

00943



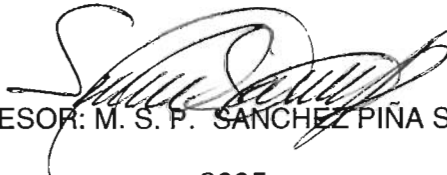
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA

“INTERVENCIÓN DE APOYO EDUCATIVO PARA FORTALECER
LA AGENCIA DE CUIDADO EN EL PERSONAL DE SALUD
SOBRE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO”

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN:
SALUD PÚBLICA

PRESENTA:
L. E. O. CERVANTES CABELLO TEODORA
No- cuenta: 085075478


ASESOR: M. S. P. SANCHEZ PIÑA SOFIA

2005

m349077





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.

A mi padre:
por la enseñanza de disciplina y tenacidad
para alcanzar los objetivos propuestos.

A mi madre:
Por su cariño incondicional y porque
siempre nos ha dejado ser.

A mis hermanos:
Porque siempre han sido el ejemplo a
Seguir, especialmente a Ana, a Paty;
por esos tres regalos que vinieron a
llenar de luz mi vida.

A mis sobrinas:
Dany por la gran madurez que ha
mostrado siempre. Brenda porque
siempre tiene una respuesta para
todo y ese gran valor que le da a
todas las cosas. Marianita, por ser
la más chiquita y traviesa.

Autorizo a la Comisión Nacional de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: TEODORA CERVANTES
CARELLO
FECHA: 26 SEP 2005
FIRMA: TEODORA CERVANTES

A Gabriel:
Por tantas atenciones, cariño y
comprensión que me ha
mostrado en todo momento
que compartimos.

A Mis profesores:
Porque me han permitido tomar de cada
uno de ellos los conocimientos más
valiosos para mi vida personal y profesional.

ÍNDICE

	Pag.
Introducción	1
Objetivos del estudio de Caso	5
1 FUNDAMENTACIÓN	
1.1 Antecedentes (Estudios relacionados)	7
1.2 Marco Teórico Conceptual	12
-Salud Pública	12
-Proceso de atención de Enfermería	18
- Diagnóstico de enfermería	20
-Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem	23
1.3 Consideraciones Éticas	27
2 METODOLOGÍA	
2.1 Selección y Descripción Genérica del Caso	29
2.2 Proceso de Selección de la comunidad	30
2.2.2 PROCESO DE INTERVENCION ESPECIALIZADA	
2.2.1 Diagnóstico de Salud Integral Comunitario	33
2.2.2 Valoración Focalizada	40
2.2.3 Diagnóstico de Enfermería	42
2.2.4 Proyecto de Intervención	43
2.2.5 Evaluación	51
3 CONCLUSIONES	53
4 SUGERENCIAS	55
5 REFERENCIAS	56
6 BIBLIOGRAFIA	59
7 ANEXOS	61

INTRODUCCION

El derecho a la salud se ha reconocido en forma universal, desde 1946 por la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.), ésta se ha incorporado en la Carta Magna de diversos países, así como en la declaración de los Derechos Humanos y se ha llevado en forma unánime en la estrategia conocida como; Salud Para Todos en el año 2000, por lo que la protección de la salud es un derecho social inalienable para toda la población.

En nuestro país, en la Constitución Política, dentro de las garantías individuales, en el artículo 4º- se señala: que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, sin embargo, se observa que dentro de la población existen daños a la salud que pueden ser prevenibles con énfasis en los grupos más vulnerables como son los niños y las mujeres.

La Salud Pública, como ciencia, constituye la piedra angular ya que cuenta con una metodología y técnicas específicas para conocer y explicar la realidad en salud y propone alternativas de solución a los problemas detectados.

Por lo anterior el grupo multidisciplinario constituido por autoridades jurisdiccionales, enfermeras y las alumnas de Enfermería en Salud Pública participaron en un taller de Priorización a través del Método de Hanlón, donde se analizaron las diez primeras causas de muerte en los diversos Municipios de Ecatepec Estado de México. Donde se obtiene la pauta para la investigación de Muerte Perinatal.

A la luz de la magnitud y severidad del problema; factibilidad y eficacia de solución se llega al consenso de realizar un Diagnóstico de Salud Integral en la población que se encontraba en el territorio denominado La Palma I de Ecatepec, Estado de México.

Este Diagnóstico de Salud Integral Comunitario de la Palma I de Ecatepec, Estado de México estuvo encaminado a conocer las necesidades, riesgos y daños a la salud de la población. A través de diversas etapas metodológicas y el análisis e interpretación de los resultados nos mostró lo siguiente: Una tasa elevada de mortalidad perinatal constituida por 4.7 por 1000 nacidos vivos registrados. Este

Para establecer y regular el Autocuidado en las mujeres en edad reproductiva se partió de los elementos concretos del Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo.

En colaboración con el personal multisicisciplinario de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, se realizaron acciones concretas e intencionadas del Sistema de Apoyo Educativo, a través de una **Intervención de Capacitación** para el personal de salud, sobre Riesgo Reproductivo.

El personal de salud, conformado por pasantes de enfermería y enfermeras de la Jurisdicción, que conviven directamente con la comunidad y como agentes de cuidado, cuentan con el apoyo educativo para identificar los factores de riesgo, e incidir en la educación las mujeres en edad reproductiva sobre el autocuidado.

Posterior a la intervención , se realizó una evaluación cuantitativa de los conocimientos adquiridos a través de un examen, y otra cualitativa a través de la educación para la salud que se proporcionó a las mujeres en edad reproductiva de la microregión la Palma I.

Se presentan las conclusiones en función de los objetivos planteados. De igual manera se incluyen las sugerencias para el personal interesado en el estudio, finalmente se incluyen las referencias bibliográficas. Y los anexos compuestos por croquis, mapas y diversos instrumentos que se utilizaron para el estudio.

OBJETIVOS

GENERAL

Diseñar y ejecutar un proyecto de intervención como sistema de apoyo educativo para el personal de salud, dirigido a la prevención y detección de riesgos en la mujer en edad reproductiva asociados a mortalidad perinatal en la Microregión la Palma I de Ecatepec Estado de México.

ESPECIFICOS

- 1-Realizar un taller operativo de priorización para determinar el problema a investigar así como la población y territorio de estudio.
- 2-Realizar un Diagnóstico Integral de Salud Comunitario a través del conocimiento de los factores condicionantes, riesgos y daños a la salud y la respuesta social organizadas de la Comunidad la Palma I de Ecatepec, Estado de México.
- 3-Realizar una valoración focalizada orientada a identificar los factores que influyen o limitan el autocuidado en las mujeres en edad reproductiva relacionados con mortalidad perinatal.
- 4-Diseñar y ejecutar un proyecto de intervención de apoyo educativo (capacitación) dirigida a los recursos en salud para la prevención y detección de riesgo reproductivo y así favorecer la disminución de la mortalidad perinatal de la Palma I, Ecatepec, Estado de México.
- 5-Evaluar la intervención de capacitación del personal de salud, a través de un examen al final del curso y del desarrollo de habilidades para la educación y detección de factores de riesgo en las mujeres en edad reproductiva de la Palma I.

FUNDAMENTACIÓN

1.1 ANTECEDENTES (Estudios Relacionados)

El situar la mortalidad perinatal a través del tiempo nos permite conocer su evolución y los factores que influyen en la misma, a continuación se muestran algunos datos que fueron obtenidos de fuentes bibliográficas y hemerográficas.

Al fin de la revolución mexicana, “la tasa de mortalidad infantil va de 189 en 1930, 129 en 1950 y 30 en 1995.”¹ La mortalidad infantil ha sido y es diferencial de acuerdo con varias características sociodemográficas. Así en 1930 la enfermedad diarreica aguda (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (ERA) ocupaban los tres primeros lugares de mortalidad infantil.²

Al avanzar la Transición Epidemiológica muestra cambios importantes en la mortalidad ya que; “entre 1980 y 1990, las EDAS y las IRAS dejan de ser las dos causas más importantes de mortalidad infantil y las afecciones perinatales pasaron a ocupar el primer lugar.”³

La mortalidad perinatal en México debe analizarse a la luz de diversos factores; tanto sociales, económicos, demográficos y culturales. Como lo señala Vega Franco: “en México el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) estima que hay 40 millones que viven en la marginación y 14 en la miseria extrema”⁴

Los efectos de la marginación hacen notar que la mortalidad en menores de un año en México tiene una distribución muy desigual como se comentan en el Plan Nacional de Salud: “En Guerrero, la tasa ajustada de mortalidad infantil es de 52 por 1000, nacidos vivos, mientras que en Nuevo León es de 14 por 1000”⁵

En cuanto al nivel cultural como factor importante para la muerte infantil y perinatal cabe señalar que en el quinquenio de 1991-1995 al analizar la

¹ Aguirre, Alejandra. “Cambios en la mortalidad infantil” DEMOS, Carta demográfica sobre México, UNAM., 1997, p.14

² Ibid., p. 15

³ Idem.

⁴ Vega, Leopoldo. “La mortalidad infantil de los niños mexicanos al declinar el siglo”, Rev. Mexicana de Pediatría, México, vol. 66, no- 4, julio- agosto, 1999, p. 134

⁵ Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, Secretaría de Salud 2001, p. 36

mortalidad según el nivel educativo de la madre de los niños que fallecieron señala el siguiente: “en las madres sin ninguna instrucción escolar la tasa fue de 49.0, en las que cursaron la escuela primaria de manera incompleta fue de 44.0, en las que terminaron la primaria la tasa descendió a 36.0 y en las que cursaron estudios de secundaria o más fue de 20.0”⁶

Él (INEGI) destaca que las condiciones de vivienda y la edad de la madre al nacimiento de su hijo, el lapso intergenésico, entidad federativa en que radica y ocurrencia según persona que atendió el parto, son algunas de los factores de análisis para la muerte materna y perinatal.

La muerte perinatal es definida como: “ la muerte que ocurre entre la semana 28 de gestación, hasta la primera semana de vida extrauterina”^{7 8}

La muerte perinatal es una de las primeras 10 causas de muerte general en México en 1999 pues “ocupa el 7º- lugar.”⁹ En el análisis de causas de pérdidas de años de vida saludable en México en 1998 ocupan el primer lugar las “afecciones perinatales”.¹⁰ Los mexicanos pierden en promedio diez años de vida saludable como resultado de alguna discapacidad.

La investigación en torno al tema de muerte perinatal se hace necesaria, porque implica la búsqueda sistemática de conocimientos y la validación de estos para el ejercicio y el desarrollo profesional de enfermería en el área de la Salud Pública, a continuación se mencionan algunas investigaciones recientes que presentan un panorama general de muerte perinatal:

⁶ Vega ., Op., Cit., p. 135

^{7 11} Silva et. Alt. “Mortalidad perinatal en Colima, Colima, estudio de casos y controles”. Ginecología y obstetricia de México, México, vol. 68, marzo, 2000, p. 207

⁸ Contreras, Javier. “Propuesta de un certificado de defunción para mejorar el registro y reporte de la muerte en el periodo perinata” Salud Pública de México_México, volumen 43, no- 3 (mayo –junio 2001) P. 217

⁹ Programa Nacional de Salud 2001- 2006, México, Secretaría de Salud, 2001, p 43

¹⁰ Ibid., p 34

Estadística de Mortalidad Relacionada con la Salud Reproductiva,
Resultados: Mortalidad materna según algunas características de defunción.

ENTIDAD FEDERATIVA	CASOS
Oaxaca	81
Baja California Sur	7
SITIO DE DEFUNCIÓN	CASOS
Unidad Médica	887
Hogar	283
ATENCIÓN MÉDICA	
Sí	967
No	277
ESCOLARIDAD	
Sin escolaridad	221
Profesional	66
DERECHO HABIENTE	
Ninguna	861
Más de una	1
ESTADO CIVIL	
Casada	765
Soltera	145

Fuente: Estadística de mortalidad relacionada con la salud reproductiva, México, 1997. ¹¹

Mortalidad Fetal y Perinatal. México, 1980-1997

MORTALIDAD PERINATAL /AÑO	TASA
1980	19.4
1997	13.7
MORTALIDAD PERI /ENTIDAD F.	TASA
GUANAJUATO	20.1
PUEBLA	20.5
SINALOA	2.4

Tasa por 1000 nacidos vivos registrados

Fuente: Estadística de mortalidad relacionada con la salud reproductiva, México, 1997 ¹²

Moctezuma y colaboradores, realizaron un estudio de Casos y Controles los resultados son los siguientes:

-Bajo riesgo de mortalidad perinatal en pacientes primigestas (OR) 0.21, mientras que tiene uno o cuatro partos previos confirman mayor riesgo (OR) 4.67

¹¹ Salud Pública de México, "estadística de mortalidad relacionada con la salud reproductiva" Salud Pública de México, vol. 41, no- 2 marzo-abril, 1999, pp. 138-146

¹² Idem.

-No. tener antecedentes de cesárea confirió un mayor riesgo de muerte perinatal (OR) 2.97, que tener antecedentes de una a tres cesáreas previas (OR) 0.34

-En cuanto al aborto aumenta el número de muerte perinatal, uno o tres abortos con (OR) 1.9 y cero aborto (OR) 0.5

-En el recién nacido tener una valoración Apgar al minuto que sea igual o mayor de 8, confirmó una (OR) de 0.14, mientras que no tiene esta valoración confirió un (OR) 24.38 por lo tanto mayor riesgo de muerte perinatal.¹³

Mortalidad Perinatal en un Municipio de Quintana Roo,

Las tres primeras causas de muerte perinatal fueron: asfixia intrauterina, interrupción de la circulación materno-fetal e insuficiencia placentaria. La mayoría de las mujeres fueron madres jóvenes y el 65% de los neonatos fueron de bajo peso, concluye la importancia del control prenatal, la vigilancia del trabajo de parto y capacitación del personal en reanimación neonatal.¹⁴

Resultados Perinatales en Pacientes con Hipertensión

Se presenta en pacientes en edad avanzada 30 y 40 años con un porcentaje de 54.5%, se encontró una incidencia de bajo peso al nacer 10.6%, parto prematuro 13.6% e incidencia de preclampsia 34.8%. Se presentó un caso de desprendimiento prematuro de placenta.¹⁵

Morbilidad Materna y Fetal en un grupo de Mujeres con Diabetes Gestacional. El grupo que no asistió a tratamiento regular, tuvo las siguientes características: 17% presenta preclampsia, 11.85 tuvieron ruptura prematura de membranas y hubo una muerte intrauterina de un feto de 39 semanas macrosómico.¹⁶

Hipertensión Arterial en la Mujer Gestante

Ocupan el primer lugar en la morbimortalidad materna y perinatal, las complicaciones son convulsiones, hemorragia cerebral, coagulación

¹³ Moctezúma, et. Alt, "Morbilidad perinatal en Colima, Colima, estudio de casos y controles", Ginecología y Obstetricia de México, volumen 68, marzo 2000, pp. 202-211.

¹⁴ Colo- Cuesta : Mortalidad perinatal en un municipio de Quintana Roo, México en 1995 y 1996 (en línea) http://www.labiomed.com.mx/soc.ped.S_p6n6_espaiol//WSP_86-05_hml.

¹⁵ Forsbach et al., "Morbilidad materna y fetal en un grupo de mujeres con diabetes gestacional". Ginecología y Obstetricia de México, vol 67 junio 1999. Pp. 272-275.

¹⁶ Forsbach et al., "Morbilidad materna y fetal en un grupo de mujeres con diabetes gestacional". Ginecología y Obstetricia de México, vol 67 junio 1999. Pp. 272-275.

intravascular diseminada (CID), edema pulmonar, falla renal, hemorragia hepática y muerte. En el feto incluye retardo severo del crecimiento, hipoxia, acidosis y muerte”¹⁷

Hipertensión Gestacional, Morbimortalidad Materna y Perinatal.

Resultados: edad promedio de 21 a 30 años con 59.60%, el promedio de escolaridad fue media superior 49%. Se presento en mujeres con primer embarazo 43.2%. En el feto se presento el 14.4% deterioro fetal, 6.7 % oligohidramnios, 21.1 desproporción cefalopelvica, se presento un óbito transparto.¹⁸

En la actualidad es importante señalar el impulso que se le ha dado a la salud perinatal, esto se puede observar en el programa de “Arranque Parejo para la vida”, que se encuentra como programa estratégico en Plan Nacional de Salud 2001-2006, de nuestro país, con el objetivo de disminuir la muerte perinatal. Como se describió en las investigaciones revisadas la prevención es uno de los factores determinantes para disminuir daño. Esto básicamente a través de un control prenatal regular, para detectar riesgos y enfermedades asociadas al embarazo ya que posibilita dar una atención oportuna al binomio.

Por lo anterior es evidente conocer los aspectos básicos de Salud Pública. Proceso de Atención de Enfermería, Diagnóstico de enfermería y la Teoría de Enfermería de Autocuidado, conocer la problemática en salud y proponer alternativas de solución que se ajustan a las necesidades de la comunidad y a los objetivos propuestos por parte de la enfermera en salud pública.

¹⁷ Hipertensión arterial en la mujer gestante, (en Línea) [http:// www. Intermedicina. Com./avances/ ginecologia / ago 1.htm](http://www.intermedicina.com/avances/ginecologia/ago1.htm) (consulta 120202)

¹⁸ Franco, Azucena. Hipertensión gestacional morbi-mortalidad materna y perinatal. Tesis de Posgrado, México, IMSS/ UNAM. 2001. Pp. 1-22

1.2 MARCO CONCEPTUAL

SALUD PÚBLICA

Durante mucho tiempo la salud ha sido definida en varios términos, en 1946 en la Carta Magna o Constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como: “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afección o enfermedad.”^{19, 20} Según Terris: debería eliminarse la palabra “completo ... ya que la salud como la enfermedad no es un absoluto.”²¹

En 1959 Rene Dubos presenta a la salud y la enfermedad “no como meros acontecimientos biológicos, sino como fenómenos en lo que lo cósmico, lo vital lo histórico y lo biográfico individual y colectivo aparece en una unión indisoluble y de estructuras sociales definidas, concluyendo la salud como (el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en la mejores condiciones de este medio)”²²

El comportamiento del individuo frente a su propia percepción de salud en ocasiones no coincide con la necesidades identificadas por los profesionales de la salud. Para Pineault, “ la necesidad representa la diferencia entre lo que existe y lo que es deseable en términos de estado de salud, servicios y recursos.”²³ La percepción de necesidad de salud y enfermedad de los individuos está fundamentalmente determinada por la concepción de salud y enfermedad que tenga el grupo social al que pertenecen.

En este sentido podemos definir a la Salud Pública que para Winslow en 1920. “es la ciencia y arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad: para 1) saneamiento del medio, 2) Control de enfermedades transmisibles, 3) educación sanitaria, 4) organización de los Servicios Médicos y de Enfermería, 5) y desarrollo de los mecanismos sociales para asegurar al individuo y a la

¹⁹ Salleras, Luis, Educación Sanitaria, principios, métodos y aplicaciones, Madrid, 1990, p. 3

²⁰ Higashida, Bertha. Educación para la Salud, México, Mc. Graw-Hill, 1995, p3

²¹ Op. Cit. Higashida p. 3

²² Frías, Antonio. Salud Pública y Educación para la Salud, Barcelona , Ed. Masson, 2000, p. 5

²³ Op., Cit. Frías, p. 6

comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.^{24, 25, 26, 27}

En 1984 la Organización Mundial de la Salud aprueba una estrategia para el fomento de la salud en todos los estados miembros que se concreta de forma operativa en 38 metas bases de programa "Salud para todos en el año 2000". La consecución de estas metas exige la definición de estrategias de salud regionales y puestas en marcha de mecanismos que posibiliten alcanzar estos objetivos.

Una de estas estrategias es la investigación y se pide a los países miembros que deberían de existir estrategias de investigación, que mejoren la expansión del conocimiento necesario para conseguir la salud para todos en el año 2000. La Salud Pública a través de la epidemiología que "investiga la distribución, frecuencia y determinantes de la condiciones de salud de las poblaciones humanas así como las respuestas sociales instauradas para atenderlas".^{28, 29, 30}

La determinación de prioridades de riesgos y daños a la salud: se da a través de un proceso de selección de problemas epidemiológicos que serán objeto de investigación, para conocerlos mejor. Existen varios métodos para la determinación de prioridades del diagnóstico. De acuerdo a sus características se eligió el siguiente método:

El Método de **Hanlon** cuenta con cuatro criterios:

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

$$\text{Índice de Hanlon} = (A+B) (C \times D)^{31}$$

²⁴ Op., Cit. SELLERAS, p. 35

²⁵ Álvarez, Rafael. La Enfermera y la Trabajadora Social en la Salud Pública, México, Manual Moderno, 2000, p. 3

²⁶ González Napoleón. Infectología Clínica Pediátrica, México, Trillas, 1991, p. 15

²⁷ Op., Cit. Higadhida, p. 21

²⁸ López, Sergio. "Desarrollo histórico de la epidemiología, su formación como disciplina científica" México, Revista de Salud Pública de México, vol. 42, no- 2 marzo- abril 2000

²⁹ Hernández Mauricio. "Diseño de estudios epidemiológicos, México, Revista de Salud Pública de México, vol 42, no-2 marzo-abril 2000

³⁰ San Martín, Hernán. Salud y enfermedad. México, La Prensa Medica Mexicana, 1983, p. 112

³¹ Villa, J. Pablo. Guía para la determinación de problemas de Diagnóstico Situacional, riesgos y daños a la salud. Instituto Nacional de Servicios Salud de D., F. 1998, p.2

COMPONENTES

A-Magnitud del problema

Refleja el tamaño del problema, se interpreta como el número de sujetos afectados en relación con una población en riesgo, durante un período de observación determinada.

B-Severidad del problema

Se establece en función del impacto social, político o económico que el problema tiene sobre la población se puede utilizar tablas compuestas de índices de años de vida perdidos, tasas de morbi morbilidad.

C-Eficacia de la intervención

Se refiere a la capacidad técnica para la solución del problema, ¿ los recursos y la tecnología actuales pueden resolver el problema ? se otorga una escala de 0.5 a 1.5; 0.5 corresponde a los problemas cuya eficiencia es baja para solucionar de los problemas, una puntuación de 1 para los medianamente resolubles, mientras que una puntuación de 1.5 refleja mayor eficacia.

D-Factibilidad del programa o de la intervención descrito por las siglas PEARL, es decir:

P= Pertenencia, adecuación de programa a esa población

E=Factibilidad económica, costo de la intervención alto o bajo

A= Aceptabilidad por la población y prestadores de servicios

R= Disponibilidad de recursos, capacidad de la institución a la asignación de recursos.

L= Legalidad legislación sanitaria y su prioridad normativa

Cada aspecto se valora con un **sí o no**, Sí = 1 y NO =0; al final se multiplican los puntos y se obtiene el valor de factibilidad.³²

La epidemiología se basa en un enfoque epidemiológico o comunitario, se dirige a una comunidad sana con el objeto de ofrecerle atención sanitaria a través de un procedimiento diagnóstico, actividades preventivas y de promoción de la salud. A continuación se

³² Pineault. R. Daveluy. Planificación Sanitaria, conceptos, métodos y estrategias, Barcelona, Masson pp. 237 a 242

muestra un cuadro de las diferencias entre enfoque clínico y epidemiológico:

	Enfoque clínico	Enfoque epidemiológico
Objeto de estudio	Individuo	Comunidad
Datos	Anamnesia Exploración	Comunidad Estadística Sistema de información sanitaria
Diagnóstico de la salud	Pruebas complementarias Enfermedad concreta	Encuesta de salud Diagnóstico de Salud
Tratamiento	Médico o quirúrgico	Programa de salud
Evaluación	Control de la enfermedad	Análisis del impacto de la intervención y seguimiento

Fuente: Icart, Ma. Teresa, enfermería comunitaria, 2000

En esencia se trata de conocer la clase y magnitud de los problemas de salud que afecta a una población. Para un diagnóstico de salud comunitario se deben considerar los siguientes aspectos: “la estructura demográfica de la población, la definición de las variables biológicas, sociales, y ambientales, y finalmente los indicadores de morbilidad y mortalidad.”³³

El Diagnóstico de Salud Integral Comunitario, como cualquier investigación científica cuenta con un objeto y un sujeto de estudio. El objeto es la situación de salud de una población, que comprende el análisis de tres grandes componentes interrelacionados: el conjunto de **factores que condicionan** el proceso de salud enfermedad, las características de este proceso manifestadas a través de **riesgos y daños** y la **respuesta social organizada** por los recursos de salud del área.

Por lo tanto el Diagnóstico de Salud Comunitario es la investigación en Salud Pública que tiene como propósito evaluar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles para la solución de los problemas detectados, los resultados

³³ Icart, Ma. Teresa. Et. Alt. Enfermería comunitaria, epidemiología, Barcelona, Masson, 2000, p. 106

obtenidos deben ser útiles para la toma de decisiones en la programación de servicios de salud.³⁴

EL diagnóstico de Salud Integral cuenta con un nivel de análisis, constituido por cuatro elementos; momento descriptivo, explicativo, productivo y el evaluativo. Se rige por los principios de la investigación científica y tienen como objetivo generar conocimientos sobre la comunidad específica y planear la intervención para la solución de los problemas detectados.

Las preguntas más comunes de la morbimortalidad giran en torno a la frecuencia con la que se produce determinadas situaciones vinculadas a la salud. todas estas preguntas tienen que ver con la probabilidad o la frecuencia que ocurren ciertos sucesos y su respuesta sirve de base para decidir determinadas acciones

CARACTERISTICAS DE LA PREVALENCIA Y LA INCIDENCIA

CARACTERISTICA	PREVALENCIA	INCIDENCIA ACUMULADA	TASA O DE INCIDENCIA
MIDEN	Fracción de personas con enfermedad	Probabilidad de enfermar	Ocurrencia de enfermedad
NUMERADOR	Casos antiguos y nuevos	Casos nuevos	Casos nuevos
DENOMINADOR	Personas estudiadas (enfermas y sanas)	Personas susceptibles (sanas al inicio)	Personas- tiempo en Observación (sanas al inicio)
UNIDADES	Ninguna	Ninguna	Casos/persona-tiempo
DISEÑOS	Transversales	cohortes	cohortes

Tomado de Icart. Ma. Teresa. Enfermería comunitaria, epidemiología

La comparación de la frecuencia de los daños a la salud en grupos de población atendiendo a los atributos circunstanciales relacionadas, permite valorar la magnitud del problema. La elaboración de tasas supone la presencia del numerador con la frecuencia observada en términos absolutos y del denominador constituido por la población a la que pertenecen los casos observados.

³⁴ Ochoa, et., alt. Marco Conceptual del Diagnóstico de Salud , en: Metodología del Diagnóstico de Salud Integral , México, Instituto Mexicano de Salud Pública, 1989, Mimeo.

La tasa expresa la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. El cálculo de tasas se realiza dividiendo el total de eventos ocurridos en un periodo dado en una población entre el tiempo – persona. Las tasas se expresan multiplicando el resultado obtenido por una potencia de 10, con el fin de permitir rápidamente su comparación con otras tasas.

La mortalidad expresa la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado. La mortalidad general es el volumen de muertes ocurridas por todas las causas de enfermedad.

Por otro lado es necesario definir el riesgo: es la probabilidad que tiene un acontecimiento de ocurrir en un momento determinado. En epidemiología, el riesgo puede tener un sentido individual o colectivo; el primero indica la probabilidad que tiene un individuo de desarrollar la enfermedad, y la segunda mide la proporción de personas que la han desarrollado.

La probabilidad no es igual para todos los individuos, ni se mantiene constante a lo largo de la vida de un individuo; puede variar en función de características individuales, biológicas y ambientales, que en su conjunto llamamos factores de riesgo.

El riesgo relativo (RR) estudia la relación entre dos riesgos: es una razón de riesgos que, en realidad compara la incidencia (I) en un grupo de expuestos y la incidencia entre un grupo no expuesto;

$$RR = \frac{I \text{ en expuestos}}{I \text{ en no expuestos}} = \frac{a/a + b}{c/c + d}$$

Un RR de 1 se interpreta como que el factor estudiado no tiene un papel causal, ya que no existe mayor incidencia entre los sujetos expuestos respecto a los no expuestos, si el RR es superior a 1 significa que la presencia de factor conlleva a un aumento en la probabilidad de aparición de la enfermedad.³⁵

³⁵ Op.cit. Icart. P. 134

La epidemiología como ciencia moderna ha estado dirigida hacia el estudio de la frecuencia, distribución y causa de la enfermedad. Desde 1978, la influencia de Alma Ata ha orientado el sistema sanitario a conocer e impulsar las medidas preventivas, manejar técnicas colectivas de enseñanza y educación, promover la organización y participación de la comunidad, en materia de salud, investigar los diversos rasgos culturales para propiciar el mejor desarrollo de los programas de salud.

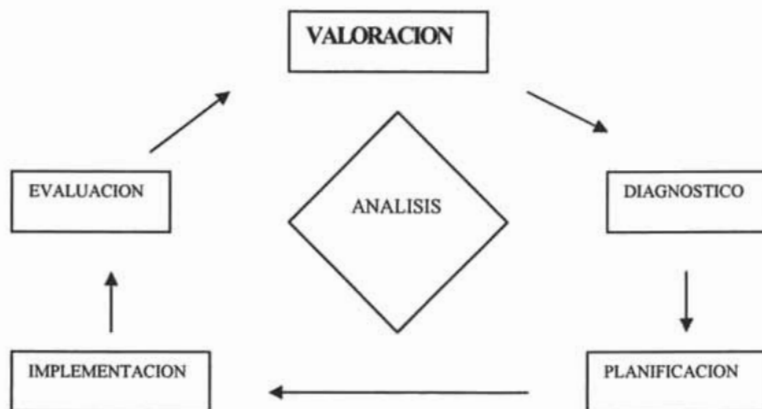
Las medidas preventivas están señaladas como acciones prioritarias en Salud Pública y estas obviamente se pueden implementar a través de diversas técnicas de enseñanza que tengan impacto en la comunidad.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

La enfermería en salud pública es una de las áreas más complejas por el compromiso que se requiere para su ejercicio profesional, ya que se requiere un amplio conocimiento de diversas disciplinas para la comprensión e intervención en los procesos de salud-enfermedad. La enfermera debe tener conocimiento de anatomía, fisiología, fisiopatología, farmacología, etc. o sea todo lo relacionado a su área, y, no sólo eso debe contar con conocimiento de las ciencias sociales, de la epidemiología y estadística, que se permita conocer el comportamiento de la morbi-mortalidad, con el objeto de disminuir los riesgos para el individuo y la comunidad.

Debido a la evolución tecnológica hoy la enfermera cuenta con una herramienta muy importante y en la cual fundamenta su práctica ya que a través de un proceso metodológico científico para valorar y planear cuidados acordes a las necesidades del paciente y la comunidad. Al respecto Iyer apunta: "es un planteamiento para resolver problemas, basados en una reflexión que exige capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es cubrir las necesidades del paciente y su familia (Smith y Germaín, 1975). El proceso de enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los resultados. Estas etapas

constituyen un planteamiento para resolver los problemas, agrupando las funciones intelectuales.”³⁶



Modelo del Proceso Enfermero de los cinco pasos

Marriner lo describe como: “el proceso de enfermería es flexible, adaptable y aplicable en todas las situaciones. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica de enfermería que logra el principal propósito de la enfermería: promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima utilización de los recursos.”³⁷

El proceso enfermero permite organizar y prestar cuidados enfermeros, para aplicarlo satisfactoriamente la enfermera debe de integrar el pensamiento crítico para emitir juicios y poner en práctica acciones basadas en la razón.

El proceso enfermero es un razonamiento científico que permite a la enfermera organizar, sistematizar y conceptualizar la práctica enfermera. “Se trata de un enfoque general a los sistemas de individuos, familias, grupos o comunidades. Es un enfoque que permite a las enfermeras diferenciar su práctica de la de los médicos y la de otros profesionales de la salud. Cuando la enfermera piensa críticamente, el paciente pasa a

³⁶ W. Iyer. Patricia. et., al. Proceso de enfermería y Diagnóstico de enfermería. España, Interamericana/ Mc. Graw Hill, 1995, p.10

³⁷ Marriner, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería un Enfoque Científico. México, Manual Moderno, 1998, p18

ser un participante activo y el resultado último es un enfoque completo e individualizado del cuidado.”³⁸

La comunidad posibilita el determinar cuales son sus necesidades prioritarias, para posteriormente implementar la o las intervenciones necesarias específicas, con el objetivo de favorecer la salud de la población estudiada.

Proceso es definido por Hernández como: “Un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. Supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente, por lo que es de suma importancia hacer participar en la recogida a los clientes a los familiares y a otros profesionales que puedan intervenir durante la actuación enfermera.”³⁹

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Los diversos cambios en el campo de la salud se han traducido en una creciente demanda en la enfermería, en la cual se hace necesaria una formación mayor, por lo que este incremento en la demanda de conocimiento puso de relieve la necesidad de delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de esta disciplina como su ámbito de actuación profesional.

El definir no sólo el qué, el por qué y el para qué, sino que además de limitar el cuándo y el cómo de las intervenciones de enfermería. Desde los años cincuenta con el surgimiento de los modelos de enfermería y el gran impulso de los mismos en la década de los sesenta en donde los cuidados específicos que proporcionaba la enfermera no podían ser identificados con autonomía. Puesto que no eran comunes a otras

³⁸ Potter, Patricia, Valoración de Enfermería. EN: Antología de gestión del cuidado. México, ENEO/ UNAM. 2004, P. 402

³⁹ Hernández, Conesa. Fundamentos de la enfermería, Teoría y Método. España. Mc.Graw-Hill/ Interamericana, 1999. p.132

personas del grupo y que tenía como consecuencia el que no podían ser identificados y brindados a los pacientes.

Ante tal motivo surge en 1982 *La North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) quien opto por ordenar los primeros diagnósticos de enfermería, esto a través de un método taxonómico que busca el análisis, la cientificación y la predicción de las regulaciones de los fenómenos.

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente o comunidad, que pueden ser modificado por la intervención de la enfermera. Deriva de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una acción específica.

En los textos existen diversas definiciones de diagnóstico, Alfaro lo define como: "problema de salud real o potencial de un individuo, familia o grupo, que la enfermera puede tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo."⁴⁰

El diagnóstico de Enfermería es el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado, dicho diagnostico debe emitir juicios de enfermería sobre las personas, el cual es la pieza angular para establecer objetivos para la práctica eficaz de la intervención sobre la situación existente.

Gordón sugirió el uso del formato **P E S** que describe lo siguiente:

- 1- Enuncie el problema (**P**)
- 2- Enuncie la etiología (**E**) utilizando la palabra " en relación a"
- 3- Enuncie los signos y síntomas (**S**) utilizando la palabra "Manifestado por"⁴¹

Al analizar los datos es fundamental considerar los diagnósticos de enfermería reales, o potenciales y posibles pues todos ellos desempeñan un papel importante en la planificación de los cuidados

⁴⁰ Alfaro, Rosalinda. Aplicaciones del proceso de enfermería , Barcelona, Doyma, 1998, p.6

⁴¹ Ibid. P 70

integrales de enfermería, cuando se identifica un diagnóstico real siempre debe emplearse el enunciado en tres partes (“mediante”, “en relación a”, “manifestado por”).

Para B Taptich el diagnóstico de enfermería, establece el problema del paciente mediante datos obtenidos.” El problema es tal que puede ser atendido por la enfermera, los diagnósticos de enfermería o diagnósticos clínicos efectuados por enfermeras profesionales describe problemas reales o posibles de salud, que ellas en virtud de su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para tratarlos.”⁴²

El diagnóstico como cualquier investigación científica cuenta con un objeto y sujeto de estudio. El objeto de estudio es la situación de salud de una población, que comprende el análisis de tres grande componentes interrelacionados; el conjunto de factores que condicionan el proceso de salud enfermedad, las características de este proceso, manifestadas a través de daños y riesgos y la respuesta social organizada de los recursos de salud del área.

Es la investigación en salud pública que tiene como propósito evaluar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles para la solución de los problemas detectados.

TEORIA DE ENFERMERIA

Los cuidados enfermeros en su origen, estaban sujetos al campo de lo doméstico, y considerados como un saber práctico exclusivamente. Florence Nightingale, establece una concepción teórica de una Enfermería más profesionalizada, de este modo la base lógica de su filosofía enfermera, se centro en el paciente, más que en la enfermedad, así como en los aspectos de la higiene del medio y el entorno.

⁴² Taptich, J. Barbara. Diagnóstico De Enfermería y Planeación de Cuidados. Interamericana/ Mc. Graw Hill, México, 1992, p.10

Más tarde con la incorporación del Método Científico, podemos confirmar la Ciencia en Enfermería, que permitiría la utilización de procedimientos de pensamiento, para establecer cauces adecuados que explique los hechos representados dentro de su objeto de estudio, procurando de este modo, el conocimiento de esta materia y su delimitación como ciencia.

Hasta ahora, las corrientes teóricas de la Enfermería, se han de entender como modelos teóricos potenciales, para explicar los fenómenos de la realidad objeto de estudio de la enfermería.

Como consecuencia de la necesidad de definir la disciplina enfermera, se determinó en forma unánime los fenómenos que deberían de ser investigados. "Estos fenómenos, que son la persona, el entorno, la salud y el cuidado, forman lo que se ha denominado **Metaparadigma** y trata de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina".⁴³

"Con el concepto de **persona**, que incluye al individuo, la familia y la comunidad, se identificara al receptor o a los receptores de los cuidados; con el **entorno** se identifican las circunstancias, tanto físicas como sociales o de otra naturaleza, que afectan a la persona: el concepto de **salud** se refiere al estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal; y el concepto de **cuidado** es la propia definición de enfermería, es decir, las acciones enfermeras normalmente son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación."⁴⁴

A continuación se realizará una descripción breve de la Teoría de Dorothea Orem considerando que es la teoría que mejor se acerca a la descripción de la disciplina de enfermería y su aplicación en los problemas de salud de la comunidad.

TEORIA DE ENFERMERIA DE AUTOCUIDADO

Autocuidado: "actividad aprendida, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigidas por las personas hacia si mismas y hacia el entorno para regular los factores

⁴³ op. Cit. Conesa, p. 52

⁴⁴ Ibid. P.53

que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.”⁴⁵

Orem reconoce tres tipos de Requisitos de Autocuidado

Requisitos de Autocuidado Universal	Acciones para mantener los procesos vitales, la integridad de la estructura, la función y el bienestar del hombre . (son comunes a todos los seres humanos, durante todas las etapas de la vida, ajustadas a la edad, estado de desarrollo y factores de entorno.
Requisitos de Desarrollo	Acciones que necesitan ser realizadas con los procesos de desarrollo humano, condiciones y acontecimientos, y en relación con los sucesos que puede afectar adversamente al desarrollo
Requisitos de Desviación de la Salud	Acciones en relación con los defectos genéticos, desviación de la estructura y la función humana. Así como sus defectos y discapacidades, incluyen el diagnóstico médico y el tratamiento.

Cuidado Dependiente: actividad realizada por adultos responsables para individuos socialmente dependientes.

Dentro de este concepto del sistema de enfermería el grupo de estudiantes de la especialidad de Enfermería en Salud Pública, planea e implementa un curso de capacitación con elementos básicos de Salud Reproductiva para los Pasantes de Enfermería en Servicio Social, con el objetivo de propiciar la formación de nuevos recursos auxiliares en salud cuya función esta orientada al fomento y promoción de la salud con acciones educativas y de control de factores de riesgo. Esta acción esta fundamentada en el Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo, por lo que se hará una revisión más profunda de dichos Sistemas.

Antecedentes de los Sistemas de Enfermería

1970 la *Nursing Development Conference Group*, describe el Sistema de enfermería como tridimensional, formado por subsistemas sociales, interpersonales y tecnológicos.

⁴⁵ Orem, Dorothea. Modelo de Orem, conceptos de Enfermería en la Práctica. Barcelona. Masson/Salvad. 1993. p.63

Elementos concretos del Sistema de enfermería:

- 1- Enfermera, poseedora de conocimientos que legitima su profesión (agencia de cuidado).
- 2- Paciente, características: Demanda de autocuidado que satisfacer
- 3- Acontecimiento que ocurre entre ellos.

Definición

Sistema de Enfermería: "Sistema de acción concreta producida por las acciones intencionadas, discretas de las enfermeras y pacientes, son acciones que buscan la regulación del autocuidado del paciente y la satisfacción de sus demandas de autocuidado".⁴⁶

Tipos de Diseño de Enfermería

- 1- Sistema de Enfermería Totalmente Compensadores.
- 2- Sistema de Enfermería Parcialmente Compensadores.
- 3- Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo (desarrollo).

¿A Qué Responde Esta Tipología?

- 1- El paciente no puede ocuparse en las actividades de autocuidado (totalmente compensador).
- 2- Si la respuesta es que el paciente puede realizar algunas pero no todas las operaciones de autocuidado (parcialmente compensatorio).
- 3- Si la respuesta es que el paciente puede y deberá tomar las acciones de autocuidado. Sistema de Enfermería deberá de ser del tipo de soporte educativo (de desarrollo).

Organización de las Acciones de Enfermería:

- 1- El paciente con limitaciones fisiológicas o psicológicas para los movimientos controlados en el cumplimiento del autocuidado requerido.
- 2- El paciente tiene el requerimiento de autocuidado de limitar el gasto de energía por el padecimiento.
- 3- El paciente le faltan conocimientos o habilidades o no esta dispuesto a realizar las acciones de autocuidado, que deberían realizarse continuamente, pero son técnicamente complejos y requieren juicios informados y decisiones en cada paso de la ejecución.⁴⁷

⁴⁶ Ibid. p 316

⁴⁷ Ibid. P. 319

En las unidades múltiples (familias) por lo general los sistemas de enfermería son combinaciones de las características de los sistemas de enfermería totalmente compensadores, parcialmente compensadores y de soporte educacional.

ROLES DE ENFERMERIA EN SITUACIONES ESPECIFICAS POR METODOS DE AYUDA

METODO DE AYUDA	ROL DE ENFERMERIA	ROL DEL PACIENTE
Hacer algo por otro o Actuar por otro	Actuar en lugar del paciente y por el paciente	Receptor de cuidados para satisfacer la demanda de autocuidado.
Guiar y dirigir a otro	Proveedora de información objetiva o tecnológica para la regulación de la agencia de autocuidado.	Receptor, procesador y usuario de la información como agente de autocuidado.
Proporcionar soporte físico	Compañera cooperadora en las acciones de autocuidado.	Realizador de acciones para satisfacer los requisitos de autocuidado
Proporcionar soporte Psicológico	Ser comprensiva, saber escuchar y capaz de implementar acciones de ayuda.	Una persona que afronta problemas difíciles y los resuelve.
Proporcionar un entorno que apoye el desarrollo	Suministradora y reguladora de condiciones ambientales.	Persona que afronta la situación de vivir.
Enseñar	Conocimiento descriptivo y explicativo de los requisitos de autocuidado. Métodos y cursos de acción para satisfacer los requisitos de autocuidado. Método para calcular la demanda de autocuidado. Método para manejar el autocuidado.	Alumno ocupado en el desarrollo del requisito de conocimientos y habilidades para el autocuidado continuo y efectivo.

La investigación focalizada de la comunidad la Palma I mostró déficit de las áreas del conocimiento, del desarrollo y en menor medida de desviación de la salud. Por lo anterior se concluyó de la necesidad de que el personal de salud y las estudiantes de Enfermería en Salud Pública deberían de intervenir con las personas de la comunidad con el Sistema de Apoyo Educativo, para disminuir la mortalidad perinatal, ya que como lo señala Orem "cuando el paciente debe aprender a realizar actividades requeridas de autocuidado, orientado porque no puede

hacerlo sin ayuda. Las técnicas incluyen: combinación de las de apoyo, guía, provean de un entorno favorecedor del desarrollo y enseñanza.”⁴⁸

Las mujeres no ha adquirido los conocimientos y habilidades necesarias para favorecer su autocuidado.

Consideramos que si las mujeres están preparadas a través de conocimientos básicos de lo que implica la sexualidad, metodología anticonceptiva, el embarazo y los cuidados que requiere para que esté llegue a termino con el mínimo de riesgo tanto para la madre como para el hijo, aunado a los cuidados del puerperio y del recién nacido. Que llevaran a una maternidad exitosa y llena de satisfacción para la familia y la comunidad.

3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación de campo para conformar el Diagnóstico Integral de Salud de la Comunidad la Palma I se apegara a lo reglamentado en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en razón de que el tipo estudio es sin riesgo para la comunidad. (Artículo 17 fracc. III), y de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 96. y de sus fracciones de la I a la VI , así mismo se realizará bajo los lineamientos de los apartados I, II, III y V del Artículo 100 de la misma ley.⁴⁹

⁴⁸ Ibid. P. 118

⁴⁹ Ley General de Salud, México, 1994

2 .METODOLOGIA

2.1 Selección y descripción genérica del caso

Taller de Priorización

Para determinar el problema de salud y el territorio a investigar por las estudiantes en salud pública, se realizo un taller operativo, con las autoridades jurisdiccionales de Ecatepec, Estado de México.

La determinación de prioridades de daños e intervención en salud, se llevo a través del método epidemiológico de Halón. "Para identificar prioridades de acción y de investigación se necesita escoger problemas y valorarlos, cada problema se somete a una valoración, en la que se compara con otros, para tomar decisiones con respecto a si el problema debe ser objeto de intervención o de mayor investigación."⁵⁰

En el proceso de priorización se requiere de *medición y comparación* y ello exige el uso de criterios de referencia, entre fenómenos comparables. se ha empleado criterios para establecer prioridades en salud:

- 1- importancia del problema
- 2- capacidad del programa o servicio para resolverlo
- 3- factibilidad para intervenir sobre él."⁵¹

El Método de Hanlon cuenta con cuatro criterios:

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

Se establece puntuación por cada componente y se calcula la siguiente ecuación:

$$\text{Indice de Hanlon} = (A+B) (C X D)$$

⁵⁰ Villa, J. Pablo. Guía para la determinación de problemas de Diagnóstico Situacional, riesgos y daños a la salud. Instituto Nacional de Servicios Salud de D., F. 1998, p.2

⁵¹ Idem.

2.2 PROCESO DE SELECCIÓN DE LA COMUNIDAD

Los padecimientos que se pusieron a valoración por las autoridades jurisdiccionales fueron los diez causas de mortalidad en Ecatepec Estado de México y son las siguientes:

- 1- Enfermedades del Hígado
- 2- Agresiones y homicidios
- 3- Accidentes
- 4- SIDA
- 5- Enfermedad Pulmonar Obstructiva
- 6- Síndrome de Dependencia del Alcohol
- 7- Suicidios
- 8- Enfermedades Infecciosas Intestinales
- 9- Enfermedades del embarazo parto y puerperio
- 10-Tuberculosis Pulmonar.

Posterior al procesos de priorización por el método de Hanlon de cada uno de las causas de mortalidad en el municipio, destaca dentro de esta priorización para ser estudiada con mayor profundidad; Enfermedades de Embarazo Parto y Puerperio, se documento el problema de salud de la Micro Región la Palma I, perteneciente al Centro de Salud Urbano Hank González. Para poder integrar los diversos factores que determinan y condicionan la morbi-mortalidad en la Palma I se realizó un Protocolo de Investigación, como punto de partida que orientará las líneas concretas de desarrollo de la investigación.

¿Cuáles son las condiciones sociodemográficas y epidemiológicas que influyen en el proceso Salud Enfermedad de la micro región la Palma I, perteneciente al centro de Salud Hank González de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

Después de un protocolo de estudio donde se analizo la planificación del estudio, se refiere al procedimiento sistemático para responder a la pregunta, es la especificación de los pasos que se deben seguir con el fin de obtener la información pertinente y analizarla.

Se fundamenta en la Salud pública y la Epidemiología para la valoración extensa: expresa un juicio de valor de la situación del proceso de salud enfermedad desde cuatro dimensiones: 1) Demografía, 2) Factores condicionantes, 3) Riesgos y Daños a la Salud y 4) Respuesta Social Organizada.

1- Tipo de estudio	Transversal Observacional Descriptivo
2- Universo	Total de familias que radican en la micoregión la Palma I
3- Población	Familias como unidad de estudio
4- Límites	Tiempo: del 11 de enero a 15 de marzo 2002 Espacio: Microrregión la Palma
5- Criterios	Inclusión: todas las familias (familias ausentes realizar 3 visitas) Exclusión : Familias que llegan después del corte.
6- Variables	Características sociodemográficas Características epidemiológicas Características económicas Daños a la salud Respuesta social organizada
7- Método	Entrevista
8- procedimiento	Interrogatorio por técnica de sondeo
9- instrumento	Cédula de captación de datos por familia (Anexo 1)
10- Procesamiento de datos	Verificación Edición se realizo catalogo de variables (anexo 2) Clasificación por riesgo

Captura de datos (Excell)
Cuadros de salida – gráficos, estimaciones de
tasa y porcentuales
Priorización de los problemas

Resultados

Diagnóstico Integral de salud

A continuación se hará una descripción general de los resultados obtenidos de la investigación realizada por las alumnas de Posgrado de Enfermería en Salud Pública.

2.2.2 PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA

2.2.1 DIAGNOSTICO INTEGRAL DE SALUD

La Palma I se ubica geográficamente en un área accidentada, al oeste de Ecatepec, con los siguientes límites:

- Al Norte con la Colonia Tulpetlac
- Al Este con la autopista México-Pachuca
- Al sur con la Colonia Buenavista
- Al Oeste con la Palma II

Esta colonia se fundo alrededor de 1980 donde sus primeros colonos migraron del Distrito Federal, debido a que estas tierras eran ejidales y sus propietarios eran terratenientes y que en su momento vendieron por lotes a bajo precio, es considerada como de alto riesgo por su ubicación por Protección Civil y el Departamento de Censo y Catastro del Municipio. (anexo 3)

La comunidad ésta conformada por 13 sectores, (anexo 4) cada sector con un promedio de 2 a 8 manzanas. su población real es de 4307 habitantes, con un total de 1147 familias, el número de integrantes de las mismas es de 3.7. Por otro lado la pirámide poblacional (Anexo 5) muestra una base angosta de menores de un año, ya que representa el 2.46 de la población total, la población adolescente que representa el grupo quinquenal de 15 a 19 años es la que alcanza un porcentaje mayor con 12.37%. La población de 10 a 44 años representa el 63.52%. Las mujeres de 12 a 44 años suman un total de 1405, que corresponden al 32% del total de la población. (ver anexo 2)

Como ya se comento la Palma I, se encuentra en una zona geográfica muy accidentada, en donde la parte superior es de muy difícil acceso, con poca pavimentación 5%, cuenta con alumbrado público al 100%, agua entubada en un 94%, existe deficiencia en el servicio de recolección de basura. Uno de los factores más importantes es que en toda la colonia no se cuenta con drenaje y la disposición de excretas es a través de fosa séptica 61.2% y con letrina 30.75. en cuanto a la vivienda cuentan con 2 o 3 habitaciones y en su mayoría no cuentan con acabados.

Las mujeres en edad reproductiva es de 1405 y se distribuyen por grupos quinquenales de la siguiente manera:

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA		
MEFRES	FRECUENCIA	%
12 a 14 años	152	10.82
15 a 19 años	259	18.43
20 a 24 años	250	17.29
25 a 29 años	198	14.09
30 a 34 años	152	10.46
35 a 39 años	147	10.46
40 a 44 años	151	10.46
45 a 49 años	96	6.8
TOTAL	1405	100.0

Fuente: cédula de captación de datos por familia

Las mujeres en edad reproductiva son 1405 que representan el 32% de la población total.

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL	No- DE FAMILIAS	%
IMSS	376	32.78
ISSSTE	41	3.57
SEDENA	3	0.26
ISSEMYM	28	2.44
NINGUNO	609	53.11
NO RESPONDIO	91	7.93
TOTAL	1147	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por Familia.

El 53% de la población de la Comunidad la Palma I no cuenta con ningún tipo de seguridad social. Lo que hace muy vulnerable a las familias para enfrentar algún proceso de morbilidad

INGRESO DIARIO	FRECUENCIA	%	IPC
1 SALARIO MINIMO	383	36.2	11.3
2 A 3 SALARIOS MIN	504	47.7	23.7
4 Y MÁS SALARIOS MIN	167	16.0	45.4
NO INFORMARON	91	7.1	
TOTAL	1147	100	

Salario mínimo \$ 42.35 (Comisión Nacional de Salarios)

Fuente: cédula de captación de datos por familia

La mayoría de la población 47.7% percibe de 2 a 3 salarios mínimos, y si consideramos que el índice de integrantes por familia es de 3.7; es ingreso per cápita es de 23.7 para cubrir las necesidades de alimentación, vivienda, salud y educación.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
ANALFABETA	166	5.86
SABE LEER Y ESCRIBIR	43	1.51
PRIMARIA	1187	41.99
SECUNDARIA	960	33.93
TÉCNICO	104	3.67
BACHILLERATO	311	10.99
LICENCIATURA	58	2.05
TOTAL	2829	100

Fuente: cédula de captación de datos por familia

La escolaridad se considero en la población mayor de 15 años, ya que en esta edad, se deberían de haber concluido la educación secundaria. Destaca que el 5.86% es analfabeta y el 33.93 que representa el grueso de la población tienen la primaria terminada aunado a que sólo un 2.5 de nivel licenciatura.

Según la calificación por riesgo donde se califican con mayor puntuación a los niños menores de 5 años = 35 y mujeres en edad fértil 12-49 años = 15 , embarazadas =20, enfermedades crónico degenerativas 13 e inmunización canina y vivienda deficiente. De acuerdo a estos criterios se observa que las familias caen riesgo 1 y 2 .

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADO POR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL DE 12 a 49 años		
METODO	FRECUENCIA	%
ORAL	47	9.22
INYECTABLE	63	12.35
DIU	226	44.35
SALPINGOCLASIA	150	29.41
VASECTOMIA	3	0.58
PRESERVATIVO	21	4.14
TOTAL	510	100

Fuente: cédula de captación de datos por familia.

Las mujeres en edad reproductiva son 1405 de las cuales sólo 510 que representan el 36% usan un método de planificación familiar. Y el resto están expuestas a un embarazo.

EMBARAZADAS							CONTROL PUERPERAL	
DETECTADAS	EN CONTROL PRENATAL		APLICACIÓN DE TOXOIDE				SI	NO
	SI	NO	0	1	2	R		
41	41	0	0	16	17	8	41	0

Fuente: cédula de captación de datos por familia

Se detectaron 41 embarazadas, las cuales refirieron estar en control prenatal médico. El 39 % de las embarazadas reporta por lo menos haber recibido una dosis de toxoide tetánico y lo que es importante destacar que ninguna de las mujeres en embarazos anteriores o en la terminación de este solicitan control en el puerperio.

Los niños de 1 a 5 años de la microrregión la Palma I el 86.7% no tienen aplicación de fluor y es la causa número uno del Centro de Salud Carlos Hank González.

La alimentación se distribuyen en tres comida al día, desayuno: café y pan en ocasiones guisado del día anterior, comida; sopa, guisado, tortillas y en ocasiones fruta. Cena; café, pan o sobrante de la comida. El 80% de la población profesa la religión católica, lo que representa un factor de protección a la salud.

Falta de cobertura de vacunación antirrábica, ya que sólo solo el 32.5% cuenta con ella.

La Palma I cuenta una accesibilidad al Centro de Salud Urbano Hank González que en distancia de isócronos es de aproximadamente 30 minutos donde se da atención de Primer Nivel y a 90 minutos aproximadamente se encuentra el Hospital José María Rodríguez donde se proporciona atención de Segundo Nivel.

Para vigilar la salud comunitaria se cuenta con un Dispensario Médico, dos parteras, una capacitada por Centro de Salud y otra empírica. Así como dos líderes comunitarios y un Grupo de Alcohólicos Anónimos. Cuenta con Escuelas de Nivel Básico: 4 Jardines de niños, una escuela Primaria y una Secundaria, para otros niveles se debe de salir de la comunidad.

Para la recreación y el deporte se cuenta con un Módulo Deportivo, En relación al abastecimiento de víveres se cuenta con un Mercado Municipal.

DAÑOS A LA SALUD

La atención de la salud de la población es una de las prioridades por parte del Sistema Nacional de Salud. Es importante hacer mención de que la población de la Palma I sólo una minoría cuenta con servicios de Seguridad Social. Como se observa en el siguiente cuadro:

El 53% de la población de la Comunidad la Palma I no cuenta con ningún tipo de seguridad social. Lo que hace muy vulnerable a las familias para enfrentar algún proceso de morbilidad. Las causas de morbilidad se distribuyen de la siguiente manera:

MORBILIDAD POR CAUSA			
NO-	CAUSA	TASA X100	GRUPOS ETAREOS
1	INF. RESPIRATORIA AGUDA	12.4	<1año, 1 a 4 años, 5 a 9 años, de 10 a 14 años y 40 a 44 años
2	HIPERETENSIÓN ARTERIAL	8.4	45 A 49 años 50 a 54 años, 60 a 64 años, 65 a 69 años y 70 y más
3	DIABETES MELLITUS	5.2	40 a 44 años, 45 a 49 años 50 a 54 años 55 a 59 años 60 a 64 años, de 65 a 69 años, 70 y más
4	ASMA	2.1	< 1 año y 65 a 69 años
5	TUMORES	1.8	60 a 64 años, 70 y más
6	CARDIOPATIAS	1.8	60 a 64 años, 70 y más
7	BRONCONEUMONIA	1.8	1 a 4 años
8	ENF. DIARREICA AGUDA	1.6	<1 año, de 1 a 4 años, 70 y más
9	ARTRITIS	1.4	50 a 54 años, 70 y más
10	RENALES	1.3	45 a 49 años, 50 a 54 años
11	GASTRITIS	0.4	35 a 39 años, 50 a 54 años

Fuente: cédula de captación de datos por familia

La causa número uno de morbilidad son las infecciones de vías respiratorias agudas, con una tasa de 12.4 que afecta principalmente a niños. Le sigue la hipertensión arterial con una tasa de 8.4 que afecta al adulto de 40 años y más. En orden de importancia aparece la diabetes mellitus con una tasa de 5.2.

La distribución de la mortalidad, se investigo en forma retrospectiva de un año a la fecha del corte y los resultados fueron los siguientes:

MORBILIDAD GENERAL			
NO- DE ORDEN	CAUSA	TASA X 100	GRUPO ETAREO
1	PERINATALES	4.7	< 1 años
2	INFARTO	1.6	60 a 64 años
3	ACCIDENTES	0.67	30 a 34 años
4	DIABETES MELLITUS	0.62	50 a 54 años
5	NEUMONÍA	0.38	< 5 años
6	INSUFICIENCIA RENAL	0.33	15 a 19 años y 60 a 54 años
7	BRONCOASPIRACION	0.3	25 a 29 años y de 30 a 34 años
8	HOMICIDIO	0.18	15 a 19 años

Fuente: cédula de captación de datos por familia

Dentro de las causas de mortalidad destaca como número uno la muerte perinatal con una tasa de 4.7% , le sigue el infarto y los accidentes. Los problemas detectados se priorizaron por el Método de Hanlon y se señalan las posibles alternativas de solución a través de las intervenciones, que se describen en el cuadro:

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR VALORACIÓN
EXTENSA
LA PALMA I
FEBRERO DEL 2002**

ORDEN	PROBLEMA	PRIOIRIZACION POR HANLON	ACTIVIDAD
1	ALTO PORCENTAJE DE FAMILIAS R1 Y R2 (EMBARAZADASY < 5 AÑOS)	4	INTERVENCION
2	ALTO PORCENTAJE DE POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL	10	GESTIÓN
3	INGRESO PERCAPITA MAS ALTO ES DE 34.05	11	NINGUNA
4	ANALFABETISMO EN EL 6.7 DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS	5	GESTIÓN
5	UN ALTO PORCENTAJE DE MUJERES SIN CONTROL DE P. FAMILIAR	3	INTERVENCIÓN
6	AUSENCIA TOTAL DE CONTROL PUERPERAL 100%	9	INTERVENCIÓN
7	ALTO PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS, SIN APLICACIÓN DE FLOUR 86.7	7	GESTIÓN
8	FALTA DE COBERTURA DE VACUNACIÓN CANINA ANTIRRABICA 67.5%	8	GESTIÓN
9	DEFICIENTE PAVIMENTACIÓN Y AUSENCIA TOTAL DE DRENAJE	6	GESTIÓN
10	ALTO POCENTAJE DE MORBILIDAD POR I.R.A. DE O A 14 AÑOS	2	INTERVENCION
11	ALTA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL 4.7	1	INVESTIGACION

PROBLEMA ENCONTRADO EN EL DIAGNOSTICO

Daños a la salud evidenciado por la elevada mortalidad perinatal representada por cinco casos en el último año, documentados por actas de defunción, y sí se cuenta con un total de 106 niños menores de un año, esto representa una tasa de 4.7, . Los factores causales se desconocen pero repercuten en la pirámide poblacional y afectan la dinámica familiar, deteriorando la salud de las mujeres en edad reproductiva que representan el 32% de la población total.

2.2.2 VALORACION FOCALIZADA

Una vez realizado el análisis de los resultados del Diagnóstico Integral de Salud, se identificó como grupo vulnerable a la población femenina en edad reproductiva. Para la focalización de los factores relacionados con el Déficit de Autocuidado se consideraron los Requisitos Universales, de Desarrollo y de Desviación de la salud.

El instrumento se elaboró tomando como base los indicadores estándar de los cuidados ideales en el proceso de embarazo, parto y puerperio, así como los cuidados del recién nacido. Cada ítem fue intencionado a cuestionar el conocimiento de las mujeres y algunos otros elementos que nos llevarían a detectar las limitaciones de autocuidado.

Se instrumentó un cuestionario de 43 ítems dirigido a obtener información sobre los factores que influyen o limitan el autocuidado en las mujeres en edad reproductiva en relación a la mortalidad perinatal. Se diseñó para medir la opinión de las mujeres la Escala de Likert modificada. (anexo 6)

La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple, dentro de las 1405 mujeres de entre 12 y 49 años en donde se obtuvo una muestra de 40 mujeres. (ver anexo 7) a la cual se le agregaron las cinco de los casos de mortalidad perinatal. El estudio fue de tipo observacional, analítico y retrospectivo. La característica principal de este diseño metodológico es el criterio de selección de la muestra de estudio, quedó compuesta por un grupo de mujeres con el evento de estudio (Casos) y un grupo de mujeres sin evento (Controles), posteriormente estos grupos se compararon en términos de la exposición que tuvieron el factor causal en estudio.

Antes de la aplicación en la muestra se realizó una prueba piloto en la Palma II, ya que la población cuenta con las características similares a la definida en el estudio. Para dar validez y mayor confiabilidad el instrumento fue aplicado por las nueve integrantes del grupo de posgrado a las mujeres que fueron seleccionadas en forma específica a través de la muestra.

El proceso y análisis de los datos se realizó a través del paquete Excel. Este análisis mostró los siguientes resultados: (anexo 8)

Las mujeres que han experimentado la muerte de un hijo al nacer tienen 24 veces más probabilidad de mortalidad perinatal. Porque no están satisfechos los requisitos de autocuidado necesarios para prevenir eventos que expongan la vida y el bienestar humano, debido básicamente a la falta de conocimiento necesario para llevar a cabo cuidados especiales y destrezas para disminuir factores de riesgo.

Las mujeres que expresaron tener solamente idea de lo que es el aborto, se encuentran en 18.6 veces más de experimentar el evento de mortalidad perinatal, dado por no conocer los daños y el peligro para la vida y el funcionamiento de su organismo; por no saber identificar cambios funcionales durante la etapa del embarazo, parto y puerperio.

Las mujeres de 40 a 44 años, así como quienes han utilizado el mismo método anticonceptivo por más de 7 meses, las mujeres con diabetes e hipertensión arterial se encuentran en 11 veces más la probabilidad de aunar a este fenómeno. En la misma situación se encuentran las mujeres que no recibieron atención durante el embarazo y que concluyó en aborto así como aquellas a quienes se les dificultó el acceso y la disponibilidad a los servicios de salud, especialmente por la falta de sistemas de apoyo necesario, para atender a los individuos cuando el autocuidado es prolongado y de alta especialidad, y por falta de creación de condiciones favorables durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Las mujeres que han tenido un número de embarazos mayor de 7, tienen 17 veces más la probabilidad de dar origen a este suceso, debido a la falta de conocimiento para satisfacer los requisitos de autocuidado.

Las mujeres que iniciaron su menarca antes de los 10 años, y quienes respondieron tener dos cesáreas, o tener un solo parto, al igual que las embarazadas que han sufrido agresiones físicas o aquellas que cursaron con diabetes mellitus durante el embarazo se ubican en 5.6 más veces de sumarse a la incidencia de mortalidad perinatal, por no tener claridad en los cuidados que debe tener durante y después del embarazo, especialmente por falta de conocimiento y destrezas para presentar el desarrollo de hábitos de autocuidado.

Otro grupo vulnerable lo conforma las mujeres que no han iniciado vida sexual o las que han utilizado el método de planificación definitivo, ellas

tienen 4.6 más veces de contribuir a la muerte perinatal, por cursar con poco interés en adquirir conocimientos y habilidades en los cuidados que se llevan a cabo en la etapa del embarazo y puerperio.

Las mujeres que no recibieron información sobre los cuidados en el puerperio se encuentran en 3.8 más veces en la probabilidad de enfrentar mortalidad perinatal primordialmente por déficit de autocuidado para prevenir el peligro hacia la vida y el funcionamiento, por falta de capacitación para el cuidado específico durante las etapas de embarazo y el puerperio.

En conclusión; se encontró que los requisitos que más frecuentemente están insatisfechos en las mujeres en edad reproductiva giran alrededor de los Universales del grupo 7 y de Desarrollo del grupo 2. (anexo 9) En cuanto a las limitaciones, se encontró en mayor grado las de conocimiento, en base a estas conclusiones se establece el siguiente Diagnóstico.

2.2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Las mujeres en edad reproductiva de la microregión La Palma I de la Comuna Hank González de la Jurisdicción Sanitaria no- 17 de Ecatepec, Estado de México, presentan déficit de autocuidado para satisfacer los requisitos; Universales, de Desarrollo y de Desviación de la Salud, debido a la existencia de influencias restrictivas en las tres clases, observándose las limitaciones más altas en la del conocimiento, seguida por la restricción de juicio y toma de decisiones manifestándose en las altas tasas de mortalidad perinatal.

Poca sensibilidad hacia la atención de las mujeres embarazadas, relacionada con conocimientos limitados y responsabilidades poco asumidas de los agentes de cuidado manifestado por la incidencia de mortalidad perinatal en la Palma I.

2.2.4 PROYECTO DE INTERVENCION

El diseño del proyecto de intervención se desarrollo en base al diagnóstico de enfermería que señala limitaciones en el conocimiento, restricción del juicio y toma de decisiones y el cumplimiento de costo-efecto y costo-beneficio y si en realidad se puede contribuir a modificar la mortalidad perinatal de la microrregión la Palma I. la intervención fue concebida como un proceso y de la forma siguiente:



Por La factibilidad que se tiene se decide intervenir con tres propuestas de intervención, con el objetivo de disminuir la mortalidad perinatal en la Palma I.

1- Capacitación de los Recursos Humanos en Salud sobre Riesgo Reproductivo, " es la enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta basado en las necesidades de la comunidad " ⁵²

2- Promoción de la Salud sobre Riesgo Reproductivo." Es el proceso mediante el cual los individuos y la comunidad están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la Salud y de este modo mejorar su estado de salud" ⁵³ se pretende que la población adquiera conocimiento para el ejercicio del cuidado de su salud.

3- Detección de Factores de Riesgo Reproductivo, a partir de esta intervención se pretende identificar a las mujeres en edad fértil con factores de riesgo reproductivo, por lo que se instalaron consultorios médicos en lugares estratégicos de la microrregión los cuales fueron atendidos por personal de la jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, con el objetivo de detectar y dar seguimiento del caso.

⁵² Restrepo , Helena., et., al.t. promoción para la Salud, Colombia, Panamericana, 2001, pp. 20-30Alvarez, Rafael. Educación para la Salud, México, Manual Moderno, 1995, p.45

⁵³ Restrepo , Helena., et., al.t. promoción para la Salud, Colombia, Panamericana, 2001, pp. 20-30

CAPACITACION A LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Los resultados que nos reporta la valoración focalizada muestra un déficit en los requisitos de autocuidado, universales y de desarrollo, acentuándose en las limitaciones de autocuidado sobre conocimiento y toma de decisiones para la atención y cuidado para la salud reproductiva. Se plantea una intervención de capacitación a los Recursos en salud 65 pasantes de enfermería en Servicio Social y 25 asistentes de los diferentes COMUSAS, los que participaron directamente en la sensibilización y promoción a la salud, así como en la detección de Riesgo Reproductivo. De acuerdo a la valoración se planeo e implemento una Carta Descriptiva sobre el Curso Taller de Capacitación, como apoyo al proyecto de intervención. con una duración de 30 hrs. (ver anexo 5) la educación para la salud implica un proceso que es necesario definir en sus aspectos básicos.

En el momento actual, la educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas en la que se debe sustentar el cambio del Sistema de Salud, para poder alcanzar la "salud para todos". La educación para la salud es retomada por todos los discursos tanto sanitarios como políticos, pero es uno de los rubros donde menos se invierte, ya sea en recursos humanos o económicos. Esta situación puede estar provocada por la dificultad para observar un producto a corto plazo o por la formación que han recibido los profesionales, a continuación se hace una breve descripción de las Bases Teóricas de la Educación para la salud:

Preguntas	¿Cuáles son las conductas que mejoran la salud?	¿Cómo se produce la adaptación de una conducta?	¿Cómo se puede facilitar el aprendizaje?	¿Cómo se comunican las personas?
Sectores de actividad	Ciencias de la salud	Ciencias del comportamiento	Ciencias de la educación	Ciencias de la comunicación
Sectores de actividad Especifica	-Promoción de la salud -Prevención de los problemas de salud -tratamiento de los problemas	-Psicología -Sociología -Antropología	Pedagogía, andragogía	comunicación

Fuente: Rochon, educación para la salud ⁵⁴

⁵⁴ p.7 Rochon, Alain. Educación para la Salud, guía práctica para realizar un proyecto, Barcelona, SG Editores, 1991, p.7

La educación para la salud es una herramienta que nos permite comprender el proceso de aprendizaje de una conducta y que a la vez es de utilidad para la realización de un proyecto de educación sanitaria. El proyecto de capacitación para el personal de salud comprendió varias fases:

FASES DEL PROYECTO DE CAPACITACIÓN

Problema	Se identificación de la necesidad de capacitación en el personal de salud en relación al riesgo reproductivo
Revisión bibliográfica	Consulta de textos de obstetricia y enfermería materno infantil
Identificar aquello que se va a realizar	Identificar los temas centrales relacionados con muerte perinatal
Llevar a cabo el proyecto	-Realizar una carta descriptiva (ver anexo 10) -Buscar al personal idóneo para impartir los temas del curso -Llevar a cabo el curso taller en riesgo reproductivo
Evaluar	-Realización de un examen diagnóstico y uno al final de la capacitación. (ver anexo 11)

Desde la perspectiva de Salud comunitaria se pretende reafirmar la intervención de la enfermera en el campo de la educación y promoción para la salud, ya que es principalmente en esté donde sus acciones puede contribuir a la salud , y la organización desde la estructura de salud sugestionada por la comunidad.

Para la planeación, organización e implementación del programa de salud Reproductiva, que promueva la formación y capacitación en los pasantes en servicio social y el personal jurisdiccional. Esta capacitación tuvo por objeto:

- 1- fortalecer los conocimientos adquiridos en su formación como formación como enfermeras.
- 2- Llevar al ámbito de la comunidad los conocimientos básicos de salud reproductiva
- 3- Proporcionar a la comunidad los elementos necesarios para que cuiden de su salud y demanden atención cuando sea necesario.

La educación para la salud considero que se encuentra dentro del marco PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Causes, Educatuional, Diagnosis, Evaluation). El marco PRECEDE garantiza la adecuación de la intervención, puesto que parte de un análisis detallado del problema.

PRECEDE: UN MARCO DE TRABAJO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1- Fase	Se realizó una valoración general de los problemas de Salud a través de un Diagnóstico Integral de Salud Comunitaria
2- Fase	Se identifican problemas específicos de salud, a través de una Investigación Focalizada del problema detectado
3- Fase	Se identifican las conductas concretas relacionadas con el problema específico. Déficit de autocuidado en riesgo reproductivo.
4- Fase	Se identifican factores predisponentes a través de la valoración de riesgo atribuible (casos y controles)
5- Fase	Se priorizan los factores identificados, para seleccionar aquellos en los que se va a influir.
6- Fase	Se desarrolla e implementa el programa de Educación para la Salud en Riesgo Reproductivo.
7- Fase	Se evalúa la adecuación a todo el proceso.

55

La educación para la salud es un proceso ya que conlleva una serie de actividades previas que es necesario cumplir para garantizar que esta tenga impacto en la comunidad. La educación para la salud es una actividad imprescindible de la Salud Pública, ya que trata de promover actitudes favorables a la salud.

ANALISIS ESTRATEGICO

El análisis estratégico se retoma en base a las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que las alumnas de Salud Pública, tienen para intervenir en el problema de mortalidad perinatal de la comunidad la Palma I.

⁵⁵ Frías, Antonio. Salud Pública y Educación para la Salud, Barcelona, ed. Masson, 2000, p. 363

FORTALEZAS	DEBILIDADES
-Conocimientos teóricos adquiridos en la formación escolarizada -Disposición de los pasantes de enfermería	-Tiempo -Espacio -Recursos económicos
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
-Apoyo Jurisdiccional -Grupo de pasantes de enfermería	-Renuencia de los pasantes a reproducir los conocimientos -Recursos humanos

MISIÓN

Planear e implementar acciones de Educación en Salud Reproductiva, con el objeto de satisfacer necesidades de Déficit de Autocuidado, de las mujeres en edad reproductiva de la comunidad la Palma I, brindando oportunidad de participación activa del prestador de servicio, con el fin último de desarrollar acciones para modificar la mortalidad perinatal.

VISIÓN

Que la población cuente con la información suficiente sobre autocuidado en riesgo reproductivo, que le posibilite mejorar su salud reproductiva a través de la identificación de sus necesidades y expectativas que implican un nivel de autonomía y tomas de decisiones. En donde los servicios de salud respondan a sus necesidades con oportunidad, eficiencia y calidad, con la participación de usuarias y prestadores de servicio, en donde se permita alcanzar un estado de bienestar, a través de una menor incidencia de mortalidad perinatal.

VALORES

- 1- Protección de la salud: entendida como un derecho humano y para todos.
- 2- Justicia: trato semejante ante necesidades semejantes
- 3- Autonomía de las personas: capacidad de información y de elección.

- 4- Compromiso: estar dispuesto a dar lo mejor de cada uno de nosotros, participando activamente con la organización para el cumplimiento de los objetivos.
- 5- Servicio: responder de manera oportuna a las necesidades de nuestros usuarios.
- 6- Calidad: hacer las cosas bien y a tiempo para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios.
- 7- Honestidad: en el trato ético y profesional del usuario
- 8- Desarrollo: fomentar el interés por la preparación y la actualización del personal de salud y promover el desarrollo de los mismos dentro de las instituciones de acuerdo a su preparación y desempeño.
- 9-Respeto: valorar la capacidad de los colaboradores y brindarles un trato justo.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Objetivo:

Que el personal de salud (agencia de cuidado) identifiquen los principales factores de riesgo asociados a daño materno y perinatal.

Metas:

- Capacitar al 100% de los recursos humanos que participarán en la estrategia de educación para la salud, sensibilización, detección y seguimiento de riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil.
- Que el 60% de las mujeres en edad fértil adquieran conocimiento de acciones de autocuidado a favor de su salud reproductiva.

Limites:

- Universo de trabajo

Recursos humanos en salud conformado por Pasantes de Enfermería en Servicio Social. Personal asignado a la Jurisdicción.

- Espacio

Casa de la Mujer Campesina Tulpectlac, Estado de México.

-Tiempo

del 10 al 14 de Junio 2002

-Duración

6 horas diarias (30 hrs)

Horario de 8:00 a 14:00 horas (lunes a viernes)

Factibilidad Técnica

Se contó con el apoyo logístico de la coordinadora de la Especialidad, la Tutora Clínica por parte de la ENEO/UNAM, así como del personal de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, específicamente del Coordinador Municipal de Salud de Hank González.

Factibilidad Financiera

El Proyecto de Intervención será financiado en su totalidad por las alumnas del Posgrado de Salud Pública.

Factibilidad Legal

El proyecto de intervención esta basado en el Artículo no- 3, Facción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Plan Nacional de Salud, Normas y programas de la O. M. S. y O. P. S.

Factibilidad Política

Los responsables del proyecto cuentan con la factibilidad política, ya que se contó con la colaboración del Jefe Jurisdiccional, asimismo la intervención esta basada dentro de las distintas Normas Oficiales sobre Salud Reproductiva, Manual de Atención de Embarazo, Parto y Puerperio de la Secretaría de Salud de 1991. Norma Oficial Mexicana de los Servicio de Planificación Familiar, Secretaría de Salud 1994. Proyecto de la Norma Oficial Mexicana N.O.M. SSP2 1993, Atención de la Mujer Durante el Embrazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido. Programa de Salud Reproductiva 2001 Jurisdicción de Ecatepec. Diario Oficial de la Federación, de la mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y el Recién Nacido.

METODO DE ACTIVIDADES Y ORGANIZACIÓN INTERNA

El personal de salud capacitado aplicará los aspectos teóricos prácticos de la siguiente manera:

- Sensibilización a la comunidad
- Educación para la Salud
- Detección de mujeres con Riesgo Reproductivo

Una vez capacitados los recursos humanos de Salud, participarán en las estrategias dirigidas a las mujeres en edad reproductiva. Realizará tareas a través de equipos de trabajo que cubrirán los módulos (carpas), que serán instaladas en forma estratégica en los diferentes sectores.

ORGANIZACIÓN

Operación técnico- profesional de Enfermería: alumnas responsables directamente de la capacitación.

Apoyos que se brindan para favorecer la capacitación:

-Jurisdicción de Ecatepec: transporte de pantalla gigante para la proyección

-Tutora Clínica; transporte de apoyo didáctico, rota folios, proyector de cuerpos opacos.

RECURSOS HUMANOS	
CATEGORIA	No-
COMUSA	1
Tutora Clínica	1
Asesores	6
Jefes de Enfermeras	4
Médicos	4
TAPS	2
Pasantes de Enfermería en Servicio Social	65
Alumnas del Posgrado	9

RECURSOS MATERIALES		
ARTICULO	CANTIDAD	COSTO
Papel bond	10 piezas.	20.00
Marcadores de agua	1 paquete.	40.00
Fólder	100 piezas	50.00
Lápices	100 piezas	170.00
Sacapuntas	100 piezas	50.00
Hojas blancas	1000 hojas	80.00
Plumones	1 caja c/4	25.00
Tarjetas brístol 7.5 x 5	100 piezas	15.00
Tarjetas brístol 7.5 x 10	100 piezas	15.00
Seguros	100 piezas	20.00
Masking tape	1pieza	20.00
Acetatos	50 piezas	150.00
Cinta diurex	1 pieza	5.00
Equipo de sonido		300.00
Sillas	100 piezas	1000.00
Mesas	100 piezas	1000.00
Preservativos	30 piezas	90.00
Bolsas de plástico	10 piezas	20.00
TOTAL		3070

INSUMOS	COSTO
- Alimentos para los asistentes	3000.00
-gasolina	400.00
-casette para video	70.00
- rollo para cámara fotográfica	35.00
Total	3505.00
TOTAL GLOBAL DE INTERVENCION	6575.00

SISTEMA DE INFORMACION Y CONTROL

- ✓ Formato de Registro de asistencia al curso (anexo no-7)
- ✓ Cédula de estimación de conocimientos diagnóstico y final
- ✓ Carta Descriptiva

FINANCIAMIENTO

Correrá a cargo de las 9 alumnas del Posgrado de Enfermería en Salud Pública.

EJECUCIÓN

La estrategia de capacitación se ejecutará abordando la programación que se encuentra contemplada en la Carta Descriptiva.

2.2.5 EVALUACIÓN

Para definir que se entiende por evaluación, pueden identificarse dos acepciones: por un lado la determinación del grado de consecución de los objetivos de un programa; por otro lado, el estimar los efectos o resultados del mismo.

Resultados:

Se capacito al 100% del personal de salud comisionado y a los pasantes en servicio social; sobre la importancia de la Prevención y Diagnóstico oportuno de Riesgo Reproductivo, este personal fue capacitado para participar en las estrategias de: sensibilización, detección de riesgo reproductivo y asistencia médica a susceptibles.

El instrumento de evaluación diseñado se aplicó a los participante en la fase inicial y final, lo que permitió hacer un comparativo, en donde se observaron los siguientes resultados:

Examen Diagnóstico	Examen Final
6.4	9.2

También se realizaron para el apoyo a la promoción de la salud las siguientes actividades:

Planeación, realización e implementación de un teatro guiñol alusivo a riesgo reproductivo. 11 rota folios que sirvieron de guía en la fase de promoción.

3 CONCLUSIONES

La especialidad de Enfermería en Salud Pública tiene como objetivo generar estrategias de intervención especializada fundamentada en todo un proceso de investigación de una comunidad y un Modelo Teórico de Enfermería. A continuación se realizara un análisis del resultado en base a los objetivos planteados de cada fase del estudio.

1.- El estudio de caso se inicio con la selección de la comunidad a investigar, realizándose un taller operativo de priorización con el Método de Hanlon, en el cual participo un grupo multidisciplinario de expertos en las diferentes áreas de Salud Pública de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec. Cabe destacar la valiosa y oportuna participación del personal de la jurisdicción, ya que mostraron vasta experiencia y amplio conocimiento, que nos permitió reafirmar los conocimientos adquiridos en el aula y ampliarlos aun más.

2.- La realización del Diagnóstico Integral de Salud Comunitario basado en un Protocolo, el cual se apego al rigor metodológico de la investigación. Se investigaron cuestiones demográficas, respuesta social organizada, daños a la salud y factores condicionantes. El proceso de datos se realizó a través de la verificación, edición y captura de datos. Este proceso de investigación considero que fue suficiente para poder detectar los grupos en riesgo con sobrados elementos.

3.- Para la determinación de los factores relacionados con el Déficit de Autocuidado, se consideraron los Requisitos universales de Desarrollo y de Desviación de la Salud del modelo de Dorotea Orem y aplicando el Proceso Enfermero en las unidades de estudio y establecer el Diagnóstico de Enfermería.

4.- en los resultados encontrados se identificaron las limitaciones de autocuidado relacionadas a mortalidad perinatal. Se plantea una intervención de capacitación a los recursos de salud, los que participaron directamente en educación y promoción a la salud, así como en la detección de riesgo reproductivo. La capacitación se baso en el proceso de embarazo normal y complicado, riesgo reproductivo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, contándose con la participación de

expertos médicos de la Jurisdicción y el apoyo de una psicóloga para la sensibilización del personal. La planeación y la coordinación de la capacitación estuvo bajo la responsabilidad de las alumnas del Posgrado con la asesoría de los tutores clínicos. Por otro lado cabe destacar el compromiso y dedicación de los pasantes, por que realizaron un teatro guiñol y 11 rota folios, ya que los materiales utilizados fueron costeados por ellos.

Las alumnas de Posgrado comprendimos el compromiso y la importancia de la capacitación del personal para la educación para la salud de la comunidad, encaminada a promover la salud, y la importancia de la participación de la comunidad en la solución de sus problemas de salud y bienestar.

La evaluación de la intervención a corto plazo se realizó en la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, con el quipo multidisciplinario de salud Pública, considerando que la validez fiel del impacto será reflejado a largo plazo por la disminución de la tasa de mortalidad perinatal en la Palma I de Ecatepec, Estado de México.

4 SUGERENCIAS

- 1- Gestión de apoyo a nivel municipal para proporcionar las herramientas necesarias para la obtención de información del departamento de catastro y registro civil.
- 2- Financiamiento, considerando el trabajo del personal y los pasantes de enfermería y los costos de los recursos, es necesario que se destine un presupuesto para dicho fin.
- 3- Fortalecimiento del trabajo de equipo en el personal de salud y las alumnas del posgrado, para la obtención de un mejor trabajo de colaboración.
- 4- Buscar el trabajo con todas las instituciones de salud del área periférica.
- 5- Trabajar con los líderes comunitarios de manera que planteen algunas alternativas de solución de acuerdo a los recursos culturales y étnicos de la comunidad.
- 6- Trabajo conjunto con otras disciplinas para fortalecer y enriquecer el trabajo comunitario.

REFERENCIAS

- ¹ Aguirre, Alejandra. “Cambios en la mortalidad infantil” DEMOS, Carta demográfica sobre México, UNAM., 1997, p.14
- ² Ibid., p. 15
- ³ Idem.
- ⁴ Vega, Leopoldo. “La mortalidad infantil de los niños mexicanos al declinar el siglo”, Rev. Mexicana de Pediatría , México, vol. 66, no- 4, julio- agosto, 1999, p. 134
- ⁵ Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, Secretaría de Salud 2001, p. 36
- ⁶ Vega ., Op., Cit., p. 135
- ⁷ ¹¹ Silva et. Alt. “Mortalidad perinatal en Colima, Colima, estudio de casos y controles. Ginecología y obstetricia de México, México, vol. 68, marzo, 2000, p. 207
- ⁸ Contreras, Javier. “Propuesta de un certificado de defunción para mejorar el registro y reporte de la muerte en el periodo perinata” Salud Pública de México, México, volumen 43, no- 3 (mayo –junio 2001) P. 217
- ⁹ Programa Nacional de Salud 2001- 2006, México, Secretaría de Salud, 2001, p 43
- ¹⁰ Ibid., p 34
- ¹¹ Salud Pública de México, “estadística de mortalidad relacionada con la salud reproductiva” Salud Pública de México, vol. 41, no- 2 marzo-abril, 1999, pp. 138-146
- ¹² Idem.
- ¹³ Moctezúma, et. Alt, “Morbilidad perinatal en Colima, Colima, estudio de casos y controles”, Ginecología y Obstetricia
- ¹⁴ Colo- Cuesta : Mortalidad perinatal en un municipio de Quintana Roo, México en 1995 y 1996 (en línea) [http:// www.labiomed. Com mx/soc. ped. S p6n6 español.// WSP 86-05 hml.](http://www.labiomed.com.mx/soc.ped.Sp6n6espaol/WSP86-05.html)
- ¹⁵ Forsbach et al., “Morbilidad materna y fetal en un grupo de mujeres con diabetes gestacional”. Ginecología y Obstetricia de México, vol 67 junio 1999. Pp. 272-275.
- ¹⁶ Forsbach et al., “Morbilidad materna y fetal en un grupo de mujeres con diabetes gestacional”. Ginecología y Obstetricia de México, vol 67 junio 1999. Pp. 272-275.
- ¹⁷ Hipertensión arterial en la mujer gestante, (en Línea) [http:// www. Intermedicina. Com./avances/ ginecología / ago 1.htm](http://www.intermedicina.com/avances/ginecologia/ago1.htm) (consulta 120202)
- ¹⁸ Franco, Azucena. Hipertensión gestacional morbi-mortalidad materna y perinatal. Tesis de Posgrado, México, IMSS/ UNAM. 2001. Pp. 1-22
- ¹⁹ Salleras, Luis, Educación Sanitaria, principios, métodos y aplicaciones, Madrid, 1990, p. 3
- ²⁰ Higashida, Bertha. Educación para la Salud, México, Mc. Graw-Hill, 1995, p3
- ²¹ Op. Cit. Higashida p. 3
- ²² Frías, Antonio. Salud Pública y Educación para la Salud, Barcelona , Ed. Masson, 2000, p. 5
- ²³ Op., Cit. Frías, p. 6
- ²⁴ Op., Cit. Salleras, p. 35
- ²⁵ Álvarez , Rafael. La Enfermera y la Trabajadora Social en la Salud Pública , México, Manual Moderno, 2000, p. 3
- ²⁶ González Napoleón. Infectología Clínica Pediátrica, México, Trillas, 1991, p. 15
- ²⁷ Op., Cit. Higashida, p. 21
- ²⁸ López, Sergio. “ Desarrollo histórico de la epidemiología, su formación como disciplina científica” México, Revista de Salud Pública de México, vol. 42, no- 2 marzo- abril 2000
- ²⁹ Hernández Mauricio. “Diseño de estudios epidemiológicos, México, Revista de Salud Pública de México, vol 42, no-2 marzo-abril 2000

ANEXOS

- 1 INSTRUMENTO DE CAPTACIÓN DE DATOS POR FAMILIA
- 2 MAPA DE UBICACIÓN DEL MUNICIPIO DE ECATEPEC
- 3 MAPA DE MICRORREGION LA PALMA 1
- 4 PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LA PALMA 1
- 5 INSTRUMENTO DE VALORACION FOCALIZADA
- 6 LISTA DE PRESICION DE LA MUESTRA
- 7 PRIORIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO POR ITEM DE ACUERDO A (O. R.) PARA MUERTE PERINATAL
- 8 LISTA DE REQUISITOS INSATISFECHOS UNIVERSALES
- 9 CARTA DESCRIPTIVA DEL CURSO DE CAPACITACIÓN DIRIGIDA A AGENTES DE CUIDADO

1 INSTRUMENTO DE CAPTACIÓN DE DATOS POR FAMILIA

MAPA DE UBICACIÓN DEL MUNICIPIO DE
ECATEPEC

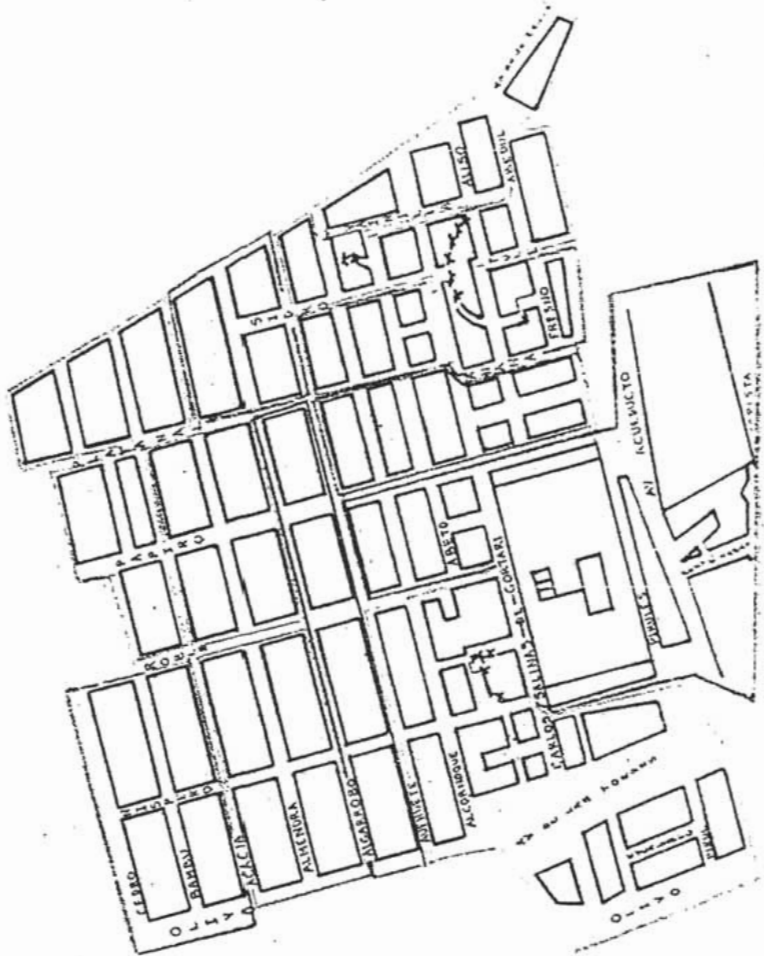
MAPA DE MICRORREGION LA PALMA 1
POR SECTORES



ESPECIALIDAD EN SALUD PUBLICA

JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC
 COMUSA HANK GONZALEZ
 MICRORREGION LA PALMA I

- SECTOR 1
- SECTOR 2
- SECTOR 3
- SECTOR 4
- SECTOR 5
- SECTOR 6
- SECTOR 13
- SECTOR 14
- SECTOR 15
- SECTOR 16
- SECTOR 17
- SECTOR 19
- SECTOR 20



PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPO DE EDAD Y
SEXO DE LA PALMA 1



ESCUELA AVANZADA DE ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

PIRAMIDE POBLACIONAL MICRORREGION "LA PALMA I" PROYECCIÓN DE POBLACION FEBRERO 2002 POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

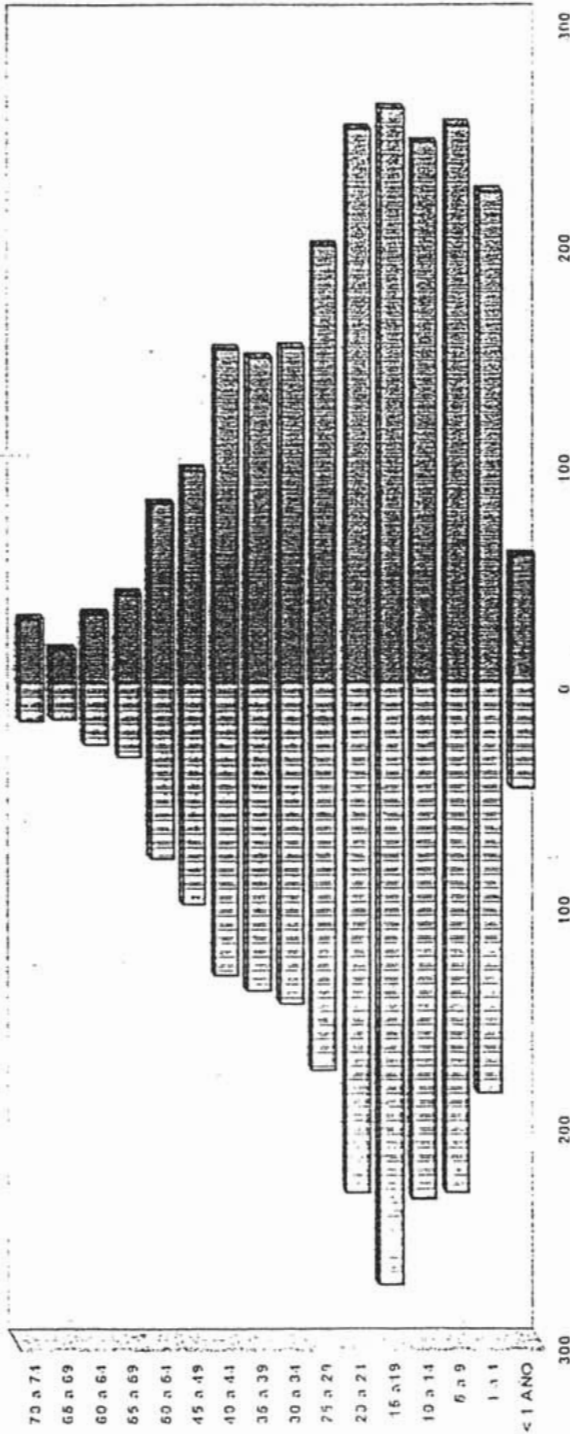
TOTAL DE POBLACION 4.307

HOMBRES 2.083

MUJERES 2.224

■ MASCULINO

■ FEMENINO



GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
< 1 AÑO	106	111	217
1 a 4	117	122	239
5 a 9	122	127	249
10 a 14	127	132	259
15 a 19	132	137	269
20 a 24	137	142	279
25 a 29	142	147	289
30 a 34	147	152	299
35 a 39	152	157	309
40 a 44	157	162	319
45 a 49	162	167	329
50 a 54	167	172	339
55 a 59	172	177	349
60 a 64	177	182	359
65 a 69	182	187	369
70 a 74	187	192	379

FUENTE: Cédulas de captación de datos por Familia.

INSTRUMENTO DE VALORACION FOCALIZADA

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

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: obtener datos de fuentes primarias con el fin de integrar información sobre los factores causales que influyen o limitan el autocuidado en relación a Mortalidad Perinatal.

DIRIGIDO: a unidades multipersonales que cuenten con mujeres en edad reproductiva que estén dentro del territorio de estudio

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha _____ Hora de inicio _____ Folio _____
Nombre _____ Edad _____ Sector _____
Mz. _____ Casa _____ Familia _____
Apellidos de la familia _____
Dirección _____
Ocupación _____ Escolaridad _____
Estado civil _____ Tipo de seguridad social _____

LEA DETENIDAMENTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, COMPLETE Y/O CIRCULE LO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA

1.- ¿A qué edad empezó a menstruar? _____
a) < 10 años b) 10 a 14 años c) 15 a 19 años d) otra edad
e) no contesto

Manejo exclusivo
Del investigador

1. U6
D1

2.- ¿Tiene usted vida sexual activa o ha tenido?
a) sí b) no c) no contesto

2. U6
D1

3.- ¿A qué edad inicio su vida sexual? _____
a) < 10 años b) 10 a 14 años c) 15 a 19 años d) otra edad
e) no contesto

3. U6
D1

4.- ¿ Cuantos compañeros sexuales ha tenido? _____
a) 1 b) 2 c) 3 y más d) no contesto

4. U6
D2

5.- ¿Sabe que son los métodos anticonceptivos?

- a) sí b) no c) tiene idea d) no contesto

5.

U8
D1

6.- ¿Mencione que método anticonceptivo utiliza o utilizó?

- a) hormonales b) barrera c) naturales d) definitivos
e) no utiliza f) no contesto

6.

U6
D1

7.-¿Cuánto tiempo lleva usando el método anticonceptivo actual?

- a) 1 a 6 meses b) 7 a 12 meses c) 1 a 2 años
d) más de 3 años e) no contesto

7.

U7
D1

8.-¿Quién se lo recomendó ?

- a) médico b) enfermera c) Partera d) usted misma
e) otros f) no contesto

8.

U7
D1

9.- ¿Tiene vigilancia y control sobre su método de planificación familiar ?

- a) sí b) no c) a veces d) no contesto

9.

U7
D1

10.- ¿Cuanta veces ha estado embarazada? _____

- a) 1-2 b) 3-4 c) 5 -6 d) 7 y más
e) no contesto

10.

U8
D1

11.- ¿ Sabe que es aborto?

- a) sí b) no c) tiene idea d) no contesto

11.

U7

12.- ¿ Ha tenido abortos?

- a) sí b) no c) no contesto

12.

D2
DS2

13.- ¿ Cuántos ha tenido? _____

- a) 1 b) 2 c) 3 o más d) no contesto

13.

D2
DS2

14.- ¿Recibió atención durante esos embarazos que terminaron en aborto?

- a) sí b) no c) no contesto

14.

U6
U8
D1

15.- ¿Quién le proporcione atención en esos abortos?

- a) médico b) enfermera c) partera d) usted misma
e) otros _____ f) no contesto

15

U1
D1

16.- ¿Ha tenido alguna cesárea?

- a) sí b) no c) no contesto

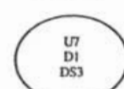
16.



17.- ¿Cuántas cesáreas ha tenidos? _____

- a) 1 b) 2 c) 3 o más d) no ha tenido e) no contesto

17.



18.- ¿ En qué Institución de Salud le realizaron la cesárea?

- a) pública b) privada c) no se acuerda d) no contesto

18.



19.- ¿Conoce la causa de la cesárea? _____

- a) Materna b) fetales c) otras
d) desconoce e) no contesto

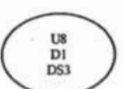
19.



20.- ¿ Cuánto tiempo debe esperar para el siguiente embarazo después de la cesárea?

- a) 1 a 2 años b) 3 a 4 años c) no me acuerdo d) no contesto

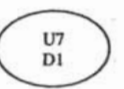
20.



21.- ¿ Quién le informó?

- a) médico b) enfermera c) partera
d) otros _____ e) ninguno f) no contesto

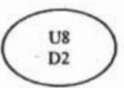
21.



22.- ¿Cuántos partos ha tenido?

- a) 1 b) 2 c) tres o más d) no he tenido e) no contesto

22.



23.- ¿ Dónde le atendieron su último parto? _____

- a) Institución pública b) Institución privada c) partera
d) hogar e) otros f) no contesto

23.



24.- ¿ Mencione quién atendió su parto?

- a) médico b) partera c) familiar d) usted misma
e) otros f) no contesto

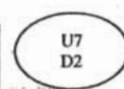
24.



25.- ¿Considera necesario que se le de información sobre el cuidado de recién nacido?

- a) sí b) no c) no contesto

25.



26.-¿ Mencione las condiciones óptimas para embarazarse?

- a) 5 y más b) 3 a 4 c) 1 a 2
d) no sabe e) no contestó.

27.- ¿ Actualmente esta embarazada?

- a) si 2) no c) desconoce d) no contestó

28.- ¿Cuantos meses de embarazo tiene? _____

- a) 1 a 3 meses b) de 4 a 6 meses c) de 7 a 9 meses
d) desconoce e) no contestó.

29.- ¿Su embarazo actual fue planeado?

- a) si b)no c) dudó d) no contesto

30.- ¿ Mencione algunos signos síntomas del embarazo?

- a) 5 y más b) 3 a 4 c) 1 a 2

31.- ¿ Quién le esta llevando el control de su embarazo?

- a)médico b) enfermera c) partera d) otros _____
e)ninguno f) no contesto

32.- ¿ Dónde piensa atenderse su parto?

- a)Institución pública b)Institución privada c) partera
d)otros _____ e) no lo se f) no contesto

33.- ¿ Durante su embarazo ha presentado alguna complicación?

- a) sí, cuáles _____ b) no
c) no se d) no contestó

34.- ¿Sabe usted, que tiene acceso a los diferentes Centros de Salud a bajo Costo?

- a) si b) no c) no sé d) no contesto

26.

U7
D2

27.

U8
D6

28.

U8
D6

29.

U7
D6

30.

U8
D2

31.

U7
D1

32.

U7
D1

33.

U7
U8
D2

U7
U8
D2

observaciones _____

35.- ¿A qué centro de Salud, acude?

- a) al que me corresponde b) al más cercano c) no acude
d) no contesto

35.

U7
U8
DS2

36.- ¿Cuál es el hospital que le queda más cercano a su domicilio?

- a) público b) privado c) no contesto

36

U7
D2

37.- ¿Ha tenido hijos con un peso menor de 2,500 kg.?

- a) sí _____ b) no
c) no se _____ d) no contesto

37

U7
D1
DS2

38.- ¿Ha tenido hijos con un peso mayor a 4,000 kg. ?

- a) sí _____ b) no
c) no sé _____ d) no contesto

38

U7
D1
DS2

39.- ¿Ha tenido hijos que nazcan antes o después de los 9 meses?

- a) sí b) no c) no se d) no contesto

39

U7
D1
DS2

40.- ¿Ha presentado algún problema durante sus partos?

- a) sí b) no c) desconoce d) no contesto
e) otros

40

U7
DS2

41.- ¿Mencione que tipo de problema? _____

- a) materno b) perinatal c) Institución d) otros

41

U7
D2

42.- ¿Tiene hijos con algún problema físico?

- a) sí b) no c) desconoce d) no contesto

42

U8
DS2

¿se ha embarazado aún

43.- ¿Mencione que tipo de problema físico tiene su hijo?

- a) capacidades diferentes b) convulsiones c) otros
d) no contesto

43

U8
Ds2

44.- ¿Durante los 7 días después del parto recibió atención?

- a) sí b) no c) no contesto

44

U8
DS2

45.-¿Recibió información acerca de los cuidados del puerperio?

- a) sí b) no c) no contesto

45

U8
D2

46. ¿De quien recibió esta información?

- a) médico b) enfermera c) partera
d) otros _____ e) ninguna f) no contesto.

46

U7
D2

47.- ¿ Ha sufrido agresiones físicas durante el embarazo?

- a) sí b)no c) no contesto

47

U7
D2

48- ¿ De qué tipo?

- a) físicas b) verbales c) psicológicas

48

DS2

49.- ¿Desea información sobre el embarazo y los posibles riesgos que corre durante durante el mismo.

- a) sí b) no c) duda d) no contesto

49

U7

50.- ¿ Algunos de sus hijos ha nacido muerto?

- a) sí b) no c) no se d) no contesto

50

U7
DS2

51.- ¿Cuál fue el motivo? _____

- a) desconoce b) maternas c) fetales
d) perinatales e) no contesto

51

U7
DS2

52.- ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

- a) diabetes b) hipertensión c) epilepsia
d) enfermedades pulmonares e) otros _____
f) ninguna g) no contesto

52

D2
U7
DS2

53.-¿ Si tiene una delas enfermedades mencionadas ha recibido atención médica?

- a) sí b) sí pero lo suspendio c) desconoce
d) no contesto

53

U7
D2

54.- ¿ Ha cursado algún embarazo con diabetes?

- a) sí b) no c) no se

54

U2
DS2

55.-¿ Sabe que es epilepsia?

- a) sí b) no c) no contesto

durante el embarazo ha presentado hipertensión arterial?

- a) no b) sí c) no sabe d) no contexto

55

D2

56.-¿Cuándo usted orina tiene alguna molestia?

- a) sí b) no c) cuál _____

56

D2
DS2

d) no contesto

57.- ¿ durante el embarazo ha presentado hipertensión arterial?

a) si _____ b) no c) no contesto

57



58.- ¿ El cursar con hipertensión arterial ha generado complicaciones al producto?

a) no b) si c) no sabe d) no contexto

58



OBSERVACIONES:

Hora de termino _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENCUESTADA

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

FIRMAS DE CONTROL DE CALIDAD

LISTA DE PRESICION DE LA MUESTRA

LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA

No	NOMBRE	No ALEATORIO	EDAD	SECTOR	MANZANA	CASA	FAMILIA	DIRECCIÓN	RIESGO	OBSERVACIÓN
1	(Arteaga Pérez) Carolina Ranzi	42	16	1	2	9	2	Aliso M-122 L-17	3	
2	(Montoya Olivares) Claudia Montoya	55	20	1	4	27	1	Av. Torres M- 124 L-25	3	
3	(Rodríguez Ibarra) Sandra Rodríguez	60	19	1	4	12	1	Av. Acueducto M-124 L-13	3	
4	(Rodríguez Ríos) Anita Ríos Guzmán	67	39	1	3	8	2	Av. Las Torres M-123 L-9	3	
5	(Marqués Garduño) Gabriela Garduño Hernández	69	24	1	3	3	1	Aliso M-114 L-4	3	
6	(Galiote Nava) Roxana Galiote	70	19	1	3	12	1	Abedul M-123 L-13	3	
7	(Pérez Carral) Mercedes Paula Carral	116	25	2	5	20	1	Acueducto M-112 L-24	1	
8	(Ponce Velázquez) Guadalupe Ponce	132	15	2	5	24	1	Acueducto M-112 L-27	2	
9	(Roblero Arteaga) Ma. De Jesús Arteaga	146	18	2	4	9	3	Abedul M-113 L-10	3	
10	(Arteaga Peña) Ma. Del Carmen Peña	147	45	2	4	9	2	Abedul M-113 L-10	3	

LISTA DE PRECISI3N DE LA MUESTRA

No	NOMBRE	No ALEATORIO	EDAD	SECTOR	MANZANA	CASA	FAMILIA	DIRECCI3N	RIESGO	OBSERVACI3N
11	(Ramirez Martine3)	153	29	2	3	14	4	Aliso M-114 L-16	3	
12	Berta Martine3 Cruz (Sánchez Arenas) Reyna Arenas	181	34	3	2	19	3	Platanal M-104 L-2 "A"	1	
13	(Ramirez Flores) Alicia Flores Zarco	185	31	3	3	7	1	Platanal M-105 L-8	1	
14	(Zavala Díaz) Carmen Díaz Leal	191	30	3	4	1	1	Calos Salinas de Mortari M-107 L-7	1	
15	(Martine3 Cruz) Ramona Cruz López	208	40	3	2	8	1	Alcornoque M-104 L-10	2	
16	(Vargas Arellano) San Juan Arellano	224	41	3	2	1	2	Alcornoque M-104 L-3	3	
17	(Ramirez Mendoza) Angélica Mendoza Segura	243	38	3	4	9	1	Aliso M-107 l-7	3	
18	(Gallozo Lira) Juana Lira	271	37	4	2	20	2	Papiro M-87 L-20	1	
19	(Galvan Ramirez) Rosalba Ruiz	291	28	4	7	6	2	Abeto M-86 L-16	1	
20	(Garcia Martine3) Marta Martine3 Trujillo	382	43	5	2	14	1	Abeto M-77 L-4	3	

LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA

No	NOMBRE	No ALEATORIO	EDAD	SECTOR	MAN- ZANA	CASA	FA MI LIA	DIRECCIÓN	R I E S G O	OBSERVACIÓN
21	(Salazar Martínez) Cacilda Martínez	422	26	6	7	8	1	Eucalipto M-27 L-14	1	
22	(Hernandez Martínez) Lucia Martínez	423	37	6	7	8	2	Cda. Eucalipto M-27 L-14	1	
23	(Hernandez Espinosa) Sixta Espinosa Morales	453	40	6	7	24	2	Cda. Alcornoque M-32 L-6	1	CASO
24	(Morachen Torres) Ma. De los Angeles Torres Rodríguez	459	38	6	7	3	1	Ahuehuete M-33 L-4	2	
25	(Carbajal Macedo) Malleli Macedo Celestina	550	19	13	2	16	2	Acacia M-37 L-16	1	
26	(Hernandez Herrera) Magdalena Herrera	578	24	13	4	7	4	Bambú M-117 L-8	1	
27	(Alatorre Alvarado) Alejandra Alvarado	589	37	13	4	14	1	Acacia M-17 L-15	1	
28	(Chino Martínez) Laura Chino	590	18	13	4	16	1	Acacia M-17 L-17	3	
29	(Sánchez Guzmán) Refugio Sánchez Guzmán (Palma Ramirez)	637	31	14	1	8	1	Cda. de Cedro M-93 L-8	1	
30	Anselma Ramirez Sánchez	640	44	14	3	2	2	Bambú M-72 L-3	2	

LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA

No	NOMBRE	No ALEATORIO	EDAD	SECTOR	MAN - ZANA	CASA	FA MI LIA	DIRECCIÓN	R I E S G O	OBSERVACIÓN
31	(Arriaga Soria) Amalia Soria	650	38	14	1	3	2	Cerrada de Cedro M-93 L-3	3	
32	(Pérez Guzmán) Genoveva Pérez	652	18	14	2	8	1	Acacia M-92 L-4	3	
33	(Morales Martínez) Elodia Martínez	670	41	15	1	12	1	Acacia M- 99 L-12	1	
34	(Martínez Villa) Mónica Patricia Villa	700	27	16	3	11	1	Ahuehuate M-102 L-12	1	
35	(Carranza Pérez) Concepción Pérez	814	37	19	4	15	3	Almendras M-18 L-16	1	
36	(Gonzaga Vázquez) Carmen Vázquez	838	35	19	3	7	1	Acacia M-18 l-8	3	
37	(Rebolla Esquivel) Ma. Luisa Esquivel Camargo	855	31	19	2	19	1	Algarrobo M-35 L19	3	
38	(Torres Campos) Marcelina Campos	881	30	20	2	6	1	Almendra M-90 L-7	1	
39	(Hernández Juárez) Alejandra Juárez	891	39	20	4	13	1	Algarrobo M-74 L-13	2	
40	(Barra Salguero) Rosalinda Salguero Jordán	892	31	20	3	10	1	Acacia M-73 L-10	2	

LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA

No	NOMBRE	No ALEATORIO	EDAD	SECTOR	MANZANA	CASA	FAMILIA	DIRECCIÓN	RIESGO	OBSERVACIÓN
41	(Rojas Damián) Victoriana Damián Merino		40	3	1	8	1	Ahuehuate M- 103 L-9	3	CASO
42	(Fermín Espinosa)		19	6	4	11	1	Cda. de Higuera M-22 L-17	3	CASO
43	(Cruz Benavides) Ma. Lucía Cruz Benavides		19	6	10	2	1	Olivo M-25 L-2	3	CASO
44	Máxima Laredo Callejas		33					Ahuehuate M-88 L-5		CASO
45	Aída Paulin Zavaleta		30					Ahuehuate No 1		CASO

Total de Unidades Multipersonales = 1147

Total de Unidades Multipersonales con mujeres en edad reproductiva (12-49 años) = 941 = 82 %.

De estas se seleccionaron por muestreo 40 que corresponde al 4.25 % de la población MEFRE, se agregaron 6 casos de los cuales se excluye uno por no corresponder al domicilio registrado y se identifica un hallazgo.

PRIORIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO POR
ITEM DE ACUERDO A (O. R.) PARA MUERTE
PERINATAL

ITEM	DÉFICIT A VALORAR EN RIESGO	ESTIMACIÓN O.R.	REQUISITO NO SATISECHO		LIMITANTES													
			UNIVERSAL	DESARROLLO	D.S.	C			J			L.R.						
						G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G4			
52A	Mujeres en edad reproductiva que padecen epilepsia	5.6	7	2	2	1												
53	Mujeres en edad reproductiva que abandonan el tratamiento	5.6				1				1								1
54	Cursar un embarazo con diabetes mellitus	5.6	2		2	1												
58	Hipertensión arterial como complicación del embarazo	11.6	7	1	4	2				1								

49	TOTAL ITEMS	FRECUENCIA	44	33	19
		PORCENTAJE	45%	34%	19%

LISTA DE REQUISITOS INSATISFECHOS
UNIVERSALES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
**REQUISITOS INSATISFECHOS
 UNIVERSAL**

No. ITEM	PREGUNTA	REQUISITO NO SATISFECHO	DESCRIPCIÓN
1	Edad de la primera menstruación	6	El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social proporciona condiciones esenciales para los procesos de desarrollo.
2	Vida sexual activa	6	La interacción social, proporciona condiciones esenciales para los procesos de desarrollo en los que se adquieren conocimientos, se forman los valores y expectativas.
3	Edad de inicio vida sexual	8	La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales, promueve condiciones que llevan a los individuos a sentir y conocer su individualidad. Y la libertad y responsabilidad como seres humanos.
4	Número de compañeros sexuales	6	La soledad reduce el número de estímulos sociales. Los contactos sociales proporcionan oportunidades para el intercambio de ideas y de culturas para la socialización y el logro del potencial humano.
5	Métodos anticonceptivos	6	La interacción social proporciona condiciones esenciales para los procesos de desarrollo en los que se adquieren conocimientos.
6	Uso de métodos anticonceptivos	8	La promoción del funcionamiento y del desarrollo humano evita el desarrollo de condiciones que constituyen peligros internos para la vida humana.
7	Tiempo de uso del método	7	Como medio de prevención para no embarazarse aunque tenga vida sexual activa.
8	Prescripción del método	7	Como medio de prevención, acudir para prescripción del método de planificación familiar.
9	Vigilancia y control del método	7	Prevención de peligro para la vida, esto refuerza la salud positiva.
10	Número de embarazos	8	Promoción del funcionamiento y desarrollo humano, ya que se considera que el embarazo es un proceso de desarrollo en el ser humano, cuidando los estados intrauterinos de la vida y todo lo que conlleva el proceso del nacimiento.
11	Aborto	7	Prevención de peligros para la vida, en la medida que la mujer conozca y sepa el funcionamiento humano se cuidará.
14	Embarazos que terminaron en aborto	7	Ibidem.
		8	La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales

No. ITEM	PREGUNTA	REQUISITO NO SATISFECHO	DESCRIPCIÓN
16	Cesárea.	7	Prevención del peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar.
17	No. de cesáreas	7	Prevención de peligros para la vida
18	Institución que atendió.	7	Prevención del peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar.
19	Causa de la cesárea.	7	Prevención del peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar
20	Tiempo de espera para próximo embarazo (periodo intergenesico)	8	Promoción del funcionamiento el desarrollo humano, dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal.
21	Quién le informó ?	7	Prevención del peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar.
22	No. de partos.	8	Promoción del funcionamiento el desarrollo humano, dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal
23	Institución que atendió el parto.	8	Promoción del funcionamiento el desarrollo humano, dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal
25	Información sobre el cuidado del recién nacido.	7	La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.
26	Condiciones óptimas para el embarazo.	7	Idem.
27	Embarazo	8	Promoción del funcionamiento el desarrollo humano, dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser Normal

No. ITEM	PREGUNTA	REQUISITO NO SATISFECHO	DESCRIPCIÓN
28	Meses de embarazo.	8	Idem.
29	Embarazo planeado	7	La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.
30	Signos y síntomas del embarazo.	8	Promoción del funcionamiento el desarrollo humano, dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y el deseo humano de ser normal.
31	Control del embarazo	7	La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar
32	Atención del parto	7	Idem
33	Complicaciones del embarazo	7	Ibidem
34	Accesibilidad de servicios de salud	7	Ibidem
35	Centro del Salud que asiste.	7	Ibidem.
37	Hijos con peso menor de 2,500 kg.	7	La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar
38	Hijos con peso mayor de 4,000 kg.	7	Ibidem.
39	Hijos nacidos antes o después del los nueve meses.	7	Ibidem.
40	Problemas durante el parto.	7	Ibidem
41	Tipo de problema.	7	Ibidem
42	Hijos con problemas físicos.	8	Promoción del funcionamiento el desarrollo humano, dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano
43	Tipo de problema	8	Ibidem.

No. ITEM	PREGUNTA	REQUISITO NO SATISFECHO	DESCRIPCIÓN
44	Atención en el puerperio inmediato	8	Ibídem.
45	Información de los cuidados del puerperio	8	Promoción del funcionamiento el desarrollo humano, dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano
46	Fuente de la información.	7	La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos
47	Agresiones durante el embarazo.	7	La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
49	Información sobre el embarazo y sus riesgos.	7	Ibídem
50	Hijos muertos.	7	Ibídem.
51	Causa de la mortalidad.	7	Ibídem.
52	Enfermedades crónico-degenerativas.	7	Ibídem.
53	Control sobre enfermedades crónico-degenerativas.	7	Ibídem.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
**REQUISITOS INSATISFECHOS
 DE DESARROLLO**

No. ITEM	PREGUNTA	REQUISITO NO SATISFECHO	DESCRIPCIÓN
1	Edad de la primera menstruación	1	Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos del desarrollo.
2	Vida sexual activa	1	Ibidem
3	Edad de inicio vida sexual	1	Ibidem
4	Compañeros sexuales	2	Provisión de cuidados asociados a los defectos de las condiciones que pueden afectar el desarrollo humano.
5	Sabe de métodos anticonceptivos	1	Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos del desarrollo.
6	Uso de método anticonceptivo	1	Ibidem
7	Tiempo de uso del método	1	Ibidem
8	Prescripción del método.	2	Provisión de cuidados, para prevenir efectos negativos.
9	Vigilancia y control del método	2	Provisión de cuidados, para prevenir efectos negativos en caso de que se presente un embarazo no deseado.
10	Número de embarazos	1	Mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales
12	Aborto	2	Llevar a cabo las medidas diagnosticas para prevenir efectos negativos.
13	Número de aborto	2	Ibidem.
14	Embarazos que terminaron en abortos	1	Crear y mantener los procesos vitales, vigilancia intrauterina y el proceso del nacimiento, así como en la etapa neonatal.
15	Atención del aborto.	2	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

No. ITEM	PREGUNTA	REQUISITO NO SATISFECHO	DESCRIPCIÓN
16	Cesárea	1	Crear y mantener los procesos vitales, vigilancia intrauterina y el proceso del nacimiento.
17	Número de cesáreas.	1	Crear y mantener los procesos vitales, vigilancia intrauterina y el proceso del nacimiento
18	Institución que hizo la cesárea.	1	Ibidem.
19	Causa de cesárea	2	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.
20	Espacio de tiempo entre un embarazo y otro (período intergenésico)	1	Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es el progreso humano hacia niveles altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración en las diferentes etapas del desarrollo.
21	Fuente de la información	1	Ibidem.
22	Número de partos.	2	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano
23	Institución que atendió el parto.	2	Ibidem.
24	Quién atendió el parto.	2	Ibidem.
25	Información sobre el recién nacido.	2	Ibidem
26	Condiciones óptimas de embarazo	2	Ibidem
28	Meses de embarazo.	1	Ibidem

No. ITEM	PREGUNTA	REQUISITO NO SATISFECHO	DESCRIPCIÓN
29	Embarazo planeado.	1	Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promover --- Los procesos de desarrollo, el progreso humano hacia niveles más altos de la organización de las estructuras humanas hacia la maduración durante los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento.
30	Signos y síntomas del embarazo	2	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humanos.
31	Control del embarazo.	1	Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, en la etapa neonatal.
32	Institución que atiende el parto.	1	Ibidem
33	Complicaciones del parto.	2	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo
34	Accesibilidad de los servicios	2	Ibidem.
36	Hospital más cercano a su domicilio.	1	Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo. efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano
38	Hijos con peso mayor de 4,000 kg.	2	Provisión de los cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.
39	Hijos nacidos antes o después de los nueve meses.	1	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo.
41	Complicaciones del parto.	2	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.
45	Información sobre los cuidados del puerperio.	2	Ibidem

No. ITEM	PREGUNTA	REQUISITO NO SATISFECHO	DESCRIPCIÓN
46	Quién proporciona la información.	2	Ibidem
47	Agresiones durante el embarazo.	2	Ibidem
49	Información sobre el embarazo y sus riesgos.	2	Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos.
52	Enfermedades crónico- degenerativas.	2	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano
53	Control de enfermedades crónico-degenerativas	2	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar el desarrollo humano.
55	Epilepsia	2	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar el desarrollo humano.
56	Molestias al orinar.	2	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar el desarrollo humano.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**REQUISITOS INSATISFECHOS
 DE DESVIACIÓN DE LA SALUD**

No. ITEM	PREGUNTA	REQUISITO NO SATISFECHO	DESCRIPCIÓN
12	Aborto	2	Tomar conciencia y prestar atención de los cuidados prescritos por el médico.
13	Número de abortos	2	Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
16	Cesáreas.	2 4	Ibidem. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico.
17	Número de cesáreas.	2	Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los estados patológicos.
18	Institución que hicieron la cesárea.	1	Buscar y asegurar la ayuda médica en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos.
19	Causa de la cesárea.	2	Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos del desarrollo.
		4	Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidado prescritas por el médico.
20	Tiempo de espera entre una cesárea y un embarazo	3	Llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
23	Institución que atendió el parto.	1	Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes biológicos específicos.

No. ITEM	PREGUNTA	REQUISITO NO SATISFECHO	DESCRIPCIÓN
24	Atención del parto.	1	Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes biológicos específicos
33	Complicación durante en el embarazo	2	Tener conciencia y prestar atención a
37	Hijos con peso menor de 2,500 kg..	2	los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
38	Hijos con un peso > 4,000 kg.	2	Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
39	Hijos que nazcan antes o después de los nueve meses.	2	Ibidem.
40	Problemas durante el parto.	2	Ibidem
41	Tipo de problema.	2	Ibidem
42	Hijos con problema físico.	2	Ibidem
43	Tipo de problema.	2	Ibidem
44	Atención durante el puerperio inmediato.	1	Buscar y asegurar ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes biológicos.
47	Agresiones durante el embarazo	2	Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
48	Tipo de agresión	2	Ibidem
50	Hijos muertos. (mortinato)		Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo efectos sobre el desarrollo.
51	Causa de muerte.	2	Ibidem.
52	Enfermedades crónico-degenerativas.	2	Ibidem.

No. ITEM	PREGUNTA	REQUISITO NO SATISFECHO	DESCRIPCIÓN
53	Control de las enfermedades crónico-degenerativas.	3	Llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir patologías específicas.
54	Embarazo y diabetes.	2	Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos incluyendo los del desarrollo.
55	Embarazo y epilepsia	2	Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
56	Molestias al orinar.	2	Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo
57	Hipertensión arterial y embarazo.	2	Tener conciencia y prestar atención a los efectos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
58	Complicaciones del embarazo por hipertensión arterial.	4	Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

CARTA DESCRIPTIVA DEL CURSO DE
CAPACITACIÓN DIRIGIDA A AGENTES DE
CUIDADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA

CARTA DESCRIPTIVA

Actividades de Capacitación como apoyo al proyecto de intervención en la Microregión La Palma I de la COMUSA Hank González perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México, con el objetivo de disminuir la Mortalidad Perinatal.

EVENTO: Revisión y análisis de Riesgo Reproductivo, Metodología Anticonceptiva , Embarazo Normal y complicado, cuidados en el puerperio y el recién nacido.

OBJETIVO: que los participantes identifiquen los principales factores de riesgo asociados a daño materno y perinatal.

DIRIGIDO: pasantes de enfermería en servicio social y personal de base asignado a los diferentes centros de salud, correspondiente a la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México.

TIPO DE EVENTO: curso taller con una duración de cuatro días.

FECHA: 10 al 14 de Junio 2002

HORA: de 8:30 a 14:00 hrs.

CEDE: Casa de la Mujer Campesina.

RESPONSABLES:

Lic. Cervantes Cabello Teodora.

Lic. García García Rosario

Lic. Mora Romero Guillermina

FECHA HORA	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS	TECNICA DIDACTICA	AUXILIAR DIDACTICO	RESPONSABLES
10 - 06 - 02 8:00 - 8:30	Registro	Verificación del número de asistentes	Registro Individual	Formato de registro	P.S. S. Magali L. Rosas Pérez
8:30 - 9:00	Inauguración e introducción al curso	Dar inicio a los trabajos Analizar el alcance y fundamento del curso	Exposición	Carta Descriptiva	Dr. Roberto Serrano Agüeros Dr. Eduardo Valdez Quiroz Lic. Guadalupe Pérez Hernández
9 :00 - 9:30	Cédula de estimación de conocimientos	Identificar el nivel de conocimientos del grupo, al inicio de la capacitación	Examen diagnóstico	Cédula impresa	Lic. Rosario García
9 :30 - 10:00	Exposición del estudio de investigación y resultados	Describir el proceso de investigación focalizada y los resultados obtenidos	Exposición	Proyector acetatos	Lic. Guillermina Mora
10 :00-11 :00	RECESO				
11 :00 - 13 :00	Técnica grupal de integración y sensibilización	Establecer un nivel de participación y crear ambiente de confianza	Integración y sensibilización		Psicóloga Nancy García Alvarez
13 :00 - 14 :00	Panorama Epidemiológico	Identificar la importancia de la muerte perinatal como problema y la importancia de su participación	Exposición	Acetatos	Dr. Juan Luis Trujillo.

FECHA HORA	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS	TECNICA DIDACTICA	AUXILIAR DIDACTICO	RESPONSABLES
11 -06-02 8 :00 a 8 :30	Registro de asistencia	Verificación de número de asistentes	Registro individual	Formato de registro	P.S.S.E. Magali Rosas Pérez
8 :30 a 9 :00	Retroalimentación de temas revisados el día anterior	Reafirmar conocimientos revisados previamente	Lluvia de ideas	Gis y pizarrón	Lic. Guillermina Mora
9 :00 a 10 :00	Sexualidad y reproducción	Analizar las características generales de sexualidad y reproducción	Foro	Proyector de acetatos, Gis y pizarrón	Dra. Carmen Rodríguez Baena Dr. Eduardo Valdéz Quiroga Psicóloga Alicia Ríos Flores Lic. Guillermina Mora
10 :00 a 11 :00	Riesgo reproductivo	Identificar los factores de Riesgo Reproductivo y antecedentes generales	Acetatos Lluvia de ideas	Proyector de acetatos	Dra. Maria de los Angeles López Madrid.
RECESO					
11:00 a 11:30	Riesgo reproductivo y antecedentes patológicos personales	Identificar las diversas patologías como factores de riesgo	Acetatos Lluvia de ideas	Proyector de acetatos	DR. Eduardo Valdés Quiroz
13:30 a 14:00	Derechos reproductivos de la pareja	Describir los derechos reproductivos de la pareja	Acetatos, discusión Phillips 66	Proyector de acetatos	Lic. Rosario García

FECHA HORA	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	TECNICA DIDACTICA	AUXILIAR DIDACTICO	RESPONSABLES
12 Junio 8 :00 8 :30	Registro de asistencia	Verificación de número de asistentes	Registro individual	Formato de registro	P.S.S.E. Magali Rosas Pérez
8 :30 9 :00	Retroalimentación de temas revisados el día anterior	Reafirmar conocimientos previamente	Lluvia de ideas	Gis y pizarrón	Lic. Rosario García
9 :00 a 10 :00	Generalidades de la metodología anticonceptiva	Analizar los aspectos generales de la metodología anticonceptiva	Expositiva Acetatos	Proyector de cuerpos opacos	Dra. Ma. Del Carmen Marcela Molina H.
10:00 11:00	Métodos anticonceptivos temporales indicaciones y contraindicaciones	Reafirmar conocimientos de métodos anticonceptivos temporales	Expositiva Acetatos	Proyector de cuerpos opacos	Dra. Ma. Del Carmen Marcela Molina H.
11:00 11:30	RECESO				
11:30 12:30	Métodos Definitivos y contraindicaciones	Reafirmar conocimientos de métodos definitivos	Expositiva Acetatos	Proyector de cuerpos opacos	Dra. Ma. Del Carmen Marcela Molina H.
12:30 13:30	Técnica de reafirmación sobre metodología anticonceptiva	Reafirmar el conocimiento	Técnica análisis animación	Cartas	Lic. Teodora Cervantes Lic. Guillermina Mora

FECHA HORA	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	TECNICA DIDACTICA	AUXILIAR DIDACTICO	RESPONSABLES
13 Junio 8 :00 a 8 :30	Registro de asistencia	Verificación de número de asistentes	Registro individual	Formato de registro	P.S.S.E. Magali Rosas Pérez
8 :30 a 9 :00	Retroalimentación de temas revisados el día anterior	Reafirmar conocimientos previamente	Lluvia de ideas	Gis y pizarrón	Lic. Guillermina Mora
9:00 a 10:00	Fecundación y aspectos biofísicos del embarazo	Analizar que es la fecundación y las características biofísicas del embarazo	Expositiva Acetatos	Proyector de cuerpos opacos	Dr. Francisco Cárdenas Caballero
10: 00 a 11:00	Aspectos generales Desarrollo embrionario	Explicar los aspectos generales del desarrollo embrionario	Expositiva Acetatos	Proyector de cuerpos opacos	Dr. Francisco Cárdenas Caballero
RECESO					
11:00 a 11:30					
1130 13:00	Complicaciones del embarazo en cada uno de los trimestres. Así como identificar los signos y síntomas de alarma.	Identificar las principales complicaciones del embarazo por trimestre. Así como los signos y síntomas de alarma.	Acetatos Lluvia de ideas	Proyector de acetatos	Dra. Maria de los Angeles López Madrid.
13:00 a 14:00	Cuidados del recién nacido en los primeros 7 días de vida	Identificar la importancia de los cuidados del recién nacido en los primeros 7 días de vida.	Expositiva Acetatos	Proyector de cuerpos opacos	Lic. Teodora Cervantes Cabello

FECHA HORA	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	TECNICA DIDACTICA	AUXILIAR DIDACTICO	RESPONSABLES
13 Junio 8 :00 8 :30	Registro de asistencia	Verificación de número de asistentes	Registro individual	Formato de registro	P.S.S.E. Magali Rosas Pérez
8 :30 9 :00	Retroalimentación de temas revisados el día anterior	Reafirmar conocimientos previamente revisados	Lluvia de ideas	Gis y pizarrón	Lic. Guillermina Mora
9:00 a 9 :30					
9 :30 13 :00	Como elaborar material didáctico	Conocer los lineamientos generales para la elaboración de rotafolios	Exposición y demostración	Acetatos y rotafolios	Lic. Teodora Cervantes
13 :00 14 :00	Normatividad de muerte perinatal en el país	Conocer los lineamientos normativos de muerte perinatal	Expositiva Acetatos	Proyector de cuerpos opacos	Dr. Juan Luis Trujillo.

**INSTRUMENTO DE EVALUACION SOBRE SALUD
REPRODUCTIVA**

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

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

NOMBRE-----FECHA-----

ACIERTOS-----CALIFICACIÓN-----

LEA DETENIDAMENTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y ANOTE DENTRO DEL PARÉNTESIS LA LETRA QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA CORRECTA

1.- () ¿Que elementos integran la sexualidad?.

- a) El reproductivo y el genero.
- b) El erótico
- c) El vinculo afectivo
- d) Todas las anteriores

2.- () Los cambios hormonales que inician entre los 9 y los 15 años de edad se conocen como.

- a) Pubertad
- b) Adolescencia
- c) Desarrollo
- d) Crecimiento.

3.- () Es la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto de experimentar enfermedades, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo.

- a) Riesgo potencial
- b) Riesgo real
- c) Riesgo reproductivo
- d) Ninguna de las anteriores

4.- () Se trata de enfermedades crónico degenerativas con una relación directa de la mortalidad materna y perinatal.

- a) Riesgo por antecedentes generales.
- b) Riesgo por antecedentes patológicos personales
- c) Riesgo por antecedentes patológicos obstétricos
- d) ninguna de las anteriores

- 5.- () Son algunos aspectos de los derechos reproductivos de la pareja.
- a) Derecho a la libertad
 - b) Derecho a la atención
 - c) Derecho a la información
 - e) Todas las anteriores

LEA LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES Y COLOQUE EL PARÉNTESIS DE LA DERECHA LA LETRA "V" SI ES VERDADERA Y "F" SI ES FALSA

6.- () La planificación familiar es un proceso consciente e informado mediante el cual una pareja decide sobre el número e intervalo del nacimiento de sus hijos.

7.- () Las pastillas anticonceptivas son el método más apropiado durante el periodo de lactancia.

8.- () El implante subdérmico esta asociado a la infección y perforación uterina.

9.- () La fecundación se lleva a cabo en el tercio externo de la Trompa de Falopio.

RELACIONE AMBAS COLUMNAS ANOTANDO EN EL PARÉNTESIS EL NUMERO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA CORRECTA

- | | |
|--|-------------------|
| 10.- A los cuantos meses la madre percibe los movimientos fetales. | () ácido Fólico |
| 11.- Favorece el desarrollo embrionario del S.N.C. del feto | () Certeza |
| 12.- El S.N.C. fetal esta formado por un estrato germinal conocido como | () Normal |
| 13.- Ritmo cardiaco audible, movimiento fetales presentes son signos de... un embarazo | () Ectodermo |
| 14.- Contracciones uterina irregulares, intermitentes y no dolorosas | () 5 meses |
| 15.- El aumento de peso de 10 a 12 kilos durante el embarazo es considerado | () Braxton Hicks |

CONTESTE EN FORMA BREVE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

16.- ¿ Qué es aborto espontáneo?

17.- Defina que es placenta previa.

18.- Describe brevemente que es ruptura prematura de membranas

19.- Mencione 5 signos de alarma durante el embarazo

20.- Anote las indicaciones reales de una cesárea

FIRMA DEL ALUMNO

- ³⁰ San Martín, Hernán. Salud y enfermedad. México, La Prensa Medica Mexicana, 1983, p. 112
- ³¹ Villa, J. Pablo. Guía para la determinación de problemas de Diagnóstico Situacional, riesgos y daños a la salud. Instituto Nacional de Servicios Salud de D., F. 1998, p.2
- ³² Pineault. R. Daveluy. Planificación Sanitaria, conceptos, métodos y estrategias, Barcelona, Masson pp. 237 a 242
- ³³ Icart, Ma. Teresa. Et. Alt. Enfermería comunitaria, epidemiología, Barcelona, Masson, 2000, p. 106
- ³⁴ Ochoa, et., alt. Marco Conceptual del Diagnóstico de Salud , en: Metodología del Diagnóstico de Salud Integral , México, Instituto Mexicano de Salud Pública, 1989, Mimeo.
- ³⁵ Op.cit. Icart. P. 134
- ³⁶ W. Iyer. Patricia. et., al. Proceso de enfermería y Diagnóstico de enfermería. España, Interamericana/ Mc. Graw Hill, 1995, p.10
- ³⁷ Marriner, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería un Enfoque Científico. México, Manual Moderno, 1998, p18
- ³⁸ Potter, Patricia, Valoración de Enfermería. EN: Antología de gestión del cuidado. México, ENEO/ UNAM. 2004, P. 402
- ³⁹ Hernández, Conesa. Fundamentos de la enfermería, Teoría y Método. España. Mc.Graw-Hill/ Interamericana, 1999. p.132
- ⁴⁰ Alfaro, Rosalinda. Aplicaciones del proceso de enfermería , Barcelona, Doyma, 1998, p.6
- ⁴¹ Ibid. P 70
- ⁴² Taptch, J. Barbara. Diagnóstico De Enfermería y Planeación de Cuidados. Interamericana/ Mc. Graw Hill, México, 1992, p.10
- ⁴³ op. Cit. Conesa, p. 52
- ⁴⁴ Ibid. P.53
- ⁴⁵ Orem, Dorothea. Modelo de Orem, conceptos de Enfermería en la Práctica. Barcelona. Masson/Salvad. 1993. p.63
- ⁴⁶ Ibid. p 316
- ⁴⁷ Ibid. P. 319
- ⁴⁸ Ibid. P. 118
- ⁴⁹ Ley General de Salud, México, 1994⁵⁰ Villa, J. Pablo. Guía para la determinación de problemas de Diagnóstico Situacional, riesgos y daños a la salud. Instituto Nacional de Servicios Salud de D., F. 1998, p.2
- ⁵¹ Idem.
- ⁵² Restrepo , Helena., et., al.t. promoción para la Salud, Colombia, Panamericana, 2001, pp. 20-30
- ⁵³ Restrepo , Helena., et., al.t. promoción para la Salud, Colombia, Panamericana, 2001, pp. 20-30
- ⁵⁴ p.7 Rochon, Alain. Educación para la Salud, guía práctica para realizar un proyecto, Barcelona, SG Editores, 1991, p.7
- ⁵⁵ Frías, Antonio. Salud Pública y Educación para la Salud, Barcelona, ed. Masson, 2000, p. 363

BIBLIOGRAFÍA

- ALFARO, Rosalinda. Aplicaciones del proceso de enfermería, Barcelona, Doyma, 1998.
- AGIRRE, Alejandra. "Cambios en la mortalidad infantil" DEMOS, Carta demográfica sobre México, UNAM., 1997.
- ALVAREZ, Rafael. Educación para la Salud, México, Manual Moderno, 1995.
- BLANCO, Jorge. Fundamentos de Salud Pública, Colombia, Investigaciones biológicas, 1997.
- CONTRERAS, Javier. "Propuesta de un certificado de defunción para mejorar el registro y reporte de la muerte en el periodo perinata" Salud Pública de México, México, volumen 43, no- 3 (mayo –junio 2001).
- FORSBACH et al., "Morbilidad materna y fetal en un grupo de mujeres con diabetes gestacional". Ginecología y Obstetricia de México, vol 67 junio 1999.
- FRANCO, Azucena. Hipertensión gestacional morbi-mortalidad materna y perinatal. Tesis de Posgrado, México, IMSS/ UNAM. 2001.
- FRÍAS, Antonio. Salud Pública y Educación para la Salud, Barcelona , Ed. Masson, 2000, p. 5
- FRENK, Mora, Julio. Salud y derechos humanos, perspectiva en Salud Pública. INSP. vol. 22.
- GONZÁLEZ, Napoleón. Infectología Clínica Pediátrica, México, Trillas, 1991.
- HÉRNANDEZ, Bernardo. " Encuestas transversales" México, Salud Pública de México, volumen, 42, no- 5, septiembre-octubre, 2000.
- HÉRNANDEZ, Conesa. Fundamentos de la enfermería, Teoría y Método. España. Mc.Graw-Hill/ Interamericana, 1999.
- HÉRNANDEZ, Mauricio. "Diseño de estudios epidemiológicos, México, Revista de Salud Pública de México, vol 42, no-2 marzo-abril 2000.
- HENRIQUEZ, Luz y Valdés. Diagnóstico de Salud Municipal 2000, Ecatepec. Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México. Depto. De Planeación e Informática.
- HIGASHIDA, Bertha. Educación para la Salud, México, Mc. Graw-Hill, 1995.
- ICART, Ma. Teresa. Et. Alt. Enfermería comunitaria, epidemiología, Barcelona, Masson, 2000.
- KÉROUAC, Suzanne. Et. Alt. Propuesta para la práctica de enfermería. EN: Antología de gestión del cuidado . ENEO/UNAM, 2004.
- LEY GENERAL DE SALUD. México, editorial Sista, 1994.
- LÓPEZ, Sergio. " Desarrollo histórico de la epidemiología, su formación como disciplina científica" México, Revista de Salud Pública de México, vol. 42, no- 2 marzo- abril 2000.
- MARRINER, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería un Enfoque Científico. México, Manual Moderno, 1998
- MOCTEZÚMA, et. Alt, "Morbilidad perinatal en Colima, Colima, estudio de casos y controles", Ginecología y Obstetricia, vol. 68, marzo, 2000.
- MUJERES Y HOMBRES EN MEXICO, México, Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática, 2000.

- OCHOA, et., alt. Marco Conceptual del Diagnóstico de Salud , en: Metodología del Diagnóstico de Salud Integral , México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1989, Mimeo.
- OREM, Dorothea. Modelo de Orem, conceptos de Enfermería en la Práctica. Barcelona. Masson/Salvad. 1993.
- PINEAULT. R. Daveluy. Planificación Sanitaria, conceptos, métodos y estrategias, Barcelona, Masson. 1998
- POLIT, Dense F. investigación científica en ciencias de la salud, segunda edición, México, Interamericana, 1995.
- POTTER, Patricia. Valoración de Enfermería. EN: Antología de gestión del cuidado. México, ENEO/ UNAM. 2004.
- PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006, México, Secretaría de Salud 2001.
- REBAGLIATO, M. Metodología de Investigación en epidemiología, Madrid, 1996.
- RESTREPO , Helena. et., alt. promoción para la Salud, Colombia, Panamericana, 2001.
- ROJAS Soriano, Raúl. Crisis, Salud y enfermedad y práctica médica, México, Plaza Valdez, 2° edición, 1997.
- ROCHON, Aláin. Educación para la Salud, guía práctica para realizar un proyecto, Barcelona, SG Editores, 1991.
- SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, “estadística de mortalidad relacionada con la salud reproductiva” Salud Pública de México, vol. 41, no- 2 marzo-abril, 1999.
- SALLERAS, Luis. Educación Sanitaria, principios, métodos y aplicaciones, Madrid, 1999.
- SERRANO, Isabel. Educación para la salud y participación comunitaria, Madrid, ed. Díaz de Santos , 1990,
- SILVA et. Alt. “Mortalidad perinatal en Colima, Colima, estudio de casos y controles. Ginecología y obstetricia de México, México, vol. 68, marzo, 2000.
- LOPEZ, Miguel, Elementos para la Investigación, metodología y redacción, México, Universidad Nacional Autónoma de México, tercera edición, 1998.
- LOPEZ, Sergio. “Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica” México, Salud Pública de México, volumen no- 42, marzo-abril, 2000.
- TAPTCH, J. Bárbara. Diagnóstico De Enfermería y Planeación de Cuidados. Interamericana/ Mc. Graw Hill, México, 1992.
- VEGA, Leopoldo. “La mortalidad infantil de los niños mexicanos al declinar el siglo”, Rev. Mexicana de Pediatría , México, vol. 66, no- 4, julio- agosto, 1999.
- VILLA, J. Pablo. Guía para la determinación de problemas de Diagnóstico Situacional, riesgos y daños a la salud. Instituto Nacional de Servicios Salud de D., F. 1998.
- W. IYER. Patricia. et., al. Proceso de enfermería y Diagnóstico de enfermería. España, Interamericana/ Mc. Graw Hill, 1995.
- WAYNE, W. Daniel. Bioestadística, base para el análisis de las ciencias de la salud. México, editorial Limusa, 2001.