

00943



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

3^{2ej.}

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SISTEMA DE ENFERMERIA EN LA
INSTRUMENTACION DE CASA POPULAR
DE SALUD
(ESTUDIO DE CASO)

TRABAJO RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA
EN SALUD PUBLICA
P R E S E N T A :
LIC. ENF. JAQUELINA PASTRANA SALDAÑA

CON LA TUTORIA ACADEMICA DE: MSP. SOFIA SANCHEZ PIÑA.



CIUDAD UNIVERSITARIA.

1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26 8635



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SISTEMA DE ENFERMERÍA EN LA
INSTRUMENTACIÓN DE CASA
POPULAR DE SALUD
(ESTUDIO DE CASO)**

**TRABAJO RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
EN SALUD PÚBLICA
P R E S E N T A :
LIC. ENF. JAQUELINA PASTRANA SALDAÑA**

**CON LA TUTORIA ACADÉMICA DE:
MSP. SOFÍA SÁNCHEZ PIÑA**



CD. UNIVERSITARIA

1998.

AGRADECIMIENTOS

DIOS:

GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO, PORQUE ASÍ LO SIENTO,
Y PERMÍTEME CUMPLIR UNA META MÁS EN MI VIDA.

DESEO EXPLICITAR MI AGRADECIMIENTO A LA ASESORÍA DE LA MSP.
SOFÍA SÁNCHEZ PIÑA EN EL ÁREA METODOLÓGICA, SIN CUYA
APRECIABLE ENSEÑANZA ESTE ESCRITO NO HUBIERA SIDO POSIBLE
REALIZARLO.

EXTIENDO MI AGRADECIMIENTO A:

DR. RODRÍGUEZ LEONE, JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA
ECATEPEC, EDO. DE MÉXICO Y TUTOR CLÍNICO POR SU ASESORÍA Y
APOYO INCONDICIONAL A TODO MOMENTO PARA QUE SE LLEVARA A
CABO ESTA ESPECIALIDAD.

DR. RODOLFO MÉNDEZ POR SU ENSEÑANZA Y CONOCIMIENTOS
COMPARTIDOS

A TODO EL PERSONAL DE LAS DIFERENTES CATEGORÍAS QUE INTEGRAN
LA JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC ASÍ COMO LA COORDINACIÓN
MUNICIPAL DE SALUD AMPLIACIÓN TULPETLAC POR SU APOYO,
COLABORACIÓN Y CONFIANZA BRINDADA.

A MIS DOS COMPAÑERAS DE ESPECIALIDAD **GUADALUPE** Y **CARMEN**, POR
SU AMISTAD, COMPRESIÓN, ENSEÑANZA Y EXPERIENCIAS COMPARTIDAS.

GRACIAS

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

CENOBIO E HILARIA

**POR TODO EL APOYO, CONFIANZA Y
COMPRENSIÓN BRINDADA
DURANTE
TODA MI VIDA.**

A TI

RICARDO

**POR TU APOYO, COMPRENSIÓN Y
AMOR QUE ME HAS DADO, TE AMO
FLACO.**

A MIS HERMANOS

MARIA, PEPE, TERE, NICO Y RAFA

A MIS SOBRINOS

**CARLOS, HÉCTOR, MALINALI,
FRANCISCO, ROSSY Y JOEL**

LOS QUIERO MUCHO

A MIS AMIGAS

ROSALVA Y DELFINA

**POR BRINDARME UNA AMISTAD
SINCERA, SIEMPRE ESTAREMOS
JUNTAS**

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO.....	5
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	5
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO.....	7
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	8
2. OBJETIVOS DE ESTUDIO DE CASO.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Especificos.....	9
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.....	11
3.1 MARCO TEÓRICO.....	11
3.1.1 LA COMUNIDAD, SU ESTUDIO Y DIAGNÓSTICO DE SALUD.....	11
3.1.2 ENFOQUE DE RIESGO Y MEDICIONES.....	12
3.1.3 DAÑOS A LA SALUD.....	25
3.1.4 MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD (RSO).....	29
3.1.5 TEORIA DE OREM.....	34
3.2 MARCO REFERENCIAL.....	58
3.2.1 GENERALIDADES DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIO DE ECATEPEC.....	58
3.2.2 DESCRIPCIÓN DE LA MICRORREGIÓN DE ESTUDIO.....	60
3.2.3 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	68
4. ESQUEMA METODOLOGICO.....	75
4.1 VALORACIÓN.....	75
4.1.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	76
4.1.2 CRITERIOS.....	78
4.1.3 VARIABLES E INDICADORES.....	78
4.1.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.....	85
4.1.5 DEFINICIONES OPERACIONALES.....	87
4.1.6 PLAN DE ANÁLISIS.....	87
4.1.7 ORGANIZACIÓN.....	90

4.1.8 RECURSOS	90
5. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	98
5.1 FUNDAMENTO DEL DIAGNÓSTICO	99
6. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	103
6.1 PRIORIZACIÓN DE MÉTODOS Y RESULTADOS	106
6.2 ANÁLISIS DE LA PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL	111
6.3 PROYECTO DE INTERVENCIONES	112
6.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	113
6.5 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD	114
6.5.1 FACTIBILIDAD POLÍTICA	114
6.5.2 FACTIBILIDAD TÉCNICA	114
6.5.3 FACTIBILIDAD ECONÓMICA	115
6.5.4 FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA	115
6.5.5 FACTIBILIDAD JURÍDICA	116
6.6 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	117
6.7 FORMULACIÓN DE METAS	118
6.8 DETERMINACIÓN DE LÍMITES	119
6.9 TABLA DE RESPONSABILIDADES	120
6.10 ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA	121
7. EJECUCIÓN	122
7.1 PROGRAMA DETALLADO DE ACTIVIDADES	123
8. EVALUACIÓN	130
8.1 PLAN DE EVALUACIÓN	131
8.2 RESULTADOS DE EVALUACIÓN	133
8.3 DISEÑO DEL SISTEMA DE CONTROL	145
CONCLUSIONES	146
BIBLIOGRAFÍA	150
ANEXOS	162

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso parte del trabajo realizado en la especialidad de enfermería en Salud Pública, su estructura esta basada en los lineamientos establecidos por la división de estudios de posgrado de la ENEO-UNAM.

El desarrollo de esta especialidad es a través de un sistema tutorial lo cual permite al alumno estar trabajando de manera conjunta con un tutor en los servicios.

El caso fue desarrollado en la sede de prácticas, en la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Edo. de México y la comunidad intervenida fue la microrregión Tecuescomac, perteneciente a la Coordinación Municipal de Salud, Ampliación Tulpetlac, Ecatepec, Edo. de México. Los criterios de selección para la comunidad fue la mayor frecuencia de problemas de Salud Pública, los cuales se interpretaron desde el punto de vista de la enfermería con un enfoque de autocuidado.

El documento inicia con la descripción de la situación problema en donde se reconocen los daños a la salud de la población, el problema es identificado al reconocer que existen mayores tasas de mortalidad infantil por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) las cuales al parecer pueden estar relacionadas al nivel de autocuidado de la población. Con referencia al área de estudio, no se han realizado investigaciones, siendo ésta la primera, en la que se implementa la TEORIA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO, según modelo de Orem en una entidad multipersonal.

Por lo anterior, el problema fue el valorar el déficit de autocuidado en la microrregión antes mencionada en relación a los factores que condicionan a la elevada morbilidad y mortalidad por IRA y NEUMONIA.

La justificación del caso de estudio radica en que la mortalidad infantil es un indicador de desarrollo de la población y por lo tanto constituye un problema de Salud Pública, además considerando que su causa primordial son las IRA, esto implica que el problema sea estudiado por profesionales del cuidado y al estudiarse se pretende generar una propuesta de intervención de enfermería que tenga un mayor y mejor impacto en la salud de la población infantil.

Los objetivos están encaminados a conocer el déficit de autocuidado en relación a la respuesta social organizada y riesgo potencial de desviación de salud, manifestada en la alta incidencia de morbilidad por IRA y elevada tasa de mortalidad por Neumonía en la microrregión de estudio.

La fundamentación del caso se presenta como marco teórico y marco referencial, en el marco teórico se abordan los aspectos teóricos conceptuales de la Teoría del Déficit de autocuidado, se comenta la importancia, de los estudios de comunidad, como una forma de valoración de Salud Poblacional, de igual manera se consideran los elementos teóricos del enfoque de riesgo lo cual aumenta las bases para el análisis de los resultados del diagnóstico situacional.

El marco referencial, lo constituyen la información estadística de los daños a la salud que presenta la microrregión, como los estudios comunitarios realizados previos a este estudio de caso, de igual manera se integró la información de

antecedentes geográficos, históricos y de recursos con que cuenta la comunidad mencionada.

El esquema metodológico que se planteó fue el siguiente: Se planteó una hipótesis la cual fue la posible respuesta a la pregunta de investigación, posteriormente se presenta la metodología del proceso de enfermería de acuerdo a Alfaro que menciona cinco etapas:

En la etapa de Valoración, para conocer las características sociodemográficas y sanitarias de la comunidad, se empleó un instrumento ya utilizado en la Jurisdicción Sanitaria que fue la tarjeta de visita familiar, lo que apoyó la estructura del Diagnóstico Situacional de la microrregión de estudio, así como clasificar por enfoque de riesgo las 1362 familias encontradas. Partiendo de la clasificación de riesgo familiar hecha por el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Para operacionalizarlo se organizaron variables e indicadores los cuales se presentan en la metodología del estudio, así como sus definiciones operacionales.

Se presenta el Diagnóstico de enfermería como resultado de la fase de valoración, ya que se tiene un conocimiento más amplio del área de estudio, así como de sus problemas de Salud Pública en el cual la Especialista en Salud Pública pueda priorizar e intervenir.

La intervención de enfermería inicia con la priorización de los problemas diagnosticados, lo que Alfaro denomina jerarquización del problema, en donde se utilizaron 3 métodos para seleccionar el problema de salud a intervenir e iniciar la planeación bajo los criterios de programación en Salud Pública, tiempo, lugar y espacio.

En la etapa de Ejecución se menciona en términos de informe de las actividades y eventos resultantes de la fase de planeación.

La Evaluación se consideró desde la etapa de planeación en donde se diseñó un plan de evaluación para la intervención, de acuerdo a los criterios de la misma, para con ello presentar los resultados.

Posteriormente se mencionan las conclusiones del estudio de caso, en relación a la especialidad, a la disciplina de enfermería y a la Salud Pública.

Finalmente se presenta la bibliografía y anexos constituidos por instrumentos, cuestionarios, formatos, gráficas, mapas y croquis; cabe mencionar que los anexos, por su importancia serán divididos en un listado de acuerdo a la estructura de este trabajo.

1. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

La transición epidemiológica y demográfica por la que el país atraviesa influye directamente en áreas que por sus características son denominadas **MARGINADAS** éstas por su importancia para la Salud Pública son consideradas como campo fértil para las intervenciones de las especialistas de posgrado en Salud Pública en formación.

Para el caso en particular, se asigna un área geográfica la cual de acuerdo a la organización en Salud del Estado de México, se denomina **MICRORREGIÓN**, ésta se encuentra ubicada en las faldas de la Sierra de Guadalupe en Tlaxpetlac, Ecatepec México; por sus características objetivas y datos referenciales es de reconocer el alto déficit de autocuidado manifiesto.

Aunado al problema indicado, también es de comentar que la población en estudio cuenta con un bajo nivel socioeconómico, la vivienda es deficiente por su construcción y distribución, carecen las familias en su mayoría de servicios públicos, la accesibilidad a los servicios de salud tiene grandes dificultades tanto geográficas como limitantes económicas esto da como resultado un nivel disminuido de conocimientos sobre salud, que se vuelve más compleja por la gran variedad de hábitos y costumbres, ya que un gran porcentaje de familias son inmigrantes de todos los Estados de la República.

Estos son algunos condicionantes que dan origen a un sinnúmero de riesgos y daños en la población, los cuales se manifiestan por la frecuencia e incidencia de

morbilidad específica y más aún por los datos revelados en el panorama de Salud Jurisdiccional el cual señala a esta área como la más alta en tasa de mortalidad por IRA y EDA.

En suma, el déficit de autocuidado se relaciona con una serie de factores, los cuales son difíciles de abordar por su abstracción, entre los que se encuentran: el grado de importancia que la población le da a su autocuidado, el concepto de desviación de salud que tiene y el escaso o nulo conocimiento sobre las medidas preventivas, que a su alcance y factibilidad, podrían apoyarles en el mantenimiento de su salud.

Lo anterior mencionado es resultante de una serie de fenómenos sociales, económicos, geográficos, políticos y demográficos que junto con la deficiente cobertura de la respuesta social organizada (RSO) dan origen a problemas fuertes de desviación de salud de una comunidad, los cuales se tratarán para este caso, desde el punto de vista de factibilidad de la enfermera especialista en Salud Pública, tomando como parámetros de acción el enfoque de riesgo y el Modelo de la Teoría de Orem.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el déficit de autocuidado en relación a la respuesta social organizada y riesgo potencial de desviación de salud manifiesta en alta incidencia de **MORBILIDAD** por IRA y elevada tasa de **MORTALIDAD** por neumonía en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tulpeticlac, Ecatepec, Estado de México.?

1.3 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

Por su importancia y trascendencia el problema se relaciona con las siguientes ciencias y disciplinas:

ENFERMERÍA: Debido a que es la disciplina que se objetiviza en los cuidados específicos manifiestos o no por las necesidades de salud de una comunidad.

EPIDEMIOLOGÍA: Es importante ya que proporciona elementos estadísticos de riesgos y daños de una población.

SALUD PÚBLICA: Ya que su objeto de estudio es la población humana en relación con su ambiente y la respuesta social organizada.

ESTADÍSTICA: Es de reconocer como indispensable ya que a través de ella se puede analizar y proyectar los datos numéricos obtenidos para intervenir oportuna y adecuadamente.

DEMOGRAFÍA: Para la sustentación de una investigación es importante conocer las características de la población de estudio en cuanto a hábitos, costumbres y cultura ya que de éstos depende, en gran parte, su salud. Ya que nos proporciona un cuadro de relación entre instituciones y formas de organización social para provisión de insumos y fortalecimiento en salud.

HISTORIA: Es necesario conocer los antecedentes históricos de un área de estudio con el fin de inferir posibles reacciones o conductas así como tendencias en construcción o ubicación de viviendas, incluyendo también hábitos alimenticios.

MEDICINA: Apoya en desviación de salud encontradas, de acuerdo a su enfoque curativo y de limitación de daños.

ECONOMÍA: Ya que la situación económica de un país se refleja en el estado de salud de la población.

POLÍTICA: Influye en ámbito de responsabilidad; ya que depende de la ideología de quien está el mando gubernamental, el destino de los recursos para la salud; ya sea por cobertura o por necesidades manifiestas.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El quehacer específico de enfermería se centra en la importancia de sus intervenciones, sin embargo, éstas deben estar debidamente fundamentadas para que el impacto esperado redunde en beneficios palpables en la población estudiada y por ende, en la satisfacción profesional de quien interviene.

Por lo anterior mencionado se realiza este estudio, el cual será la proyección escrita de las conductas de una población con la intervención de un recurso de enfermería especialista en Salud Pública; posterior al análisis de sus necesidades.

El estructurar un estudio de este tipo beneficia a la disciplina ya que permitirá implementar una teoría (**OREM**), que ha sido aplicada sólo individualmente; a una población humana con necesidades manifiestas y encubiertas; de igual forma beneficia a quienes realizarán el estudio ya que la experiencia de trabajo comunitario dejará conocimientos que difícilmente se aprenden sólo en los libros y en las aulas.

Finalmente los datos obtenidos y analizados así como las intervenciones apostadas serán un legado informativo para quien desee conocer aspectos de salud de la población en estudio o profundizar en la investigación inicial.

2. OBJETIVOS DE ESTUDIO DE CASO

Objetivo General

Conocer el déficit de autocuidado, en relación a la respuesta social organizada y riesgo potencial de desviación de salud manifiesta en alta incidencia de morbilidad por IRA y elevada tasa de mortalidad por neumonía en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac Ecatepec, Estado de México.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de déficit de autocuidado en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac Ecatepec, Estado de México.
- Detectar características y ubicación de la respuesta social organizada en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac Ecatepec, Estado de México.
- Señalar la importancia del enfoque de riesgo potencial en el estudio de la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Tulpetlac Ecatepec, Estado de México.
- Interpretar la relación de factores condicionantes contra riesgos en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac Ecatepec, Estado de México.

- Posterior al análisis de datos obtenidos del Diagnóstico de Salud estructurado, se proyectará un programa de intervenciones acordes a las necesidades encontradas.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

3.1 MARCO TEÓRICO

3.1.1 LA COMUNIDAD, SU ESTUDIO Y DIAGNÓSTICO DE SALUD

La precisión y organización de los elementos teóricos sustentan las variables del problema y además sirvieron de herramienta metodológica para la estructura del plan de intervenciones, en la comunidad de estudio en donde por primera vez se implementa la teoría de Déficit de autocuidado de Orem en poblaciones humanas con enfoque comunitario.

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

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

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

¹ Laura Moreno. *Et. al. Factores de riesgo en la comunidad I*. México, Ed. UNAM. 1990. p. 6.

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

El diagnóstico de salud es una investigación que genera conocimientos nuevos de salud y su análisis es la evolución que pasa por las etapas descriptiva, explicativa, predictiva y evaluativa.²

3.1.2 ENFOQUE DE RIESGO Y MEDICIONES

➤ Generalidades

Pese que se ha escrito abundantemente sobre el concepto de riesgo, y se ha aplicado en numerosos estudios, quedan aún ciertas dudas acerca de su significado y aplicaciones.

El concepto de riesgo resulta fascinante, tanto en la forma como en el fondo. En la forma porque la expresión se asocia al azar y al peligro, dos aspectos de la vida cotidiana que atraen al hombre contemporáneo: quién nada arriesga nada tiene. En el fondo, porque nos ofrece la posibilidad de predecir lo que sucederá observando el comportamiento actual de ciertos indicadores, y también tomar las medidas preventivas adecuadas para proteger a los sujetos con riesgo elevado, lo cual es una política de Salud. Es en este segundo sentido, el de contenido y fondo, en el que se entenderá el concepto de riesgo.³

² J. Hernández Torres. *DX de Salud Integral*. México. INSP. Documento Mimeográfico, 1989. p. 2

³ O.P.S. *Taller Latinoamericano de Epidemiología aplicada a la Salud*. 2a. ed. Lima, Perú, Ed OCISA, 1991. pp. 19 y 60.

➤ **Riesgo concepto y estimaciones,**

➤ **“Conceptos de riesgo”**

“Es la probabilidad de morir, enfermar o sufrir un daño a la Salud”. El riesgo representa la mayor o menor vulnerabilidad que tienen ciertos grupos para sufrir determinados daños. El riesgo está en función de un conjunto de factores que incrementan la posibilidad de que el daño ocurra.

Según Lidia Yamamoto Kimura riesgo es.. **“una medida que refleja la posibilidad estadística de un suceso futuro...”**⁴, queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la influencia de una o varias características o factores determinantes de esas consecuencias.

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

➤ **Estimación de riesgo**

El riesgo es la probabilidad de que ocurra un fenómeno epidemiológico, por ejemplo la desviación de salud, un accidente o la muerte; de lo que se deriva la importancia del término.

⁴ Laura Moreno. *Et al. Op. cit.* p. 185.

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

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

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

➤ **Enfoque de riesgo, aspectos conceptuales**

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

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

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

⁵ *Definición y propiedades de los factores de riesgo*. Fotocopiado para uso docente. Especialidad de Salud Pública. ENEP-UNAM. 1997. p. 69.

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

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

➤ Estudios con enfoque de riesgo

En conclusión este enfoque intenta mejorar los servicios de salud estableciendo prioridad en función de las necesidades de atención específica, de acuerdo a su mayor o menor vulnerabilidad de padecer determinados daños, a continuación se resumen los procesos a seguir en el diseño de un estudio de intervención utilizando el enfoque de riesgo.

- Revisión sistemática de la información existente sobre los problemas de salud para seleccionar prioridades de intervención.
- Estudios epidemiológicos del problema de salud seleccionado y de los factores de riesgo asociados, la cual implica identificar factores de riesgo significativo, cuantificar el riesgo asociado a cada uno de ellos y desarrollar puntajes de riesgo que permitan referir apropiadamente a las familias que necesitan niveles de atención más complejos.

⁶ Laura Moreno. *Et. al. Factores de riesgo en la Comunidad II*. México, Ed. UNAM. 1990. p. 60.

- Estudio de la organización y el funcionamiento del sistema de atención de salud existente, para valorar su capacidad de incorporar una estrategia de intervenciones basada en este enfoque.
- Desarrollo de una nueva estrategia de atención de salud basada en el enfoque de riesgo que emplee, en forma sistemática, los puntajes de riesgo elaborados con la información obtenida en los puntos 1 y 2.
- Evaluación de campo de la nueva estrategia de atención a la salud, (Impacto de intervenciones).

Los estudios de enfoque de riesgo pueden diseñarse de diferentes maneras de acuerdo al tipo de problemas que trata de resolver. Una forma práctica de evaluar la estrategia basada en el enfoque de riesgo, es comparar sus resultados con los obtenidos en los enfoques tradicionales.⁷

Con base en todo lo mencionado, la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec cuenta con un documento para evaluar riesgo familiar el cual fue avalado en 1986 bajo asesoría del Dr. Hermes Vallejos, miembro de la Cooperación Técnica (G.T.Z.), este documento cuenta con piloteo y es el que se aplicará en el estudio del área asignada para evaluar riesgo familiar y por ende el de la comunidad en general (Se adjunta documento y metodología).

⁷ Axel Kroeger y Ronaldo Luna. *Atención Primaria de Salud*. 2º. ed., México, Ed. Paltext, 1992. p 131.

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL
CALIFICACIÓN CON ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR**

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

CRITERIOS DE RIESGO Y CALIFICACIÓN FAMILIAR

No.	CRITERIOS DE RIESGO	CALIFICACIÓN
1	Niños menores de 5 años	35
2	Mujeres en edad fértil (15-49 años)	15
3	Embarazadas	20
4	Integrante de la familia que curse con algún padecimiento crónico o transmisible	13
5	Otros grupos etareos	10
6	Inmunización canina y de vivienda deficientes	7
TOTAL		100

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

Una vez que se dá la calificación a las familias de acuerdo a los criterios encontrados se clasifican conforme al siguiente cuadro.

CLASIFICACIÓN POR RIESGO

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

La clasificación por riesgo familiar nos dirá el grado de daño que cada familia tiene; lo que reflejará el nivel de salud en que se encuentra la microrregión.

Permitiendo esto cumplir con uno de los objetivos de identificar las prioridades a trabajar según daño familiar...”

> Factor de riesgo (F.R.)

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

Para que un factor determinado pueda ser considerado, un factor de riesgo es suficiente que tenga asociación estadística con el daño. Desde este punto de vista no todo factor de riesgo tiene significación causal; también hay que tener en

⁸ O P S *Op. cit.* p 13

cuenta que no todo factor asociado juega un rol importante en el desarrollo de una patología.

Algunos factores son características que identifican a un grupo de riesgo pero que no necesariamente determinan una mayor incidencia del daño.

Es por esta razón que se tiene que diferenciar los factores de riesgo en factores de riesgo no causales, factores de riesgo causales y marcadores de riesgo.

➤ **Factor de riesgo no causal**

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

➤ **Factor de riesgo causal**

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

⁹ *Definición y propiedades de los factores de riesgo. Op. cit. p. 70.*

➤ **Marcador de riesgo**

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

➤ **Medición de riesgo**

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

➤ **Probabilidad**

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

Esta noción es puramente teórica, y significa la posibilidad de que un hecho ocurra entre un conjunto de hechos igualmente posibles, este concepto es lo que impide que una distribución de frecuencia observada sea considerada como una verdadera medida de probabilidad, ya en la práctica cuando se investiga un

¹⁰ O.P.S. *Op. cit.* p. 61.

fenómeno de salud no estamos en condiciones de conocer ni afirmar que cada persona tiene la misma probabilidad de enfermar o morir.¹¹

Para calcular la probabilidad de un suceso se divide el número de resultados que conforman el suceso entre el número de resultados igualmente posibles.

$$P(\text{suceso}) = \frac{\text{No. de resultados que conforman el suceso}}{\text{No. total de resultados igualmente posibles del espacio muestral}}$$

Donde:

Suceso: Es algún subconjunto de un espacio muestral.

Espacio muestral: Es el resultado de un experimento.

Experimento: Cualquier condición capaz de repetirse en condiciones estables.

Por lo tanto:

Suceso: La muerte

Espacio muestral: Total de una población o grupo expuesto al riesgo.

Experimento: Cualquier fenómeno de salud estudiado.

➤ **Riesgo absoluto**

Es la frecuencia relativa o probabilidad de la incidencia de un determinado daño en la población susceptible de padecerlo.

$$\text{Riesgo absoluto (tasa de incidencia)} = \frac{\text{No. de casos nuevos}}{\text{Población susceptible}}$$

¹¹ *Ibidem* p. 62.

El riesgo absoluto, sólo mide la probabilidad de que un daño ocurra en la población sin asociarlo a factor alguno.¹²

➤ **Riesgo relativo**

También llamado razón de riesgos, es la razón entre el riesgo de que ocurra una enfermedad en la población expuesta y el riesgo en la no expuesta.¹³

$$R.R. = \frac{\text{tasa de incidencia entre expuestos}}{\text{tasa de incidencia entre no expuestos}}$$

➤ **Riesgo Atribuible o fracción etiológica de riesgo**

Mide el impacto cuya remoción puede suponer el disminuir la incidencia de la enfermedad ocasionada por el factor de riesgo, por lo tanto nos dá la extensión del problema en la comunidad y expresa la medida administrativa que la acción sanitaria lograría con su actuación en este sentido, la acción preventiva nos mostraría el beneficio hacia la comunidad, que se puede lograr incidiendo sobre el factor de riesgo.¹⁴

Por lo tanto es concebido como la diferencia de los riesgos absolutos (tasa de incidencia) en grupos con diferente grado de exposición a un factor de riesgo.

$$\text{Riesgo Atribuible} = \text{tasa de incidencia entre expuestos} - \text{tasa de incidencia entre no expuestos}$$

¹² *Ibidem*, p. 65.

¹³ Ruth Bonita. *Epidemiología* Básica. Washington D.C. Programa de publicaciones. O.P.S. 1994. p. 31.

¹⁴ • *Definición y propiedades de los factores de riesgo*. *Op. cit.* p. 73.
• Ruth Bonita. *Op. cit.* p. 31
• Brian Mac. Mahon. *Principios y métodos de epidemiología*. 2a. ed. México. Ed. Prensa Médica Mexicana. 1983. p. 216.

Otra forma de expresar el riesgo atribuible es el porcentaje de riesgo atribuible o fracción etiología de riesgo (FER).

$$FER = \frac{\text{tasa de incidencia en expuestos} - \text{tasa de incidencia en no expuestos}}{\text{tasa de incidencia en expuestos}}$$

➤ **Razón de probabilidad (“odds ratio”) u O.R.**

Como no siempre es posible hacer estudios de cohortes por el tiempo y costos que demandan, puede aprovecharse los datos proporcionados para obtener estimadores de riesgo, así con los resultados de los estudios de caso/control y de prevalencia o transversales se puede calcular el O.R., que es menos exacto que el riesgo relativo pero que en cambio es una buena aproximación.

OR = razón de productos cruzados

FR	CASOS + a <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> - c n1	CONTROLES b <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> d n
----	---	--

$$RR \text{ OR } \frac{ad}{bc}$$

➤ **Aplicación del enfoque de riesgo**

El enfoque de riesgo puede ser utilizado dentro y fuera del sistema de atención a la salud. La información derivada de él puede utilizarse para definir prácticas de educación para la salud y mejorar la atención.

La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos permite aumentar la conciencia hacia los problemas de salud y los programas de acción comunitaria.

Dentro del sistema de atención a la salud puede facilitar una mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia y facilitar el control de los factores de riesgo. Puede producir cambios en el estilo y condiciones de vida del medio ambiente.

Finalmente ayuda a identificar la contribución de otros componentes (sociales, económicos y ambientales) al proceso salud–enfermedad.¹⁵

➤ Factores de Riesgo y daños a la salud

La diferencia entre daños a la salud y factor de riesgo no siempre es clara, por lo que se tiene que tomar en cuenta lo siguiente:

- En algunas ocasiones lo que se considera un factor de riesgo por parte de algunos autores, puede ser considerado un daño para otros, dependiendo de la hipótesis que se esté explorando.
- Sin embargo una característica puede ser tanto un daño como un factor de riesgo.

Por lo tanto los factores de riesgo pueden ser específicos para un daño en particular. Con mayor frecuencia un mismo factor de riesgo aumenta las posibilidades de varios tipos de daños.

La importancia del valor de un factor de riesgo para la prevención, depende del grado de asociación con el daño a la salud y también de la frecuencia del factor

¹⁵ *El enfoque de riesgo*. Fotocopiado para uso docente. Especialidad en Salud Pública ENEO–UNAM. 1997. p. 18 Y 19.

de riesgo en la comunidad y a las posibilidades de prevenirlo¹⁶ (se adjunta esquema No. 1).

3.1.3 DAÑOS A LA SALUD

Son considerados como uno de los 4 indicadores negativos para valorar el nivel de salud de una población, se expresan en tasas de morbilidad principalmente por enfermedades transmisibles, incapacidad y mortalidad.¹⁷

Se entiende por daño **“...Cualquier alteración a la salud producida por la interacción de factores asociados. El daño en referencia puede a su vez contribuirse en factor de riesgo para que otros daños se presenten...”**¹⁸

➤ Morbilidad

Son las que se refieren a la frecuencia de la enfermedad, y ayudan a dilucidar las razones que justifican determinadas tendencias a la mortalidad, esto con el propósito de poder prevenir, tratar y rehabilitar los padecimientos que ocupan un lugar predominante por su magnitud y trascendencia, ya que por medio de estas estadísticas es posible conocer cuantos enferman así como la gravedad con que cursan su afección.¹⁹

¹⁶ • Laura Moreno. *Et. al. Op. cit.* II. p. 187.

• *El Enfoque de riesgo. Op. cit.* p. 14.

¹⁷ Manuel Sánchez. *Elementos de Salud Pública*. México. Ed. Méndez Cervantes. 1983. p. 30.

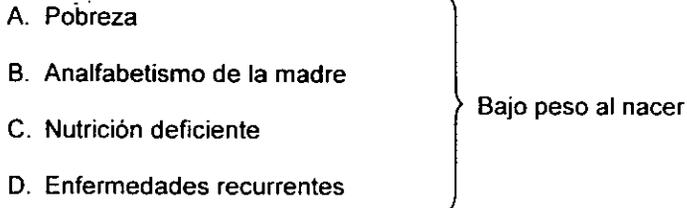
¹⁸ O.P.S. *Op. cit.* p. 61.

¹⁹ Arnulfo L. Gamiz. *Bioestadística, la estadística y su aplicación en el área de la salud*. México. Ed. Méndez Contreras 1993. p. 184

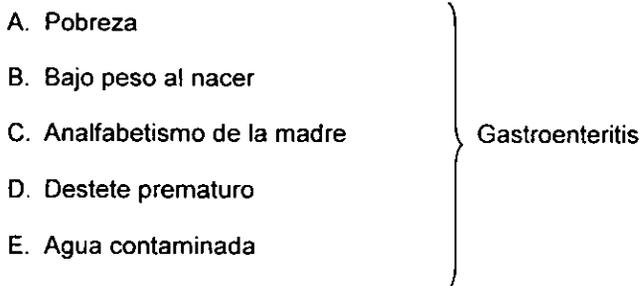
ESQUEMA No. 1

FACTORES DE RIESGO Y LOS DAÑOS ASOCIADOS

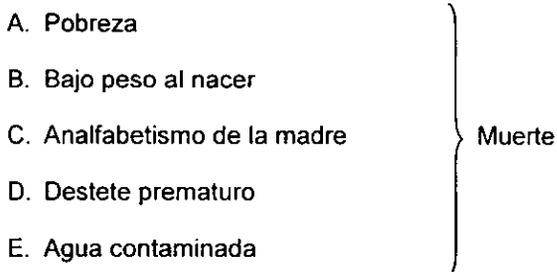
El feto se convierte en un recién nacido de bajo peso



El niño desarrolla gastroenteritis



El niño enfermo muere



Factores de riesgo

Daños

Fuente: Enfoque de riesgo. Fotocopiado. p. 14.

Tomando en cuenta que existen tasas específicas para calcular la morbilidad por grupo de interés, la disminución en su incidencia es un signo de desarrollo en los países.

$$\text{TASA DE PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD A} = \frac{\text{No. de personas con enfermedad A}}{\text{No. total de personas}} \times \text{Factor (100, 1000 ó 10,000)}$$

$$\text{TASA DE INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD B} = \frac{\text{No. de personas con enfermedad B en un determinado periodo.}}{\text{No. total de personas}} \times \text{Factor}$$

➤ Mortalidad

Estos datos estadísticos permiten estudiar enfermedades con letalidad elevada. Pueden tener sesgos pero, desde una perspectiva epidemiológica, con frecuencia proporcionan información valiosa sobre las tendencias del estado de salud de una población.²⁰

La tasa de mortalidad o tasa bruta de mortalidad se calcula con la fórmula siguiente:

$$\text{TASA BRUTA DE MORTALIDAD} = \frac{\text{No. de muertes en un período determinado}}{\text{Población total promedio durante dicho período}} \times 10^n$$

* También se puede calcular por grupos específicos.

²⁰ Ruth Bonita. *Op. cit.* p. 22.

➤ **Esperanza de vida**

Es otra estadística descriptiva muy utilizada del estado de salud de la población. Se define como el promedio de años que puede esperar viva una persona de una edad determinada si se mantienen las tasas de mortalidad actuales, en México actualmente la esperanza de vida es de 74 años.

➤ **Incapacidad**

Cada vez se tiende más a medir no sólo la frecuencia de enfermedades mediante tasas de incidencia y morbilidad, sino también las consecuencias de aquellas; como deficiencia, discapacidades y minusvalías. Las definiciones son las siguientes según la O.M.S.

***DEFICIENCIA:**

Toda pérdida o alteración de la estructura o función psicológica o anatómica.

***DISCAPACIDAD**

Cualquier restricción o carencia (resultante de una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o en los límites considerados como normales para un ser humano.

***MINUSVALÍA**

Es un inconveniente para una persona determinada, resultante de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de una tarea que es normal (dependiendo de la edad, el sexo y factores sociales y culturales) para el individuo.

Las mediciones de prevalencia y de incapacidad son problemáticas, incluso más que las de morbilidad, aún cuando, al igual que estas últimas, dependen de factores sociales dispares, sin embargo dada su importancia son cada vez más utilizadas ya que la morbilidad por procesos de evolución aguda y las enfermedades que anteriormente ocasionaban alta mortalidad han disminuido y el número de seniles es cada vez mayor, al incrementarse la esperanza de vida.²¹

El conocimiento de este tipo de mediciones estadísticas, permite al especialista en salud pública procesar datos recabados en los estudios para realizar diagnósticos lo más certeros posibles e implementar adecuadamente el enfoque preventivo.

3.1.4 MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD (RSO)

Las normas de los servicios se basan en un modelo asistencial validado por el sistema nacional de salud; las bases del modelo son los niveles de atención y el escalonamiento de las actividades; por lo tanto para el caso de la población abierta se debe contemplar un esquema que permita vencer las dificultades que el mismo sistema impone.

Las crecientes y cambiantes necesidades de salud en México denotan la transición epidemiológica por la que atraviesa la población. Ante esto se evidencia la importancia de las enfermedades infecciosas y la desnutrición que constituyen las causas principales del rezago epidemiológico. De igual forma se encuentran las no transmisibles y lesiones por accidentes, que representan los problemas emergentes de difícil solución a corto plazo.

²¹ *Ibidem*, pp 25-29

En la sociedad mexicana imperan notables desigualdades, así como la evidente exposición de la población hacia factores que dañan su salud. Sin embargo estos cambios se relacionan con fenómenos propios de la dinámica poblacional.²²

➤ **Obstáculos de desempeño al sistema de salud**

Ante la serie de cambios económicos, sociales y políticos que se ven actualmente la pregunta es: si el sistema de salud actual con los arreglos institucionales surgidos desde hace medio siglo, es capaz de responder a los nuevos retos de la población.

Hasta el momento el sistema de salud enfrenta siete obstáculos para su buen desempeño: la inequidad, insuficiencia, ineficiencia, inadecuada calidad, insatisfacción, inflación e inseguridad. Por lo tanto es evidente que los actuales esquemas de organización y financiamiento dificulten que los servicios de salud realicen su potencial de progreso social y económico.²³

➤ **Principios y propósitos de la Reforma de Salud**

Para renovar la salud no solo es necesario reconocer los aspectos negativos, también se debe tomar en cuenta y consensar en los cambios que pueden llevar al sistema de salud hacia una etapa de desarrollo avanzado.

Ante este esfuerzo se debe reconocer que todo sistema de salud refleja valores sociales y por lo tanto, la reforma es un proceso eminentemente político, dando origen a pensar en qué valores se desea que el sistema de salud promueva.

²² Guillermo Soberón. *La protección de la Salud en México*. Ed. Porrúa. 1982. p. 92.

²³ FUNSALUD. *Salud, la Sociedad Civil Frente a los Desafíos Nacionales*. México, Ed FUNSALUD. 1995. p. 39.

En México el consenso de la reforma parte de un conjunto de valores que se agrupan conscientemente en cuatro principios: CIUDADANÍA, PLURALISMO, SOLIDARIDAD, UNIVERSALIDAD; y tres propósitos: EQUIDAD, CALIDAD, EFICIENCIA.

Lo anterior comentado son aspectos que la enfermera especialista en Salud Pública debe conocer ampliamente ya que le permite analizar los cambios graduales que se han venido presentando en relación al sistema de salud vigente.

Ya en materia de Respuesta Social Organizada, se comenta también la importancia de la medicina tradicional ya que dentro de la estructura de la atención médica se observa que las áreas más desprotegidas son las que presentan más frecuentes y graves problemas de salud y paralelamente son las que tienen menos servicios de salud organizados, por ende se incrementan su recurrencia hacia las medicinas alternativas las cuales son de bajo costo y fácil accesibilidad debido a que las protagonistas se encuentran entre la población afectada.²⁴

➤ **Modelo de atención a la salud en la población abierta del estado de México (una estrategia de la R.S.O.)**

El establecimiento de un modelo que conforme las características de las ciudades y la manera de organizarse, no sólo es un requisito técnico, sino que constituye un paso indispensable para llevar de manera ordenada y sistemática servicios de salud a un mayor número de habitantes, propósitos que depende de un racional aprovechamiento de los recursos disponibles.

²⁴ FUNSALUD. *Economía y Salud*. México. Fotocopiado para uso docente. 1994, p. 29.

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

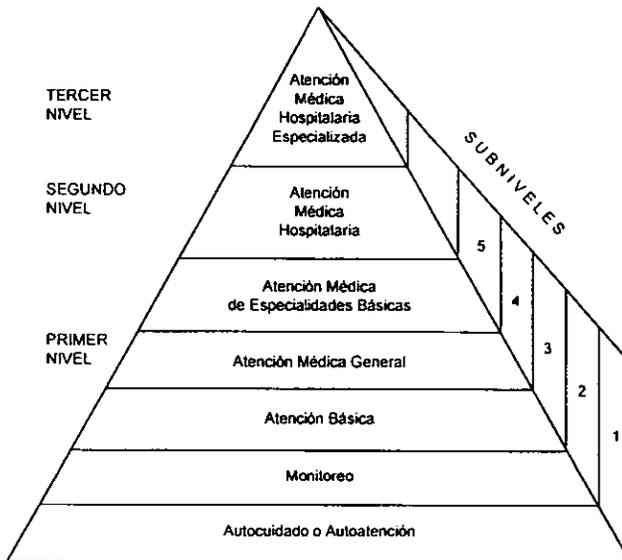
Para lograr estos propósitos se requiere de una adecuada regionalización y sobre todo del escalonamiento por niveles de atención que conlleva a la referencia de pacientes, así como de casos y problemas relacionados con la vigilancia epidemiológica y la regularización sanitaria, que incluye y exige la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

Este modelo se caracteriza por tener el primer nivel de atención sólidamente constituido por cinco subniveles. (Se adjunta esquema No. 2).

²⁵ ISEM. *Modelo de atención a la Salud de la población abierta del Estado de México*. México, 1993. p. 15.

ESQUEMA No. 2

NIVELES DE COMPLEJIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN



FUENTE ISEM *Modelo de Atención a la Salud* P. 18

Estos subniveles, tiene las siguientes características específicas:

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

3.1.5 TEORIA DE OREM

➤ Generalidades

Cuando se considera la gama de posibilidades de investigación que cubren ahora las enfermeras, todo es claramente importante para la profesión de enfermería, pero en el conocimiento representado por los problemas y metodologías de la investigación parece ser global. Sin embargo por definición una disciplina no es global se caracteriza por una perspectiva única, una manera distinta de ver todos los fenómenos la cual define a final de cuentas los límites y la naturaleza de su indagación.

Este es el problema que invade a la mayoría: la identificación de la esencia de la investigación en enfermería y de los elementos y rutas comunes que le dan coherencia a un cuerpo identificable de conocimientos. Como investigadores de enfermería, parecemos funcionar básicamente con conocimientos tácticos, más bien que explícitos, acerca de las amplias conceptualizaciones características de la enfermería. Se dá por hecho que la perspectiva de enfermería se acepta y comprende en forma general, hasta que requiere una explicación de los aspectos particulares. Además los autores de enfermería tienden a enfatizar formulaciones especulativas y reflexiones teóricas enfocadas a reducir la naturaleza de la enfermería más que aplicar la estructura del cuerpo de conocimientos que constituye esta disciplina.²⁶

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

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

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

²⁶ Esther Gallegos. *Teorías y Modelos en Enfermería*. Fotocopiado para uso docente. Especialidad de Salud Pública. ENEO-UNAM. México, D.F. 1997. p. 1.

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

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

En lo relacionado a los campos ético, legal, y profesional, las enfermeras debemos actuar y reflejar lo que se planifica, se hace y evalúa. El modelo de Orem facilita este proceso, abordando el déficit de auto cuidado a través de la valoración profunda del paciente o cliente.

Este modelo abarca, por lo tanto, no solo las necesidades de autocuidado universales, sino también aquellas necesidades de desarrollo físico, social y psicológico del individuo, de su situación de enfermedad o lesión y de su relación con las profesionales del cuidado de la salud que para el caso lo denominaremos Enfermero, el cual operará sus intervenciones a través de sistemas, como se señala a continuación.

La teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la "forma" de enfermería y la relación entre las propiedades de la persona y la enfermera. Los sistemas de enfermería pueden ser formadas o producidos para individuos, personas que constituyan una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos

miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes similares o que tienen limitaciones similares para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente, para familias, o para otras unidades multipersonales.²⁷

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

A fin de concluir los aspectos planteados la especialista de posgrado en Salud Pública, hará uso de esta teoría (OREM), basándose en el enfoque de riesgo y autocuidado para la proyección de un diagnóstico de salud; enfatizando acciones

²⁷ Dorotea Orem E. *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica*. España. Ediciones Científicas y Teóricas. S.A. Ed. Masson. 1993. p. 80 y 164.

²⁸ Sofía Sánchez P. *Diagnóstico de requisitos de autocuidado*. México, D.F. Proyecto de Investigación, Agosto 1996. p. 8.

de prevención, promoción, planificación, organización intervención y evaluación; lo que fundamentará plenamente cada una de las intervenciones que sean requeridas para satisfacer las necesidades detectadas en la comunidad de estudio; tomando en cuenta la capacidad y factibilidad de la enfermera en Salud Pública.

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

➤ **Autocuidado**

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

Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de si mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

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

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

Un componente de la Teoría de Orem, son los REQUISITOS DE AUTOCUIDADO, Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo. Los requisitos de autocuidados son expresiones de los objetivos a lograr, de los resultados deseados al ocuparse intencionadamente del autocuidado.²⁹

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: UNIVERSALES, DE DESARROLLO Y DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.

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

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

²⁹ Dorotea Orem P. *Op. cit.* p. 136.

➤ Requisitos de Autocuidado Universal

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

Se mencionarán ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos:

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

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

³⁰ *Ibidem*, p. 141.

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

➤ **Requisitos de Autocuidado de Desarrollo**

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

Se mencionarán a continuación dos tipos de requisitos de autocuidado del desarrollo:

- Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración durante:
 - Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento
 - La etapa de la vida neonatal ya sea: nacido a término o prematuramente y nacido con un peso normal o con bajo peso.
 - Infancia
 - Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta;

- Las etapas de desarrollo de la edad adulta:
 - El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.
- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan afectar adversamente al desarrollo humano.
 - Deprivación educacional
 - Problemas de adaptación social
 - Fracaso de una individualización saludable
 - Pérdida de familiares, amigos, asociados
 - Pérdida de posiciones, de la seguridad laboral,
 - Cambio brusco de residencia a un entorno desconocido
 - Problemas asociados con la posición
 - Mala salud a incapacidad
 - Condiciones de vida opresivas
 - Enfermedad terminal y muerte inminente

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

³¹ Stephen. Cavanagh. *Modelo de Orem*. España. Ed. Salvat. 1993. p. 7.

➤ **Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud**

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

Es de mencionar que los requisitos de autocuidado surgen no sólo de la enfermedad, lesión, desfiguración e incapacidad, sino también de las medidas de cuidados prescritos o realizadas por los médicos, estas medidas pueden modificar la estructura o requerir modificaciones de conducta.

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

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

A continuación se mencionarán seis categorías de autocuidado de desviación de la salud:

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos biológicos específicos o a condiciones ambientales asociados con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociados con patología humana.

- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que producen malestar o deterioro incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- Modificar el autoconcepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de la salud.
- Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal.³²

Las acciones de autocuidado a realizar durante un cierto tiempo para satisfacer requisitos de autocuidado conocidos, usando métodos válidos y grupos de acciones y operaciones relacionadas, se denominan DEMANDA DE AUTOUIDADO TERAPEUTICO.

³² Dorotea Orem P. *Op. cit.* p. 150-151.

Los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos, se denominan FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES los cuales se mencionarán a continuación:

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

Estos factores identificados condicionarán de diversa manera las demandas de autocuidado terapéutico.³³

³³ *Ibidem.* p. 153.

1 ➤ Teoría de Enfermería del Autocuidado: Una Teoría General

➤ Generalidades

El arte de la enfermería inicia con base en su conceptualización, sus características y forma de expresión se manifiesta día a día a través de cuidados especializados dirigidos al individuo, familiar o comunidad, con operaciones intra y extramuros bien definidos.

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

¿A qué prestan atención las enfermeras?

¿Qué hacen las enfermeras cuando dan cuidados?

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

En el desarrollo inicial de la enfermería se dijo que “Las enfermeras tenían gran culpa de que los pacientes estuvieran mal cuidados en los hospitales”.³⁴

³⁴ *Ibidem.* p. 71.

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

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

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

➤ **Concepto de sistema de enfermería**

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

"...AUTOCUIDADO: Es una actividad aprendida orientada a un objetivo. Esta conducta existe en situaciones concretas de la vida, dirigida hacia las personas y su entorno para regular los factores de su desarrollo y funcionamiento para beneficio de su vida, salud y bienestar.

CUIDADO DEPENDIENTE: Es una actividad que realiza un adulto responsable cuya característica es su dependencia total.

AGENCIA DE ENFERMERÍA: Atributo que tienen las personas educadas y capacitadas para ayudar a otros a conocer sus demandas.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Capacidad que desarrolla un adolescente o adulto permitiéndole discernir los factores que regulan su funcionamiento.

AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE: Capacidad que desarrollan los adultos responsables del cuidado de las personas que de ellos dependen...³⁵

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

➤ **Teoría del autocuidado**

Es necesario comprender, para entender la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería.

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

Realiza acciones reguladoras por medio de los requisitos reguladores.

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

³⁵ *Ibidem.* p. 73.

La premisa de esta teoría indica que: los seres humanos tienen condiciones iguales para desarrollar habilidades y prácticas para el autocuidado dependiente y varían de acuerdo a la cultura y contexto socioeconómico.

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

➤ Teoría del Déficit

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

Estas premisas se enfocan desde dos puntos de vista.

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

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

³⁶ *Ibidem.* p. 76.

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

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

➤ **La Teoría del Sistema de Enfermería**

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

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

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

Es conveniente mencionar que los esfuerzos se relacionan e interactúan con los pacientes o clientes, en donde estos tienen requisitos de autocuidado; y por lo tanto, las enfermeras determinan los requisitos del autocuidado de los pacientes,

³⁷ *Ibidem.* p. 78.

seleccionando a su vez el proceso y tecnología para motivar el desarrollo de valores y habilidades del paciente y en esta forma satisfacer sus requisitos de autocuidado.

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

➤ **Agencia de Autocuidado y Agencia de Cuidado Dependiente**

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

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

➤ **La Agencia de A-C, una capacidad humana.**

Orem usa la palabra AGENTE para referirse a la persona que realmente proporcionan los cuidados o realizan alguna acción específica.⁴⁰

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

³⁸ *Ibidem.* p. 80

³⁹ *Ibidem.* p. 89.

⁴⁰ *Ibidem.* p. 163.

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

Existen casos en los que la agencia de autocuidado está aún en proceso de desarrollo, o también aquellos cuando el individuo puede tener una agencia de autocuidado desarrollada, que sin embargo no funcione, esto se evidencia cuando una persona puede darse cuenta que necesita ayuda, ser capaz de buscarla pero preferir NO hacerlo por motivos de temor–ansiedad.

➤ **Cuidar de uno mismo**

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

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

Cuando se ha tomado la decisión de autocuidarse se debe diseñar un plan o procedimiento definido a fin de satisfacer las necesidades percibidas y

⁴¹ *Ibidem*, p. 189.

posteriormente debe existir el DESEO y el COMPROMISO de continuar con lo planeado.

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

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

- Capacidad de atender y vigilar su autocuidado y los factores del entorno
- Uso controlado de la energía física para el plan o prescripción
- Control de su cuerpo para las operaciones de autocuidado
- Razonar con enfoque de autocuidado
- Motivación
- Capacidad de decidir sobre uno mismo y hacerlo
- Capacidad de adquirir conocimientos sobre auto cuidado y retenerlos
- Operacionalizar las acciones de autocuidado con capacidades cognitivas, perceptuales y de comunicación
- Capacidad para ordenar o priorizar los sistemas de acción de autocuidado
- Actuar de modo coherente, integrando acciones de autocuidado a la vida personal familiar y contraria.⁴²

⁴² *Ibidem.* p. 175

➤ **Agencia de Cuidado Dependiente**

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

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

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

De esto se puede inferir que los adultos se ven implicados de manera frecuente en una amplia gama de actividades de cuidado dependiente proporcionando cuidados parciales o totales, de lo que se desprende su nombre según Orem: AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE, sin embargo en las situaciones en que la enfermera proporciona cuidados, usa la agencia de enfermería.

➤ **Limitaciones de Autocuidado**

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

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

⁴³ *Ibidem*. p. 196.

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

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

➤ **Deficit de Autocuidado**

El término se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que sus capacidades no satisfacen sus demandas. El déficit está asociado con el tipo de demanda y las limitaciones de autocuidado.

Los déficits de autocuidado pueden ser completos o parciales, el completo o total significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico.

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

La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas constituye una evidencia de un déficit de autocuidado:

⁴⁴ *Ibidem* p 189

- Falta de ocupación continuada en el autocuidado o clara falta de adecuación para cubrir requisitos de autocuidado.
- Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la que se debe al sueño natural.
- Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la conducta
- Limitaciones para juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y de formalidad con las condiciones internas y externas
- Acontecimientos que indican disfuncionalidad o alteración que dan origen a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.

Necesidad de los individuos de incorporar en su sistemas, medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere de la adquisición de conocimiento y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.⁴⁵

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

⁴⁵ *Ibidem*, p. 194

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

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

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

➤ **Demanda de Autocuidado Terapéutico**

Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.

También puede resumirse como la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen, o que pueden ocurrir en el futuro, y lo que puede o debería de hacerlas para satisfacerlos.

La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es, por lo tanto, una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

3.2 MARCO REFERENCIAL

3.2.1 GENERALIDADES DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIO DE ECATEPEC

El Estado de México se localiza en la parte centro sur de la República Mexicana, políticamente está dividido en 121 municipios, su población total calculada en 1990 fue de 11,829,254 habitantes con base en esto se calculó la densidad de población en 525 hb/Km².⁴⁶ (Anexo 1)

El 70% de los habitantes se encuentran instalados en la periferia del área metropolitana de la ciudad de México, en donde la concentración calculada para Ecatepec es de 9 mil habitantes por Km².

➤ Antecedentes Históricos de Municipio de Ecatepec

Se tienen antecedentes de que fue fundado en 1165 por Cuatitlanecos que viajaban hacia Tenochtitlán, Ecatepec alcanzó la categoría de alcaldía mayor, durante el virreinato en cuya jurisdicción estaban los pueblos de San Pedro Xalostoc, Santa Clara Coatitla, Santo Tomás Chiconautla, Tulpetlac y Zumpango.⁴⁷

Actualmente cuenta con 1729 empresas industriales donde se da ocupación a 129,628 trabajadores.

Además de la actividad industrial se enfrenta al problema de asentamientos humanos, lo que implica demanda de servicios públicos y de salud.

⁴⁶ O.P.S. *Op. cit.* p4.

⁴⁷ Leonardo Muñoz. *Op.cit.* p.q12.

➤ Datos Geográficos

Se localiza al oriente del Estado de México, a una altitud de 2500 metros sobre el nivel del mar, limita al norte con el municipio de Tecamac, al sur con Cd. Nezahualcoyotl, y el Distrito Federal, al oriente con los municipios de Atenco y Acolman y al poniente con el D.F., Tlalnepantla y Coacalco.

En Ecatepec la vegetación es cambiante por la deforestación y reforestación constante. El tipo de fauna está representado por especies como: gorrión, correcaminos, tecolote, zorrillo, tuza, serpiente y conejo los cuales son afectados por asentamientos humanos.

Actualmente hasta 1994 maneja una población absoluta de 2,612,500 habitantes. En lo que respecta a Instituciones de salud cuenta con: 41 clínicas IMSS; 2 clínicas ISSSTE; 1 clínica DIF; 18 centros de salud del ISEM; 44 consultorios dentales de salud pública municipal; 2 hospitales; una clínica ISSEMYN; un hospital del ISEM y 531 consultorios generales de salud pública municipal.⁴⁸

Actualmente existe en el municipio 1,729 empresas que emplean a 146,334 personas, existe también comercio en pequeño y gran escala.

La actividad económica es homogénea ya que mientras existen actividades que hacen crecer al municipio con buen nivel de modernización, existen también otros que lo mantienen en el rezago, sin embargo prevalece la política agropecuaria y agrícola.⁴⁹

⁴⁸ H. Ayuntamiento. *Op. cit.* p.68 y 69.

⁴⁹ *Ibidem.* p. 72 y 74.

3.2.2 DESCRIPCIÓN DE LA MICRORREGIÓN DE ESTUDIO

Tulpetlac, forma parte de los pueblos más antiguos del municipio; por contigüidad sus antecedentes históricos, étnicos y culturales son semejantes a los del mismo; su historia indica que la tenencia de la tierra en su mayoría es comunal, con un 40% de extensión ejidal de sembradío y el porcentaje restante en cerril, este último desde hace aproximadamente 40 años ha sido invadido, vendido o repartido en lotes pequeños por vivienda a gente de escasos recursos.⁵⁰

Este desmedido incremento en áreas de crecimiento urbano ha dado origen a que las necesidades de servicios públicos también se incrementan ocasionando problemas sanitarios, demográficos y de salud importantes, los cuales representan factores de riesgo para la población, no solo del centro del pueblo sino también para las que ahora son sus áreas marginadas periféricas compuestas por colonias que juntas forman el conglomerado denominado Ampliación Tulpetlac.⁵¹ (Anexo 2)

Es en esta área de crecimiento donde se ubica la zona de estudio denominada Tecuescomac, nombre que recibe por ser un barrio del poblado que hace apenas 10 años, era pastizal para el ganado (vacas y toros) de la población nativa.

Actualmente se encuentra totalmente cubierta por asentamientos humanos irregulares con todos los problemas de déficit de urbanización ya mencionados y además evidenciando su bajo nivel socioeconómico.⁵²

⁵⁰ Luis M. Franco H. *Estudio de Comunidad microrregión Texalpa*. 1995. p.53.

⁵¹ Erika González E. *Estudio de Comunidad Ampliación Tulpetlac*. 1996. p.33.

⁵² Herlinda Morales. *Crónica de Sta. Ma. Tulpetlac Presencia y Cultura*. p.46.

➤ Diagnóstico de Salud de la Microrregión de Estudio

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre de la microrregión: **TECUESCOMAC** (Anexo 3).
2. Responsable por el ISEM: **TAPS Petra Rodríguez Pérez**.
3. Fecha de recopilación de datos: **1996**.
4. Fecha de elaboración del Diagnóstico: **1997**.
5. Límites
 - **Norte:** calles Ixtlahuaca, Villa Guerrero y Huehuetoca, con microrregión Lomas de Sta. Cruz y Área nueva.
 - **Sur:** Calle Bugambilias, Morelos y Av. México y con microrregión Lomas de Tulpetlac.
 - **Este:** Calle Saltillo, Culiacán, Yucatán y Río Bravo y microrregión Ampliación Tulpetlac II y III.
 - **Oeste:** calle Sultepec, Poltlán y Tultepec y con microrregión "Área Nueva" que se encuentra sin recurso TAPS.
6. Superficie: **5152 m²**
7. No. de Sectores: **18**
8. No. de Viviendas: **1284**
9. No. de Familias: **1362**

II. DEMOGRAFÍA

10. Población de Coordinación Municipal: **85'192 Hb.**

11. Población de la microrregión: **5813 Hb = 6.8%. del total de la Coordinación municipal.**

- Programada por normatividad: **5000 Hb.**
- Real captada por Tarjeta de Visita Familiar **5813 Hb.**
- Porcentaje excedente 813 Hb = **16.2%**

12. Población con seguridad social: **2208 Hb = 38%**

Población sin seguridad social: **3605 Hb = 62%**

13. Densidad de población: **1.1 Hb x m²**

14. Población por grupo etáreo

Hombres	2956	
Mujeres	2857	
Total	5813	(Anexo 4)

15. Número de familias: **1362**

16. Promedio de miembros por familia: **4.2**

III. EDUCACIÓN

17. Número de personas de 12 años y más que saben leer y escribir: **3780 = 65% de la población microrregional**

18. Número de escuelas primarias existentes en la microrregión: **NO HAY**; la más cercana se encuentra a **15'** de ella.

IV. OCUPACIÓN E INGRESO

19. Población de 10 años y más existente: **4269** que corresponde al **73%** de la población total y es la económicamente activa
20. Ingreso mensual promedio por familia de la microrregión (cantidad en pesos sin centavos): **\$1,190.00** por lo tanto el ingreso promedio al día por familia es de **\$39.65**

V. SANEAMIENTO DEL MEDIO

21. Características generales de las viviendas de la microrregión

La construcción de viviendas, en su mayoría son de concreto, algunas con techo de lámina, y un porcentaje significativo de las viviendas tienen problema en cuanto a la disponibilidad del agua. (Anexo 5)

22. Promedio de habitantes por vivienda: **4.2**

23. Destino final de los desechos

De acuerdo a los porcentajes de la recolección: el 93% queda en el macro ambiente familiar y comunitario, el 4.1% que corresponde a recolección por camión y tracción animal llega al tiradero municipal que se encuentra el Chiconautla y solo un pequeño porcentaje la entierra y/o quema contaminando el ambiente familiar.

24. Fauna nociva para la salud.

La característica del área de estudio por su ubicación geográfica y nivel socioeconómico: arañas, perros callejeros, moscas, cucarachas, ratas y ratones, chinches, pulgas, moscos (temporada de lluvia), gatos y cochinillas.

25. Datos de urbanización de la microrregión.

CONCEPTO	URBANIZACIÓN		
	NO	PARCIAL	TOTAL
ALUMBRADO PÚBLICO	85%	15%	100%
PAVIMENTO DE CALLES	65%	35%	100%
ALCANTARILLADO	100%	–	100%

Fuente: Observación directa.

VI. ESTADO VACUNAL

La cobertura de esquemas completos de vacunación alcanzado en relación al universo es del 80%, aproximadamente. (Anexo 6).

26. Parteras empíricas existentes en el área de la microrregión

Concepto	F°
Parteras empíricas	3
Adiestradas	1
No adiestradas	2

Fuente: Directa primaria

27. Otros recursos para la salud existentes en la microrregión

A) HOSPITALES O CLÍNICAS

En la microrregión no hay, pero dentro de la Coordinación Municipal se cuenta con:

R.S.O.	ATENCIÓN	ISOCRONO	No. CAMAS	DIRECCIÓN
1. Centro de Salud Urbano	1er. Nivel	15'–30'	–	Texalpa S/N Tulpetlac
2. Hospital General de Zona y Unidad de Med. Familiar No. 68.	1º. y 2o. nivel	45' – 60'	160	Via Morelos y Calle Chiapas Tulpetlac
3. Hospital periférico ISSEMYM	1o. y 2o. nivel	45' – 60'	40	Calle Chiapas y Zacatecas Tulpetlac
4. Hospital J.M. Rodríguez	2o. Nivel	60'– 90'		Av. Central y Copérnico Valle de Anáhuac.

Fuente: Directa

B) MEDICOS

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

C) RECURSOS DE ENFERMERÍA

Únicamente los del Centro de Salud más cercano: 5 enfermeras

D) FARMACIAS

NOMBRE	DIRECCIÓN
– CHARLY	Av. Chiapas y Mazatlán
– SAGRADO CORAZÓN	Interior del mercado Nueva creación en Av. México y Puebla
– SYN	Av. Chiapas Mz. "C" Lte. 9
– SAN ANDRÉS	Av. chiapas Mz. Lte. 4

Fuente: Directa

E) CURANDEROS

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

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

28. Seguridad Social de las familias de la microrregión de Tecuescomac

El mayor porcentaje de las familias de la microrregión de estudio no tiene seguridad social 57.64%. (Anexo 7)

29. Proporción de enfoque de riesgo familiar

Del total de familias de la microrregión de estudio el 33.99% se encuentra con la calificación de enfoque de riesgo 1. (Anexo 8).

30. Tipo de familia y ciclo habitual

El 90% de las familias son nucleares y el restante 10% corresponden a la clasificación de familia extendida, existe independencia total al separarse del núcleo primario

VII NATALIDAD

Durante 1996 hubieron 69 nacimientos en la microrregión Tecuescomac, de los cuales 37 fueron mujeres (55%) y 31 fueron hombres (45%)

Tasa natalidad: 11.6

VIII. MORBILIDAD INFANTIL QUE REPORTA LA COORDINACIÓN MUNICIPAL AMPLIACIÓN TULPETLAC

Las principales causas de demanda de atención médica son las Infecciones Respiratorias Agudas 80.14%. (Anexo 9).

IX. MORTALIDAD INFANTIL QUE REPORTA LA COORDINACIÓN MUNICIPAL AMPLIACIÓN TULPETLAC

Con lo que respecta a la mortalidad infantil la principal causa corresponde a Bronconeumonía con una tasa de 5.3 por 10,000 habitantes menores de 5 años y en una tasa menor la Bronquitis Aguda. (Anexo 10).

X. PRIORIZACIÓN DE RIESGOS

- Déficit de Autocuidado
- Alta incidencia de morbilidad por IRA
- Elevada tasa de mortalidad por neumonía
- Problemas con la Tenencia de la tierra
- Fecalismo por descarga (protodrenajes)
- Tiradero de desechos a cielo abierto en la barranca
- Deficientes hábitos higiénicos dietéticos
- Déficit de atención médica durante la tarde y noche
- Número de recursos TAPS, insuficiente para la cobertura que demanda la microrregión, de acuerdo a la normatividad
- Deficiente cultura en salud en la familia
- Contaminación y bajo cloro residual en el agua de consumo humano
- Nivel socioeconómico bajo

- Inadecuada construcción de viviendas
- Alimentación deficiente en cantidad y calidad
- La microrregión de estudio ocupa el primer lugar a nivel jurisdicción en mortalidad por neumonía (IRA) y gastroenteritis (EDA)

3.2.3 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) ocupan el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años, causan en promedio entre cuatro y cinco episodios al año respectivamente, situación que afecta de manera directa el crecimiento y desarrollo de los niños, generan del 50 al 80% de la demanda de consulta externa y del 30 al 50% de las hospitalizaciones pediátricas.

Los niños menores de 5 años tienen más riesgo de morir por IRA y los preescolares por EDA.

En México en 1994 las IRA ocuparon el 3er. Lugar como causa de muerte en los menores de 1 año y de los de 1 a 4 años. Los virus son los agentes etiológicos predominantes y la mayoría de estas enfermedades son benignas y sin complicaciones.⁵³

De las IRA, la NEUMONÍA, constituye la forma más grave y es responsable del 80% de los fallecimientos por estos padecimientos. Los agentes bacterianos son los patógenos más frecuentemente identificados, lo cual se explica, porque las

⁵³ MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO EFECTIVO DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA E INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, Sistema Nacional de Salud. 1997. P. 6 y 9.

infecciones virales primarias alteran el componente inmunológico pulmonar y facilitan el establecimiento de oportunistas como:

Streptococcus pneumoniae	}	en un 60%
Haemophilus influenzae		
Staphilococcus flureus	}	en un 30%
Sreptococcus pyogenes		
Klebsiella preamoniae		

Las IRA contribuyeron en 1994 y 95 con el 21.3% del total de defunciones en el grupo infantil y con 27.7% en el de preescolares.

A pesar de la seriedad de ambas enfermedades la mayoría de defunciones que causan pueden evitarse con un Dx. temprano y tratamiento efectivo.

Hasta un 80% de las muertes por neumonía pueden evitarse con la identificación de los signos de alarma o gravedad, atención médica, hospitalización oportuna y la utilización adecuada de antibióticos.

Durante 1996 las IRA ocuparon el segundo lugar como causa de muerte en los menores de 5 años, y fueron responsables de un 14% de las defunciones registradas en este grupo de edad.

Entre los niños menores de 5 años, los menores de 12 meses tienen mayor riesgo de morir por estos padecimientos. Este grupo etáreo concentra el 80% de las defunciones.

La información de 772 autopsias verbales en 1996, con diagnóstico confirmado, indica que el 79.0% de las defunciones recibieron, por lo menos una atención médica y más del 64% ocurrieron en el hogar.⁵⁴

AGENTES ETIOLÓGICOS INVOLUCRADOS EN LOS SÍNDROMES RESPIRATORIOS AGUDOS

SINDROME	VIRUS	BACTERIAS	OTROS
Catarro común	Sincicial respiratorio Parainfluenza Rhinovirus Enterovirus Adenovirus	B. pertusis	M. pneumoniae
Otitis media aguda		S. pneumoniae H. influenzae B. catarrhalis S. pyogenes	
Faringo-amigdalitis	Adenovirus Epstein-Bar Coxsackie Herpes	S. pyogenes del grupo A. C. diphtheriae	
Grupo	Sarampión Parainfluenza Influenza Adenovirus Sincicial respiratorio	H. influenzae C. diphteriae	
Bronquitis	Sincicial respiratorio Parainfluenza Influenza Adenovirus		M. pneumoniae
Neumonía	Sarampión Sincicial respiratorio Parainfluenza Adenovirus Citomegalovirus	S. pneumoniae H. influenzae K. pneumoniae S. aureus	M. pneumoniae U. urealyticum C. trochomotis P. carinii

Fuente: Manual para la Vigilancia Epidemiológica de *pronaced-ira*, p. 9.

⁵⁴ SECRETARÍA DE SALUD. Pregunta de Atención a la Salud del Niño IRA. México, 1988 p. 2.

MORTALIDAD* POR NEUMONÍA, MÉXICO, 1994

Entidad Federativa	Total	Total Mujeres	Total Hombres	Grupos de edad en años (ambos sexos)				
				0-4	5-14	15-44	45-59	60 y >
Aguascalientes	14.0	10.8	17.3	54.0	0.5	1.1	6.2	107.2
Baja California	18.6	16.1	21.0	73.2	0.9	2.5	8.9	146.7
Baja California Sur	17.4	16.4	18.5	46.2	1.2	2.0	9.2	196.3
Campeche	18.9	17.6	20.1	88.1	2.0	1.8	2.3	108.4
Coahuila	12.7	11.1	14.3	37.2	0.9	1.0	9.0	110.8
Colima	13.1	11.4	14.9	38.2	1.9	1.8	4.8	109.1
Chiapas	48.6	44.2	53.0	238.3	2.6	5.2	23.5	231.6
Chihuahua	21.9	17.8	25.9	71.3	1.8	3.6	11.8	163.0
Distrito Federal	24.9	22.4	27.7	70.0	1.0	4.7	17.8	175.6
Durango	22.8	20.3	25.4	89.4	0.7	2.0	9.5	143.0
Guanajuato	31.9	29.0	34.9	128.8	1.6	3.2	11.5	203.6
Guerrero	30.7	28.5	32.9	161.5	2.0	3.1	7.8	100.8
Hidalgo	37.3	34.7	39.8	179.0	2.1	2.8	17.5	182.3
Jalisco	25.9	24.5	27.3	78.5	1.2	3.1	2.7	197.1
México	34.2	31.2	37.3	159.3	1.8	4.0	18.4	189.0
Michoacán	25.5	23.3	27.8	120.1	1.1	2.7	5.3	112.7
Morelos	18.8	15.8	21.9	60.3	1.6	3.3	9.5	132.5
Nayarit	19.3	13.3	25.4	63.3	2.0	2.4	5.2	134.6
Nuevo León	18.1	14.8	21.4	50.8	1.0	2.7	11.3	158.3
Oaxaca	32.9	32.3	33.5	133.4	3.2	3.6	19.0	159.6
Puebla	43.8	40.7	47.0	185.6	3.5	5.3	21.8	211.1
Querétaro	31.8	29.5	34.1	130.7	2.6	2.5	10.6	219.5
Quintana Roo	16.2	15.8	16.6	84.0	0.0	1.0	9.1	118.9
San Luis Potosí	33.3	29.8	36.9	148.0	2.3	3.3	12.9	160.6
Sinaloa	15.8	15.6	15.9	62.4	1.8	1.9	6.4	110.7
Sonora	15.7	14.9	16.6	47.4	1.2	1.8	8.9	135.9
Tabasco	15.7	14.9	16.4	22.7	1.5	1.5	6.3	93.3
Tamaulipas	12.9	11.4	14.5	49.9	1.0	1.2	7.5	87.9
Tlaxcala	42.0	38.9	45.2	206.1	0.9	3.5	18.2	193.3
Veracruz	17.3	15.9	18.7	77.5	1.7	2.4	7.6	91.2
Yucatán	25.1	21.5	28.9	83.6	1.5	2.5	16.5	164.9
Zacatecas	27.1	23.6	30.7	107.5	0.9	2.1	10.6	154.7
República Mexicana	27.0	24.5	29.5	69.9	17.5	14.1	8.9	16.3

* Tasa por 1,000 habitantes.

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud, Centro de Economía y Salud. 1996
CIE. 9c. 480-40%.

**CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD*
REPORTADA** COMO PROBLEMA DE SALUD. MÉXICO, 1994**

Entidad Federativa	Vías respiratorias altas	Vías respiratorias bajas	Enfermedades gastrointestinales	Diabetes	Hipertensión
Aguascalientes	16.7	3.7	9.3	1.9	7.4
Baja California	18.6	5.5	13.1	1.1	4.4
Baja California Sur	30.7	4.4	2.2	4.4	6.6
Campeche	21.0	5.3	10.5	5.3	--
Coahuila	21.4	2.7	7.1	3.6	2.7
Colima	64.9	2.2	6.5	4.3	6.5
Chiapas	15.6	1.8	27.0	1.1	1.4
Chihuahua	21.8	2.8	8.5	0.7	6.3
Distrito Federal	25.0	1.6	11.4	2.3	3.3
Durango	31.4	5.2	16.8	1.0	4.2
Estado de México	27.7	1.7	7.7	0.7	2.5
Guanajuato	28.6	3.9	8.9	3.1	2.7
Guerrero	22.8	1.2	14.2	2.8	5.8
Hidalgo	15.4	1.6	11.4	3.3	9.8
Jalisco	26.9	3.4	10.1	6.7	5.0
Michoacán	29.6	0.5	12.6	1.0	2.9
Morelos	16.7	1.0	19.6	--	2.0
Nayarit	26.6	2.2	8.9	2.2	8.9
Nuevo León	27.2	1.9	8.3	1.0	2.9
Oaxaca	26.0	1.4	16.5	0.8	2.8
Puebla	20.1	4.1	13.7	3.7	3.2
Querétaro	58.4	1.4	16.3	2.7	5.4
Quintana Roo	13.9	4.6	13.9	--	--
San Luis Potosí	36.8	5.3	8.4	2.1	2.1
Sinaloa	39.9	4.6	7.9	2.6	7.9
Sonora	51.3	3.4	19.7	--	6.8
Tabasco	43.3	2.7	18.3	2.7	8.8
Tamaulipas	16.3	3.9	4.7	2.3	3.1
Tlaxcala	47.5	1.8	7.0	10.5	3.5
Veracruz	21.5	2.4	13.4	2.1	3.3
Yucatán	23.0	1.1	10.3	1.1	6.9
Zacatecas	29.8	2.6	10.5	0.9	5.3
República Mexicana	25.4	2.3	10.8	2.0	3.7

* Tasa por 1,000 habitantes.

** La morbilidad reportada por la población es de los 15 días previos a la encuesta.

Nota: La ENSA no es representativa a nivel estatal, sin embargo por la riqueza de la información se decidió presentarlo. No se encontraron grandes diferencias con los hallazgos a nivel de región informados en otros documentos publicados por la SSA.

Fuente: Procesamiento propio de los datos de la Encuesta Nacional de Salud II, 1994. SSA.

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

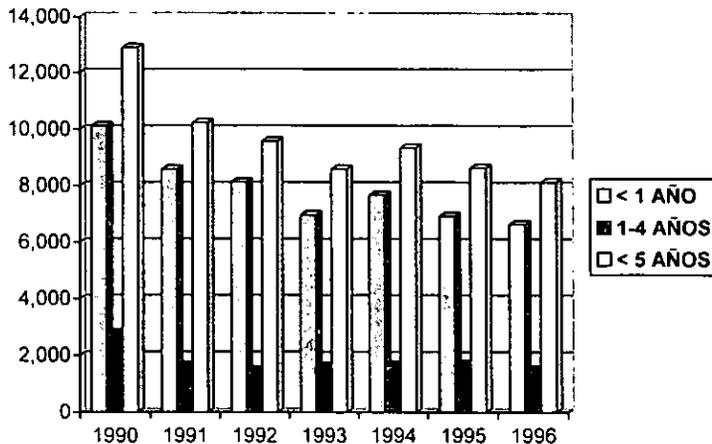
AÑO	< 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		< 5 AÑOS	
	DEF.	TASA ¹	DEF.	TASA ²	DEF.	TASA ²
1990	10,122	370.0	2,785	32.7	12,907	115.7
1991	8,594	311.8	1,651	19.4	10,245	91.8
1992	8,787	290.5	1,470	17.2	9,597	86.0
1993	6,996	246.4	1,614	18.9	8,610	77.2
1994	7,687	264.7	1,669	18.8	9,358	84.0
1995	6,955	252.9	1,694	19.8	8,649	77.8
1996	6,664	245.5	1,497	16.9	8,141	73.4

* Incluye neumonía e influencias.

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

1 Tasa por 100,000 nacidas vivas registradas.

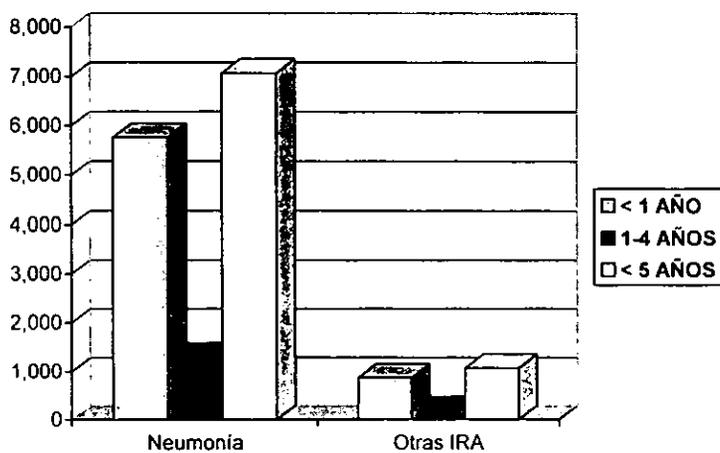
2 Tasa por 100,000 habitantes del grupo de edad.



DEFUNCIONES POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE CINCO AÑOS, MÉXICO 1996

CAUSA	GRUPO DE EDAD					
	< 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		< 5 AÑOS	
	No. Defun.	%	No. Defun.	%	No. Defun.	%
NEUMONÍA	5,768	87%	1,301	87%	7,069	87%
OTRAS I.R.A	876	13%	196	13%	1,072	13%
TOTAL	6,644	100%	1,497	100%	8,141	100%

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática. SSA. Mortalidad, 1996.



4. ESQUEMA METODOLOGICO

4.1 VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso de enfermería que precede al Diagnóstico, la cual se centra en la obtención de información sobre la entidad multipersonal. De acuerdo con Alfaro esta etapa comprende la obtención de datos tanto de fuentes secundarias como primarias, para tal fin se utilizó la tarjeta de visita familiar (Anexo 11) y además se elaboró otro instrumento (Anexo 12) para captar información a través de técnicas de entrevista familiar y observación de la comunidad con lo que se captaron datos objetivos y subjetivos, de la misma.

La validación de los datos está dada, porque, las técnicas fueron estandarizadas en el equipo de investigación y se sometieron a criterios de validez interna y validez externa, la primera permite concluir que el efecto obtenido a la variable independiente y la segunda permite generalizar los resultados a una población mayor.

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

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

De lugar: Microrregión Tecuescomac, adscrita a la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac, del Municipio de Ecatepec, Estado de México.

De tiempo: Abril y mayo de 1997.

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

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

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

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

4.1.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

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

➤ **Asignar**

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

➤ **Seleccionar**

Seleccionar el número requerido de unidades de muestreo para lo cual se utiliza una tabla de números al azar, si no se dispone de este tipo de tablas y el tamaño de la muestra no es muy grande se pueden escribir los números en pequeñas tarjetas, colocarlas en recipiente, mezclarlas y posteriormente sacarlas en secuencias hasta completar la muestra calculada. La mezcla de estas tarjetas ofrece igual probabilidad de selección y asegura la aleatoriedad.

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

Para el caso en particular una vez obtenidas las viviendas por selección, se procedió a ubicarlas en el croquis, previamente estructurado, considerando su ubicación geográfica. Este método se apoyó con listas que se elaboraron precisando apellidos de los menores, sectores, manzana y casa, cuya fuente específica es la tarjeta de visita familiar a través de las cuales se estructuró el diagnóstico de salud del área de estudio y además permitió su clasificación de riesgo familiar.

4.1.2 CRITERIOS

➤ Inclusión

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

Familias que se ajustan a la definición dada.

➤ Exclusión

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

4.1.3 VARIABLES E INDICADORES

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

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

DESCRIPCION DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	PONDERACIÓN	FUENTE	ESCALA DE MEDICIÓN
Requisitos de autocuidado	Requisitos universales	Edad de la madre o de la responsable.	<ul style="list-style-type: none"> - 17 años - 18-25 años - 26-30 años - + 30 años 	Primaria	Númerica
		Escolaridad de la madre o responsable que cuida al menor(es).	<ul style="list-style-type: none"> - Sabe leer y escribir - Primaria - Secundaria - Analfabeta - Otros 	Primaria	Nominal
		Ocupación de la madre.	<ul style="list-style-type: none"> - Hogar - Trabaja - Ambos 	Primaria	Nominal
		Atiende o cuida alguien a sus hijos mientras trabaja.	<ul style="list-style-type: none"> - si - no 	Primaria	Nominal
		Número de hijos menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> - 1 - 2 - 3 - + de 3 	Primaria	Númerica
		Material de construcción predominante de la vivienda.	<ul style="list-style-type: none"> - Concreto - Lámina - Madera - Desechos 	Primaria	Nominal
		Número de cuartos.	<ul style="list-style-type: none"> - uno - dos - tres - 4 ó + 	Primaria	Númerica u Ordinal
		Lo que se usa como recámara tiene ventanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Primaria	Nominal

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	PONDERACIÓN	FUENTE	ESCALA DE MEDICIÓN
		Orientación de las ventanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Norte - Sur - Este - Oeste 	Primaria	Nominal
		Material de los pisos.	<ul style="list-style-type: none"> - Tierra - Cemento - Madera - Otro 	Primaria	Nominal
		Combustóleo que usa para cocinar.	<ul style="list-style-type: none"> - Gas - Petróleo - Carbón - Leña 	Primaria	Nominal
		Fuma alguna persona en su hogar.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Primaria	Nominal
		Su cocina está separada de sus dormitorios.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Primaria	Nominal
		Acostumbra sacar a sus hijos temprano.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Primaria	Nominal
		Condiciones de abrigo al sacarlos (describa).	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada - Inadecuada 	Primaria	Nominal
		Duermen con ropa sus hijos.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Primaria	Nominal
		Acostumbra darles sus alimentos fríos.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Primaria	Nominal
		Cuando se mojan o se humedecen durante la noche, hasta cuando los cambia.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando despiertan - No los cambia - De inmediato 	Primaria	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	PONDERACIÓN	FUENTE	ESCALA DE MEDICIÓN
Requisitos de autocuidado	Requisitos de desarrollo	Les dio pecho a sus hijos.	- Si - No	Primaria	Nominal
		A que edad les dejó de dar pecho.	- 3 meses - de 4-6 meses - 7 a 12 - + de 12 meses	Primaria	Numérica
		Que les da de comer a sus hijos menores de 5 años (valorar).	- Adecuado - Inadecuado - Deficiente	Primaria	Nominal
		Número de veces en el día que les da sus alimentos.	- 3 ó más veces - 2 veces - 1 vez - No les da	Primaria	Numérica
		Estando sanos, cada cuando los lleva al médico.	- Cada 3 meses - Cada 6 meses - Cada año	Primaria	Numérica
		En caso de no llevarlos, por qué.	- Está lejos la unidad de asistencia - No tiene para llevarlos - No puede llevarlos - No sabe que tiene que llevarlos	Primaria	Nominal
		Cuentan con cartilla nacional de vacunación.	- Si - No	Primaria	Nominal
		Condiciones del esquema vacunal de acuerdo a la edad.	- Esq. adecuado - Esq. inadecuado - Sin vacunación	Primaria	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	PONDERACIÓN	FUENTE	ESCALA DE MEDICIÓN
		Frecuencia de baño corporal.	<ul style="list-style-type: none"> - Diario - Terciado - Semanal 	Primaria	Nominal
		Horario en que baña a sus hijos.	<ul style="list-style-type: none"> - Matutino - Vespertino - Nocturno 	Primaria	Nominal
Requisitos de autocuidado	Requisitos de desviación de salud	Cuántas veces al año se le enferman sus hijos de IRA.	<ul style="list-style-type: none"> - 1 a 2 - 3 a 4 - + de 4 	Primaria	Númérica
		Cómo sabe que sus hijos están resfriados.	<ul style="list-style-type: none"> - Conoce adecuadamente - Conoce inadecuadamente - Desconoce 	Primaria	Nominal
		Qué hace cuando se enferman de tos o catarro.	<ul style="list-style-type: none"> - Suspende el pecho - Suspende todos los alimentos - Suspende algunos alimentos - Nada 	Primaria	Nominal
		Cuándo se enferman de tos o catarro, hasta cuándo los lleva al médico.	<ul style="list-style-type: none"> - Inmediatamente - Al otro día - Cuando tiene tiempo - No los lleva 	Primaria	Nominal
		Termina los tratamientos que le indica el médico.	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre - A veces - Nunca 	Primaria	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	PONDERACIÓN	FUENTE	ESCALA DE MEDICIÓN
Requisitos de autocuidado	De desviación de salud	Conoce los signos de alarma o gravedad de neumonía.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento adecuado - Conocimiento inadecuado - Desconoce 	Primaria	Nominal
		En qué época del año se le enferman sus hijos de tos o catarro.	<ul style="list-style-type: none"> - Primavera - Verano - Otoño - Invierno - Siempre 	Primaria	Nominal
		Se le han muerto menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Primaria	Nominal
Respuesta social organizada	Accesibilidad cultural	De qué murió su hijo .	<ul style="list-style-type: none"> - Corazón - Pulmón - Accidente - Otro 	Primaria	Nominal
		Cuándo se enferman sus hijos de tos o catarro, a quién recurre.	<ul style="list-style-type: none"> - Médico - Curandero - Farmacéuticos - Otro 	Primaria	Nominal
		Distancia de su casa a la unidad de salud más cercana.	<ul style="list-style-type: none"> - 500 m. - de 501 a 1000 metros - + de 1000 mts. 	Primaria	Ordinal ó Numérica
	Accesibilidad geográfica	Duración del viaje a la unidad de salud más cercana.	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta 15" - de 16" a 30" - de 31" a 60" - + de 60" 	Primaria	Ordinal
		Tipo de transporte que utiliza.	<ul style="list-style-type: none"> - Autobús - Bicitaxi - Pesero - Caminando 	Primaria	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	PONDERACIÓN	FUENTE	ESCALA DE MEDICIÓN
	Accesibilidad económica	Tienen seguridad los menores de 5 años.	- Si - No	Primaria	Nominal
		Utilizan su seguridad social (por qué).	- Si - No - otro	Primaria	Nominal
		Gasto en transporte.	- Sin costo - Hasta 2.00 - de 2.05 a 5.00 - + de 5.00	Primaria	Númérica
		Cuánto paga por su consulta en pesos mexicanos.	- Sin costo - Hasta 5.00 - De 6.00 a 10.00 - De 11.00 a 25.00 - + de 25.00	Primaria	Númérica u ordinal

4.1.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

➤ **Requisitos de autocuidado**

Son el comprobante esencial del modelo de Orem y constituyen parte esencial en la valoración del cliente o paciente. El término requisito se usa para indicar una actividad que el individuo debe realizar para cuidar de si mismo, además se consideran la expresión de los objetivos que se han de alcanzar o resultados que se desean obtener con el autocuidado. Se clasifican en tres tipos:

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

En relación al objeto del presente trabajo se describen aquellos que se instrumentaron directamente en el mismo.

De los ocho universales:

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

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

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

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

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

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

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

“Buscar y asegurar ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos”.

Indicada como variable se señala a la Respuesta Social Organizada (R.S.O.), conceptualizada como el conjunto de recursos institucionales e informales que proporcionan atención de salud al individuo, familia o comunidad.

En relación a esta variable, el indicador base es la accesibilidad, para el caso, a la medicina alópata institucionalizada por parte de madre o responsables del menor de 5 años en determinada área geográfica de influencia.

4.1.5 DEFINICIONES OPERACIONALES

➤ Definición de familia

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

➤ Definición de vivienda

Inmueble donde vive una familia, si vive más de una no existe problema ya que la selección es tan fina que especifica apellidos de la que se entrevistará, y solo esa será el blanco de aplicación del instrumento.

➤ Definición de Enfermera

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

➤ Definición de TAPS

Recurso humano que ha sustentado estudios de técnico-profesional en atención primaria a la salud y que cuenta con constancia de estudios; con experiencia mínima de diez años en la operatividad y que tenga bajo su responsabilidad la atención a la salud de 3000 individuos o 5000 familias.

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

4.1.6 PLAN DE ANÁLISIS

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

➤ Edición de datos

Revisar los cuestionarios, comprobando la exactitud con la finalidad de detectar errores. Se diseñó una base de datos para captar la información item por item, por esta razón el cuestionario fue previamente codificado. Tentativamente la base se estructuró en el paquete EPI-INFO.

El trabajo fue realizado por los responsables de la investigación.

➤ Reducción de datos

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

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

➤ Estimación del efecto

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

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

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

➤ **Control de variables**

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

***PRECISIÓN:** (Carencia de error aleatorio). Se aclaró mediante fórmula, precisando su selección, este cálculo se planteó con un 95 % de confianza.

***EFICIENCIA:** La eficiencia del estudio está asegurada debido a que la proporción de sujeto-familia que poseen la capacidad de autocuidarse es total y esta capacidad es inherente al ser humano.

***VALIDEZ:** (carencia de error sistemático). La validez interna está asegurada porque el sesgo de selección se controló con el muestreo aleatorio y sistemático de los sujetos de estudio (familias).

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

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

4.1.7 ORGANIZACIÓN

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

Los encuestadores salieron en brigadas y fueron coordinados por la responsable de la microrregión TAPS Petra Rodríguez Pérez, la cual es conocida ampliamente en la comunidad.

Se estableció coordinación con las autoridades sanitarias correspondientes (Epidemiológico. Administrador Jurisdiccional. COMUSA, Director, Jefe de Enfermeras) con el fin de obtener apoyo en logística informativa, seguridad y transporte.

4.1.8 RECURSOS

➤ Materiales

- El correspondiente a material de oficina
- Cuestionarios
- Tarjetas de visita familiar (TVF)
- Guías o instructivo de observación
- Diskets
- Tablas de mariposa
- Computadora

- Impresora
- Fotocopias
- Manuales
- Formatos de concentración
- Hojas tabulares

➤ **Humanos**

Investigadores (3)

Encuestadoras (12)

Capturista (1)

Colaboradores técnicos (2)

Responsable del área de estudio (1)

➤ **Financieros**

Los gastos que generó la investigación fueron cubiertos por las estudiantes de posgrado, en su totalidad.

Se contó con el apoyo de la Jefatura Jurisdiccional para el fotocopiado, reducción de datos y vehículo de transporte.

El proceso de valoración, mostró información amplia la cual fue sistematizada a una tabla de concentración, que permitió cruzar variables de morbilidad con factores de riesgo; análisis que posibilitó la aplicación de la Teoría de enfermería del Déficit de autocuidado.

Posterior a esto se realizó asociación de momios (productos cruzados) recurriendo al paquete EPI-INFO-6, ya antes mencionado, el cual aportó

resultados de probabilidad de riesgo validados por χ^2 , en un total de 47 factores, de los cuales por su alta probabilidad por OR. para enfermar o morir; o por su potencialización al presentar riesgo bifactorial función jerarquizados 27.

Dicho cuadro de concentración permitió también presentar aquellos hallazgos que no eran esperados (*) y así tener una información de manera objetiva.

A continuación se presentan los resultados en tabla de concentración.

RESULTADOS

Asociación de factores de riesgos en los menores de 5 años de la microrregión Tecucomac, en relación a la morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas y neumonías.

MAYO 1997

CUADRO	FACTOR DE RIESGO	PONDERACIÓN O.R.		HALLAZGOS
		MORBILIDAD	MORTALIDAD	
C-2	Madres con estado civil casada		3.3	*
C-4	Madre analfabeta o que solo sabe leer y escribir	4.40	-	
C-5	Ocupación de la madre (hogar)	2.03		
C-6	Nº de hijos menores de 5 años		2.26	*
C-9	Analfabetismo de quien cuida a los menores en ausencia de la madre	3.00		
C-14	Piso de tierra en la vivienda	3.83		
C-16	Tipo de combustible para cocinar (gas)	2.41		
C-17	Existencia de fumadores en la familia		2.12	
C-20	Opción inicial de atención cuando se enferman los menores (medico)		1.78	*
C-21	Distancia mayor de 500 metros de la vivienda a la unidad de salud mas cercana	3.06		
C-22	Mas de 15 minutos entre la vivienda y la unidad mas cercana	2.38	6.73	
C-26	Práctica negativa de lactancia materna	4.40		
C-28	Inadecuada alimentación de los menores de 5 años	-	1.9	
C-30	Ausencia del Control médico periódico en el menor de 5 años.	2.0		

CUADRO	FACTOR DE RIESGO	PONDERACIÓN O.R.		HALLAZGOS
		MORBILIDAD	MORTALIDAD	
C-31	Desconocimiento de la madre para llevar a sus hijos al control medico periódico	12.3		
C-32	Esquemas incompletos en la Cartilla Nacional de Vacunación	2.2		
C-34	Costumbre de sacar temprano a sus hijos (antes de las 7 AM)	4.8		
C-35	Condiciones inadecuadas de abrigo al sacar a los menores durante la mañana y noche	4.6	2.0	
C-37	Menores que ingieren líquidos o alimentos fríos	2.4	2.7	
C-38	Baño corporal con agua fría en frecuencia terciada	4.7		
C-39	Baño matutino en los menores de 5 años (independiente de la temperatura del agua)	1.9	1.7	
C-40	Cambio de ropa de los menores hasta el amanecer (cuando se humedecen durante la noche)	3.8		*
C-41	Época del año para desviación de salud (primavera)		2.3	*
C-42	Inadecuados conocimientos de la madre sobre el resfriado común	3.6		
C-44	Automedicación en los menores de 5 años		3.5	
C-46	Tratamientos médicos no oncluidos en los menores de 5 años.		1.5	
C-47	Conocimiento adecuado de la madre o responsable del cuidado del menor, sobre neumonía y signos de alarma o gravedad.		3.7	*

Fuente: Medidas de asociación por razón de momios (Productos cruzados validados por X^2 . Programa: EPI-INFO6.

TIEMPO DE TRASLADO ENTRE LA VIVIENDA Y LA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCANA EN LA MICRORREGIÓN TECUESCOMAC, MAYO 1997

PONDERACIÓN	F°	%
Hasta 15 minutos	22	28.5
16 a 60 minutos	39	50.9
31 a 60 minutos	12	15.5
Más de 60 minutos	4	5.1
Total	77	100

Fuente: Directa, Cuestionario aplicado para la valoración de déficit de autocuidado de la familia.

DESCRIPCIÓN:

Cuestionar cuál es el isócrono de la vivienda a la unidad médica más cercana para dar atención oportuna al menor y vigilar su cuidado evitando problemas subsecuentes, nos permitirá valorar si existe asociación con la mortalidad de los menores de 5 años.

Por resultados, el isócrono promedio que el responsable del menor ocupa para llevarlo a consulta es aproximadamente de 16-60 minutos, tiempo que es relativamente elevado (porcentajes más altos) para la atención oportuna e inmediata del menor, lo que puede ocasionar complicaciones.

DISTANCIA EN METROS DE LA VIVIENDA A LA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCANA EN LA MICRORREGIÓN DE TECUESCOMAC, MAYO, 1997.

PONDERACIÓN	F°	%
Menos de 500 metros	20	25.9
De 500 a 1000 metros	37	48.2
Más de 1000 metros	20	25.9
Total	77	100

Fuente: Directa, Cuestionario aplicado para la valoración de déficit de autocuidado de la familia.

DESCRIPCIÓN:

La distancia en metros de la residencia a la unidad de salud mas cercana permite valorar si existe influencia entre esta medida de accesibilidad y la atención oportuna del padecimiento.

Como se observa 57 familias que corresponden al 74.1% residen a mas de 500 metros de la unidad de salud mas cercana, razón que puede influir para que e atienda oportunamente las I.R.A. complicadas.

**ISÓCRONO ENTRE LA VIVIENDA Y LA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCANA
EN LA MICRORREGION TECUESCOMAC, MAYO 1997**

VARIABLE	F°	%
Hasta 15 minutos	22	28.5
16 a 60 minutos	39	59.9
31 a 60 minutos	12	15.5
Total	77	100

Fuente: Directa, Cuestionario aplicado para la valoración de déficit de autocuidado de la familia.

Factor de riesgo: Más de 15 minutos entre la vivienda y la unidad de salud más cercana.

Daño: Morbilidad Probabilidad por O.R.: 2.3

Mortalidad Probabilidad por O.R.: 6.7

INTERPRETACIÓN:

Los menores de 5 años, que residen a más de 15 minutos de la unidad de salud mas cercana tienen 2.3 mas riesgo de enfermar y 6.7 más riesgo de morir que los que residen a menos de 15 minutos.

5. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Dentro de la teoría de Orem el proceso de enfermería es descrito en términos de operaciones diagnósticas y prescriptivas. Las operaciones diagnósticas se manifiestan en las siguientes etapas:

- Calcular la demanda de autocuidado terapéutico.
- Estimar la agencia de autocuidado.
- Determinar déficits reales o potenciales de auto-cuidado.

De tal suerte que la teoría de los déficits de auto-cuidado, postula el propósito o enfoque del diagnóstico, conviene aclarar que:

1. La demanda de cuidado puede ser calculada.
2. Las capacidades y limitaciones para proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda calculada pueden ser determinados.
3. La relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada.

Por lo tanto, el diagnóstico es una acción de investigación que permite a las enfermeras obtener una base de información y establecer un sistema sobre la situación existente.

La categoría de diagnóstico relacionada con la unidad de servicio en la comunidad evidencian que el centro son las relaciones de los sistemas de autocuidado, de tal manera que a esta unidad se le llama unidad multipersonal.

A continuación se enuncia el Diagnóstico de Enfermería al que se llegó con base en la valoración tratada en el punto anterior referido, así también posteriormente se plantea la fundamentación de dicho Diagnóstico.

“Déficit de autocuidado familiar en relación al inadecuado conocimiento sobre salud en la población y baja cobertura de atención médica asistencial, manifestada por alta incidencia de morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas y elevada tasa de mortalidad por Neumonía en menores de cinco años”.

5.1 FUNDAMENTO DEL DIAGNÓSTICO

Para la enfermera especialista en Salud Pública el estructurar un diagnóstico de enfermería, fue un reto, ya que este requirió de un profundo conocimiento del área geográfica de estudio, así como del marco conceptual que apoyó a la metodología del mismo, elementos que integrados a la agencia de enfermería en colaboración con el equipo multidisciplinario permitieron valorar la situación de salud y sus desviaciones en la microrregión TECUESCOMAC y aún más profundizar en uno de los problemas de más alto impacto y trascendencia: la mortalidad por neumonía en menores de 5 años.

De acuerdo a lo anterior mencionado, el problema fue valorar el déficit de autocuidado en la microrregión indicada, en relación a la elevada morbilidad y mortalidad por IRA y NEUMONÍA respectivamente tomando en cuenta las variables e indicadores ya antes mencionados, éste problema se estudió bajo dos enfoques: el riesgo que permitió asociar factores en relación a daños y de déficit

de autocuidado (OREM) que a través de su análisis orientará la fase de intervenciones de enfermería acordes a la problemática encontrada y sujeta a priorización.

Posterior a toda la metodología trabajada y al procesamiento de datos se obtuvieron resultados que permitieron:

1. Corroborar la alta prevalencia e incidencia de morbilidad por IRA y factores de riesgo asociados: 54 casos, donde el 69.5% de la población de menores de 5 años padecen infecciones respiratorias agudas en frecuencia de 3 ó más eventos en un año.

Además por incidencia se están enfermando 7 de cada 100 menores de 5 años en un año, de donde se concluye que el riesgo que tiene un menor de 5 años de enfermar por IRA es de 7.4% en el mismo período.

2. Se comprobó la elevada tasa de mortalidad por neumonía y factores de riesgo asociado.

Tomando en cuenta que hubieron 7 casos de mortalidad por el padecimiento, la tasa corresponde a 9 muertes por cada mil menores de 5 años, considerada como alta en relación a la del total de la coordinación municipal la cual presenta 5.3 casos por cada mil menores de 5 años.

Este problema incrementa su trascendencia, ya que los 7 casos fueron en menores de un año en donde la tasa indica que 10 de cada 100 menores de un año mueren por neumonía en el mismo período, actualmente estas muertes ya se reflejan en la pirámide poblacional, la que ha disminuido su grupo de

menores de un año. Estos datos referidos a la esperanza de vida que es de 72 años en el área de estudio corresponden a 497 años de vida potencialmente perdidos en la microrregión.

3. Se identificó por factores de riesgo asociados a la morbimortalidad, el déficit de autocuidado familiar en relación a estos padecimientos ya que de los 27 factores inicialmente jerarquizados por el resultado O.R.; 18 corresponden a deficiencia en el cuidado de los menores antes y posterior a la desviación de salud.

Concluyendo, por análisis de resultados, que existe desconocimiento de conceptos básicos y esenciales sobre salud en las madres o responsables de los menores de 5 años que dan origen a un deficiente cuidado con sus complicaciones agregadas, aspectos que se manifiestan en los daños indicados (punto 1 y 2).

4. En lo que respecta a la Respuesta Social Organizada, el área de estudio se encuentra alejada de la unidad de salud, además de que por sus características geográficas es clasificada como de alto riesgo (barranca, cerro, laderas del mismo y en su mayoría sin pavimento y agua); por ISOCRONOS son 15 o más minutos para acceder al Centro de Salud, esto aunado a la falta de sensibilidad e interés por su salud, limita la prevención y control de sus desviaciones.

Sin embargo existe un recurso responsable de la prevención y promoción de la salud en el área de estudio; la que, a pesar de su formación académica como TAPS (Técnico en Atención Primaria de la Salud) no puede efectuar acciones con el total de familias (1362) de la microrregión debido a que de acuerdo a

indicadores normativos tendría que visitar 2 veces al año cada familia; al dividir 1362 familias entre 220 días labores al 100% tendría posibilidades para visitar 6 familias por día, una sola vez al año y el tiempo dedicado a cada una solo le permitiría aplicar la Tarjeta de Visita Familiar con fines programáticos, sin proporcionar otro tipo de cuidados u orientación; de este breve análisis se deduce que mínimo se requieren 3 recursos de iguales características para lograr objetivos de impacto con base en la orientación y capacitación que sobre salud deben tener las familias.

La especialista en Salud Pública cuenta ahora con resultados, que a través del análisis evidencian los problemas que tiene el área de estudio, éstos ameritan intervenciones específicas y en equipo, sin embargo se requiere, para planificar adecuadamente, de la Priorización, método que indicará el problema en el que la especialista podrá intervenir con un porcentaje alto de éxito e impacto.

6. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

En el presente se pretende dar a conocer la importancia que tiene partir de los antecedentes generales del área de estudio, para que a partir de ellos se clasifique a las familias (unidades multipersonales) con enfoque de riesgo y se prioricen riesgos y daños que surjan del Diagnóstico de Salud, permitiendo planear intervenciones de enfermería acordes a sus necesidades.

La transición en Salud por la que el país atraviesa influye directamente en áreas que por sus características son denominadas **MARGINADAS**, éstas por su importancia para la Salud Pública son consideradas como campo fértil para las intervenciones de las especialistas de posgrado en Salud Pública.

Se asignó un área geográfica la cual de acuerdo a la organización en Salud del Estado de México se denomina **MICRORREGIÓN**, esta se encuentra ubicada en las faldas del cerro de Guadalupe en Tulpetlac, Ecatepec Estado de México, por sus características objetivas y datos referenciales es de reconocer el alto déficit de autocuidado manifiesto.

Aunado al problema indicado, también es de comentar que la población de estudio cuenta con un bajo nivel socioeconómico, la vivienda es deficiente por su construcción y distribución, carecen las unidades multipersonales en su mayoría de servicios públicos, la accesibilidad a los servicios de salud, tienen grandes dificultades tanto geográficas como económicas, esto da como resultado un nivel disminuido de conocimientos sobre salud, que se complementa con la gran variedad de hábitos y costumbres.

Los anteriores, son algunos condicionantes que dan a un sinnúmero de riesgos y daños en la población, los cuales se manifiestan por la frecuencia e incidencia de Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas y alta tasa de Mortalidad por Neumonía.

En suma, el déficit de autocuidado se relaciona con una serie de factores complejos, los cuales son difíciles de abordar por su abstracción, entre los que se encuentran: el grado de importancia que la población le da a su autocuidado, el concepto de desviación de salud que tiene y el escaso o nulo conocimiento sobre las medidas preventivas que a su alcance y factibilidad, podrían apoyarse en el mantenimiento de su salud.

Lo anterior mencionado es resultante de una serie de fenómenos sociales, económicos, geográficos, políticos y demográficos que junto con la deficiente cobertura de la Respuesta Social Organizada dan origen a problemas fuertes de Desviación de Salud de una comunidad.

Así se vuelve necesario la realización de un **“ESTUDIO DE COMUNIDAD”** que fue la herramienta que facilitó el abordaje multidisciplinario.

Una vez elaborado el estudio de comunidad, se tuvieron elementos suficientes para tratar de explicar el perfil epidemiológico (daños de salud en la población) identificado. Para esto se procede a postular hipotéticamente las relaciones entre daños y factores de riesgo presentes en la comunidad y a diseñar investigaciones que permiten su verificación. El conjunto de investigaciones tendientes a explicar el perfil epidemiológico de una población confirma el **DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO**.

El tipo de estudio fue retrospectivo, analítico bajo la cronología de estudio de casos y controles debido a que ligó fenómenos del presente con fenómenos del pasado y trató de determinar el efecto causal, el estudio analítico como un paso adelante del retrospectivo, consistió en establecer comparación entre grupos de estudio y grupos de control con el fin de encontrar asociación entre factores de riesgo y causalidad.

Se seleccionaron variables de tipo cualitativo, cuantitativa discreta y cuantitativa continua, las cuales fueron medidas por frecuencia, tendencia central, dispersión así como la asociación, permitiendo así el análisis por separado de cada variable.

La clasificación por enfoque de riesgo (según ISEM) indicó el grado de daño que cada unidad multipersonal tienen lo que reflejó el nivel de salud en que se encontraba la microrregión; lo anterior permitió dirigir la atención en salud hacia las unidades multipersonales que presentaron alto riesgo. La estimación de efecto se hizo con estimadores puntuales: varianzas, tendencia central, tasas y proporciones.

La importancia de los problemas puede ser conocida, pero ¿qué hay de su resolución?. La exploración de las alternativas de intervención permite responder a esta pregunta completando la información contenida en la problemática sanitaria. La exploración de las alternativas de intervención de prioridades; es más bien un requisito previo a la toma de decisiones sobre prioridades.

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

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

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

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

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

6.1 PRIORIZACIÓN DE MÉTODOS Y RESULTADOS

MÉTODO DE HALON (M.T.V.F.)

<u>LISTA DE PROBLEMAS</u>	<u>M</u>	<u>S</u>	<u>E</u>	<u>F</u>	<u>TOTAL</u>
1. Madre analfabeta o que solo sabe leer y escribir.	9	9	.5	1	19.5
2. Distancia mayor de 500 mts. de la vivienda a la unidad de salud mas cercana.	10	10	1	1	22
3. Mas de 15 min. entre la vivienda y la unidad de salud mas cercana.	10	10	1.5	1	22.5
4. Práctica negativa de lactancia materna.	9	9	.5	1	21.5

5. Desconocimiento de la importancia del control médico periódico.	10	10	1.5	1	22.5
6. Sacar a los menores de 5 años antes de las 7 a.m.	9	9	.5	1	19.5
7. Condiciones inadecuadas de abrigo al sacarlos antes de las 7 AM.	10	10	.5	1	21.5
8. Ingerir líquidos o alimentos fríos.	10	10	.5	1	21.5
9. Frecuencia del baño corporal	10	10	1	1	22
10. Baño matutino en los menores de 5 años.	9	10	.5	0	19.5
11. Inadecuados conocimientos de la madre sobre el cuidado del resfriado común.	10	10	1	1	22

PONDERACIÓN

NOTA: M = MAGNITUD:	No. de personas afectadas.	0 – 10
S = SEVERIDAD:	Morbilidad, Mortalidad, Discapacidad, Costo.	0 – 10
E = EFICIENCIA:	Vulnerabilidad (resolubilidad).	0.5 – 1.5
F = FACTIBILIDAD:	PEARL	SI = 1, NO = 0

TRASCENDENCIA

Establece un coeficiente de ponderación en función a la importancia relativa que se asigne a cada grupo de edad.

MENOR DE 15= 1.0

15 A 69= .75

MAYOR DE 70= .5

Las defunciones se multiplican por sus coeficientes de ponderación respectivos.

La suma de los valores ponderados representa la trascendencia del daño.

Se expresa en promedios, dividiendo la suma de los valores ponderados por las defunciones totales debido al mismo daño (Índice de trascendencia media).

DEL CUADRO DE MORTALIDAD INFANTIL TENEMOS:

MENOR DE 1 AÑO = 1

DE 1 A 4 AÑOS = .5

EN BRONCONEUMONÍA:

MENOR DE 1 AÑO = $1.53=53$

DE 1 A 4 AÑOS = $.5 \cdot 4 = \underline{2}$

55 ÍNDICE DE TRASCENDENCIA

VULNERABILIDAD

Posibilidad de reducir o limitar un daño mediante la tecnología existente (se trabaja con tasas).

- a) Cálculo de tasa
- b) Tasa de comparación (o patrón)
- c) Calcular para cada año la diferencia entre a y b
- d) Expresar diferencia en forma porcentual

EJEMPLO:

DEL CUADRO DE MORTALIDAD INFANTIL TENEMOS PARA BRONCONEUMONÍA

<u>CAUSA</u>	<u>TASA OBSERVACIÓN</u>	<u>TASA PATRÓN</u>	<u>DIFERENCIA</u>	<u>%</u>	<u>ÍNDICE DE VUL.</u>
BRONCO-NEUMONÍA	9	6.18	2.82	31.3	.31

Otro método utilizado en la priorización de daños fue:

ÍNDICE DE MAGNITUD PONDERADA

Tamaño del problema que afecta a la población.

$$\text{FÓRMULA: } M = \frac{\begin{pmatrix} a \\ e \end{pmatrix} \begin{pmatrix} b \\ c \end{pmatrix}}{\begin{pmatrix} b \\ e \end{pmatrix} \begin{pmatrix} b \\ d \end{pmatrix}}$$

DONDE:

a = Defunciones grupo A

b = Defunciones grupo B

c = Defunciones grupo A (todas las causas)

d = Defunciones grupo B (todas las causas)

e = Total de muertes en toda la población

MORTALIDAD INFANTIL DEL ÁREA DE ESTUDIO

<u>CAUSA</u>	<u>No.</u> <u>CASOS</u>	<u>%</u>	<u>TASA</u>	<u>GRUPO A</u> <u>(MENOR 1a)</u>	<u>GRUPO B</u> <u>(DE 1 A 4a)</u>
A. BRONCONEUMONÍA	49	100	5.3	49	0
B. SEPTICEMIA	24	49	2.6	4	20
C. PREMATUROS	19	38	2	19	0
D. BRONQUITIS	8	17	.88	4	4
E. GASTRO-ENTERITIS	8	17	.88	4	4
F. CARDIOPATÍA	8	16	.86	2	16
G. CIRROSIS HEPÁTICA	8	17	.88	1	7
H. ENF. HEMORRÁGICA DEL NEONATO	<u>8</u>	17	.88	<u>8</u>	<u>0</u>
TOTAL	132			91	41

PARA BRONCONEUMONÍA:

UTILIZANDO FÓRMULA

$$a = 53$$

$$b = 4$$

$$c = 91$$

$$M = \frac{\begin{pmatrix} 53 \\ 132 \end{pmatrix} \begin{pmatrix} 4 \\ 91 \end{pmatrix}}{\begin{pmatrix} 4 \\ 132 \end{pmatrix} \begin{pmatrix} 4 \\ 41 \end{pmatrix}} = \frac{(.401)(.043)}{(.030)(.097)} = \frac{.017}{.002} = 8.5 \text{ Índice de magnitud ponderada.}$$

PRIORIZACIÓN DE DAÑOS

Combinar los índices de Magnitud Ponderada, Trascendencia y vulnerabilidad.

FÓRMULA:

(I. MAGNITUD) (I. TRASCENDENCIA) (I. VULNERABILIDAD) = I. PRIORIZACIÓN

EJEMPLO

DEL CUADRO DE MORTALIDAD INFANTIL TENEMOS, BRONCONEUMONÍA:

$$(8.5) \quad (55) \quad (.31) = 144.925 \quad (\text{I. PRIORIZACIÓN})$$

Para la determinación de factores de riesgo se utilizó la medida de asociación:

RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS O RAZÓN DE MOMIOS ya antes mencionada y la **FRACCIÓN ETIOLÓGICA DE RIESGO**, la cual se obtiene de la siguiente fórmula:

$$FE_p = \frac{a}{mi} \text{ (Medidas de asociación - 1)}$$

Medidas de asociación

PROBLEMAS PRIORIZADOS

1. DISTANCIA MAYOR DE 500 mts. Y TIEMPO MAYOR DE 15 min: DE LA VIVIENDA A LA UNIDAD MAS CERCANA DE SALUD.
2. DESCONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL MÉDICO PERIÓDICO.
3. INADECUADOS CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE EL RESFRIADO COMÚN.

Por su importancia de acuerdo a las necesidades de la población y a los resultados arrojados en los diferentes métodos utilizados se priorizará en la **FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD.**

6.2 ANÁLISIS DE LA PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

El hacer específico de enfermería se centra en la importancia de sus intervenciones, sin embargo, éstos deben estar debidamente fundamentadas para que el impacto esperado redunde en beneficios palpables en la población estudiada y por ende, en la satisfacción personal de quien interviene. México se enfrenta a desafíos de mayor complejidad que en épocas pasadas, en materia de salud, nuestro país atraviesa por una transición epidemiológica que repercute en las necesidades manifiestas de la población. Ante una serie de cambios económicos y políticos que se ven actualmente . la pregunta es, si el sistema de salud actual con los arreglos institucionales surgidos desde hace medio siglo, es capaz de responder a los nuevos retos de la población.

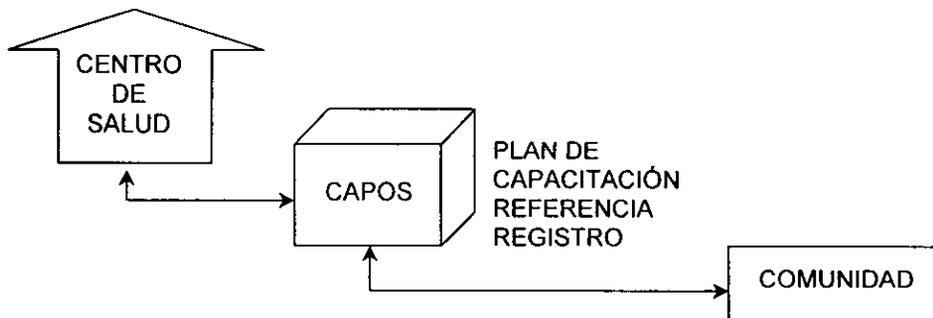
Los resultados obtenidos manifiestan las carencias de nuestra área de estudio, es aquí donde la especialista en Salud Pública realiza un Sistema de enfermería acorde a estas necesidades, que demandan al 100%, y que trate de mejorar el nivel de déficit de autocuidado encontrado.

El sistema de enfermería que se realice servirá para disminuir los daños y riesgos, así como de implementar programas acordes con los problemas de salud detectados en la población, teniendo como objetivo la disminución en alta incidencia de morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas, así como disminuir la alta tasa de mortalidad por Neumonías, priorizando en la siguiente estrategia:

6.3 PROYECTO DE INTERVENCIONES

R.S.O. _____

SISTEMA DE ENFERMERÍA EN LA INSTRUMENTACIÓN DE CASA POPULAR DE SALUD



RESPONSABLE:

ELABORADO POR: LIC. EN ENF. JAQUELINA PASTRANA SALDAÑA

En colaboración con el equipo multidisciplinario de salud.

6.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La accesibilidad a las unidades de salud como problema prioritario, se tiene que manifestar un sistema el cual pueda dar alternativas de solución a la atención de salud, sin tener como limitantes la distancia y por ende el tiempo de traslado de la vivienda a la unidad mas cercana de salud.

Es por ello que en el presente proyecto de intervenciones se elaborará un Sistema de Enfermería en la instrumentación de una CAPOS enfocado en medidas sanitarias aplicadas al propio individuo, unidad multipersonal y entidad multipersonal, realizando acciones de promoción, orientación, capacitación, información del mantenimiento y restauración de la salud así como un sistema de referencia y contrarreferencia.

En este contexto, México emprende un proceso de descentralización basado en el análisis de los problemas que enfrenta el sector salud en los ámbitos políticos, económicos y sociales buscando promover su desarrollo sobre las bases democráticas y participativas.

La descentralización favorece la regionalización que consiste en las divisiones territoriales necesarias hasta el nivel que por economía de escala e impacto epidemiológico social se determine; permite el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS), caracterizados estos a nivel local como la unidad operativa mínima de servicio y tiene a su cargo la operación del modelo de atención a nivel de individuo, familia y grupos sociales conformando así un esfuerzo común entre instituciones y sociedad.

De acuerdo con las estimaciones realizadas para el periodo 1995 –2000, el beneficio económico alcanzado considerando la aplicación de la Norma Oficial Mexicana en relación a muertes evitadas, años de vida productiva, ganados y ahorro en atención ambulatoria, corresponde a: 2,855,621 miles de pesos. Los beneficios principales no cuantificables en términos monetarios derivados de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana son los años de vida potencial ganada y la mejoría en la calidad de la atención al menor de 5 años con I.R.A.

6.5 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

6.5.1 FACTIBILIDAD POLÍTICA

Dentro del Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud, indica el mejorar el nivel de salud de la población a través de estrategias que permiten la cobertura total, con servicios integrales, de calidad homogénea y fortaleciendo las acciones a los grupos de mayor riesgo.

6.5.2 FACTIBILIDAD TÉCNICA

Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan en el país el primer lugar de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años. Además por ser la microrregión de estudio, área que por sus características son zonas marginadas, deficientes en cuanto al acceso para el Centro de Salud (COMUSA) o a si mismo a los servicios de salud, por tales motivos, es importante instalar o acondicionar en esas zonas "Casas Populares de Salud" para que con los recursos humanos de la comunidad previamente

capacitados, se de un manejo efectivo de las IRAS y de otras enfermedades, haciendo énfasis en las medidas preventivas.

6.5.3 FACTIBILIDAD ECONÓMICA

Estará dada por los costos que se efectuarán para la instrumentación de la CAPOS.

El lugar físico para la implementación de la CAPOS se solicitará a un miembro de la misma entidad multipersonal.

Sensibilización a la persona que se hará responsable de la CAPOS.

El mobiliario y equipo lo facilitará previa gestión la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec.

El material de promoción (volantes, trípticos, carteles, etc.) se solicitarán a la Dirección General de Epidemiología.

Si no se puede obtener el equipo o materiales de las instituciones mencionadas, se hará gestión con la misma comunidad o lo aportará la especialista en Salud Pública.

6.5.4 FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA

Los recursos con los que se cuenta para la instrumentación de CAPOS son los siguientes:

- Personal directivo, administrativo y técnico de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec.
- Personal directivo, administrativo y técnico de la Coordinación Municipal de Salud del área de estudio.

- Pasante de enfermería en Servicio Social; la cual será la responsable en la atención de la CAPOS.
- Pasantes de enfermería en Servicio Social, las cuales participarán en la difusión de volantes donde se informará, ubicación, tipo y servicio de atención que se proporcionará en la CAPOS.
- Participación del Comité de Salud en la implantación de la CAPOS.
- Colaboración de 2 estudiantes de posgrado en Salud Pública.

6.5.5 FACTIBILIDAD JURÍDICA

Dentro de la Ley General de Salud en su Art. 90 Fracción IV menciona el promover la participación voluntaria de profesionales, técnicas y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas. En su artículo 92 que las Secretarías de Salud y de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia impulsarán y fomentarán la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para los servicios de salud de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud, de los Sistemas Estatales de Salud y de los Programas Educativos.

En la compilación de documentos técnico–Normativos para el Desarrollo Académico del Servicio Social de la Carrera de Enfermería, indica que la enfermería es un servicio dinámico de atención preventiva, promocional, terapéutico, educativo y de investigación, orientado a dar respuesta a las necesidades de salud de la sociedad involucra la asistencia de individuos,

unidades multipersonales y grupos comunitarios en el logro de un grado deseable de auto-dirección en el cuidado de la Salud, de acuerdo con su potencial.

Dentro del programa de Actividades comunitarias, su objetivo es realizar el estudio de la comunidad en estrecha coordinación con el equipo de salud y con la participación activa y organizada de la propia comunidad investigada, así como la estructuración y aplicación del Programa de trabajo a seguir.

6.6 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

➤ OBJETIVO GENERAL

Contribuir a disminuir la salud de los niños menores de cinco años expuestos a Infecciones Respiratorias Agudas por medio de la instrumentación de una CAPOS.

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Capacitar a un recurso de salud en la operacionalización de una CAPOS.

Orientar a la población en la identificación temprana de los signos de gravedad de las IRAS dando prioridad a la neumonía y a la solicitud oportuna de atención médica a través de la CAPOS.

Fortalecer la coordinación con la Coordinación Municipal de Salud de la Microrregión de estudio en la atención de los niños con I.R.A.

Motivar la participación organizada de la población en la solución de sus problemas de salud a través de la CAPOS.

Difusión a la población de la ubicación, tipo y servicio de atención de la CAPOS por medio de volantes, mediante la participación del personal pasante de enfermería.

6.7 FORMULACIÓN DE METAS

Implementar una unidad denominada CAPOS.

De los 4 sectores (zona de influencia) el 50% del total de la población tendrá conocimientos de la existencia, ubicación de la CAPOS y la atención de salud que se proporciona.

El 50% de las familias que reciba atención de salud en la CAPOS, detectará oportunamente los datos de alarma o gravedad de las IRAS y NEUMONÍA.

Se pretende la Coordinación de la CAPOS con la Coordinación de Salud Ampliación Tulpetlac para poder referir a la población que lo amerite, teniendo ya un conocimiento previo dicha COMUSA.

La CAPOS brindará al 100% la accesibilidad al servicio de salud, proporcionando atención de salud con calidad, equidad y eficacia oportunamente.

Lograr la referencia del 50% de la población que acude a la CAPOS hacia la Coordinación Municipal de Salud y se realice la contrarreferencia del 100%.

Difusión y proporción de 5000 volantes en donde se muestre la ubicación tipo y servicio de atención que se proporciona en la CAPOS, por medio de capacitación, barrido de la microrregión e inauguración de la CAPOS.

Lograr la participación del Comité de Salud (5 personas) en la implementación de la CAPOS.

6.8 DETERMINACIÓN DE LÍMITES

➤ UNIVERSO DE TRABAJO

Familias con niños menores de cinco años de la microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal de Salud de Ampliación Tulpetlac, Municipio de Ecatepec Estado de México.

➤ DE ESPACIO

Un lugar acondicionado dentro de la misma microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal de Salud de Ampliación Tulpetlac, Municipio de Ecatepec Estado de México.

➤ DE TIEMPO

Inicio: 15 de Septiembre de 1197

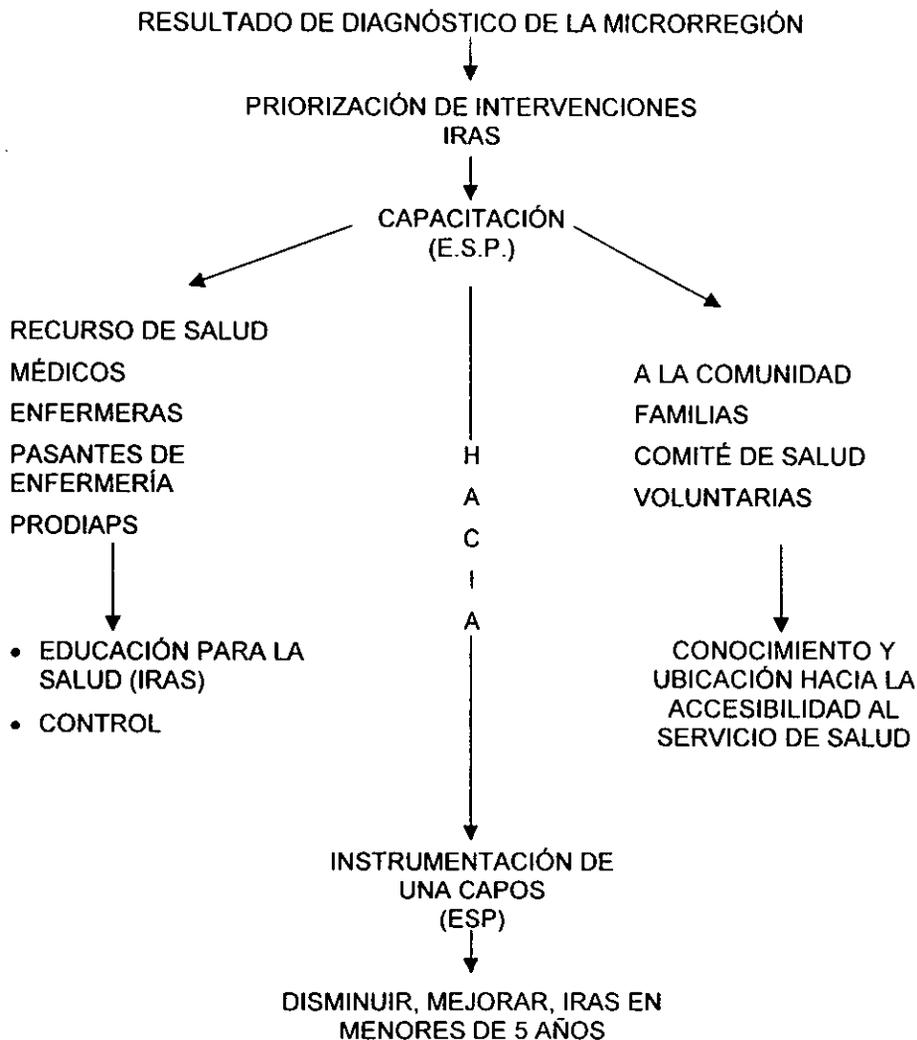
1a. fase de instalación: 30 de Octubre

2a. fase de consolidación: 5 meses.

6.9 TABLA DE RESPONSABILIDADES

ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE	
	2ª Sem	3ª Sem	4ª Sem	1ª Sem	2ª Sem	3ª Sem	4ª Sem	1ª Sem	2ª Sem	3ª Sem	4ª Sem	1ª Sem	2ª Sem	
FECHA 1997														
Organización e instrumentación del proyecto CAPOS.	✓	✓	✓											
Coordinación con especialistas en Salud Pública para revisión de intervenciones	✓													
Presentación de resultados del protocolo de investigación, así como intervenciones definidas a la COMUSA.				✓										
Gestión y sensibilización hacia la persona responsable de la CAPOS, para su colaboración.				✓										
Diseño y elaboración de volantes, lámina manta, talonario, libreta de registro para la CAPOS.				✓		✓								
Capacitación a persona responsable de la CAPOS, actividades a desarrollar.				✓										
Gestión administrativa para solicitar mobiliario y equipo para la CAPOS, así como apoyo en el tiraje de volantes.				✓										
Difusión y delegación de volantes por medio de la CAPOS y barrio.					✓		✓							
Levantamiento de la CAPOS (Instalación de mobiliario y equipo)							✓							
Coordinación de la CAPOS a la COMUSA (referencia y contrarreferencia)								✓						
Inauguración de la CAPOS									✓					
Evaluación de resultados										✓				
Informe Final												✓	✓	

6.10 ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA



7. EJECUCIÓN

Dentro de esta etapa se describen todas las actividades que se realizaron e hicieron posible el logro de los objetivos y metas, trazados para el proyecto de intervención "SISTEMA DE ENFERMERÍA EN LA INSTRUMENTACIÓN DE CASA POPULAR DE SALUD (CAPOS)".

Es de mencionar que todas estas actividades fueron apoyadas en su totalidad por la sede de prácticas, la Coordinación Municipal de Salud de la microrregión de estudio, el equipo multidisciplinario de salud y la misma comunidad.

El proyecto de intervención fue un reto para la especialista en Salud Pública y una satisfacción al finalizarlo y ver como producto el buen funcionamiento de la CAPOS, a continuación se describen las actividades detalladamente:

7.1 PROGRAMA DETALLADO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
GESTION	Reunión en el INER en el Departamento de Educación Médica Continua para curso monográfico de IRAS dirigido a personal de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec.	2 horas	L.E. Guadalupe Pérez.	L.E. Carmen Duran L.E. Jaquelina Pastrana Jefes de Enfermería (2)
IMPLEMENTACION DE UNA CAPOS	Presentación de resultados obtenidos, metodología utilizada, así como proyecto de intervenciones en la COMUSA, donde se llevarán a cabo las intervenciones.	2 horas	L.E. Carmen Duran L.E. Jaquelina Pastrana L.E. Guadalupe Pérez.	
	Hablar con la jefe de Enfermería Jurisdiccional para la facilitación del personal de enfermería pasante, para apoyo en el proyecto de intervenciones.	1 hora	L.E. Guadalupe Pérez	L.E. Carmen Duran L.E. Jaquelina Pastrana
	Reunión con el Coordinador Municipal de Salud de la Microrregión de estudio para hablar sobre el proyecto de intervenciones (INSTRUMENTACIÓN DE CAPOS)	1 hora	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Duran L.E. Guadalupe Pérez
	Ubicar área física donde se implementará la CAPOS (Anexo 13).	4 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Duran L.E. Guadalupe Pérez
	Hablar con el recurso de enfermería en servicio social e informarle específicamente del proyecto de intervenciones.	1 hora	L.E. Carmen Duran L.E. Jaquelina Pastrana L.E. Guadalupe Pérez	

ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
IMPLEMENTACION DE UNA CAPOS	Sensibilización al recurso de enfermería para su colaboración en la prestación del lugar físico para la implementación de la CAPOS, así como su participación en proporcionar la atención de salud en el mismo.	2 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Duran L.E. Guadalupe Pérez
	Gestionar con el JEFE Jurisdiccional para el facilitamiento del mobiliario y equipo para la implementación de la CAPOS	1 hora	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Duran L.E. Guadalupe Pérez
	Gestionar con el jefe de enfermería de la COMUSA para el facilitamiento y del material de consumo utilizado para la CAPOS.	2 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Durán L.E. Guadalupe Pérez
	Diseño y elaboración de una manta donde se indique que tipo de servicio de atención de salud se proporciona en la CAPOS.	2 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Durán L.E. Guadalupe Pérez Sr. Encargado de rotular
	Diseño y elaboración de una lámina en donde se indique el nombre del responsable, así como las instituciones que están en coordinación con la misma y su horario de atención.	2 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Durán L.E. Guadalupe Pérez Sr. Encargado de rotular

ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE ENFERMERIA

ACTIVIDAD	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
IMPLEMENTACION DE UNA CAPOS	Elaboración de documento "INSTRUMENTACION DE CAPOS" (Anexo 14) donde especifica: <ul style="list-style-type: none"> • Características de ubicación • Mobiliario y equipo • Material y papelería • Medicamentos • Actividades de la persona responsable 	6 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	
	Diseño de libreta de registro para la operacionalización de la CAPOS.	2 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	Jefe de Enfermeras de la COMUSA
	Gestionar cita con el Sr. Rodolfo Zamora perteneciente al Comité del PRD para solicitar entrevista con el Diputado Federal.	1 hora	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Guadalupe Pérez
	Presentación protocolo y plan de intervenciones al Diputado Federal, para apoyo en relación a material de construcción para la CAPOS.	2 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Guadalupe Pérez

ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
CAPACITACION A RECURSO DE SALUD EN LA OPERACIONALIZACION DE UNA CAPOS	Planeación de la capacitación de IRA que se impartirá al grupo multidisciplinario que apoyará en las intervenciones del proyecto	1 día	L.E. Guadalupe Pérez	L.E. Carmen Durán L.E. Jaquelina Pastrana
	Gestión en el Instituto San Carlos para solicitar aula para la capacitación de IRA.	2 horas	L.E. Guadalupe Pérez	L.E. Carmen Durán L.E. Jaquelina Pastrana
	Solicitud en el Departamento de Audiovisual, los materiales a utilizar en la capacitación de IRA	1 hora	L.E. Guadalupe Pérez	L.E. Carmen Durán L.E. Jaquelina Pastrana
	Participación de materiales didácticos (aceptados para proporcionar capacitación de temas específicos.	3 horas	L.E. Carmen Duran L.E. Jaquelina Pastrana L.E. Guadalupe Pérez	
	Preparación de paquetes de materiales didácticos, fotocopiado de manuales, exámenes que se ocupan en la capacitación.	5 horas	L.E. Guadalupe Pérez	L.E. Carmen Durán L.E. Jaquelina Pastrana
	Preparación de paquetes de materiales didácticos de apoyo (carteles, volantes, lápices, masquin tape, hojas de registro de orientación e información a madres).	5 horas	L.E. Carmen Durán	L.E. Jaquelina Pastrana L.E. Guadalupe Pérez Representante comunal Gerente de la misma Comunidad.
	Planeación en la distribución de paquetes por brigada para el barrido de información a la microregión de estudio.	3 horas	L.E. Guadalupe Pérez	L.E. Carmen Durán L.E. Jaquelina Pastrana

ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
CAPACITACION A RECURSOS DE SALUD EN LA OPERACIONALIZACION DE UNA CAPOS	Reunión con el recurso destinado, a proporcionar atención de salud en la CAPOS para proporcionar documentación de actividades a realizar en la misma.	3 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Durán L.E. Guadalupe Pérez
	Entregar a recurso responsable de la CAPOS libreta de registro e informarle como se realiza el llenado de la misma.	1 hora	L.E. Jaquelina Pastrana	
	Capacitar al recurso responsable de la CAPOS del llenado de talonario, así como del sistema de referencia y contrarreferencia a la COMUSA.	1 hora	L.E. Jaquelina Pastrana	
DIFUSION DE CAPOS	Gestión con la Dra. Norma Angélica Avilés Jefe del Programa "Sustentativo del niño menor de 5 años para al adquisición de material de promoción sobre IRA".	1 hora	L.E. Carmen duran	L.E. Jaquelina Pastrana L.E. Guadalupe Pérez
	Se mandan a elaborar 2000 carteles sobre promoción de IRAS (Plaza de Sto. Domingo).	3 horas	L.E. Carmen Durán L.E. Guadalupe Pérez	L.E. Jaquelina Pastrana
	Diseño de volantes en donde se especifica ubicación, tipo y servicio de atención, responsable, horario de la CAPOS. (Anexo 15)	3 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Durán L.E. Guadalupe Pérez
	Gestión con Jefe Jurisdiccional para solicitar apoyo en el tiraje del volante (5,000).	1 hora	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Durán L.E. Guadalupe Pérez Encargado del servicio de fotocopiado

ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
DIFUSION DE CAPOS	Delegación del volante para su difusión a las familias de la microrregión de estudio; a región de estudio; a recurso encargado del barrido de información.	1 hora	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Durán L.E. Guadalupe Pérez
INFORMACION, ORIENTACION Y EDUCACION A LA POBLACION	Presentación de la responsable de la CAPOS a la comunidad (inauguración de la CAPOS)	3 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	Jefe Jurisdiccional Personal de la COMUSA Comités de salud Comunidad L.E. Carmen Durán L.E. Guadalupe Pérez
	Proporcionar educación para la salud, específica sobre IRA y los cuidados que debe tener la madre hacia los menores.	1 hora	Recurso responsable de la CAPOS	
MOTIVACION SOCIAL	Orientar a la madre en los signos de IRA así como signos de alarma y a la solicitud oportuna de atención médica a través de la CAPOS.	1 hora	Recurso responsable de la CAPOS	
	Reunión con el Comité de Salud perteneciente a la microrregión de estudio, para motivar su participación de los mismos en las actividades de intervención.	3 horas	L.E. Carmen Duran	L.E. Jaquelina Pastrana L.E. Guadalupe Pérez
	Colaboración del Comité de Salud con el recurso responsable de la CAPOS para la implementación del mismo	1 día	Responsable de la CAPOS	Comité de Salud

ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD	TAREA	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
COORDINACION	Diseño y elaboración del talonario de referencia y contrarreferencia que se utiliza en la CAPOS. (Anexo 16).	3 horas	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Durán L.E. Guadalupe Pérez Impresos (Plaza Sto. Domingo)
	Tener coordinación con la COMUSA en conocimiento de la CAPOS así como la persona responsable para el abastecimiento de equipo y material de la misma.	1 hora	L.E. Jaquelina Pastrana	L.E. Carmen Durán L.E. Guadalupe Pérez
EVALUACION	Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia de la CAPOS a la COMUSA		Recurso responsable de la CAPOS	
	Conducir todo el proceso de planificación, organización, implementación, asesoría, monitoreo, supervisión y evaluación de la CAPOS		L.E. Jaquelina Pastrana	
	Seguimiento, verificación y evaluación del funcionamiento de la CAPOS	1 mes	L.E. Jaquelina Pastrana	

8. EVALUACIÓN

Siendo la evaluación la última etapa del proceso de enfermería según Alfaro, tuvimos que evaluar que tan bueno fue el sistema de enfermería en la instrumentación de una Casa Popular de Salud (CAPOS).

Para llevar a cabo la evaluación de nuestra intervención se tomaron en cuenta los siguientes criterios.

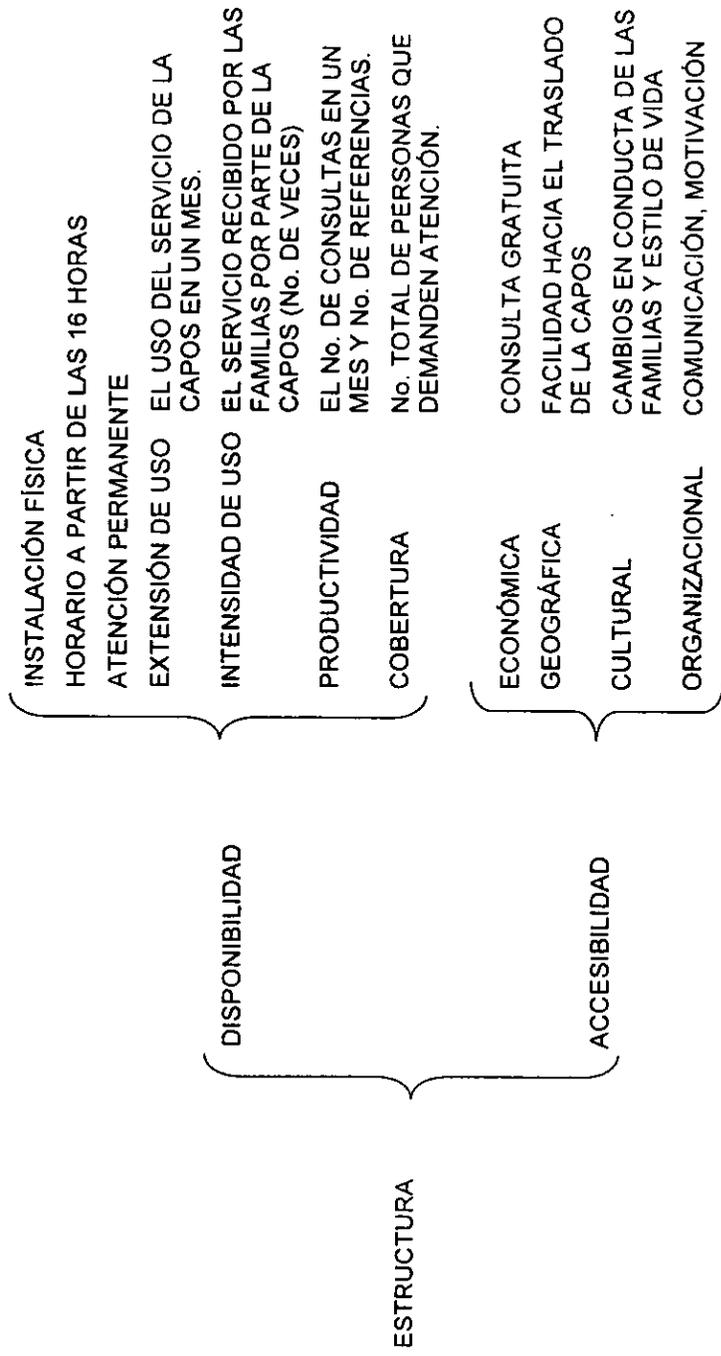
Para evaluar si los objetivos se cumplieron se calificó de acuerdo si estos se efectuaron en el tiempo estipulado y su logro.

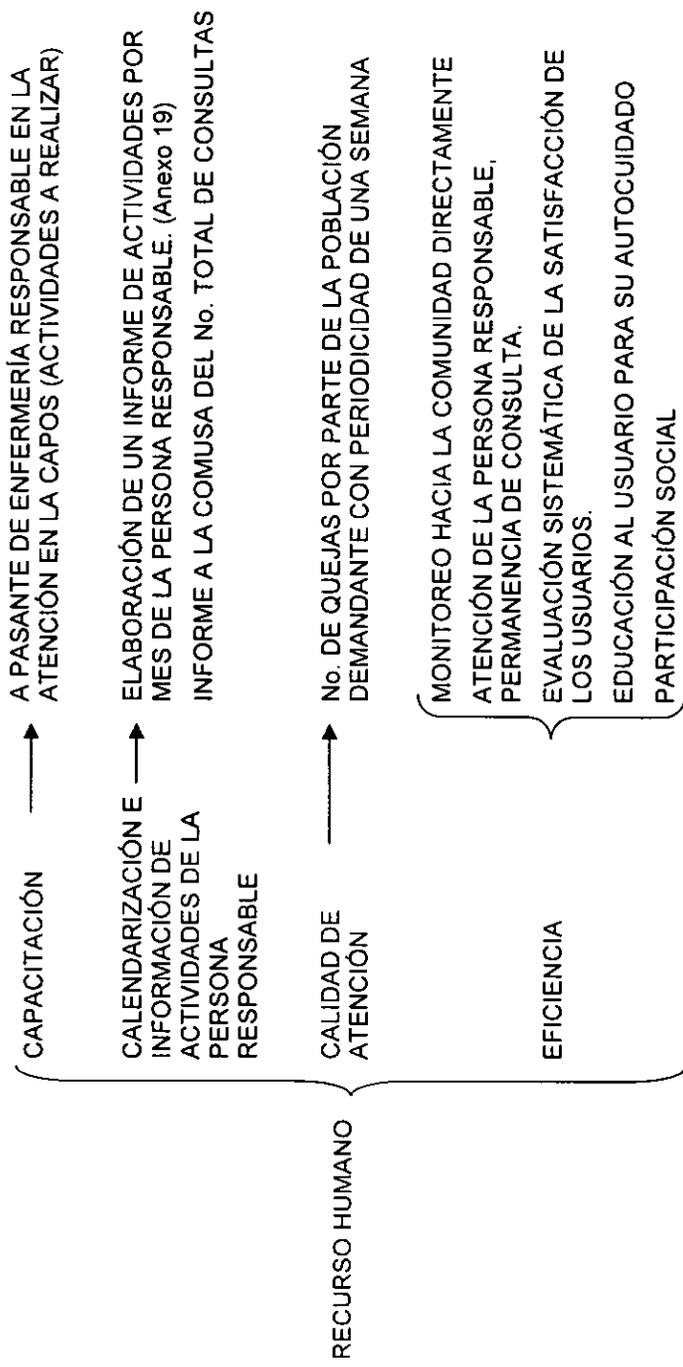
Se evaluaron las metas de acuerdo a lo proyectado y lo alcanzado.

En cuanto a la unidad física CAPOS se evaluó la accesibilidad que tiene ésta hacia las unidades multipersonales, para evaluar esta accesibilidad se elaboró un instrumento en donde se tuvo información sobre la ubicación de la CAPOS. (Anexo 17).

Por último se evaluó al recurso de salud que proporciona la atención, con un instrumento de la calidad de atención que se le proporcionó a las unidades multipersonales; esto fue preguntándoles directamente a las unidades multipersonales que hayan demandado el servicio de salud en la CAPOS. (Anexo 18).

8.1 PLAN DE EVALUACIÓN





8.2 RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PORCENTAJE ALCANZADO DE LOS OBJETIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CASA POPULAR DE SALUD (CAPOS) EN LA MICRORREGIÓN TECUESCOMAC DE LA COORDINACIÓN MUNICIPAL DE SALUD AMPLIACIÓN TULPETLAC, OCTUBRE 1997.

Objetivo	Efectuado		No efectuado	%
	A tiempo	Fuera de tiempo		
Instrumentación CAPOS		1 semana		90%
Capacitación al recurso de salud en la operacionalización de una CAPOS.	Si			100%
Orientación a las unidades multipersonales en la identificación temprana de los signos de gravedad de las IRAS – NEUMONÍA a través de la CAPOS*	Si			100%
Fortalecer la coordinación de la CAPOS–COMUSA en la atención de los niños menores de 5 años con IRA–NEUMONÍA.	Si			100%
Motivar a la población a su participación en la resolución de su problema de salud en la CAPOS.	Si			100%
Difusión a las entidades multipersonales de la ubicación, servicio de atención por medio de volantes.	Si			100%

* Continuo y simultáneo a cada consulta proporcionada.

DESCRIPCIÓN

En cuanto a los objetivos del proyecto hemos encontrado un buen cumplimiento en tiempo, solo hubo un retraso de una semana en la instrumentación de la CAPOS, lo que en definitiva creemos que no afectó el desarrollo del proyecto. Con lo que respecta a la capacitación al recurso de salud en la operacionalización de la CAPOS se le proporcionó a tiempo, al igual que la orientación a las unidades multipersonales en la identificación temprana de los signos de gravedad de las IRAS-NEUMONIA; a través de la CAPOS.

Se estableció la coordinación de la CAPOS-COMUSA en la atención de los niños menores de 5 años con IRA-NEUMONÍA para que se lleva a cabo éste, se diseñó un talonario con el que el recurso de salud lo canaliza a la COMUSA.

Dentro de la zona de influencia (8 sectores) se motivó a las unidades multipersonales a su participación en la resolución de sus problemas de salud a través de la CAPOS.

La difusión se realizó en el tiempo acordado con el apoyo del equipo multidisciplinario, hacia las unidades multipersonales de la ubicación, servicio de atención por medio de volantes.

PORCENTAJE ALCANZADO EN LAS METAS OPERATIVAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CASA POPULAR DE SALUD (CAPOS) EN LA MICRORREGIÓN TECUESCOMAC DE LA COORDINACIÓN MUNICIPAL DE SALUD AMPLIACIÓN TULPETLAC, OCTUBRE 1997.

Metas	Proyectado	Alcanzado	%
Implementar una unidad denominada CAPOS	1 Unidad	1 Unidad	100%
Conocimiento por parte de las unidades multipersonales (zona de influencia) de la existencia, ubicación y atención de salud que se proporciona en la CAPOS.	20 familias + 20% de seguridad: 25 familias	25 familias	100%
Accesibilidad al servicio de salud por parte de la CAPOS (unidades multipersonales que acuden a la CAPOS)	25 familias	25 familias	100%
Sistema de referencia y contrarreferencia	5 2	No se ha dado	
Conocimientos sobre signos de alarma o gravedad de las IRAS-NEUMONÍA por parte de las unidades multipersonales que hayan acudido a la CAPOS.	5	8	160%
Participación de Comité de Salud en la implementación de la CAPOS.	5 personas	9 personas	180%
Difusión y promoción de la CAPOS por medio de la distribución de volantes	5000		
Capacitación	1350		
Barrido de la zona	3500		
Inauguración de la CAPOS	150	5000	100%

DESCRIPCIÓN

En cuanto a las metas operativas se cumplieron exitosamente todas, como inicio el implementar una unidad física denominada CAPOS, el conocimiento por parte de las unidades multipersonales de la existencia, ubicación y atención de salud que se proporcionaba en ésta, cabe mencionar que se abarcaron 2 sectores los cuales no pertenecían a la zona de estudio, pero se tuvo que abarcar esta zona por presentar una muerte por Neumonía, dando un total de 4 sectores, denominada a esta, zona de influencia ya que es toda esta región la que rodea la CAPOS en sus diferentes puntos cardinales, cubriendo así el 100% de esta meta.

El implementar una CAPOS respondió a mejorar la accesibilidad de los servicios de salud a las unidades multipersonales que se encontraban en zona de alto riesgo, y con poca o nula accesibilidad al Centro de Salud; lo cual con esta acción pensamos esta problemática.

En algunos casos se rebasó y se llegó hasta el 160% y 180% de la meta lograda, como fue el lograr que las unidades multipersonales que acudieron a la CAPOS, cuenten con conocimientos adecuados en la identificación de los signos de alarma y gravedad de las IRA-NEUMONÍA, rebasando de 5 unidades multipersonales proyectadas a 8 unidades multipersonales logradas, por otra parte también con lo que respecta a la participación del comité de salud en la implementación de la CAPOS se proyectaron 5 recursos, teniendo al final la participación de 9 recursos para el logro de esta meta.

Todo este éxito se debió al apoyo por parte del equipo multidisciplinario en la difusión de la ubicación de esta unidad y de los servicios que puede proporcionar

a las autoridades multipersonales. De ahí que la difusión y promoción de la CAPOS por medio de la distribución de volantes, capacitación, barrido de la zona fueron considerados como elementos necesarios para el funcionamiento de la misma.

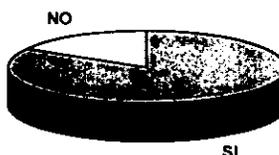
Cabe destacar que el trabajo multidisciplinario es de suma importancia para el logro de metas.

En cuanto a la referencia y contrarreferencia se analizarán al terminar la intervención en fecha posterior, con el monitoreo del informe de actividades.

EVALUACIÓN EN LA ACCESIBILIDAD DE LA CASA POPULAR DE SALUD HACIA LAS UNIDADES MULTIPERSONALES DE LA MICRORREGIÓN TECUESCOMAC DE LA COORDINACIÓN MUNICIPAL DE SALUD AMPLIACIÓN TULPETLAC, OCTUBRE 1997.

Sabe donde está ubicada la CAPOS

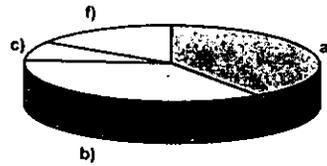
VARIABLE	FCA	%
SI	25	83.3
NO	5	16.6
TOTAL	30	94.9



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación de accesibilidad.

Cómo se enteró de la existencia de la CAPOS

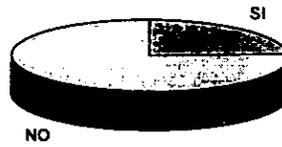
VARIABLE	FCA	%
a) Volante	10	40
b) Boca a boca	9	36
c) Manta	2	8
d) Lámina	--	--
e) Plástica	--	--
f) Más de una	4	6
TOTAL	25	100



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación de accesibilidad.

Ha acudido a la CAPOS

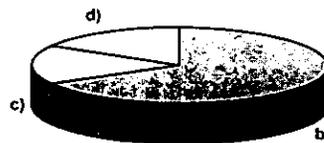
VARIABLE	FCA	%
SI	6	24
NO	19	76
TOTAL	25	100



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación de accesibilidad.

Por qué acudió a la CAPOS

VARIABLE	FCA	%
a) Curiosidad	--	--
b) Consulta	4	66.6
c) Por medicamentos	1	16.6
d) Capacitación, orientación e información	1	16.6
TOTAL	6	94.8



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación de accesibilidad.

Cuánto le cobraron por el servicio recibido

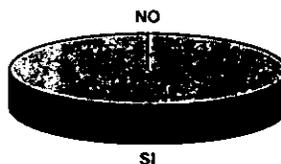
VARIABLE	FCA	%
+ 5.00	--	--
- 5.00	1	16.6
Nada	5	83.3
TOTAL	6	99.9



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación de accesibilidad.

Cree usted que esté bien ubicada a la CAPOS

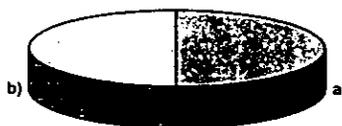
VARIABLE	FCA	%
Si	25	100
No	--	--
TOTAL	25	100



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación de accesibilidad.

El servicio proporcionado para qué le sirvió

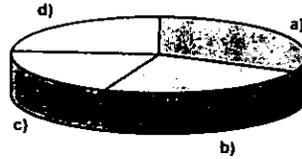
VARIABLE	FCA	%
a) Saber que tipo de atención se proporciona	3	50
b) Proporcionar mejor atención a sus hijos	3	50
TOTAL	6	100



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación de accesibilidad.

Qué entiende por autocuidado

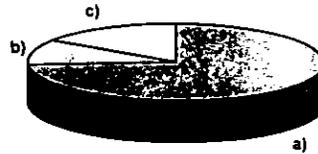
VARIABLE	FCA	%
a) Lo entiende y lo aplica	8	32
b) Lo entiende y no lo aplica	6	24
c) No lo entiende pero no lo aplica	5	20
d) No lo entiende y no lo aplica	6	24
TOTAL	25	100



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación de accesibilidad.

Por qué no ha acudido a la CAPOS

VARIABLE	FCA	%
a) No ha sido necesario	14	73.6
b) Prefiere llevarlos al IMSS o CEI	2	40.5
c) No está enterada	3	15.7
TOTAL	19	99.8



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación de accesibilidad.

DESCRIPCIÓN

Uno de los problemas encontrados como resultado del Diagnóstico de Salud realizado fue la falta de accesibilidad a los servicios de salud, el cual fue priorizado e intervenido con la instrumentación e implementación de una CAPOS, respondiendo a mejorar la accesibilidad de los servicios de salud hacia las unidades multipersonales que se encuentran en zonas de alto riesgo y como ya se mencionó con poca o nula accesibilidad al Centro de Salud.

Teniendo ya la unidad física CAPOS, se inició la operacionalización de la misma, posterior a esto se diseñó un cuestionario con 8 preguntas, todas estas dirigidas a la accesibilidad que tienen las unidades multipersonales de la zona de influencia a la CAPOS, aplicándose 25 cuestionarios, los cuales arrojaron los siguientes resultados.

Del total de las unidades multipersonales encuestadas, el 100% tenía conocimiento de la ubicación de la CAPOS, las cuales se enteraron por la difusión y distribución de volantes.

Es de mencionar que solo un pequeño porcentaje (6%) ha ido a la CAPOS a pedir información, orientación, consulta y capacitación, el mayor porcentaje refirió el que no ha sido necesario acudir a la CAPOS.

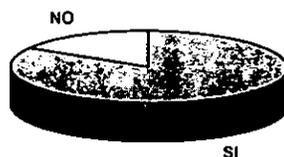
La atención que se les ha proporcionado, refiere que ha sido gratuita, así como están de acuerdo en que la CAPOS está en un buen lugar, que hay accesibilidad a ésta, les queda más cerca y en la cual pueden recibir una atención inmediata, que les proporcionen la información y orientación necesaria para prevenir complicaciones, dándoles un mejor cuidado a sus hijos.

Al preguntarles que es lo que entendían por autocuidado el 50% de las encuestadas lo entiende pero no lo aplican y el otro 50% no lo entiende pero lo aplican.

EVALUACIÓN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN PROPORCIONADA POR EL RECURSO DE SALUD RESPONSABLE DE LA CASA POPULAR DE SALUD EN LA MICRORREGIÓN TECUESCOMAC DE LA COORDINACIÓN MUNICIPAL DE SALUD AMPLIACIÓN TULPETLAC, OCTUBRE 1997.

Tiene conocimiento de que significa CAPOS

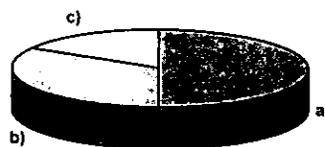
VARIABLE	FCA	%
Si	5	83.3
No	1	16.6
TOTAL	6	99.9



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación en la Calidad de Atención.

Porqué acudió a la CAPOS

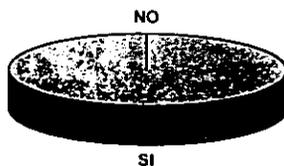
VARIABLE	FCA	%
a) Capacitación	3	50
b) Información	2	33.3
c) Orientación	1	16.6
TOTAL	6	99.9



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación en la Calidad de Atención.

Satisfacción en la atención proporcionada

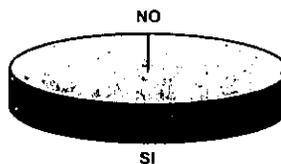
VARIABLE	FCA	%
Si	6	100
No	--	--
TOTAL	6	100



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación en la Calidad de Atención.

Se le proporcionó capacitación, orientación, información del problema referido.

VARIABLE	FCA	%
Si	6	100
No	--	--
TOTAL	6	100



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación en la Calidad de Atención.

Fue resuelto su problema en ese momento

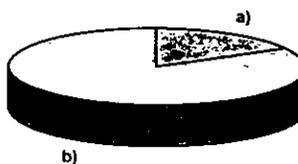
VARIABLE	FCA	%
Si	5	83.3
No	1	16.6
TOTAL	6	99.9



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación en la Calidad de Atención.

Su opinión con respecto a la CAPOS

VARIABLE	FCA	%
a) Excelente	1	16.6
b) Buena	5	83.3
c) Regular	--	--
d) Mala	--	--
TOTAL	6	99.9



Fuente: Cuestionario aplicado, evaluación en la Calidad de Atención.

DESCRIPCIÓN

La evaluación de la calidad fue hecha de acuerdo al plan de evaluación utilizando un cuestionario de 6 preguntas, el cual se aplicó a las unidades multipersonales que habían acudido a las CAPOS, encontrando los siguientes resultados.

Sobre el significado CAPOS, el mayor porcentaje (83%) contestó correctamente "CASA POPULAR DE SALUD", la razón más frecuente por la que acudieron a la CAPOS fue por capacitación con un 50%.

La atención que se les proporcionó fue satisfactoria pues se les proporcionó esa información y orientación del problema por el que ellas iban, resolviéndose en gran porcentaje el problema.

La opinión que tienen sobre la CAPOS es buena por su ubicación, accesibilidad, cercanía de sus hogares y la importancia de poder prevenir cualquier desviación de salud.

8.3 DISEÑO DEL SISTEMA DE CONTROL

AREA	VARIABLE A CONTROLAR	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
ACTIVIDADES	TIEMPO	- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES - RUTA CRÍTICA
	PROCEDIMIENTO	SUPERVISIÓN (DOS VECES A LA SEMANA POR LAS TARDES)
	COMPLEMENTO	TABLA DE RESPONSABILIDADES
RECURSOS HUMANOS	DESEMPEÑO	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO ENCUESTA DE OPINIÓN
	COSTO	CONTABILIDAD DE GASTOS
	UTILIZACIÓN	PRESUPUESTOS
MATERIALES	DISPONIBILIDAD	GESTIÓN, OFICIOS DIRIGIDOS
OBJETIVOS	EFFECTIVIDAD	SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DEMANDA DE POBLACIÓN ATENCIÓN ADECUADA

El sistema de control también se llevó a cabo a base de libretas de registro de las familias que acuden a la CAPOS .

Así como los que refiere la CAPOS a la COMUSA.

CONCLUSIONES

La elaboración del estudio de caso como un producto terminal para obtener el grado de Enfermera Especialista en Salud Pública constituye una evidencia de la importancia del manejo de un enfoque teórico de enfermería el cual ha servido como directriz en el desarrollo del trabajo de esta disciplina.

La Salud Pública requiere día con día del planteamiento de estrategias de atención a la salud más acertadas y mejor ubicadas en la problemática de salud de las entidades multipersonales, en ello radica la importancia de la realización de un diagnóstico de salud el cual arrojó resultados que conllevan a efectuar acciones acordes a las necesidades requeridas.

Este estudio estableció la asociación entre un evento (mortalidad) y los factores que lo originan desde un enfoque de riesgo familiar, y apoyándose en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem que se aplicó a nivel comunitario.

Es de comentar que al haber trabajado con esta teoría, se obtuvieron más productos de los que se habían esperado ya que se vislumbraron las necesidades de las unidades multipersonales.

Con la información obtenida se estructuró un proyecto de intervención basado en el nivel déficit de autocuidado encontrado, de ahí la importancia de su adecuada valoración y su relación con los riesgos y daños.

Es de mencionar que éste estudio y su plan de intervenciones es privativo de la enfermera especialista en Salud Pública.

La realización de este estudio de caso proyectó la visión e importancia de las intervenciones de la enfermera especialista en Salud Pública junto con el equipo multidisciplinario para que posteriormente a la instrumentación estadística y análisis epidemiológico de resultados aporten propuestas que tiendan a modificar estructuras y estrategias que reditúen en el mantenimiento, preservación y fomento de la salud de la entidad multipersonal que se estudió y diagnosticó.

Posteriormente a la descripción e interpretación de resultados y validación de asociación de factores de riesgo en relación a morbilidad por IRA-NEUMONIA se concluye que, en lo que se refiere a la identificación del problema, los resultados mostraron que algunos de los factores de riesgo relacionados a morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas y mortalidad por Neumonía son comunes a ambos, por lo cual potencializan el riesgo de enfermar o morir en los menores de 5 años expuestos.

Se cumplió el objetivo general de este estudio de caso ya que se conoció el nivel de déficit de autocuidado que existe en las unidades multipersonales y que se encuentra fuertemente asociado con la morbimortalidad por IRA-NEUMONÍA en los menores de 5 años de la microrregión de estudio.

Los resultados que arrojó el diagnóstico de salud realizado en dicha microrregión, permitió que la especialista en Salud Pública elaborara un proyecto de intervenciones que coadyuvarán a disminuir el daño a la salud presentado como un sistema de enfermería en la instrumentación de una Casa Popular de Salud (CAPOS), como propuesta a la necesidad de las unidades multipersonales, hacia

la falta de accesibilidad a los servicios de salud, ya que la ubicación de sus viviendas geográficamente no les permite el fácil acceso a los mismos.

La importancia de tener una CAPOS, facilitará la accesibilidad de las unidades multipersonales y como consiguiente es un gran apoyo, económico, por horario y por cercanía. Por otro lado se menciona que la ubicación geográfica de la CAPOS quedó en el límite posterior a la microrregión de estudio, esto fue por las mismas necesidades de la población y la accesibilidad a la unidad física como tal.

Los objetivos marcados como las metas se cumplieron totalmente, ya que la CAPOS está funcionando y proporcionando atención de salud, coadyuvando a disminuir el déficit de autocuidado de las unidades multipersonales.

La aplicabilidad de la Teoría del déficit de autocuidado en las entidades multipersonales constituyó un avance en la implementación de esta teoría de enfermería, ya que en la actualidad es una propuesta de trabajo para los profesionales de esta disciplina, la aplicación en la práctica cotidiana contribuye al desarrollo de la profesión.

La experiencia de haber realizado este estudio de caso fue satisfactoria ya que dentro de esta disciplina del cuidado tenemos el compromiso de proteger la salud del ser humano, y poder facilitar su supervivencia en este medio. La oportunidad brindada para realizar este posgrado en Salud Pública posibilita el desarrollo de trabajos de investigación y de intervención que pueden ser punta de lanza en la propuesta de nuevas estrategias de atención a la salud de las poblaciones.

Refiriéndonos a la Sede de práctica fue importante el apoyo para alcanzar los objetivos iniciales y el realizar el trabajo en equipo fue productivo, constituyendo una experiencia significativa y trascendental en la formación del recurso de posgrado.

La experiencia tutorial fue acertada, el sentido del aprendizaje dirigido a la retroalimentación de los aspectos teóricos, metodológicos ya en la práctica, el fomentar la participación conjunta con el equipo interprofesional de salud, su asesoramiento ante la toma de decisiones, así como la elaboración del estudio de caso para su análisis y discusión fue fundamental para el desarrollo y la conclusión del posgrado.

En el desarrollo y crecimiento de la disciplina de enfermería el aprendizaje es continuo y más profundo llevando al profesional a niveles de conocimiento más allá de una conducta repetitiva y hacia reconocer las capacidades de otros para su propio cuidado, la salud es un fin para los profesionales de la salud, para la enfermería un fin basado en el CUIDADO de la salud.

El nivel de especialidad proporciona la oportunidad de incrementar los conocimientos en un aprendizaje compartido basado en la realidad de los individuos, y la comunidad; encaminando el potencial del agente de enfermería para que en el marco de la Salud Pública ofrezca una atención en donde la calidad está garantizada.

Por último concluimos que la Salud Pública dentro de esta disciplina constituye la parte más esencial para poder desarrollar acciones que conlleven a un cuidado integral del individuo y su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

- ALATORRE, P. Roberto. *ETICA Manual*. 7a. ed. México, Ed. Porrúa, 1983. 365.p.
- ALFARO, Rosalinda,. *Aplicación del Proceso de Enfermería*, México, Ed. Doyma, 1993.. 167 p.
- ALONSO, C. Magdalena. *Lineas para la Atención Primaria Avanzadas: Un Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria*. XIII Reunión Nacional de Lic. en Enfermería Organizado por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la U.N.A.M., Universidad Autónoma de Nuevo León México, Agosto de 1992. 31 p.
- ALVAREZ, Rafael. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México, Manuel Moderno, 1991. 391 p.
- ANDER EGG, Ezequiel. *Desarrollo de la Comunidad Metodología y Práctica*. 10a. ed. Ed. Humanitas 1982. 190 p.
- _____. *Metodología y Practica del Desarrollo de la comunidad*. 10a. ed. México. Ed. El Ateneo, 1982.342 p.
- ANTOLOGIAS, *Bioética para Enfermería*. II Reunión Internacional, México 1997. 6 antologías 83 p.
- ANTON, N. Ma. Victoria. *Enfermería y Atención Primaria de Salud*. Fotocopiado. Madrid 1989, Ed. Díaz de Santos. 5 p.
- _____. *Enfermería y Atención Primaria de Salud*. Madrid, Ed. Díaz de Santos 1989. 168 p.
- ARANDA, J. Manuel R. *Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud*. Madrid, 1993. de. Díaz de Santos. 149 p.
- BAENA, Guillermina, *Instrumentos de Investigación*, 12a. Ed. México, Editores Mexicanos Unidos, S.A. 1984.. 134 p.
- BALSEIRO, Lasty. *Investigaciones de Enfermería*, México, Ed. Acuario, 1991. 225 p.

- . *Principio de Administración*. 2a. Ed. México, Editorial. Aztlán S.A. de C.V. 1996. 196 p.
- BARQUIN; Manuel. *Medicina Social*. 2a. Edición. México. Editorial Méndez Oteo, 1981 437 p.
- BOLETIN, Latinoamericano. *Ética y Enfermería*. Colombia, Vol. 1 Diciembre 1996. 12 p.
- BONITA, Ruth. *Epidemiología Básica*. Washington D.C. Programa. de Publicaciones Organización Panamericana de la Salud. 1994. 186 p.
- BUSTOS. René. et. al. *Administración en Salud*. 2a. ed. México. Editorial. Francisco Méndez 1981 324 p.
- BRINGAS; E: Salvador. *Opusculos Éticos*. México. Editorial. UAEM, 1983. 32 p.
- CANALES; Francisca H. *Metodología de la Investigación*. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. México, Editorial Limusa, S.A. 1986, 327 p.
- CANAVAGH, Stephen, J. *Modelo de Orem*. España Editorial. Salvat, 1993- 167 p.
- COMISION AMBIENTAL METROPOLITANA. Fideicomiso Ambiental. México. Banobras S.N.I 1996. 35 p.
- CONALEP. *Bioestadística*. México. Ed. Apoyos y Prototipos Didácticos, 1988. 203 p.
- CONAVA. *Reflexiones sobre Participación y Movilización Social en Entorno a la Salud*. Serie Manuales. México. 1992. 40 p.
- Consejo Nacional .C.E.D. *Guía del Promotor y del Facilitador Responsable de la Instalación de las Capos de Hidratación Oral y Saneamiento*. México 1994. 30 p.
- . *Manual de Voluntario Responsable de la Casa Popular de Hidratación Oral y Saneamiento (Capos)* México 1994. 35 p.
- CHACON, S. Fernando. *Planeación y Programación*. Fotocopiado para uso docente. México, 1997. 19 p.

_____. *Planeación de Servicios de Salud*. Fotocopiado para uso docente. México. 1997. 18 p.

CHAPELA. Cony. *Glosario de Términos*. Diplomado en Promoción de la Salud. VAMX: 1994. 15 p.

CHINOY, Eli, *La Sociedad una Introducción a la Sociología*. XIII a. ed. México. De. Fondo de la Cultura Económica, 1984. 423 p.

DAVINI, Ma. Cristina. *Educación Permanente en Salud*. Washington, D.C. Editorial. O.P.S. 1995. 120 p.

DEFINICION Y PROPIEDADES DE LOS FACTORES DE RIESGO. Fotocopiado para uso docente. Especialidad en Salud Pública. E.N.E.O., U.N.A.M. 1997. 18 p.

DEIMAN, Patricia. *Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería en Hospitales de Distrito para la Atención Primaria de Salud*. OPS. Washington D.C. 1994. 73 p.

DEVER, G. E. Alan. *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. 1ra. Edición. E.U.A., Editorial. OPS. 1991. 417 p.

DONABEIDAN, Audeis. *La Calidad de la Atención Médica*. Editorial. La Prensa Médica Mexicana. 1984. 194 p.

EDWARDS, Richard. *Conflicto y Control en Lugar de Trabajo*. Nueva York Editorial.. Basic Books, 1979. 155 p.

ENFOQUE DE RIESGO I . *Especialidad en Salud Pública*. E.N.E.O., U.N.A.M., 1997. 25 P.

ENFOQUE DE RIESGO II . Fotocopiado para uso docente. Especialidad en Salud Pública. E.N.E.O. U.N.A.M., 1997. 5 p.

FOX. John. *Epidemiología el Hombre y la Enfermera*. México. Editorial. Prensa Médica Mexicana. 1981. 371 p.

FRANCO. HERNANDEZ, Luis Mauricio. *Estudio de Comunidad Microregión de Texalpa*. 1995. 113 p. (Informe Final de Servicio Social) U.N.A.M. Iztacala.

- FRENK, Julio. *Observatorio de la Salud*, México. De. Fundación Mexicana para la Salud. 1997. 487 p.
- Fundación Mexicana para la Salud. *Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud*. México, 1994. 95 p.
- FUNSALUD. *La Sociedad Civil Frente a los Desafíos Nacionales*. México Edición FUNSALUD. 1995. 125 P.
- _____. *Economía y Salud*. México, Fotocopiado para uso docente. 1994. 54 p.
- GOLDSMITH, Arthur. et. al. *Organización Comunitaria*. Wisconsin, EE.UU. Editorial Prico, 1986. 78 p.
- GONZALEZ, Estrada, Erika, *Estudio de Comunidad Ampliación Tulpetlac*. 1996. 66 p. (Informe Final de Servicio Social). Centro Cultural Universitario Justo Sierra.
- GALLEGOS, C. Esther. *Teorías y Modelos de Enfermería*. Fotocopiado para uso docente. Especialidad en Salud Pública. U.N.A.M. México, D.F. 1997. 272 p.
- GOMEZJARA, Francisco. *Salud Comunitaria Teoría y Técnica*. 2da. Edición, México, Editorial Porrúa, S.A. , 1992. 729 p.
- _____. *Técnicas de Desarrollo Comunitario*. 3ra. Edición Editorial Nueva Sociología, 1981. 374 p.
- _____. *Sociología*. 10a. Edición . México, Editorial Porrúa, S.A. 1993, 470 p.
- GRODOS, Daniel et. al. *Las Intervenciones Sanitarias electivas una Trampa para la Política de Salud del Tercer Mundo*. Fotocopiado. Diciembre, 1998. 8 p.
- GUTIERREZ, S. Raúl, *Introducción a la Ética*. 15a. Edición. México. Editorial Esfinge, 1982. 253 p.
- HALL, E Joanne, et. al. *Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de sistema*. Washington, D.C. P.O.S. 1990, 764 p.
- HANCHETT, Effie. *Salud de la Comunidad*, México, Editorial Limusa, 1981. 199 p.

- H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE ECATEPEC DE MORELOS MEXICO. *Bando Municipal de Policía y Buen Gobierno*. 1994, 91 p.
- _____. *Plan de Desarrollo Municipal*. 1994-1996. 110 p.
- HERNAN, Torres J. *Diagnostico de Salud Integral*. México. I.N.S.P. Documento Mimeográfico. 1989. 26 p.
- HERNANDEZ, C. Juana. *Historia de la Enfermería*. México, Editorial Interamericana, 1995. 195 p.
- HERNANDEZ, López M: Verónica. *Estudio de Comunidad Ampliación Tulpetlac*. 1975.93 p. (Informe Final de Servicio Social) U.N.A.M.- Iztacala.
- HERNANDEZ, Mauricio. et. al. *Salud Ambiental*. Cuadernos de Salud. México Editorial Secretaria de Salud. 1994. 101 p.
- IBARRA Eduardo. et. al. *Hacia una reinterpretación social del poder y las organizaciones*. Ponencia Presentada en el Seminario Cultura y Poder. UAEM. Noviembre 1984. México.
- I.M.S.S. *Revista de Enfermería*. No. 2-3 Vol. 4 México, Mayo-Diciembre 1991, 11p.
- ISEM. *Agenda Básica*. Instrumento de Trabajo Comunitario. Gobierno del Estado de México. 1997. 17 p.
- _____. *Concentrado Microrregional de Datos de la Tarjeta de Visita Familiar*. 13 p.
- _____. Departamento de Servicios de Salud de Primer Nivel. *Normas y Procedimientos para la utilización Dinámica de la T.V.F. Concentrado Microrregional y Análisis de datos*. 1989. 14 p.
- _____. Jurisdicción Sanitaria Ecatepec Enseñanza e Investigación. *Agenda Básica de Prodiapsus*. Marzo 1996. 5 p.
- _____. Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. *Coordinación Municipal de Salud*. Una Estrategia de Cambio. 1984. 20 p.
- _____. *Diagnóstico de Salud Jurisdiccional*. 1996. Ecatepec, 106 p.

- _____. *Diagnóstico Epidemiológico*. Ampliación Tulpetlac, 1996. México, 1997. 38p.
- _____. *Gaceta Médica*. Vol. 1 Número 4. Octubre 1991. 64 p.
- _____. *Manual de Enseñanza Simplificada de croquis*. 1996.
- _____. *Modelo de atención a la Salud de la Población abierta del Estado de México*, 1993. 75 p.
- _____. *Tarjeta de Visita Familiar. Instrumento de trabajo comunitario. Gobierno del Estado de México*. 1997. 2 p.
- _____. *Instructivo de llenado de los cuadros de Concentración de la Visita Familiar por Microrregión*. 1986. 11 p.
- Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. *Instructivo de llenado de la Tarjeta de Control de la Visita Familiar*. Marzo. 1996. 5 p.
- KAHL, Martín C. *Fundamentos de Epidemiología*. Madrid. Editorial Díaz de Santos 1990. 339 p.
- KROEGER, Axel y Rinaldo Luna. *Atención Primaria de Salud*. 2a. edición., México editorial Paltex, 1992. 639 p.
- LASKI, Laura, *Evaluación de programas de Salud*. México, Ed. Interamericana. 1997. 74 p.
- L'GAMIZ, Arnulfo. Bioestadística, *La Estadística y su aplicación en el área de la Salud*. México. Ed. Méndez Contreras, 1983. 250 p.
- LEY GENERAL DE SALUD. 13 ed., México Ed. Porrúa, 1996. 1161 p.
- LILIENTELD, Abraham. *Fundamentos de Epidemiología*. Venezuela, Ed. Fondo Educativo Interamericano, 1983. 341 p.
- LOPEZ, C. Malaquias. et. al. *Diccionario de Términos Epidemiológicos*. Fotocopiado. 28 p.
- LOPEZ, Daniel. *La Salud Desigual en México*. 5a. ed., México, Ed. Siglo Veintiuno editores, 1984, 247 p.

- LOPEZ, Ma. Concepción. *Enfermería Sanitaria*. México, Ed. Interamericana, 1987, 237 p.
- LLANOS, Guillermo. et. al. *Promoción de la Salud y Prevención y Control de las Afecciones no Transmisibles*, Washington, D.C. 1992. 21 p.
- MAC MAHN, Brian. *Principios y Métodos de Epidemiología*, 2a. ed. México Ed. Prensa Medica Mexicana. 1983. 339 p.
- MACHUCA NUÑEZ, Julián, *Estudio de Comunidad de la Microrregión, Ampliación Tulpeltlac III*. 1992. 61 p. (Informe de Servicio Social) U.N.A.M. Iztacala.
- Manual de Procedimientos para el manejo adecuado de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda*. Sistema Nacional de Salud. 1997. 51 p.
- MATERIAL DE LECTURA. *Santa María Tulpeltlac*, H. Ayuntamiento Constitucional de Ecatepec de Morelos, México. 1994-1996. 4 p.
- McMahon, Rosemary, et. al. *Administración de la Atención Primaria de Salud*, México. Ed. Paz. 1989 (1980). 317 p.
- MEDRANO. A. Jesús. *Riesgo: Enfoque y Mediciones*. Curso de Epidemiología Aplicada. Febrero 1997, Fotocopiado para uso docente 11 p.
- MENDEZ, Rodolfo. *Aplicación de Métodos de Priorización Taller I y II para uso docente*. México, 1997, 8 p.
- MORENO, Laura. et. al. *Factores de Riesgo en la Comunidad*. México, Ed. U.N.A.M. 1990. 306 p.
- _____. *Factores de Riesgo en la Comunidad I*. México, Ed. U.N.A.M. 1990. 235 p.
- MORALES R. Herlinda. *Crónica de Santa María Tulpeltlac Presencia y Cultura*. Estado de México, Folleto de la Academia de Historia y Cultura Ecatepec. 1992. 62 p.
- MORTON, et. al. *Bioestadística y Epidemiología*. 3a. ed. México. Ed. Interamericana. 1992. 184 p.

- MORRIS, Schaefer. *Trabajadores Comunitarios de Salud*. Wisconsin, EE.UU., Ed. Pricolor. 1986. 78 p.
- MUNGUÍA, Zarafrain Irma y Salcedo Aquino. *Redacción e Investigación documental I*. 2a. ed. México, Ed. U.P.N. 1988, 233 p.
- MUÑOZ, L. Leonardo. *Monografía Municipal*. México. 1968. 50 p.
- NUEVA ENCICLOPEDIA TEMÁTICA. *Arte y Filosofía*. México. Ed. Nauta, S.A. 1992. 341 p.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. *La Promoción de la Salud*. Carta de Ottawa. Boletín Otaif 1987. 6 p.
- OLIVERA, García, et. al. *Sesenta años de Salud Pública en México*. México, Ed. Talleres Gráficos de Cultura, S.A. 1993, 249 p.
- O. M. S. *Agua y Salud Humana: Una Visión General*. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el agua 1977 Fotocopiado para uso docente de Riesgos y Daños. 12 p.
- _____. *Efectividad del tratamiento del agua en la salud pública*. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el agua 1977. Fotocopiado para uso docente de riesgos y daños. 16 p.
- O.P.S. *Análisis de la Organización de Salud*. Washington, D.C. 1989. 253 p.
- _____. Atención del Niño con Infección Respiratoria Aguda, Washington D.C. 1992. Manual 116 p.
- _____. *Bases Técnicas para las Recomendaciones de la OMS sobre el Tratamiento de la Neumonía de Niños en el Primer Nivel de Atención*. Washington, D.C. 1992. 27 p.
- _____. *Enseñanza de la Ciencia de la Salud en América Latina*, Washington 1990. Ed. O.P. A. 188 p.
- _____. *Evaluación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud*. 1ra. Ed. Washington Serie Paltex, 1990. 106 p.

- _____. *Grupo de Trabajo sobre Lineamientos Generales de Investigación y Desarrollo y Proyecto de Estudios de la Práctica de Enfermería*. Informe final. Washington D.C., 1985. 54 p.
- _____. *Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades*. México. ed. Limusa, S.A. 1989. 230 p.
- _____. *Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades*, 3ra. ed. México, ed. Oficina Sanitaria Panamericana. 1981. 310 p.
- _____. *Promoción de la Salud y Equidad*. Declaración de la conferencia Internacional de promoción a la Salud. Noviembre. 1992. 6p.
- _____. *Taller Latinoamericano de Epidemiología Aplicada a la Salud*. 2a. ed. Lima, Perú. Ed. Ocisa. 1991. 145p.
- OREM, Dorothea E. *Teoría del Autocuidado*. Fotocopiado para uso docente, México, 1997. 14p.
- _____. *Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la práctica*. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., Ed. Masson. 1993. 423p.
- PABON, L. Hipólito. *Evaluación de los Servicios de Salud*. Departamento de Medicina Social. México 1985. 265p.
- PEÑALOZA, V. Raquel. et. al. *Estudio de Comunidad de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe II*, Ecatepec, 1994. 262p.
- PEREZ, Sierra, Rosalia. *Estudio de la Comunidad de la Microrregión Ampliación Tulpetlac II*. 1995. 73p. (Informe Final de Servicio Social) U.N.A.M.–Iztacala.
- PINEAULT, Raynal. *La Planificación Sanitaria*. México. Ed, Ciencia y Cultura Latinoamericana., S.A. de C.V. 1995. 382p.
- Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo*. 1995. 200–177p.
- POLIT. D. y B. Hungler. *Investigación Científica en Ciencia de la Salud*, 4a. ed. México, Ed. Interamericana. 1994.701p.
- Pronaced–IRA. *Diarrea Guía Educativa*. 1995.7p.

- Pronaced–IRA. *Infecciones Respiratorias Agudas–Guía Educativa*, 1995.7p.
- Revista de Enfermería*, I.M.S.S., No. 2–3 Pronaced–IRA. ol. 3 México, Mayo–Diciembre. 1990.77p.
- ROCHON, Alain. *Educación para la salud*, 2a. ed. España, Masson, S.A. 1992. 380p.
- ROCKWELL, Elsie. et. al. *Manual del Instructor Comunitario*. 2a. ed. México, Ed. Fernández Editores, 286p.
- ROEL, Santiago, *Estrategias para un Gobierno Competitivo*. 1ra. ed. México. Ed. Castillo, S.A. de C.V. 1996. 131p.
- ROJAS, Soriano Raúl, *Guía para realizar Investigaciones Sociales*. 7a. ed. México. Ed. U.N.A.M. 1982. 274p.
- ROSAS, Raúl, *Sociología Médica*, 2a. ed. México. Ed. folios Ediciones. 1985.108p.
- ROVERE, Mario. *Aportes para una metodología de planificación estratégica de recursos humanos en la salud*. (PERHUS) Lima, Perú, Ed. OPS. 1995. 37p.
- RUIZ, A.L. Enrique, *Ética Profesional para la Enfermera*. 10a. ed., México, Ed. ECA. 1982. 311p.
- SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. *El Cambio Estructural en la Salud*. Vol. 29, No. 2 Marzo–Abril 1987. 179p.
- SÁNCHEZ, Manuel. *Elementos de Salud Pública*. Méndez Cervantes, 1983. 311p.
- SÁNCHEZ, P. Sofía del C. *Diagnóstico de requisitos de Autocuidado*. México D.F. Proyecto de Investigación. Agosto 1996. 40p.
- . *Priorización*. Fotocopiado para uso docente, México, 1997, 36p.
- SAN MARTÍN, et. al. *Epidemiología*. Teoría e Investigación, Madrid Ed. Díaz de Pantos. 1990. 524p.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Subsecretaría de Servicios de Salud. *Modelo de Atención a la Salud para la Población, Abierta*. 1995, 44p.

- . *Guía para elaborar el Diagnóstico de la Situación de Salud a Nivel de Módulo*. México, Ed. Talleres Gráficos de la Nación. 85p.
- SECRETARÍA DE SALUD. *Programa de Atención a la Salud del Niño*. I.R.A. México. 1988. 54p.
- . *La Salud empieza en casa*. Guía para la Capacitación de Agentes y Procuradoras de la Salud. 1992. 158p.
- . *Programa de reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud*. México, Ed. Fundación Mexicana para la Salud, 1996. 152p.
- SECRETARÍA DE SALUD. *Norma Oficial Mexicana*. NOM-024-SSA2-1994. Medicina Preventiva para la Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en la Atención Primaria a la Salud. 8p.
- . *Programa de la Reforma del Sector Salud, 1995-200*. Diario Oficial de la Federación. Marzo 1996. 152p.
- . *Programa de la Reforma del Sector Salud, 1995-200*. Poder Ejecutivo Federal 1995. 81p.
- SECRETARÍA DEL MEDIO AMBIENTE. *Red Automática de Monitoreo Atmosférico*. México, Ed. Grupo Impresor ARMA; 1996. 36p.
- SEMARNAP. *Repuestos sobre Contaminación*. México. Ed. Secretaría del Medio Ambiente Recursos Naturales y Pesca. 1996. 38p.
- SILICEO, Alfonso. *Capacitación y Desarrollo de Personal*. 2a. ed. México Ed. Limusa, 1982. 152p.
- Sistema Nacional de Salud. *Control de Infecciones Respiratorias Agudas*. México, 1995, 16p.
- . *Manual de Procedimientos para el Manejo Efectivo del Niño Menor de Cinco Años con Enfermedad Diarréica e Infección Respiratoria Aguda*. México. 1995. 47p.

- . *Pronaced-IRA. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Diarréicas e Infecciones Respiratorias Agudas*. Ed. S.N.S. 1995. 62p.
- Sociedad Mexicana de Salud Pública, *Higiene*, No. 1 Vol. 1 México Enero-Marzo 1993. 49p.
- SOTELO, J. Manuel. *Salud desde el Municipio: Una estrategia para el desarrollo*. Artículo, Abril 1994. 8p.
- S.S.A. Sistema Nacional de Salud. *Autopsia Verbal de Enfermedades Diarréicas e Infecciones Respiratorias Agudas*. 1995. 4p.
- STEPHEN, J. Cavanagh. *Modelo de OREM. Aplicación práctica*. Barcelona 1993. 167p.
- TAYLOR, Susan G. et. al. *La Práctica de Enfermería en Situaciones Multipersonales de Familia y Comunidad*. Fotocopiado para uso docente ENEO-UNAM. 1997. 33p.
- . *La Práctica de Enfermería en Situaciones Multipersonales de Familia y Comunidad*. Fotocopiado para uso docente ENEO-UNAM. 1997. 33p.
- UGARTE, J. Manuel. *Bases Estadísticas de la Investigación Médica*. Santiago Chile, Ed. Stanley 1968. 144 p.
- VALDEZ, O. Cuauhtémoc. *Memoria de una Gestión Sistema Nacional de Salud Orígenes Definiciones y Avances*. México. Secretaría de Salud, 1986. 48 p.
- VARGAS, T. Fortunato. *Atención Primaria de Salud: Estrategia para extender los servicios o población marginada*. Tema de Seminario. Perú, 1980. 9 p.
- WERTHER Y DAVIS. *Administración de Personal y Recursos Humanos*. 4a. ed. México, Mc Graw Hill. 1990. 25 p.
- WK. Kellogg. *Manual de Evaluación para Subvencionados de la Fundación*. Fotocopiado para uso docente. 1997. ENEO-UNAM. 25 p.

ANEXOS

ANEXO 1

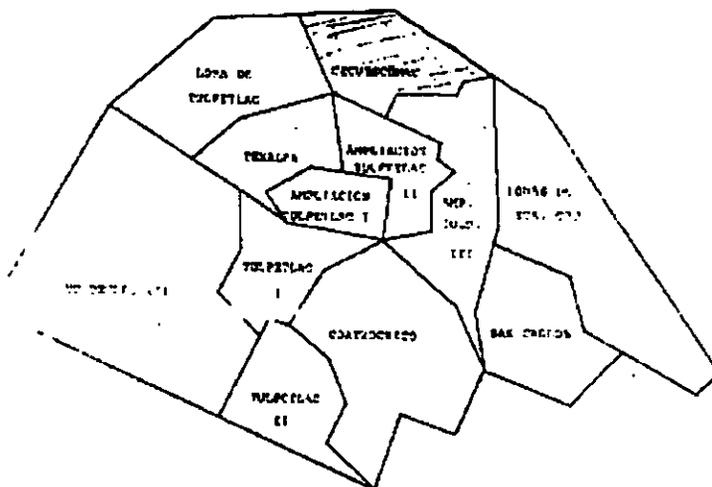
LOCALIZACIÓN DEL ESTADO DE MÉXICO DENTRO DE LA REPÚBLICA MEXICANA



Fuente: Hayurtamiento. *Plan de Desarrollo Municipal*. P.52

ANEXO 2

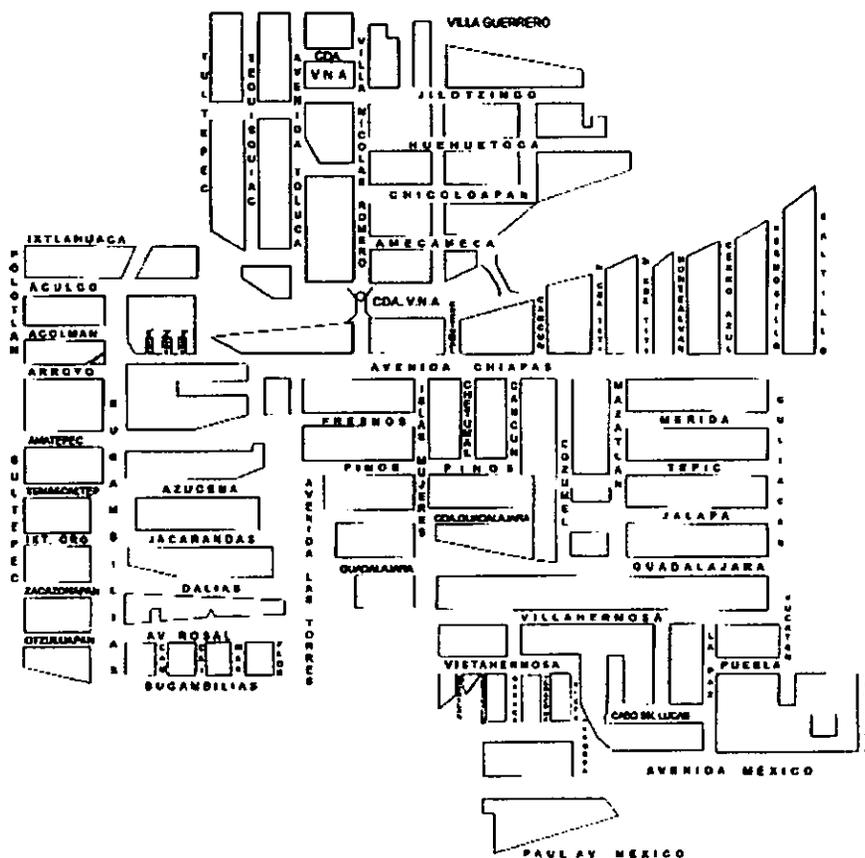
MICRORREGIONES QUE INTEGRAN LA COORDINACIÓN MUNICIPAL AMPLIACIÓN TULPETLAC



MICROREGION DE ESTUDIO
PARA LA ESPECIALIDAD EN
SALUD PÚBLICA 1997.

ANEXO 3

COORDINACIÓN MUNICIPAL AMPLIACIÓN TULPETLAC MICRORREGIÓN TECUECOMAC CROQUIS PANORÁMICO 1997



ANEXO 4

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

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

Fuente: Concentrado de Tarjeta de Visita Familiar, 1996.

ANEXO 5

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA EN LA MICRORREGIÓN TECUESCOMAC, 1996

CONCEPTO		Núm.	%	
A. Vivienda según el material predominante en los pisos	Tierra	45	3.4	
	Concreto	1317	96.6	
B. Vivienda según material predominante en los muros.	Tabique	1342	98.7	
	Adobe	--	--	
	Madera	9	.6	
	Cartón	8	.5	
	Otras	3	.2	
C. Viviendas según el material predominante en los techos.	Concreto o similares	956	70.3	
	Teja o similares	183	13.4	
	Lámina	443	--	
	Madera	674	--	
	Cartón	1108	16.3	
	Otros	1344	--	
D. Vivienda según el número de cuartos.	De un solo cuarto	245	18.0	
	De dos cuartos	443	32.6	
	De tres y más cuartos	674	49.4	
	Con cocina separada	1108	81.3	
	Con baño separado	1344	99.6	
E. Viviendas según su disponibilidad de agua.	Con agua Entubada	Dentro de la viv.	638	46.8
		Fuera de la viv.	326	24.0
	Hidrante público	--	--	
	Sin agua entubada	398	29.2	

Fuente: Anexo de Tarjeta Visita Familiar, 1996.

ANEXO 6

ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN TIPO DE BIOLÓGICO Y GRUPOS ETAREOS CUBIERTOS EN LA MICRORREGIÓN TECUESCOMAC, 1997

ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN SEGÚN GRUPOS ETAREOS Y TIPO DE BIOLÓGICO		No. DE ESQUEMAS COMPLETOS	UNIVERSO	COBERTURA ALCANZADA EN RELACIÓN A UNIVERSO
Antipoliomielítica	- 1 año	62	170	47.6
	1 - 5 años	177	177	100
	suma	239	347	77.8
B.C.G.	- 1 año	120	130	92.3
	1 - 5 años	177	177	100
	suma	297	307	96.7
D.D.T.	- 1 año	61	130	46.9
	1 - 5 años	177	177	100
	suma	238	307	77.5
Antisarampiosa	- 1 año	24	130	18.4
	1 - 5 años	177	177	100
	suma	201	307	65.4

Fuente: Concentrado de Censo Nominal, Enero 1977.

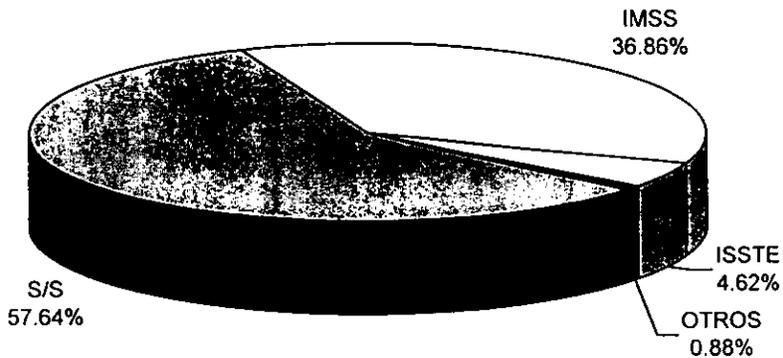
ANEXO 7

FAMILIAS POR TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL ENCONTRADAS EN LA MICRORREGIÓN TECUESCOMAC, 1996

TIPO DE SEGURIDAD	F°	%
S/S	785	57.64
IMSS	502	36.86
ISSSTE	63	4.62
OTROS	12	.88
Total	1362	100

Fuente: Tarjeta de Visita Familiar, 1996.

GRÁFICA



Fuente: Tarjeta de Visita Familiar, 1996.

ANEXO 8

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

VARIABLE	F°	%
Riesgo 1	463	33.99
Riesgo 2	224	16.45
Riesgo 3	458	33.63
Riesgo 4	217	15.93
Total	1362	100

Fuente: Tarjeta de Visita Familiar, 1996.

ANEXO 9

MORBILIDAD INFANTIL EN LA COORDINACIÓN MUNICIPAL AMPLIACIÓN TULPETLAC, 1996

CAUSAS	Fº	%
A. Rinofaringitis aguda (resfrío común)	330	58.51
B. Dermatitis por contacto y otro eczema	81	14.36
C. Faringitis aguda	41	7.27
D. Amigdalitis aguda	19	3.37
E. Parasitosis intestinal, sin otra especificación	17	3.01
F. Infección intestinal mal definida	14	2.48
G. Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	9	1.60
H. Bronquitis y bronquiolitis agudas	9	1.60
I. Trastornos de la conjuntiva	8	1.42
J. Trastornos gástricos funcionales	7	1.24
K. Trastornos digestivos funcionales, no clasificados en otra parte	6	1.06
L. Amibiasis	4	.71
M. Otitis media aguda no supurativa y trastornos de la trompa de eustaquio	3	.53
N. Otras micosis	3	.53
O. Otitis media superativa y la no especificada	2	.35
P. Elongación excesiva del prepucio y fimosis	2	.35
Q. Hernia inguinal	1	.18
R. Varicela	1	.18
S. Otras infecciones locales de la piel y del tejido celular subcutáneo	1	.18
T. Dermatitis atópica y estado patológicos afines	1	.18
U. Las demás causas	5	.89
Total	564	100

Fuente: Oficina de Informática Jurisdiccional.

ANEXO 10
MORTALIDAD INFANTIL EN LA COORDINACIÓN MUNICIPAL
AMPLIACIÓN TULPETLAC, 1996

CAUSAS	TASA
A. Bronconeumonía	5.3
B. Septicemia	2.6
C. Prematuros	2.0
D. Bronquitis aguda	0.88
E. Gastro—enteritis	0.88
F. Cardiopatía	0.86
G. Cirrosis hepática	0.88
H. Enf. Hemorr. del N.	0.88

Fuente: Departamento de Epidemiología. Certificados de Defunción y Muerte Fetal.

ANEXO 12

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

OBJETIVO:	RECABAR DATOS DE LAS FUENTES FIDEDIGNAS, A FIN DE CONFORMAR LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA COMPROBAR LAS HIPOTESIS PLANTEADAS.
DIRIGIDO:	MADRE O RESPONSABLE DEL CUIDADO DE LOS MENORES DE 5 AÑOS.
INSTRUCCIONES:	SELECCIONE SOLO <u>UNA</u> RESPUESTA (X). PREGUNTE Y OBSERVE PARA CONTESTAR.

NUM.- _____

FECHA _____

CODIFICACIÓN

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA FAMILIA S _____ C _____ F _____
2. ESTADO CIVIL DE LA MADRE. 2
A) CASADA B) DIVORCIADA C) MADRE SOLTERA
D) UNIÓN LIBRE E) VIUDA
3. EDAD DE LA MADRE 3
A) MENOS DE 17 AÑOS B) DE 18 A 25 AÑOS C) 26 A 30 AÑOS
D) MÁS DE 30 AÑOS
4. ESCOLARIDAD DE LA MADRE 4
A) ANALFABETA B) SABE LEER Y ESCRIBIR C) PRIMARIA
D) SECUNDARIA E) PREPARATORIA O MÁS
5. OCUPACIÓN DE LA MADRE 5
A) HOGAR B) TRABAJA EN QUE _____
6. NUMERO DE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS 6
A) 1 B) 2 C) 3 D) MÁS DE 3
7. CUANDO SE VA A TRABAJAR, QUIÉN LE CUIDA A SU(S) HIJO(S)? 7
A) UN FAMILIAR B) OTRA PERSONA C) GUARDERÍA
D) NADIE
8. EDAD DE LA PERSONA RESPONSABLE QUE CUIDA AL(LOS) MENOR(ES) 8
A) MENOS DE 17 A. B) DE 18 A 30 A C) DE 31 A 50 A
D) MÁS DE 50 A.

9. ESCOLARIDAD DE LA PERSONA RESPONSABLE QUE CUIDA AL MENOR(ES) 9
 A) ANALFABETA B) SABE LEER Y ESCRIBIR C) PRIMARIA
 D) SECUNDARIA E) PREPARATORIA O MÁS
10. MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN, PREDOMINANTE DE LA VIVIENDA 10
 A) CONCRETO B) LÁMINA C) MADERA
 D) DESECHOS O MIXTA
11. NUM. DE CUARTOS EN SU VIVIENDA 11
 A) UNO B) DOS C) TRES D) 4 O MÁS
12. LA QUE USA COMO RECAMARA, TIENE VENTANA? 12
 A) SI B) NO
13. ORIENTACIÓN DE LAS VENTANAS 13
 A) NORTE B) SUR C) ORIENTE D) PONIENTE
14. MATERIAL DE LOS PISOS 14
 A) TIERRA B) CEMENTO C) MADERA D) MIXTA
15. SU COCINA ESTÁ SEPARADEA DE SU DORMITORIO? 15
 A) SI B) NO
16. COMBUSTIBLE QUE USA PARA COCINA? 16
 A) GAS B) PETRÓLEO C) CARBÓN D) LEÑA
17. FUMA ALGUNA PERSONA EN SU HOGAR? 17
 A) SI B) NO
18. TIENEN SEGURIDAD SOCIAL LOS MENORES DE 5 AÑOS? 18
 A) SI B) NO
 CUAL () 1) I.M.S.S. 2) I.S.S.S.T.E. 3) I.S.E.M.Y.M. 4) OTROS
19. UTILIZA SU SEGURIDAD SOCIAL? 19
 A) SI B) NO PORQUE? _____
20. CUANDO SE ENFERMAN SUS HIJOS DE TOS O CATARRO A QUIEN RECORRE? 20
 A) MEDICO B) CURANDERO C) FARMACÉUTICO D) OTRO
21. DISTANCIA DE SU CASA A LA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCA 21
 A) MENOS DE 500 MTS. B) DE 501 A 1000 MTS. C) MÁS DE 1000 MTS.
22. DURACIÓN DEL VIAJE A LA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCANA? 22
 A) HASTA 15' B) DE 16' A 30' C) DE 31' A 60' D) MÁS DE 60'
23. TIPO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA? 23
 A) AUTOBUS B) BICITAXI C) PESERO D) CAMINANDO
24. GASTO EN TRANSPORTE 24
 A) SIN COSTO B) HASTA \$2.00 C) DE \$2.05 A \$5.00
 D) MÁS DE \$5.00

25. CUÁNTO PAGA POR SU CONSULTA? 25
 A) SIN COSTO B) HASTA \$5.00 C) DE \$6.00 A \$10.00
 D) DE \$11.00 A \$25.00 E) MA'S DE 25.00
26. LES DIO PECHO A SUS HIJOS? 26
 A) SI B) NO
27. A QUE EDAD LES DEJÓ DE DAR PECHO? 27
 A) MENOS DE 3 MESES B) DE 4 A 6 MESES C) DE 7 A 12 MESES
 D) MÁS DE 12 MESES
28. QUE LES DA DE COMER A SUS HIJOS MENORES DE 5 AÑOS? 28
 A) ADECUADA B) INADECUADA C) DEFICIENTE
29. NUM. DE VECES EN EL DÍA QUE LES DA SUS ALIMENTOS? 29
 A) 3 O MÁS VECES B) 2 VECES C) 1 VEZ
 D) NO LES DA
30. ESTANDO SANOS, CADA CUANDO LOS LLEVA AL MÉDICO? 30
 A) CADA 3 MESES B) CADA 6 MESES C) CADA AÑO
 D) NO LOS LLEVA
31. EN CASO DE NO LLEVARLOS, PORQUE? 31
 A) ESTÁ LEJOS DE LA UNIDAD B) NO TIENE DINERO PARA LLEVARLOS
 C) NO PUEDE LLEVARLOS D) NO SABÍA QUE LOS TIENE QUE LLEVAR
32. CUENTAN SUS HIJOS CON CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN? 32
 (QUE LA MUESTRE)
 A) SI B) NO
33. CONDICIONES DEL ESQUEMA DE ACUERDO A LA EDAD 33
 A) ESQ. ADECUADO B) ESQ. INADECUADO C) SIN VACUNACIÓN
34. ACOSTUMBRA SACAR A SUS HIJOS TEMPRANO? 34
 A) SI B) NO
35. CONDICIONES DE ABRIGO AL SACARLOS. (DESCRIBA) 35
 A) ADECUADA B) INADECUADA
36. DUERMEN CON ROPA SUS HIJOS? 36
 A) SI B) NO
37. ACOSTUMBRA DARLES SUS ALIMENTOS FRÍOS? 37
 A) SI B) NO
38. FRECUENCIA DEL BAÑO CORPORAL? 38
 A) DIARIO B) TERCARIO C) SEMANAL
39. HORARIO EN QUE BAÑA A SUS HIJOS? 39
 A) MATUTINO B) VESPERTINO C) NOCTURNO
40. CUANDO SE MOJAN O HUMEDECEN DURANTE LA NOCHE. HASTA 40
 CUANDO LOS CAMBIA?
 A) CUANDO DESPIERTAN B) NO LOS CAMBIA C) DE INMEDIATO

41. EN QUÉ ÉPOCA DEL AÑO SE LE ENFERMAN SUS HIJOS DE TOS O CATARRO? 41
 A) PRIMAVERA B) VERANO C) OTOÑO D) INVIERNO
42. COMO SABE QUE SUS HIJOS ESTÁN RESFRIADOS? (DESCRIBA Y VALORAR) 42
 A) CONOC. ADECUADO B) CONOC. INADECUADO C) DESCONOCE
43. QUÉ LES HACE CUANDO TIENEN TOS O CATARRO=? 43
 A) SUSPENDER EL PECHO B) SUSPENDER SUS ALIMENTOS
 C) SUSPENDER ALGUNOS ALIMENTOS D) NADA
44. QUÉ LES DA PARA CURARLOS DE TOS O CATARRO? 44
 A) MEDICAMENTOS B) THE O REMEDIO CASERO C) NADA
45. CUANDO SE ENFERMA DE TOS O CATARRO, HASTA CUANDO LOS LLEVA AL MÉDICO? 45
 A) INMEDIATAMENTE B) AL OTRO DÍA C) CUANDO TIENE TIEMPO
 D) NO LOS LLEVA
46. TERMINA LOS TRATAMIENTOS QUE LE INDICA EL MÉDICO? 46
 A) SIEMPRE B) A VECES C) NUNCA
47. SABE QUE ES LA NEUMONÍA O PULMONÍA? (VALORAR CONOCIMIENTOS Y CALIFICAR) 47
 A) CONOC. ADECUADO B) CONOC. INADECUADO C) DESCONOCE
48. CONOCE LOS SIGNOS DE ALARMA O GRAVEDAD DE NEUMONÍA? (NO LOS MENCIONE) 48
 A) CONOC. ADECUADO B) CONOC. INADECUADO C) DESCONOCE
49. SE LE HAN MUERTO MENORES DE 5 AÑOS? 49
 A) SI B) NO
50. DE QUE MURIÓ SU HIJO? 50
 A) CORAZÓN B) PULMÓN C) ACCIDENTE D) OTRO

ANOTAR CLARAMENTE:

 NOMBRE COMPLETO DEL CUESTIONADOR

 FIRMA

ANEXO 14

INSTRUMENTACIÓN DE CAPOS

CARACTERÍSTICAS PARA UBICACIÓN	MOBILIARIO Y EQUIPO	MATERIAL Y PAPELERÍA	MEDICAMENTOS	ACTIVIDADES DE LA PERSONA RESPONSABLE
<p>Instalación de la CAPOS en la microrregión de estudio.</p>	<p>Mesa pediátrica Silla Anaquel Estuche de basura Cesto de basura Estante Báscula pesable Báscula con esialímetro. Servicio sanitario con lavamanos. Reloj con segundero Mesa de escritorio Bahumanómetro Estetoscopio Termómetros Cronómetro Cinta métrica Sábanas Campos Toallas Tarjetero</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Política Nacional del Programa de Control de infecciones Respiratorias Agudas (IRA). - Guía para el manejo efectivo de niños con Infección Respiratoria Aguda. - Norma Técnica No. sobre el manejo de IRA. - Hoja de evaluación de pacientes. - Programa de capacitación. - Registro nominal de madres capacitadas. - Rotafolios de IRA - Carteles de IRA - Trípticos de IRA - Volantes de IRA - Libreta de registro de consulta. - Talonario de referencia - Hojas blancas - Tarjetas bristol - Hojas de evaluación de enfermedades Respiratorias Agudas - Jarra - Jeringas - Agujas - Abatelenguas - Equipo venopac - Punzocot - Soluciones antisépticas 	<p>Acetaminofen (Tempra) (Gotas) TMP SMZ (suspensión) Sobre Vida Suero Oral Ampicilina (suspensión) Penicilina (inyectable)</p>	<p>Presentación de la responsable de la CAPOS a la comunidad. Realizar promoción por medio de volantes de la ubicación, tipo y servicio de atención para la salud que se proporciona en la CAPOS. Capacitación a la madre sobre conceptualización de IRA-NEUMONIA, así como signos de alarma en presencia de estas enfermedades. Interrogatorio a la madre posterior a la capacitación. Orientación e información a la madre o responsable del menor de los cuidados que se le deben proporcionar al menor para prevención o tratamiento de IRA-NEUMONIA. Exploración física del menor identificando signos de IRA o de alarma para NEUMONIA.</p>

CARACTERÍSTICAS PARA UBICACIÓN	MOBILIARIO Y EQUIPO	MATERIAL Y PAPELERÍA	MEDICAMENTOS	ACTIVIDADES DE LA PERSONA RESPONSABLE
		<p>Soluciones parenterales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gasas - Sondas - Cubrebocas - Sobres de suero - Tela adhesiva - Micropore - Jabón. 		<p>Registro en libreta de las personas que demanda atención de salud en la CAPOS.</p> <p>Realizar sistema de referencia y contra referencia a otras instituciones de salud (COMUSA, IMSS, etc.) del menor que lo amerite.</p> <p>Reportar a la COMUSA actividades, productividad de No. de personas atendidas en las CAPOS.</p> <p>Solicitar a la COMUSA material, equipo y papelería para abastecimiento de la CAPOS.</p>



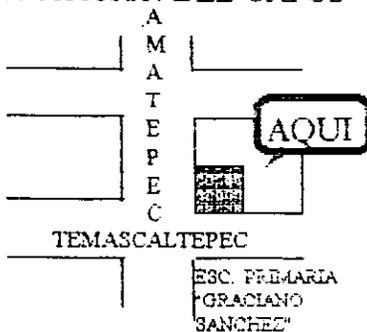
MAMA PROTEGEME CONTRA
LA NEUMONIA
ESTOY EN PELIGRO
DE MORIR!

LLEVAME A LA CAPOS
(CASA POPULAR DE SALUD)

SI SU HIJO TIENE:

TOS, CATARRO, FIEBRE O SE SIENTE MUY FRIO,
ACUDA A LA UNIDAD DE SALUD MAS CERCANA
O AL CAPOS, DONDE LE INFORMARAN COMO
CUIDARLO PARA EVITAR QUE MUERA POR
NEUMONIA

UBICACION DEL CAPOS



RESPONSABLE:

ENFERMERA BEATRIZ ADRIANA
VEGA GONZALEZ

HORARIO: CENTRO DE SALUD
"AMPLIACION TULPETLAC"
DE 8:00 A 15:30 HRS.

CAPOS: DE 16:30 HRS. EN
ADELANTE

DIRECCION:
CALLE AMATEPEC MZ-6 L-11
COL. ALMARCIGO
AMPLIACION TULPETLAC
(AREA NUEVA)

ANEXO 16

TALONARIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
JURISDICCION SANITARIA DE ECATEPEC
COORDINACION MUNICIPAL DE SALUD AMPLIACION TULPETLAC
CAPOS
FOLIO

Nº 102

NOMBRE _____ EDAD _____
SEXO _____ DOMICILIO _____
NOMBRE DE LA MADRE O RESPONSABLE _____
MOTIVO DE REFERENCIA: _____
FECHA: _____ HORA: _____
RESPONSABLE: _____
NOMBRE _____ FIRMA _____

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
JURISDICCION SANITARIA DE ECATEPEC
COORDINACION MUNICIPAL DE SALUD AMPLIACION TULPETLAC
CAPOS
FOLIO 102

NOMBRE _____ EDAD _____
SEXO _____ DOMICILIO _____
NOMBRE DE LA MADRE O RESPONSABLE _____
MOTIVO DE REFERENCIA _____
FECHA: _____ HORA: _____
RESPONSABLE: _____
NOMBRE _____ FIRMA _____

ANEXO 17

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CAPOS

EVALUACIÓN DE ACCESIBILIDAD

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Domicilio: _____ Fecha: _____ Calif. _____

1. SABE DONDE ESTÁ UBICADA LA CASA POPULAR DE SALUD (CAPOS)?
SI _____
NO _____
POR QUÉ _____
2. SI CONTESTÓ SI, CÓMO SE ENTERÓ?
CARTEL _____
VOLANTE _____
BOCA A BOCA _____
MANTA _____
3. HA ACUDIDO A LA CAPOS?
SI _____
NO _____
POR QUÉ _____
4. SI CONTESTÓ SI, POR QUÉ ACUDIÓ A LA CAPOS?
CURIOSIDAD _____
CONSULTA _____
POR MEDICAMENTOS _____
CAPACITACIÓN, ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN _____
5. CUÁNTO LE COBRARON POR EL SERVICIO RECIBIDO?
+ \$5.00 _____
- \$5.00 _____
NADA _____

6. CREE USTED QUE ESTÉ BIEN UBICADA LA CAPOS?

SI _____

NO _____

POR QUÉ _____

7. EL SERVICIO QUE LE PROPORCIONARON, PARA QUE LE SIRVIÓ?

8. QUE ENTIENDE POR AUTOCUIDADO?

LO ENTIENDE Y LO APLICA _____

LO ENTIENDE Y NO LO APLICA _____

NO LO ENTIENDE PERO LO APLICA _____

NO LO ENTIENDE Y NO LO APLICA _____

OBSERVACIONES:

**CONCENTRADO DE RESPUESTAS DE LAS CÉDULAS
DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
TOTALES POR RESPUESTA SEGÚN LA OPCIÓN**

CAPOS

EVALUACIÓN DE ACCESIBILIDAD

1. SABE DONDE ESTÁ UBICADA LA CASA POPULAR DE SALUD (CAPOS)?
A) SI 25
B) NO 0
2. SI CONTESTÓ SI, CÓMO SE ENTERÓ?
A) CARTEL 7
B) VOLANTE 3
C) BOCA A BOCA 9
D) MANTA 2
3. HA ACUDIDO A LA CAPOS?
A) SI 6
B) NO 19
4. SI CONTESTÓ SI, POR QUÉ ACUDIÓ A LA CAPOS?
A) CURIOSIDAD 0
B) CONSULTA 4
C) POR MEDICAMENTOS 1
D) CAPACITACIÓN, ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN 1
5. CUÁNTO LE COBRARON POR EL SERVICIO RECIBIDO?
A) + \$5.00 0
B) - \$5.00 1
C) NADA 5
6. CREE USTED QUE ESTÉ BIEN UBICADA LA CAPOS?
A) SI 25
B) NO 0
7. EL SERVICIO QUE LE PROPORCIONARON, PARA QUE LE SIRVIÓ?
A) NO HA ACUDIDO 7
B) NO HA SIDO NECESARIO 1
C) NO SABÍA 2
D) SABER QUÉ TIPO DE ATENCIÓN SE PROPORCIONA 3
E) POR EL HORARIO 1
F) PROPORCIONAR MEJOR ATENCIÓN A SUS HIJOS 2
8. QUE ENTIENDE POR AUTOCUIDADO?
A) LO ENTIENDE Y LO APLICA 8
B) LO ENTIENDE Y NO LO APLICA 5
C) NO LO ENTIENDE PERO LO APLICA 6
D) NO LO ENTIENDE Y NO LO APLICA 7

NUM. DE ENCUESTA	RESPUESTA SEGUN CODIFICACION							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	A	D	B			A		C
2	A	C	B			A		C
3	A	A	B			A	A	B
4	A	G	B			A	A	A
5	A	B	B			A		D
6	A	C	B			A		C
7	A	C	B			A		B
8	A	A	B			A		C
9	A	A	B			A	B	A
10	A	C	B			A	A	C
11	A	A	B			A	A	A
12	A	C	A	D	C	A	D	A
13	A	G	B			A		D
14	A	C	A	C	C	A	D	A
15	A	A	A	B	C	A	E	A
16	A	A	A	B	C	A	F	D
17	A	C	B			A	C	D
18	A	C	B			A	C	B
19	A	G	B			S	A	A
20	A	A	A	B	B	A	F	C
21	A	G	B			A	A	B
22	A	C	B			A		D
23	A	D	B			A		C
24	A	B	B			A	A	B
25	B		B			N		D
26	A	B	A	B	C	A	D	A
RESPUESTAS EN BLANCO	0	1	0	20	20	0	10	0

TOTAL RESPUESTAS CODIFICACION							
A	B	C	D	E	F	G	TOTAL A,B,C,D,E,F,G
2	1	1	1	0	0	0	5
2	1	2	0	0	0	0	5
4	2	0	0	0	0	0	6
4	1	0	0	0	0	1	6
2	2	0	1	0	0	0	5
2	1		0	0	0	0	5
2	2	1	0	0	0	0	5
3	1	1	0	0	0	0	5
4	2	0	0	0	0	0	6
3	1	1	1	0	0	0	6
5	1	0	0	0	0	0	6
4	0	2	2	0	0	0	8
2	1	0	1	0	0	1	5
4	0	3	1	0	0	0	8
5	1	1	0	1	0	0	8
4	1	1	1	0	1	0	8
2	1	2	1	0	0	0	6
2	2	2	0	0	0	0	6
3	1	0	0	0	0	1	5
4	2	1	0	0	1	0	8
3	2	0	0	0	0	1	6
2	1	1	1	0	0	0	5
2	1	1	1	0	0	0	5
3	3	0	0	0	0	0	6
0	2	0	1	0	0	0	3
4	2	1	1	0	0	0	8
77	35	23	13	1	2	4	155

ANEXO 18

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CAPOS
EVALUACIÓN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Domicilio: _____ Fecha: _____ Calif. _____

1. PARA USTED QUE SIGNIFICA CAPOS?

2. POR QUÉ ACUDIÓ A LA CAPOS?

CAPACITACIÓN _____
INFORMACIÓN _____
ORIENTACIÓN _____

3. LE GUSTÓ LA ATENCIÓN QUE LE PROPORCIONARON?

SI _____
NO _____

POR QUÉ _____

4. SE LE PROPORCIONÓ CAPACITACIÓN, ORIENTACIÓN, INFORMACIÓN DEL PROBLEMA REFERIDO.

SI _____
NO _____

5. FUE RESUELTO SU PROBLEMA EN ESE MOMENTO

SI _____
NO _____

POR QUÉ _____

6. SU OPINIÓN CON RESPECTO A LA CAPOS.

OBSERVACIONES

**CONCENTRADO DE RESPUESTAS DE LAS CÉDULAS
DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
TOTALES POR RESPUESTA SEGÚN LA OPCIÓN**

CAPOS

EVALUACIÓN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN

1. TENÍA CONOCIMIENTO DE QUE SIGNIFICA CAPOS?
A) SI 5
B) NO 1
2. POR QUÉ ACUDIÓ A LA CAPOS?
A) CAPACITACIÓN 3
B) INFORMACIÓN 2
C) ORIENTACIÓN 1
3. LE GUSTÓ LA ATENCIÓN QUE LE PROPORCIONARON?
A) SI 6
B) NO 0
4. SE LE PROPORCIONÓ CAPACITACIÓN, ORIENTACIÓN, INFORMACIÓN DEL PROBLEMA.
A) SI 6
B) NO 0
5. FUE RESUELTO SU PROBLEMA EN ESE MOMENTO
A) SI 5
B) NO 1
6. SU OPINIÓN CON RESPECTO A LA CAPOS.
A) EXCELENTE 1
B) BUENO 5
C) REGULAR 0
D) MALO 0

NUM. DE ENCUESTA	RESPUESTA SEGÚN CODIFICACIÓN					
	1	2	3	4	5	6
1	A	B	A	A	B	B
2	A	B	A	A	A	A
3	A	A	A	A	A	B
4	B	C	A	A	A	B
5	A	A	A	A	A	B
6	A	A	A	A	A	B
RESPUESTA EN BLANCO	0	0	0	0	0	0

TOTAL RESPUESTAS CODIFICACIÓN					
A	B	C	D	E	TOTAL A,B,C,D,E
3	3	0	0	0	6
5	1	0	0	0	6
5	1	0	0	0	6
3	2	1	0	0	6
5	1	0	0	0	6
5	1	0	0	0	6
26	9	1	0	0	36

ANEXO 19

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC
COORDINACIÓN MUNICIPAL DE SALUD AMPLIACIÓN TULPETLAC**

**CAPOS
INFORME DE ACTIVIDADES**

Dirigido a: _____ Período: _____
COORDINADOR MUNICIPAL DE SALUD MES

Fecha: _____ Responsable _____

PRODUCTIVIDAD

--

ACTIVIDADES

--

OBSERVACIONES

--