

00943



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO DE CASO

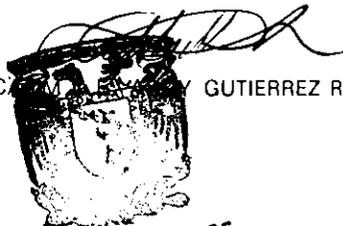
“PROMOCION DEL AUTOCUIDADO PARA DISMINUIR LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES RELACIONADAS CON SANEAMIENTO BASICO A TRAVES DE UNA RED DE APOYO EDUCATIVO EN LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, MODULO “B”

TRABAJO FINAL
QUE PRESENTA:
LIC. EN ENF. MARIA CRISTINA JUAREZ VERA

28325

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA
EN SALUD PUBLICA

ASESORA ACADEMICA GUTIERREZ RAIGOSA



MEXICO, D. F.

MAYO, 2000

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CCOAPS



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo y mis hijos por el amor que me han demostrado en todo momento y por la gran participación que tuvieron en la meta alcanzada.

A mis maestras, Addy Gutiérrez Raigosa y Elsa Fragoso Xolalpa porque siempre han demostrado su profesionalismo ante cualquier situación, además de brindarme su amistad y apoyo incondicionales

A la Maestra Sofía Sánchez Piña porque continúe adelante en la preparación de profesionales en la Salud Pública y por compartir sus conocimientos contribuyendo a la superación

A mis amigos por darme su amistad y orientación en todo momento

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

1.1 JUSTIFICACIÓN

2. OBJETIVOS

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

3.1 PROCESO SALUD ENFERMEDAD

3.2 ENFOQUE DE RIESGO

3.3 DIAGNÓSTICO DE SALUD

3.4 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

3.5 RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

3.6 COMUNIDAD

3.7 FAMILIA

3.8 MARCO REFERENCIAL

3.8.1 ANTECEDENTES

3.8.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MICRO REGIÓN

4. ESQUEMA METODOLÓGICO

4.1 VALORACIÓN

4.1.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

4.1.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

4.1.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

4.1.1.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

4.1.2 VARIABLES

4.1.3 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES Y SU DEFINICIÓN OPERACIONAL

4.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.2.1 RECURSOS

4.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

4.3.1 MÉTODOS DE PRIORIZACIÓN

4.4 PLANIFICACIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

4.4.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES

4.4.2 OBJETIVOS

4.4.3 METAS

4.4.4 LÍMITES

4.4.4.1 UNIVERSO

4.4.4.2 TIEMPO

4.4.4.3 LUGAR

4.4.4.4 ESPACIO

4.4.5 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

4.4.5.1 DE MERCADO

4.4.5.2 TÉCNICA

4.4.5.3 FINANCIERA

4.4.5.4 ADMINISTRATIVA, POLÍTICA, SOCIAL Y LEGAL

4.4.5.5 ECONÓMICA

4.4.6 ACTIVIDADES

4.4.6.1 ESTRUCTURA DETALLADA DE ACTIVIDADES

4.4.6.2 TABLA DE ACTIVIDADES

4.5 EJECUCIÓN

4.5.1 DESARROLLO DE ACTIVIDADES

4.6 EVALUACIÓN

4.6.1 EVALUACIÓN DEL PROCESO

4.6.2 EVALUACIÓN DE IMPACTO

5. CONCLUSIONES

6. BIBLIOGRAFÍA

7. ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los valores más importantes que se deben considerar en la vida social humana; sus niveles están estrechamente relacionados con el grado de desarrollo económico y la desigualdad social.

Sin embargo, no se puede afirmar que el aumento de la riqueza de un país, lo exenta de enfermar, pues se considera que existe una serie de factores capaces de producir alteraciones en su población, aun habiendo alcanzado un alto nivel de desarrollo.

Para mejorar el estado de salud es primordial la participación colectiva tanto en los países desarrollados así como en los del subdesarrollo, para lo cual, es fundamental una labor que tienda a elevar el grado de conocimiento de las poblaciones en materia de salud.

En la población mexicana ha habido avances en salud, pero aun se padece de un rezago muy importante, principalmente en los más pobres quienes padecen de enfermedades propias del subdesarrollo. Las enfermedades gastrointestinales por ejemplo, son consideradas propias de las comunidades marginadas, carentes del conocimiento para enfrentarlas.

Por tal motivo, el personal de salud debe participar de manera directa en estrategias y acciones de bajo costo y que aprovechen al máximo los pocos recursos asignados a esas tareas, básicamente responsabilizando a la enfermera especialista en salud pública, que a su vez deberá comprender la dinámica que rige los cambios en salud identificando los factores que la determinan en un momento dado, en un marco de referencia de multicausalidad y de labor inter y multidisciplinaria.

El propósito fundamental de este trabajo consiste en describir las dos fases mediante las cuales se fundamentan las intervenciones de enfermería. La primera consiste en presentar la situación de salud encontrada en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco, delegación Xochimilco, mediante un diagnóstico de salud, que en la medida en que se fueron desarrollando las actividades académicas se pudieron observar, primero, las condiciones deficientes del entorno y, la débil capacidad para el autocuidado, como factores de riesgo de las enfermedades gastrointestinales, principalmente en el grupo menor de cinco años. La segunda fase consiste en la descripción del proyecto de intervenciones de enfermería con enfoque estratégico, basadas en una secuencia de actividades tácticas y operativas encaminadas a la disminución del daño.

La metodología empleada en el trabajo de campo se fundamentó en los conceptos básicos de la epidemiología, salud pública y comunitaria, los cuales dieron la pauta para determinar que factores estaban influyendo para la incidencia y prevalencia de los daños presentes.

Representó una parte sustancial en el estudio la identificación de la unidad familiar como base de la sociedad, considerando a la madre como la persona más interesada en su bienestar.

De ahí que el eje central para el desarrollo de las actividades estuvo representado por un grupo local de salud (grupo de agentes de cuidado a la salud), integrado por cuatro madres cuya tarea específica fue la de educadora de la comunidad en áreas de saneamiento básico y autocuidado.

Otro punto central fue la aplicación de la teoría del “Déficit de Autocuidado” que resulta novedosa, si se considera que en México existen pocas publicaciones de su implementación en el campo de la salud pública.

Se debe reconocer la titularidad de esta teoría a la profesión de enfermería, ya que fue propuesta por la Dra. Dorothea Orem; con ella se pretende, como en este caso, aplicar un sistema de enfermería que le permita incursionar a través de sus acciones en el ámbito comunitario con un sistema de apoyo y educación, utilizando como herramientas elementales la valoración, planeación, ejecución y evaluación, etapas básicas del proceso de enfermería (PAE).

De esta manera se utiliza una teoría de enfermería mediante sus conceptos básicos y un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería en la comunidad para dar respuesta a personas o grupos con riesgos de salud.

Se ponen a consideración de los lectores, los resultados obtenidos; pero sobre todo lo trascendental que puede ser el trabajo efectuado, si es tomado en cuenta por las enfermeras actuales y futuras para superarlo y aportar nuevas estrategias que se reflejen en el bienestar de las comunidades.

1. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

El Consejo Nacional de Población a través de la Dirección General de Informática reportaron que en 1996 las infecciones intestinales se encontraban en tercer lugar, otras enfermedades del aparato digestivo en sexto lugar, y las parasitarias en noveno lugar de morbilidad respectivamente.

Dentro de las diez primeras causas de mortalidad no figuran estas enfermedades; lo que nos habla de los recursos con que se cuenta actualmente para la atención oportuna en los casos presentados; sin embargo, el recurso económico destinado a subsanar los deficientes niveles de salud en el país, es insuficiente, independientemente de su mala utilización. La inversión en medicina preventiva y salud pública es escasa, con lo que se producen más enfermedades y aumentos alarmantes en la morbilidad, aumentando los costos de atención sanitaria; luego entonces, resulta prioritario hacer planeaciones que favorezcan el rendimiento de los recursos existentes, ya que, uno de los problemas de la población mexicana en cuanto a salud se refiere, son la falta de servicios para la salud, y su inadecuada distribución, así como la cobertura de atención que no abarca a la totalidad de la población.

En todas las sociedades existen comunidades, familias y personas que tienen más probabilidad de enfermar, accidentarse o morir, que otras. Significa que estos grupos de personas tienen mayor probabilidad de sufrir alteraciones en su salud y por lo tanto son considerados vulnerables, entendiéndose esta como el resultado de ciertas características que interactúan entre sí y que reunidas implican un riesgo particular de estar sano o enfermo. Esto es cierto especialmente en las poblaciones marginadas socialmente.

Es por ello que los grupos principalmente los marginados se encuentran en riesgo de enfermar debido a diferentes factores que favorecen el desequilibrio del proceso salud enfermedad.

En este caso, es responsabilidad de los trabajadores de la salud, poner especial atención en la prevención de enfermedades identificando el perfil epidemiológico de cada una de las poblaciones. Por lo que la formación de recursos humanos requiere ahora de una preparación con enfoque preventivo. Enfermería por ejemplo, con su perfil característico del cuidado contribuye de manera muy importante en el logro de la meta "Salud para todos en el año 2000".

Aunado a este perfil, surge la especialidad en el campo de la salud pública mediante la cual se propone trabajar en el área de atención primaria a la salud y primer nivel de atención, diagnosticando situaciones de salud tomando en cuenta tres componentes básicos que se interrelacionan entre sí; los factores que condicionan el proceso salud enfermedad, las características de este a través de los índices de morbilidad y mortalidad y la respuesta social organizada.

Por otro lado, el conocimiento de las actitudes y aptitudes para dar respuesta a las condiciones adversas para la salud por parte de la comunidad es fundamental, ya que uno de los principales

objetivos de la salud pública es dar auge a la prevención con acciones de autocuidado a partir del conocimiento pleno del perfil epidemiológico de los casos de enfermedad.

De ahí que para el año de 1998 se realizó un diagnóstico comunitario en la microregion de San Luis Tlaxiátemalco (módulos B y D) de la delegación de Xochimilco, el cual aportó información valiosa de las condiciones de salud actuales y de la influencia que ejerce el entorno en dichas condiciones.

Tal es el caso de las enfermedades gastrointestinales, básicamente las infecciones, que en el estudio realizado ocuparon el segundo lugar de morbilidad, un lugar por arriba de lo reportado por CONAPO como infecciones intestinales (tercer lugar de morbilidad).¹

En este sentido el autocuidado que los individuos deben llevar a cabo es elemental para mantener dentro de niveles aceptables el estado de salud. En el caso de los habitantes de San Luis T. Se identificó una situación de salud similar a las condiciones prevalecientes en áreas suburbanas y marginadas en donde existen factores que intervienen de manera negativa en la salud. De esta manera se establecieron los indicadores que permitieran medir la satisfacción de estos requisitos enfocados al entorno básico de los habitantes de la comunidad; llegando al análisis de que las condiciones de saneamiento básico inciden de manera importante en la salud de estas familias.

De esta manera se logró situar a San Luis T. Como una población con problemas de salud relacionados con factores condicionantes básicos deficientes, la no satisfacción plena de los requisitos de autocuidado universal para hacer frente a condiciones morbosas, y una respuesta social organizada con limitaciones en disponibilidad, accesibilidad y utilización de los recursos para la salud, dando como resultado el incremento en la incidencia y prevalencia de daños.

Así pues, los programas de salud deberán orientarse a un nuevo modelo asistencial destacando lo preventivo sobre lo curativo, considerando al mismo tiempo como objetivo básico la adquisición de personal capacitado; intensificar los sistemas de información, seguimiento y evaluación; y mantener los recursos en niveles que puedan satisfacer la demanda como se describe en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

Es en este marco, donde se ubica la participación de la enfermera especialista en salud pública, la cual con bases bien definidas propone estrategias para resolver los problemas de salud en México, en donde actualmente la asignación y el uso de recursos no corresponde cabalmente a la distribución de las necesidades de salud de los mexicanos.

¹ CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. Dirección General de Informática. México. 1996.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Actualmente la asignación de recursos no responde cabalmente a la distribución de las necesidades de salud de la población mexicana. El sector salud atiende a una pequeña parte de la población total, existe un desperdicio de recursos y se omiten o no se aplican medidas de salud pública, ocasionando con ello que aumenten las prioridades en salud.

Hoy las enfermedades en México tienen un perfil epidemiológico caracterizado por padecimientos infecciosos y parasitarios, desnutrición y problemas asociados con la reproducción. (El paquete Universal de Servicios de Salud. 1994).

Cabe destacar que los estudios sobre mortalidad "para 1994 es de 48 mil defunciones, de las cuales 63% corresponden a menores de cinco años y el resto en mayores de cinco años, 85% del subregistro es rural y 15% es urbano". (Instituto Nacional de estadística e Informática (INEGI), 1994).

Es por ello que la formación de recursos humanos requiere ahora de una preparación enfocada a la prevención y control del daño, con fundamento en el conocimiento de las características epidemiológicas y en el planteamiento acciones específicas.

Tal es el caso de la enfermera especialista en salud pública, cuyo perfil profesional se centra en el ámbito del cuidado, elaborando programas apoyados en la promoción y educación herramientas fundamentales de la salud pública para intervenir a favor del individuo, la familia y la comunidad.

Su práctica deberá ser anticipatoria y programada para identificar a las personas que corren riesgo de enfermar o bien controlar las enfermedades una vez instaladas; colaborando así en el mejoramiento de la gestión administrativa de los servicios para la salud adquiriendo mayor compromiso con las tareas propias de saneamiento básico intra y extra familiar con una orientación fundamentalmente preventiva.

De lo anterior se desprende que los resultados de sus acciones se verán multiplicadas con aquellas derivadas de otros profesionales que igualmente contemplen el beneficio de las comunidades; ya que la salud, es el elemento central del bienestar humano y una condición del potencial productivo del hombre y de su desarrollo a través del trabajo y del estudio.

La búsqueda de su eficiencia en cuanto a salud se refiere es una de las más importantes tareas que los salubristas pueden proponerse, representa el principal elemento para una auténtica redistribución del ingreso y, por lo tanto, condición indispensable de la equidad.

Finalmente se puede afirmar que el objetivo principal de los profesionales en salud pública es contribuir de manera significativa si no es que determinante en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad asociados a diferentes estilos de vida y factores de riesgo específicos, estableciendo acciones de promoción, protección, prevención y control, así como generar e

impulsar el desarrollo de una cultura en salud, fortaleciendo los conocimientos, actitudes y el comportamiento social y su interacción con el medio ambiente a favor del bienestar individual y colectivo.

2. OBJETIVOS

General:

Disminuir la morbilidad de enfermedades gastrointestinales en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco a través de intervenciones de enfermería basadas en la teoría de Déficit de Autocuidado, como una estrategia para buscar el equilibrio en el proceso salud – enfermedad

Específicos:

Participar con la implementación de una teoría de enfermería como estrategia para trabajar la salud pública

Fomentar la aplicación de la teoría del Déficit de Autocuidado mediante un sistema de enfermería de apoyo y educación.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

3.1 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

“A finales de los sesentas surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la medicina misma; una corriente de pensamiento médico crítico, que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado con éxito como un hecho social”², teniendo la necesidad y la obligación de comprobar su planteamiento y su utilidad durante la práctica

Por ello se requiere de la comprobación de tres aspectos importantes:

- 1) Demostrar que la enfermedad tiene carácter histórico-social
- 2) Definir el objeto de estudio que profundice en la comprensión de que el proceso salud-enfermedad es de carácter social
- 3) Conceptualizar la causalidad.

² LAURELL A. Cristina “La salud como proceso social” Revista latinoamericana de la salud N° 2 Edt. Nueva Imagen, México. 1982. pp 1

impulsar el desarrollo de una cultura en salud, fortaleciendo los conocimientos, actitudes y el comportamiento social y su interacción con el medio ambiente a favor del bienestar individual y colectivo.

2. OBJETIVOS

General:

Disminuir la morbilidad de enfermedades gastrointestinales en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco a través de intervenciones de enfermería basadas en la teoría de Déficit de Autocuidado, como una estrategia para buscar el equilibrio en el proceso salud – enfermedad

Específicos:

Participar con la implementación de una teoría de enfermería como estrategia para trabajar la salud pública

Fomentar la aplicación de la teoría del Déficit de Autocuidado mediante un sistema de enfermería de apoyo y educación.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

3.1 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

“A finales de los sesentas surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la medicina misma; una corriente de pensamiento médico crítico, que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado con éxito como un hecho social”², teniendo la necesidad y la obligación de comprobar su planteamiento y su utilidad durante la práctica

Por ello se requiere de la comprobación de tres aspectos importantes:

- 1) Demostrar que la enfermedad tiene carácter histórico-social
- 2) Definir el objeto de estudio que profundice en la comprensión de que el proceso salud-enfermedad es de carácter social
- 3) Conceptualizar la causalidad.

² LAURELL A. Cristina “La salud como proceso social”. Revista latinoamericana de la salud. N° 2. Edt. Nueva Imagen, México, 1982. pp 1.

impulsar el desarrollo de una cultura en salud, fortaleciendo los conocimientos, actitudes y el comportamiento social y su interacción con el medio ambiente a favor del bienestar individual y colectivo.

2. OBJETIVOS

General:

Disminuir la morbilidad de enfermedades gastrointestinales en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco a través de intervenciones de enfermería basadas en la teoría de Déficit de Autocuidado, como una estrategia para buscar el equilibrio en el proceso salud - enfermedad

Específicos:

Participar con la implementación de una teoría de enfermería como estrategia para trabajar la salud pública

Fomentar la aplicación de la teoría del Déficit de Autocuidado mediante un sistema de enfermería de apoyo y educación.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

3.1 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

“A finales de los sesentas surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la medicina misma; una corriente de pensamiento médico crítico, que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado con éxito como un hecho social”², teniendo la necesidad y la obligación de comprobar su planteamiento y su utilidad durante la práctica

Por ello se requiere de la comprobación de tres aspectos importantes:

- 1) Demostrar que la enfermedad tiene carácter histórico-social
- 2) Definir el objeto de estudio que profundice en la comprensión de que el proceso salud-enfermedad es de carácter social
- 3) Conceptualizar la causalidad.

² LAURELL A. Cristina “La salud como proceso social”. Revista latinoamericana de la salud. N° 2. Edt. Nueva Imagen, México. 1982. pp 1.

El carácter histórico de la enfermedad no se comprueba con el aspecto clínico en los individuos, sino en las características de enfermar y morir de la población.

Juega un papel importante el perfil patológico, que toma en cuenta el tipo de patología y la frecuencia que algunos grupos sociales sufren en un momento dado, ya que dentro de una misma sociedad los grupos sociales muestran condiciones de salud diferentes.

En este sentido, habría que buscar y analizar las determinantes sociales del perfil patológico y de las condiciones colectivas de salud de esos grupos sociales.

Existen datos de algunos países, entre ellos el nuestro, que muestran oscilaciones en las enfermedades y que éstas no se explican por medio de la práctica médica, ni de la biología; sino que habría que buscar las características del perfil patológico en cada momento histórico.

Otros datos que merecen una especial observación al relacionar países con diferentes tipos de producción; es que no existe una diferencia entre el grado de desarrollo económico y las condiciones colectivas de salud; aquí cabe el análisis en las relaciones sociales existentes.

“Para demostrar el carácter social de la enfermedad, también es necesario estudiar el tipo, la frecuencia y la distribución de la enfermedad entre los distintos grupos sociales que conforman la sociedad.

Es decir, al existir una articulación entre proceso social y el proceso salud-enfermedad, éste debe asumir características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos tenga en la producción, y en su relación con el resto de los grupos sociales”³.

Con relación a lo anterior, existe en la literatura científica una serie de investigaciones que intentan demostrar cómo algún factor social constituye un factor de riesgo en determinada enfermedad y suponen que lo social actúa como factor biológico.

Esto nos lleva a la necesidad de saber que se entiende por enfermedad; se manejan dos conceptos: “El primero es el concepto médico clínico que entiende a la enfermedad como un proceso biológico del individuo. El segundo, es el concepto ecológico que ve a la enfermedad como el resultado del desequilibrio en la interacción entre el huésped y el ambiente”⁴.

Estos conceptos no toman en cuenta el carácter social de la enfermedad; sino que la ubican dentro de un proceso biológico y un desequilibrio entre el huésped y el ambiente.

Por lo tanto, se requiere de identificar el carácter social del proceso salud-enfermedad en el grupo, más que en el individuo; esto como objeto de estudio y no sería de cualquier grupo...sino uno construido en función de sus características sociales y sólo en segundo lugar los biológicos

³ IBIDEM. pp 6

⁴ IBIDEM. pp 8

partiendo de una teoría de lo social que proporcione los elementos teóricos para la construcción de los grupos en el proceso salud-enfermedad presente en ellos; explicando la relación entre el aspecto biológico y el social de este proceso y analizar el alcance de esta conceptualización con relación al problema determinante.

Esto no quiere decir que se tenga que separar lo social de lo biológico; por el contrario, el proceso salud-enfermedad debe ser analizado con metodología social y biológica, dándose en la realidad como un proceso único y como momentos de un mismo proceso pero diferenciables.

Existen grandes limitaciones para explicar la causalidad o determinación del proceso salud-enfermedad; ésta tiene que contemplar la unidad de éste, así como su carácter biológico y social reconociendo la especificidad de cada uno y la relación que guardan entre sí.

Los modelos monocausales y multicausales no pueden explicar la causalidad del proceso salud-enfermedad, ya que el primero se limita a explicar el proceso de la actuación de un agente y el segundo...reduce la realidad compleja de una serie de factores que no se distinguen en calidad y cuyo peso en la generalización de la enfermedad está dado por su distancia de ella... así la causalidad, lo social y lo biológico no se plantean como estancias distintas, ya que ambas son reducidas "a factores de riesgo" que actúan de una manera igual.

Finalmente se puede decir, que "existe una relación entre el proceso social y el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, esta observación no resuelve por sí misma el carácter de esta relación, ya que tenemos, por un lado el proceso social; y por el otro, el proceso biológico, sin que esté inmediatamente visible como el uno se inserta en el otro, ya que por así decirlo, nos enfrentamos a una "caja negra" en la cual lo social entra de un lado y lo biológico sale del otro, sin que se sepa que ocurre dentro de ella. Éste es tal vez el problema más candente para la explicación causal social del proceso salud-enfermedad"⁵.

Por todo lo anterior se puede decir que el proceso salud-enfermedad es un proceso dinámico que toma en cuenta tres elementos importantes: su carácter histórico-social, su objeto de estudio de carácter social en términos grupales y la conceptualización de la causalidad como la relación entre lo social, lo biológico y los factores de riesgo que interactúan entre sí; y cuyo resultado de la interacción sería definir el equilibrio entre la salud y la enfermedad en niveles de vida, muerte, sobrevivencia y extinción, dentro de un marco económico.

3.2.- ENFOQUE DE RIESGO

El enfoque de riesgo se utiliza cuando existe la necesidad de brindar una atención de calidad a una población necesitada de salud, el cual se utiliza como una herramienta para organizar o reorganizar los servicios con los que se cuentan.

⁵ IBIDEM pp12

Por otro lado, observamos que las características biológicas, genéticas, ambientales, etc., determinan el que una persona requiera más de atención que otras, además del grado de vulnerabilidad que ésta presente.

El riesgo se conceptualiza, como “la probabilidad de que suceda un fenómeno determinado. Este se expresa como tasa e involucra al supuesto de que a medida que avance el conocimiento sobre factores de riesgo, y nos permita definir las acciones preventivas, los daños a la salud ocurrirán con menor frecuencia”.⁶ Estos factores podrán ser específicos para un daño en particular, detectados en cualquier miembro de la sociedad; pero además se pueden asociar a la probabilidad de que se presente un daño.

Por lo tanto, se considera que un “factor de riesgo será toda situación detectable de los miembros de una comunidad, que se vean expuestos a cualquier agente patógeno. De esta manera podemos considerar a dichos factores como la causa de la enfermedad, o bien como indicadores de la salud, teniendo la ventaja de que se pueden observar y detectar antes de que estén presentes.”⁷

Así mismo, los factores de riesgo pueden ser:

- Biológicos
- Ambientales
- De comportamiento
- Relacionados con la atención a la salud
- Sociales
- Culturales
- Económicos, y
- Genéticos

Para reconocer un factor de riesgo, se deberán de reunir ciertos requisitos, como son: especificidad en la asociación de variables y credibilidad biológica; dependiendo de esto se tomará la decisión de realizar como acciones; el fomento a la salud, una previsión del daño, o bien, se actuará en forma determinante para hacer un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, y por último la rehabilitación; pero no sin antes clasificarlos para poder trabajar sobre ellos, a fin de realizar alguna modificación. De la participación oportuna en las intervenciones, dependerá el disminuir notablemente el hecho de que se presente la enfermedad, y esto podrá ser tangible, y también medible.

Para clasificar al factor de riesgo como causal, tiene que estar vinculado al proceso de salud-enfermedad, de tal manera que puedan presentarse como:

“Riesgo Relativo”, en el cual se utiliza la relación en unas cuantas personas, ya que se presenta con poca intensidad el evento.

⁶ OPS/OMS. Enfoque de Riesgo en la atención a la salud”. Washington Paltex. N° 7. pp 7.63 y 67.
⁷ IBIDEM. pp 11

Riesgo Absoluto. se llamará si cuando afecte a toda la población

ex

Riesgo Atribuible, engloba a la explicación de hechos que demuestren como se podría disminuir el daño, sino existen las causas que lo originan."⁸

3.3.- DIAGNÓSTICO DE SALUD

El Diagnóstico de Salud es una investigación, su utilidad consiste en que permite conocer los problemas, las necesidades de una población y los recursos de que se dispone para controlarlos o resolverlos. "Es el resultado de una investigación que da a conocer las condiciones de salud de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, de los factores que los condicionan o determinan, presentados en forma tal que permiten establecer medidas de solución viables"⁹

El Diagnóstico de Salud debe de tener las siguientes características:

- a) **Objetividad**. - Sus datos deben presentarse, siempre que sea posible, en forma cuantitativa para evitar su subjetividad.
- b) **Precisión**. - Debe referirse a la población en estudio y al medio donde se encuentra.
- c) **Integridad**. - Debe de ser lo más completo posible para permitir conocer y evaluar el estado de salud de la población.
- d) **Temporalidad**. - Se refiere a un tiempo determinado.

Este Diagnóstico de Salud, se integra de los siguientes datos:

- * Factores condicionantes de la salud; los cuales incluyen: la ubicación geográfica, datos demográficos, datos socioeconómicos y saneamiento del medio, lo que nos ayuda a discernir la situación geográfica de la población, conocer el grupo de edad al que deben dirigirse prioritariamente las intervenciones de enfermería y aspectos de servicios básicos con los que cuenta la comunidad, como son agua potable, así como basureros, industrias contaminantes, etc.
- * Daños a la salud, éstos se conocen a través de los datos de mortalidad y morbilidad, obtenidos ya sea del registro civil local, o de los datos nacionales. Pueden utilizarse también como orientación el número de consultas en los servicios de salud.

⁸ IBIDEM, pp 17

⁹ ALVAREZ, Alva R. "Salud Pública y Medicina Preventiva". Cap. 9 México. 1991 pp 92-94

* Recursos para la salud, "son los recursos humanos, materiales y de equipo de salud, así como las actividades que realizan: centros de salud, hospitales y programas respectivos, para beneficio de la salud de la población"¹⁰

Por otro lado, los tipos de Diagnóstico, existentes y de importancia para la Salud, son los siguientes:

ADMINISTRATIVO

Este tipo de Diagnóstico enfoca su atención a la resolución de problemas de salud desde el centro hospitalario, eliminando el factor social como concepto totalizante. Es básicamente funcional y objetivo, ya que se basa más que nada en una práctica teórica. Es un tipo de Diagnóstico que inmiscuye los ámbitos biológico y ecológico de la enfermedad, desde el punto de vista de defensas del individuo y condiciones ambientales; enmarcado todo ello en la lógica de la programación, cuyo propósito es la obtención de una mayor productividad.

ESTRATÉGICO

Es un Diagnóstico construido a través de la estructura del poder existente en el sector salud, cuyo propósito está guiado por la intención de introducir cambios en la estructura de poder del sector, pero con base al mismo poder. Para su estudio se manejan dos niveles:

- 1) **El nivel de estado de salud.** - "que estudia dos situaciones sociales: las diferencias entre regiones y las diferencias entre grupos, separando lo cuantitativo de lo cualitativo".¹¹
- 2) **El nivel epidemiológico.** - proporciona los criterios para elegir las categorías de el nivel de estado de salud y explica el por qué de la misma.

Todo esto con el fin de lograr la comprensión del proceso salud-enfermedad como parte social. "Se basa en el análisis de los flujos financieros desde el punto de vista social (grupos donde se origina, intermediación y destino de los fondos como condición de estabilidad o, la existencia de heterogeneidades que sean motivo de desviaciones hacia otros usos o conflictos"¹².

IDEOLÓGICO

Trata de implementar propuestas para el mejoramiento de la salud en una totalidad social. Dichas propuestas tienen como propósito la legitimación en sí mismas y a la sociedad que las produce; entendiendo por legitimación al proceso mediante el cual se logra que la misma sea aceptada como legal y válida para el conjunto de la sociedad.

Para su realización se basa en dos dimensiones: la del sector y la de la sociedad, dentro del proceso de salud-enfermedad.

¹⁰ IBIDEM. pp 29

¹¹ TESTA, Mario. "Pensamiento Estratégico y lógica de programación". Buenos Aires. 1990 pp 174-287

¹² IBIDEM. pp 286-289.

3.4 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El concepto del Déficit de Autocuidado, surgió con la necesidad de ubicar en un campo específico de acción, el quehacer de enfermería, pero también para darle un enfoque al autocontrol de la salud del individuo.

Las enfermeras como un servicio de salud especializado se puede distinguir de otros servicios porque toma a los seres humanos que tienen algún tipo de incapacidad para cuidarse, como su foco de atención con el fin de proporcionarles cuidados en cantidad y calidad cuando estos lo demandan. "Todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro del dominio y los límites de la enfermería están asociados con la subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración, respecto a las limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud que los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y que empiezan a surgir como el cuidado regulador de sí mismos o de las personas que dependen de ellos"¹³

"Los profesionales de la enfermería llevan a cabo la valoración, toma de decisiones y operaciones productivas para saber qué sucede en las situaciones concretas de la práctica de la enfermería, para saber qué puede cambiarse; para tomar decisiones sobre lo que debería hacerse, y para producir un sistema o sistemas de cuidados que: 1) aseguren la satisfacción de los requerimientos de la persona para la regulación del funcionamiento y desarrollo ahora y durante algún tiempo, 2) proteja la capacidad de acción desarrollada y en vías de desarrollo, 3) regulan el ejercicio o desarrollo de las capacidades de la persona para cuidar de sí misma o de las personas que dependen de ella"¹⁴ En este sentido el quehacer de enfermería queda ubicado en el contexto de servicio; pero también en el de orientadora y de apoyo para lograr el desarrollo de autocuidado de los individuos.

El autocuidado como lo menciona Orem es una acción de las personas maduras y en proceso de madurar que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales. Las personas que se ocupan de su autocuidado tienen las capacidades para el requisito de acción: la agencia o capacidad de actuar intencionalmente para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento y desarrollo.

La conducta positiva de los individuos implica autocuidado y una actividad aprendida a través de las relaciones interpersonales y de comunicación; sin embargo, esta conducta puede estar influenciada por el autoconcepto, la falta de madurez, por la cultura, el conocimiento, la situación familiar, la influencia de los grupos sociales, la autodecisión de cuidarse, los trastornos de salud, la falta de habilidades y los hábitos inadecuados. Todos ellos afectan negativamente el fin del autocuidado.

¹³ OREM, Dorothea. "El modelo de Orem, conceptos de enfermería en la práctica" Barcelona, 1997. Pp 75

¹⁴ IBIDEM, pp 5

Para que los individuos se autocuiden requieren del cumplimiento de los requisitos de autocuidado. Estos son: Requisitos de Autocuidado Universales, Requisitos de Autocuidado de desarrollo y Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud

Orem dice que “Los requisitos de Autocuidado Universales representan las clases de acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y funcionamiento humanos, que a su vez apoyan el desarrollo y maduración humanos”¹⁵. Estos requisitos se basan en lo siguiente,

- “ 1- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente
- 2- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente
- 3- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
- 4- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos
- 5- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- 6- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
- 7- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos
- 8- La prevención del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo humano de ser normal¹⁶

Estos requisitos representan las acciones del qué debe realizar el individuo para producir las condiciones internas y externas que mantendrán su estructura y funcionamiento humanos; y la normalidad en el sentido de lo esencialmente humano y de lo que se considera de acuerdo con las características genéticas, constitucionales y de talento.

Cuando se satisfacen los requisitos de autocuidado universales a través del autocuidado o cuidado dependiente, constituye esto una parte integral de la vida diaria de los individuos y sus grupos. Sociales; sin embargo, pueden predominar ciertas condiciones que separan la estructura de la vida humana. Estas condiciones pueden ser: contaminación del aire, del agua y los alimentos con materiales nocivos; escases de alimentos y agua; condiciones adversas a las actividades laborales, recreativas, educacionales y religiosas y a los patrones de vida diaria de los grupos sociales; y las enfermedades, defectos, patología específica e incapacidad de los miembros del grupo social.

En estas condiciones, los individuos y los grupos sociales como un todo, pondrán atención en el cumplimiento de éstos requisitos de autocuidado y podrán llevar a cabo acciones para producir las condiciones que les permitan satisfacer sus necesidades de manera efectiva.

Estos ocho requisitos de autocuidado universal desde un punto de vista cualitativo o cuantitativo, o desde ambos, se van diferenciando por las características de edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación socio cultural y recursos. Orem afirma que las variedades de

¹⁵ IBIDEM pp 14

¹⁶ CAVANAGH, Stephen. J “Modelo de Orem: aplicación práctica”. Ediciones Científicas y Técnicas. S.A. Madrid. 1993. pp 7

prácticas dentro de los grupos sociales y la gama de prácticas usadas por los individuos reflejar no sólo los ajustes a largo plazo a las condiciones ambientales; sino también el tipo y cantidad de conocimientos que han sido adquiridos, que son transmitidos y puestos en práctica con respecto a estos requisitos de autocuidado universal.

Los Requisitos de Autocuidado de Desarrollo "son expresiones especializadas de los requisitos de autocuidado universal que han sido particularizados para los procesos de desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición... o asociados con un acontecimiento. Hay dos requisitos de autocuidado del desarrollo:

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

- a) los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento;
- b) la etapa de la vida neonatal ya sea, 1) nacido a término o prematuramente, 2) nacidos con peso normal o con bajo peso;
- c) infancia;
- d) las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta
- e) las etapas de desarrollo de la edad adulta .

2- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano"¹⁷.

Por último los Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud existen cuando se observan cambios en la estructura humana, el funcionamiento físico o en la conducta y hábitos de la vida diaria. En estas condiciones el individuo centra su atención en si mismo. Hay seis categorías de autocuidado de desviación de la salud:

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

2- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

3- 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 integradora la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidad.

4- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo

5- Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de la salud

¹⁷ IBIDEM. pp 8-10.

6- 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 continuado¹⁸

Cuando existen factores que limiten el autocuidado de los individuos; entonces surge la Demanda de Autocuidado Terapéutico, que son los grupos de acciones que tienen validez y son confiables en el control de los factores que en un momento dado afectan su funcionamiento y su desarrollo. Estos factores pueden ser internos o externos; o también denominados factores básicos condicionantes (edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos) Todos ellos condicionan de diversa manera la demanda de autocuidado terapéutico.

Para cubrir la demanda de autocuidado; se hace necesario recurrir a la agencia de autocuidado que comprende la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura el funcionamiento y desarrollo humanos y promueven el bienestar.

Existen también, otros dos tipos de agencias: la agencia de Autocuidado Terapéutico y la Agencia de Enfermería. La primera se refiere "a aquellas acciones de autocuidado que (a) apoyen los procesos de vida, (b) que sean correctivas y curativas cuando se relacionan con procesos de enfermedad y (c) que contribuyan al desarrollo y maduración personales...la segunda...se refiere a aquellas habilidades especializadas que permiten a las enfermeras proporcionar la atención que compensa o ayuda a superar las deficiencias de autocuidado relacionadas con la salud"¹⁹.

Ahora bien; después que se ha diagnosticado el Déficit de Autocuidado, en donde se ha valorado la deficiencia de autocontrol para el cuidado de sí mismo; la agencia de enfermería contempla tres sistemas de intervención, guiados por el tipo de demanda de cuidado; éstos son: Sistema de Enfermería Totalmente Compensatorio, Parcialmente Compensatorio y el de Apoyo y Educación. El primero va encaminado cuando la persona que demanda cuidados está totalmente incapacitada para llevar a cabo acciones de autocuidado; el segundo se realiza cuando la persona tiene algunas habilidades y capacidades de autocuidarse y la enfermera cubre las otras necesidades que el individuo no puede cubrir; finalmente el tercero de los sistemas de enfermería se refiere a la educación y orientación que se le da al individuo cuando éste cuenta con capacidad y habilidad de autocuidarse; aquí el objetivo es proporcionar el conocimiento que requiere, en relación a su padecimiento para que sea autosuficiente en su cuidado.

¹⁸ IBIDEM. pp 11

¹⁹ ISENBURG, Marjorie, A. "Desarrollo de la teoría de enfermería y su aplicación en la práctica". U.N.A. de Nuevo León. Octubre. 1995. pp 7.

3.5 RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

La respuesta social organizada (RSO), es la forma de organización de los individuos ante problemas comunes, para los cuales se requiere de varios elementos tales como: la cultura, recursos económicos, información y los servicios de salud. La RSO es también, la respuesta para encontrar el equilibrio entre la salud y la enfermedad, y cuando este se rompe se tiene enfermedad, muerte y extinción; dicho de otra manera la salud y la enfermedad se encuentran inmersas en un proceso dialéctico histórico y socialmente determinado que se encuentra entre el límite inferior y superior dentro de la sobrevivencia de las especies; tomando en cuenta que la normalidad varía dentro de los límites de tolerancia.

Tipos de servicios de salud. Para la población los problemas de salud no se refieren a la falta de salud; sino a la falta de los servicios de salud, mismos que requieren de tomar en cuenta dos elementos importantes para el abordaje de los servicios de salud; estos son: equidad e igualdad. Refiriéndose el primero a dar más a los que más necesitan de salud, el segundo se refiere a la homogeneidad en la salud.

Para comprender la importancia de la RSO es necesario mencionar tres fuentes históricas en las cuales resaltan hechos importantes para el análisis de la evolución y desarrollo de la conducta humana frente a situaciones relacionadas con la salud. Así también éstas representan el Primer tipo de Servicios de Salud.

Primera fuente. Los servicios de salud a través de la historia, han reflejado cambios en la estructura de atención a la salud. Así vemos que la atención a enfermos comenzó con la caridad, naciendo de ésta forma los primeros hospitales de origen religioso, para la atención de enfermos con lepra, tuberculosis, etc.

Posterior a esta etapa, se crearon también los hospitales para enfermos mentales, mismos que servían al mismo tiempo de cárceles. Durante los años 1822-1930 dio inicio la investigación científica con personajes como Koch, con el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis (1845-1910); Pasteur, reconocido como el descubridor de la bacteriología (1822-1895), Río de la Loza, como el introductor de la primera vacuna contra la viruela (1888) y Fleming, descubridor de la penicilina (1903).

Segunda Fuente. Fué a partir de los años cuarentas, cincuentas y sesentas de éste siglo, que empezaron a funcionar los primeros nosocomios, que se convirtieron en los primeros hospitales de especialidad en México (1940-1960). Surgieron entonces, el IMSS (1943), SSA (1945) e ISSSTE (1967).

A partir de éste momento surgieron nuevos adelantos en el área de la medicina, como el descubrimiento de nuevos antibióticos, entre ellos la eritromicina y la ampicilina. Es aquí donde se da auge a los hospitales de especialidades. Cabe mencionar el resultado de actividades

preventivas por medio de la aplicación de tres vacunas, viruela, salk y antirrábica. Estas actividades hicieron que bajaran las tasas de mortalidad de manera considerable

Tercera fuente. Destaca en éstos datos históricos el auge en la actividad preventiva con la aplicación de la vacuna antituberculosa (1866) y con el surgimiento de los insecticidas, que por un lado, lograron controlar a los vectores (1970-1980); pero por otro lado, un aumento en la enfermedad palúdica, como consecuencia de la resistencia de los vectores a los insecticidas.

El segundo tipo de salud, cuenta también con hechos históricos relevantes de los cuales emergieron avances importantes para el campo de la salud, como consecuencia de las guerras principalmente de los griegos y los romanos. Es así que la cirugía, traumatología y ortopedia figuraron como los servicios más importantes en el campo de la medicina. De éstos surgió la esterilización que encabezaba en aquella época un médico llamado Lister reconocido como el creador de las técnicas de asepsia y antisepsia. A partir de éste momento surgieron las áreas de especialidad y la cirugía se vuelve tan importante que surge la idea para hacer la curricula médica, con un contenido académico acorde a las exigencias del momento, para formar médicos en las diferentes especialidades

El tercer tipo de servicios de salud, se caracterizó por la creación de la seguridad social durante la gestión del Presidente Manuel Ávila Camacho (1943). Fue en éste momento que se organizaron que se organizaron los sindicatos, mismos que crearon la caja de ahorro o previsión para proteger a los trabajadores en la jubilación e incapacidad; disminuyó también el trabajo infantil y hubo preocupación por cuidar la salud materna, generándose en la atención médica y del PIB el 3% para el área preventiva y el 97% para la curativa, que era distribuida principalmente por el IMSS. Posteriormente sería la SSA la que distribuyera el presupuesto para los servicios de salud, debido a que absorbía a la mayor parte de la población que no contaba con seguridad social, ofreciéndoles los servicios para la atención de salud.

Por todo lo anterior se puede afirmar que la RSO es definitiva, ya que de la respuesta que tengan las autoridades gubernamentales y los individuos ante problemas comunes de salud, dependerá la obtención de la disponibilidad, accesibilidad y utilización con calidad de los recursos de salud.

3.6 COMUNIDAD

El término comunidad, se refiere al conjunto de personas que habitan en una área geográfica delimitada, y de acuerdo a ésta pueden clasificarse como: rural, urbana y mixta.

La comunidad refleja en muchos de los casos a la sociedad a la cual pertenece, tanto en la economía, como en su forma de organización. Éstas en la mayoría de los casos no son autosuficientes, ya que presentan características propias, tanto étnicas como culturales entre sus habitantes, manteniendo actividades e intereses mutuos determinados por leyes o códigos y relaciones informales.

Las comunidades se encuentran en continuo movimiento, espontáneo o programado, organizándose los habitantes para incrementar su desarrollo, pretendiendo de esta manera mejorar sus condiciones de vida, lo cual implica identificar las necesidades, los recursos y los problemas con los que cuenta, a fin de que el equipo de salud que trabaje dentro de ellas considere que es "necesario un mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad, mediante la planeación de actividades integradas de protección y promoción a la salud, prevención y curación de la enfermedad, y en algunos casos, la rehabilitación de los enfermos"²⁰. Para lograr esto el personal de salud debe basar sus actividades en una estrategia, en visperas de lograr el desarrollo en la comunidad creando conciencia entre sus integrantes sobre la problemática de salud existente, para que ellos busquen las posibles alternativas de solución, mediante su propio esfuerzo.

Ahora bien, cualquier intervención que se tenga en la comunidad, deberá ser con su consentimiento y aprobación respecto a la priorización de sus necesidades encontradas, para que de esta manera se logre su colaboración y por consiguiente el logro de los objetivos planeados frente al problema o necesidad de salud encontrada, tomando en consideración la naturaleza, magnitud y recursos con los que se dispone para la solución de los mismos.

Para poder poner en marcha el plan de actividades es necesario contar con un presupuesto, el cual puede ser obtenido a través del gobierno, las cuotas voluntarias y de algunas otras actividades que se organizan para poder recabar fondos.

Por otro lado, también es necesario que se cuente con un marco referencial sobre algunas de las problemáticas de salud que se pueden encontrar en una comunidad, como son el saneamiento del medio, desconocimiento de las medidas de seguridad e higiene, poca o nula colaboración en los programas de salud y por consiguiente en la solución de sus problemas.

Tomando en consideración lo anterior podemos encontrar que existe un amplio sesgo, de ahí que el objetivo principal de cualquier agente de salud pública, será alcanzar más y mejores condiciones de vida en la comunidad donde trabaje.

3.7 FAMILIA

La familia es un grupo social primario considerado como unidad de convivencia, no necesariamente tienen un lazo de unión legal, ya que pueden ser amigos vecinos, amigos o profesionistas. "Es un sistema o unidad de personas que interactúan relacionados por matrimonio o nacimientos o de cualquier otro parentesco estrecho como un compromiso y afinidad entre los miembros de la unidad que incluyen obligaciones futuras y cuyo propósito principal es crear, mantener y promover el desarrollo social, mental, físico y emocional de cada uno de los

²⁰ HERNAN, San Martín. "Salud y Enfermedad". Edt. La Prensa Médica. México. 1985 pp 17

miembros”²¹ Si consideramos que el hombre es un ente social, que siempre busca compañía, evita el estar solo, además de tener la necesidad cuidar y alimentar a sus hijos, podemos considerar los siguientes aspectos inmiscuidos dentro del ámbito familiar: el hogar, que es un espacio que da seguridad a la familia y que tiene como función principal satisfacer las necesidades afectivas, económicas y sexuales de sus integrantes. Es en la familia donde se transmiten los valores.

“La estructura económica de las sociedades contemporáneas ha venido a incorporar un grado creciente a la mujer en el campo de la producción y esto modifica substancialmente su rol y por lo tanto la estructura familiar”²².

El hombre por su parte tiende a involucrarse más en las actividades propias del hogar, participando activamente en las necesidades de atención que demandan los hijos; ya que el problema actual que presentan las familias es la desintegración, con todas las repercusiones morales y sociales de sus descendientes. Entre las funciones de la familia se encuentran: la socialización y educación, el cuidado, el afecto y la reproducción.

Para fines de este estudio la familia será considerada como una unidad multipersonal, la cual se considera que está formada por más de una persona hasta un número indeterminado, y la forma en que se relacionan cada uno de sus integrantes se considerará como situación multipersonal.

Dentro de las unidades multipersonales se categorizan los diferentes tipos de familia, como grupos de personas que se reúnen con diferentes propósitos; o pueden ser no familia en donde no exista relación interpersonal.

Con base a lo anterior, los propósitos de enfermería son: a) considerar las demandas de autocuidado en cada uno de los integrantes; b) diseñar un plan para satisfacer las necesidades individuales y de grupo; y c) asegurar y mantener los esfuerzos humanos y los recursos materiales requeridos.

La forma de actuar de la enfermera dependerá de la cultura y la estructura de la unidad multipersonal y su papel será de guía, apoyo y de enseñanza.

3.8.- MARCO REFERENCIAL

3.8.1 ANTECEDENTES

“La delegación política de Xochimilco se localiza al sureste del D.F. a 23 km. De la ciudad de México y a una altitud de 2 274 m. sobre el nivel del mar. Tiene una extensión territorial de 128 km² y ocupa el tercer lugar de extensión. El 30.7% de su superficie es zona urbana, el 60% es

²¹ TAYLOR, G. Susan. “Documentos de la práctica de enfermería en situaciones multipersonales de familia y comunidad”. Cap. 11. pp 9.

²² IBIDEM pp 14.

zona forestal y agrícola y el 9.3% son acuíferos y canales, colinda al norte con las delegaciones políticas de Coyoacán e Iztapalapa con una zona conurbada; al este con la delegación política de Tláhuac con área chinampera (chinampa, es una porción de tierra rodeada por agua), al oeste con la delegación política de Tlalpan a través de la zona del Ajusco y al sur con la delegación política de Milpa Alta con la sierra Cuitzan. La delegación Xochimilco cuenta con 17 barrios y 14 pueblos que se encuentran ubicados en los lomeríos de la sierra Ajusco – Couauhtzin

San Luis Tlaxialtemalco tiene su origen desde épocas remotas en los tiempos prehispánicos cuando se fundaron los asentamientos humanos indígenas alrededor del siglo II de la era cristiana. Conserva la antigua división por barrios que han perdurado hasta la actualidad. El vocablo correcto es: Tlachquiautemaco. Tlachtl que quiere decir juego de pelota, consagrado al dios Tláloc y Tlemaiti que viene de Tletl maitl mano, que nos da la idea de bracero de mano donde está el bracero de mano del juego de pelota consagrada al dios Tláloc.

San Luis cuenta con una superficie de 6.5 km² aproximadamente, su población estimada es de 10,000 habitantes, con una densidad demográfica de 153 habitantes por km². Se localiza a 40 km. del centro del D.F., limita al norte con Tláhuac, al sur con Milpa Alta, al este con Tulyehualco y al oeste con San Gregorio Atlapulco. Se encuentra a una altitud de 2,225m sobre el nivel del mar. Está rodeado por montañas de origen volcánico; uno de los más importantes es el cerro Tehutli, cuenta con grandes canales como el Nacional, Ameca y el de Chalco que hoy en día reciben aguas negras de la ciudad de México que irrigan las chinampas.

Cuenta con vía telefónica, vías de comunicación terrestres, transporte público. Centros educativos oficiales: jardín de niños "Yoliliztli", escuela primaria "Aureliano castillo", escuela secundaria técnica # 79. Centros educativos particulares: jardín de niños "Valle de los reyes" y "Quetzali". Atractivos turísticos: Parroquia del siglo XVI; Bosque san Juan "Acuezcómatl", Centro de educación ambiental "Acuezcómatl"; Casa de cultura San Juan "Acuexcomatl", Centro de desarrollo Forestal; parques y jardines; Jardín del pueblo; dos deportivos populares, biblioteca "Lic. Benito Juárez" y mercado de plantas de ornato.

Servicios públicos: alumbrado, pavimentación, servicio de limpia, drenaje en algunos ramales, una planta de tratamiento de aguas residuales y un centro comunitario con diversos servicios. Las actividades económicas se basan en su mayoría en la floricultura y la horticultura

Los servicios de salud con los que cuenta son: Centro de Salud T-1 de la S.S., consultorios médicos privados, Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud (SPAPS-ENEO) e instituciones periféricas a donde se refiere a los usuarios para su atención como son Hospital general de Milpa Alta, Hospital Materno Infantil de Tláhuac, Hospital Pediátrico de Xochimilco y Clínica del ISSSTE".²³

²³ FRAGOSO, Xolalpa, Elsa. "Propuesta de Intervención" Sistema de enfermería para la integración de una red de apoyo educativo de servicios de enfermería, enfocado al mejoramiento de saneamiento básico y nutrición con enfoque en la atención primaria y la promoción de la salud, en San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, México, diciembre, 1998, pp5-7.

3.8.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MICRO REGIÓN

Actualmente San Luis Tlaxialtemalco de la delegación Xochimilco está dividido geográficamente en cuatro módulos (A, B, C y D). Como toda comunidad tiene características culturales y productivas propias; aunque se encuentra dentro de los límites del Distrito Federal aún conserva sus tradiciones religiosas, como parte de la cultura heredada desde épocas prehispánicas. Sin embargo, los módulos B y D son dos microrregiones con diferencias principalmente religiosas, geográficas y de producción. A estos los divide una avenida principal (Av. 5 de mayo) y probablemente esto enmarca diferencias sobre todo en las características del suelo.

La población del módulo B está compuesta por residentes y por pobladores que recientemente han provocado asentamientos humanos en el área cerril que es aproximadamente un 80%. En el otro 20% se observa una cultura religiosa diferente. Estos hacen un despliegue impresionante de recursos para honrar a sus cultos; en cambio los habitantes recién llegados no los demuestran de igual manera.

Ello es debido, probablemente en las diferencias en los modos de producción; mientras que gran parte de los residentes se dedican al comercio, la horticultura y la floricultura, el otro grupo son, en su mayoría empleados, obreros, profesionistas, etc.; pero lo que marca en gran medida las diferencias es que estos últimos emigraron de diferentes partes del D.F. y estados de la república.

El módulo D se puede decir que es lo contrario al B. En este se aprecia una actividad comercial constante, abundante y diversa; también un modo de producción dominando la floricultura y horticultura. Aquí no se observa el predominio de inmigrantes; aunque si los hay, pero habitan viviendas propiedad de los residentes de la región.

Posee una extensión de tierra que aproximadamente un 50% es para cultivo (chinampas) y un 25% lo ocupan los canales, el resto está habitado. La actividad productiva en esta área es relevante, lo que hace que la población ocupe menos tiempo para el descanso.

Como puede observarse, existen diferencias notables, sin embargo, ambos módulos están considerados como parte de la cultura ancestral de Xochimilco, que por sus características es considerado un pueblo con alto sentido religioso con una cultura arraigada cuyos orígenes datan de la época de la gran Tenochtitlan.

Los dos módulos aunque ubicados en la misma región y cada uno con sus propias características requieren de cultura sanitaria por las condiciones en que actualmente se encuentran. En el área cerril como en las chinampas carecen de servicios públicos, como pavimentación, agua potable y drenaje principalmente. Por consiguiente comunidades como estas deben representar focos de interés para el trabajo comunitario.

4. ESQUEMA METODOLÓGICO

4.1 VALORACIÓN

La valoración representa la primera etapa del proceso de enfermería, la identificación del problema o problemas, es donde se reúne la información para asegurarse de que se dispone de todos los elementos necesarios para obtener una imagen clara del estado de salud, en este caso de una comunidad, dado que todas las decisiones e intervenciones de enfermería se basan en la información obtenida, se le considera como una de las etapas más importantes

La valoración en este estudio requirió de las siguientes actividades: recolección de datos, validación y organización de los mismos, mediante la selección de la muestra, variables e indicadores, descripción y definición operacional de variables, criterios de inclusión y exclusión, organización y recursos.

El tipo de estudio fue un diagnóstico de salud comunitario de tipo transversal descriptivo y observacional, con el uso de variables cuantitativas discreta independiente y dependientes, con una escala de medición nominal y utilización de fuentes primarias y secundarias de información, estableciéndose como universo de estudio el total de la población de San Luis Tlaxialtemalco en los módulos B y D, correspondiente a 5000 habitantes.

4.1.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se realizó una selección de la muestra, mediante una fórmula estadística, tomando en consideración un universo de 10 000 habitantes; partiendo del promedio de 5 integrantes por familia, según datos INEGI 1996. Para la realización del estudio se asignaron los módulos B y D con un total de familias de 1000 (500 familias por módulo aproximadamente) Se utiliza un muestreo estadístico para obtener el tamaño de la muestra en número de familias

Con la siguiente fórmula:

$$n = Z^2 (p q) / d^2;$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z² = 95% de significancia = 1.96

p = proporción de elementos que tienen el atributo de la característica a estudiar

q = 1 - p

d² = error beta

Sustituyendo:

$$n = 1.96^2 (0.5 \times 0.5) / 0.05^2 = 3.84 (25) / 0.0025 = 384$$

Corrección del tamaño muestral considerando el tamaño de la población, con la siguiente fórmula

$$n = n / 1 + n / N$$

Donde $n = 384 / 1 + 384 / 1000 = 277$

Con la tasa de no respuesta del 20 % = 332

Resultando 332 familias a encuestar por ambos módulos.

Posteriormente se hizo selección de la misma mediante el método sistemático; mediante la fórmula

$$n / N$$

Donde: $n = 332$ (tamaño de la muestra)

$N = 1000$ (universo de estudio), resultando una de cada tres viviendas.

Posteriormente se dividió cada módulo, en manzanas dando como resultado un total de ocho para el módulo B y diez para el D; y tomando en consideración la desproporción de las mismas, se hizo un balance mediante fórmulas estadísticas para obtener el total de cédulas a aplicar por manzana. Se enumeran las viviendas de cada una de ellas en los croquis de los módulos y se seleccionan a través de sistema aleatorio simple; siguiendo para su recorrido la dirección de las manecillas del reloj.

4.1.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Todas las familias encontradas dentro de los B y D de la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco a la hora de encuestar.
- ❖ Todas las madres de familia de los módulos B y D.
- ❖ Todas las encuestas que no presentaron sesgos de información.

4.1.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Las familias emigrantes.
- ❖ Cédulas contestadas por menores de edad.
- ❖ Encuestas incompletas con relación al número de hojas de la misma.

4.1.1.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❖ Las personas que no eran habitantes de los módulos B y D

4.1.2 VARIABLES

Se utilizaron variables de naturaleza cuantitativa discreta porque la observación que hizo la variable fue expresada en una escala de medición nominal de valores enteros dentro de un rango de probabilidades numéricas.

4.1.3 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES Y SU DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLE	NATURALEZA	ESC. DE MEDICIÓN	INTERRELACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Déficit de Autocuidado	Cuantitativa	Nominal	Independiente	<p>Se define como la forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se le hacen para su autocuidado. Esta variable incluye los Requisitos de Autocuidado Universales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. Se refiere a las condiciones de la vivienda de la familia, la cual debe contar con ventanas suficientes y estar cerca de áreas verdes. ◊ Mantenimiento de un aporte suficiente de agua. Se refiere al tipo de abastecimiento de agua para la vivienda de cada familia, ya sea intradomiciliaria o extradomiciliaria. ◊ Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. Se refiere al consumo de uno de los cuatro grupos de alimentos por la familia. ◊ Provisión de cuidados asociados con la eliminación y los excrementos. Define a las familias que manejan adecuada e inadecuadamente las excretas con relación al drenaje. ◊ Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. Se refiere a las actividades realizadas por cada familia con relación a las del hogar, el trabajo, el estudio y otros. ◊ Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. Consiste en el porcentaje del número de actividades realizadas durante la soledad por cada integrante de familia. ◊ Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos. Se refiere al número de familias que realizan prácticas de seguridad con relación al medio ambiente que le rodea; así como a los tipos de hábitos nocivos para su salud. ◊ La promoción para el funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, con el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal. Se refiere a los recursos para la salud con los que cuentan las familias, la existencia de comunicación interpersonal, medios de transporte con los que cuentan, medios masivos de comunicación, pertenencia a algún tipo de asociación, frecuencia de baño por familia y número de personas que habitan por cuarto.

VARIABLE	NATURALEZA	ESC. DE MEDICIÓN	INTERRELACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Proceso Salud Enfermedad	Cuantitativa	Nominal	Independiente	<p>Se define como una interacción permanente del hombre entre el medio ambiente biológico y social en que vive, con el fin de buscar adaptarse de manera permanente, buscando el equilibrio de la salud. Para esta variable se toman en cuenta los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Morbilidad. Se refiere a las diez primeras causas de enfermedad presentes en la población de estudio. ◊ Mortalidad. Se refiere a las diez primeras causas de muerte de la población en estudio. ◊ Ocupación. Consiste en la agrupación de la ocupación en sectores (1º, 2º y 3º), definiendo las características de cargo: patrones y/o empleados. ◊ Escolaridad. Se refiere al número de años cursados. ◊ Ingresos. Se refiere al nivel económico en función de los ingresos sobre salarios mínimos. ◊ Seguridad. Consiste en la existencia dentro de la comunidad, de policía, bomberos y ministerio público. ◊ Desarrollo comunitario. Se refiere a la existencia en la comunidad de centros como: Kinder, primaria, secundaria, nivel medio, biblioteca, casa de cultura, casa de cuidado, otros. ◊ Demografía. Define a los grupos de edad de la comunidad a estudiar. ◊ Sexo. Se refiere al género.
Respuesta Social Organizada (RSO)	Cuantitativa	Nominal	Dependiente	<p>Se define como la forma de organización de los individuos ante problemas comunes de salud, para encontrar el equilibrio entre esta y la enfermedad. En esta variable se tomaron en cuenta los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Servicios de Salud. Se refiere a la institución de Salud a la cual recurre la población para atender los problemas de salud, así como la utilización de la medicina alternativa. ◊ Disponibilidad. Define a los recursos existentes en función de la población que va a servir, señalando los recursos, horas contratadas del recurso humano, financieros y el número de instituciones de salud con los que cuenta la población objetivo. ◊ Accesibilidad. Se refiere a las barreras que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios de salud por parte de la población en función de costo, lugar, organización y fallecimientos por falta de atención.

4.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACION

Se utilizaron dos fuentes de información, una primaria y una secundaria. La primera se basó en la entrevista directa aplicando la encuesta familiar mediante el llenado de una cédula que contenía los reactivos necesarios para obtener los datos requeridos. La obtención de los datos de la segunda fuente fue a través de registros oficiales de las diferentes unidades de salud. Esta información se complementó mediante la aplicación de una guía de observación de la comunidad, la cual proporcionó datos de las condiciones de servicios públicos y de saneamiento.

La aplicación de las cédulas así como la guía de observación fueron supervisadas y evaluadas personalmente firmando cada una de ellas a fin de obtener un mejor control.

La información fue codificada diariamente, en una base de datos (EPI INFO), para obtener finalmente las operaciones estadísticas requeridas.

4.2.1 RECURSOS

El costo aproximado para la realización del diagnóstico de salud, engloba lo siguiente:

RUBRO	COSTO
AGUA Y ALIMENTOS	\$ 950.00
FOTOCOPIADO	\$ 300.00
TRANSPORTE	\$ 500.00
PAGO SEMESTRAL A LA U. DE CÓMPUTO	\$ 150.00
IMPRESIONES	\$ 300.00
MATERIAL DE ESCRITORIO	\$ 300.00
OTROS GASTOS	\$ 500.00
TOTAL	\$ 3000.00

4.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El siguiente paso del proceso atención de enfermería es el Diagnóstico, el cual se basa fundamentalmente en el ordenamiento de los datos recopilados durante la valoración. Este forma parte sustancial de la planeación de las acciones a desarrollar mediante la síntesis y el análisis.

Para realizar un diagnóstico es necesario contar con un conocimiento amplio de aquellas situaciones que pudieran alterar el equilibrio a la salud. De esta manera los diagnósticos deben determinarse y plantearse de tal manera que facilitan el siguiente paso que es la planeación.

En los estudios comunitarios se requiere ampliar de manera singular el perfil epidemiológico y las necesidades sentidas de la población en lo que a salud se refiere, pues esto dará sustento a la diagnosis que enfocará los problemas prioritarios relacionados con aquellos factores que actúan como patrones de salud y enfermedad.

El caso de la comunidad de San Luis Tlaxiatalmalco es similar a otros, ya que ahí se identificaron datos epidemiológicos que ponen en evidencia un desequilibrio en el proceso salud-enfermedad, resultó evidente también que se cuenta con capacidades y déficit de autocuidado ante los riesgos presentes, existiendo factores condicionantes que favorecen alteraciones en la salud.

Ahora bien, para llegar a este análisis fue necesario relacionar las condiciones epidemiológicas con las necesidades reales y potenciales de la población y priorizar aquellas que representan alto riesgo de enfermar. Para el ordenamiento de tal información se realizó un análisis exhaustivo para definir los diagnósticos de enfermería con base a una metodología científica, que mostró sin duda los datos más sobresalientes de riesgo-daño, causa efecto mediante la realización de dos tipos de análisis, univariado y bivariado con base al manejo de las variables de estudio.

El análisis univariado arrojó resultados de problemas reales tales como, ingresos económicos bajos en más de la mitad de la población; escolaridad basada únicamente y en una gran mayoría en el nivel de primaria; causas de mortalidad y morbilidad equiparadas en el contexto nacional (Cuadros 1,2,3); ocupación que abarca el primero y segundo sector (agricultores, campesinos, obreros y albañiles) en la cuarta parte de la población productiva (Cuadro 4); un inadecuado equilibrio en el consumo de alimentos, predominando la ingesta de los grupos II y IV que corresponden a granos y sus derivados, grasas y azúcares respectivamente (Cuadro 5); consumo humano de agua sin tratamiento potabilizador y en 52 familias abastecimiento extradomiciliario (Cuadros 6,7); falta de drenaje en la mayoría de las viviendas y un inadecuado manejo de excretas (Cuadros 8,9); un deficiente manejo de basura en un porcentaje considerable de familias (Cuadros 10,11). Con estos datos se identificó un importante déficit de autocuidado con relación a los factores condicionantes básicos del entorno, determinado por los resultados que aportó la descripción de satisfacción e insatisfacción de los componentes de la variable déficit de autocuidado; así como un importante desequilibrio nutricional.

El análisis bivariado estableció la asociación entre riesgo-daño, causa-efecto de los componentes de las variables utilizadas y las tres primeras causas de morbilidad, a través de la razón de momios, llegando al siguiente diagnóstico.

El grupo de personas productivas que sufrieron infecciones respiratorias agudas tienen 2.5 veces más probabilidad de enfermar por desempeñarse en los sectores de ocupación primario y secundario (agricultores, campesinos, obreros y albañiles), cuyas condiciones laborales probablemente no cumplan con el medio ambiente favorable, así como la falta de un equipo que los proteja del mismo. Una buena alimentación también forma parte de la protección ante las enfermedades respiratorias agudas, y, desde luego un déficit de autocuidado con relación a un consumo insuficiente de alimentos. Tienen 2 veces más probabilidades de enfermar de I:R:A:S: por no considerar las medidas preventivas de salud. Por utilizar materiales de construcción no

perecederos (paredes y techos de lámina de cartón y asbesto. Cuadro 11 y 12) en sus viviendas, tienen 2 veces más probabilidades de enfermar de las vías respiratorias, ya que este tipo de materiales ocasiona condiciones ambientales que pueden poner en riesgo la salud, principalmente en los grupos más vulnerables, los menores de cinco años y los ancianos

En cuanto a las enfermedades gastrointestinales, las familias que manejan inadecuadamente la basura, tienen 7.2 veces más probabilidades de enfermar, si se considera que la basura adecuadamente manejada representa una barrera para las enfermedades gastrointestinales. Las familias que no toman en cuenta las medidas preventivas de salud en relación a las enfermedades gastrointestinales tienen 8 veces más probabilidades de contraerlas. El agua intradomiciliaria es un servicio básico para cualquier comunidad; sin embargo en San Luis T., existe un grupo vulnerable (el módulo B área cerril) que no cuenta con este servicio, teniendo 4.2 veces más probabilidad de enfermar, ya que el acarreo es un medio ideal para contaminarla y aquí se acarrea el agua por diferentes medios. También en el área de las chinampas existe otro problema con relación al tipo de abastecimiento de agua, aquí las familias cuentan con el servicio, pero tienen un gran riesgo de contaminación, debido a que la red hidráulica tiene conexión directa con los canales, mismos que son el depósito de las aguas negras; y por lo tanto se considera de mala calidad. En este sentido se pudo observar que la red hidráulica es de material plástico y por lo tanto vulnerable para romperse. Tienen 9 veces más probabilidad de contraer enfermedades gastrointestinales, las familias que consumen agua directa de la llave. El inadecuado manejo de excretas es un factor determinante para enfermar por ser parte sumamente importante del saneamiento ambiental y las familias estudiadas tienen 5.8 veces más probabilidad de adquirir enfermedades gastrointestinales; ya que 60% de la población no cuentan con drenaje, servicio público fundamental para canalizar las excretas de manera adecuada, además de que con la existencia de fosas sépticas y letrinas pueden contaminarse los mantos frícticos

Con relación a las enfermedades crónico degenerativas se encontró que el grupo que labora en el sector terciario de ocupación (profesionistas y empleados) tienen 9.2 veces más probabilidad de sufrir diabetes e hipertensión debido a las características de las labores desempeñadas, así como del modo de vida que favorece el estrés, una inadecuada alimentación, obesidad, ayunos prolongados, desgaste físico y mental, pudiendo llegar a un desequilibrio metabólico

Por el papel fundamental que representan los servicios que ofrecen las instituciones de salud, se hizo énfasis en el siguiente diagnóstico.

Las enfermedades gastrointestinales y respiratorias agudas tienen 2.6 y 6.9 respectivamente más probabilidades de padecerlas, en función del costo que se invierte para atender dichas enfermedades. Esto significa, que las familias que tienen que gastar más de \$60.00 al acudir a las consultas prefieren no hacerlo y utilizan otros servicios alternativos, como las farmacias, o bien acuden a la medicina particular en la cual los costos se elevan. Aunado a esto, existe un grupo de familias sin seguridad social que sufre importantes bajas en su presupuesto. Por otro lado, la calidad del servicio que prestan las instituciones de salud puede ser una causa suficiente para que la comunidad estudiada tenga 7.4 y 1.7 más probabilidad de contraer enfermedades gastrointestinales y de vías respiratorias respectivamente. La calidad está en función de la incapacidad de los servicios para alcanzar las mejoras esperadas en la salud de los usuarios.

debido a deficiencias en el proceso de la atención, como son: trato personal, tiempo de espera, la efectividad en los tratamientos y desde luego, la calidad de los medicamentos. Esto es importante y se debe tomar en cuenta, pues representa la imagen y la confianza que tienen de las instituciones de salud, mismas que están obligadas a ofrecer servicios con eficiencia, calidad, satisfacción y seguridad para el usuario.

CUADRO N° 1
VARIABLE PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD OCURRIDAS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS EN LA POBLACIÓN DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO DE LOS MODULOS B Y D.

CAUSAS	Fº	%
PARO CARDIACO E INFARTO	36	20.1
AZÚCAR EN LA SANGRE	25	14.0
ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO	18	10.1
CÁNCER	14	7.8
ALCOHOLISMO	11	6.1
NEUMONÍAS	10	5.6
ASESINATO	8	4.6
TROMBOSIS	6	3.3
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	4	2.2
ENFERMEDADES DEL RIÑÓN	4	2.2
OTRAS	43	24.0
TOTAL	179	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. ABRIL, 1998

CUADRO N° 2
VARIABLE PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD OCURRIDAS EN LOS ULTIMOS 5 MESES EN LA POBLACIÓN DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO MÓDULOS. B Y D.

CAUSAS	F°	%
INFECCIONES RESPIRATORIAS	368	25.6
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	88	6.1
DIABETES	78	5.4
REUMATISMO Y MALFORMACIÓN DE HUESOS	35	2.5
PRESIÓN ARTERIAL ALTA	34	2.4
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	19	1.3
ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA	9	0.5
AFECCIONES DE LOS DIENTES	8	0.5
VARICES	7	0.4
OTRAS	69	5.0
NO REPORTARON ENFERMEDAD	724	50.2
TOTAL	1439	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. ABRIL, 1998

CUADRO N° 3
VARIABLE PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
MORBILIDAD EN LOS ULTIMOS 5 MESES POR GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO MÓDULOS B Y D.

GRUPO DE EDAD	F°	%
-1	7	0.4
1-10	122	8.5
11-20	180	12.5
21-30	147	10.2
31-40	89	6.2
41-50	74	5.1
51-60	50	3.5
61-70	28	2.0
71-80	8	0.6
81-MAS	10	0.8
SIN MORBILIDAD	724	50.2
TOTAL	1439	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. ABRIL, 1998

CUADRO N° 4
VARIABLE PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO POR SECTORES
MÓDULOS B Y D.

SECTOR	F°	%
PRIMARIO	96	6.7
SECUNDARIO	263	18.3
TERCIARIO	67	4.6
OTROS	1013	70.4
TOTAL	1439	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. ABRIL, 1998

CUADRO N° 5
VARIABLE DEFICIT DE AUTOCUIDADO
MANTENIMIENTO DE UN CONSUMO SUFICIENTE DE ALIMENTOS
ALIMENTOS CONSUMIDOS POR GRUPO DURANTE LAS TRES COMIDAS PRINCIPALES AL DÍA POR LAS FAMILIAS DE
LA POBLACIÓN DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO MÓDULOS B Y D

GRUPO	DESAYUNO		COMIDA		CENA		F°	%
	F°	%	F°	%	F°	%	TOTAL	TOTAL
I FRUTAS Y VERDURAS	95	29	278	86	43	13	416	128
II GRANOS Y DERIVADOS	258	80	274	85	129	40	661	205
III ORIGEN ANIMAL	138	43	231	71	113	35	482	148
IV GRASA Y AZÚCARES	243	75	251	77	141	43	635	195

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. ABRIL, 1998

CUADRO N° 6
VARIABLE DEFICIT DE AUTOCUIDADO
MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA
FORMA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LOS MÓDULOS B Y D.

FORMA DE ABASTECIMIENTO	F°	%
INTRADOMICILIARIA	272	84.0
EXTRADOMICILIARIA	52	16.0
TOTAL	324	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. ABRIL, 1999

CUADRO N° 7
VARIABLE DEFICIT DE AUTOCUIDADO
EL MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AGUA
CARACTERISTICAS DEL AGUA QUE UTILIZAN PARA CONSUMO HUMANO LAS FAMILIAS DE LA POBLACIÓN DE SAN
LUIS TLAXIALTEMALCO MÓDULOS B Y D.

CARACTERISTICAS DEL AGUA	F°	%
HERVIDA	146	45.1
DIRECTA DE LA LLAVE	105	37.4
LE AGREGA DESINFECTANTE	41	12.7
EMBOTELLADA	19	8.9
FILTRO	3	0.9
TOTAL	324	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. ABRIL, 1998

CUADRO N° 8
VARIABLE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO
PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO.
EXISTENCIA DE DRENAJE EN LAS VIVIENDAS DE LA POBLACIÓN DE
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO MÓDULOS B Y D.

DRENAJE	F°	%
SI	132	40.7
NO	192	59.3
TOTAL	324	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. ABRIL, 1998

CUADRO N° 9
VARIABLE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO
PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN
MANEJO DE EXCRETAS EN LA POBLACIÓN DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO
MÓDULOS B Y D.

TIPO DE MANEJO	F°	%
FOSA SÉPTICA	184	50.6
SANITARIO TIPO INGLES	128	39.0
LETRINA	31	10.1
RAS DE SUELO	1	0.3
TOTAL	324	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. ABRIL, 1998

CUADRO N° 10
VARIABLE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO
PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO.
MANEJO DE BASURA POR LAS FAMILIAS DE LA POBLACIÓN DE
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO MÓDULOS B Y D.

MANEJO	F°	%
TAPADA	222	68.5
DESTAPADA	102	31.5
TOTAL	324	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. ABRIL, 1998

CUADRO N° 11
VARIABLE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO
PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO.
MANEJO DE BASURA POR LAS FAMILIAS DE LA POBLACIÓN DE
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO MÓDULOS B Y D.

ELIMINACIÓN	F°	%
CAMIÓN RECOLECTOR	281	86.7
CIELO ABIERTO	26	8.0
LA QUEMAN	10	3.1
LA ENTIERRAN	7	2.2
TOTAL	324	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. ABRIL, 1998

4.3.1 MÉTODOS DE PRIORIZACIÓN

A)- MÉTODO DE HANLON.

Se tomaron las 9 primeras causas de morbilidad y las 10 primeras de mortalidad, así como 14 de los problemas que resultaron del análisis univariado. De las nueve causas de morbilidad se obtuvieron en 1er lugar Enfermedades Gastrointestinales; 2º IRAS y 3º Diabetes, y por factibilidad (PEARL), IRAS y Enfermedades Gastrointestinales. De las causas de mortalidad la Diabetes en 1er lugar, en 2º las Neumonías y 3º la Trombosis. Cabe mencionar que hubo problemas importantes como accidentes automovilísticos y alcoholismo los cuales resultaron poco factibles de solucionar por las limitaciones de este proyecto. En la priorización de los 14 problemas los cinco primeros fueron: 1º inadecuado manejo de excretas, 2º inadecuado manejo de basura, 3º consumo humano de agua directa de la llave, 4º falta de medidas preventivas de salud y 5º baja escolaridad. Por factibilidad los cuatro primeros.

B)- DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES I

Hay formulación de la intervención (programa) en : falta de medidas preventivas de salud, consumo humano de agua directa de la llave, desequilibrio alimentario, inadecuado manejo de excretas y basura, consumo de alcohol, falta de drenaje, IRAS y Enfermedades Gastrointestinales.

C)- PARRILLA DE ANÁLISIS

Las recomendaciones sobre prioridades fue para: falta de medidas preventivas de salud, consumo humano de agua directa de la llave, desequilibrio alimentario, inadecuado manejo de excretas y basura, IRAS, Enfermedades Gastrointestinales, diabetes y enfermedades de la infancia.

D)- MATRIZ DE MÉTODOS COMBINADOS

Este método fue trabajado con el apoyo de tres enfermeras sanitaristas y dos licenciadas en enfermería, aportando el siguiente puntaje: IRAS 50 puntos, Enfermedades Gastrointestinales 50 y diabetes 50 puntos.

E)- TRILLAJE

Seleccionando previamente los problemas más importantes y los menos importantes, quedaron en la cuarta vuelta de los primeros: falta de medidas preventivas de salud, desequilibrio alimentario, Enfermedades Gastrointestinales, IRAS, consumo de alcohol y tabaco, inadecuado manejo de excretas y basura y consumo humano de agua directa de la llave.

F)- ANÁLISIS DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA Y DE LA CAPACIDAD DEL PROGRAMA

En este método resultaron con mayor prioridad de resolución: inadecuado manejo de excretas y basura, consumo humano de agua directa de la llave, IRAS, Enfermedades Gastrointestinales, falta de medidas preventivas de salud y desequilibrio alimentario.

G)- CONCENTRADO DE MÉTODOS DE PRIORIZACIÓN

CONCEPTO	MANEJO	DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES	PARRILLA DE ANÁLISIS	TRILLAJE	MATRIZ DE MÉTODOS COMBINADOS	TOTAL
IRAS	1	1	1	1	1	5
ENF. GAS. IN.	1	1	1	1	1	5
INAD. MANEJO DE EXCRETAS	1	1	1	1	1	5
INAD. MANEJO DE BASURA	1	1	1	1	1	5
CONSUMO DE AGUA	1	1	1	1	1	5
F. M. PREV. DE SALUD	1	1	1	1	-	4
DESEQUILIBRIO ALIMENTARIO	1	1	1	1	-	4

En este concentrado se relacionan las frecuencias de los problemas en cada uno de los métodos de priorización, quedando en el siguiente orden: a) IRAS; b) Enfermedades Gastrointestinales; c) Inadecuado manejo de excretas; d) Inadecuado manejo de basura; e) Consumo de agua directa de la llave; f) Falta de medidas preventivas de salud y g) Desequilibrio alimentario.

4.4 PLANIFICACIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La planificación es un momento crucial dentro del proceso atención de enfermería, aquí se determina como organizar las actividades orientadas al logro de los objetivos; implica también priorizar la problemática encontrada con base a la información obtenida, hacer un estudio de factibilidad; y desde luego establecer un diseño de evaluación.

Planificar implica establecer acciones para modificar la problemática encontrada, si bien, el análisis aportó elementos con base a la probabilidad de riesgo, fue necesario abordar prioridades

de salud, identificando y clasificando los problemas e intervenciones con el fin de racionalizar la asignación de recursos

En este sentido se elaboró un proyecto de intervención titulado “Promoción del autocuidado para disminuir las enfermedades gastrointestinales relacionadas con saneamiento básico, a través de una red de apoyo educativo en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco, módulo B”; partiendo del hecho de que enfermería, puede contribuir considerablemente para evitar las enfermedades o disminuirlas cuando están presentes, esta participación se enfoca básicamente en el cuidado o la orientación al autocuidado de las personas enfermas, sanas o aparentemente sanas, mediante: la valoración la cual debe estar focalizada a los problemas identificados; la educación sanitaria; asesoría, que es de vital importancia para que las personas seleccionen correctamente los cuidados a su salud.

De ahí la importancia del quehacer de enfermería, ya que con su aportación como cuidadora de la salud puede evitar la incidencia de enfermedades apoyada en la promoción y educación para la salud, una de las herramientas principales de la Salud Pública; para promover el bienestar físico y mental del individuo, la familia y la comunidad.

En este sentido su participación en la disminución de los daños, no sería en el daño propiamente dicho, sino en las acciones de cuidado para evitar que este se presente. Este es un papel fundamental de la Enfermera Especialista en Salud Pública que cuenta con elementos necesarios para intervenir en pro del individuo, la familia y la comunidad, en el autocuidado para el control de su salud.

Por lo tanto, el desempeño de esta profesional, dentro de estos ámbitos es promoviendo el autocuidado, concepto propuesto por la Dra. Dorothea Orem para ubicar acertadamente el papel de esta disciplina, en éstos tiempos en que la solución a los problemas de salud es compleja debido a múltiples factores negativos que aun no han tenido solución.

La enfermera salubrista lleva a cabo diagnósticos de salud para tener conocimiento de los daños presentes y de los factores de riesgo que están incidiendo directa o indirectamente en la salud, siendo su foco de atención uno de los grupos etareos más vulnerables y, por lo tanto más importantes, los niños menores de cinco años.

Por otro lado no solo será suficiente la identificación de dichos factores, sino también aquellos aspectos que permitan alcanzar, mantener e incrementar la salud, sin dejar a un lado el estilo de vida que se ve influenciado por hábitos y costumbres, mismos que son determinantes y en algunas comunidades bastante arraigadas; las cuales no deben impedir el conocimiento y la conciencia del riesgo que ello representa.

4.4 | FUNDAMENTACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES

La enfermería como profesión se ha practicado durante más de un siglo, pero el desarrollo de la teoría ha evolucionado durante las tres últimas décadas.

Es así, que la teoría se ha conceptualizado como un medio para establecer claramente a ésta como una profesión, implementando los modelos que se utilizan para describir los aspectos de las condiciones humanas en los que la disciplina toma interés como profesionales en el campo científico

En este sentido y a partir de la necesidad de formar enfermeras especialistas, se da inicio a lograr el impacto de sus intervenciones, con un enfoque estratégico.

Específicamente hablando, la especialista en salud pública se propone la continuidad del avance logrado en el terreno incursionado, a través de la implementación de una teoría para obtener un modelo de atención a la familia como unidad social y con necesidades de salud.

Este es el caso de la Sede Prácticas de Atención Primaria a la Salud (S.P.A.P.S.) de la E.N.E.O.-U.N.A.M., que atiende cinco programas prioritarios de salud: familiar, laboral, del deporte y recreación y ambiental.

El objetivo de estos programas es dar servicio de primer nivel y de contacto primario dirigidos a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades más comunes; es decir, en las fases incipientes de la enfermedad cuando el daño en evolución tiene posibilidades de ser reversible.

La atención primaria a la salud se ocupa de los factores de riesgo, es anticipatoria, actúa en base a programas y principalmente requiere del autocuidado del sujeto y de la actuación oportuna del equipo de salud.

Para poder llevar a la práctica los programas de salud es necesario identificar a los factores de riesgo; una vez identificados es posible otorgar prioridades y programar intervenciones preventivas de los factores ya conocidos.

El instrumento primario para analizar la situación de salud de una comunidad es el diagnóstico de salud, el cual describe el estado actual de salud del individuo y la comunidad e identifica los factores que pueden relacionarse con estos.

Como una estrategia para colaborar en la resolución de los problemas de salud, las enfermeras salubristas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, dieron inicio al desarrollo de un diagnóstico de salud comunitario con enfoque de riesgo durante el año de 1997 en la población de San Luis Tlaxiátemalco en los módulos A y C de la delegación de Xochimilco; el cual aportó información importante para dar pauta a intervenciones de enfermería basados en el autocuidado, con relación a la alimentación y saneamiento básico.

A principios de 1998, se llevó a cabo el segundo estudio diagnóstico de salud comunitario con enfoque de riesgo e identificación de déficit de autocuidado en la misma población que el primero, pero en los dos módulos restantes, B y D.

En este estudio se dio palteamiento al problema ¿Cuál es el déficit de autocuidado de las familias del pueblo de San Luis Tlaxiátemalco, ante los factores de riesgo presentes en la comunidad?. Con la realización del estudio se verificó la existencia de riesgos importantes causantes de daños a la salud; así como la calidad de acciones que la población lleva a cabo para su autocuidado, tomando como unidad de estudio a la familia y a esta como unidad multipersonal.

Aquí se identificaron condiciones negativas de saneamiento básico y consumo humano de agua directo de la llave, que pueden favorecer la incidencia de enfermedades, principalmente las gastrointestinales.

Dentro de estas condiciones y con relación a los datos aportados por los métodos de priorización se identificó que el manejo de basura y excretas es de primordial importancia para la salud y el bienestar, y también por los efectos sociales y ambientales que puede tener la comunidad. Son las primeras medidas básicas que deben tomarse en cuenta para garantizar la seguridad del medio ambiente (OMS, 1954).

Una eliminación inadecuada de basura y excretas da lugar a la contaminación del suelo y de las fuentes de agua, promoviendo la proliferación de reservorios y vectores causantes de enfermedades transmisibles, como infecciones intestinales y las infestaciones por parásitos.

El consumo humano de agua, por lo tanto, también representa importantes riesgos para la salud como son las infecciones gastrointestinales que pueden difundirse con rapidez y que son debidas principalmente a la contaminación por heces fecales.

Los más expuestos como se mencionó anteriormente, son los menores de cinco años, en ellos su sistema inmunitario no está totalmente desarrollado y además puede estar debilitado por una mal nutrición aunado al deficiente entorno en el que viven, caracterizado por la falta de una mejora del saneamiento en la comunidad y deficientes hábitos domésticos y personales los cuales reducen o anulan cualquier efecto favorable para la salud. Si todos estos factores se bloquean, las enfermedades relacionadas con el mal manejo de excretas y basura pueden controlarse o incluso erradicarse.

El autocuidado en las familias es el medio por el cual se pueden bloquear estas enfermedades, ya que cuando las personas se autocuidan pueden estar preparados para enfrentarse al ambiente interno o externo que en determinado momento les puede afectar, para modificarlo a su favor.

La agencia de enfermería como educadora y a través de un sistema basado en el apoyo y educación se propone promoverlo buscando que la respuesta de la comunidad estudiada ante la problemática de saneamiento sea participativa y de cambio; con el conocimiento de las

características propias del individuo, la familia o el grupo en el contexto físico, social, económico, cultural y demográfico

Es importante que las familias, principalmente las madres, se convenzan de que la práctica del autocuidado les reportará beneficios para la salud familiar principalmente en la disminución de las enfermedades gastrointestinales. Para ello se trabajó en las actividades planeadas y en la elaboración de programas de educación sanitaria y autocuidado los cuales estuvieron dirigidos a las pasantes de Lic. en Enfermería del SPAPS para lograr que sean multiplicadores del conocimiento y habilidades en prácticas específicas de saneamiento básico y autocuidado; y a la propia comunidad básicamente las madres de familia, en particular la educación a ellas porque se ha llegado a demostrar que son un factor determinante en la salud del niño.

Se buscó la colaboración de las líderes; ya que el éxito de estos proyectos no dependen solamente del equipo de salud, sino de la participación activa, dedicación y el consentimiento de las familias para mejorar su entorno en beneficio de la salud familiar.

4.4.2 OBJETIVOS

A CORTO PLAZO:

Promover las acciones de autocuidado y obtener un cambio de actitud para prevenir las enfermedades gastrointestinales relacionadas con saneamiento en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, módulo B.

A MEDIANO PLAZO

Verificar la calidad de las acciones educativas que la agencia de enfermería y el grupo de agentes de cuidado a la salud llevan a cabo como parte de la continuidad del proyecto.

A LARGO PLAZO

Conocer los niveles de impacto de las intervenciones de enfermería a través de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades gastrointestinales y el cambio de actitud de las familias de la comunidad.

4.4.3 METAS

Implementar el 100% (22) de las actividades en el tiempo establecido.

Lograr un cambio de actitud en el 100% (presidenta, vicepresidenta y tres vocales) del grupo de agentes de cuidado a la salud.

Contribuir en la disminución del 50% (40) de las enfermedades gastrointestinales en un lapso de cinco años mediante el seguimiento del estudio por parte de la SPAPS.

4.4.4 LIMITES

4.4.4.1 UNIVERSO

Familias del módulo B de San Luis Tlaxialtemalco

4.4.4.2 TIEMPO

A corto plazo: septiembre, octubre, noviembre y la primera semana de diciembre de 1998

A mediano plazo: Un año a partir de aprobado el proyecto por la tutora académica

A largo plazo: Cinco años a partir de aprobado el proyecto por la tutora académica

4.4.4.3 LUGAR

Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud (EPAPS – ENEO)

4.4.4.4 ESPACIO

Módulos B y D de San Luis Tlaxialtemalco

4.4.5 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

4.4.5.1 DE MERCADO

OBJETIVO: Demostrar que existe un número suficiente de individuos que presentan una demanda que justifica la puesta en marcha de un determinado programa de producción de bienes y servicios.

Para cumplir el objetivo se describirán las formas específicas que se utilizaron para que el producto del programa llegara a la comunidad.

El propósito consiste en modificar las actitudes y hábitos que están presentes en las familias del módulo B de San Luis Tlaxiátemalco; ya que se demostró en el Dx de salud comunitario que existe un déficit de autocuidado con relación a las malas condiciones del entorno y el abastecimiento de agua para consumo humano.

El programa se aplicó en la comunidad a través de la capacitación de personal profesional (agencia de enfermería) y al grupo de madres de familia (agentes de cuidado a la salud comunitarios).

4.4.5.2 TÉCNICA

OBJETIVO: Probar que existen los elementos para la producción de los bienes o servicios propuestos para la implementación del proyecto.

Se contó con:

Un espacio físico, la Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud; la coordinadora y dos especialistas en salud pública. Las cuales tienen una amplia experiencia en la atención primaria a la salud, elemento indispensable para apoyar la dirección del proyecto. Además se contó con cuatro pasantes de la carrera de licenciatura en enfermería y obstetricia, mismos que tienen una preparación profesional que fue la base en la agencia de enfermería para llevar a cabo, las actividades encomendadas.

4.4.5.3 FINANCIERA

OBJETIVO: Comprobar que los recursos financieros requeridos para la ejecución y operación del programa o proyecto son suficientes y que estarán disponibles para realizar la intervención.

Los gastos requeridos para el programa fueron aportados por la titular del proyecto; sin embargo, para solventar parte de la inversión se solicitó apoyo a instituciones privadas para que otorgaran una dotación de alimentos y material escolar como estímulo de las madres de familia participantes que tuvieran niños en edad preescolar y escolar.

Cuando lo anterior no fue posible la titular invirtió de sus propios recursos para cumplir con el propósito. Los recursos presupuestados para el desarrollo del proyecto se calcularon en \$ 12 000.00 aproximadamente.

4.4.5.4 ADMINISTRATIVA, POLÍTICA, SOCIAL Y LEGAL.

OBJETIVO: Evidenciar la existencia de un marco jurídico congruente con las actividades, procesos y productos del programa o proyecto.

El presente proyecto se sustenta en el Programa de Reforma del Sector Salud que dice.

“En atención a lo dispuesto por los artículos 4º y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9º de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 9º,17,22,23,27,28,29 y 32 de la Ley de Planeación, la Secretaría de Salud, presenta el Programa de Reforma del Sector salud, 1995 – 2000, el cual se inscribe dentro de los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000.

El Programa de reforma del Sector Salud 1995 – 2000 es el instrumento mediante el cual, el Gobierno de la república, se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de desarrollo 1995 – 2000, que son ampliar la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta.²⁴

4.4.5.5 ECONÓMICA

OBJETIVO: Definir los beneficios netos o contribución global a la sociedad del programa o proyecto.

En la factibilidad económica se identifican los beneficios directos e indirectos, tangibles e intangibles, monetarios y no monetarios que se esperan del programa o proyecto. A continuación se presentan en el cuadro estos beneficios.

²⁴ PODER EJECUTIVO FEDERAL. Programa de Reforma del Sector Salud. 1995 – 2000. pp 47

BENEFICIOS		CONTRIBUCIÓN	COSTOS
DIRECTOS	TANGIBLES	SALUD	AHORRO FAMILIAR
	INTANGIBLES	AUTOCUIDADO	LOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA EVITAR DAÑOS
INDIRECTOS	TANGIBLES	DISMINUCIÓN EDAS A NIVEL LOCAL	DISMINUCIÓN EN LA INVERSIÓN HOSPITALARIA
	INTANGIBLES	DISMINUCIÓN EDAS A NIVEL NACIONAL	MAYOR APROVECHAMIENTO DEL PIB PARA LA SALUD

4.4.6 ACTIVIDADES

Las actividades se agruparon en una secuencia lógica como tácticas y operativas, las cuales se desarrollaron en dos momentos. El primero consistió en la planeación administrativa de las mismas desde la elaboración de instrumentos, entrevistas con autoridades jurisdiccionales, convocatoria, organización de la agencia de enfermería y la identificación de líderes y voluntarias para integrar al grupo de agentes de cuidado a la salud, se realizó una evaluación diagnóstica para conocer el nivel de conocimientos sobre saneamiento básico en ambos grupos. Durante el segundo se desarrollaron visitas domiciliarias aplicando cédulas de entrevista y de observación, se informó a la comunidad del módulo B de los resultados del diagnóstico de salud y se impartieron las sesiones educativas a los dos grupos participantes (agencia de enfermería y agentes de cuidado a la salud); así mismo se valuó mediante un instrumento el avance en cuanto a nivel de conocimientos y actitudes dentro de la comunidad.

4.4.6.1 ESTRUCTURA DETALLADA DE ACTIVIDADES

TIPO	DEFINICIÓN	ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO (en días)	RESPONSABLE
TÁCTICAS	DIFUSIÓN	A) ENTREVISTAS -Dir. Jurisdiccional -Coor. delegacional -Dir. Esc. Primaria	1) Entrega de proyecto y solicitud de apoyo	4	EESP
	ORGANIZACIÓN DE GRUPOS NOMINALES	B) Determinación de los instrumentos de recolección de información y difusión.	2) Elaboración de los instrumentos.	1	
		C) Convocar a las madres de familia.	3) Colocación de los carteles en los sitios más concurridos y distribución de los trípticos en el módulo B.	1	Agencia de Enfermería SPAPS
		D) Identificar a las líderes y voluntarias	4) Invitar a las madres del módulo B que acuden al SPAPS.	1	EESP
	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	E) Organización del grupo de agentes de cuidado a la salud.	5) Integración del grupo	1	EESP
			6) Reunión con el grupo para elegir una presidenta y tres vocales	1	
			7) Elaborar cronograma de actividades	1	Agencia de enfermería SPAPS
			8) Programar sesiones semanales para ver avances e identificar necesidades	1	
	VISITA DOMICILIARIA	F) Evaluación Dx.	9) Informar de los resultados del diagnóstico	2	EESP
			10) Aplicación de cuestionario		
			11) Aplicación de cédula de observación		Agencia de enfermería SPAPS

TIPO	DEFINICIÓN	ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO (en días)	RESPONSABLE
OPERATIVAS	PARTICIPACIÓN JURISDICCIONAL	G) Intensificar las actividades comunitarias	12) El director y la jefe de enfermería jurisdiccional solicitarán una productividad con calidad a las enfermeras comunitarias de San Luis Tlaxialtemalco	2	Director y Jefe de Enfermería Jurisdiccional
	INSTRUMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE ENFERMERÍA DE APOYO Y EDUCACIÓN	H) Capacitar a la agencia de enfermería	13) Programar sesiones educativas	1	EESP
			14) Impartir sesiones educativas	3	"
		I) Capacitar al grupo de agentes de salud	15) Programar sesiones educativas y desarrollo de actividades	1	Agencia de enfermería SPAPS
			16) Impartir sesiones educativas e implementar las actividades	3	"
		J) Asignación de recursos	17) Solicitar a la Coordinadora de la SPAPS los recursos humanos, físicos y materiales necesarios	1	EESP
		CONTROL	K) Organización	18) Determinar las tareas específicas	1
	L) Información		19) Informar a las tutoras clínica y académica de los avances del programa	1	EESP
			20) Informe del grupo de agentes de salud de los avances o limitantes de las actividades	1	"
			21) Supervisar el desarrollo de las actividades y el manejo de los instrumentos	1	"
			22) Evaluación final Instrumentos y actividades	2	"

4.4.6.2 TABLA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TAREA	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD PREVA	DURACIÓN (en días)
A	1	Difusión	ninguna	2
B	2	Diseño de Instrumentos	A	2
C	3,4	Convocatoria	B	2
D	5	Identificación de líderes	C	1
E	6,7,8	Organización del grupo	D	3
F	9,10,11	Evaluación Diagnóstica	E	2
G	12	Intensificación de Actividades	A	2
H	13,14	Capacitación	E,F	4
I	15,16	Capacitación	H	4
J	17	Asignación de Recursos	I	1
K	18	Organización	J	1
L	19,20,21	Información	F,G,H,I	4
M	22	Evaluación	L	2

4.5 EJECUCIÓN

Esta etapa implica la realización de las intervenciones y actividades detalladas durante la fase de planificación, requiere al igual que ésta última de continuar reuniendo información para determinar la respuesta de las acciones e identificar nuevos problemas, mediante un registro detallado de la misma.

4.5.1 DESARROLLO DE ACTIVIDADES

De acuerdo con el tipo de estudio, las acciones planeadas fueron dirigidas con enfoque estratégico, basándose en una estructura detallada de actividades tácticas y operativas que se llevaron a cabo en un tiempo determinado, con la participación activa de la población, como lo marcan las nuevas estrategias en salud.

Como se mencionó en párrafos anteriores, el déficit de autocuidado detectado en la comunidad estudiada, representa un alto riesgo; por lo tanto, la base que sustenta la planeación de las acciones es un sistema de enfermería de apoyo educativo abarcando en autocuidado y saneamiento básico.

Se considera que la comunidad por si sola no podría resolver sus propios problemas de salud; y el equipo de salud forzosamente tiene que trabajar por algo y para alguien. En este sentido, se organizó un equipo conformado por las docentes de la especialidad, los pasantes de enfermería a nivel licenciatura ubicados en la SPAPS, alumnas de la especialidad en salud pública y de las propias familias de San Luis Tlaxialtemalco Módulo B), para llevar a cabo las acciones; formándose una red de apoyo educativo con una participación específica y programada.

Como primer paso y ya con la planeación previamente estructurada y con los instrumentos de trabajo necesarios se dio conocimiento a las autoridades correspondientes, tanto jurisdiccionales como a la coordinación de la SPAPS y docentes de la misma.

Posteriormente se convocó a las madres de familia por medio de la elaboración y distribución de carteles y trípticos para identificar a las madres líderes (se decidió elegir a las madres por considerarlas como un factor determinante en la salud del niño), con disposición y voluntad de trabajar.

Acudieron cinco con las cuales se trabajó en la capacitación y organización de actividades específicas, eligiéndose una presidenta, una secretaria y tres vocales.

Durante las reuniones de trabajo con el grupo, se elaboró un cronograma de actividades y una programación de sesiones educativas de grupo y comunitarias; se le denominó grupo de agentes de cuidado a la salud (grupo focal) con funciones de educadoras comunitarias.

La visita domiciliaria fue relevante, durante esta se informó a las familias de los resultados obtenidos en el diagnóstico de salud; se aplicó una cédula de observación para conocer las condiciones de saneamiento de manera particular; también se realizó una entrevista aplicándose un cuestionario con los reactivos específicos para identificar el nivel de conocimientos sobre saneamiento básico y del riesgo para la salud que implica un entorno inadecuado.

Durante la entrevista con las autoridades jurisdiccionales se solicitó apoyo para obtener una productividad con calidad a las enfermeras del centro de salud de la localidad, se sugirió que intensificaran su trabajo comunitario con relación al mejoramiento del entorno, mediante una

participación más directa, capacitando a las familias y orientándolas en el desarrollo de las acciones propias para favorecer su salud

Como siguiente paso se capacitó a la agencia de enfermería durante dos sesiones educativas; tres para el grupo de agentes de cuidado a la salud, en tópicos sobre saneamiento básico y teoría del déficit de autocuidado, durante las cuales se desarrollaron aprendizajes significativos dirigidos al trabajo de campo.

Para el desarrollo de las actividades fue necesaria la búsqueda de recursos; se solicitó la agencia de enfermería asignada al módulo B; así como material didáctico, fotocopias y logística. Las instalaciones físicas de la SPAPS fueron el escenario para la capacitación de ambos grupos.

Cabe hacer notar, que no solamente se solicitó apoyo a las autoridades respectivas; sino que, se llevaron a cabo trámites administrativos solicitando material didáctico, artículos doméstico (utensilios plásticos) e incluso se buscó apoyo económico para la implementación del proyecto. Todo esto a empresas privadas como Kellogs, Bristol Dickinson, Cubasa, entre otros.

Finalizada la etapa de difusión y capacitación, se procedió a la organización de la red de apoyo educativo (agencia de enfermería y grupo de agentes de cuidado a la salud); asignando tareas específicas (continuación de la visita domiciliaria, sesiones educativas y monitoreo de actividades).

La estudiante de la especialidad en Salud Pública realizó de manera personal el monitoreo de las actividades; principalmente al grupo de madres quienes fungieron como multiplicadoras del conocimiento en la comunidad asignada.

Durante la ejecución de las actividades se estableció una comunicación estrecha con el personal docente de la SPAPS y con la red de apoyo educativo, para intercambiar información en relación a los avances, limitaciones y ajustes en caso necesario.

Finalmente se realizó una pre evaluación del desarrollo del programa en cuanto al logro de objetivos a corto plazo.

4.6 EVALUACIÓN

La evaluación es el último paso del proceso de enfermería; sin embargo, puede ser el primero para mejorar lo planeado. La información que se obtuvo a través de todo el proceso permitió hacer una nueva valoración y medir el logro de objetivos.

La evaluación debe comprender un diseño que establezca un sistema para proveer información que permita, por un lado emitir juicios, y por otro, tomar decisiones sobre los logros reales del programa haciendo una comparación con lo planeado.

En este caso se pensó en la conveniencia de adoptar el diseño de valuación de proceso y de impacto, ya que fue de primordial interés analizar el desempeño real del programa implementado, a través de monitoreos que ayudaran a detectar de manera oportuna los problemas potenciales que pudieran estar impidiendo, o bien impidieron las actividades.

De esta manera se dio pauta para realizar cambios en las acciones, en las actitudes y aptitudes del personal involucrado y de la población beneficiaria, con la finalidad de asegurar calidad en la práctica de la educación para la salud que se llevó a cabo en San Luis Tlaxialtemalco.

4.6.1 EVALUACIÓN DEL PROCESO

La evaluación de proceso implica "el análisis del desempeño real y actual del programa, comparado con lo planeado...un monitoreo oportuno ayuda a detectar en forma temprana los problemas existentes o potenciales que podrían estar impidiendo el progreso del programa... así se pueden realizar cambios en las actividades, personal y recursos antes que los problemas tomen mayores dimensiones".²⁵

Así se desarrolló la evaluación de proceso durante las actividades durante las cuales se tomó en cuenta que esta población, se encuentra inmersa en un ambiente sanitario deficiente, con una incidencia y prevalencia de enfermedades equiparables al contexto nacional. Este ambiente representa una gran probabilidad para la adquisición de enfermedades, principalmente las relacionadas con un saneamiento básico inadecuado, que aunado a un déficit de autocuidado, la probabilidad se incrementa de manera considerable.

Si bien es cierto que todos los individuos pueden tener o desarrollar capacidades para el autocuidado, también lo es, el hecho de que la influencia cultural, social, económica e incluso la política puede ser determinante para la salud de una comunidad.

Las actividades implementadas en la comunidad antes mencionada requirieron de varios aspectos; primero, contar con el apoyo incondicional de las autoridades académicas y de salud, de la aportación suficiente de recursos y, sobre todo, de la aceptación de las familias de la comunidad.

Se hará referencia primeramente a la aceptación comunitaria. De esta, se puede decir que fue parcial; es decir, así como hubo familias que aceptaron las actividades sanitarias con agrado y conscientes de los beneficios que podían recibir, también se percibió apatía por otras.

Se infiere que dicha indiferencia pudo deberse a las actividades propias de las familias trabajadoras, que en busca de satisfacer otras necesidades para ellas con más prioridad, no les otorgaban la importancia debida a las actividades de salud, o bien por la ignorancia ocasionada

²⁵ EVALUACIÓN PARA EL PLANEAMIENTO DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. OPS - OMS. Washington, D.C., E.U.A., 1990. pp 63.

por la falta de información, cuya responsabilidad recae directamente en los trabajadores para la salud.

Al respecto, se pudo comprobar la existencia de diagnósticos de salud a nivel jurisdiccional, así como la realización de acciones sustentadas en los programas y subprogramas básicos del sector salud, pero no así, algún programa que diera sustento de alguna manera a la calidad de la productividad obtenida.

Se menciona la palabra “calidad” porque desde una perspectiva particular, no es lo mismo obtener simples números, a obtener números con calidad que reflejaran de manera obvia el mejoramiento en la salud de los sectores poblacionales.

Sin embargo, lo anterior no se le puede atribuir solamente al inadecuado desempeño del personal de salud, sino que puede deberse a la calidad de apoyo que ellos reciben, principalmente lo relacionado a la aportación de recursos físicos y materiales, pero también al humano, que para llevar a cabo la tarea comunitaria se requiere de profesionales en el campo de la salud pública.

Desde este punto de vista se hará referencia al apoyo académico y lo relacionado a la aportación de recursos necesarios, como primer paso para llevar a cabo las actividades específicas del proyecto de intervención.

El apoyo académico fue definitivo; ya que para garantizar el buen desempeño del trabajo realizado, se requirió en todo momento de asesoría teórica y técnica para guiar en todo momento las acciones.

La disponibilidad de los recursos materiales y físicos fueron facilitados por la coordinadora de la SPAPS (Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud), así como de la tutoría asignada. Se otorgaron facilidades para el crecimiento profesional mediante la asistencia a eventos culturales y científicos.

Sin embargo, el recurso humano asignado no fue suficiente, en vista de que la zona a trabajar estaba integrada por 2500 habitantes aproximadamente, población lo suficientemente grande para poder realizar el trabajo planeado por una estudiante de la especialidad. El recurso lo conformaron dos pasantes de licenciatura en enfermería y obstetricia, quienes a su vez debían desempeñar las funciones propias de su pasantía. Además, se considera importante mencionar la falta de compromiso que estas personas asumieron durante las tareas asignadas.

A pesar de ello se logró concluir el 85% de las actividades (tácticas y operativas); de las cuales se resaltarán lo referente a la integración del grupo de agentes de cuidado a la salud, la capacitación y el trabajo de campo para la entrevista, la difusión, la convocatoria y el monitoreo. Durante el monitoreo, y de manera particular se logró el ajuste en tiempos y la planeación de nuevas actividades, siempre tratando de cubrir las expectativas.

No menos importante fue el apoyo jurisdiccional, el cual se solicitó a las autoridades correspondientes y consistía básicamente en realizar una supervisión al centro de salud de la

comunidad para verificar de que manera se estaban trabajando los programas básicos de salud, específicamente hablando lo referente a saneamiento básico, lo cual no fue posible y el personal de salud (enfermeras y médico) asignado a dicha unidad no se integró en ningún momento a excepción de la trabajadora social que sí contribuyó mediante la impartición de sesiones educativas a la agencia de enfermería, actividad no planeada, que resultó benéfica.

4.6.2 EVALUACIÓN DEL IMPACTO

Con base a los objetivos planteados en este trabajo, la evaluación de impacto abarcará tres tiempos, corto, mediano y largo plazo.

A corto plazo. En este momento se puede afirmar que la evaluación de impacto representa la pauta para obtener las dos siguientes (mediano y largo plazo).

Es importante mencionar que al lograr la promoción de autocuidado para disminuir las enfermedades gastrointestinales en la población de San Luis Tlaxiátemalco, se dio un gran paso; si se toma en cuenta que la educación de la población en estos conocimientos abre el camino para que se adquiera conciencia de la problemática que representan los problemas de salud.

Es indiscutible, entonces, la formación de líderes locales, para lo cual se tomó en cuenta a las personas más idóneas con el objeto de que pasaran a ser elementos activos y preparados dentro de sus respectivas comunidades.

Para ello se eligió a la familia, debido a que ésta forma la unidad básica de la sociedad, influyendo de manera definitiva en el desarrollo de sus integrantes mediando las necesidades y demandas del miembro familiar con las de la sociedad.

El actor principal en relación a lo anterior, fue la madre, quien adoptó el rol de protectora del bienestar familiar y fue considerada además como el mejor agente de autocuidado.

Se pudo observar durante el desarrollo de las actividades que el grupo de agentes de cuidado a la salud (conformado por cuatro madres de familia) fue participativo y con gran capacidad de manejo de grupos para transmitirles sus inquietudes en relación a la necesidad de practicar y promover el autocuidado.

Se obtuvo una gran satisfacción con los resultados obtenidos, por la gran oportunidad de comprobar que hoy en día, la mujer tiene más conciencia de los roles que puede desempeñar.

Un ejemplo de ello es este grupo local, quienes además de desplegar habilidades y destrezas en las tareas encomendadas, descubrieron y ayudaron a descubrir a otras madres el concepto de autoestima, que en muchas de ellas era alto.

Para lograr todo esto, fue necesario invertir conocimiento energía y muchas ganas de trabajar en la comunidad, la tarea fue ardua pero gratificante, pues se logró el objetivo a corto plazo

Mediano y largo plazo. De estas dos evaluaciones se puede decir poco, pero sumamente importante, para obtener los resultados esperados se requirió del esfuerzo permanente de la agencia de enfermería, en el sentido de que el estudio se planeó con enfoque estratégico (a cinco años), los objetivos se van a cumplir en la medida en que la incidencia de enfermedades gastrointestinales vayan disminuyendo. Entonces se podrá decir que el programa implementado ha tenido la planeación y ejecución acertadas.

Se necesitará del trabajo profesional, que sin duda se llevará a cabo en la Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud, que cuenta con los recursos necesarios para lograrlo

No cabe la menor duda del éxito, ya que si por algo esta unidad se ha caracterizado, ha sido porque su trabajo lo ha encaminado siempre en formar profesionales de calidad y a ejercer las actividades propias en la atención primaria a la salud, pensando en que las mejores acciones para lograr el bienestar comunitario son las de promoción y educación para la salud

Se obtendrá a futuro un cambio de actitudes, primero en las madres, después en la familia y por último en la comunidad en general, a través de seguir promoviendo el autocuidado, tan necesario en nuestros días para mejorar los niveles de salud de esta región.

De esta manera, a mediano y largo plazo se realizarán nuevamente otros estudios para corroborar si el compromiso adquirido, ha rendido los frutos anhelados.

5. CONCLUSIONES

Una de las grandes preocupaciones que se han ido manifestando a largo de este trabajo es contribuir de manera decisiva en la disminución de daños que afectan a la población mexicana, en este caso, a una pequeña parte del país, San Luis Tlaxiáltemalco, que fue marco a su vez de la participación de la enfermera especialista en salud pública, de quien también ya se ha descrito en reiteradas ocasiones lo fundamental de su trabajo.

En materia de salud, las condiciones del entorno en que se ubica a esta microregión, requieren de mejorar el saneamiento básico que a partir de la información obtenida sobre incidencia y prevalencia de enfermedades gastrointestinales, se llegó a la conclusión de que están íntimamente relacionadas con el mal manejo de excretas, basura, inadecuadas medidas en el consumo humano de agua, aspectos demográficos, características de la vivienda, la calidad y el nivel de ocupación, el hacinamiento, las costumbres, la economía, los niveles educativos, la disponibilidad, accesibilidad y uso de los servicios de salud.

Hoy en día los que nos desempeñamos en el campo de la salud, específicamente los salubristas, debemos asumir nuestro papel en el campo de la investigación y el ámbito de la acción, teniendo como principal centro de atención la promoción y educación para la salud, mediante el cambio en los estilos de vida.

Mediano y largo plazo. De estas dos evaluaciones se puede decir poco, pero sumamente importante, para obtener los resultados esperados se requirió del esfuerzo permanente de la agencia de enfermería, en el sentido de que el estudio se planeó con enfoque estratégico (a cinco años), los objetivos se van a cumplir en la medida en que la incidencia de enfermedades gastrointestinales vayan disminuyendo. Entonces se podrá decir que el programa implementado ha tenido la planeación y ejecución acertadas.

Se necesitará del trabajo profesional, que sin duda se llevará a cabo en la Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud, que cuenta con los recursos necesarios para lograrlo

No cabe la menor duda del éxito, ya que si por algo esta unidad se ha caracterizado, ha sido porque su trabajo lo ha encaminado siempre en formar profesionales de calidad y a ejercer las actividades propias en la atención primaria a la salud, pensando en que las mejores acciones para lograr el bienestar comunitario son las de promoción y educación para la salud

Se obtendrá a futuro un cambio de actitudes, primero en las madres, después en la familia y por último en la comunidad en general; a través de seguir promoviendo el autocuidado, tan necesario en nuestros días para mejorar los niveles de salud de esta región.

De esta manera, a mediano y largo plazo se realizarán nuevamente otros estudios para corroborar si el compromiso adquirido, ha rendido los frutos anhelados.

5. CONCLUSIONES

Una de las grandes preocupaciones que se han ido manifestando a largo de este trabajo es contribuir de manera decisiva en la disminución de daños que afectan a la población mexicana, en este caso, a una pequeña parte del país, San Luis Tlaxiátemalco, que fue marco a su vez de la participación de la enfermera especialista en salud pública, de quien también ya se ha descrito en reiteradas ocasiones lo fundamental de su trabajo.

En materia de salud, las condiciones del entorno en que se ubica a esta microregión, requieren de mejorar el saneamiento básico que a partir de la información obtenida sobre incidencia y prevalencia de enfermedades gastrointestinales, se llegó a la conclusión de que están íntimamente relacionadas con el mal manejo de excretas, basura, inadecuadas medidas en el consumo humano de agua, aspectos demográficos, características de la vivienda, la calidad y el nivel de ocupación, el hacinamiento, las costumbres, la economía, los niveles educativos, la disponibilidad, accesibilidad y uso de los servicios de salud.

Hoy en día los que nos desempeñamos en el campo de la salud, específicamente los salubristas, debemos asumir nuestro papel en el campo de la investigación y el ámbito de la acción, teniendo como principal centro de atención la promoción y educación para la salud, mediante el cambio en los estilos de vida.

Las instituciones académicas igualmente se esfuerzan por transmitir el conocimiento en el campo de la investigación, para estudiar los fenómenos de salud humanos con sentido social y no solamente biológico; de tal manera que los grupos más pobres (que son los que tienen mayores necesidades de salud) reciban los beneficios para lograr una mejor calidad de vida.

Estas instituciones, especialmente las escuelas de enfermería, como la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia han considerado relevante introducir en sus programas educativos, las teorías de enfermería, las cuales, independientemente de dar sustento científico al quehacer de sus profesionales, colaboran grandemente con los programas de salud.

En este sentido, se considera que la teoría de enfermería utilizada en comunidad, es la más idónea, ya que se centra en el autocuidado, concepto tan utilizado en teoría, pero en el campo de acción pocos han sido los resultados; sobre todo a nivel comunitario.

La Salud Pública se beneficia entonces al aplicarla y lógicamente el trabajo comunitario representa una herramienta fundamental para la prevención y control de enfermedades.

La teoría de la Dra. Dorothea Orem concentra de manera íntegra los medios para que el individuo pueda desarrollar o mejorar la atención de su salud.

Aplicar esta teoría en una comunidad, resultó un tanto difícil metodológicamente hablando; no obstante durante la ejecución de actividades se pudieron observar las grandes ventajas que se pueden obtener, y a través de esta vivencia me quedó claro que todavía queda mucho por hacer.

Con base a estas consideraciones, es imprescindible resaltar que el trabajo realizado con un grupo local de salud, fue básico; ya que las participaciones sociales de este tipo impulsan los procesos de desarrollo de la salud, comprendida con una visión de bienestar que es demandada por la misma sociedad.

De esta manera, al lograr la formación de este grupo y haber despertado su interés ante la situación de salud actual y futura, representa una satisfacción no solamente personal, sino también para la profesión de enfermería, pues posterior a estas incursiones, los futuros profesionales encontrarán vías de acción más amplias.

No se puede negar que los logros obtenidos han sido satisfactorios, aunque no completos; es necesario trabajar más con la comunidad, con las familias porque la atención a la salud constituye junto con la educación, el ingrediente fundamental para que cada generación ingrese a la vida social en igualdad de oportunidades.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Editorial Doyma Barcelona España, 1992.
2. ALVARADO, Eva Luz. Metodología de la Investigación. México, OPS, 1986
3. ALVAREZ, Alva R. Salud Pública y Medicina Preventiva. Cap. 9, en "Administración y Salud Pública". Editorial El Manual Moderno. México, 1991.
4. ALVAREZ, Manilla, J.M. Atención Primaria a la Salud. Revista Salud Pública de Mexico Vol. 30, No. 5, septiembre – octubre. México, 1988.
5. ALVAREZ, Manilla, J.M. et al. Manual de Atención Programada por Enfoque de Riesgo. Publicaciones OMS – OPS, serie Aprints. México, 1989.
6. ASA, Laurel, C. Revista Latinoamericana de Salud, en "La salud – enfermedad como proceso social". Editorial Nueva Imagen. México, 1982, Vol. 2.
7. BID. OPS. Conferencia sobre reforma y modernización de los servicios de agua potable y saneamiento para Centro América, Haití, México y República Dominicana. Informe de la conferencia San Pedro de Sula, Honduras, 29 de septiembre al 1º de octubre de 1996
8. BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial 1993, invertir en salud. Banco Mundial. Washington, D.C, 1993. Oh.
9. CANTURIAS, E. Técnicas de programación operativa. Gaceta Medellín Colombia. Mimeo. 1986.
10. CAVANAGH, Stephen J. Modelo de Orem. Aplicación Práctica. Ediciones Científicas Y Técnicas, S.A. Barcelona España, 1993.
11. COLIMON, Kahl, M. Fundamentos de Epidemiología. Editorial Díaz Santos. Madrid. 1990
12. DAWSON, Saunders. Bioestadística Médica. Editorial el Manual Moderno. México, 1990
13. DAWSON, Beth. Basic and Clinical Bioestadistics. Philadelphia USA. Published by Appleton & Lange, 1990.
14. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Programa de reforma del Sector salud 1995-2000. S.S. marzo, 1996.

15. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. Manual de vigilancia epidemiológica del Cólera en México, 1996.
16. DURANA, Y. Estrategias de enseñanza aprendizaje en la atención primaria a la salud. OPS. OMS. Washington D. C., 1992.
17. DR. KUMATE, J. Manual técnico de conservación para unidades médicas de primer nivel. Normas de Supervisión de obras. SSA, tomo 6
18. DR. SÁNCHEZ, C. E. Metodología para elaborar programas de salud y seguridad en el trabajo. CIESS. México, febrero, 1989.
19. ECONOMÍA Y SALUD. Propuestas para el avance en salud en México. Visión de conjunto. Fundación Mexicana para la Salud. México, 1994.
20. FRENK, J. y Cols. Salud Pública de México en "Elementos para una teoría de la transición en salud". Órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Pública. México, septiembre-octubre, 1991. vol.33, No. 5.
21. FUNSALUD. El paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud. Economía y Salud. México, 1990.
22. GARCÍA, Andrés. Elementos del Método Estadístico. Texto Universitario. México, 1972.
23. GOMEZ, Jara. F. Salud Comunitaria. Editorial Prrúa S.A. México, 1992
24. HERNAN, San Martín. Tratado general de la salud. Editorial la Prensa Médica, México, 1994, Tomos 1,2,3, y 4.
25. ILPES. Guía para la presentación de proyectos. México, Siglo XXI, 1987.
26. KAGEYAMA, M. L. Manual de muestreo poblacional. Aplicaciones en salud ambiental. Centro Panamericano de Ecología humana y Salud. División de Salud y ambiente. OPS, OMS. México.
27. KROEGER. Atención primaria de la salud, principios y metodología. México, Paltex, OPS, Editorial Pax, 1989.
28. LÓPEZ, Luna, M.C. Enfermería Sanitaria. Editorial Interamericana, S.A. de C.V. México, 1987.
29. MORA, Fernando. Introducción a la Medicina Social y la Salud Pública. 2a. edición, Editorial Trillas. México, 1990.

30. MILLER, Mary, Blasco D. Critical thinking applied to nursing. Editorial Mosby Doyma. USA, 1996
31. MORENO, Altamirano. Epidemiología Clínica. Facultad de Medicina UNAM, 1988.
32. NUTBEAM. Glosario de promoción de la salud. Sevilla, Consejería de la salud, 1986.
- 33- OMS/OPS. Principios de Epidemiología. cuaderno No. 3.
34. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Washington, D.C. OPS, 1988.
35. OREM, Dorothea. El modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la práctica. Masson Barcelona, 1993.
36. ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Salud pública de México. de enero a octubre. volumen 33, números 1,4, y 5. México, 1991.
37. OXMAN, D. Andrew y Cols. Aspectos metodológicos, éticos y prácticos en ciencias de la salud. en "Guía para la lectura de artículos de revisión". Publicación Científica No. 550, OPS y OMS.
38. PABÓN, Lasso, H. Evaluación de los servicios de salud, conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo. Universidad del Valle, Facultad de Medicina Social, del Departamento de Salud. California, 1985.
39. PÉREZ, García A. Elementos del método estadístico. Texto Universitario, México, 1972.
40. ROJAS, Soriano R. Crisis salud-enfermedad y práctica médica. Editorial Plaza y Valdés, México, marzo 1990.
41. ROSE, Grippa-Kathelen. Nursing research methods, Critical approach and utilization. Mosby Doyma, 3a. Edición. USA, 1994.
42. STEPHEN, J. Orem. Model in action in "nursing models in action" LTD Londres, Mac Millan, 1993.
43. TESTA, Mario. Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud). Buenos Aires, 1995.
44. WERMER, David. Aprendiendo a promover la salud. Centro de Estudios Educativos, Pax. México, 1984.
45. WONNACOTT, Thomas H. Introducción a la estadística. Editorial Limusa, México, 1972.
46. WERMER, David. Aprendiendo a promover la salud. Centro de Estudios Educativos, Pax. México, 1984.

7. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN

PROGRAMA

SANEAMIENTO BÁSICO Y ABASTECIMIENTO DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO

RESPONSABLE:

LIC. EN ENF. MA. CRISTINA JUÁREZ VERA

Agosto de 1998

CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN

1. OBJETIVOS

2. META

3. LÍMITES

3.1 TIEMPO

3.2 LUGAR

3.3 ESPACIO

3.4 UNIVERSO DE TRABAJO

4. UNIDADES TEMÁTICAS

4.1 AGENCIA DE ENFERMERÍA

4.2 AGENTES DE CUIDADO A LA SALUD

5. ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

6. METODOLOGÍA

7. EVALUACIÓN

8. BIBLIOGRAFÍA

JUSTIFICACION

La salud comunitaria podría describirse como el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida y el nivel de salud mediante actividades integradas y planificadas de prevención, protección y promoción a la salud; todo esto con la aceptación, el apoyo y la participación de la comunidad.

La promoción y educación para la salud, son base primordial de la atención primaria, ambas, se proyectan y actúan en la comunidad de manera integral, representando bajo costo. El objetivo principal es evitar posibles factores de riesgo causantes de daños a la salud, sobre todo en áreas rurales y suburbanas con deficientes servicios públicos y de salud.

En este sentido, se considera que la capacitación y adiestramiento a grupos locales de salud y a agencia de enfermería representa una estrategia decisiva para multiplicar el conocimiento en la población, manteniendo la continuidad como una red de apoyo educativo para resolver los problemas existentes en el entorno.

Por lo tanto, se implementó un programa de educación continua con temas sobre saneamiento básico y Teoría de Déficit de Autocuidado, con un sistema de enfermería de apoyo y educación en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco, módulo B, con el propósito fundamental de lograr la reflexión sobre conductas que hasta hoy han prevalecido.

1. OBJETIVOS

- ✓ Actualizar a la agencia de enfermería en conocimientos relacionados con saneamiento básico y teoría de Déficit de Autocuidado para que den continuidad a la promoción y educación para la salud en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, módulo B.
- ✓ Capacitar al grupo de agentes de cuidado a la salud en temas relacionados con autocuidado y saneamiento básico, con la finalidad de lograr su desempeño como promotoras de salud en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Módulo B.

2. META

Lograr el aprendizaje significativo en el 100% ((4 pasantes de licenciatura en enfermería y 4 madres de familia) de los grupos participantes.

3. LÍMITES

3.1 TIEMPO: De lunes a viernes. Siete horas teoría (cuatro para la agencia de enfermería, tres para el grupo de agentes de cuidado a la salud)

3.2 LUGAR: Módulo B de San Luis Tlaxialtemalco

3.3 ESPACIO: Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud (SPAPS - ENEO) y hogares del Módulo B de San Luis Tlaxialtemalco

3.4 UNIVERSO DE TRABAJO: Pasantes de enfermería, madres de familia.

4. UNIDADES TEMÁTICAS

4.1 AGENCIA DE ENFERMERÍA

UNIDAD TEMÁTICA	TIEMPO
I Teoría del déficit de Autocuidado	2 hrs.
II Manejo y disposición de excretas humanas y animales	30 min.
III Manejo y disposición de basura	30 min.
IV Métodos para potabilizar el agua Determinación de cloro residual Almacenamiento	30 min.
V Control de fauna nociva Manejo higiénico de alimentos	30 min.

4.2 AGENTES DE CUIDADO A LA SALUD

UNIDAD TEMÁTICA	TIEMPO
I Beneficios del autocuidado Manejo y disposición de excretas humanas y animales	30 min.
II Beneficios del autocuidado Manejo y disposición de basura	30 min.
III Beneficios del autocuidado Métodos para potabilizar el agua Determinación de cloro residual Almacenamiento	1 hr.
IV Beneficios del autocuidado Control de fauna nociva	30 min.
V Beneficios del autocuidado Manejo higiénico de alimentos	30 min.

5. ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

AGENCIA DE ENFERMERÍA:

- En equipos analizar los contenidos temáticos
- Elaboración de cuadros sinópticos
- Elaboración de planes de clase

AGENTES DE CUIDADO A LA SALUD

- Lluvia de ideas
- Retroalimentación del docente

6. METODOLOGÍA

El programa se desarrolló con la participación activa de dos grupos, la agencia de enfermería (11 pasantes de lic. en enfermería) y el grupo de agentes de cuidado a la salud (cuatro madres de familia, una presidenta y tres vocales).

Se programaron para el primer grupo dos sesiones educativas con duración de 2 hrs c/u; para el segundo grupo tres sesiones educativas con un total de 3 hrs.

Durante el desarrollo se empleó una terminología específica para cada grupo con técnicas didácticas expositivas y discusiones en grupo; el apoyo didáctico consistió en material impreso, acetatos y diapositivas, estableciendo una dinámica de participación y motivación de los asistentes.

Posteriormente se dio continuidad con las sesiones educativas en la comunidad por ambos grupos, mediante la invitación a las madres de la comunidad del módulo B, durante la semana siguiente a la capacitación de los dos grupos.

7. EVALUACIÓN

Se llevó a cabo a través de la participación activa de los asistentes y del docente en tres tiempos: una diagnóstica, una intermedia y una final. Esta última para que se expusieran los puntos de vista en cuanto al aprovechamiento del aprendizaje, o en su defecto a las limitantes que se presentaron durante el desarrollo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. DURANA, Y. Estrategias de enseñanza – aprendizaje en la atención primaria a la salud Publicación Científica, N° 433. OPS, 1982.
2. LÓPEZ, Luna, M. C.. Enfermería Sanitaria. Editorial Interamericana. México, 1987.
3. SSA. MANUAL DE SANEAMIENTO BÁSICO. Personal Comunitario. México. 1996
4. SSA. MANUAL DE SANEAMIENTO BÁSICO. Personal Técnico Profesional. México, 1996.
5. OPS – OMS. Participación y educación en programas de suministro comunitario de agua potable y saneamiento. La Haya. Países Bajos. Junio, 1994.
6. OPS. Agua y saneamiento ambiental. Washington, D.C. 1992.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

GRÁFICA DE GANT

ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE											OCTUBRE																																								
	21	22	23	24	25	28	29	30	31	1	2	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30																					
A	0—0																																																			
B	0—0																																																			
C	0—0																																																			
D	0—0																																																			
E	0—0																																																			
F	0—0																																																			
G	0—0																																																			
H	0—0																																																			
I	0—0																																																			
J	0—0																																																			
K	0—0																																																			
L	0—0																																																			
M	0—0																																																			

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO

Nº de niños menores de cinco años _____ Nº de folio _____

Edad de la madre _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque con una cruz el recuadro según corresponda.

1. ¿Su vivienda cuenta con letrina?

SI NO

2. En caso de que la respuesta sea si ¿cuenta con tapa?

SI NO

3. ¿Le pone cal?

SI NO

4. ¿Cuándo lava su sanitario lo hace con jabón o algún desinfectante?

SI NO

5. ¿Hierva el agua para tomar?

SI NO

6. ¿Sabe que tipo de desinfectante le puede poner al agua que toma o utiliza para la preparación de sus alimentos?

SI NO

7. ¿Conoce los riesgos que tiene su salud y la de sus hijos en caso de que no hierva o desinfecte el agua que toma o utiliza para preparar sus alimentos?

SI NO

8. ¿Le han informado que si no tapa su basura o si la tira en la calle representa un gran riesgo para contraer enfermedades?

SI NO

9. ¿Usted cree que lavarse las manos antes de preparar los alimentos y después de ir al baño evita el peligro de enfermarse?

SI	NO
----	----

10. ¿Ha visto como las moscas y otros animales se paran en los excrementos y en la basura y después se posan en sus utensilios, sus alimentos y el agua que toman?

SI	NO
----	----

11. ¿Le ha enseñado a sus hijos el hábito del baño diario y el lavado de manos antes de comer y después de ir al baño?

SI	NO
----	----

12. ¿Sabía que una de las enfermedades que pueden sufrir sus hijos y toda su familia son las diarreas y las parasitosis por no manejar adecuadamente la basura y los excrementos, y por no hervir o desinfectar el agua que toman?

SI	NO
----	----

13. ¿Está consciente de que las diarreas pueden causar la muerte de sus hijos?

SI	NO
----	----

14. ¿Estaría dispuesta a recibir información para evitar enfermedades en su familia?

SI	NO
----	----

15. Si su respuesta es SI anote su dirección al final de la hoja

SI	NO
----	----

**RECUERDE QUE ES POR EL BIEN DE LA SALUD DE SU FAMILIA, PERO
PRINCIPALMENTE LA DE SUS NIÑOS**

DIRECCIÓN:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

CONCENTRADO DE SESIONES EDUCATIVAS

FECHA	HORA	LUGAR	TEMA	NOMBRE DEL ASISTENTE	RESPONSABLE	Nº DE SESIONES

ESTA TESIS DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

CONCENTRADO DE DESARROLLO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	FECHA	HORA	REALIZADA	NO REALIZADA	LIMITANTE	OBSERVACIONES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Responsable: Agencia de Enfermería

Fecha: -----

OBSERVACIONES	SI	NO
1. Basura o excretas en las calles		
2. Camión recolector		
3. Recipientes para almacenamiento de basura		
4. Recipientes para almacenamiento de basura con tapa		
5. Letrinas con cal		
6. Hábitos higiénicos adecuados		
7. Alimentos tapados		
8. Vivienda limpia		
9. Presencia de Animales domésticos		
10. Agua para consumo humano tapada		

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

PERFIL DEL GRUPO DE AGENTES DE CUIDADO A LA SALUD

- Ser madre de familia
- Tener hijos menores de cinco años o en edad escolar
- Contar con tiempo disponible
- Tener disponibilidad e interés para el aprendizaje
- Saber leer y escribir
- Tener características de líder

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA

PLAN DE CLASE

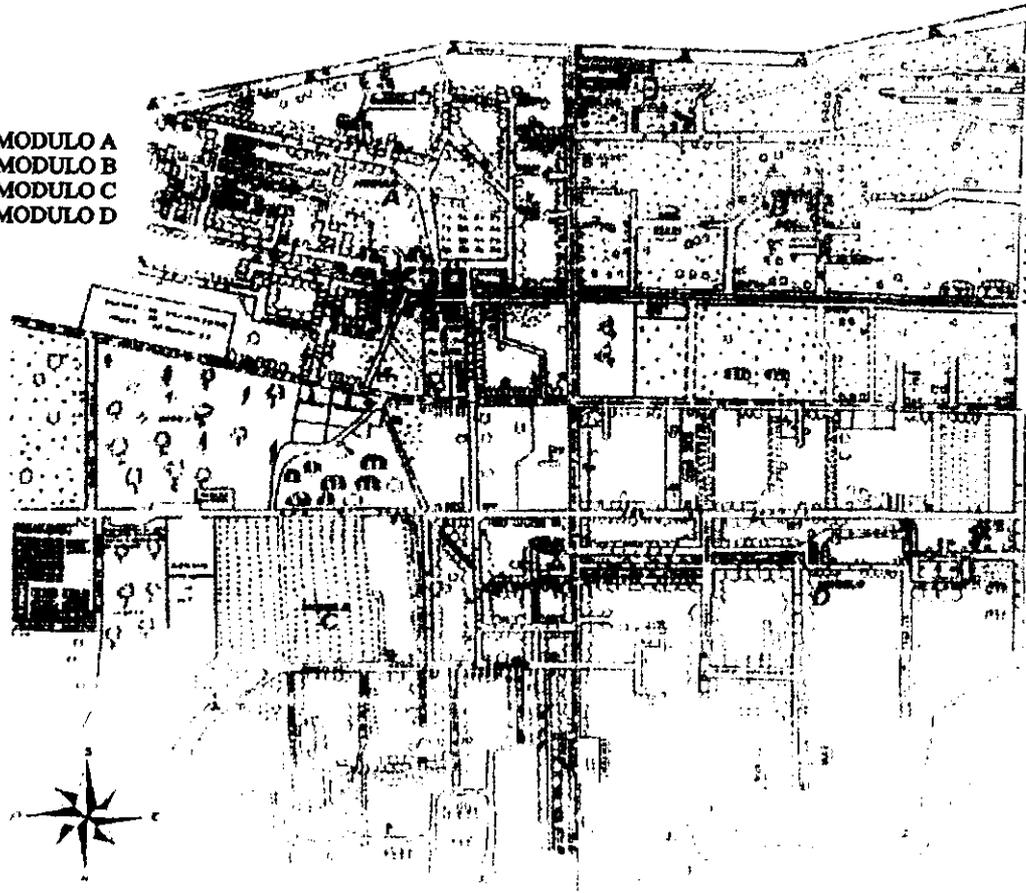
OBJETIVO:-----

TEMA	TIEMPO	DESARROLLO DEL TEMA

Responsable:-----

SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

MODULO A
MODULO B
MODULO C
MODULO D

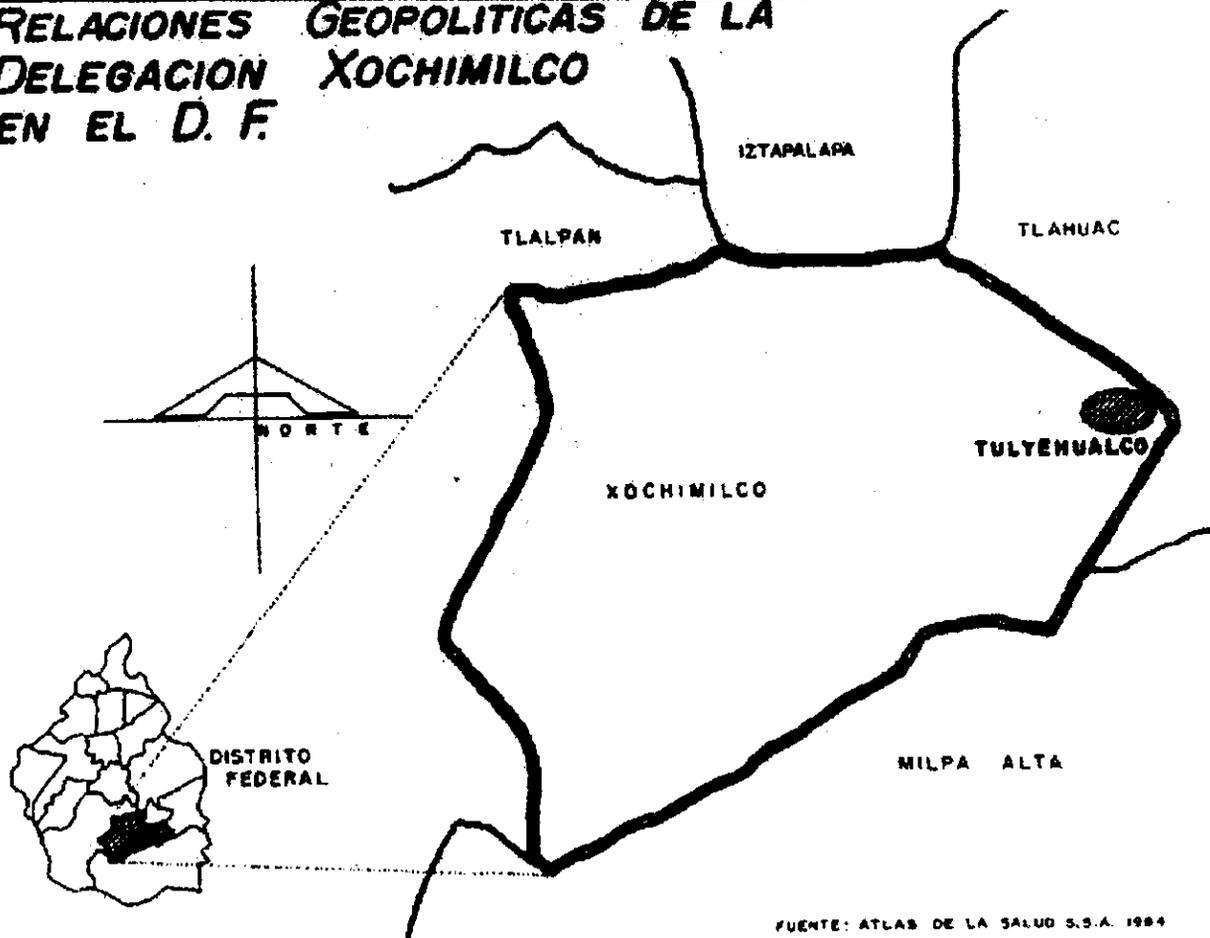


RELACION GEOGRAFICA DEL
D.F. CON LA REPUBLICA MEXICANA



FUENTE: AGENDA ESTADISTICA S.P.P.. 1994

RELACIONES GEOPOLITICAS DE LA DELEGACION XOCHIMILCO EN EL D. F.



UBICACION DEL POBLADO DE TULYEHUALCO

