala a continuación.

La Teoría del Sistema de Enfermería es: El componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de **autocuidado** porque establece la "forma" de enfermería y la relación entre las propiedades de la persona y la enfermera. Los Sistemas de Enfermería pueden ser formados o producidos para individuos y personas que constituyan una unidad de cuidados dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de **autocuidado** terapéutico con

componentes similares o que tienen limitaciones similares para ocuparse del **autocuidado**, o del cuidado dependiente, para familias, y para otras unidades Multipersonales.<sup>27</sup>

Cabe mencionar que la proyección de este enfoque enfermero, para intervenir desde el punto de vista del **déficit de autocuidado** ya ha sido analizada por la Enfermera y Maestra en Salud Pública Sofía Sánchez Piña citado a continuación..."La percepción de la salud y enfermedad desde el punto de vista de la enfermería ha considerado la valoración de los **requisitos de autocuidado** tanto para los factores de condicionamiento básico, los que regulan los procesos de desarrollo humano y aquellos que se derivan del deterioro físico y psíquico, se han realizado estudios a nivel individual y familiar a lo que se le ha llamado unidades multipersonales, pero no se tiene hasta el momento información con respecto a la aplicación de este enfoque en la comunidad. Sin embargo se considera que esta teoría es aplicable en la Salud Pública y el trabajo comunitario de tal manera que establecer un diagnóstico de requisitos **de déficit de autocuidado** en una comunidad puede dar pauta para la atención a problemas relacionados con la salud y no sólo con la enfermedad".<sup>28</sup>

La Especialista de Postrado en Salud Pública, hará uso de esta teoría (OREM), basándose en el enfoque de riesgo y **autocuidado** para la proyección de un diagnóstico de salud; enfatizando acciones de **prevención, promoción, planificación, organización, intervención y evaluación** lo que fundamentará plenamente cada una de las intervenciones que sean requeridas para satisfacer las necesidades detectadas en la comunidad de estudio; tomando en cuenta la capacidad y factibilidad de la Enfermera en Salud Pública.

---

<sup>27</sup> Dorothea Orem E. *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica*. España. Ediciones Científicas y Técnicas. S.A. Ed. Masson. 1993. p. 80 y 164.

<sup>28</sup> Sofía Sánchez P. *Diagnóstico de Requisitos de Autocuidado*. México, D.F. Proyecto de Investigación, Agosto 1996. p. 8.

Por su importancia a continuación se describen las teorías del modelo y los elementos que componen a cada una de ellas, señalando que la síntesis es breve ya que es lo que se pretende localizar en la especialidad, sin embargo; si se quiere profundizar es recomendable leer los conceptos en el libro expreso para tal.

## **AUTOCUIDADO, REQUISITOS DE, AUTOCUIDADO, DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO.**

### **- Autocuidado**

El **autocuidado** según Orem podría considerarse como la capacidad de un individuo para cuidarse así mismo para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. El **autocuidado** marca como propósito una acción que tiene un patrón y una secuencia, contribuyendo al mantenimiento, integridad, y desarrollo humano.

Un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- + El apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- + Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- + Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- + Prevención de la incapacidad o su compensación; y,
- + Promoción del bienestar.

El **autocuidado** es un fenómeno que requiere que las personas sean capaces de; usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones, las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden y están condicionadas por muchos factores como la edad, maduración y cultura. Los **requisitos de autocuidado** son expresiones de los

objetivos a lograr, de los resultados deseados al ocuparse intencionadamente del cuidado.<sup>29</sup>

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

Para estar acorde con esto, las enfermeras deben desarrollar capacidades para:

- + Identificar los **requisitos de autocuidado** de los pacientes.
- + Seleccionar y confirmar los métodos generales a través de los cuales cada requisito identificado puede y deberá ser cubierto.
- + Identificar las acciones a realizar para satisfacer cada requisito de autocuidado específico.

---

<sup>29</sup> Dorothea Orem P. *Op. cit.* p. 136.

## **A) REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO**

### **a) Requisitos de autocuidado universal:**

Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales.

1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente,
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.
6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos.
8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

Utilizando la palabra NORMALIDAD, lo que esta de acuerdo con las características genéticas, constitucionales y los talentos de los individuos.<sup>30</sup>

Cuando se proporciona de manera efectiva, el **autocuidado o el cuidado dependiente** organizado alrededor de los **requisitos de autocuidado universal**, se refuerza la salud positiva y el bienestar integral de la vida diaria de los individuos y sus grupos sociales.

---

<sup>30</sup> *Ibidem.* p. 141.

## **b) Requisitos de Autocuidado de Desarrollo:**

Inicialmente estos requisitos fueron agrupados bajo **los requerimientos de autocuidado universal**, ahora; están asociados a los procesos, de desarrollo humano, con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital y eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo.

### **Requisitos de autocuidado del desarrollo:**

1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración durante:

- + Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento.
- + La etapa de vida neonatal ya sea, nacido a término o prematuramente y nacido
  - + con un peso normal o con bajo peso.
- + Infancia;
- + Las etapas del desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta.
- + Las etapas de desarrollo de la edad adulta.
- + El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan afectar adversamente el desarrollo humano:

- + Deprivación educacional.
- + Problemas de adaptación social.
- + Fracaso de una individualización saludable.
- + Pérdida de familiares, amigos, asociados.
- + Pérdida de posiciones, de la seguridad laboral.
- + Cambio brusco de residencia a un entorno desconocido.

- + Problemas asociados con la posición.
- + Mala salud o incapacidad.
- + Condiciones de vida opresivas.
- + Enfermedad termina y muerte inminente.

Cabe mencionar que en cada una de las etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de **autocuidado** universal, así como también puede haber demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente de desarrollo del individuo.<sup>31</sup>

### c) Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud

Los **requisitos de autocuidado** de desviación de la salud están asociados con defectos genéticos y desviaciones humanas estructurales, funcionales, con sus efectos y con las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

Los **requisitos de autocuidado** surgen no sólo de la enfermedad, lesión, desfiguración e incapacidad, sino también de las medidas prescritas o realizadas por los médicos, estas medidas pueden modificar la estructura o requerir modificaciones de conducta.

El **autocuidado de desviación de la salud** ha mostrado que en estado anormal de salud, los **requisitos de autocuidado** surgen tanto del estado de enfermedad como de las medidas usadas en su diagnóstico o tratamiento.

Si las personas con desviaciones del cuidado de salud tienen que hacerse competentes en el manejo del sistema de **autocuidado** de desviación de salud, también deben ser capaces de, aplicar a su propio cuidado, "El conocimiento".

Se mencionan seis categorías de **autocuidado de desviación de la salud**:

- + Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos o a condiciones ambientales asociadas con

---

<sup>31</sup> Stephen Cavanagh. *Modelo de Orem*. España. Ed. Salvat. 1993. p. 7



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 estados patológicos incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- + Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformaciones o anomalías, y compensación de incapacidades.
- + Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que produce malestar o deterioro incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- + Modificar el, autoconcepto para aceptarse a uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de la 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.<sup>32</sup>

Las acciones de **autocuidado** a realizar durante un cierto tiempo para satisfacer requisitos de **autocuidado** conocidos, usando métodos válidos y grupos de acciones y operaciones relacionadas.

se denomina DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO.

Los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su **autocuidado**, o afectan al tipo y cantidad de

---

<sup>32</sup> Dorothea Orem P. *Op. cit.* p. 150, 151

**autocuidados** requeridos, se denominan factores básicos condicionantes los cuales se mencionarán a continuación:

- + Edad.
- + Sexo.
- + Estado de desarrollo.
- + Estado de salud.
- + Orientación sociocultural.
- + Factores del sistema de cuidados, de salud.
- + Factores del sistema familiar.
- + Patrón de vida incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.
- + Factores ambientales.
- + Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Estos factores identificados condicionarán de diversa manera las demandas de **autocuidado** terapéutico.<sup>33</sup>

## ***B) TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL AUTOCUIDADO: UNA TEORÍA GENERAL.***

### **- Generalidades, su desarrollo**

El arte de la enfermería se inicia con base en su conceptualización, sus características y formas de expresión las cuales se manifiestan día a día a través de cuidados especializados dirigidos al individuo, familia o comunidad.

La disciplina de enfermería se ejecutará a través de acciones intencionadas, al interrelacionarse con los pacientes o clientes dando origen a situaciones de demanda de cuidados de enfermería. Eventos que la teoría general describe a través de las relaciones y características de la práctica cotidiana, cuestionándose lo siguiente:

¿A qué prestan atención las enfermeras (os)?.

¿Qué hacen las enfermeras (os) cuando dan cuidados?.

---

<sup>33</sup> *Ibidem*. p. 153.

Como premisas en respuesta a estas preguntas la teoría de enfermería proporciona una estructura para la organización de conocimientos enfermeros los cuales se, basan en reflexiones sobre características que se repiten en la práctica y sus relaciones situacionales.

En el desarrollo inicial de la enfermería se dijo que "Las Enfermeras tenían gran culpa de que los pacientes estuvieran mal cuidados en los hospitales".<sup>34</sup>

Hoy en día las enfermeras se esmeran en su práctica para proporcionar cuidados de calidad al individuo o unidad multipersonal en cualquiera de sus contextos y operando por objetivos.

Más tarde la enfermería se definió como un arte en el cual se proporciona asistencia especializada a personas que se encuentran incapacitadas, de esta manera se llevó a cabo la práctica de enfermería simplemente asistencia.

Actualmente Dorothea Orem en su teoría dice que la enfermería es un sistema en donde personas y acciones están relacionadas entre sí, ante la demanda sentida o no, de cuidados específicos de la disciplina.

#### - **Concepto de sistemas de enfermería**

Es el resultado de un proceso de relaciones entre personas que pertenecen a grupos diferentes; grupo uno, paciente legítimo y grupo dos enfermera legítima estos elementos constituyen las entidades del sistema de enfermería; generando la agencia del **autocuidado**, y la demanda del **autocuidado**, Este y otros conceptos se describen a continuación.

... **AUTOCUIDADO:** Es una actividad aprendida orientada a un objetivo. Esta conducta existe en situaciones concretas de la vida, dirigida hacia las personas y

---

<sup>34</sup> *Ibidem.* p. 71.

su entorno para regular los factores de su desarrollo y funcionamiento para beneficio de su vida, salud y bienestar.

**Cuidado dependiente:** Es una actividad que realiza un adulto responsable cuya característica es su dependencia total.

**Agencia de enfermería:** Atributo que tienen las personas educadas y capacitadas para ayudar a otros a conocer sus demandas.

**Agencia de autocuidado:** Capacidad que desarrolla un adolescente o adulto permitiéndole discernir los factores que regulan su funcionamiento.

**Agencia de cuidado dependiente:** Capacidad que desarrollan los adultos responsables del cuidado de las personas que de ellos dependen.<sup>35</sup>

El déficit de **autocuidado** se presenta cuando es mayor la demanda de **autocuidado** terapéutico con relación a la agencia de **autocuidado** desarrollada por el individuo o unidad multipersonal.

## I. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.

Esta teoría hace énfasis en las acciones aprendidas que realizan las personas maduras cubriendo los requisitos que promueven o afectan su funcionamiento y desarrollo favoreciendo el automantenimiento de la salud y bienestar personal. Realiza acciones reguladoras por medio de los requisitos reguladores.

- + Requisitos universales para todos los individuos.
- + Requisitos reguladores del desarrollo humano.
- + Requisitos vinculados al estado y cuidado de la salud (desviación).

La premisa de esta teoría indica que: los seres humanos tienen condiciones iguales para desarrollar habilidades y prácticas para el **autocuidado** y

---

<sup>35</sup> *Ibidem.* p. 73.

**autocuidado dependiente** y varían de acuerdo a la cultura y contexto socioeconómico.

Al revisar las proposiciones en relación a la esencia de la teoría, éstas aportan lo siguiente: el **autocuidado** es una función reguladora, una acción intencionada a dirigida al conocimiento del funcionamiento humano implicando también el uso, de los recursos materiales y se realiza a lo largo del tiempo constituyendo "El sistema de autocuidado".<sup>36</sup>

## II. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

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

Estas premisas se enfocan desde dos puntos de vista.

**Primero: El autocuidado y cuidado dependiente** se ve alterado por la valoración de la persona sobre las actividades del cuidado, las cuales se apoyan en la cultura del grupo y en la posibilidad de educar a los miembros del grupo.

**Segundo:** La sociedad brinda el estado humano de la dependencia social, medios para ayudar a las personas de acuerdo a su naturaleza denominándose operación institucionalizada o respuesta social organizada.

Esta teoría en su proposición hace hincapié en la capacidad especializada para las acciones que las personas emprenden para proveer su propio autocuidado, o bien; el cuidado de las personas dependientes.

---

<sup>36</sup> *Ibidem.* p. 76.

La habilidad para la ejecución de esta teoría esta condicionada por la edad, la etapa de desarrollo, la experiencia y su conocimiento cultural. Toda persona con **déficit de autocuidado** depende de la relación legítima de la enfermería.<sup>37</sup>

### III. TEORÍA DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA.

Los sistemas de enfermería son componentes organizativos, cuya idea central enfatiza su desarrollo en el ejercicio deliberado de las capacidades especializadas (AGENCIA DE ENFERMERÍA).

Los Sistemas de Enfermería están estructurados para todos los individuos que constituyen una unidad de cuidado dependiente (tienen demandas de **autocuidado** terapéutico), siempre y cuando se establezca una situación legítima.

Reflexionando esta teoría se puede deducir en su premisa que las enfermeras realizan esfuerzos prácticos durante cierto tiempo para ocuparse del **autocuidado o cuidado dependiente**, en donde se conceptualiza la disciplina como un servicio humano, de salud, donde hay competencia y límites definidos de acuerdo al objetivo localizado y el tipo de cuidado proporcionado.

Es conveniente mencionar que los esfuerzos se relacionan e interactúan con los pacientes o cliente, en donde estos tienen requisitos de **autocuidado**; y por lo tanto, las enfermeras determinan los requisitos del **autocuidado** de los pacientes, seleccionando a su vez el proceso y tecnología para motivar el desarrollo de valores y habilidades del paciente y en esta forma satisfacer sus **requisitos de autocuidado**.

Es así como las enfermeras y los pacientes o clientes tienen conjuntamente su propio rol en el **autocuidado**, en donde las acciones de ambos constituyen un SISTEMA DE ENFERMERÍA.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> *Ibidem*. p. 78.

### **C) AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE.**

Los términos de agencia de **autocuidado** dependiente, se refieren a la capacidad humana e los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar en sí mismos y de otros.<sup>39</sup>

De tal forma que las capacidades de las personas para ocuparse en tipos particulares de acciones para el logro de objetivos se denominan AGENCIA.

#### **- Agencia de A-C, una capacidad humana.**

Orem usa la palabra AGENTE para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.<sup>40</sup>

Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera AGENTES DE AUTOCUIDADO, por otro lado, la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de AGENCIA DE AUTOCUIDADO.

En una persona de edad media-adulta, seria y ocupada en la realización de sus propias actividades de **autocuidado**, la agencia existe en forma desarrollada, o en proceso de desarrollo. Por lo tanto, se considera que los individuos que saben como satisfacer sus propias necesidades de salud tiene una agencia de **autocuidado** desarrollada capaz de satisfacer sus propias necesidades de **autocuidado**.

Existen casos en que la **agencia de autocuidado** está aún en proceso de desarrollo, o también aquellos cuando el individuo puede tener una agencia de **autocuidado** desarrollado, que sin embargo no funcione, esta se evidencia

---

<sup>38</sup> *Ibidem*. p. 80.

<sup>39</sup> *Ibidem*. p. 89.

<sup>40</sup> *Ibidem*. p. 163.

cuando una persona pueda darse cuenta que necesita ayuda, ser capaz de buscarla pero preferir no hacerlo por motivos de temor-ansiedad.

#### - **Cuidar de uno mismo**

Este acto requiere el inicio de una compleja serie de conductas que exige un enfoque de **autocuidado** intencionado-personal.

Se inicia con la forma de conciencia del propio estado de salud, y requiere en sí mismo el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y conductas aprendidas con el fin de tomar decisiones adecuadas sobre el estado de salud, además de haber el deseo consciente de cuidar de uno mismo, esta es la premisa en la cual se fundamenta Orem para su modelo.<sup>41</sup>

Cuando se ha tomado la decisión de autocuidarse se debe diseñar un plan o procedimiento definido a fin de satisfacer las necesidades percibidas y posteriormente debe existir el DESEO y el COMPROMISO de continuar con lo planeado.

Esta capacidad se basa en que el individuo ya ha aprendido sobre sí mismo, comprende la naturaleza de la salud y las expectativas culturales o contexto.

Por lo tanto el individuo, para poder cuidar de sí mismo debe poseer los siguientes requisitos:

- Capacidad de atender y vigilar su **autocuidado** y los factores del entorno.
- Uso controlado de la energía física para el plan o prescripción.
- Control de su cuerpo para las operaciones de **autocuidado**.
- Razonar con enfoque de **autocuidado**.

---

<sup>41</sup> *Ibidem.* p. 189.



- Motivación.
- Capacidad de decidir sobre uno mismo y hacerlo. Capacidad de adquirir conocimientos sobre **autocuidado** y retenerlos.
- Operacionalizar las acciones de **autocuidado** con capacidades cognitivas, perceptuales y de comunicación.
- Capacidad para ordenar o priorizar los sistemas de acción de **autocuidado**.
- Actuar de modo coherente, integrando acciones de **autocuidado** a la vida personal, familiar y contraria.<sup>42</sup>

#### - **Agencia de cuidado dependiente**

Es reconocido por Orem que existen situaciones en que las personas cuidan unas de otras, sin que esto implique directamente cuidados de Enfermería, a esto se le denomina AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE.

Es en sí, la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras, como los niños, tienen requisitos de **autocuidado** a las que no pueden responder por sí mismas y por lo tanto no los satisfacen ni total ni parcialmente.<sup>43</sup>

En estas situaciones, el énfasis se encuentra en satisfacer o modificar los **requisitos de autocuidado** en cualquiera de sus tres tipos: universales, del desarrollo o de la desviación de salud.

De esto se puede inferir que los adultos se ven implicados de manera frecuente en una amplia gama de actividades de cuidado dependiente proporcionando

---

<sup>42</sup> *Ibidem.* p. 175.

<sup>43</sup> *Ibidem.* p. 196.

cuidados parciales o totales, de lo que se desprende su nombre según Orem: **AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE**, sin embargo en las situaciones en que la enfermera proporciona cuidados, usa la Agencia de Enfermería.

#### - **Limitaciones del autocuidado**

Retornando los requisitos que un individuo debe poseer para su **autocuidado**, no obstante, puede haber barreras o limitaciones para él mismo.

Las personas pueden carecer de conocimientos suficientes sobre sí mismos y además quizá no tengan deseo de adquirirlos. (Operación estimativa).

Puede tener dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuando es el momento de buscar ayuda y el consejo de otros. (Operación transicional).

Y puede tener dificultades para aprender sobre uno mismo o sobre acciones requeridas para el **autocuidado**. Puede, también, haber problemas para participar en la planificación y realización de los cuidados, a causa de incapacidades físicas, psicológicas, o emocionales. (Operaciones de producción).<sup>44</sup>

#### - **Déficit de autocuidado**

El término se refiere a la relación entre la Agencia de **Autocuidado** y las demandas de **autocuidado** terapéutico de los individuos en los que sus capacidades no satisfacen sus demandas, El déficit está asociado con el tipo de demanda y las limitaciones de **autocuidado**. Los **déficits de autocuidado** pueden ser completos o parciales, el completo o total significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de **autocuidado** terapéutico.

En cambio los parciales, pueden ser extensos o limitarse a una incapacidad, se considera importante y definitivo el conocimiento de las enfermeras para detectar

---

<sup>44</sup> *Ibidem*, p. 189.

este tipo de déficit. La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas constituye una evidencia de un déficit de **autocuidado**.

- Falta, de ocupación continuada en el **autocuidado** o clara falta de adecuación para cubrir requisitos de **autocuidado**.
- Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la que se debe al sueño natural. Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la conducta.
- Limitaciones para juicio y toma de decisiones sobre el **autocuidado** asociado con la falta de conocimiento y de formalidad con las condiciones internas y externas.
- Acontecimientos que indican disfuncionalidad o alteración que dan origen a nuevos **requisitos de autocuidado** de desviación de la salud y al ajuste de uno o más **requisitos de autocuidado** universal.
- Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas, medidas de **autocuidado** complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere de la adquisición de conocimiento y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.<sup>45</sup>

Ante este panorama, es importante reconocer dos dimensiones del **Déficit de Autocuidado**: Una dimensión se relaciona con las operaciones de acción intencionadas de **autocuidado**, esta es la dimensión personal, voluntaria del **autocuidado** en el pleno sentido humano y psicológico.

---

<sup>45</sup> *Ibidem*. p. 194.

La segunda dimensión del **autocuidado** se relaciona con el individuo y su entorno como resultado de las condiciones humanas o ambientales existentes, las cuales se deben modificar para, satisfacer el Déficit.

En el desarrollo de la **Agencia de Autocuidado** de los individuos deben aprenderse ambas dimensiones, lo que implica, conocer datos para emitir juicios sobre las condiciones internas y externas para la toma de decisiones sobre lo que se tiene o no que hacer.

De esta forma el desarrollo de la **Agencia de Autocuidado** va más allá de las prácticas de **autocuidado** aprendidas culturalmente o prescritas. Por lo tanto los Déficit de Autocuidado están asociados no sólo con las limitaciones del individuo para realizar medidas de cuidado, sino también con la falta de validez o efectividad del **autocuidado** que realizan o les dispensan.

Los conceptos revisados sobre la teoría de Orem, motivan ala reflexión ya que, aunque complejos, permiten visualizar la importancia de adoptar una teoría, conocerla e implementarla en una comunidad.

## 3.2 MARCO REFERENCIAL

### 3.2.1 Generalidades de Estado de México y Municipio de Ecatepec

El Estado de México se localiza en el centro de la República Mexicana, políticamente se divide en 121 municipios, en 1990 su población fue de 11,829,124 habitantes con base en esto se calculó la densidad de población en 525 hb./km<sup>2</sup>.<sup>46</sup>

Se tienen antecedentes históricos de que Ecatepec fue fundado en 1165 por Cuatitlanecos que viajaban hacia Tenochtitlán. Ecatepec alcanzó la categoría de alcaldía, con los pueblos de San Pedro Xalostoc, Santa Clara Coatitla, Santo Tomás Chiconautla, Tulpetlac y Zumpango.<sup>47</sup>

Actualmente hay gran actividad industrial y problemas de asentamientos humanos, lo que implica demanda de servicios públicos y de salud, Ecatepec procede del Náhuatl y significa "Cerro del viento" "Ehecatl" Dios de aire.

Geográficamente Ecatepec limita al Norte con Tecamac, al Sur con Cd. Nezahualcoyotl y Distrito Federal, al Oriente con Atenco y al Poniente con Tlanepantla y Coacalco. Carece de ríos, sólo pasa por el un canal de desagüe y un depósito de evaporación " El caracol" compuesto por agua del lago de Texcoco.<sup>48</sup>

La comunicación es a través de periódicos, revistas, líneas telefónicas, correo y telégrafos. El transporte es urbano y rural a través de combies, taxis, minibuses y autobuses; la viabilidad se apoya con 22 puentes peatonales y 47 vehiculares, cuenta con tres panteones municipales para servicio popular, y uno en cada pueblo para los nativos con perpetuidad.<sup>49</sup>

---

<sup>46</sup> O.P.S. *Op. cit.* p.11

<sup>47</sup> Leonardo Muñoz. *Op. cit.* p. 12.

<sup>48</sup> H. Ayuntamiento. *Op. cit.* p. 68 y 69.

<sup>49</sup> *Ibidem.* p. 72 y 74

### 3.2.2 Características de la Microrregión de Estudio.

La tenencia de la tierra en Tulpetic en su mayoría es comunal, con un 40% de extensión es ejidal de sembradío, el porcentaje restantes cerril, este último desde hace aproximadamente 40 años a los ha sido invadido, vendido o repartido en lotes pequeños por viviendas a gente de escasos recursos.<sup>50</sup>

Lo anterior da origen a que las necesidades de los servicios públicos se incrementen ocasionando problemas sanitarios, demográficos y de salud que presentan factores de riesgo para la población, más en áreas marginadas periféricas compuestas por colonias que juntas forman el conglomerado denominado Ampliación Tulpetic.<sup>51</sup>

Aquí se ubica la zona de estudio Tecuescomac un barrio que hace apenas 10 años, era pastizal de vacas y toros de la población nativa. Hoy se encuentra totalmente cubierta por asentamientos humanos irregulares con problemas de déficit de urbanización y evidencias de bajo nivel socioeconómico.<sup>52</sup> (ver apéndice 2 y 3)

Finalmente en el norte de esta población y a orillas de vía Morelos se construyó el parque ecológico Siervo de la Nación, lugar que seguramente era basurero prehispánico porque se encontraron figuras de cerámica que corresponden a diferentes épocas<sup>53</sup>

<sup>50</sup> Luis M. Franco H. *Estudio de Comunidad microrregión Texalpa*. 1995. p. 53.

<sup>51</sup> Erika González E. . *Estudio de Comunidad Ampliación Tulpetic*. 1996. p. 33

<sup>52</sup> Herlinda Morales. *Crónica de Sta. Ma. Tulpetic Presencia y Cultura*. p. 46.

<sup>53</sup> Material de lectura. *Sta. María Tulpetic. H. Ayuntamiento Constitucional de Ecatepec de Morelos Méx.* 1994-1996. P.9

## DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA MICRORREGION DE ESTUDIO (TECUESCOMAC)

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre de la microregión: TECUESCOMAC.
2. Responsable por el ISEM: TAPS Petra Rodríguez Pérez.
3. Fecha de recopilación de datos: 1996.
4. Fecha de elaboración de Diagnóstico: 1997.
5. Límites:

**NORTE:** Calles Ixtlahuaca, Villa Guerrero y Huehuetoca, con microregión Lomas de Sta. Cruz y área nueva.

**SUR:** Calle Bugambilias, Morelos y Av. México y con microregión Lomas de Tulpetlac.

**ESTE:** Calle Saltillo, Cullacán, Yucatán y Río Bravo y microregión Ampliación Tulpetlac II y III.

**OESTE:** Calle Sultepec, Polotlán y Tultepec y con microregión área nueva que se encuentra sin recurso TAPS.

6. Superficie: 5152 M<sup>2</sup>.
  7. No. de sectores: 18.
  8. No. de viviendas: 1284.
  9. No. de familias: 1362
- Promedio de miembros por familia: 4.2

## **II. DEMOGRAFIA**

10. Población de Coordinación Municipal: 85'192 hab.
11. Población de la microregión: 5813 hab.  
Programada por normatividad: 5'000 hab.  
Real captada por T.V.F.: 5813 hab.  
Porcentaje excedente: 813 hab.  
(Ver Apendice No. 4)
12. Población con Seguridad Social: 2´208 Hb.
13. Población sin Seguridad Social: 38605 Hb.  
Densidad de población: I.I Hb. X m<sup>2</sup>
14. Población por grupo etáreo.  
(Ver Apendice No. 5)



### III. EDUCACION

#### TIPO DE ESCOLARIDAD EN MAYORES DE 12 AÑOS REGISTRADA EN LA MICRORREGIÓN TECUESCOMAC, 1996.

VARIABLES	Fo	%
Analfabetas	210	5.26
Sabe leer y escribir	120	3
Primaria Incompleta	735	18.42
Primaria Completa	1178	29.54
Secundaria Completa	724	18.14
Secundaria Incompleta	611	15.31
Media superior	349	8.75
Superior	63	1.58
<b>Total</b>	<b>3990</b>	<b>100</b>

Fuente: Anexo tarjeta de visita familiar, 1996.

15. Número de personas de 12 años y más que saben leer y escribir: 3'780.
16. Número de escuelas primarias existentes en la microrregión: no hay; la más cercana se encuentra a 15' de ella.
17. Recursos para la salud:
- A) **Hospitales o clínicas:** en la microrregión no hay, pero la Coordinación Municipal cuenta con:

R.S.O.	ATENCIÓN	ISOCRONO	No. CAMAS	DIRECCIÓN
Centro de Salud	1er. Nivel.	15' - 30'	-	Texalpa s/n Tulpetlac
Hospital General de Zona y Unidad de Med. Familiar No. 68.	1º y 2º nivel	45' - 60"	160	Vía Morelos y calle Chiapas Tulpetlac.
Hospital periférico ISSEMYM	1º y 2º nivel	45 - 60'	40	Calle Chiapas y Zacatecas. Tulpetlac
Hospital J.M. Rodríguez	2º nivel	60 - 90'	80	Av. Central y Copérnico Valle de Anáhuac.

Fuente : Directa

### B) Médicos

- Dr. Juan Carlos Romero A. Av. Chiapas Mz. 1 L.4
  - Dra. Ma. Gpe. Vidal Col. Ampliación Tulpetlac
- Horario 16-20 Hrs.  
Isocrono 40'

**C) Recursos de Enfermería:**

Unicamente los del Centro de Salud más cercano: 5 enfermeras

**D) Farmacias:**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>
CHARLY SAGRADO CORAZÓN	Av. Chiapas y Mazatlán Interior del mercado Nueva creación en Av. México y Puebla.
SYN	Av. Chiapas Mz. "C" L.9
SAN ANDRES	Av. Chiapas Mz. 1 L. 4

**Fuente:** Directa

**E) Curanderos**

Conocidos son dos, uno en cada mercado de la microrregión.

- Mercado Nueva Creación      Av. México y Puebla
- Mercado Sta. Cruz              Av. Chiapas

18. Proporción de enfoque de riesgo familiar.

**TOTAL DE FAMILIAS POR ENFOQUE DE RIESGO EN LA  
MICRORREGIÓN TECUESCOMAC, 1996.**

<b>VARIABLE</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Riesgo 1	463	33.99
Riesgo2	224	16.45
Riesgo 3	458	33.63
Riesgo 4	217	15.93
<b>Total</b>	<b>1362</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Tarjeta de visita familiar, 1996.

#### **IV. MORTALIDAD.**

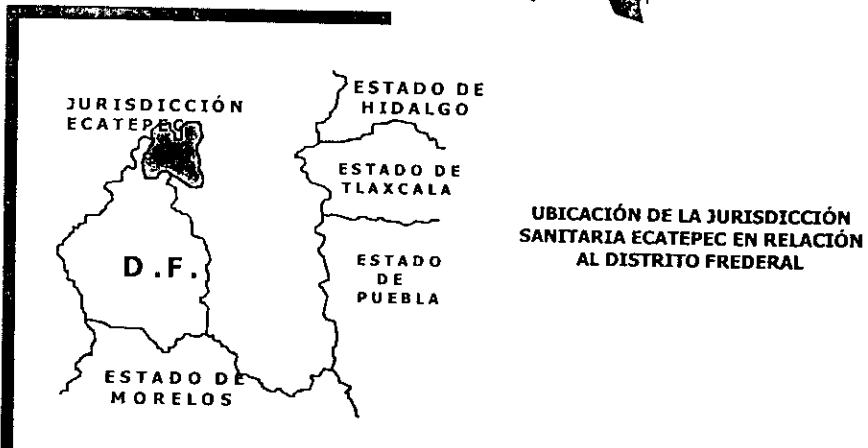
19. Causas de mortalidad infantil en la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac.

#### **MORTALIDAD INFANTIL EN LA COORDINACIÓN MUNICIPAL, AMPLIACIÓN TULPETLAC, 1996.**

<b>CAUSA</b>	<b>TASA</b>
A) Bronconeumonía	5.3
B) Septicemia	2.6
C) Prematuros	2.0
D) Bronquitis aguda	0.88
E) Gastro-enteritis	0.88
F) Cardiopatía	0.86
G) Cirrosis hepática	0.88
H) Enf. Hemorr. Del N.	0.88

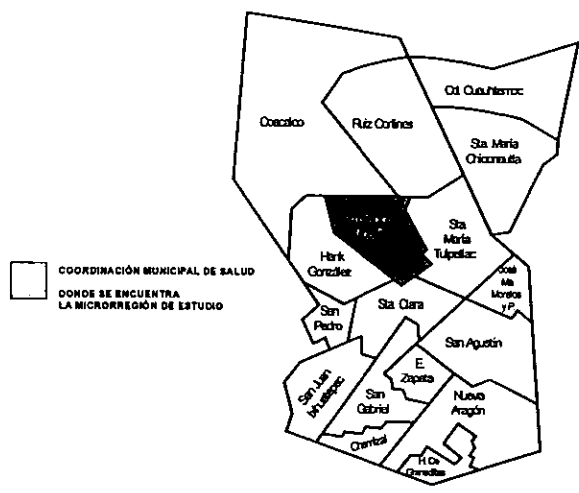
**Fuente:** Departamento de Epidemiología. Certificados de Defunción y Muerte fetal.

**LOCALIZACIÓN DEL ESTADO DE MÉXICO  
DENTRO DE LA REPÚBLICA  
MEXICANA**



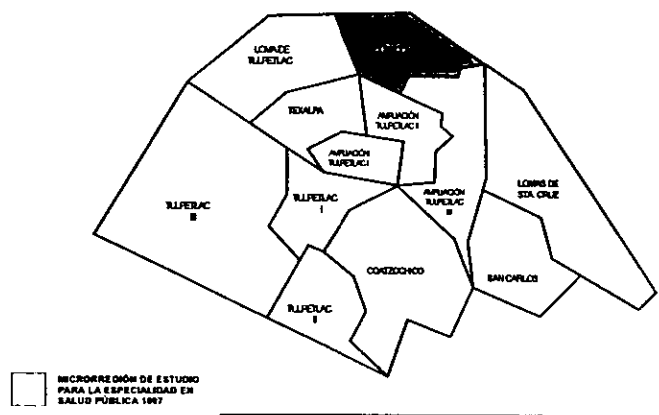
**APENDICE 3**

**DIVISIÓN POR COORDINACIÓN MUNICIPAL Y UBICACIÓN DE LAS UNIDADES DE SALUD EN LA JURISDICCIÓN DE ECATEPEC**

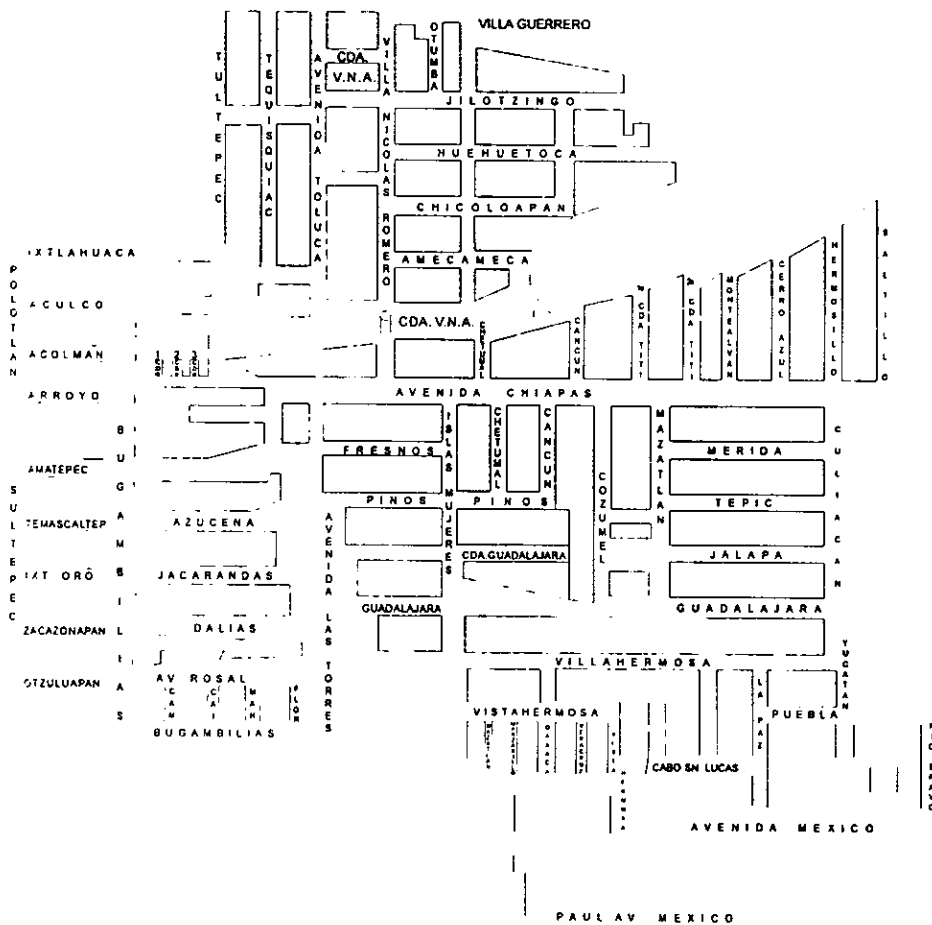


FUENTE: DIRECCIÓN DE LA COMUSA

**MICRORREGIONES QUE INTEGRAN LA COORDINACIÓN MUNICIPAL TULPETLAC**



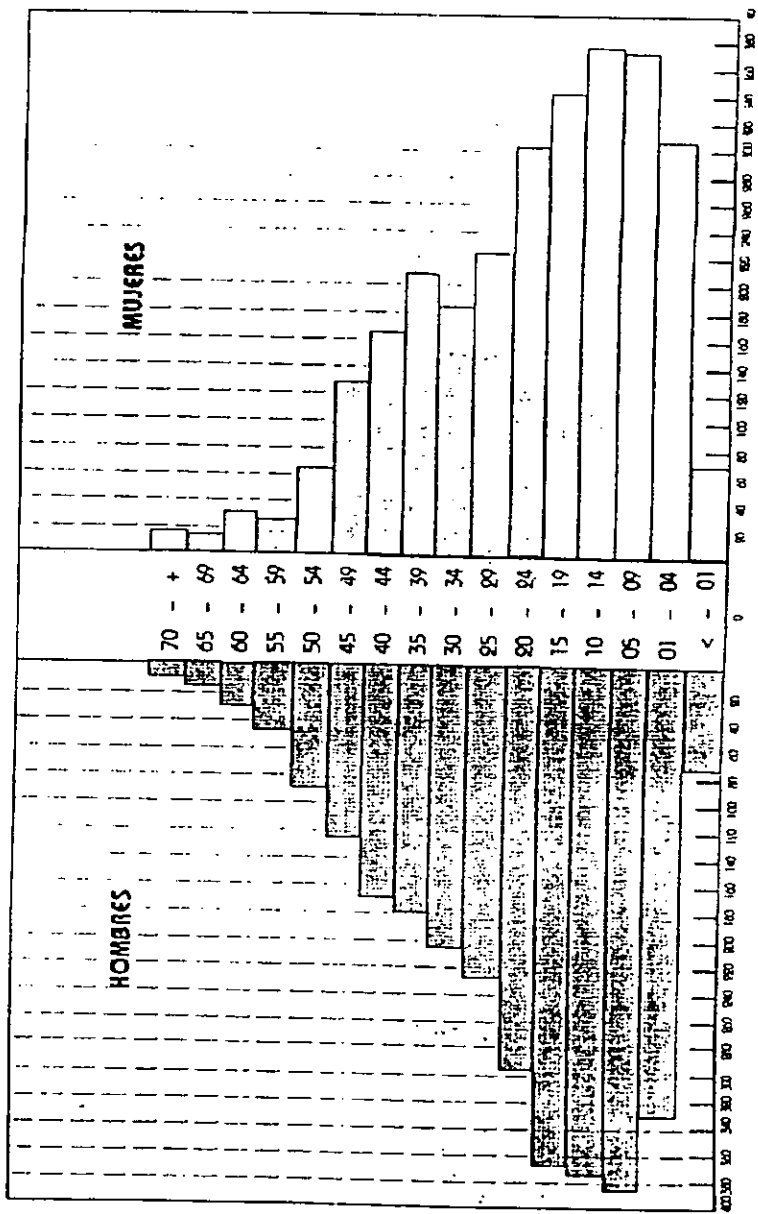
# COORDINACIÓN MUNICIPAL AMPLIACIÓN TULPETLAC MICRORREGIÓN TECUESCOMAC UBICACIÓN CAPOS





APENDICE 5

**PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LA MICRORREGION TECUESCOMAC, 1996.**



FUENTE: CONCENTRADO DE TARJETA DE VISITA FAMILIAR, 1996.

**PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y  
SEXO EN LA MICRORREGIÓN TECUESCOMAC, 1996**

<b>HOMBRES</b>	<b>AÑOS</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
16	70 - +	16	32	.55
19	65 - 69	15	34	.58
34	60 - 64	33	67	1.15
44	55 - 59	32	76	1.31
95	50 - 54	62	157	2.70
124	45 - 49	135	259	4.45
170	40 - 44	163	333	5.72
180	35 - 39	212	392	6.74
208	30 - 34	194	402	6.91
227	25 - 29	237	464	7.98
298	20 - 24	301	599	10.30
366	15 - 19	340	706	12.14
374	10 - 14	374	748	12.88
394	05 - 09	373	767	13.19
334	01 - 04	305	639	11
73	< - 01	65	138	2.40
<b>2956</b>	<b>TOTALES</b>	<b>2857</b>	<b>5813</b>	<b>100</b>

Fuente: Concentrado de tarjeta de visita familiar, 1996.

### 3.2.3. Situación Epidemiológica.

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) ocupan el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años, causando un promedio entre cuatro y cinco episodios al año respectivamente, situación que afecta de manera directa el crecimiento y desarrollo de los niños, generando del 50 al 805/. de la demanda de consulta externa y del 30 al 500/. De las hospitalizaciones pediátricas; los virus son los agentes etiológicos predominantes y la mayoría de estas enfermedades son benignas y sin complicaciones.<sup>54</sup>

Entre los niños menores de 5 años, los menores de 12 meses tienen mayor riesgo de morir por estos padecimientos. Este grupo etéreo concentra el 80% de las defunciones. La información de 772 autopsias verbales en 1996, con diagnóstico confirmado, indica que el 79.0% de las defunciones recibieron, por lo menos una atención médica y más del 64% ocurrieron en el hogar.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO EFECTIVO DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DEARRÉICA E INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.** Sistema Nacional de Salud. 1997. p. 6 y 9.

<sup>55</sup> SECRETARÍA DE SALUD. *Programa de Atención a la Salud del niño IRA.* México. 1988. p. 2.

**AGENTES ETIOLÓGICOS INVOLUCRADOS EN LOS SINDROMES  
RESPIRATORIOS AGUDOS**

<b>SINDROME</b>	<b>VIRUS</b>	<b>BACTERIAS</b>	<b>OTROS</b>
Catarro común	Sindical respiratorio Parrainfluenza Rhinovirus Enterovirus Adenovirus	B. pertusis	M. pneumoniae
Otitis media aguda		S. pneumoniae H. influenzae B. catarrhalis S. pyogenes	
Faringo-amigdalitis	Adenovirus Epstein-Bar Coxsackie Herpes		S. Pyogenes del grupo A C. diphtheriae
Crup	Sarampión Parrainfluenza Influenza Adenovirus	H. Influenzae C. diphtheriae	
Bronquiolitis	Sindical respiratorio Parrainfluenza Influenza Adenovirus		M. pneumoniae
Neumonía	Sarampión Sindical respiratorio Parrainfluenza Influenza Adenovirus Citomegalovirus	S. pneumoniae H. Influenzae K. pneumoniae S. aureus	M. pneumoniae U. urealyticum C. trachomatis P. Carinii

Fuente: Manual para la vigilancia epidemiológica de pronace-ira. p.9

**MORTALIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS  
EN MENORES DE CINCO AÑOS, SEGÚN GRUPO DE EDAD  
MÉXICO 1990-1996**

AÑO	1 AÑO		1-4 AÑOS		5 AÑOS	
	DEF.	TASA <sup>1</sup>	DEF.	TASA <sup>2</sup>	DEF.	TASA <sup>2</sup>
1990	10,122	370.0	2,785	32.7	12,907	115.7
1991	8,564	311.8	1,651	19.4	10,245	91.8
1992	8,127	290.5	1,470	17.2	9,597	86.0
1993	6,996	246.4	1,614	18.9	8,610	77.2
1994	7,687	264.7	1,669	18.8	9,358	84.0
1995	6,955	252.9	1,694	19.8	8,649	77.8
1996	6,664	245.5	1,497	16.9	8,141	73.4

\* Incluye neumonía e influenza.

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática S.S.A.

1 Tasa por 100,000 nacidos vivos registrados.

2 Tasa por 100,000 habitantes del grupo de edad.

## 4. ESQUEMA METODOLÓGICO.

### 4.1. VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso de enfermería, que precede del diagnóstico de salud la cual se centra en la obtención de información sobre la comunidad. De acuerdo con Rosalinda Alfaro esta etapa comprende la obtención de datos tanto de fuentes secundarias como primarias, para tal fin se utilizó la tarjeta de visita familiar para captar información a través de técnicas de entrevista familiar y observación de la comunidad con lo que se captaron datos objetivos y subjetivos, de la misma.

La organización de los datos obtenidos, se realizó con el diseño de estudio de valoración comunitaria que implica dos fases, la primera: un estudio retrospectivo sobre los factores de riesgo familiar previamente clasificados por el **MASPA**, y en una segunda etapa, se planteó un estudio transversal, descriptivo y analítico de la situación de salud de la población.

Dentro de la valoración de una comunidad es importante establecer los límites de tiempo y lugar, en este caso se determinó lo siguiente:

**De lugar:** Microrregión Tecucomac, adscrita a la Coordinación Municipal Ampliación Tulpelac, del Municipio de Ecatepec, Estado de México.

**De tiempo:** Abril y Mayo de 1997.

Dentro de la etapa de valoración de una comunidad se establece una muestra, que mediante su cálculo y selección permite obtener información.

**Universo:** 1362 familias de la microrregión las cuales fueron sometidas a clasificación de riesgos a través de la tarjeta de visita familiar quedando clasificados 463 como Riesgo I, en las cuales se identificó a las familias con niños menores de 5 años. Con base a éste último número de familias se calculó la muestra a través de la fórmula:

$$N = \frac{Z^2 (PQ)}{D^2}$$

Muestra calculada	66
20% de seguridad	<u>14</u>
Muestra total	80

#### **4.1.1. Selección de la muestra**

Para la selección de viviendas se utilizó el método aleatorio simple, el cual es el más sencillo de los probabilísticos donde cada unidad muestral tiene probabilidades iguales de ser seleccionada; éste consiste en:

- **Asignar**

Asignar un número de orden a las unidades de la población de la cual se requiere tomar la muestra, que ya fue calculada en el punto anterior.

- **Seleccionar**

Seleccionar el número requerido de unidades de muestreo para la cual se utiliza una tabla de números al azar, si no se dispone de este tipo de tablas y el tamaño de la muestra no es muy grande se pueden escribir los números en pequeñas tarjetas, colocarlas en recipiente, mezclarlas y posteriormente sacarlas en secuencia

hasta completar la muestra calculada. La mezcla de estas tarjetas ofrece igual probabilidad de selección y asegura la aleatoriedad.

Sin embargo, siempre es mejor utilizar una tabla de números de azar.

Para el caso en particular una vez obtenidas las viviendas por selección, se procedió a ubicarlas en el croquis, previamente estructurado, considerando su ubicación geográfica.

Este método se apoyó con listas que se elaboraron precisando apellidos de los menores, sectores, manzana y casa, cuya fuente específica es la tarjeta de visita familiar a través de la cual se estructuró el diagnóstico de salud del área de estudio.

#### **4.1.2. Variables e indicadores**

A continuación se adjunta tablas que especifican características para cada variable, indicador, parámetro, ponderación, fuente y escala de medición respectivas.

Esta tabla conceptualiza términos específicos de la teoría del déficit de autocuidado de Orem.

#### **4.1.3. Descripción de variables e indicadores**

##### **- Requisitos de Autocuidado**

Son el componente esencial del modelo de Orem y construyen la esencial en la valoración del cliente o paciente. El término requisito se usa para indicar una actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.



**Se clasifican en tres tipos.**

- + Universales
- + Del desarrollo
- + De alternativas o desviación de la salud

De las ocho universales:

**El No. 7** que enuncia la "Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano".

**Y el No. 8** relacionado con la "Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad)".

Estos requisitos de autoridad universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida, por lo tanto cada uno de ellos se considera importante para el funcionamiento humano.

Considerados en el trabajo se incluyen también los requisitos del desarrollo, los cuales se clasifican en dos:

- + Etapas específicas del desarrollo y,
- + Condiciones que afectan al desarrollo humano.

La primera clasificación presta especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo, específicamente para la operacionalización se retoma la etapa 3 y 4 relacionadas con lactantes e infantes, que son el grupo focalizado de las intervenciones por sistema de enfermería.

Existe, también un tipo de requisitos que aparecen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos, bajo estas circunstancias, el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados, que especifican para el caso:

- + "Buscar y asegurar ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos."
- + Indicada como variable se señala a la Respuesta Social Organizada **(R.S.O.)**, conceptualizada como el conjunto de recursos institucionales e informales que proporcionan atención de salud al individuo, familia o comunidad.
- + En relación a esta variable, el indicador base es la accesibilidad, para el caso, a la medicina alópata institucionalizada por parte de madres o responsables del menor de 5 años en determinada área geográfica.

#### **4.1.4. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Criterio de Inclusión**

Familias cuyo puntaje en enfoque de riesgo reúnan más de 55 puntos, lo que equivale a riesgo alto o primer riesgo (cuentan con menores de 5 años).

Familias que se ajustan a la definición dada.

##### **Criterio de Exclusión**

Familias que de acuerdo al puntaje de enfoque de riesgo se clasifican en R.2, R.3, y R.4; debido a que riesgos no contemplan dentro de la familia a menores de 5 años.

#### **4.1.5. Definiciones de operacionales**

##### **+ Definición de familia**

Todas las personas que viven bajo el mismo techo, aunque no tengan parentesco, pues todos ellos participan de las mismas condiciones sanitarias, las cuales pueden ser modificadas con su presencia.

##### **+ Definición de vivienda**

Inmueble donde vive una familia, si vive más de una no existe problema ya que la selección fue tan fina que especificó apellidos de la que se entrevistará, y sólo ésa fue el blanco de aplicación del instrumento.

##### **+ Definición de enfermera**

Recurso humano que ha sustentado estudios de enfermería a nivel universitario y que cuenta con título profesional.

##### **+ Definición de TAPS**

Recurso humano que ha sustentado estudios técnico-profesional en atención primaria a la salud y que cuenta con constancia de estudios; con experiencia mínima de 10 años en la operatividad y que tiene bajo su responsabilidad la atención a la salud de 3000 individuos o 500 familias.

Para la organización y agrupación de los datos se estableció un:

#### **4.1.6. Plan de Análisis**

Posterior a la capacitación, los datos fueron procesados de la siguiente manera:

##### **+ Edición de datos**

Revisar los cuestionarios, comprobando exactitud con la finalidad de detectar errores. Se diseñó una base de datos para captar la información ítem por ítem por

esta razón el cuestionario fue previamente codificado. Tentativamente la base se estructuró en el paquete **EPI-INFO VI**.

El trabajo fue realizado por los responsables de la investigación.

### **Reducción de datos**

Los datos fueron sometidos a análisis, al sumarlos o transformarlos en una forma integrada. Por lo que se diseñaron tablas de salida o contingencia que captaron la frecuencia de las observaciones de acuerdo a variables e indicadores ya señalados.

Las tablas reunieron información para proceder a la estimación del efecto al análisis de la frecuencia.

#### **- Estimación de efecto**

La estimación se realizó con estimadores puntuales: varianza, tendencia central, tasas y proporciones; los resultados se trabajaron con medidas de asociación como razón de productos cruzados o razón de momios.

Se procedió a la comprobación de hipótesis con el apoyo de medidas de asociación y pruebas de significancia estadística.

Dado que es la primera experiencia de la aplicación de la teoría de autocuidado en la comunidad se obtuvo información interesante a la que además, se sometió a un análisis cuantitativo y cualitativo.

#### **- Control de variables**

Los objetivos del estudio se han planteado en forma cualitativa, sin embargo se consideraron los siguientes aspectos:

- + **Precisión:** (Carencia de error aleatorio). Se aclaró mediante fórmula, precisando su selección, este cálculo se planteó con un 95% de confianza.
- + **Eficiencia:** La eficiencia del estudio está asegurada debido a que la proporción de sujeto-familia que poseen la capacidad de autocuidarse es total y esta capacidad es inherente al ser humano.
- + **Validez:** (Carencia de error sistemático). La validez interna está asegurada porque el sesgo de selección se controló con el muestreo aleatorio y sistemático de los sujetos de estudio (familias).

El sesgo de información se controló con la entrevista que fue realizada por los profesionales mencionados y considerando que todas las familias sujetos poseen la capacidad de autocuidado que se pretenden validar.

La validez externa, al considerar el tamaño de la muestra con un 95% de confianza se consideró que su significancia fue aceptable para la generalización de las observaciones, más aún, ya que toda muestra se desprende del riesgo uno o alto riesgo de acuerdo a una primera clasificación.

#### **4.1.7. Organización**

Para la realización de la investigación, se trabajó en equipo tomando en cuenta además de los investigadores al personal de la unidad aplicativa COMUSA; quienes colaboraron en la aplicación del instrumento a las familias seleccionadas, previa capacitación sobre el instructivo preelaborado para tal fin, su número varía de acuerdo al tiempo de aplicación y accesibilidad geográfica del área de estudio.

## **METODOS DE PRIORIZACIÓN O JERARQUIZACIÓN**

- 1.- **HANLON** ( M.T.V.F.) para establecer sexo, edad, eficacia y factibilidad.
- 2.- **ÍNDICE DE MAGNITUD PONDERADA** (Magnitud; número ó cantidad de casos. Trascendencia; grado de afectación a un número mayor de personas. Vulnerabilidad; grado de posibilidades para la resolución del problema con los recursos existentes. Factibilidad; grado de posibilidad de que este problema pueda ser resuelto en nivel jerárquico).
- 3.- **FRACCIÓN ETIOLOGICA** para establecer la fuerza de asociación entre el desconocimiento del manejo de infecciones respiratorias ayudas y la prevención del daño.

El estudio realizado fue analítico bajo la cronología de estudio de casos y controles, con una población de 1362 familias, un universo de 463 familias con riesgo I ó alto que fue el criterio de inclusión muestra de 80 por familia; selección por método probabilístico aleatorio simple que incluyó un 20%. de margen de seguridad, el instrumento de apoyo fue de tarjetas de visita familiar y su anexo.

## **PROBLEMA PRINCIPAL**

**"FALTA DE EDUCACION PARA LA SALUD"** en las madres y/o personas que cuidan a los menores de cinco años y cuya causa es:

- Bajo nivel socioeconómico
- Baja escolaridad de la madre
- Ocupación de la madre, no se da tiempo para proporcionar medidas de autocuidado dependiente.

## **Cuyo efecto es:**

- Familia pobre carente de conocimientos sobre EDUCACIÓN PARA LA SALUD.
- Desconocimiento del autocuidado.
- Se automedica porque no saben que deben acudir a la atención médica periódica.
- Nula o escasa orientación para tratar el déficit de autocuidado.

<b>PROB. SECUNDARIOS</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>EFFECTOS</b>
a) Bajo nivel socio-económica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de fuentes de trabajo.</li> <li>- Salarios bajos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vagancia, de delincuencia, drogadicción.</li> <li>Condiciones de vida paupérrima.</li> </ul>
b) Baja escolaridad de la madre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de preparación escolar.</li> <li>- Cambio de residencia.</li> <li>- Necesidad de trabajar.</li> <li>- Cuidados de los hermanos menores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo mal pagado.</li> <li>- Se pierde el interés por el estudio.</li> <li>- No poder seguir preparándose.</li> <li>- Tener hijos sin la preparación física y mental.</li> <li>- Tomar una responsabilidad que no les corresponde.</li> </ul>
c) Ocupación de la madre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo recurso económico.</li> <li>- Gran número de hijos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malos hábitos higiénicos y dietéticos.</li> <li>- No llevarlos a la escuela nula educación sobre su autocuidado.</li> </ul>
d) Promoción para la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La comunidad no acude al C. Salud.</li> <li>- No hay motivación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No está orientada sobre su autocuidado.</li> <li>- Se queda en casa a ver televisión.</li> <li>- No tiene interés en conocer que es la promoción para la salud.</li> </ul>

La importancia de los problemas es conocida, las alternativas de intervención permite complementar la información contenida en la problemática sanitaria. La exploración de las alternativas de intervención de prioridades; es un requisito previo a la toma de decisiones sobre las prioridades.

A continuación se mencionan diferentes métodos que se utilizaron para poder llegar a la priorización de daños y así poder plantear un proyecto de intervenciones de enfermería; hacia la priorización de un problema central.

Primero, se diseñó una base de datos para captar la información (PAQUETE EPI-INFO 6); el método de análisis de datos se realizó a través de:

- Reducción a tablas de contingencia.
- Descripción de frecuencias simples.
- Asociación de factores de riesgo a través de productos cruzados (momios) en relación a  $X^2$  para validación estadística de datos.

Ya obtenidos los resultados de la Asociación de factores de riesgo en relación a la morbilidad y mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas y Neumonías, se identificaron los problemas que afectan a la población de estudio (menores de cinco años), siendo más de 40 factores.

Se realizó un procedimiento de trillaje (agrupando los más importantes), obteniéndose solo 11 problemas; a los cuales se les aplicó el Método de HALON, identificando solo 3 problemas como prioritarios.



## METODO DE HANLON (M.T.V.F.)

LISTA DE PROBLEMAS	M	S	E	F	TOTAL
1. Madre analfabeta o que solo sabe leer y escribir.	9	9	.5	1	19.5
2. Distancia mayor de 500 mts. De la vivienda a la unidad de salud más cercana.	10	10	1	1	22
3. Más de 15 mín. Entre la vivienda y la unidad de salud más cercana.	10	10	1.5	1	22.5
4. Practica negativa de lactancia materna.	9	9	.5	1	21.5
5. Desconocimiento de la importancia del control médico periódico.	10	10	1.5	1	22.5
6. Sacar a los menores de 5 años antes de las 7:00 am.	9	9	.5	1	19.5
7. Condiciones inadecuadas de abrigo al sacarlos antes de las 7:00 am.	10	10	.5	1	21.5
8. Ingerir líquidos o alimentos fríos.	10	10	.5	1	21.5
9. Frecuencia del baño corporal.	10	10	1	1	22
10. Baño matutino en los menores de 5 años.	9	9	.5	0	19.5
11. Inadecuados conocimientos de la madre sobre el resfriado común.	10	10	1	1	22

**NOTA:**

**M= MAGNITUD:** No. de personas afectadas  
**S= SEVERIDAD:** Morbilidad, Mortalidad, Discapacidad, costo.  
**E= EFICIENCIA:** Vulnerabilidad (resolubilidad).  
**F= FACTIBILIDAD:** PEARL

**PONDERACIÓN**

0 - 10  
 0 - 10  
 0.5 - 1.5  
 SI= 1, NO= 0

#### **4.3.2. PROYECTO DE ENFERMERÍA**

La enfermera profesional es responsable de acumular información de la comunidad, que describa sus requerimientos de enfermería. Esta información es importante para planificar el número de intervenciones y proporcionar un servicio adecuado a la comunidad con propósito de enseñanza y aprendizaje especializado para asegurar la continuidad del autocuidado desarrollando el conocimiento, las habilidades, las capacidades interpersonales y mantener su disponibilidad para proporcionar cuidados dependientes

Las enfermeras especialistas en salud pública realizan operaciones tecnológico-profesionales en entidades concretas jerarquizando y dando prioridad a un foco o centro de atención, en este caso la falta de educación en salud el cual puede cambiar de acuerdo al rol activo y contribuyente que realice la unidad y entidad multipersonal.

Este sistema de enfermería es de APOYO-EDUCACIÓN (ver anexo No. 1) y comprende una serie de secuencias y acciones en una interrelación de enfermera y comunidad a fin de satisfacer la demanda de autocuidado y poder regular ó desarrollar las capacidades de su agencia ó autogobierno de autocuidado.

Las enfermeras experimentadas captan cada situación practica y saben el tipo y cantidad de información que necesitan para proceder al cuidado de la comunidad.

## JUSTIFICACIÓN

La educación para la salud es aquella combinación de experiencias de aprendizaje para facilitar el cambio voluntario del comportamiento humano y llenar el vacío de lo desconocido. Los esfuerzos en educación para la salud deben ser enfocados por el sistema de enfermería a la unidad multipersonal que carece de conocimientos para su autocuidado. La educación para la salud concierne al cliente del servicio médico, a la familia y comunidad extendiéndose a las instituciones sanitarias para obtener el máximo nivel de salud.<sup>1</sup>

Considerando que la salud es un derecho constitucional y una garantía social en cuya realización están comprometidos el estado, la sociedad y en su conjunto los individuos.

La entidad multipersonal (madres de familia y cuidadores de los menores de 5 años) cuentan con bajo nivel socioeconómico, vivienda deficiente en construcción, escasos conocimientos sobre la salud, carencia de servicios públicos, inaccesibilidad de los servicios de salud, además de dificultades geográficas.<sup>2</sup>

La jerarquización de problemas mostró que el déficit en educación para la salud en los cuidadores de los niños es un problema que es susceptible de resolver con la intervención de enfermería, por lo que se planea una intervención de capacitación en salud respecto al autocuidado; considerando que una comunidad motivada y bien informada actuará en la dirección necesaria para la protección de la salud individual y colectiva como lo es la protección de la niñez, la cohesión de la familia y el mantenimiento de la integridad de la población.

---

<sup>1</sup> Durán M. Carmen, et. al. *"Protocolo de Investigación"* México. 1997. pag. 8.

<sup>2</sup> Vega Leopoldo, et. al. *"Bases esenciales de la Salud Pública"* ed. 9a. Ed. Prensa Médica. México. 1987 pag . 8.

## **ESTUDIO DE FACTIBILIDAD**

Todo estudio de necesidades permite recoger una lista de elementos problemáticos y definitivamente algunos se presentan más importantes que otros. La elección de las soluciones esta en el contexto sociopolítico, medio ambiente e institucional.

Las factibilidades están en relación a la operabilidad dentro del propio contexto. Las factibilidades se dirigen a lograr el éxito, o favorecer la implementación del programa.

Para fundamentar esta intervención se toma en consideración lo siguiente.

### **FACTIBILIDAD POLÍTICA**

El ministerio de salud es el responsable de definir y aplicar la política Nacional de Salud, en donde se definen los objetivos de empleo y distribución del ingreso y plantea líneas de acción sobre necesidades básicas de **EDUCACIÓN**, alimentación, **SALUD** y seguridad social. Este esfuerzo tiene como objetivo el avance hacia una sociedad igualitativa. Intervención del paquete básico de salud.<sup>3</sup>

El Paquete Universal de los Servicios Esenciales de Salud, responde a prioridades de salud urbana y ruralmente, extendiendo la cobertura del paquete básico de los servicios de salud, mejorar la intervención de **EDUCACIÓN** para la salud orientada a promover el cambio de estilo de vida.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 dice " Se trabajara para alcanzar un sistema que garantice un Paquete Básico de Servicios de Salud para todos los mexicanos que refuerce el principio de **EQUIDAD**".

---

<sup>3</sup> "Paquete Básico de los Servicios de Salud", S.S.A. I.S.E.M. Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. México pag. 8.

## **FACTIBILIDAD JURÍDICA**

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4o. referente al derecho a la salud, " Toda persona tiene derecho a la protección de la salud "fundamentándose en el título séptimo, capítulo.

Se fundamenta también el título séptimo II artículo 112.

### **EDUCACION PARA LA SALUD.**

1. Fomentar en la población el derecho de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas, accidentes y protegerse de riesgos que pongan en peligro su vida.

En el capítulo 1, en las disposiciones generales tenemos.

Artículo 3.- Educación para la salud es un proceso intencionado de enseñanza-aprendizaje, que promueve cambios en la conducta del individuo, la familia y la comunidad en beneficio de la salud. Es por lo tanto un componente indispensable en todo programa de salud.

Artículo 4.- La Secretaría de Salud establece los lineamientos generales para ejecutar y coordinar programas específicos de **EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

Artículo 6.- La **EDUCACIÓN PARA LA SALUD** se dirige a la población en general.

Artículo 7.- La **EDUCACIÓN PARA LA SALUD** se realiza a través de las modalidades de enseñanza siguientes:

- **Formal;** se imparte en los niveles preescolar, primaria, secundaria, bachillerato y universidad, durante el tiempo que los alumnos permanecen en las escuelas.

- **No formal**; se lleva a cabo fuera de la escuela con grupos de población a los cuales se requiera capacitar en aspectos determinados para la consideración de la salud, el programa puede ir dirigido a hombres, mujeres, jóvenes o niños del medio urbano o rural.<sup>4</sup>

En la carta de Ottawa se define la promoción de salud como " El proceso de capacitación del conjunto de individuos para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud y así pueden mejorarla. El objetivo de la promoción a la salud es facilitar un proceso de capacitación de los individuos como consecuencia del cual sea posible que disminuya la morbilidad y mortalidad. La promoción de la salud ha puesto un mayor énfasis en la, formulación e implantación de políticas saludables y cambios del entorno en el que vive el individuo, dejando a la educación para la salud un área de concentración, mayor en dos aspectos incluidos también en la promoción, que son el desarrollo de habilidades y el fortalecimiento de la acción comunitarias".<sup>5</sup>

La carta de OTTAWA propone alternativas para la solución de los problemas de salud.

- 1.- Trabajo conjunto de los distintos sectores sociales no solamente sanitario.
- 2.- Participación de los individuos en la solución de sus propios problemas como en la de los demás.

### **FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA**

Para el desarrollo de este proyecto la enfermera en salud pública cuenta con el apoyo de las autoridades jurisdiccionales de Ecatepec así como; personal normativo y operativo. Jefe de enfermeras, pasantes de enfermería en servicio social, estadígrafos, capturistas y servicio de mecanografiado.

---

<sup>4</sup> "Ley General de Salud" ed. 13a. Ed. Porrúa México, 1996. pag. 17-18.

<sup>5</sup> BOLETIN INFORMATIVO. "La carta de Ottawa". Un nuevo concepto de la salud. 1987. pag. 2

Se seleccionan y coordinan a estos recursos para la ejecución de este programa de educación para la salud en la microrregión de Tecucomac.

### **FACTIBILIDAD TÉCNICA**

La mayoría de los niños tienen alrededor de cuatro o seis episodios de infecciones respiratorias agudas al año, siendo más frecuente en zonas urbanas que en las rurales y muchos mueren por neumonía (lactantes pequeños menores de dos meses de edad).

Para el logro de esta factibilidad se cuenta con personal de enfermería y equipo multidisciplinario capaz de identificar y prevenir por medio de un buen diagnóstico a los niños que padecen neumonía entre los que tienen infección respiratoria aguda.

Los farmacéuticos y los líderes comunitarios constituyen un elemento de enlace entre los servicios de salud y la entidad multipersonal. Surge entonces la necesidad de normar la integración y el funcionamiento de estos recursos a través de una capacitación sobre IRAS y puedan brindar servicios de salud, cuyo propósito es lograr la participación comunitaria en actividades de beneficio colectivo permitiendo mejorar el nivel del autocuidado.

### **OBJETIVO GENERAL**

Contribuir a mejorar la salud de los niños menores de 5 años, capacitando a padres de familia, líderes comunitarios, dueños y/o responsables de farmacias respecto a la prevención y atención de IRAS en el hogar.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.- Capacitar a madres de familia y/o responsables de los menores de cinco años en la microrregión de Tecucomac.
- 2.- Sensibilizar a propietarios y/o dependientes de farmacias sobre la importancia del manejo de las IRAS.
- 3.- Cubrir la totalidad de sectores en los que habitan las madres y/o responsables del cuidado de los niños menores de cinco años en el área de estudio.
- 4.- Capacitar al comité de salud del área de estudio, para apoyo en la vigilancia epidemiológica de las IRAS.
- 5.- Localizar y ubicar sedes adecuadas para la capacitación en la microrregión de estudio.
- 6.- Distribuir promocionales alusivos a la prevención de las IRAS durante la capacitación.
- 7.- Formar grupos de madres de familia para capacitarlas sobre IRAS.

## **M E T A S**

- 1.- Capacitar al 75% de las madres y/o responsables del cuidado de los niños menores de cinco años en la microrregión de Tecucomac.
- 2.- Sensibilizar a través de la capacitación a 8 dependientes de farmacia; respecto a su participación en el manejo de las IRAS.
- 3.- Capacitar a las madres de los 18 sectores que componen el área de estudio, que se encuentran con un riesgo I ó alto.
- 4.- Capacitar al comité de salud integrado de 9 elementos para el apoyo de vigilancia epidemiológica de las IRAS.
- 5.- Localizar y ubicar 12 casas sedes para realizar la capacitación a las madres de familia y/o responsables del cuidado de los menores de cinco años.
- 6.- Distribuir 600 volantes, 600 trípticos, y colocar 120 carteles sobre IRAS en el desarrollo de la capacitación.
- 7.- Formar 12 grupos de capacitación sobre las IRAS.



## **DETERMINACION DE LIMITES**

### **Recursos Humanos:**

Responsable: Est. Posgrado S.P. Carmen Duran Mendoza

Colaboradores: 2 Estudiantes de Posgrado en S.P.

Coordinador Municipal	1
Director de Unidad de Salud	1
Jefe de Enfermeras	1
Pasantes de Enfermería en S.S.	50
Voluntarios del Comité de Salud	9

### **Recursos Materiales:**

Hojas blancas, goma, lápiz pizarrón, gis, reglas, foto copiado, rollos para cámara fotografía, libretas, corrector.

### **Recursos Físicos:**

Computadora, proyector de acetatos, máquina de escribir calculadora, cámara fotográfica.

### **Recursos Financieros:**

Los costos generados para el desarrollo de este sistema de enfermería serán cubiertos en su mayoría por las estudiantes de posgrado en S.P. y otros aportados a través de la gestión con autoridades jurisdiccionales del Estado de México.

## **UNIVERSO DE TRABAJO**

Limite de tiempo fecha: 21-22 octubre 1997

Horario: 9:00 -14:00 horas

Duración: 2 días

Limite de espacio: 18 casas sedes dentro de la microrregión de **Tecuescomac**.

## **CITAS BIBLIOGRAFICAS.**

1. Durán M. Carmen, et. al. **"Protocolo de Investigación"**  
México. 1997. pag. 8.
2. Vega Leopoldo, et. al. **"Bases esenciales de la Salud Pública"**  
ed. 9a. Ed. Prensa Médica. México. 1987 pag . 8.
3. **"Paquete Básico de los Servicios de Salud",**  
S.S,A. I.S.E.M. Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. México pag. 8.
4. **"Ley General de Salud"** ed. I3a. Ed. Porrúa México,  
pag. 17-18.
5. BOLETIN INFORMATIVO. **"La carta de Ottawa"**. Un nuevo concepto de la  
salud. 1987. pag, 2

## PROGRAMA DETALLADO DE ACTIVIDADES

### ACTIVIDADES TECNOLÓGICO PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ACTIVIDADES	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
PLANEAR	1. Gestionar en el INER cursos Monográfico sobre IRAS.	1 DÍA	LIC. GUADALUPE PÉREZ	LIC. JAQUELINA PASTRANA LIC. CARMEN DURÁN
	2. Pedir apoyo didáctico sobre IRAS.			2 JEFES DE ENFERMERAS
TOMA DE DECISIONES	1. Organizar cartas descriptivas. 2. Preparar apoyos didácticos. 3. Preparar obsequios de cortesía (folders membretados, programa de actividades y hojas para notas. 4. Preparar servicio de café.	2 DÍAS	LIC. GUADALUPE PÉREZ	LIC. JAQUELINA PASTRANA LIC. CARMEN DURÁN 2 JEFES DE ENFERMERAS 1 SECRETARÍA 6 EDECANES
	1. Gestión con el director de la Jurisdicción para poner en práctica el sistema de enfermería. 2. Fundamentar el proyecto con el programa de intervención. 3. Fijar fecha para presentación de resultados del diagnóstico de salud.	1 DÍA	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. JAQUELINA PASTRANA LIC. CARMEN DURÁN	
TOMA DE DECISIÓN	1. Gestión con el presidente de la comisión de farmacéuticos para capacitación sobre IRAS. 2. Localizar en croquis panorámico lugares sedes de capacitación.	1 DÍA	LIC. CARMEN DURÁN	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. JAQUELINA PASTRANA DR. EDUARDO VALDEZ

## ACTIVIDADES TECNOLÓGICO PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ACTIVIDADES	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
DE COMUNICACIÓN ORAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentación en la COMUSA de resultados del diagnóstico de salud.</li> <li>2. Sensibilizar al personal de la problemática existente en la microrregión de estudio. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista con enfermera pasante en servicio social.</li> <li>- Platificar con ella y solicitar su cooperación para la instalación de la CAPOS.</li> <li>- Sensibilizar a esta joven sobre la importancia de construir una CAPOS en la comunidad.</li> </ul> </li> </ol>	1 DÍA	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. JAQUELINA PASTRANA LIC. CARMEN DURÁN	1 COORDINADOR MUNICIPAL 1 DIRECTOR DEL C. SALUD 1 JEFE DE ENFERMERAS
TOMA DE DECISION Y COMUNICACIÓN ORAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista con el Coordinador de fomento a Salud.</li> <li>- Gestionar a través del material físico para la CAPOS (pintura y un biombo).</li> </ul>	1 DÍA	LIC. JAQUELINA PASTRANA	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. CARMEN DURÁN
DE LIDERAZGO Y COMUNICACIÓN ORAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrevista con Jefe de Departamento de control y prevención de IRAS para solicitar asesoría de programas de capacitación.</li> </ol>	1 DÍA	LIC. CARMEN DURÁN	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. JAQUELINA PASTRANA
DE FLEXIBILIDAD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Girar oficios de invitación a la capacitación de IRAS a médicos, personal operativo y (normativo, jefes de enfermeras) farmacéuticos y enfermeras pasantes en servicio social.</li> </ol>	2 DÍAS	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. JAQUELINA PASTRANA LIC. CARMEN DURÁN	
DE CONTROL Y COMUNICACIÓN ESCRITO	Elaborar varios modelos del folleto de la localización de la CAPOS.	2 DÍAS	LIC. JAQUELINA PASTRANA	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. CARMEN DURÁN
DE DISEÑO				

## ACTIVIDADES TECNOLÓGICO PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ACTIVIDADES	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
TOMA DE DECISIÓN	1. Visitar a la coordinadora nacional de promoción a la salud para solicitarle folletos o carteles de "TRAS".	1 DÍA	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. JAQUELINA PASTRANA LIC. CARMEN DURÁN	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA	1. Analizar el croquis panorámico del área en estudio. 2. Señalar los diferentes sectores de intervención. 3. Señalar las casas sedes para la capacitación a madres de familia. 4. Numerar las farmacias existentes en el área de intervención.	1 DÍA	LIC. CARMEN DURÁN	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. JAQUELINA PASTRANA 1 JEFE DE ENFERMERAS 1 RECURSO TAPS
DE EDUCACIÓN EN SALUD	1. Capacitar a médicos personales normativo recursos TAPS y enfermeras pasantes en servicio social.	2 DÍAS	LIC. GUADALUPE PÉREZ	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. CARMEN DURÁN
DE COMUNICACIÓN	1. Capacitación a enfermeras pasantes en servicio social. 2. Darles a conocer la geografía del lugar donde se capacitará. 3. Formar 10 equipos de trabajo. 4. Localizar las casas sedes dentro de los sectores. 5. Delimitar funciones y actividades. 6. Decir la metodología para la capacitación. 7. Integrar 10 equipos de trabajo. 1. Difundir los folletos de prevención y control de TRAS.	1 DÍA	LIC. CARMEN DURÁN	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. JAQUELINA PASTRANA 3 ENFERMERAS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL. 7 TAPS
		1 DÍA	LIC. GUADALUPE PÉREZ LIC. JAQUELINA PASTRANA	9 TAPS 27 ENFERMERAS