

1 00943



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA
EN SALUD PUBLICA**

**SISTEMA DE ENFERMERIA DE APOYO
EDUCATIVO ENFOCADO A FORTALECER LA
AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE, DE
LOS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE
MENORES DE 5 AÑOS, EN LA
IDENTIFICACION OPORTUNA DE SIGNOS DE
ALARMA EN COMPLICACIONES POR
INFECCIONES RESPIRATORIAS.**

ESTUDIO DE CASO

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
ENFERMERIA EN SALUD PUBLICA**

P R E S E N T A :

LIC. EN ENF. FAUSTINA CABRERA GARCIA

CON LA TUTORIA ACADEMICA DE:

M.S.P. SOFIA DEL CARMEN SANCHEZ PIÑA



MEXICO, D. F.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

RECONOCIMIENTOS

A mi esposo y compañero solidario:

Alejandro Olvera.

Por sus palabras de aliento, su apoyo incondicional y su preocupación por mi crecimiento profesional.

Con mucho cariño a mis hijos:

Alejandro, Daniel e Iván.

Tres jóvenes emprendedores que han estimulado mi deseo de superación, y como un justo reconocimiento a su valiosa colaboración y apoyo para culminar este trabajo.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE:

Cabrera Polera

FECHA:

23-09-22

FIRMA:

[Firma manuscrita]

A mis padres:

Don Pille y doña Felipa.

Por haberme dado la vida, y quienes con su ejemplo, me inculcaron valores, como el respeto, la perseverancia, el trabajo etc; indispensables para el logro de los objetivos trazados.

A mis hermanos y amigos:

De quienes he recibido palabras de estímulo y muestras de solidaridad.

A la tutora académica:

M.S.P. Sofia Del Carmen Sánchez Piña.

Como un reconocimiento a la difícil tarea de preparar y formar a profesionales de la Salud Pública, y por su valiosa y acertada dirección para hacer posible la terminación de la presente investigación.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....	3
CAPITULO I.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
1.1.- MARCO REFERENCIAL	
1.1.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE XOCHIMILCO.....	4
1.1.2.- UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	4
1.1.3.- EXTENSIÓN TERRITORIAL.....	4
1.1.4.- LÍMITES.....	4
1.1.5.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE TULYEHUALCO.....	5
1.1.6.- LÍMITES Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	5
1.1.7.- DIVISION POLÍTICA.....	5
1.1.8.- VÍAS DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE.....	6
1.1.9.- CULTURA Y RECREACIÓN.....	6
1.1.10.- ACTIVIDADES ECONÓMICAS.....	6
1.1.11.- RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA.....	7
1.1.12.- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD.....	7
1.1.13.- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD.....	7
1.1.14.- ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD EN ESTUDIO.....	8
1.2.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
1.2.1.- EPIDEMIOLOGÍA.....	8
1.2.2.- COMUNIDAD.....	9
1.2.3.- DIAGNÓSTICO DE SALUD.....	10
1.2.3.1 Tipos de Diagnóstico.....	12
1.2.4.- ENFOQUE DE RIESGO.....	12
1.2.4.1.- Factor de riesgo.....	13
1.2.4.2.- Indicadores y Causas.....	13
1.2.4.3.- Medición del Riesgo.....	14
1.2.5.- PROCESO SALUD ENFERMEDAD.....	14
1.2.6.- RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA.....	15
1.2.7.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	17
1.2.8.- TEORÍA DE ENFERMERÍA SOBRE EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.....	18
1.2.8.1.- Teoría del Autocuidado.....	19
1.2.8.2.- Teoría del Déficit de Autocuidado.....	20
1.2.8.3.- Teoría de Sistemas de Enfermería.....	21
1.2.9.- PLANEACIÓN.....	22
1.2.10.- EVALUACIÓN.....	25

CAPITULO 2.- METODOLOGÍA

2.1.- SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO.....	27
2.2.- REVISIÓN DE LITERATURA.....	28
2.3.- PROCESO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO.....	29
2.3.1.- VALORACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA.....	30
2.3.1.1.- Variables e Indicadores de Estudio.....	33
2.3.1.2.- Definición Operacional de las Variables.....	34
2.3.1.3.- Resultados.....	34
2.3.1.4.- Métodos de Priorización.....	43
2.3.2.- VALORACIÓN FOCALIZADA.....	50
2.3.2.1.- Selección de la Muestra.....	50
2.3.2.2.- Metodología para el Diagnóstico de Déficit de Cuidado Dependiente.....	55
2.3.3.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	58
2.3.4.- PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	60
2.3.4.1.- Objetivos.....	60
2.3.4.2.- Justificación.....	60
2.3.4.3.- Análisis DOFA.....	62
2.3.4.4.- Condiciones de Factibilidad.....	63
2.3.4.5.- Metas.....	64
2.3.4.6.- Estrategias.....	64
2.3.4.7.- Límites.....	64
2.3.4.8.- Recursos.....	65
2.3.4.9.- Descripción de Actividades y Cronograma.....	66
2.3.5.- REPORTE DE EJECUCIÓN.....	69
2.3.6.- PLAN DE EVALUACIÓN.....	70
2.3.6.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica.....	71
2.3.7.- RESULTADOS.....	76
CONCLUSIONES.....	80
SUGERENCIAS.....	81
BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS.....	86

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende difundir entre el gremio de enfermería la aplicación práctica del modelo teórico de Dorothea Orem a la actividad comunitaria. La operacionalización de este y otros modelos de enfermería en la ENEO-UNAM están a cargo de las diferentes especialidades que ahí se imparten; y en el caso particular de la especialidad en Salud Pública el modelo de Orem es el que mejor se adapta al quehacer comunitario.

La metodología adoptada por el Plan Único de Especialización en Enfermería (PUEE), es el Estudio de Caso, que es una investigación a profundidad sobre individuos o grupos, en la cual el investigador intenta analizar y encontrar significado al conjunto de datos recopilados sistemáticamente.

Desde el punto de vista académico, el estudio de caso constituye una de las opciones de mayor trascendencia para diplomarse como especialista en Salud Pública .

El presente trabajo es un estudio de caso realizado en una comunidad conurbada del D.F. Está dividido en 2 capítulos:

El capítulo 1, lo constituyen el Marco Referencial y Teórico; el primero se refiere a los aspectos históricos de la jurisdicción sanitaria y la comunidad donde se realizó el estudio. En el marco teórico se tratan temas relevantes que van a dar sustento a la investigación como son:

La epidemiología, que nos va a servir entre otras cosas para valorar las condiciones de salud de una comunidad, entendiéndose como comunidad a la localidad o área de captación a la cual se prestan determinados servicios, de una manera más amplia, una región, nación o estado.

El diagnóstico de salud, que nos va a permitir conocer la situación de salud de una comunidad. Un diagnóstico es una investigación en Salud Pública que nos va a generar conocimiento sobre la problemática de salud de una comunidad o región. Otro dato importante que se obtiene de un diagnóstico de salud es la respuesta social organizada, entendiéndose ésta como los servicios de salud con los que se cuentan en el área para que la población sea atendida.

El proceso de atención de enfermería, es un método que sirve de marco para la práctica y desarrollo profesional de las actividades de enfermería, tanto a nivel individual, familiar, como de la comunidad.

De las diferentes teorías de enfermería que actualmente existen, la de Dorothea Orem sobre el "Déficit de Autocuidado" es la que mas popularidad a ganado especialmente a nivel comunitario, ya que es útil al profesional de enfermería como un medio para organizar sus conocimientos y habilidades necesarios para brindar atención de calidad tanto a nivel individual, familiar y comunidad en general.

Finalmente en este capítulo se habla de la planeación y evaluación como un conjunto de acciones y actividades organizadas sistemáticamente que van a guiar los avances y logros alcanzados.

En el capítulo 2 describen detalladamente los puntos de la metodología empleada, empezando por hacer una selección y descripción genérica del caso, para tener una idea de la importancia y magnitud del problema. Igualmente se mencionan algunos estudios previos, realizados por generaciones anteriores de Salubristas con el enfoque de la Teoría de Orem. También se hace referencia a las distintas etapas del Proceso de Enfermería

Especializado, empezando por la Valoración General de Enfermería, la Valoración Focalizada, en la que se detalla la forma en que se seleccionó la muestra, para posteriormente medir cualitativamente el Déficit de Cuidado Dependiente a este grupo, y tener los elementos suficientes para enunciar el Diagnóstico de Enfermería, que va servir como punto de partida para la elaboración de un proyecto de intervención específico. Que en este caso estará enfocado a Fortalecer la Agencia de Cuidado Dependiente en los responsables del cuidado de menores de 5 años, específicamente en la identificación oportuna de signos de alarma en complicaciones por infecciones respiratorias agudas.

Continuando con las etapas que marca el proceso de enfermería, se hace un reporte de la ejecución, en el que describe de que manera se llevaron a cabo las actividades, las dificultades y logros alcanzados. El plan de evaluación se refiere a la forma en que se van a evaluar las actividades realizadas, y como se va a implementar un Sistema de Vigilancia Epidemiológica, para tener un control efectivo del problema.

Los resultados que se presentan son principalmente con respecto a las actividades llevadas a cabo y la evaluación de los conocimientos adquiridos por el Agente de Cuidado durante la capacitación.

Finalmente se presentan las conclusiones y sugerencias a las que se llegaron, estas últimas en lo conceptual, metodológico y teórico instrumental, un listado amplio de la bibliografía consultada y anexos.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

Realizar un Diagnóstico de Salud con enfoque de riesgo en las unidades multipersonales que habitan en el Área Geoestadística Básica (AGEB) 132-8 de la comunidad de Tulyehualco y relacionar estos factores con el Déficit de Autocuidado en el período comprendido de abril a mayo de 1999.

Fortalecer la agencia de cuidado dependiente en las madres y/o cuidadores de menores de 5 años en la identificación oportuna de signos de alarma en complicaciones por Infecciones Respiratorias a través de un sistema de intervención de enfermería.

CAPITULO 1.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1.- MARCO REFERENCIAL

1.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE XOCHIMILCO.

Los primeros habitantes de Xochimilco fueron las tribus preclásicas de Cuicuilco, Copilco, Tlatilco y durante el periodo clásico los Teotihuacanos.

En el Año de 1254 D.C., en Cuahilama, en los alrededores de Santa Cruz Acalpixca, se instaló la primera de las 7 tribus nahuatlacas que llegó al Valle de México procedente de Chicomostoc. Aquellos pobladores se dedicaban a la agricultura, principalmente a producir maíz, frijol, chile, calabazas y otros cultivos. Su primer gobernante fue Acatonalli.

Desde entonces el lugar se llamó Xochimilco “sementerera de flores” y sus habitantes Xochimilcas.

1.1.2 UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

Xochimilco se localiza al sureste del Distrito Federal a 23 km. del centro de la ciudad y con una altitud de 2 274.00 mts sobre el nivel del mar.

1.1.3 EXTENSIÓN TERRITORIAL.

Cuenta con una superficie de 125.17 km² que representa el 7.9 % de la extensión total del D.F.

1.1.4 LÍMITES

La Delegación Xochimilco colinda al norte con la Delegación Tlalpan, Coyoacán, Iztapalapa y Tláhuac; al este con la Delegaciones Tláhuac y Milpa Alta; al sur con las Delegaciones Milpa Alta y Tlalpan y al oeste con la Delegación Tlalpan.

Las localidades principales que conforman esta delegación son:

Tepepan
San Luis Tlaxialtemalco
Tulyehualco
Xochimilco
San Gregorio Atlapulco
Santa Cruz Acalpixca
Santa María Nativitas
San Francisco Tlanepantla

1.1.5 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE TULYEHUALCO.

Tulyehualco es una comunidad de origen prehispánico cuyo toponímico Náhuatl significa “En los Cercos del Tule”, pertenecían a la tribu Xochimilca.

La palabra Tulyehualco significa “Lugar rodeado de Tule”. Es uno de los pueblos más antiguos fundados en el año de 1134 D.C, por hombres pertenecientes a la cultura náhuatl, esta población se localiza en la ribera sur de la zona lacustre entre los lagos Xochimilco y Chalco, en las faldas del cerro Teutli que significa “Donde Mora el Señor”.

En la cima de este cerro se encuentra un cráter inactivo donde se localizan vestigios prehispánicos, como cerámica azteca. También se practicaban actos rituales como la de los “voladores de papantla”.

El Poblado se dedicaba principalmente al cultivo de las chinampas, lirio acuático y tule, que permitían a sus pobladores mantener sus formas de vida ligadas a los recursos naturales (agua y tierra), y con ello a sus tradiciones y cultura:

1.1.6 LÍMITES Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La localidad de Tulyehualco pertenece a la delegación política de Xochimilco, se encuentra ubicada al sureste del área metropolitana a 39km del centro de la Ciudad de México.

Al norte limita con Tláhuac, al sur con Milpa Alta, al oeste con San Luis Tlaxialtemalco y al este con Tláhuac.

Tiene una extensión territorial de 14.5km² y una densidad demográfica de 2.8 habitantes por km.²

1.1.7 DIVISIÓN POLÍTICA

Tulyehualco está formada por las siguientes colonias:

Nativitas

Almas Santa María

San Sebastián

San Isidro

Los Cerrillos 1ra,2da y 3ra sección

San Felipe de Jesús

Del Carmen

Santiaguito

Calyequita

Las Ánimas

Cristo Rey

El Sacrificio

Chiquimola

La Joya

Las Mesitas

Quirino Mendoza

Tecolostitla
La Lupita

Por AGEB (Área Geoestadística Básica) de responsabilidad esta dividido en trece y clasificados de acuerdo a su marginalidad como alta, mediana y baja.

En la periferia de Tulyehualco principalmente en las faldas del cerro existen varios asentamientos de nueva creación formado por gente que emigra de varios estados de la república. Esta situación propicia que no se cuenten con los servicios de saneamiento básico y de atención a la salud.

1.1.8 VÍAS DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE

En relación al transporte las rutas que cubren este servicio son con la estación del metro Taxqueña, Delegación Iztapalapa Tláhuac y Milpa Alta lo constituyen principalmente microbuses y combis, son aproximadamente 15 rutas las que actualmente brindan servicios a esta comunidad.

1.1.9 CULTURA Y RECREACIÓN

El 25 de Julio se celebra la festividad del Santo Patrono, que el Señor de Santiago, en esta fiesta todas las familias preparan mole para consumir con amigos y familiares. En semana Santa se celebra la Feria de la Nieve y en el mes de febrero la de la Alegría y el Olivo.

En cuanto a educación se refiere cuenta con las siguientes instituciones educativas: 5 Jardines de niños oficiales, 4 escuelas primarias, 2 escuelas secundarias, 1 telesecundaria. Además de una biblioteca pública un centro educativo, un centro social cívico, un deportivo popular y 3 jardines públicos donde la gente realiza actividades deportivas y de esparcimiento.

1.1.10 ACTIVIDADES ECONÓMICAS

A mediados de los setentas y a consecuencia de la indiscriminada explotación de los mantos acuíferos, la deforestación de las partes cerriles y de los campos de cultivo, las actividades agropecuarias y la productividad de los suelos han disminuido considerablemente, dejándose de sembrar muchos cultivos que antes eran tradicionales.

Dada la demanda de vivienda y el alto costo de la misma, los vecinos originarios han fraccionado en forma clandestina sus propiedades originando con esto, el crecimiento de la mancha urbana en zonas que eran exclusivamente para la agricultura.

El comercio de productos típicos de la región como el amaranto en sus diferentes presentaciones y el olivo siguen siendo los más importantes y contribuyen a mejorar la economía familiar.

1.1.11 RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA.

Los servicios médicos con los que cuenta la comunidad son: Un Centro de Salud TIII, y un Centro de Desarrollo Integral de la Familia.

1.1.12 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN TULYEHUALCO, 1998

NUM.	CAUSAS	TASA*
1	Infecciones Respiratorias Agudas	100.0
2	Infecciones Intestinales	20.5
3	Otitis Media Aguda	4.1
4	Varicela	1.6
5	Ascariasis	1.0
6	Giardiasis	0.9
7	Parotiditis	0.9
8	Diabetes Mellitus	0.9
9	Amibiasis Intestinal	0.7
10	Rubéola	0.7

*tasa por 1000 habitantes

FUENTE: Dirección General de Epidemiología

1.1.13. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN TULYEHUALCO, 1998

NUM.	CAUSAS	TASA*
1	Diabetes Mellitus y Complicaciones	0.37
2	Tumores malignos	0.27
3	Hipertensión arterial y complicaciones	0.22
4	Cirrosis hepática alcohólica	0.17
5	Infecciones de vías respiratorias bajas	0.15
6	Infarto agudo al miocardio	0.12
7	Sepsis del recién nacido	0.99
8	Insuficiencia cardíaca	0.07
9	Otras cirrosis de hígado	0.07
10	Desnutrición severa	0.05

*TASA por 1000 habitantes

FUENTE: Centro de Salud Comunitario T III Tulyehualco

1.1.14 ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD EN ESTUDIO AGEB 132 - 8

Se encuentra localizada en la parte oeste del centro de Tulyehualco en las faldas del cerro Teutli. Limita al norte con la AGEB 131 - 3; al oeste con la 069 - 2; al sur la 063 - 5 y 086 - 6; al oeste con la 119 - 2 y la 155 - 0.

Según datos del INEGI en 1995 contaba con una población de 5 510 hab. (2743 hombres y 2767 mujeres), de los cuales 689 eran niños de 0-4 años lo que equivale al 12.5 % de la población total.

Está clasificada según el ERO (Estudio de Regionalización Operativa) como una zona de alta marginalidad.

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 EPIDEMIOLOGÍA

El término Epidemiología deriva de las palabras griegas *Epi* (sobre) y *demós* (gente). Se refiere al estudio de salud y enfermedad de las poblaciones humanas, de los patrones de salud y enfermedad y de los factores que influyen en estos patrones¹. He aquí una definición de epidemiología: Rama de la medicina que se define como "el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios"².

El objeto de estudio de la epidemiología son los grupos humanos (obreros de una mina, grupo específico de pacientes hospitalizados, comunidad, etc.).

La práctica de la epidemiología como auxiliar de la medicina empezó con el estudio y control de las enfermedades infecciosas (sarampión, cólera etc.), que se presentaban de manera intempestiva y afectaban a grandes grupos humanos. Posteriormente gracias a los estudios e investigaciones realizadas por Pasteur, Lister y Koch se demostró que estas enfermedades eran producidas por microorganismos vivos; por lo que durante mucho tiempo la epidemiología estuvo relacionada al estudio de enfermedades infecciosas.

Actualmente y debido al fenómeno de la Transición Epidemiológica, en el que las enfermedades crónico-degenerativas van ocupando los primeros lugares; se aplica al estudio y conocimiento de otras enfermedades como el cáncer, diabetes, SIDA, incluso también es aplicable al estudio de problemas sociales que afectan a la población, como la prostitución, drogadicción, contaminación ambiental etc. Por otra parte al ser más amplio su campo, puede ser utilizada fuera del área médica y así tenemos que el sociólogo, el antropólogo, la trabajadora social pueden estudiar problemas o fenómenos, medirlos y analizar las causas que los determinan.

A través de su historia la epidemiología a tenido logros importantes que han contribuido en gran medida a la salud y bienestar de millones de personas, sobre todo en países pobres.

¹ Dawson-Saunders/trapp Bioestadística Médica p.1

² Beaglehole Robert, Bonita Ruth Epidemiología Básica p.3

Tal es el caso de la erradicación a nivel mundial de la Viruela, la disminución de la fiebre y cardiopatía reumática, las cuales están asociadas con la pobreza especialmente con las malas condiciones de la vivienda y el hacinamiento, ya que ésta favorece la propagación de la infección. Otro logro importante es que a través de la realización de estudios epidemiológicos se puede establecer la causalidad e implementar estrategias para prevenir enfermedades como la hipertensión arterial, cáncer de pulmón etc.

Los estudios epidemiológicos se dividen en: observacionales y experimentales.

Los primeros dejan que la naturaleza siga su curso, el investigador mide pero no interviene. En este grupo están incluidos los estudios descriptivos, analíticos, ecológicos, transversales, casos y controles y de cohorte. Cada uno aplicable en casos específicos y con ventajas y desventajas.

Los estudios experimentales, implican manipulación intervención, es una actividad controlada por el investigador en la que se intenta cambiar una variable en uno o más grupos de personas, por ejemplo: administración de un fármaco, eliminación de un factor dietético que se piensa produce alergia, etc. A esta categoría pertenecen los ensayos aleatorizados controlados, ensayos de campo y ensayos comunitarios.

El trabajo en cuestión esta clasificado como observacional, descriptivo transversal. El investigador se va a limitar a observar y describir el estado de salud de una comunidad, basado en información obtenida de estadísticas ya existentes y encuestas específicas, en un lugar y periodo de tiempo determinado.

1.2.2 COMUNIDAD

Desde tiempos prehistóricos los hombres han conformado grupos sociales debido a que solo de esta manera es posible obtener lo que no pueden conseguir de forma individual para poder sobrevivir.

Una definición útil para el trabajo comunitario, es que la comunidad es un sistema organizado de individuos basado en un cierto modo de producción, sistema político y cultural, que interactúa en un ambiente ecológico y comparte una identidad histórico psicosocial común.

Otra definición de comunidad es la siguiente “grupo de población situada en un área geográfica determinada que tienen intereses y necesidades comunes, entre los cuales existen interrelaciones y que en su conjunto forman una identidad individualizable.”³

Las comunidades geográficas se clasifican en diferentes formas de acuerdo a las perspectivas del estudio que se utiliza.

En la mayoría de los estudios sobre salud comunitaria se pone énfasis en la investigación de variables como: tamaño de la población, existencia o no de los servicios públicos(agua, drenaje, alumbrado), cuya presencia o ausencia repercuten en el nivel de vida de sus habitantes, combinando estas dos variables se obtiene la siguiente clasificación: Comunidad Rural y Comunidad Urbana.

La comunidad rural tiene menos de 2500 habitantes suele contar con servicios de subsistencia básica. La comunidad urbana tiene mas de 2500 habitantes, cuenta con servicios básicos y servicios de urbanización diversos y de mayor complejidad. Una subcategoría de

³ Senties E. Yolanda. Participación Comunitaria p.6

clasificación es la suburbana y hace referencia a las poblaciones con características mixtas, es decir mas de 2500 habitantes y nivel de servicios básicos o intermedio. Otra subcategoría es la comunidad subrural, que es la que posee menos de 2500 habitantes y nivel de servicios intermedio⁴.

El AGEB 132-8 es una comunidad suburbana que cuanta con una población de 5510 habitantes (según datos del INEGI de 1995). Esta localizada al oeste del centro de Tulyehualco en la periferia del Distrito Federal.

1.2.3 DIAGNÓSTICO DE SALUD

La planificación en Salud Pública es el proceso que define los problemas de salud de la población; permite identificar necesidades y demandas, localizar recursos, establecer metas y llevar a cabo acciones administrativas y técnico-médicas para la consecución de los objetivos que conduzcan por medio de la salud al desarrollo económico y social del país.

El diagnóstico de salud consta de las siguientes etapas:

Planificación, Programación, Discusión y Decisión, para pasar a la Ejecución, Control y Revisión.

El diagnóstico de salud es una investigación en Salud Pública, que tiene como propósito evaluar la situación de los problemas detectados.

“El diagnóstico es una investigación en la medida en que su objetivo esencial es generar conocimientos nuevos sobre la situación de salud de la población. Cuenta con una metodología y técnicas específicas para conocer y explicar la realidad, y se basa en la práctica como único criterio de verdad, y su propósito último es la transformación de la realidad estudiada para beneficio del hombre”⁵. Como cualquier investigación científica cuenta con un objeto y sujeto de estudio. El objeto de estudio es la situación de salud de una comunidad y el sujeto es él o los investigadores involucrados en el estudio.

Para detectar los problemas claves de la situación de salud y proponer alternativas reales el diagnóstico de salud se divide en 5 etapas:

- **DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN:** Es la presentación ordenada de los datos del nivel de salud encontrados. Ejemplo, número de habitantes y distribución por edades.
- **EXPLICACIÓN DE LA SITUACIÓN:** Se mide la relación entre los factores condicionantes y el nivel de estructura de la salud, precisando en que medida actúa cada uno y como afecta cada factor.
- **PRONÓSTICO DE LA SITUACIÓN:** Se formulan hipótesis sobre tendencias o predicciones al mejoramiento mantenimiento o deterioro del nivel de salud.
- **EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN:** Se lleva a cabo la determinación de la satisfactoriedad y mutabilidad de la situación, disposiciones que deben tomarse y plazos en que se estima, es posible corregir las deficiencias encontradas.

⁴ Ibidem p.7

⁵ Ochoa Moreno y col. Marco Conceptual del Diagnóstico p.254,255

- **PRIORIZACIÓN O JERARQUIZACIÓN DE LA SITUACIÓN:** Consiste en ordenar los problemas identificados en el diagnóstico, de acuerdo a la importancia que tengan para la Salud Pública⁶.

Los principios rectores que rigen el diagnóstico como un proceso investigativo son los siguientes:

- **OBJETIVIDAD:** El propósito fundamental del diagnóstico de salud es aproximarse lo más posible al conocimiento de la situación objetiva de salud de una colectividad.
- **INTEGRALIDAD:** El diagnóstico de salud es integral en su esencia al estudiar en forma equilibrada los diversos factores que determinan y condicionan el estado de salud de una población.
- **HETEROGENEIDAD:** La evaluación de la situación de salud debe discriminar en forma diferencial el análisis de los condicionantes, daños y recursos para la salud, de acuerdo a las diversas características de los grupos sociales.
- **SISTEMATICIDAD:** El diagnóstico de salud como proceso investigativo se fundamenta en un conjunto de conceptos principios, técnicas y métodos concatenados lógicamente para la consecución de su objetivo.
- **INTERDISCIPLINARIEDAD:** La multiplicidad de factores que condicionan e integran la situación de salud de una población hacen necesaria la participación de diversos campos de la Salud Pública en la formulación del diagnóstico, ejemplo: Sociología, Epidemiología, Estadística, etc. Cada una contribuye de manera específica en la descripción, explicación, pronóstico y evaluación de la situación de salud
- **DE PARTICIPACION SOCIAL:** La identificación de los problemas de salud deberán promoverse en forma compartida con los distintos actores sociales, oficiales y no oficiales, de tal manera que se garanticen propuestas verdaderamente democráticas y su compromiso en la ejecución y evaluación de los mismos.
- **DE UTILIDAD PROGRAMÁTICA:** Los resultados obtenidos en el proceso investigativo del diagnóstico de salud deben de ser útiles en la toma de decisiones en la programación de los servicios de salud. El propósito último del diagnóstico es generar los conocimientos necesarios para la resolución programática de los problemas identificados.

⁶ Hernán San Martín, Salud y Enfermedad p, 834,835

1.2.3.1 Tipos de Diagnóstico

Existen principalmente 3 tipos de diagnóstico Administrativo, Estratégico e Ideológico, cuyas diferencias se resumen en el siguiente cuadro.

DIFERENCIA	ADMINISTRATIVO	ESTRATÉGICO	IDEOLÓGICO
Enfoque	Satisfacer necesidades sentidas	Identificar necesidades de cambio	Identificar procesos sociales
Propósito	Evaluar eficacia de los recursos para la salud	Establecer diferentes estratos	Buscar estabilidad social
Uso de la epidemiología	Para causas inmediatas a la enfermedad	Identificar y medir riesgos	Sustentar afirmaciones cualitativas
Variables de Evaluación	Insumos, procesos y resultados	Calidad	Igualdad, equidad
Variables de Análisis	Daños, servicios de salud y factores condicionantes	Proceso salud-enfermedad, repuesta social organizada y marginación	La problemática social de salud, reproducción social y desigualdad

1.2.4 ENFOQUE DE RIESGO.

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, prestando mayor atención a aquellos que más lo requieran. Es un enfoque no igualitario, discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

De acuerdo al diccionario de epidemiología se establece que el riesgo es la probabilidad de que un hecho ocurra. Frecuentemente se expresa en tasas⁷.

⁷ OMS-OPS, Manual sobre Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil p.14

1.2.4.1.-Factor de riesgo.

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta.

Según John M. Last, el término factor de riesgo se usa con tres connotaciones distintas:

a) Un factor o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico.

b) Un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad, este atributo no necesariamente constituye en factor causal.

c) Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico.

Los factores de riesgo pueden por lo tanto ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, familia, la comunidad o el ambiente, y pueden ser:

- Biológicos (ciertos grupos de edad)
- Ambientales (abastecimiento deficiente de agua, falta de adecuados sistemas de disposición de excretas).
- Psicológicos.
- Sociales (respuesta social organizada, baja calidad de la atención y cobertura insuficiente)
- Culturales (educación)
- Económicos (ingreso).

La diferencia entre daños a la salud y factores de riesgo no es siempre clara, pero es importante tener presente que en algunas ocasiones lo que se considera un factor de riesgo (desnutrición), por parte de algunos autores, puede ser considerado como daño por otros, dependiendo de la hipótesis que se este explorando.

1.2.4.2 Indicadores y Causas.

Se define al indicador como toda variable asociada al daño aun cuando la asociación no sea causal, permite reconocer parte de la cadena causal de los daños (enfermedad, incapacidad, muerte).

Se considera que un factor de riesgo o característica es causal de un daño determinado a la salud, si reúne los siguientes criterios: fuerza de la asociación, especificidad de la asociación, consistencia con el conocimiento existente, asociación temporal y credibilidad biológica⁸.

⁸ *Ibidem* p. 15

1.2.4.3 Medición del Riesgo.

Hay diferentes maneras de medir la relación entre factores de riesgo y daños a la salud, el riesgo o la probabilidad de que ocurra un evento puede medirse por lo menos de tres maneras:

RIESGO ABSOLUTO. Es la incidencia del daño en la población total, representa una medida de probabilidad de pasar del estado de salud al de enfermedad o muerte.

$$RA = (\text{Tasa de incidencia}) = \frac{\text{No. de casos nuevos}}{\text{Población susceptible}}$$

RIESGO RELATIVO: Es la comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo. Expresa la razón entre la incidencia del daño a la salud en la población expuesta a un factor de riesgo y la incidencia en la población no expuesta a tal factor.

$$RR = \frac{\text{Tasa de incidencia de expuestos al factor (es) de riesgo.}}{\text{Tasa de incidencia de no expuestos al factor (es) de riesgo}}$$

RIESGO ATRIBUIBLE: Es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población, lleva implícitos la frecuencia de daños a la salud con y sin el factor de riesgo presente. Indica por lo tanto lo que pueda esperarse que suceda con el daño a la salud en la comunidad si se suprime el factor de riesgo causal⁹.

$$\text{Riesgo atribuible} = \text{Tasa de incidencia entre los expuestos} - \text{Tasa de incidencia entre los no expuestos}$$

Otra forma de expresar el riesgo atribuible es el porcentaje de riesgo atribuible o fracción etiológica de riesgo (FER) que se calcula con la siguiente fórmula:

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

1.2.5 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

El ser humano está permanentemente sometido a un proceso continuo de salud-enfermedad en el que transita en uno y otro sentido.

⁹ OPS. Taller Latinoamericano de Epidemiología en Salud p. 60-64

Desde el punto de vista histórico este fenómeno en las sociedades primitivas, específicamente en la Edad Media tenía una explicación mágico religioso. En la revolución industrial en Europa la explicación que se tuvo del modelo ambientalista era que la enfermedad resultaba de las condiciones insalubres que rodeaban al individuo. La corriente biologicista afirma que la enfermedad es la respuesta a la acción de agentes externos o al desequilibrio interno; aquí ya empezaba a observarse como un fenómeno biológico e individual. Poco a poco a través de las investigaciones sociológicas y de salud fueron fortaleciendo el concepto del modelo multicausal, en donde se afirmaba que la enfermedad era causada por la influencia simultánea de varios factores pertenecientes al agente, huésped, y ambiente cuyos representantes fueron Leavel y Clark.

En la segunda mitad del siglo XX se incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud colectiva, se introduce el concepto de red de causalidad, se inicia la búsqueda de factores de riesgo.

Finalmente en los años setentas Berlinguer, Laurell, Breith dan a conocer el modelo Histórico Social, en donde se habla de la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad en relación al contexto histórico al modelo de producción y a las clases sociales

Según Rojas Soriano “La salud-enfermedad es un proceso natural pero también socio-histórico, es decir se presenta en individuos y grupos sociales que trabajan y viven de cierta manera y bajo determinadas condiciones físicas y sociales.

Frenk y col. consideran que el estudio de la salud de la población tiene por objetivos: Las condiciones de salud y las respuestas de dichas condiciones. De acuerdo con esto la transición epidemiológica y la transición de la atención a la salud, se refieren a los cambios en las condiciones de salud, y a las transformaciones en la respuesta social organizada, que se articula principalmente a través del sistema de salud.

También es importante identificar que en el ciclo económico de la salud-enfermedad influye el estilo de vida, en donde se observa que las enfermedades modernas el medio ambiente y los patrones epidemiológicos propician el abordaje de la respuesta social organizada dada específicamente por el entorno que rodea al estilo de vida.

Por lo que se puede concluir que el proceso salud-enfermedad se establece como el grado de equilibrio dinámico y dialéctico determinado por la sociedad y el momento histórico en que se vive, ya que la interacción de estos elementos prolonga o disminuye la sobrevivencia o extinción de una comunidad.

1.2.6 RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

“Es la forma en que la sociedad responde para contender con las necesidades de salud y tiene como principales protagonistas al gobierno, trabajadores de la salud, sector público y privado y a los propios usuarios de los servicios”¹⁰.

También se dice que son un conjunto organizado de actividades cuyo objetivo es crear y propagar el conocimiento y con base en ello obtener recursos y servicios necesarios para procurar la salud de todas las personas.

El estado como uno de los principales protagonistas de la Respuesta Social Organizada tiene un papel mediador y regulador en el funcionamiento de los sistemas de salud.

¹⁰ Frenk Julio. La Salud de la Población, Hacia una Nueva Salud Pública p. 12

La atención de la salud es un conjunto complejo y multidimensional de actividades que comprende muchos actores. Por ello los sistemas de salud cumplen varios propósitos, alguno de ellos secundarios, como el de generar empleos o ganancias económicas. Pero ante todo los servicios son un medio para alcanzar el fin de una mejor salud.

El Artículo 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señala la atribución del Estado para planear, conducir y orientar la actividad económica nacional y para regular y fomentar las actividades que demande el interés general para el desarrollo nacional. Reafirma la exclusividad del Gobierno Federal y Estatal para hacerse cargo de las organizaciones estratégicas para el país, con la participación de las organizaciones sociales y privadas, dando los instrumentos legales necesarios para cumplir su función en el desarrollo general de la nación para promover el bienestar y la seguridad de los habitantes.

Es así, como en diciembre de 1982 se emite la Ley de Planeación, donde entre otros aspectos se anota que debe realizarse la planeación del desarrollo en tres niveles: global, sectorial e institucional, para que a partir del Plan Nacional de Desarrollo se formulen los programas sectoriales entre ellos el de salud, en donde participen todos los recursos disponibles en el territorio nacional para actuar coordinadamente bajo una institución rectora.

En cada país, la existencia de uno a varios servicios de salud es el resultado de procesos sociales y políticos muy complejos. En México las instituciones para la salud se encuentran en una etapa trascendental. Se intenta, a partir de un derecho constitucional conformar el Sistema Nacional de Salud, única estrategia que hará más efectivo el propósito de mejorar el nivel de salud de todos los habitantes de la República.

Para poder ofrecer servicios de salud a la población, es necesario tener una organización que ayude a resolver los problemas de enfermedad que se observan en los individuos.

En México se pueden identificar varios modelos de atención a la salud, diferentes formas de organización que no se encuentran aislados, si no que por lo regular uno es el que predomina y los demás se encuentran sirviendo a pequeños grupos de población y son los siguientes: Asistencia Pública, Seguridad Social y Medicina Privada.

- **Asistencia Pública:** Son organizaciones que imparten servicios de salud a toda la población que lo solicita. Están financiadas totalmente por el Estado y en ocasiones se pide una cuota de recuperación al solicitante de la atención médica y que es de acuerdo a sus recursos económicos.
- **Seguridad Social:** Mediante el pago de una cuota periódica se adquiere el derecho a los servicios médicos y de seguridad social y no es necesario algún pago adicional cuando se recibe el servicio. Aquí, además de las cuotas de los trabajadores que son fijas hay aportación económica de los patrones y del Estado.
El esquema de seguridad social pretende aplicar un enfoque integral al bienestar del trabajador y su familia.
- **Medicina Privada:** La medicina privada ofrece sus servicios a la comunidad que pueda pagar los costos, es decir, se hace con fines lucrativos, por sus características atiende a un porcentaje mínimo de la población.

Las políticas actuales emanadas de la secretaria de Salud demandan de los profesionales y de las instituciones de salud una atención equitativa y de calidad. Entendiéndose por equidad en una forma amplia como “ la distribución de los servicios en forma proporcional a las necesidades de salud independientemente de la contribución previa de la persona”¹¹.

La calidad se refiere al “grado en que las posibilidades de mejoramiento en la salud se logran en una instancia específica de atención”¹².

El cumplimiento de estas acciones se ven reflejadas finalmente en el mejoramiento de la salud y la satisfacción del usuario.

1.2.7 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La práctica de la enfermería en sus inicios englobaba múltiples actividades y se centraba en proporcionar medidas de confort y en la conservación de un ambiente higiénico, además de actividades administrativas, cubriendo así casi todas las necesidades del usuario.

Los cambios sociales, científico-tecnológicos, educativos, económicos y políticos han modificado también la complejidad de los modelos asistenciales en general. Así tenemos que han surgido una serie de disciplinas(fisioterapia, dietética, trabajo social, etc.) que ayudan a cubrir de manera profesional las necesidades del usuario. Esto ha permitido a la enfermera centrar su práctica profesional en la resolución de problemas de salud, utilizando conocimientos únicos de enfermería.

El método que sirve de marco legal a la práctica profesional de la enfermería es el “Proceso de Atención de Enfermería”, cuyo propósito es satisfacer las necesidades individualizadas del usuario, familia y/o comunidad. “Constituye un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería”¹³. Está centrado en las repuestas humanas a diferencia del plan médico que se centra en tratar la enfermedad.

A través de su historia el proceso de enfermería a evolucionado, de ser un proceso trifásico y rudimentario en un principio a ser un proceso de 4 fases que son: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Fue hasta 1976 cuando se le añadió la fase de diagnóstico, dando lugar al proceso de enfermería que actualmente conocemos y que consta de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- **Valoración:** La valoración es la primera fase del Proceso Enfermero, las actividades se centran en recoger la información con el propósito de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del individuo, familia o comunidad. La recolección de la información debe ser en forma sistemática haciendo uso de la entrevista, exploración física, exámenes de laboratorio y otras fuentes.
- **Diagnóstico:** La información obtenida en la fase anterior, aquí es analizada e interpretada en forma crítica, se obtienen conclusiones sobre los problemas, necesidades y respuestas humanas del individuo, familia o comunidad. Se elaboran los diagnósticos de enfermería,

¹¹ Op. Cit. p.65

¹² Ibidem p.66

¹³ Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica p.13

parte importante del Proceso Enfermero y se diseña un plan de cuidados a desarrollar y evaluar.

- **Planificación:** Una vez identificados los problemas prioritarios, en esta fase se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir dichos problemas y promover la salud. Para llevar a cabo esto se requiere establecer un orden de prioridades y abordar en primer lugar los problemas mas importantes, fijar los objetivos para determinar qué se pretende conseguir y cuando y elaborar un plan de intervenciones de enfermería que conduzcan al logro de los objetivos.
- **Ejecución.:** En esta fase se llevan a la práctica las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planificación. Implica también comunicar el plan de cuidado a todas las personas que participan en él (equipo de salud, familiares, paciente y comunidad). La enfermera continúa recogiendo información relacionada con el individuo, familia o comunidad y determina así si han aparecido nuevos problemas y las respuestas a las acciones realizadas. Esta fase también incluye la anotación por escrito de los cuidados proporcionados en documentos elaborados expofeso, mismos que posteriormente pueden ser de utilidad como instrumentos para evaluar la eficacia del plan.
- **Evaluación:** Es la última fase del Proceso Enfermero. En realidad aunque se mencione al final la evaluación es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos planteados y si es necesario hacer modificaciones al plan de actividades.

Las fases del proceso de enfermería descritas anteriormente están estrechamente relacionadas entre sí.

Cada una depende de la precisión de la etapa que la precede.

Los beneficios de utilizar el proceso de enfermería son:

- Constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería
- Impide omisiones y repeticiones innecesarias
- Permite una mejor comunicación
- Se centra en la respuesta humana única del individuo
- Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados
- Estimula la participación del paciente
- Aumenta la satisfacción de las enfermeras ante la consecución de resultados

1.2.8 TEORÍA DE ENFERMERÍA SOBRE EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

De las diferentes teorías y modelos de enfermería que actualmente se conocen y que sustentan el quehacer profesional de enfermería como una disciplina, la de la Doctora Dorothea Orem es la que ha tenido mayor aceptación e influencia en la mayoría de los países del mundo. Sirviendo como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la

motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los individuos que así lo requieran.

La demanda creciente de cuidados de la salud implica que las enfermeras deben considerar cuidadosamente el papel que desempeñan en su relación diaria con el usuario. Desde el punto de vista ético legal y profesional las enfermeras deben plasmar de manera minuciosa lo que planifican, ejecutan y evalúan. El modelo de Orem facilita de forma efectiva lo antes mencionado.

El modelo abarca necesidades de autocuidado universales, necesidades específicas del desarrollo físico, social y psicológico del individuo y necesidades en situación de enfermedad o lesión y su relación con los profesionales del cuidado de la salud. El propósito de este modelo es mejorar los cuidados de enfermería.

La teoría de Orem consta de 3 teorías que en conjunto se refieren a la Teoría General de la Enfermería de Orem: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de Sistemas de Enfermería.

1.2.8.1 Teoría del Autocuidado

La forma más sencilla de entender el autocuidado es considerarlo como “la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir”¹⁴.

El término *auto* se refiere al individuo en su totalidad incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales, y *cuidado* a todas las actividades que un individuo realiza para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

Un componente esencial en el modelo de Orem son los requisitos de autocuidado, ya que constituyen parte importante de la etapa de valoración dentro del proceso de enfermería. Por requisito se entiende, que es una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Hay tres tipos de requisitos: Los de Autocuidado Universal, los de Desarrollo y los de Desviación de la salud.

- Requisitos de Autocuidado Universal: se refiere a 8 actividades comunes en todos los seres humanos, que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental de un individuo y son los siguientes:

- 1.- “Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
- 2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
- 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
- 4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
- 5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- 6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
- 7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano

¹⁴ Cavanagh J. Stephen. Modelo de Orem, Aplicación Práctica p.5

8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal¹⁵.

Cada uno de estos 8 requisitos son esenciales para el desarrollo del ser humano, son tareas que están relacionadas entre sí y que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo.

- **Requisitos de Autocuidado del Desarrollo:** Son consecuencia del desarrollo y maduración del ser humano desde la vida intrauterina, nacimiento, lactancia hasta la adolescencia y edad adulta. Orem también contempla en este grupo de requisitos a aquellas condiciones que afectan el desarrollo humano como la privación educacional, pérdida de familiares o amigos, enfermedad terminal etc. Orem argumenta que en cada una de estas etapas del desarrollo deben considerarse los Requisitos de Autocuidado Universal, y que también pueda haber demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente de desarrollo del individuo.
- **Requisitos de Autocuidado en la Desviación de la Salud:** De acuerdo con Orem estos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Es importante señalar que cuando se presentan cambios en el estado de salud, requiere que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes.

1.2.8.2 Teoría del Déficit de Autocuidado

Es el enfoque central de la Teoría General de la Enfermería de Orem, explica y describe cuando se necesita la enfermería y como las personas pueden ser ayudadas por medio de la enfermería.

El Déficit de Autocuidado surge cuando hay un desequilibrio entre las demandas del cuidado de la salud y las capacidades de autocuidado o sea que el individuo no puede administrar su propio autocuidado y por lo tanto requiere de la ayuda de familiares, amigos o profesionales de enfermería para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Las acciones de enfermería para satisfacer los requisitos de autocuidado se clasifican en 5 categorías¹⁶.

- 1.- Actuar por otros o hacer algo por otros
- 2.- Guiar o dirigir a otros
- 3.- Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico
- 4.- Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
- 5.- Enseñar

¹⁵ Ibidem p.7

¹⁶ Op. Cit. p.20

1.2.8.3 Teoría de Sistemas de Enfermería

Hace referencia a la serie de acciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de autocuidado. Es el componente organizado esencial de la teoría. Esta determinado por los requisitos de autocuidado y por la agencia de autocuidado del individuo.

Para Orem la enfermería es la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos, la manera y el contexto en que interactúan la enfermera y el paciente, se denomina Sistema de Enfermería. Los elementos básicos que la constituyen son: la enfermera, el paciente o grupo de personas y los acontecimientos ocurridos.

La teoría de Orem contempla 3 Sistemas de Enfermería (fig. no. 1): Totalmente Compensatorio, Parcialmente Compensatorio y de Apoyo Educativo.

- Sistema de Enfermería Totalmente Compensatorio: Es requerido cuando el individuo es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de Autocuidado Universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que este sea capaz de reanudarlos o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad (ejem. persona inconsciente).
- Sistema de Enfermería Parcialmente Compensatorio: Se utiliza cuando el individuo puede satisfacer parte de los requisitos de autocuidado, pero requiere de la ayuda de la enfermera para satisfacer otros, los papeles principales en la realización del autocuidado lo desempeña la enfermera y el paciente (ejem. paciente que puede bañarse pero necesita ayuda para vestirse).
- Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo: Se requiere cuando un paciente puede satisfacer los requisitos de autocuidado pero necesita ayuda en la toma de decisiones, el control de la conducta o en la adquisición de habilidades (ejem. paciente diabético que busca información adicional de la enfermera sobre la dieta).

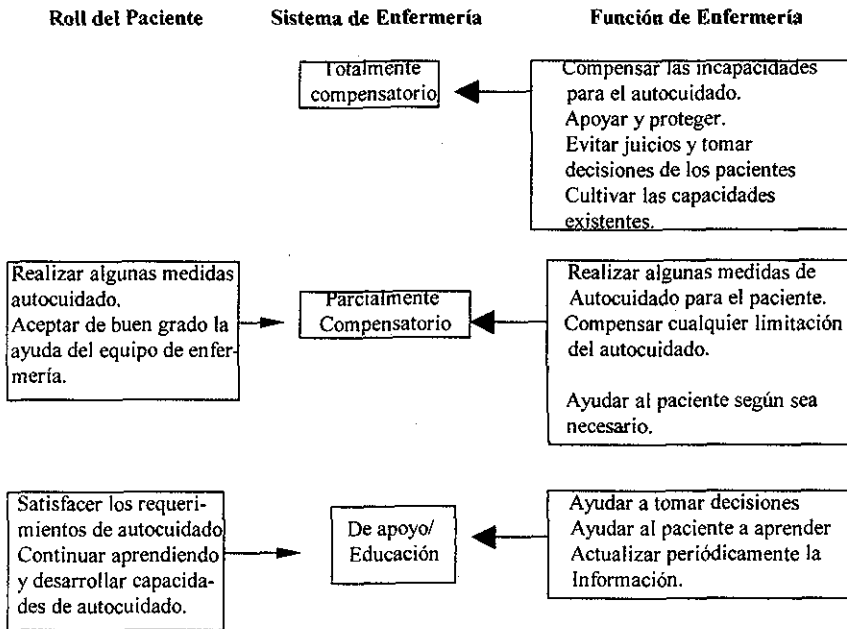


Fig. no 1 Sistemas de Enfermería

FUENTE: Cavanagh Stephen. Modelo de Orem, Aplicación Práctica p.27

Esta teoría actualmente está teniendo gran impacto en universidades y escuelas encargadas de la formación académica de recursos en enfermería. Inicialmente su aplicación era eminentemente clínica. Actualmente desde hace 6 años en la ENEO-UNAM, se aplica a nivel de posgrado en Salud Pública, en el ámbito comunitario con muy buenos resultados.

Otras universidades del interior del país, como Monterrey y San Luis Potosí, también han realizado investigación en salud pública con el enfoque de esta teoría.

1.2.9 PLANEACIÓN

Durante la etapa de planeación de un proyecto se debe tener presente los cambios bruscos globales y estructurales de la sociedad. Ya que somos testigos de un periodo de cambios sin precedente, de una creciente competencia y una mayor incertidumbre. Por lo tanto la planeación tradicional que se basa en antecedentes históricos y en la suposición de que el comportamiento futuro será similar al pasado sin tomar en cuenta elementos externos que la afecten, traerá como consecuencia que los objetivos planteados no se alcancen.

Esta situación cambiante e incierta a llevado a los estudiosos de la administración y a los planificadores a buscar alternativas más eficaces para el logro de los objetivos planteados, tomando en cuenta el futuro previsible y en función de ello tomar decisiones.

Uno de los varios enfoques propuestos por los administradores y planificadores es el denominado “Administración o Planificación Estratégica”, que tiene como fundamento encontrar la “Lógica del Cambio”; es decir que permite interpretar el futuro, así como encontrar las ventajas competitivas que permitan más probabilidades de éxito a la empresa.

En el proceso de Planificación Estratégica lo primero que se tiene que hacer es delimitar el área o unidad sobre la cual se va a trabajar o realizar un proceso, a esto se le llamará “Área de Unidad Estratégica” (AUE), que consta de 3 variables que están interrelacionadas:

- Grupo de usuarios a los que se atiende o pretende atender
- Necesidades que se satisfacen
- Tecnología base que se empleará

Una vez delimitada el área central del proceso de planificación, el siguiente paso consiste en hacer un análisis del entorno futuro que nos permitirá tener un panorama completo y exhaustivo de lo que puede ser el futuro.

En la construcción de escenarios posibles se hace una descripción cuantitativa y cualitativa de aspectos sociales, políticos, económicos, demográficos, tecnológicos, de salud y otros aspectos que sean claves para el AUE.

Después de haber construido y seleccionado el escenario más probable con todas sus variables se procede a hacer un análisis de las fuerzas macroambientales externas claves, en términos de “oportunidades y amenazas”. Oportunidades posibles de aprovechar y amenazas que hay que minimizar.

Una vez determinadas las oportunidades y amenazas prioritarias para el AUE, el siguiente paso consiste en definir los objetivos y metas deseados. Por último hacer un análisis interno de las fortalezas y debilidades.

Con la perspectiva que se tiene del exterior se puede hacer un análisis interno, definiendo claramente las capacidades de la organización, como son: capacidad ejecutiva, humana, física y tecnológica.

Cada una de estas capacidades deben analizarse en relación a los objetivos deseados, para ver si facilita o frena el logro de los mismos.

Realizado lo anterior el último paso es determinar cuales son los objetivos reales a lograr, y así tenemos que todos aquellos objetivos deseados para los cuales el AUE tiene grandes fortalezas y escasas debilidades, quedan inmediatamente seleccionados e incorporados al plan. Por el contrario, todos aquellos objetivos con escasas fortalezas y muchas debilidades pueden ser o no incluidos en el plan estratégico.

Los movimientos estratégicos para cada uno de los objetivos deben ser en los siguientes términos:

- Fortalezas que hay que mejorar
- Fortalezas que hay que desarrollar o crear
- Debilidades que hay que reducir
- Debilidades que hay que eliminar

Se tiene ahora sí una radiografía de la AUE, y estructurada la base del “Plan Estratégico” para ser puesto en operación por el personal de salud.

Las herramientas de que se disponen para operar un proyecto son principalmente 4: Gráfica de Barras o de Gant, Redes de Proyecto, Técnica de Evaluación y Revisión de Programas (PERT) y el método de la Ruta Crítica (CPM).

- **Gráfica de Gant:** Es la herramienta más antigua, fácil de usar y la que con más frecuencia utilizan los administradores, se considera la herramienta gráfica administrativa más importante que se haya inventado. Sus principales ventajas son; que permite visualizar el inicio, duración y término de una actividad, la simplicidad para entenderla y dibujarla y una tercera más es que es muy sencilla de actualizar.

El mayor inconveniente para su utilización es la dificultad para mostrar la relación entre una actividad y otra.

- **Redes de Proyecto:** Al contrario de las Gráficas de Gant, las Redes de Proyecto son muy apropiadas para mostrar las interconexiones entre las diversas actividades del proyecto. Convencionalmente las actividades están representadas por líneas o flechas y los eventos por círculos o nodos.



Los diagramas de redes son útiles en planeación porque ayudan a jerarquizar la información, a tener una visión global de todo el proyecto y a prestar mayor atención a las actividades críticas o vitales del mismo.

Antes de elaborar una red de proyectos es necesario conocer todas las actividades, la duración de cada una de ellas y sus interrelaciones.

Esta herramienta es muy útil en la planeación y control de proyectos, nos proporciona información muy importante como: los tiempos de inicio próximos y lejanos, tiempos de determinación próximos y lejanos, tiempos de holgura de las actividades y eventos y la ruta crítica; que se define como la ruta más larga a través de una red, y está compuesta por todos los eventos que tienen holgura cero.

- **Técnica de Evaluación y Revisión de Programas (PERT):** Incluye la incertidumbre, presente siempre en la planeación de actividades futuras. Esto se logra al estimar tres tiempos para cada actividad del proyecto; la duración máxima pesimista, la mínima u optimista y la más probable, que es el mejor juicio sobre la duración de una actividad.

- **Método de la Ruta Crítica (CPM):** Esta cuarta herramienta de la planeación, nos ayuda a resolver el problema del trueque entre el tiempo y los recursos. Las 2 variables que maneja son el tiempo y costo para cada una de las actividades. Toma en cuenta que el esfuerzo extra (costo) puede reducir el de terminación de una actividad. El CPM ayuda a determinar cual es el costo mínimo para completar un proyecto en un tiempo mínimo.

Al obtener el tiempo y costo normal y el tiempo y costo intensivo, se encuentra la **Red de Tiempo Mínimo-Costo Mínimo**.

Como en todo proyecto es práctica común incluir cláusulas de penalización si no concluye la obra en el tiempo especificado. Al imponer costos de penalización, puede encontrarse una red óptima comparando el costo de penalización con el costo intensivo.

Hay que tener presente que “un proyecto es cualquier empresa humana con un claro principio y un claro final”¹⁷.

Todo proyecto pequeño o grande tiene como características las siguientes: una combinación de actividades, una relación secuencial entre algunas de las actividades, una preocupación por el tiempo; la terminación de un proyecto a tiempo es importante, una preocupación por los recursos; completar el proyecto dentro del presupuesto también es importante.

Aunque estas herramientas de planeación son más comunes utilizarlas en la industria de la construcción, consientes de sus ventajas y desventajas se puede aplicar con excelentes resultados en la planeación de proyectos de salud.

1.2.10 EVALUACIÓN

La evaluación es un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de una planificación más satisfactoria mediante una selección rigurosa de las distintas posibilidades de acción futura. Es un proceso permanente, encaminado principalmente a corregir y mejorar las acciones y actividades de salud. Es parte importante de cualquier proyecto de intervención, cuyo propósito principal es el cumplimiento de objetivos y metas.

A través del proceso de evaluación se determina quien llevara a cabo esta tarea, cuando y como.

Existen 3 tipos principales de evaluación que describen lo que se va a evaluar¹⁸: Estructura, Proceso y Resultado.

- Estructura: Mide la existencia e idoneidad de instalaciones, equipo y personal encargado de llevar a cabo el proyecto en la comunidad.
- Proceso: Mediante la evaluación de proceso se mide la idoneidad de las acciones y actividades de enfermería en la implementación de cada componente del proyecto de intervención.
- Resultado: La evaluación de resultado permite saber si se está cumpliendo con las metas y objetivos, con los recursos disponibles.

Para la evaluación de programas comunitarios existen varios modelos, o pueden emplearse diseños combinados. Esto va a depender de los objetivos de la evaluación, los recursos disponibles y las limitaciones que se enfrentan.

La evaluación debe planearse desde el momento en que se diseña el programa de salud que se va a implementar para contar con toda la información necesaria.

¹⁷ Gallagher CH, Watson. Métodos Cuantitativos para la Toma de Decisiones en Administración p. 359

¹⁸ Janet W. Kenney. Evaluación p.5/29, 24/29

La comunicación entre las personas participantes es fundamental, ya que cada una de ellas debe estar enterada de la importancia y utilidad de la evaluación, así como del procedimiento empleado.

Al igual que en el diagnóstico de salud es imprescindible seleccionar los instrumentos y métodos para recabar la información. De estos el cuestionario es el método más común.

Posteriormente esta información se analiza y discute, se presentan resultados ante las autoridades de salud correspondientes, en las que se muestran los logros alcanzados.

El fin último de la evaluación es proveer las bases para mejorar el programa, en el que deben incluirse recomendaciones y sugerencias específicas a fin de sea una experiencia enriquecedora.

CAPÍTULO 2.- METODOLOGÍA

2.1. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) constituyen en nuestro país una de las principales causas de enfermedad y muerte en la población infantil en los primeros años de vida.

Se considera un problema de salud pública por la magnitud y las serias repercusiones que tiene en este grupo de población.

Esta problemática es representativa de las condiciones sociales y culturales de un país en desarrollo como el nuestro.

A pesar de los innegables avances tecnológicos en materia de salud, estos no han sido uniformes ya que existen alrededor de 10 millones de mexicanos que no tienen acceso a los servicios básicos de salud, donde predominan las altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas como las IRAS, y otra enfermedades relacionadas con la desnutrición y la pobreza.

Una de las complicaciones más graves y frecuentes de las IRAS es la neumonía, causante de aproximadamente el 80% de las muertes en los menores de 2 meses, que dentro del grupo de edad de menores de los 5 años es el más vulnerable.

Una estrategia que las autoridades de salud han implementado para hacer frente a este problema es la Atención Primaria a la Salud, que aplicada oportunamente y con métodos y procedimientos sencillos se espera lograr impacto en la comunidad. Recordemos que esta estrategia emana del compromiso contraído por nuestro país en la reunión Alma Ata, en la que se establece como meta la "Salud para Todos en el Año 2000".

En este contexto la enfermera en Salud Pública constituye el recurso humano idóneo para realizar acciones dirigidas a mejorar la salud del individuo familia y comunidad. Es un elemento clave que puede incidir en el cambio estructural del sistema de salud, al fomentar en los individuos una cultura hacia el **Autocuidado**.

El marco que servirá de guía para llevar a cabo acciones, será la implementación a nivel comunitario de la Teoría de Enfermería de la Doctora Dorothea Orem del "Déficit de Autocuidado", la cual destaca en su modelo la importancia de los cuidados preventivos de la salud. Es un reto para el profesional de enfermería manifestar su interés por la salud, en vez de hacerlo por la enfermedad como tradicionalmente se ha hecho.

El presente estudio se realizó en el Area Geoestadística Básica (AGEB) 132-8 de la comunidad de Tulyehualco perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Xochimilco. Para fines prácticos cada jurisdicción sanitaria se ha **sectorizado o dividido** en AGEBS., y estas a su vez de acuerdo al Índice de Necesidad en Salud, se **clasifican en:** muy alta, alta, media, y baja marginalidad, de acuerdo a un grupo de cinco indicadores socioeconómicos y de salud. Esta comunidad según el Estudio de Regionalización Operativa, está clasificada como de **alta marginalidad**.

Los datos antes expuestos fueron algunos de los criterios que se tomaron en cuenta para que en este lugar se realizara el presente Estudio de Caso.

2.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.

El estado actual de la Enfermería, de ser una disciplina en proceso de consolidación, tiene sus orígenes sin duda en que durante siglos el *cuidado* era una actividad realizada tradicionalmente por mujeres con vocación religiosa, a las cuales les estaba vedado el acceso al conocimiento; era considerada una actividad manual. Por lo tanto carecía de una tradición historeográfica sólida y de una sistematización conceptual.

La profusión de Teorías y Modelos de Enfermería que en los últimos años se han desarrollado, constituyen un cúmulo de conocimientos científicos que tratan de esclarecer, qué hacen sus profesionales, porqué lo hacen y cómo lo hacen.

Una de las teorías más comentadas y difundidas, por ser la más completa y adaptable a múltiples situaciones de la práctica de enfermería, es la de Dorothea E. Orem sobre el Déficit de Autocuidado.

Actualmente en México la teoría de Orem está teniendo gran impacto en universidades y escuelas encargadas de la formación académica de recursos de enfermería, como es el caso de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del IPN, la ENEO-UNAM etc. por mencionar algunas.

Inicialmente su aplicación era a nivel individual, inminentemente clínica. Actualmente se ha explorado su implementación en comunidad con excelentes resultados.

Concretamente en la ENEO-UNAM se operacionalizó por primera vez a nivel comunitario en año de 1997, fecha en que se inauguró el posgrado de Enfermería en Salud Pública. Quedando en manos de estas profesionales la operacionalización de la teoría. De entonces a la fecha son varias las generaciones que han utilizado este enfoque teórico, ejemplos de ello son los trabajos realizados en San Luis Tlaxiátemalco, perteneciente a la jurisdicción de Xochimilco, D.F. cuyos objetivos eran: "contribuir al mejoramiento del nivel de vida de esta población, establecer una red de apoyo educativo de servicios de enfermería, con énfasis en la promoción de la salud y fomentar el autocuidado"¹⁹, y el realizado en la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec Edo. de México por otro grupo de estudiantes en el que relacionaron el Déficit de Autocuidado con Factores de Riesgo²⁰. Estos y otros trabajos más siguen enriqueciendo y cimentando las bases científicas de la Disciplina de Enfermería y por ende de la especialidad en Salud Pública.

Como enfermeras tenemos el reto de aportar y difundir entre el gremio conocimientos propios, que constituyan un factor de identidad y de autonomía profesional.

¹⁹ Fragoso Xolalpa Elsa. Sistema de Enfermería para la Integración de una red de Apoyo Educativo, Enfocado al Mejoramiento de Saneamiento Básico y Nutrición con Enfoque en la Atención Primaria y la Prevención de la Salud. p.27.

²⁰ Alamillo Miranda, Galicia Ortega. Déficit de Autocuidado en Relación con los Factores de Riesgo en las UMP. Localizadas en la Microrregión Ganjas Valle de Guadalupe IV de la Coordinación Municipal Chamizal. P.12.

2.3 PROCESO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO

El proceso de proporcionar *cuidados* enfermeros, implica un trabajo en el que interactúan elementos encaminados a discernir las necesidades vitales de una persona, familia o grupo, es un encuentro entre dos o más seres vivos, esta es la característica fundamental que la diferencia de los demás trabajos.

El Proceso de Enfermería a dejado su estado embrionario y a partir de la década de los cincuenta a entrado en un proceso de desarrollo hasta convertirse en una actividad organizada que poco a poco va adquiriendo un mayor reconocimiento en el desempeño profesional. Alfaro lo define como "un método de brindar cuidados humanísticos eficientes centrados en el logro de resultados esperados".

Los elementos que intervienen en la construcción del Proceso de Enfermería, son en primer lugar los *conocimientos*, cuya primera fuente de información es la persona o grupo que manifiesta su problema. Existen fuentes de información muy variadas donde el profesional, que proporciona cuidados puede abreviar. La correcta utilización de los conocimientos necesariamente conlleva a enriquecer la prestación de los cuidados que se proporcionan.

Otro elemento clave de este proceso es el *método*, que nos va a permitir orientar la organización de los conocimientos y su utilización²¹.

Ninguna profesión puede ejercerse sin la utilización de instrumentos, por lo tanto la *tecnología* es otro elemento del Proceso de Enfermería, cuyo principal instrumento es el cuerpo, como vehículo mediador de los cuidados, mediante el uso de los órganos de los sentidos (tacto, oído, vista, olfato). Después del cuerpo, otras tecnologías con las que se cuentan, son las relacionadas con el mantenimiento de la vida (prótesis) que compensan defectos funcionales, tecnologías de curación y tecnología de información, que nos va a permitir recoger, analizar y consignar la información.

Por último tenemos las *creencias y valores*. " Todo proceso de aplicación de cuidados se inserta en un sistema de creencias y valores de los que son portadores las personas que participan en los cuidados, tanto las personas cuidadas como los cuidadores"²². Por ello es importante tomar en cuenta que existen una variedad de sistemas de creencias y valores que de una u otra forma influyen en la práctica de los cuidados de enfermería.

Las funciones del Proceso de Enfermería para el profesional de enfermería , que en definitiva es la persona que lo va a ejecutar son:

Satisfacer ciertas necesidades inmediatas de las personas, como reducir incertidumbre y ansiedad.

Lograr un sentimiento de control, seguridad y confianza en las decisiones y acciones a realizar.

Ayudar a la formación continua de profesionales, ante la necesidad reordenar y aprender nuevos conocimientos.

Ordenar los medios y recursos cognoscitivos, como materiales de los recursos que se disponen.

Organizar el tiempo de que se dispone para conseguir los fines propuestos.

²¹ Colliere Marie F. Elementos que Participan en la Construcción del Proceso de Cuidados de Enfermería en Promover la Vida. p.254.

²² Ibídem p. 284

Preparar las actividades que se pondrán en marcha.

Modificar el plan de actuación a fin de adecuarlo a las circunstancias particulares que se encuentran en cada situación de cuidados.

Cumplir con los requisitos administrativos.

Facilitar la tarea del equipo de enfermería, así como la continuidad de la intervención iniciada.

Con la aplicación del Proceso de Enfermería, como metodología particular de la disciplina, se está colaborando a determinar el marco conceptual más adecuado para el futuro de la enfermería.

2.3.1.- VALORACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA.

La valoración es la primera fase del Proceso de Enfermería, en el que se lleva a cabo la organización sistemática y deliberada de recolección de datos procedente de distintas fuentes.

En un medio hospitalario para llevar a cabo la valoración de una persona se utiliza el método clínico en sus diferentes etapas: observación, interrogatorio, examen físico, para finalmente llegar a una impresión diagnóstica.

Análogamente en salud pública también se lleva a cabo la valoración, pero no de una persona sino de un grupo, con una metodología distinta.

Para estudiar y conocer los factores de riesgo que provocan daños a la salud en una comunidad es necesario un enfoque epidemiológico.

La Epidemiología es una rama de la Salud Pública cuyo objeto de estudio son las poblaciones humanas. Su campo de acción se ha ampliado, ya no se enfoca exclusivamente al estudio de las enfermedades infecto- contagiosas, sino que se interesa por el conocimiento de enfermedades causadas por agentes físicos, químicos, mecánicos y sociales. También se utiliza a la epidemiología para determinar los problemas de la comunidad en general, vigila la prestación de servicios de salud y evalúa resultados de los programas.

El método epidemiológico es un método de investigación y acción que se aplica a una comunidad para determinar las causas e indicar medidas de control sobre la morbilidad y mortalidad a través de identificación de factores de riesgo y grupos susceptibles de sufrir daños a la salud.

La base de la estrategia del enfoque de riesgo estriba en la identificación de individuos y grupos de alto riesgo, y permitir su acceso a una atención apropiada, poniendo énfasis en otorgar atención preferencial de acuerdo a la gravedad del padecimiento, su *incidencia en la población* y la estructura existente en los servicios de salud. Es útil en la toma de decisiones a distintos niveles de atención, desde el individual, familiar, comunitario hasta el de políticas sectoriales.

Los estudios epidemiológicos nos van a permitir conocer las condiciones de salud de núcleos poblacionales específicos, así como la prevalencia de las enfermedades que las aquejan, con el propósito de establecer las medidas preventivas y correctivas que se requieran a fin de mejorar su nivel y calidad de vida.

El tipo de estudio que se realizó en el AGEB 132-8 de Tulyehualco D.F., fue un diagnóstico de salud comunitario con enfoque de riesgo, transversal, observacional y descriptivo.

El estudio es transversal porque de acuerdo a la evolución del fenómeno a estudiar la medición de variables se realizó una sola vez. Observacional y descriptivo porque desde el punto de vista del investigador el fenómeno en estudio solo se observará y describirá. La información de esta valoración general se detallan a continuación

Los objetivos de la valoración fueron:

Realizar un Diagnóstico de Salud Integral con enfoque de riesgo en las unidades multipersonales que habitan en el AGEB 132-8 de la comunidad de Tulyehualco y relacionar estos factores con el Déficit de Cuidado Dependiente .

Identificar grupos vulnerables.

Conocer la respuesta social organizada.

Selección de la muestra: Para los fines que se persiguieron se trabajó con una muestra, que es una parte de la población que la representa en su conjunto, esta se realizó a través del método aleatorio simple, que consistió en dividir en manzanas a la comunidad y posteriormente seleccionar mediante una rifa las manzanas a encuestar, de tal manera que todas tuvieran la misma oportunidad de salir seleccionadas.

El cálculo de la muestra se obtuvo utilizando la fórmula para población finita, que es la siguiente:

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

Donde:

N = Tamaño de la muestra.

Z= Nivel de significancia , o confianza 95%

P= Proporción de la Población que tiene la característica a buscar (déficit de autocuidado).

Q= 1- P, Complemento de la proporción

D= Error aceptable

Sustituyendo los valores:

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.80)(0.20)}{(0.05)^2} = \boxed{246 \text{ UMP}}$$

La muestra obtenida fue de 246 UMP, con un promedio de 5 personas por UMP.

Los Criterios de Inclusión y Exclusión que se tomaron en cuenta fueron:

Inclusión: Todas las Unidades Multipersonales Seleccionadas

Exclusión: Unidades Multipersonales que se rehúsen a participar

Unidades Multipersonales que estén ausentes después de la segunda visita

Unidades Multipersonales cuyo estancia sea temporal en la comunidad

Unidades Multipersonales cuyo tiempo de vivir en este lugar sea menor a cuatro meses

Cédulas cuya información sea confusa e incompleta.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista directa, y como instrumento de recolección de datos la cédula de entrevista familiar, y la guía de observación, consideradas estas como fuentes primarias de información.

Como fuentes secundarias se utilizó la información obtenida a través de la revisión bibliohemerográfica y estadística, proporcionadas por la jurisdicción sanitaria de Xochimilco, Centro de Salud de Tulyehualco, Registro Civil y el INEGI.

La cédula de entrevista familiar fue elaborada con el fin de reunir información de las unidades multipersonales que habitan el AGEB 132-8 (anexo No.1). Para su realización se revisaron cédulas ya existentes como las utilizadas por el INEGI, así como las que se aplican en el Estado de México como es el caso de Ecatepec y en la jurisdicción de Xochimilco.

Se elaboraron diversos borradores hasta lograr uno, el cual se piloteo para probar la sensibilidad de las preguntas, se hicieron las correcciones pertinentes hasta ser aprobada y finalmente se obtuvo una cédula con enfoque de riesgo.

También se acudió a la jurisdicción de Ecatepec en calidad de observadoras, durante el piloteo de la Tarjeta de Control de la Visita Familiar, que fue el instrumento utilizado en este lugar.

La Cédula familiar consta de una ficha de identificación y 5 secciones. La primera se refiere a los factores de riesgo que determinan el proceso salud enfermedad de la población, e incluye los siguientes rubros: estructura familiar, edad, sexo, escolaridad, ocupación de cada uno de los integrantes de la familia, así como ingreso familiar medido en salarios mínimos, antecedentes familiares, mujeres en edad reproductiva, etapa infantil y características de la vivienda.

La segunda sección es en relación a la nutrición, hábitos y costumbres, que incluye aspectos como: alimentación, hábitos higiénicos y actividad física de los integrantes de la familia.

La tercera sección de la cédula familiar se refiere a daños a la salud en donde se investigaron datos relacionados con: morbilidad en los últimos 6 meses, mortalidad en los últimos 5 años especificando parentesco, edad, sexo y causa.

La cuarta sección esta relacionada con la respuesta social organizada en la que se obtuvo información relacionadas con: uso de servicios para la salud, accesibilidad, cobertura y disponibilidad de los servicios.

La quinta y última sección es un apartado dedicado a que las familias expresaran los problemas mas importantes de la comunidad.

La Guía de observación del "método de parabrisas" es de origen estadounidense y es utilizado por profesionales de la salud pública en diagnósticos de salud y consiste en la observación directa a la comunidad a través de un vehículo en marcha.

Este método se adaptó a las necesidades y recursos disponibles de la investigación.

La guía se elaboró con el objeto de captar los datos generales de la comunidad, aspectos a observar en las viviendas, servicios públicos, seguridad social, recursos para la salud, centros educativos, recreativos y culturales, así como organizaciones sociales de apoyo al desarrollo comunitario.

La información obtenida se procesó estadísticamente en función de frecuencias simples y porcentajes. Se utilizó el programa EPI-INFO versión 6.4, en el cual se elaboraron 3 bases de datos para concentrar la información obtenida de las encuestas. Se utilizó también el programa EXCEL para la elaboración de cuadros y gráficas.

Posteriormente la información fue analizada y presentada a través de tablas de contingencia y gráficas.

Para la obtención de la información de fuente directa, se contó con la participación de un grupo de 8 pasantes de Licenciatura en Enfermería que actualmente efectúan servicio social en la Sede de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS - ENEO) los cuales fueron coordinados por la estudiante del curso de posgrado, quien supervisó y verificó que las cédulas familiares fueran aplicadas a las unidades multipersonales seleccionadas, así como la forma en que estas fueron llenadas. Se atendieron todos los imprevistos dando solución inmediata y oportuna.

La prueba piloto la efectuó la estudiante del posgrado, el día 20 de abril, esta prueba comprendió el 10 % de la muestra seleccionada , se efectuaron los cambios o modificaciones requeridos para ser aplicada.

La capacitación al grupo de pasantes, fue en relación al manejo y correcto llenado de la Cédula Familiar, con el propósito de evitar al máximo errores que pudieran interferir durante la obtención de la información. Se utilizó una guía de observación, por cada grupo de dos personas para obtener información general y complementar la obtenida a través de las cédulas. La aplicación de las encuestas se llevó a cabo del 19 al 25 de mayo de 1999.

2.3.1.1 Variables e Indicadores de Estudio

VARIABLES	INDICADORES
Factores socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> • Número de integrantes de la familia • Escolaridad • Ocupación • Ingreso económico
Demografía	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Mujeres en edad reproductiva
Control de niño sano	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema de vacunación • Accidentes en el hogar
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Propiedad • Materiales de construcción • Servicios sanitarios • Manejo de basura • Fauna doméstica y nociva
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de proteínas • Consumo de carbohidratos • Consumo de grasas • Consumo de minerales
Hábitos y costumbres	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos higiénicos • Actividades recreativas
Daños a la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Morbilidad
Respuesta Social Organizada	<ul style="list-style-type: none"> • Derechohabiencia • No derechohabiencia

2.3.1.2.- Definición Operacional de las Variables.

Factor de Riesgo: Toda situación de peligro potencial, igual a amenaza externa más susceptibilidad interna.

Proceso Salud – Enfermedad: Se establece como grado de equilibrio dinámico y dialéctico determinado por la sociedad y el momento histórico en que se vive, ya que la interacción de estos elementos prolonga o disminuye la supervivencia o la extinción de una población y el desgaste biológico que influye en la forma de enfermar o de morir de una colectividad.

Respuesta Social Organizada: Es la forma en como se organizan los individuos ante problemas de salud, debiendo de tener las siguientes características:
Equidad, para poder proporcionar servicios de salud a quien más lo necesita, e igualdad y homogeneidad en la dotación de servicios de salud.

Daños a la Salud: Son los indicadores de enfermedad dados en una comunidad manifestados por la morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Morbilidad: Es la incidencia y prevalencia de una enfermedad adquirida durante un determinado período.

Mortalidad: Se refiere a los sujetos que mueren en un lugar determinado a consecuencia de cualquier patología o por una causa durante un periodo dado.

Unidades Multipersonales: Están formadas por dos o más personas que tienen un nexo en común y es considerada como un todo. Para los propósitos de enfermería estas se clasifican en: Unidades de cuidado dependiente (padres o adultos que cuidan a un hijo o pariente enfermo crónico), unidades estructuradas permanentes como la familia y personas que se constituyen en grupos en momentos específicos

2.3.1.3.- Resultados

Algunos datos importantes que nos proporcionó el Diagnóstico de Salud comunitario son los siguientes:

En cuanto a la distribución de la población por edad y sexo, tenemos que de las 1196 personas que componen la muestra, 5 integrantes por familia en promedio, el 50.1% (599) son del sexo femenino y el 49.9% (597) son del sexo masculino, estos resultados demuestran que la mitad de la población son mujeres y la otra hombres, existiendo una relación uno a uno entre ambos sexos. Y únicamente el 10.1% (121) corresponde a menores de 5 años (cuadro no. 1). Esto nos habla de la tendencia que existe, de que la base de la población no la conforman los niños; México al igual que en los países desarrollados empieza a aumentar la población adulta.

La escolaridad promedio se midió en años de estudio cursados, y se encontró que existe analfabetismo en una minoríaafortunadamente, predominando la que tiene menos de 6 años,

que equivale a la primaria incompleta, característica propia de un país en vías de desarrollo (cuadro no. 2).

El ingreso familiar se midió en salario mínimo vigente(\$ 34.50 diarios) y lo que encontramos fue que el 67.6% de las personas en edad productiva perciben de 1 a 2 salarios mínimos, considerados de sobrevivencia, porque no es posible que con este ingreso se puedan satisfacer las necesidades básicas de una familia (cuadro no. 3).

Otros datos importantes que nos reveló el diagnóstico son los relativos a la morbilidad y mortalidad, y así tenemos que las dos principales causas de morbilidad general fueron las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarréicas Agudas, con tasas de 211.5 y 32.6 (cuadro no. 4). La misma situación se encontró en la población menor de 5 años con tasas de 43.8 para IRAS y 6.6 para EDAS (cuadro no. 5).

Estas tasas de morbilidad son el reflejo de las condiciones socioeconómicas imperantes en la comunidad considerada de alta marginalidad (INEGI 1995).

En lo que respecta a mortalidad general aquí la situación cambió y así tenemos que las dos primeras causas de mortalidad general fueron las enfermedades cardiovasculares y los accidentes con tasas de 8.3 y 6.6 respectivamente (cuadro no.6).

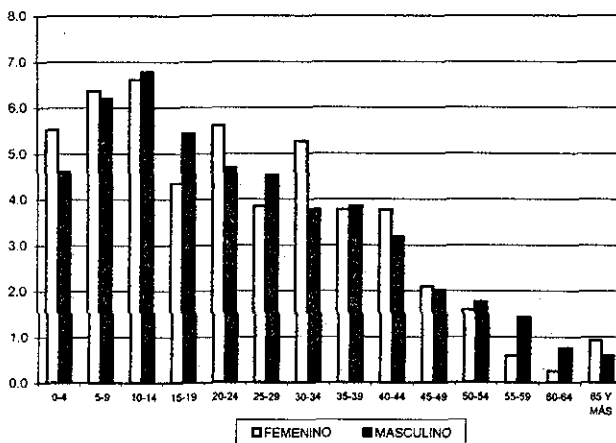
Estas son algunas cifras que nos muestran a grandes rasgos la situación imperante en esta localidad, en la que son evidentes las carencias y problemas de tipo económico social y político; al igual que la presencia de múltiples factores de riesgo que pueden condicionar un Déficit de Cuidado Dependiente.

CUADRO No. 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL AGEB 132-8 DE LA
COMUNIDAD
DE TULYEHUALCO POR QUINQUENIO Y SEXO
MAYO DE 1999

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTALES	
	FR	%	FR	%	FR	%
0-4	66	5.5	55	4.6	121	10.1
5-9	76	6.4	74	6.2	150	12.5
10-14	79	6.6	81	6.8	160	13.4
15-19	52	4.3	65	5.4	117	9.8
20-24	67	5.6	56	4.7	123	10.3
25-29	46	3.8	54	4.5	100	8.4
30-34	63	5.3	45	3.8	108	9.0
35-39	45	3.8	46	3.8	91	7.6
40-44	45	3.8	38	3.2	83	6.9
45-49	25	2.1	24	2.0	49	4.1
50-54	19	1.6	21	1.8	40	3.3
55-59	7	0.6	17	1.4	24	2.0
60-64	3	0.3	9	0.8	12	1.0
65 Y MÁS	11	0.9	7	0.6	18	1.5
TOTAL	604	50.5	592	49.5	1196	100.0

FUENTE: CEDULA FAMILIAR

GRAFICA No. 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL AGEB 132-8 DE LA
COMUNIDAD DE TULYEHUALCO POR QUINQUENIO Y SEXO
MAYO DE 1999



Fuente: Cuadro No. 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

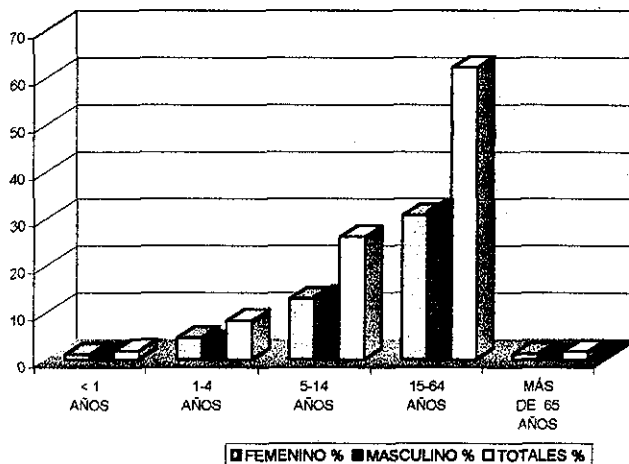
CUADRO No2
POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO QUE HABITAN EN EL
AGEB 132-8 DE LA COMUNIDAD DE TULYEHUALCO
MAYO DE 1999

EDAD/SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTALES	
	FR	%	FR	%	FR	%
< 1 AÑOS	12	1.0	11	0.9	23	1.9
1-4 AÑOS	54	4.5	44	3.7	98	8.2
5-14 AÑOS	155	13.0	155	13.0	310	25.9
15-64 AÑOS	372	31.1	375	31.4	747	62.5
MÁS DE 65 AÑOS	11	0.9	7	0.6	18	1.5
TOTAL	604	50.5	592	49.5	1196	100.0

FUENTE: CEDULA FAMILIAR

El promedio de integrantes por familia es de 5 personas

GRAFICA No. 2
POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO QUE HABITAN EN
EL AGEB 132-8 DE LA COMUNIDAD DE TULYEHUALCO
MAYO DE 1999



Fuente: Cuadro No. 2

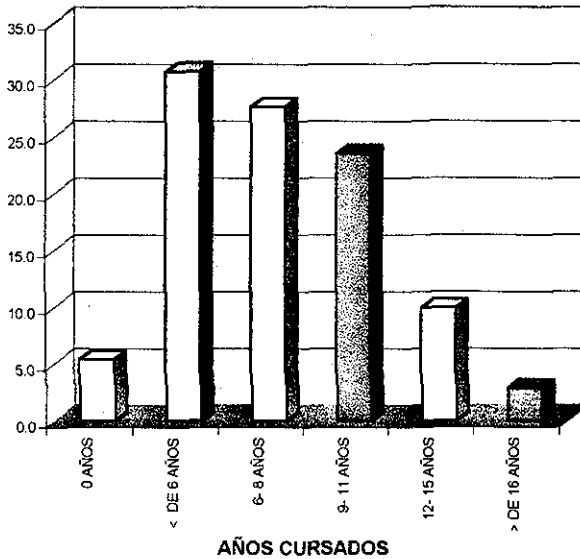
**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No.3
ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN DEL AGEB 132-8 DE LA
COMUNIDAD DE TULYEHUALCO
MAYO DE 1999

ESCOLARIDAD (AÑOS CURSADOS)	FR	%
0 AÑOS	57	3.4
< DE 6 AÑOS	322	10.7
6-8 AÑOS	288	27.6
9-11 AÑOS	245	23.5
12-15 AÑOS	104	9.9
> DE 16 AÑOS	31	2.9
TOTAL	1047	100.0

FUENTE: CEDULA FAMILIAR

GRAFICA No. 3
ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN DEL AGEB 132-8 DE LA
COMUNIDAD DE TULYEHUALCO
MAYO DE 1999



Fuente: Cuadro No. 3

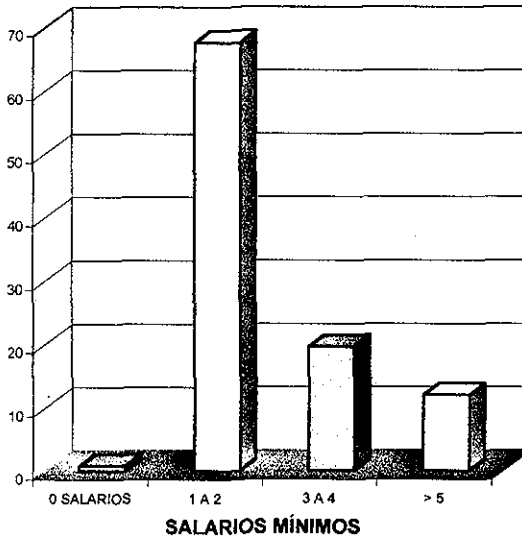
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 4
INGRESO FAMILIAR EN SALARIOS MÍNIMOS DE LA POBLACIÓN
DEL AGEB 132-8 DE LA COMUNIDAD DE TULYEHUALCO
MAYO DE 1999

INGRESO FAMILIAR EN SALARIOS MÍNIMOS	FR.	%
0 SALARIOS	2	0.8
1 A 2	169	67.6
3 A 4	49	19.6
> 5	30	12
TOTAL	250	100

FUENTE: CEDULA FAMILIAR

GRAFICA No. 4
INGRESO FAMILIAR EN SALARIOS MÍNIMOS DE LA
POBLACIÓN DEL AGEB 132-8 DE LA COMUNIDAD DE
TULYEHUALCO
MAYO DE 1999



Fuente: Cuadro No. 4

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 5
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL
DEL AGEB 132-8 DE LA COMUNIDAD DE TULYEHUALCO
MAYO DE 1999

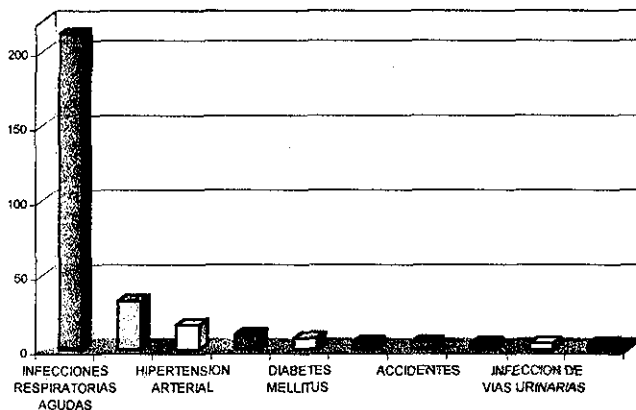
No.	CAUSA	FEMENINO						
		FR.	%	FR.	%	TOTAL	%	TASA*
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	138	38.3	115	31.9	253	70.3	211.5
2	ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS	16	4.4	23	6.4	39	10.9	32.6
3	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	16	4.4	4	1.1	20	5.6	16.7
4	ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS	4	1.1	8	2.2	12	3.3	10.0
5	DIABETES MELLITUS	5	1.4	4	1.1	9	2.5	7.5
6	GASTRITIS	4	1.1	2	0.6	6	1.6	5.0
7	ACCIDENTES	2	0.6	4	1.1	6	1.6	5.0
8	AFECCIÓN DE TEJIDOS DE LA BOCA	3	0.8	2	0.6	5	1.4	4.1
9	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	3	0.8	2	0.6	5	1.4	4.1
10	MIGRAÑA	4	1.1	1	0.3	5	1.4	4.1
	TOTAL	195	54.2	165	45.8	360	100.0	30.1

FUENTE: CÉDULA FAMILIAR

*TASA POR 1000 HAB EXCEPTO LA TOTAL QUE ES POR 100

*1 LA TASA SE CALCULO TOMANDO EN CUENTA LA POBLACION TOTAL DE LA MUESTRA

GRAFICA No. 5
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL
DEL AGEB 132-8 DE LA COMUNIDAD DE TULYEHUALCO
MAYO DE 1999
TASAS



Fuente: Cuadro No. 5

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 6
5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS DEL AGEB 132-8
DE LA COMUNIDAD DE TULYEHUALCO

MAYO DE 1999

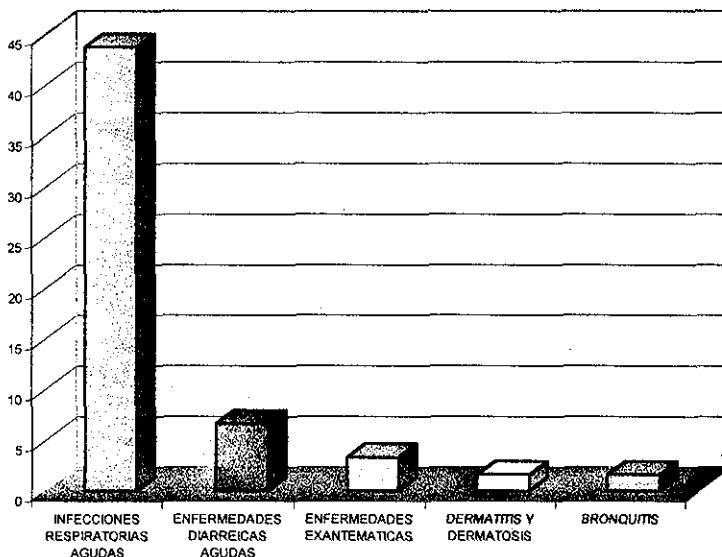
No.	CAUSA	FEMENINO						
		FR.	%	FR.	%			
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	32	46.3	21	30.4	53	77.0	43.8
2	ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS	6	8.7	2	2.9	8	11.6	6.6
3	ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS	2	2.9	2	2.9	4	5.8	3.3
4	DERMATITIS Y DERMATOSIS	2	2.9	0	0.0	2	2.8	1.6
5	BRONQUITIS	1	1.5	1	1.5	2	2.8	1.6
TOTALES		43	62.3	26	37.7	69	100.0	5.7

FUENTE: CEDULA FAMILIAR

* TASA POR 100 HAB. EXCEPTO LA TOTAL QUE ES POR 10

LA TASA SE CALCULÓ TOMANDO EN CUANTO LA POBLACION DE 0 A 5 AÑOS DE LA MUESTRA

GRAFICA No. 6
5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE 5
AÑOS DEL AGEB 132-8 DE LA COMUNIDAD DE TULYEHUALCO
MAYO DE 1999
TASA



Fuente: Cuadro No. 6

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 7

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL DE LA POBLACION DEL AGE 132-8 DE LA COMUNIDAD DE TULYEHUALCO MAYO DE 1999

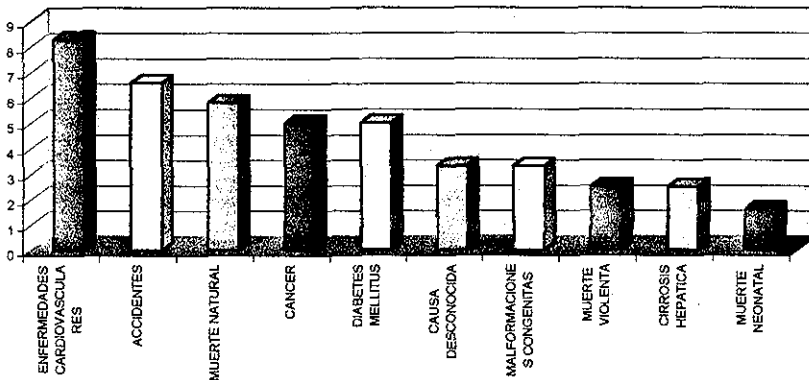
No.	CAUSA	FR	%	TASA*
1	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	10	18.9	8.3
2	ACCIDENTES	8	15.1	6.6
3	MUERTE NATURAL	7	13.2	5.8
4	CANCER	6	11.3	5.0
5	DIABETES MELLITUS	6	11.3	5.0
6	CAUSA DESCONOCIDA	4	7.5	3.3
7	MALFORMACIONES CONGENITAS	4	7.5	3.3
8	MUERTE VIOLENTA	3	5.7	2.5
9	CIRROSIS HEPATICA	3	5.7	2.5
10	MUERTE NEONATAL	2	3.8	1.6
	TOTAL	53	100.0	44.3

FUENTE: CEDULA FAMILIAR

*TASA POR MIL HABITANTES

LA TASA SE CALCULO TOMANDO EN CUENTA LA POBLACION TOTAL DE LA MUESTRA

GRAFICO No. 7
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL DE LA POBLACION DEL AGE 132-8 DE LA COMUNIDAD DE TULYEHUALCO MAYO DE 1999
TASA



Fuente: Cuadro No. 7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.1.4.- Métodos de Priorización

La determinación de prioridades de daño e intervenciones en salud, son elementos claves para la toma de decisiones y la planificación de proyectos de intervención.

Una vez obtenida la información referente a riesgos y daños a la salud, esta requirió ser analizada mediante técnicas epidemiológicas para identificar los principales problemas y posteriormente hacer un listado de éstos y someterlos a un análisis numérico.

Todo proceso de priorización requiere de la medición y comparación, que son elementos habituales de la evaluación y los criterios que se tomaron como referencia fueron:

- Importancia del problema
- Capacidad del problema o servicio para resolverlo
- Factibilidad para intervenir sobre él.

Los métodos de priorización utilizados en el presente trabajo fueron:

EL MÉTODO DE HANLON Y FACTORES DE RIESGO.

- **Método de HANLON**

Este método se basa en el análisis de 4 componentes que son:

A = Magnitud del problema

B = Severidad del problema

C = Eficacia de la solución

D = Factibilidad del programa o de la intervención

La fórmula general es:

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

Para cada componente se establecen escalas de medición y después de calificar a cada uno y obtener los totales, se sustituyeron los valores y se desarrolló la fórmula.

Componente A (magnitud del problema). Se refiere al tamaño del problema, al número de personas afectadas, la escala para evaluar este componente es la siguiente:

Tabla para la asignación de ponderaciones de magnitud

Unidades por 100 mil hab.	Puntuación
50 mil o más	10
5 mil a 49 999	8
500 a 4 999	6
50 a 499	4
5 a 49	2
0.5 a 4.9	0

Fuente: Hanlon J.J. Public Health Administration in Practice. C.V. Mosby Co. St. Louis, 1974 p. 243

El componente B (severidad del problema). Este componente puede definirse de varias formas, de manera general deben tenerse en cuenta las tasas de morbilidad, mortalidad, incapacidad, etc, pueden tomarse en cuenta tantos estadísticos como se tengan.

Los datos se ordenan de acuerdo al lugar que ocupa como causa en el estadístico que se obtiene, al que tiene el primer se le da una puntuación de 10, al segundo lugar 9, y así sucesivamente en orden decreciente.

Tabla de ponderación de severidad

Lugar	calificación
Primero	10
Segundo	9
Tercero	8
Cuarto	7
Quinto	6
Sexto	5
Séptimo	4
Octavo	3
Noveno	2
Décimo	1

Posteriormente se suman las puntuaciones obtenidas por cada enfermedad y se dividen entre el número de estadísticos que se utilizaron.

Componente C (eficacia de la intervención). Se refiere a la capacidad técnica para la solución de problemas.

Se debe contestar a la pregunta ¿los recursos y la tecnología existentes actualmente pueden ser útiles para enfrentar el problema.

La escala de medición va de 0.5 a 1.5

0.5 = problemas con eficacia de solución baja

- 1 = problemas con eficacia de solución mediana
 1.5 = problemas con eficacia de solución alta

Componente D (factibilidad del programa o de la intervención). Hanlon describe este componente con las siglas P.E.A.R.L.

Pertinencia = adecuación de un supuesto programa en la población

Factibilidad económica = se refiere al costo de las intervenciones (alto o bajo)

Acceptabilidad = se refiere a si el programa es aceptado por la comunidad y los prestadores de servicios.

Disponibilidad = capacidad de la institución par asignar recursos para el combate del problema.

Legalidad = se refiere a la legislación sanitaria ,su escala de medición es nominal ; Sí = 1 y NO = 2

Al final se ordenaron todos los problemas encontrados de mayor a menor puntuación, el más importante fue el que obtuvo mayor puntaje.

Esta metodología se aplicó a los 10 principales problemas de salud encontrados en la comunidad en estudio y los resultados se presentan en el siguiente cuadro:

PRIORIZACIÓN POR MÉTODO DE HANLON

Padecimiento	Magnitud	Severidad									Eficacia	Factibilidad					Priorización	
		mort gral.	morb gral.	morb <5	morb 5-14	morb 15-64	mort <5	mort 15-64	mort >65	total		P	E	A	R	L		total
IRAS	6	0	10	10	10	10	10	0	0	6.3	1.5	1	1	1	1	1	5	91.87
EDAS	4	0	9	9	9	9	0	0	0	4.5	1.5	1	1	1	1	1	5	63.75
Accidentes	4	9	5	0	0	0	9	9	9	5.1	0.5	1	0	1	0	1	3	13.68
Diabetes	4	6	6	0	0	7	0	8	8	4.4	0.5	1	0	0	0	2	2	8.37
Hipertensión	4	6	9	0	0	10	0	0	4	3.6	0.5	1	0	0	0	1	2	7.6
Afec. Tej. Dur. y Bl. de la Boca	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0.5	1	1	0	1	0	1	3	7.5
Enfermedades exantemáticas	2	0	7	8	8	0	0	0	0	2.8	0.5	0	0	1	1	1	3	7.2
Enfermedades cardiovasculares	0	1	0	0	0	0	8	10	10	3.6	0.5	0	0	1	0	1	2	3.62
Desnutrición	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0.3	0.5	1	0	1	0	1	3	3.45
Otras Afec. Hepáticas	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0.3	1	1	0	0	0	1	2	0.5

Fuente: Diagnóstico de Salud de las U. M. P. del AGEB 132-8 de Tulyehualco D. F.
 Diagnóstico de Salud Del Centro Comunitario de Tulyehuaco D. F.

De estos 10 problemas de salud, a los que se les aplicó la metodología Hanlon, destacan dos, por la alta puntuación obtenida y son: Infecciones Respiratorias Agudas y las

De estos 10 problemas de salud, a los que se les aplicó la metodología Hanlon, destacan dos, por la alta puntuación obtenida y son: Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarréicas Agudas. Las cuales coincidieron con el panorama epidemiológico a nivel nacional y jurisdiccional (INEGI – 1995), en donde ocuparon el 1° y 2° lugar respectivamente.

Como las IRAS fueron el problema de salud número uno en la priorización por Hanlon, esta se sometió al siguiente método de priorización, que fue el de Factores de Riesgo. Buscando previamente las cadenas causales (espina de pescado), o Factores de Riesgo documentados en el Diagnóstico de Salud .

• **Método por Factores de Riesgo**

Se conoce que un Riesgo es un peligro potencial que puede generar un daño, y cada individuo desarrolla o no el daño dependiendo del grado de susceptibilidad. Así tenemos que el riesgo es una medida de relación entre expuestos y no expuestos y de asociación ya que permite comparar poblaciones o grupos.

La forma para calcular la Razón de Momios es utilizando la tabla de 2X2 o cuadrícula como la que a continuación se ilustra.

	Casos	No casos	
Expuestos	a	b	a + b
No expuestos	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

Fórmula para el cálculo de Razón de Momios = $a \times d / b \times c$ en donde:

- a = número de individuos que están expuestos y tienen la enfermedad
- b = número de individuos que están expuestos y no tiene la enfermedad
- c = número de individuos que no están expuestos y tiene la enfermedad
- d = número de individuos que no están expuestos y no tiene la enfermedad

- La suma de las 4 celdas nos da el total de la población.
- Si el resultado es igual a 1 quiere decir que no existe riesgo.
- Si el resultado es mayor que 1 quiere decir que si existe riesgo.
- Si el resultado es menor que 1 es factor protector.

A cada factor de riesgo se le aplicó la razón de momios que es una medida de estimación para evaluar el riesgo relativo en estudios transversales como fue el caso de esta investigación.

Este estimador es muy útil para consolidar una metodología de investigación que tenga más permanencia ante los cambios administrativos diversos y que permita tomar decisiones

además de ser fuente de información constante. Otra medida que se utilizó para reforzar la priorización fue el Riesgo Atribuible que es la proporción de casos que se atribuye al factor de riesgo, también mide el probable impacto en la salud de la población si este factor se suprime.

La formula es $RM-1/RM$. y se expresa en porcentajes (%).

A cada factor de riesgo para IRAS documentado en el diagnóstico de salud, que en total fueron doce, se le aplicó la metodología descrita obteniéndose una tabla de riesgo, en la que se destacan los más comunes, que sirvieron como directriz en la elaboración del plan de intervenciones.

A continuación se presentan los resultados en el siguiente cuadro:

PRIORIZACION POR FACTORES DE RIESGO

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Factores de riesgo	Exposición	casos	no casos	sumatoria	RM	RA %
Mala condición física de la vivienda	Expuestos	165	150	315	8.50	88
	No expuestos	101	780	881		
	total	266	930	1196		
Baja escolaridad de la madre en < de 5 años	Expuestos	44	41	85	3.22	68
	No expuestos	9	27	36		
	total	53	68	121		
< de 5 años	Expuestos	53	68	121	3.15	68
	No expuestos	213	862	1075		
	total	266	930	1196		
Edad de la madre <25	Expuestos	29	19	48	3.12	68
	No expuestos	24	49	73		
	total	53	68	121		
Madres con 3 hijos o más	Expuestos	38	32	70	2.85	64
	No expuestos	15	36	51		
	total	53	68	121		
Mala condición higiénica de la vivienda	Expuestos	167	446	613	1.83	45
	No expuestos	99	484	583		
	total	266	930	1196		
Bajo ingreso	Expuestos	204	600	804	1.81	45
	No expuestos	62	330	392		
	total	266	930	1196		

Mala alimentación	Expuestos	164	489	653	1.45	31
	No expuestos	102	441	543		
	total	266	930	1196		
Hacinamiento	Expuestos	147	454	601	1.30	23
	No expuestos	119	476	595		
	total	266	930	1196		
Exposición al tabaquismo	Expuestos	116	349	465	1.29	22
	No expuestos	150	581	731		
	total	266	930	1196		
Baja escolaridad de la población	Expuestos	156	577	733	0.87	0
	No expuestos	110	353	463		
	total	266	930	1196		
Mayores de 65 años	Expuestos	2	16	18	0.43	0
	No expuestos	264	914	1178		
	total	266	930	1196		

Al analizar la Razón de Momios, y el Riesgo Atribuible del cuadro anterior, se concluye que las malas condiciones físicas de la vivienda y el bajo ingreso, son problemas sociales muy complejos en los cuales por falta de recursos no se puede incidir; otras serían las instancias encargadas de hacerlo. La baja escolaridad, es un problema factible de ser atacado a través de la implementación de un proyecto educativo .

Para concluir este análisis y perfilar nuestra intervención; de acuerdo al método de Hanlon las IRAS resultaron priorizadas en 1er lugar, al conocer los factores de riesgo de ésta enfermedad, el grupo vulnerable a padecerlas son los menores de 5 años que habitan en viviendas con malas condiciones higiénicas y físicas, hacinamiento, bajo ingreso y por lo tanto mala alimentación, aunado a esto se detectaron una serie de factores condicionantes en la madre con un RM significativo que se relacionan estrechamente con la presencia de este padecimiento, como fueron: edad de < 25 años, baja escolaridad y número de hijos (3 o más). En base a la información anterior se decide trabajar sobre este problema de salud.

2.3.2 VALORACIÓN FOCALIZADA

La identificación de factores de riesgo y necesidades de salud que prevalecen en el AGEB 132-8 de Tulyehualco D.F, catalogada como de alta marginalidad, es de suma importancia para las autoridades sanitarias de esta jurisdicción, es por esto que fue necesario que el grupo de estudiantes del posgrado en Salud Pública realizaran un Diagnóstico de Salud, que permitiera conocer el perfil epidemiológico de esta comunidad. El análisis de esta información dió pauta para planear y llevar a cabo acciones encaminadas a incidir en algunos de estos problemas.

Para determinar prioridades en salud y delimitar que problema debía ser considerado en primera instancia, se utilizaron las herramientas propias de la salud pública, como son: el método de Hanlon y Factores de Riesgo. El primero especialmente empleado en la planificación sanitaria, considera la magnitud, severidad del problema, eficacia de la solución, así como la factibilidad de la intervención; el segundo parte de que un riesgo es un peligro potencial que puede generar un daño, es una medida de relación entre expuestos y no expuestos.

Con la utilización de estos dos métodos se encontró que las infecciones respiratorias agudas, fueron la primera causa de morbilidad en esta comunidad, y que el grupo susceptible a padecer este daño fueron los menores de cinco años.

Una vez identificadas a las madres de los menores de 5 años como el grupo focal al cual deberán ir dirigidas las acciones del proyecto de intervención, el siguiente paso era medir de alguna manera el grado de déficit en el manejo específico de las IRAS, en los aspectos preventivos, cuidados proporcionados en el hogar durante la instalación del cuadro y la identificación oportuna de las signos de alarma. Para esto fue necesario implementar una metodología específica que permitió medir de manera cualitativa el grado de *Déficit de Cuidado Dependiente*.

2.3.2.1 Selección de la Muestra.

Para la selección de la muestra el grupo de investigadores se puso a discutir y a implementar una metodología, que permitiera llegar a los grupos más necesitados, para optimizar de la mejor manera posible los escasos recursos con que se contaban.

El proceso de selección fue en dos etapas. La primera consistió en seleccionar todos los casos IRAS en menores de 5 años que se presentaron en los últimos 6 meses, y se obtuvo un grupo de 53 niños y 37 madres. La teoría de Orem nos dice que los niños al igual que los ancianos son dependientes de cuidado, por lo tanto a este grupo de madres había que analizarlas más detalladamente. Para tal fin se relacionaron factores de riesgo propias de la madre y factores externos, documentados en el diagnóstico de salud.

Los factores propios de la madre fueron:

- Baja escolaridad (de 0 a 6 años de estudio)
- Edad (menor de 25 años)
- Numero de hijos (3 o más)

Posteriormente se clasificaron a las madres en 4 grupos que para los fines de este estudio se les denominó grados de riesgo.

Se parte del análisis de la propuesta de Normas y Procedimientos de la Tarjeta de Control de Visita Familiar, que el Instituto de Salud del Estado de México utiliza, específicamente en la jurisdicción Sanitaria de Ecatepec. La cual clasifica a las familias en 4 grados de riesgo, tomando en cuenta criterios como: presencia de menores de 5 años, mujeres en edad fértil, embarazadas etc.

El documento se conceptualiza y se establecen las modificaciones necesarias que respondan a las necesidades del estudio en cuestión.

El procedimiento se llevó a cabo de la siguiente manera: En el grado I, quedaron incluidas todas aquellas madres cuyo menor de 5 años enfermó de IRAS, en los últimos 6 meses, en el grado II las que además de que su hijo había enfermado de IRAS presentaba cualquiera de los tres factores antes mencionados, el grado III, hijo que enfermó de IRAS más dos factores de riesgo en la madre, finalmente el grado IV lo conforman las que además de que su hijo había enfermado presentaron los tres factores de riesgo propios de la madre.

CONSTRUCCIÓN DE GRADOS DE RIESGO

GRADOS DE RIESGO	CRITERIOS DE RIESGO
I	menor de 5 años que enfermó de IRAS en los últimos 6 meses
II	menor de 5 años que enfermó de IRAS, más un factor de riesgo en la madre.
III	menor de 5 años que enfermó de IRAS, más dos factores de riesgo en la madre
IV	menor de 5 años que enfermó de IRAS, más tres factores de riesgo en la madre

Fuente: Ejercicio de Priorización del Diagnóstico de Salud de las UMP del AGEB 132-8 Tulyehualco D.F

Así tenemos que este grupo de 37 madres al aplicarles los criterios resumidos en el cuadro No.2 , resultó que 9 casos que equivalen al 24% fueron grado I (cuadro No. 8). 11 madres equivalen al 30% fueron grado II. En el grado III que fue el grupo mayoritario lo conformaron 15 madres que equivalen al 41% del total, finalmente en el grado IV solamente 2 madres conformaron este grupo que equivalen al 5%.

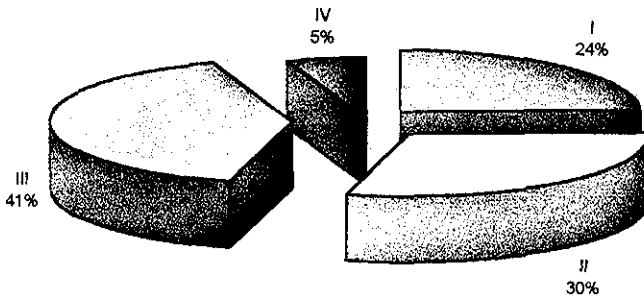
CUADRO No.8

CLASIFICACION DE LAS MADRES SEGÚN GRADO DE RIESGO

Grados de riesgo	Numero de casos	%
I	9	24
II	11	30
III	15	41
IV	2	5
TOTAL	37	100

Fuente: Método de priorización por factores de riesgo

Gráfica No.8
Clasificación de las madres según
Grado de Riesgo



Fuente: Cuadro no.8

La segunda etapa consistió en relacionar estos 4 grados de riesgo en que se clasificaron las madres con factores externos a ellas, que en la priorización por factores de riesgo obtuvieron una razón de momios significativa mayor de 1, que fueron 5:

- Condiciones físicas de la vivienda.
- Condiciones higiénicas de la vivienda.
- Hacinamiento.
- Alimentación.
- Bajo ingreso.

Los resultados de este ejercicio se muestran en el cuadro No.9, en el que se observa y confirma que conforme aumenta el grado de riesgo aumentan también los factores arriba



mencionados, así tenemos que en el grados I y II están presentes 4 factores de riesgo, en el III están presente los 5, tres de ellos en más de un 50% y en el grado IV también están presentes los 5 factores de riesgo en un 100%.

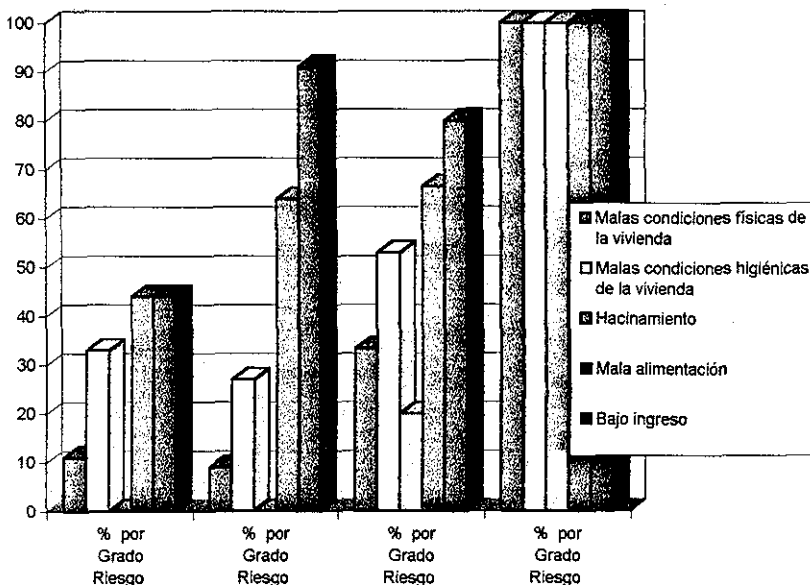
Al analizar estos resultados se concluye que los grupos más vulnerables con mayores factores de riesgo presentes son las 17 madres que conforman los grados III y IV, por lo tanto queda justificado que sea este el grupo al cual esté dirigido el proyecto de intervención, a partir de la valoración Focalizada de *Déficit de Cuidado Dependiente*.

CUADRO No. 9
RELACION ENTRE FACTORES DE RIESGO Y GRADOS DE RIESGO

GRADOS No. de madres	I 9		II 11		III 15		IV 2	
	casos	% por grado de riesgo	casos	% por grado de riesgo	casos	% por grado de riesgo	casos	% por grado de riesgo
Malas condiciones físicas de la vivienda	1	11	1	9	5	33.3	2	100
Malas condiciones higiénicas de la vivienda	3	33	3	27	8	53	2	100
Hacinamiento	0	0	0	0	3	20	2	100
Mala alimentación	4	44	7	64	10	66.6	2	100
Bajo ingreso	4	44	10	91	12	80	2	100

Fuente: cédula de Diagnóstico de Déficit de Cuidado Dependiente

GRAFICA No. 9
RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y GRADOS DE RIESGO



Fuente: Cuadro No. 9

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

2.3.2.2 Metodología para el Diagnóstico de Déficit de Cuidado Dependiente.

A través de los métodos de priorización de Hanlon y factores de riesgo se seleccionó el problema de salud más importante, los factores de riesgo predisponentes y los grupos susceptibles. La clasificación por grados de riesgo nos permitió seleccionar la muestra a intervenir, sin embargo faltaba medir el grado de *Déficit* en este grupo.

La teoría de Orem que es la que se está implementado, deja a libertad del profesional la utilización de la metodología que mejor se adapte a las necesidades de lo que se está investigando.

Para tal propósito se elaboró un instrumento de valoración *Déficit de Cuidado Dependiente* en el que se incluyeron los tres tipos de requisitos que la teoría contempla y que son:

- Requisitos de autocuidado desviación a la salud
- Requisitos de autocuidado de desarrollo
- Requisitos de autocuidado universal.

Después de la discusión con un grupo de expertos en el manejo de la teoría, se llegó a la conclusión que el instrumento era metodológicamente válido para ponderar el déficit de manera *cuantitativa*, como **bajo , medio y alto**, por lo que para los fines de este estudio así se hizo.

El instrumento constó de 38 preguntas (anexo No. 2) encaminadas a explorar de qué manera estas madres proporcionaban cuidados a sus hijos en el hogar, cuando presentaban cuadros respiratorios agudos.

Cada pregunta tenía 3 opciones de respuesta. La opción 1 correspondía a déficit bajo, la opción 2 déficit medio y la opción 3 déficit alto, dependiendo de la respuesta proporcionada es que se calificaba a cada una de las 38 preguntas.

Para otorgar la calificación final, se sumaron todas las preguntas que tenían la misma ponderación, se sacaron porcentajes en relación a las 38 preguntas que equivalían al 100% y de acuerdo al porcentaje que predominó fue la calificación que se asignó a cada *Agente de Cuidado*.

El instrumento se piloteó, se hicieron los ajustes pertinentes y posteriormente se aplicó a las 37 madres previo aviso y consentimiento.

Cabe señalar que de las 37 entrevistas programadas inicialmente solo se realizaron 33, ya que 4 familias habían cambiando de domicilio y no fue posible localizarlas.

La información obtenida se procesó y los resultados globales finales se muestran en el cuadro No.10, en que se observa que de 33 *agentes de cuidado*, 18 de ellas que equivalen al 54.6% del total obtuvieron una calificación de *Déficit de Cuidado Dependiente alto*.

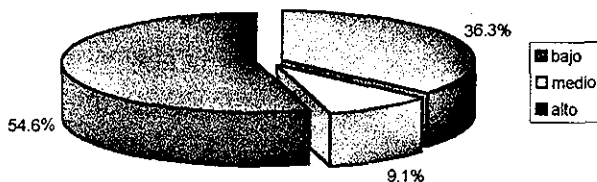
Al hacer un análisis más detallado de esta información, se encontró que a pesar de que la tendencia era, de que a mayor grado de riesgo aumentaba el déficit, también es cierto en los grados de riesgo I y II hubo *Agentes de Cuidado* que calificaron con déficit alto, esta información se muestra en los cuadros 11 al 14. El procedimiento para otorgar la calificación de déficit por grado de riesgo fue similar al utilizado para cada *Agentes de Cuidado*. El porcentaje que predominó en cada grupo fue el que decidió la calificación final.

Cuadro No.10
Calificación Cualitativa del Déficit de Cuidado Dependiente.

Calificación	FR	%
Bajo	12	36.3
Medio	3	9.1
Alto	18	54.6
Total	33	100

Fuente: Cédula de Diagnóstico de Déficit

GRÁFICA No.10
CALIFICACIÓN CUALITATIVA DEL DÉFICIT
DE CUIDADO DEPENDIENTE



Fuente: Cuadro No 10

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Así tenemos que, la calificación global del grado I fue de **déficit bajo**, para el grado II la calificación de déficit se consideró **medio**, y para los grados III y IV la calificación fue de **déficit alto**.

Sin embargo no formaron parte de la muestra, porque ésta se seleccionó tomando en cuenta el enfoque de Riesgo, y como ya quedó demostrado anteriormente los grados III Y IV fueron los que presentaron más factores de riesgo.

Por lo tanto se concluye que sí existe relación entre factores de riesgo y *Déficit de Cuidado Dependiente*.

Cuadro No. 11
Calificación del Déficit por Grado de Riesgo

GRADO DE RIESGO I			
Déficit	FR.	%	calificación
alto	1	20	B
medio	1	20	A
bajo	3	60	J
total	5	100	O

Fuente: cédula de Diagnóstico de Déficit de Cuidado Dependiente

Cuadro No. 11
Calificación del Déficit por Grado de Riesgo

GRADO DE RIESGO II			
Déficit	FR.	%	calificación
alto	5	50	
medio	1	10	
bajo	4	40	
total	10	100	

Fuente: cédula de Diagnóstico de Déficit de Cuidado Dependiente

7

Cuadro No. 13
Calificación del Déficit por Grado de Riesgo

GRADO DE RIESGO III			
Déficit	FR.	%	Calificación
alto	10	66.8	A
medio	1	6.6	L
bajo	4	26.6	T
total	15	100	O

Fuente: cédula de Diagnóstico de Déficit de Cuidado Dependiente

Cuadro No. 14
Calificación del Déficit por Grado de Riesgo

GRADO DE RIESGO IV			
Déficit	FR.	%	calificación
alto	2	100	A
medio	0	0	L
bajo	0	0	T
total	2	100	O

Fuente: cédula de Diagnóstico de Déficit de Cuidado Dependiente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.3.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

La fase de valoración del proceso enfermero proporcionó las bases para llegar a la elaboración del diagnóstico de enfermería, que se convertirá en el marco de las posteriores fases de: planeación ejecución y evaluación. Es en este momento cuando ya se tiene una visión general sobre la población blanco a la que debe de ir dirigida el cuidado.

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado que describe la respuesta total del individuo o grupo ante un problema.

“(Gordon, 1976), describe el Diagnóstico de Enfermería como un problema de salud real potencial que las enfermeras en virtud de su formación y experiencia tienen capacidad y derecho legal de tratar”²³.

La conceptualización de los conocimientos y las acciones de enfermería constituyen un paso importante ya que la utilización de una terminología común facilitará la comunicación y la aplicación y uso de la informática a la enfermería.

Existen varias formas de enunciar un diagnóstico. El sistema más utilizado es el propuesto por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Este sistema fue adoptado como oficial por la Asociación Americana de Enfermeras en 1988.

Existe toda una metodología preestablecida para que la NANDA revise, apruebe, publique y finalmente acepte un diagnóstico. Y posteriormente sea incluido en la lista oficial.

Los diagnósticos de enfermería son descripciones de las respuestas humanas de un individuo o grupo a su estado de salud.

La NANDA, para su organización clasifica los diagnósticos en 9 patrones de respuesta humana, que reflejan el modo en que las personas se relacionan con el entorno que les rodea, estos son: cambio, comunicación, relación, valoración, elección, movimiento, percepción, conocimiento y sentimiento. Cada diagnóstico aprobado se encuadra en una de estas 9 categorías.

La formulación de un diagnóstico de enfermería consta de 2 partes, la primera incluye las respuestas humanas identificadas por la enfermera durante la fase de valoración; están unidas con las palabras “*relacionado con*”. La segunda parte consta de los factores relacionados que contribuyen a la respuesta. Sugiere las intervenciones que podrían ser las apropiadas para el control y tratamiento del problema diagnosticado. Ejemplo:

Déficit de actividades recreativas *relacionado con* la incapacidad de participar en las actividades habituales.

Las palabras *relacionado con* identifica una relación entre las respuestas humanas y los factores relacionados, implicando que si una de las partes del diagnóstico cambia, la otra también puede hacerlo.

Hay ocasiones a que la segunda parte de la declaración del diagnóstico se le divide en 2 partes para aportar mayor información, y se utilizan las palabras “*secundario a*” o “*manifestado por*”. Ejemplo:

Déficit de autocuidado *en relación a* la incapacidad para mover los brazos *manifestado por* vendajes de yeso en ambas manos y muñecas.

La redacción de diagnósticos de enfermería es una habilidad que se adquiere en la práctica, para ello la enfermera puede ayudarse de la lista oficial de diagnósticos aceptados

²³ Alfaro Rosalinda. Aplicación Práctica del Proceso de Enfermería, Guía Práctica p. 59

por la NANDA o elaborar sus propios diagnósticos siguiendo la directrices expuestas anteriormente.

Al hacer una declaración de diagnóstico de enfermería se deben tener presentes las siguientes recomendaciones:

“Escribir el diagnóstico en cuanto a la respuesta del cliente más que a la necesidad de la enfermera. Usar **relacionado con** en vez de *debido a* o *causado por*, para conectar las 2 partes de la declaración, escribir el diagnóstico en términos legalmente aconsejables, escribir los diagnósticos sin juicios de valores, evitar invertir las partes de la declaración, evitar el uso de señales simples en la primera parte de la declaración, no deberán significar lo mismo las 2 partes de la declaración, expresar los factores relacionados de forma que puedan cambiarse, no incluir diagnósticos médicos en la declaración del diagnóstico, exponer el diagnóstico de forma clara y concisa.”²⁴

Es digno de tomar en cuenta el gran esfuerzo que esta organización está haciendo para establecer un consenso sobre una pertinente clasificación de los diagnósticos. Sin embargo conscientes de que nos encontramos en una etapa de consolidación, es de esperarse que esta taxonomía cambie a medida que sus profesionales continúen aclarando conceptos y desarrollando métodos de organización más eficaces, que sean aplicables a los postulados del modelo teórico enfermero que se elija.

Desde el punto de vista de la Teoría del Déficit de Autocuidado, Orem no propone una taxonomía específica, por lo que se va a tratar de adecuar la propuesta por la NANDA. Aún cuando existe controversia en relación a este tema.

A continuación se enuncia la propuesta diagnóstica:

**DÉFICIT DE CONOCIMIENTO EN LOS AGENTES DE CUIDADO
DEPENDIENTE EN RELACIÓN A CUIDADOS ESPECÍFICOS
PROPORCIONADOS A LOS MENORES DE 5 AÑOS DURANTE UN CUADRO
RESPIRATORIO AGUDO, MANIFESTADO POR UNA ALTA TASA DE
MORBILIDAD POR IRAS EN ESTE GRUPO ETÁREO.**

²⁴ Iyer W. Patricia y col. Proceso y Diagnóstico de Enfermería, p 121,122

2.3.4.-PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Después de la formulación del Diagnóstico, la 3ª etapa del Proceso Enfermero, es la planificación que consiste primordialmente en diseñar estrategias, tomar decisiones y elaborar el plan de acción de actividades de enfermería. Obviamente estas acciones deben ir orientadas hacia la consecución de los objetivos que se persiguen.

Una estrategia es un método o aproximación que sirve de guía para las órdenes de enfermería ; se seleccionan teniendo como base el diagnóstico, metas y objetivos. Desde el punto de vista de la teoría de Orem, una estrategia para fortalecer el Déficit de Cuidado Dependiente, es la enseñanza - aprendizaje. La enfermera como el maestro, llega a ser facilitadora del aprendizaje y es frecuente recurrir y servirse de ella.

2.3.4.1.-Objetivos del Plan de intervención

General

- Fortalecer la Agencia de Cuidado Dependiente en las madres y/ o cuidadores de menores de 5 años en la identificación oportuna de signos de alarma en las complicaciones por IRAS.

Específicos

- Contribuir a disminuir la tasa de morbilidad por IRAS.
- Capacitar a los Agentes de Cuidado Dependiente sobre la identificación oportuna de los signos de alarma en complicaciones por IRAS.
- Promover una actitud preventiva a través de una capacitación personalizada.
- Evaluar el aprendizaje de los Agentes de Cuidado Dependiente posterior a la capacitación .

2.3.4.2.-Justificación

México al igual que otros países en vías de desarrollo presenta un panorama epidemiológico con predominio de las enfermedades infecto-contagiosas en el que destacan las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS).

Estas enfermedades propias de la pobreza , son resultado de la ignorancia, desnutrición y condiciones sociales y ambientales deficientes.

Actualmente es la causa más frecuente de morbilidad, principalmente en los menores de 5 años, y el principal motivo de consulta en los servicios de salud. así mismo la neumonía constituye la forma más grave de complicación por este padecimiento. En 1996 causó más del 80 %²⁵ de los fallecimientos en este grupo de edad.

Llama la atención que las muertes ocurrieron a pesar de que la madre ya había solicitado una o más consultas previas. El 64.6%²⁶ ocurrieron en el hogar o durante el traslado a alguna unidad hospitalaria.

El panorama antes descrito no difiere en gran medida al que presenta la población de Tulyehualco D. F. en el que se observó que las IRAS en 1998 ocuparon el primer lugar

²⁵ SSA. Infecciones Respiratorias Agudas, Manual de Procedimientos Técnicos. p. 11.

²⁶ Ibidem, p. 10.

como causa de morbilidad con una tasa de 100.0 por 1000 habitantes y las infecciones de vías respiratorias bajas en la que destaca la neumonía como principal complicación, ocuparon el quinto lugar de mortalidad general, según datos proporcionados por el centro de salud comunitario de esta localidad.

Específicamente en el AGEB 132-8 perteneciente a esta comunidad se realizó un diagnóstico de salud para conocer su perfil epidemiológico en junio de 1999. Encontrándose que las Infecciones Respiratorias y Diarréicas Agudas, constituían la principal causa de morbilidad general en menores de 5 años, con una tasa de 211.5 por 1000 habitantes y 43.8 por 100 habitantes respectivamente²⁷. Aunque por falta de datos fidedignos no se obtuvo información relativa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años se sabe que estadísticamente este padecimiento es la complicación más frecuente en este grupo de edad.

Es de todos sabido que con medidas preventivas y con una estrategia de capacitación a la madre, como principal responsable del cuidado del menor, se podría disminuir la morbilidad por éste padecimiento y por ende las complicaciones.

Desde el punto de vista de la Teoría General de Enfermería del Déficit de Autocuidado de la Dra. Dorothea E. Orem; el niño es dependiente de cuidado, por lo tanto necesita de otros para satisfacer sus Requisitos de Autocuidado (universales, de desarrollo y desviación a la salud); en este caso la madre o el responsable del menor se convierte en Agente de Cuidado Dependiente, capaz de conocer y satisfacer total o parcialmente las demandas de autocuidado que el menor demande.

Cuando los tres tipos de requisitos de autocuidado son satisfechos en forma efectiva, se obtiene como resultado condiciones humanas y ambientales que apoyan los procesos vitales y promueven el bienestar general.

Desde el punto de vista de la Atención Primaria a la Salud; satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desarrollo en forma efectiva sería lo ideal y se estarían previniendo las alteraciones de la salud.

Cubrir los requisitos de desviación de la salud oportunamente ayuda controlar la enfermedad, prevenir defectos o incapacidades y evitar la muerte.

En este contexto y acorde con las necesidades detectadas en el AGEB 132-8 se propone implementar un Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo en forma **personalizada**, entendido este como una serie y secuencia de acciones prácticas intencionadas, realizadas en un momento determinado, dirigidas a los Agente de Cuidado Dependiente, enfocado a la detección oportuna de signos de alarma en complicaciones respiratorias, principalmente la neumonía y contribuir así a disminuir la tasa de morbilidad por este padecimiento en esta comunidad.

El objetivo de la estrategia personalizada es que, para lograr un impacto en Salud Pública, la información debe estar dirigida a la persona indicada, y en este momento quienes están manifestando déficit de conocimiento son los Agentes de Cuidado Dependiente.

²⁷ Cabrera, Mayorga, Trujillo. Diagnóstico de Salud de las Unidades Multipersonales que Habitan el AGEB 132-8 de Tulyehualco D.F. p.56.

2.3.4.3.- Análisis DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas)

El mundo que actualmente vivimos se caracteriza por una era de cambios sin precedentes, tanto sociales, políticos, tecnológicos etc., que genera mayor competencia e incertidumbre. La Planeación Estratégica, tiene como fundamento planear a futuro tomando en cuenta estos cambios.

Es un proceso por medio del cual se identifican las *oportunidades* que hay que aprovechar, *amenazas* que hay que minimizar, *fortalezas* que permitan aprovechar las oportunidades y *debilidades* que superar, del área o unidad donde se va a llevar a cabo el proceso, también llamada: Area de Unidad Estratégica (AUE)²⁸. En este caso el AUE., es la población que habita en el AGEB 132-8. El cuadro de análisis estratégico se presenta a continuación.

CUADRO DE ANÁLISIS ESTRATÉGICO DOFA

INTERNOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Habilidad y experiencia de la enfermera de campo y trabajadora social en la comunidad Contar con un núcleo básico asignado al AGEB 132-8, que consta de: una trab. Social, dos enfermeras, una clínica y otra de campo y un médico. Apoyo de los directivos del centro del Centro de Salud Instalaciones del Centro de Salud Accesibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Atención médica por demanda Programas de capacitación limitados Ausencia de un Modelo Docente-Asistencial en el interior del núcleo básico Supervisión deficiente Archivo por demanda no actualizado Negativa del médico asignado al núcleo básico para asistir a la comunidad. Duplicidad de funciones entre enfermera del módulo y el programa EDUFASAS
EXTERNOS	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> Programa de reforma del sector Salud 2001 - 2006 Declaración Universal de los Derechos del Apoyo jurisdiccional Iniciativa privada Niño Existencia de un programa anual para prevenir enfermedades respiratorias 	<ul style="list-style-type: none"> Desconfianza de la comunidad Tiempo y presupuesto insuficientes para la implementación del proyecto Zona considerada de alta marginalidad Inexistencia de una cultura de autocuidado Cambios administrativos

²⁸ Rojas Patricia, Salinas Hugo . El Proceso de Planificación Estratégica: Un Modelo de Aplicación en Salud p.19.

2.3.4.4.-Condiciones de Factibilidad:

Jurídica y Política. El proyecto se sustenta en la declaración universal de los derechos humanos aprobada el día 10 de diciembre de 1948, en la que contempla el derecho a la seguridad social, que son inherentes a la persona y se proclaman sagrados, inalienables, imprescriptibles y fuera del alcance de cualquier poder político.

En nuestro país el derecho a la salud está elevado a rango constitucional, plasmado en el artículo 4º de la constitución mexicana que a la letra dice: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución"²⁹.

La ley general de salud señala tres objetivos de promoción a la salud:

1.- Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan la prevención de enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en salud.

2.- Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en salud .

3.- Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la fármaco-dependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de las enfermedades.

En el paquete universal de servicios esenciales de salud que da prioridad a las necesidades de salud de las personas que habitan en el medio urbano y rural, que toma en cuenta tres recomendaciones importantes para consolidar un sistema universal de salud que son:

- Extender la cobertura del paquete de salud pública.
- Mejorar la eficiencia y calidad de los servicios.
- Educación para la salud orientada a promover cambios en el estilo de vida.

En las políticas centrales de la reforma del sector salud que promueven:

- La redistribución para extender la atención a la salud.
- La mejoría de eficiencia técnica y calidad de los servicios.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2001- 2006 en el que se busca mejorar los niveles de bienestar de los mexicanos, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social.

En la Atención Primaria a la Salud y la participación comunitaria como estrategia para lograr la meta de salud para todos en el año 2000, a través de métodos y procedimientos sencillos, confiables a bajo costo y aceptados por la comunidad .

²⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Alco p.8

En el Programa Nacional de Salud 2001 - 2006. Que se plantea como retos; la equidad, la calidad tanto técnica como interpersonal, y la protección financiera. Y tiene como objetivos: Abatir las desigualdades en salud, mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, garantizar un trato adecuado y asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.

Administrativa. Para llevar a cabo este proyecto se cuenta con el apoyo del jefe de la Jurisdicción Sanitaria Xochimilco, basado en el convenio establecido entre la dirección de la ENEO – UNAM y la Secretaría de Salud que integran los aspectos de docencia-servicio. De las autoridades del centro de salud comunitaria Tulyehualco y los directivos del CCOAPS – ENEO de San Luis Tlaxialtemalco.

Técnica .Para implementar este proyecto se cuenta con una estudiante de enfermería en Salud Pública , con un perfil que sustenta la Agencia de Enfermería y que se enfocará a dar atención educativa personalizada a los 17 Agentes de Cuidado Dependiente seleccionados. Para tal fin se elaboró un programa de educación para la salud , enfocado a detectar oportunamente las complicaciones por Enfermedades Respiratorias Agudas.

2.3.4.5.- Metas

- Capacitar al 100% de los Agentes de Cuidado Dependiente que pertenecen a los grados de riesgo III y IV de la muestra seleccionada.
- Promover en el 100% de los Agentes de Cuidado Dependiente , una actitud preventiva en relación a las complicaciones por este padecimiento a través de la capacitación personalizada.
- Evaluar el aprendizaje en el 100% de los agentes de cuidado dependiente .

2.3.4.6.- Estrategias

- Sesiones educativas personalizadas.
- Exposición práctica dinámica y participativa
- Establecer un Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

2.3.4.7.-Límites:

De tiempo: del 26 de septiembre al 15 de diciembre de 1999

De lugar: AGEB132-8 de la comunidad de Tulyehualco, D. F.

De espacio: Viviendas de los 17 Agentes de Cuidado Dependiente

Universo : 17 agentes de cuidado dependiente de los riesgos III y IV.

2.3.4.8. Recursos

Humanos: 1 estudiante de posgrado en Enfermería en Salud Pública
2 tutores clínicos
1 coordinadora de la especialidad
1 técnico en computación

Materiales: computadora
cartuchos de tinta
disketts
cámara fotográfica y de video
rollos fotográficos y cassettes
hojas blancas
lápices
gomas
cartulinas
marcadores
acetatos
artículos para obsequio a madres y niños: termómetros, bufandas, gorros,
muestras de plantas medicinales (jengibre).

Físicos: Instalaciones del Centro de Salud Comunitario de Tulyehualco D.F.
Instalaciones del CCOAPS - ENEO.
Instalaciones de la Jurisdicción Sanitaria Xochimilco.

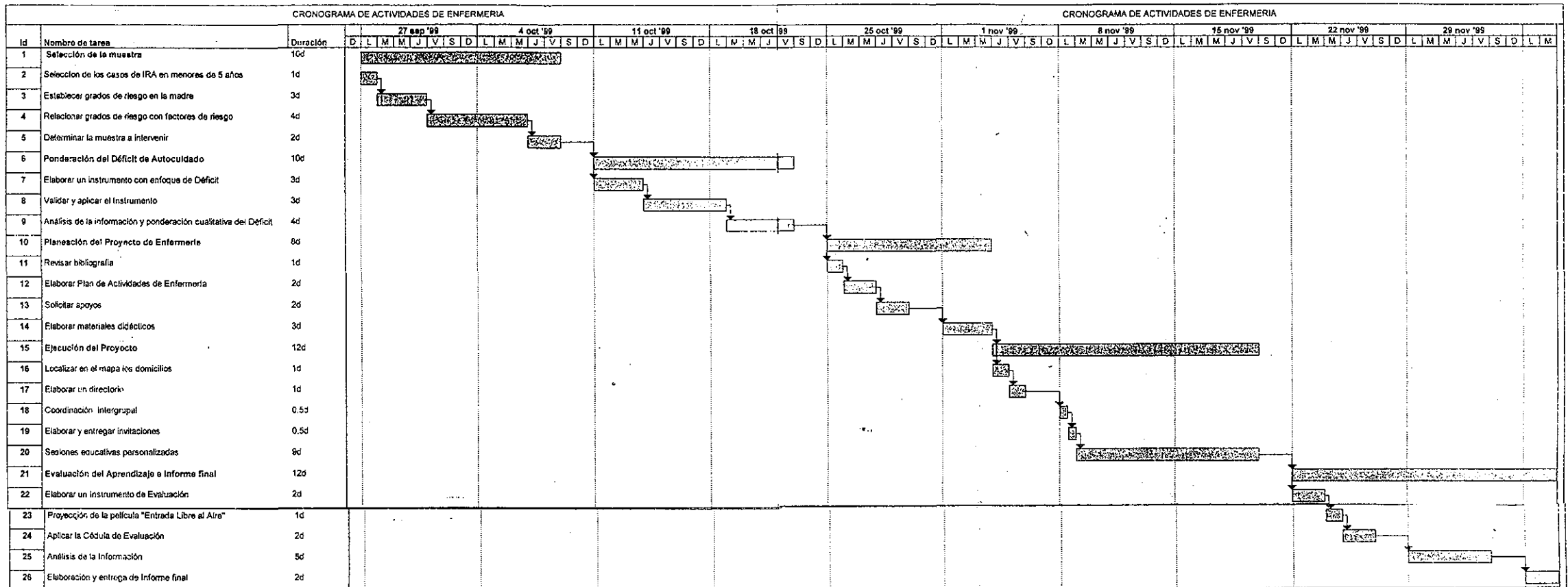
2.3.4.9. Descripción de Actividades y Cronograma

Las actividades programadas y realizadas durante la ejecución del proyecto se describen detalladamente en el siguiente cuadro.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

OBJETIVO GENERAL	ACTIVIDAD	TIEMPO	TAREAS	RESPONS
FORTALECER LA AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE EN LAS MADRES Y/O CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS EN LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE SIGNOS DE ALARMA EN COMPLICACIONES POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS.	1) Análisis de la información relacionada con IRAS y selección de la muestra	10 días	1.1) Seleccionar los casos de IRAS en < 5 años . 1.2) Establecer grados de riesgo en las madres. 1.3) Relacionar grados de riesgo con factores de riesgo para IRAS 1.4) Seleccionar la muestra	E.E.S.P. " " "
	2) Ponderación del Déficit de Cuidado Dependiente	10 días	2.1) Elaborar un instrumento con enfoque de Déficit 2.2) Validar y aplicar el instrumento 2.3) Análisis de la información y ponderación cualitativa del Déficit de Cuidado Dependiente (alto, mediano y bajo).	" " "
	3) Planeación del Proyecto de Enfermería de Apoyo Educativo	8 días	3.1) Revisar bibliografía. 3.2) Elaborar el plan de actividades de enfermería. 3.3) Solicitar apoyos a instituciones de salud y particulares para la donación de termómetros , bufandas, pasamontañas . 3.4) Elaborar materiales didácticos de apoyo (franelógrafo, historietas y carteles).	" " " "
	4) Ejecución del proyecto a través de Sesiones Educativas personalizadas	12 días	4.1) Localizar en el mapa del AGEB los domicilios de los 17 Agentes de Cuidado. 4.2) Elaborar un directorio. 4.3) Coordinación intergrupala. 4.4) Elaborar y entregar	" " "

			<p>invitaciones para formalizar la sesión educativa indicando hora y fecha.</p> <p>4.5) Presentarse en el domicilio a la hora indicada.</p> <p>4.6) Adecuar el área de trabajo propiciando un ambiente cordial.</p> <p>4.7) Hacer entrega del obsequio a la madre.</p> <p>4.8) Iniciar la sesión educativa respetando el horario establecido de aprox. una hora, desarrollando en este tiempo el contenido temático programado.</p> <p>4.9) Sesión de preguntas y respuestas.</p> <p>4.10) Anotar observaciones en el formato de visita domiciliaria, programar próxima visita y despedida.</p>	<p>“</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>“</p>
	5)Evaluación del aprendizaje de los Agentes de Cuidado Dependiente	12 días	<p>5.1) Elaborar instrumento de evaluación.</p> <p>5.2) Aplicar la cédula de evaluación previo aviso.</p> <p>5.3) Proyección de la película “ENTRADA LIBRE AL AIRE”, en las instalaciones del CCOAPS.</p> <p>5.4) Análisis de la información</p> <p>5.5) Elaboración y entrega de informe final.</p> <p>5.6)Presentación de resultados a las autoridades del Centro de Salud.</p>	<p>“</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>“</p>



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

68

2.3.5.-REPORTE DE EJECUCIÓN

La ejecución, 4ª etapa del Proceso de Enfermería, es donde adquiere sentido lo planeado en la etapa previa. Supone la puesta en marcha del plan de cuidados, está orientada hacia la acción directa.

En el lenguaje de la teoría de Orem, la enfermera realiza operaciones reguladoras, en el marco de un Sistema de Apoyo Educativo en cual sus actividades básicas son: auxiliar en la toma de decisiones, comunicar conocimientos y habilidades, proporcionar consultoría y regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado³⁰.

La ejecución de este Sistema de Apoyo Educativo, fue de la siguiente manera:

Primeramente se revisó e hicieron adecuaciones a un formato de control de visitas domiciliarias elaborado en generaciones anteriores, que permitiera hacer las observaciones pertinentes (anexo no.3), un directorio, con los datos más importantes de cada Agente de Cuidado (anexo no.4 y5) y posteriormente la localización en el mapa de la comunidad las direcciones, todo con el fin de facilitar el trabajo.

Se programaron 2 sesiones educativas por cada Agente de Cuidado, con duración aproximada de 1 hora cada una.

Para facilitar el acceso a la vivienda y propiciar un ambiente cordial, en la primera sesión se hizo entrega de obsequios tanto al menor de 5 años, como a la madre, que consistieron en gorros, bufandas y termómetro así como muestras de tubérculos de jengibre. Acto seguido empezaba la actividad, en la que se proporcionó toda la información relativa al tema (anexo no. 6), al final de la exposición se realizó una pequeña evaluación con preguntas y respuestas dirigidas, se hicieron y anotaron las observaciones pertinentes, y se agendó fecha y hora de la siguiente visita.

En la segunda sesión se reforzaron conocimientos se aclararon dudas, así mismo se les hizo una demostración de como preparar una infusión a base de jengibre, miel y limón, la degustación del mismo. Esta bebida a la vez que propicia la ingesta de líquidos, a decir de expertos en medicina alternativa tiene propiedades mucolíticas. La actividad fue aceptada por todas las madres, ya que propiciaba la convivencia con todos los integrantes de la familia.

La forma en que se llevaron a cabo estas sesiones fueron a través de la exposición oral, visual y práctica, con apoyo de materiales didácticos como: franelógrafo, historieta, cartel, película y los propios menores de 5 años, que sirvieron de modelos para devolver procedimientos (anexo no. 8 y 9).

Con el fin de retroalimentar los conocimientos impartidos, se gestionó ante las autoridades Jurisdiccionales y del CCOAPS-ENEO, facilidades para proyectar la película "Entrada Libre al Aire", en la que de forma clara y sencilla se aborda el tema de las IRAS, editada por el Sistema Nacional de Salud, con una sesión de preguntas y respuestas al final de la proyección.

Es importante destacar que aunque la capacitación era personalizada, en más de una ocasión se integraron otras personas que no estaban contempladas en la muestra , que se interesaron en el tema, y solicitaron ser capacitadas.

³⁰ Ostigüin Meléndez, Velázquez Hernández. Teoría General del Déficit de Autocuidado p. 42.

Las dificultades que se presentaron durante la ejecución del proyecto fueron mínimas y superables, y consistieron básicamente en ajustes de horarios. Ya que principalmente por cuestiones de trabajo, algunos Agentes de Cuidado no podían atendernos en la mañana, por lo que el horario se adaptó a las circunstancias que se presentaron y se trabajó en la mañana, tarde e incluso sábados y domingos.

Otra dificultad que se presentó fue que un Agente de Cuidado rehusó la capacitación sin motivo alguno, por lo que después de cuatro visitas sin resultados se excluyó de la muestra.

También se dio el caso de que la fecha en que estaba programada la proyección de la película, la asistencia fue muy pobre, esto debido a la distancia entre el lugar donde se programó la proyección y la comunidad y a la falta de coordinación entre las organizadoras del evento. Esta situación se subsanó programando una segunda función en un domicilio dentro de la comunidad, a la que asistió la mayoría de las integrantes de la muestra.

Los logros fueron en relación a que el programa fue aceptado por la mayoría de los Agentes de Cuidado Dependiente, esto se puso de manifiesto por el interés y participación en cada una de las sesiones educativas impartidas. Además de los temas programados demandaron otros, como planificación familiar, detección oportuna de cáncer mamario y cérvico-uterino, lactancia materna diabetes mellitus etc., de los cuales se les proporcionó información y los casos que ameritaban un tratamiento más específico se canalizaron verbalmente al centro de salud correspondiente.

2.3.6.- PLAN DE EVALUACIÓN

Evaluar es medir un fenómeno o el desempeño de un proceso, comparar los resultados obtenidos con criterios preestablecidos y hacer un juicio de valor, es la última fase del Proceso de Enfermería y parte importante de cualquier proyecto de intervención. A través de la evaluación se determina quién, llevará a cabo esta tarea, cuando cómo y con qué frecuencia, que partes del programa están fallando y requieren ser reajustadas.

Los principales tipos de evaluación mismas en que se basará este proyecto son:

- Evaluación del proceso de desarrollo del programa .
- Evaluación de metas .
- Evaluación del efecto.
- Evaluación de la eficacia.³¹

En la evaluación del *proceso de desarrollo* se examinará en que medida se está cumpliendo con las actividades planeadas inicialmente, así como detectar barreras que impidan el logro de objetivos.

La evaluación de *metas* nos va a permitir determinar si se han alcanzado los objetivos planteados inicialmente. Se basa principalmente en los resultados inmediatos del programa.

La evaluación de *efecto* se basa en los cambios a la salud alcanzados en el mediano y largo plazo.

La evaluación de la *eficacia* se refiere al logro de objetivos en relación a la utilización racional de recursos.

³¹ Brindis Claire, Laski Laura. Evaluación de Programas de Salud. p.60

La evaluación del proceso de desarrollo, se realizará diariamente, por las personas responsables de la ejecución del proyecto, a fin de ir resolviendo sobre la marcha los problemas que se presenten, e ir haciendo los ajustes necesarios.

En cuanto a la eficacia, la evaluación de objetivos y metas las realizará el mismo personal al finalizar el programa de capacitación personalizada, en este momento únicamente se podrán evaluar conocimientos. Y el método más común es a través de la aplicación de cuestionarios. Para el caso que nos ocupa, se elaboró un instrumento de evaluación que constó de 5 preguntas relacionadas con los conocimientos impartidos (anexo no.7), que nos permitió hacer una evaluación inmediata de conocimientos.

Cada año se realizarán monitoreos parciales y refuerzo de conocimientos a través de la implementación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica .

El personal autorizado para realizarlo, deben ser enfermeras profesionales, que conozcan el enfoque de la Teoría de Enfermería de la Dra. OREM.

El proyecto está programado a 5 años, al final de los cuales se aplicará nuevamente el instrumento de Valoración del Déficit de Cuidado Dependiente (anexo no. 2), procesar la información y comparar resultados y valorar así si efectivamente a disminuido el Déficit; ya que en Salud Pública el impacto se evalúa a largo plazo.

A continuación se describe que es y en que consiste el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

2.3.6.1.- Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Las infecciones de las vías respiratorias constituyen el rubro de enfermedades más frecuentes en la población infantil, especialmente los menores de 5 años.

Es más frecuente en el medio urbano como el D.F. (6-11 cuadros al año) que en el rural (1 a 3 cuadros al año); lo cual quiere decir que factores ambientales como los altos índices de contaminación, influyen de manera importante en la insidencia de estos padecimientos.

Las IRAS generan el 29% de la consulta externa en los servicios de salud, y el 40% de las hospitalizaciones pediátricas³².

La frecuencia de estos padecimientos se acentúa en la época invernal. La complicación más grave de origen bacteriano es la neumonía, causante de aproximadamente el 80% de las muertes en este grupo etáreo.

Lo importante es que si se proporciona atención profesional oportuna es posible disminuir las tasas de morbilidad, prevenir complicaciones, secuelas y muerte. Estas acciones deben efectuarse coordinadamente en los diferentes niveles de atención y en todas las instituciones del sector salud.

Las actividades del Programa de Vacunación Universal con coberturas de más del 90% en esquemas básicos de vacunación, en la población menor de 5 años, también ha logrado impacto epidemiológico reflejado en la morbilidad y mortalidad.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica tiene como meta mejorar la salud de las personas, pero fundamentalmente la de los menores de 5 años.

Es un proceso que tiene por objeto proporcionar la información epidemiológica básica, necesaria para la ejecución oportuna de acciones tendientes a mejorar la salud. Implica la

³² Secretaría de Salud. Infecciones Respiratorias Agudas, Manual de Procedimientos Técnicos.

búsqueda continua de todos los aspectos de la ocurrencia y diseminación de una enfermedad que son pertinentes para su control efectivo³³.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) es parte esencial en el control de las enfermedades. A través de él se pueden detectar los factores de riesgo que predisponen a enfermar de IRAS y caracterizar los componentes de este padecimiento. Con base en esta información se tienen los elementos necesarios que apoyan la toma de decisiones como la de promover investigaciones más detalladas, o delinear medidas de prevención y control.

Los componentes de la Vigilancia Epidemiológica son:

- **Flujo de la Información:** La información es parte importante de un SVE, esta debe fluir en forma horizontal y vertical a los diferentes niveles; técnico, administrativo y sector salud, para que participen activamente en la toma de decisiones y en la realización de actividades inherentes y de esta forma focalizar el problema y optimizar recursos. Particularmente en este estudio el Centro de Salud Comunitario debe establecer los mecanismos y canales de información internos y externos para detectar casos sospechosos, brotes o factores de riesgo. Esta información permitirá tomar las decisiones pertinentes para evitar, o minimizar los daños a la salud de la comunidad.
- **Identificación de Grupos de Riesgo:** Los grupos de riesgo son los menores de 5 y las madres o Agentes de Cuidado Dependiente, ya que son las encargadas de satisfacer todos los requisitos de autocuidado que el niño necesita para vivir, y si reúne ciertas características como el bajo nivel educativo, multiparidad, ser menor de 25 años etc. ofrecen mayor riesgo para la circulación de agentes etiológicos. La identificación de estos dos grupos etáreos que reúnen ciertos factores de riesgo será de utilidad para priorizar las actividades de la Agencia de Enfermería encaminadas a la prevención y proponer alternativas de solución.
- **Operativos, Preventivos y Especiales:** En el aspecto preventivo se evitará exponer al menor al contacto con personas enfermas, concurrir a sitios públicos, alimentarlo adecuadamente con alimentos ricos en vitamina C. En general se seguirán las recomendaciones contenidas en la norma técnica para el tratamiento de las IRAS. Los operativos especiales se llevan a cabo en los períodos invernales con la intensificación de las medidas preventivas a nivel masivo.
- **Búsqueda Activa de casos en la comunidad:** Esta actividad se realizará en forma metódica y sistemática para detectar oportunamente los casos de IRAS y su propagación en la comunidad. Consiste en la búsqueda activa de casos a través de un monitoreo clínico, en el que participa el equipo clínico a nivel operativo (agente de enfermería de campo, trabajo social y médico), los cuales actuarán como radares sanitarios de posibles casos de brote. Esta vigilancia se realizará mediante la observación de la sintomatología clínica.

³³ Instituto de Salud Ambiente y Trabajo. Principios de Epidemiología para el Control de la Malaria OPS/OMS p.1.

• **Definiciones operacionales:**

1.- Caso

Se considera que un niño tiene IRA cuando presenta 2 ó más de los siguientes signos y síntomas: tos, rinorrea, otalgia u otorrea, odinofagia, exudado purulento en faringe, disfonía, polipnea o dificultad respiratoria, menor a 15 días de evolución.

2.- Caso Sospechoso

Cuando presenta uno de los síntomas antes mencionados.

3.- Contacto

Es la persona que en el hogar o sitio de reunión haya propogado los gérmenes , manipulando alimentos, bebidas y agua.

4.- Portador

Es la persona que alberga a los agentes infecciosos sin que presente manifestaciones clínicas de la enfermedad.

5.- Hospitalizado

Es la persona a la que se le brinda atención médica en un establecimiento formal de salud.

6.- Defunción

Fallecimiento de un caso confirmado.

7.- Agencia

Es la facultad para emprender una acción con el fin de lograr objetivos específicos.

8.- Agente de Cuidado Dependiente

Adolescente en proceso de maduración o adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de otras personas relevantes que son socialmente dependientes de ellos, o de regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas.

9.- Déficit de Autocuidado

Relación entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado terapéutico, en la que los elementos de las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la agencia de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda existente o previstas de autocuidados terapéuticos.

10.- Requisito de Autocuidado

Es una reflexión formulada y expresada sobre las acciones que se han de realizar, que se sabe o se supone que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos de las funciones o desarrollo humanos continuamente o en condiciones o circunstancias específicas.

11.- Sistema de Enfermería

Series y secuencia de acciones prácticas intencionadas de las enfermeras realizadas en un determinado momento, en coordinación con acciones de sus enfermos para conocer y cubrir los componentes de las demandas de autocuidado terapéuticos y proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado de los enfermos.

12.- Sistema de Apoyo Educativo

Sistema de enfermería en el que el papel de la enfermera es principalmente el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado.

El procedimiento para llevar a cabo este sistema de vigilancia es el siguiente:

Agencia de Enfermería Comunitaria: Realiza promoción de la salud en la comunidad, a través de la implementación de un Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo, en donde capacita al Agente de Cuidado Dependiente sobre el manejo y tratamiento del enfermo en el hogar, así como la búsqueda activa de casos sospechosos y brotes, mediante un monitoreo continuo. Así mismo los casos sospechosos los refiere al Centro de Salud para su tratamiento oportuno y posteriormente continuar con la vigilancia, control y promoción de la salud, enfocada a difundir medidas generales de cuidados en el hogar que son:

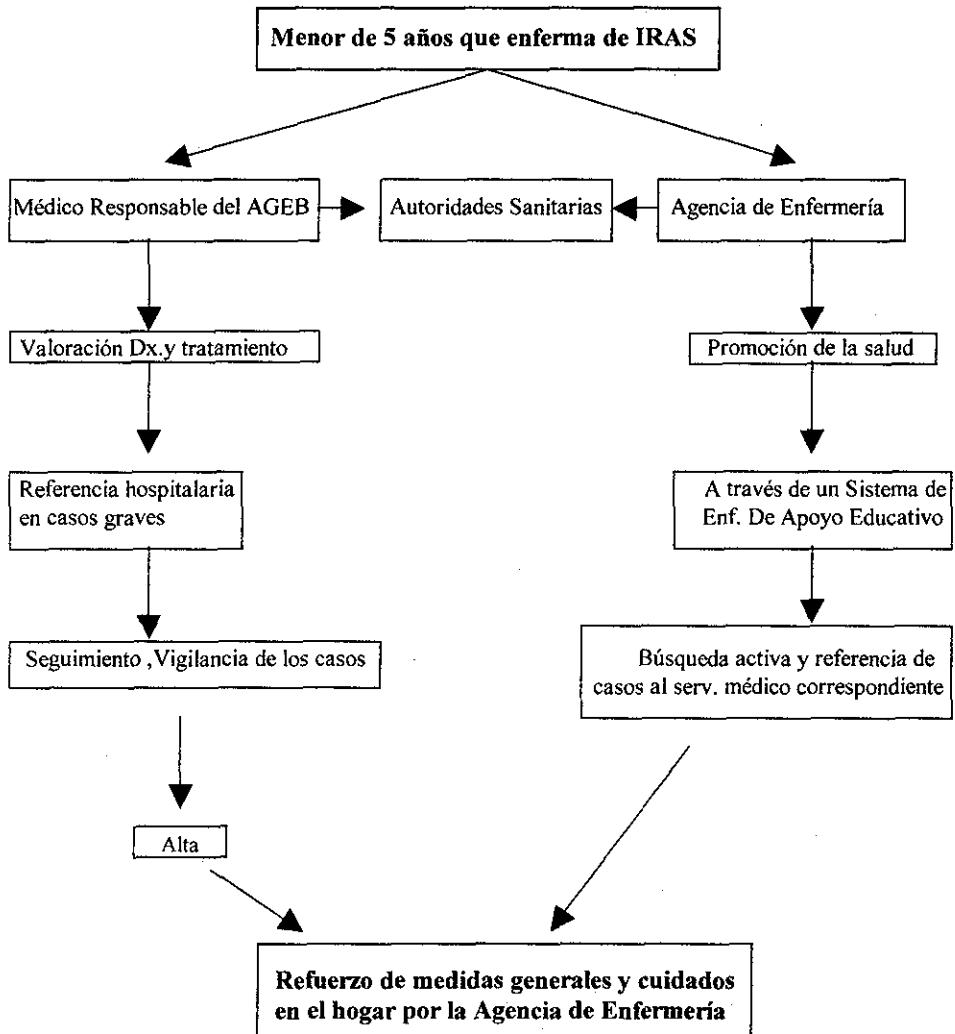
- Incrementar ingesta de líquidos.
- Mantener la alimentación habitual.
- No suspender la alimentación al seno materno.
- Si hay otorrea, limpieza del conducto auditivo externo con mecha de gasa o tela absorbente tres veces al día. No aplicar gotas óticas.
- Control del dolor, la fiebre y el malestar general, con acetaminofen 40 a 60 mg/kg/día vía oral divididos en cuatro a seis tomas.
- No aplicar supositorios para la fiebre a menores de un año.
- No usar jarabes o antihistamínicos.
- Si existen factores de mal pronóstico revalorar en 48 horas.
- Explicar al Agente de Cuidado porqué la tos es un mecanismo de defensa que se debe favorecer.
- Revisar la cartilla nacional de vacunación y aplicar las dosis faltantes.
- Evaluar el estado nutricional, registrar peso, talla en la cartilla nacional de vacunación.
- Antibióticos, de acuerdo al algoritmo: Infecciones respiratorias agudas, tratamiento de niños sin neumonía.

Médico Asignado al AGEB: Realiza la valoración médica, establece diagnóstico probable y proporciona tratamiento adecuado, apegado a la normatividad, solicita los exámenes de laboratorio que considere necesarios, y revalora al paciente a las 72 horas o antes si empeora. En caso de complicación grave debe referir al niño a un hospital para que reciba el tratamiento adecuado, a base de antimicrobianos.

A los casos de IRAS con neumonía leve, o cuando existen factores de mal pronóstico, se les debe dar un seguimiento más estrecho, la revaloración debe ser a las 24 o 48 horas, e incluso antes si se presentan signos de alarma, para continuar o cambiar el tratamiento instruido.

Agente de Cuidado Dependiente : Tiene la responsabilidad de llevar a cabo todas las medidas generales de cuidado en el hogar, y buscar ayuda oportuna ante una complicación.

ESQUEMA DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA



2.3.7.- RESULTADOS.

La propuesta estratégica de capacitación personalizada fue importante para que los resultados obtenidos fueran los deseados.

Se capacitaron a 16 Agentes de Cuidado , ya que uno sin causa aparente rehusó la capacitación y después de 4 intentos para establecer contacto se desistió, y quedó fuera del programa; 7 más lo solicitaron, y aunque no pertenecían a la muestra se les capacitó, dando un total de 23. Se llevaron a cabo 46 sesiones educativas, durante 2 semanas, (01 al 12 de noviembre de 1999) realizándose en promedio 4 sesiones diarias, en dos turnos de trabajo. Fue necesario adecuar y flexibilizar las actividades programadas de acuerdo a las necesidades que los Agentes de Cuidado Dependiente manifestaban.

Además de la información prevista en el programa, se trataron otros temas que los Agentes de Cuidado solicitaron como: orientaciones acerca de planificación familiar, detección oportuna de cáncer mamario y cérvico uterino, vigilancia prenatal y diabetes mellitus, y los casos que requirieron atención, fueron canalizados al centro de salud de Tulyehalco y al Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS-ENE0) de San Luis Tlaxialtemalco.

La proyección de la película "Entrada Libre al Aire", fue una actividad que se programó para retroalimentar los conocimientos impartidos, desafortunadamente no tuvo el éxito esperado, debido a una falta de difusión adecuada y coordinación interna por lo que posteriormente se proyectó en un domicilio particular en la comunidad. Las actividades antes descritas se resumen en el siguiente cuadro.

CONCENTRADO DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA CAPACITACIÓN

ACTIVIDADES	PROGRAMADAS	NO PROGRAMADAS	REALIZADAS
Agentes de Cuidado Dependiente capacitados	16	7	23
Sesiones educativas impartidas	32	14	46
Otras actividades como la demostraciones sobre la preparación y siembra del jengibre	16	7	23
Agentes de Cuidado Dependiente canalizados al Centro de Salud de Tulyehualco ó CCOAPS. para Vigilancia Prenatal, Planificación Familiar y D.O.C.	0	16	16

Con respecto a los resultados de la evaluación de conocimientos, posterior a la capacitación, se encontró que si hubo una asimilación del aprendizaje.

Antes de la capacitación el 82.4% de los Agentes de Cuidado Dependiente no sabía que la pulmonía era la complicación más frecuente, después el 93.8%, identificó dicha enfermedad como la complicación más frecuente (cuadro no.1).

Otro dato que nos reafirmó un avance en el nivel de aprendizaje fue que antes de la capacitación solamente un 16% mencionó un signo de alarma posteriormente, el 68% mencionó 3 signos, y 31.2% mencionó dos (cuadro no.2). El 100% reconoció que el sitio ideal para tratar una complicación como la pulmonía, es un hospital, en el que se cuenta con todo lo necesario para brindar una atención apropiada.

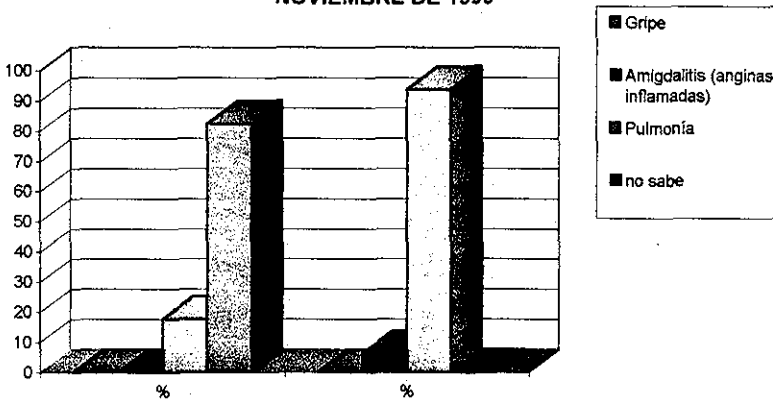
De acuerdo a las cifras que arrojan los resultados, se alcanzó el objetivo general de Fortalecer la Agencia de Cuidado Dependiente en las madres y/o cuidadores de menores de 5 años en la identificación oportuna de signos de alarma en complicaciones por IRAS. En cuanto a las metas planteadas, estas se cumplieron en más del 100% , por ejemplo, se capacitaron a 7 agentes más de los 16 programados, se realizaron 46 de 32 sesiones educativas o sea el 143.7%, se evaluó el aprendizaje en el 100% de los Agentes de Cuidado. Por lo tanto se puede decir que se utilizaron eficazmente los limitados recursos con que se contaron, esto en beneficio de la población infantil que habita en esta comunidad.

CUADRO No.1
AGENTES DE CUIDADO DEPENDIENTE QUE IDENTIFICAN A LA PULMONÍA COMO LA
COMPLICACIÓN MAS FRECUENTE DE UNA IRA ANTES Y DESPUES DE LA CAPACITACION, DEL
AGEB 132-8 DE TULYEHUALCO D.F.
NOVIEMBRE DE 1999

ENFERMEDADES	ANTES		DESPUES	
	FR.	%	FR.	%
Gripe	0	0	0	0
Amigdalitis (anginas inflamadas)	0	0	1	6.2
Pulmonía	3	17,6	15	93.8
no sabe	14	82,4	0	0.0
TOTAL	17	100	16	100

Fuente: Cédula de valoración del Déficit de Cuidado Dependiente

GRAFICA No. 1
AGENTES DE CUIDADO DEPENDIENTE QUE IDENTIFICAN A
LA PULMONÍA COMO LA COMPLICACIÓN MAS FRECUENTE
DE UNA IRA, ANTES Y DESPUES DE LA CAPACITACIÓN DEL
AGEB 132-8 DE TULYEHUALCO D.F.
NOVIEMBRE DE 1999



Fuente: cuadro no.1

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

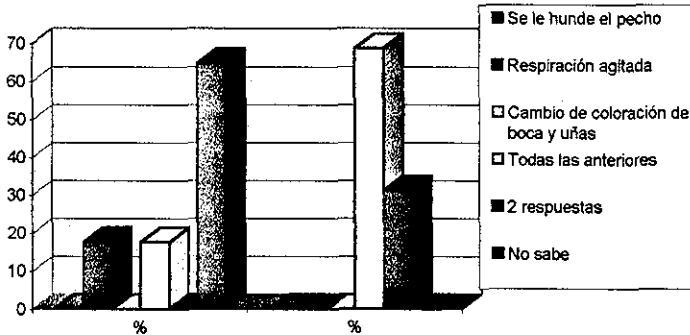
CUADRO No.2

AGENTES DE CUIDADO DEPENDIENTE QUE MENCIONAN 3 SIGNOS DE ALARMA EN UNA COMPLICACION POR IRA, ANTES Y DESPUES DE LA CAPACITACION DEL AGEB 132-8 DE TULYEHUALCO D.F. NOVIEMBRE DE 1999

SIGNOS DE ALARMA	ANTES		DESPUES	
	FR.	%	FR.	%
Se le hunde el pecho	0	0	0	0
Respiración agitada	3	17.6	0	0
Cambios de coloración de boca y uñas	0	0	0	0
Todas las anteriores	3	17.6	11	68.8
2 respuestas	0	0	5	31.2
No sabe	11	64.8	0	0
TOTAL	17	100	16	100

Fuente: Cédula de valoración del Déficit de Cuidado Dependiente

GRAFICA No. 2
AGENTES DE CUIDADO DEPENDIENTE QUE MENCIONAN 3 SIGNOS DE ALARMA EN UNA COMPLICACION POR IRA ANTES Y DEPUÉS DE LA CAPACITACION DEL AGEB 132-8 DE TULYEHUALCO D.F. NOVIEMBRE DE 1999



Fuente: cuadro no.2

**ESTA TESIS NO SALE
 DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

El haber realizado un Diagnóstico de Salud Integral de una colectividad, fue una oportunidad de hacer investigación de excelencia en Salud Pública; que permitió proponer alternativas factibles de realizar en la resolución de problemas. Esto a la vez distingue y eleva el nivel de participación de la Enfermera en Salud Pública.

La utilización del Enfoque de Riesgo como herramienta de la Salud Pública para la elaboración Diagnósticos de Salud, proporciona bases científicas en la toma de decisiones, ya que permite discriminar en favor de los que tienen mayores necesidades de salud, y también favorece la óptima utilización de los recursos.

El enfoque de la Teoría de Enfermería de Orem, por ser un modelo que se adapta a múltiples situaciones de la práctica enfermera, permitió enmarcar las actividades de enfermería a nivel comunitario, sirviendo como guía en la sistematización de la información, contribuyendo de esta manera al proceso de consolidación de esta disciplina. Sin embargo no ha sido una tarea fácil como pudiera pensarse, ya que existen aspectos difíciles de interpretar debido principalmente, a que este modelo ha sido creado para una cultura diferente, como lo es la estadounidense. México y Estados Unidos son países económica y culturalmente distintos.

La riqueza y versatilidad de la Teoría de Orem en particular radica, en que permite su operacionalización desde diversos puntos de vista, ya sea con énfasis en Requisitos de Autocuidado, en Sistemas de Enfermería, en relacionar Déficit con Factores de Riesgo etc., de acuerdo a las inquietudes del investigador.

Es evidente la necesidad de que las futuras generaciones que van a conformar la Agencia de Enfermería, operacionalicen alguna teoría de enfermería; en el caso particular de la Especialidad en Salud Pública la teoría de Orem, ya que esto va a permitir realizar intervenciones de calidad. Tomando en cuenta que los programas académicos actuales, ya se imparten conocimientos sobre las diferentes Teorías y Modelos de Enfermería.

SUGERENCIAS

Estudiar a fondo los conceptos de la Teoría de Orem, familiarizarse con la terminología que maneja, recurrir a los tutores, u otras personas con experiencia en el manejo de la misma, para que al operacionalizarla se maneje con claridad.

Al llegar a la etapa de formulación de Diagnósticos de Enfermería, que en lo personal considero una de las partes más polémicas del Proceso de Enfermería, es recomendable comentar y discutir con los profesores el enfoque de la teoría.

Al seleccionar la muestra a intervenir, tomar en cuenta los criterios de valoración de Déficit de Autocuidado, ya que si bien el enfoque de riesgo discrimina en favor de los que tienen más necesidades, no siempre los que tienen más factores de riesgo, tienen mayor déficit como podría pensarse, que esto sirva de reflexión a futuras generaciones que deseen escudriñar los vericuetos de este enfoque teórico.

Otra forma interesante y enriquecedora de haber abordado la investigación, de contar con los recursos necesarios, era el de trabajar con los 4 grados de riesgo en que se clasificaron los Agentes de Cuidado Dependiente, ya que en mayor o menor grado todos calificaron con cierto déficit. Queda abierta esta posibilidad a futuras investigaciones, sobre todo a los especialistas en Salud Pública.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Alvarez Alba, Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva , Edit. Manual Moderno, México 1992.
- 2.-Alvarez Manilla, J.M. Atención Primaria a la Salud. Revista de Salud Pública de México, vol. 30, no. 5 sept.-oct. méxico. 1988.
- 3.-Alfaro Rosalinda C. Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica. Ediciones Doyma Bcelona .
- 4.-Antón Nardiz, Ma. Victoria. Enfermería, Atención Primaria a la Salud. de Enfermeras de Médicos a Enfermeras de Comunidad. Edit. Díaz de Santos, S. A, Madrid 1989.
- 5.-Aranda Regueles J. M. Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de la Salud. Edit. Díaz de Santos, S . A . Madrid 1994.
- 6.-Akira Tsumura. Kampo Howthe Japanese Uptated Tradicional Herbal Medicine, Edit. Japan Publications, YNC. 1ª. edition, Japan 1991.
- 7.-Beaglehole, Bonita, Kjellstrom. Epidemiología Básica OPS. Washington, D.C. 1994.
- 8.-Benenson S. Abram. Manual para el Control de las Enfermedades Transmisibles, OMS/OPS, decimosexta edición, Washington, D.C. 1997.
- 9.-Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana vol. LXXXII, Atención Primaria a la Salud, mayo 1995.
- 10.-Brindis, Laski . Evaluación de Programas de Salud , Edit. Mcgraw-Hill Interamericana, México.
- 11.-Cavanagh, J. Stephen . Modelo de Orem Aplicación Práctica. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona España 1993.
- 12.-Consejo Internacional de Enfermeras. La Formación en Enfermería: Pasado y Presente. ginebra 1996.

- 13.-Fragoso Xolalpa Elsa. Sistema de Enfermería para la Integración de una Red de Apoyo Educativo de Servicios de Enfermería. Enfocado al Mejoramiento del Saneamiento Básico y Nutrición con Enfoque en la Atención Primaria y la Promoción a la Salud en San Luis Tlaxiátemalco. (proyecto) México D.F. 1997
- 14.-Gallagher Ch, Watson H. Métodos Cuantitativos para la Toma de Decisiones en Administración. Edit. Mcgraw-Hill, México, 1982
- 15.-Gene Badía J. Monografías Clínicas en Atención Primaria . Ediciones. Doyma. Barcelona España 1989.
- 16.-García Jiménez Salomón. Acerca de la Medicina Tradicional Mexicana, Dirección de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Guerrero, 1ª. edición, Chilpancingo Gro. 1984.
- 17.-Hernandez Conesa Juana. Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Métodos. Edit. Mcgraw-Hill-Interamericana. Madrid 1999.
- 18.-Gonzalez Saldaña N. Infectología Pediátrica, Edt. Trillas, México D.F. 1987
- 19.-Instituto de Salud Ambiente y Trabajo, Manual de Vigilancia Epidemiológica, Edit. Isat. México 1997
- 20.-Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Anuario Estadístico del Distrito Federal , México,1994.
- 21.-López Luna, Enfermería Sanitaria, Edit. Interamericana, México 1987.
- 22.-Manfredi Maricel. Instituciones Formadoras en el Desarrollo de Nuevos Modelos de Atención. OPS/OMS Washington. 1990.
- 23.-Mercado, Cuando no hay un Médico a tu Alcance, Edit. Noriega Uteha, primera reimpresión México, 1993.
- 24.-OMS. Evaluación de los Programas de de Salud, Normas Fundamentales para su Aplicación en el Proceso de Gestión para el Desarrollo Nacional de la Salud, Ginebra 1981.

- 25.-OMS/OPS.Epidemiología sin Números, una Introducción Crítica a la Ciencia Epidemiológica, Edit.Serie Paltex, Washington, D.C. 1992.
- 26.-OMS/OPS. Evaluación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud, Edit. Serie Paltex.
- 27.-OMS/OPS. Manual Sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil para Ejecutivos de Programas de Salud, Serie Paltex no.7, Washington D.C. 1986.
- 28.-OPS/UNESCO. La Salud y la Comunicación en Latinoamérica : Políticas, Estrategias y Planes. Serie de Documentos de Trabajo.
- 29.-O.P.S, Materiales de Enseñanza Sobre el uso de la Epidemiología en la Programación de los Servicios Locales de Salud, no. 34, México D.F. 1994.
- 30.-Orem E. Dorothea. Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la Práctica, Ediciones Científicas y Técnicas, Barcelona España, 1993
- 31.-Pabon Lasso H. Evaluación de los Servicios de Salud, Conceptos, Indicadores, Ejemplos de Análisis Cuantitativo y Cualitativo, Edit. XYZ, Cali 1985.
- 32.-Pancer S. Enfoques de la Promoción de la Salud Basados en la Comunidad.
- 33.-Pineault R Daveloy Cardo, La Planificación Sanitaria de Masson, S.A. Ed. Barcelona 1995.
- 34.-Reid P. Daniel.Chinese Herbal Medicine, Edit. Shambhala, Boston EUA.1992.
- 35.-Salinas P. Hugo .Proceso de Planificación Estratégica Universidad de Chile.
- 36.-Sistema de Universidad Abierta. Estrategias Gerenciales para los Servicios de Enfermería en Salud Pública. ENEO/UNAM.
- 37.-S.S.A. Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000, diario oficial, 1996.
- 38.-S.S.A. Dirección General de Planificación Familiar, Cuaderno Técnico de Planificación Familiar, Edit. Talleres Agme, México 1991.
- 39.-S.S.A. Programa de Atención a la Salud del Niño Infecciones Respiratoria Agudas, Manual de Procedimientos Técnicos. Edit. UNICEF., México 1998.

- 40.-S.S.A. Programa de Atención a la Salud del Niño Vacunación Universal. Manual de Procedimientos Técnicos. Edit. UNICEF, México 1998.
- 41.-S.S.A. Dirección de Educación para la Salud, Unidad Educativa para el Cuidado de la Salud, Infecciones Respiratorias, Higiene de Alimentos Aseo de la Vivienda y Aseo Personal, la Alimentación, Cuidemos Nuestro Ambiente, el Uso Adecuado de los Servicios de Salud, México D.F.
- 42.- S.S.A. Manual para la Vigilancia Epidemiológica del Cólera, México1999
- 43.-Susano Caballero Carmen. Diplomado, Gerencia de Servicios de Salud, Bloque Sociedad Mexicana de Salud pública.
- 44.-Werner D. y Bower, Aprendiendo a Promover la Salud, Edit. Hesperiany Centro de Estudios Educativos A.C., 1ª de., México, 1984.
- 45.-Ysunsu Ogazon, Alberto. Convergencias y Divergencias sobre Participación Comunitaria. Memorias del Seminario Sobre Participación Comunitaria 23-25 –sept. 93. OAX. OAX. Cenids 1ª ed.

ANEXOS

Antecedentes Familiares

2.-¿Cuáles de estas enfermedades se han presentado en su familia?

- 1) diabetes mellitus 2)obesidad 3)hipertensión arterial 4)cáncer
 5)malformaciones congénitas 6)enfermedades mentales 7) otras 8)ninguna

3.-¿Algún miembro de su familia?:

- 1)fuma 2)ingiere alcohol 3)consume droga 4) ninguno

4.-Mujeres en Edad Reproductiva

N	Parentesco	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
	Estado CIVIL.	Emb.			Número de Embarazos Anteriores			Edad del Tor. Embarazo		Periodo inter-genésico		C. P.	P. A. P.	Planificación Familiar
		1 2 3 4 5	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8	OIDPSVARN
		s c u l v ms	s o	i rimestres	1 2 3	1 2 3	15 19 25 35	< 1 3	i o	i o	i o			
							18 24 34 +	1 2 +						

Etapa Infantil
 Niños Menores de 1 Año

5.-¿Amamantó a su hijo al seno materno?

- 1) Sí 2) No

6.-¿Cuánto tiempo?

- 1)< de 1 mes 2) 1 a 4 meses 3) 5 o más

7.- ¿A que edad empezó a comer papillas?

- 1)3 a 4 meses 2)5 a 6 meses 3) 6 o más 4)No ha iniciado

8.-¿Tiene esquema de vacunación completa para su edad?

- 1) Sí 2) No

9.-¿Lo lleva a control de niño sano?

- 1)Sí 2)No

Niños de 1 a 5 Años

10.-¿ En los últimos 6 meses ha sufrido algún accidente en casa?

- 1) Sí 2)No

11.-¿Qué tipo de accidente?

- 1)quemadura 2) fractura 3) envenenamiento 4)otros 5)ninguno

12.-¿Lo lleva a su control de niño sano?

- 1) Sí 2)No

13.-¿Tiene su esquema de vacunación completa para su edad?

- 1) Sí 2)No

14.-¿Qué le da a su hijo cuando tiene diarrea?

- 1)suero oral 2) atole de arroz 3)líquidos 4) nada

15.-¿Qué le da a su hijo cuando tiene problemas respiratorios?

- 1)jarabe para la tos 2)tés 3)nada

Características de la Vivienda.

16.-¿La vivienda que habita es?

- 1) Propia 2) Rentada 3) Prestada

17.- ¿De qué material es el techo de la vivienda en que habita?

- 1) Loza de concreto 2) Lámina de cartón 3) Lámina de asbesto o metálica 4) Teja

18.-¿De qué material son las paredes?

- 1) Tabique 2)Madera 3)Cartón 4)Otros

19.-¿De qué material es la mayor parte del piso de su vivienda?

- 1) Tierra 2) Cemento o Firme 3) Madera 4)Mosaico

20.-¿Cuántos cuartos tiene esta vivienda sin contar pasillos ni baño?

- 1)Una 2) Dos 3) Tres 4) 4 ó más

21.-¿Cuántas ventanas por cuarto tiene esta vivienda?

- 1) No tiene 2) Una 3) Más de una ventana

22.-¿Esta vivienda tiene drenaje?

- 1)Si 2)No

23.-¿A donde está conectado su drenaje?

- 1) Red pública 2) Fosa séptica 3) Zanja o Barranca

24.-¿Qué tipo de baño tiene esta vivienda?

- 1) WC. 2) Letrina 3) Fosa séptica 4) Ras de suelo

25.-¿El abastecimiento de agua de esta vivienda es a través de ?

- 1) pipa 2)red pública 3)hidrante público 4)otros

26.-¿El agua que toma es?

- 1)de la llave 2)garrafón 3) hidrante público

27.-¿Hierve el agua?

- 1)Sí 2)No

28.-¿Qué hace con su basura?

- 1)Carro recolector 2) Se quema o entierra 3) Cielo abierto

Fauna Doméstica y Nociva

29.-¿Tienen perros o gatos en esta vivienda?

- 1)Sí 2) No

30.-¿Estan vacunados?

- 1)Sí 2) No

31.-¿Ha notado la presencia de fauna nociva en su vivienda?

- 1)Sí 2)No

32.-¿Cuáles?

- 1)moscas 2)ratas 3)cucarachas 4)ninguno 5)otros

ALIMENTACION HABITOS Y COSTUMBRES.

33.-¿ Qué alimentos consumió el día de ayer? _____

Proteínas	Carbohidratos	Grasas

34.-¿Con qué frecuencia realiza su aseo personal completo?

- 1) diario 2) cada tercer día 3) cada semana

35.-¿Cuántas veces al día se lava las manos?

- 1) 1 a 2 veces 2)De 3 a 4 veces 3) 5 ó más
4) Ninguna

36.-¿Cuantas veces se lava los dientes al día?

- 1) Ninguna 2) De 1 a 2 veces 3) 3 ó más

37.-¿Cuántas horas duerme al día?

- 1) De 2 a 4 horas 2) De 5 a 7 horas 3) 8 ó más horas

38.-¿Algún miembro de la familia practica deporte?

- 1) Sí 2) No

39.-¿Quién(es)?

- 1)padres 2)hijos 3)otros 4)ninguno

40.-¿La familia realiza alguna actividad recreativa?

- 1)Sí 2)No

DAÑOS A LA SALUD.

41.-¿En los últimos 6 meses algún miembro de la familia ha enfermado?

- 1) Sí 2) No (si la respuesta es afirmativa llene el siguiente cuadro)

42.-Cuadro de Morbilidad

N	Parentesco	1		2	3	
		Sexo		Edad	Causa	
		1	2		1	
		F	M			
1						
2						
3						
4						
5						

43.-¿En los últimos 5 años ha fallecido algún integrante de la familia?

- 1) Sí 2)No (si la respuesta es afirmativa llene el siguiente cuadro)

44.-Cuadro de mortalidad

N.	Parentesco	1		2	3	
		Sexo		Edad	Causa	
		1	2		1	
		F	M			
1						
2						
3						
4						
5						

RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

45. ¿La familia es derechohabiente de alguna Institución de Salud?

- 1) Si 2) No

46. ¿De qué institución?

- 1) IMSS 2) ISSSTE 3) PEMEX 4) SEDENA 5) otros 6) ninguna

47. ¿Cuándo algún miembro de la familia se enferma a donde acude ?

- 1) Institución de salud 2) curandero 3) partera
4) Boticario 5) médico particular 6) automedicación

48. -¿Qué tiempo hace de su casa a la institución de salud?

- 1) < 30 minutos 2) 30 a 60 minutos 3) 60 minutos o más

49. ¿Pertenece a algún programas que ofrece el centro de salud?

- 1) planificación familiar 2) materno infantil 3) control de diabéticos e hipertensos
4) ninguno

50. -¿Pertenece a alguna de las siguientes organizaciones ?

- 1) alcohólicos anónimos 2) comité de salud 3) asociación de colonos
4) asociación civil 5) ninguna

51. -¿Cuáles considera usted que sean los principales problemas de esta comunidad? _____

Nombre del encuestador: _____

Firma: _____

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

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA FAMILIAR

OBJETIVO:

Unificar los criterios de llenado del formato para su adecuada aplicación

INSTRUCCIONES GENERALES

Antes de hacer cualquier anotación lea cuidadosamente las indicaciones. Utilice lápiz en el llenado. Escriba con letra de molde clara y legible.

La cédula familiar consta de los siguientes apartados:

Ficha de Identificación

Factores Socioeconómicos

Antecedentes familiares

Mujeres en edad reproductiva

Etapa infantil

Características de la vivienda

Alimentación y Hábitos Higiénicos

Daños a la Salud

Respuesta Social Organizada

Ficha de Identificación

Familia: Anotar el primer apellido del padre y de la madre.

Dirección: Anotar calle, número y colonia.

Localidad: Anotar número de AGEB

Lugar de procedencia: anotar el lugar de procedencia del jefe de familia.

Tiempo de residencia: anotar cuantos años tiene de habitar esa vivienda.

Número de casa y número de manzana: será de acuerdo al sorteo y lo proporcionará el investigador.

Factores Socioeconómicos

Consta de un cuadro en el que se ordenan progresivamente el número de integrantes de la familia empezando por los padres, los hijos se anotan de mayor a menor edad; de existir otros miembros en la familia, estos se anotarán al final siguiendo el mismo orden. Edad, anotarla en años cumplidos. Escolaridad y ocupación, marcar con una X la respuesta correspondiente. El ingreso familiar medirlo en salarios mínimos vigentes, en este caso es de \$34.50 diarios, marcar con una X el dato que más se aproxime.

Antecedentes Familiares

Marcar con una X la respuesta correspondiente sin importar que haya más de una respuesta.

Se consideran enfermedades mentales cuando hay daño profundo como en el caso de la esquizofrenia, psicosis y paranoia. En malformaciones congénitas se van considerar el síndrome de Down, labio leporino, paladar hendido, hidrocefalia, luxación congénita de

cadere, espina bífida y polidactilia.

Mujeres en Edad Reproductiva (12 a 49 años), consta de un cuadro con los siguientes datos: Número, se anotarán en orden progresivo de mayor a menor edad. Parentesco, madre, hija, etc. según sea el caso. Edad, anotarla en años cumplidos. Estado civil, marcar con una X la respuesta que la entrevistada proporcione tomando en cuenta que: s=soltera c=casada, ul= unión libre. Embarazo sí ó no según sea el caso. Tiempo de Embarazo , se medirá en trimestres. Embarazos Anteriores, Edad del primer Embarazo, Periodo Intergenésico, y Control Prenatal=CP; marcar con una X la respuesta que la entrevistada proporcione. Papanicolau=PAP, en el último año marcar con una X si la respuesta es afirmativo o negativa. Planificación familiar marcar con una X la respuesta que corresponda tomando en cuenta que : O=oral, I=inyectable, D=dispositivo, P=preservativo V =vasectomía y S=salpingoclasia

Etapa Infantil

Marcar con una X la respuesta que el entrevistado proporcione y solicitar la cartilla nacional de vacunación para verificar esquema.

Características de la Vivienda.

Marcar con una X la respuesta que el entrevistado proporcione

Alimentación y Hábitos Higiénicos

En la pregunta número 33 anotar lo que comió la familia el día anterior en el desayuno, comida y cena tomando en cuenta que ese día no haya sido de fiesta, fin de semana o algún evento especial. Los alimentos se clasificarán en 4 grupos:

Grupo 1 proteínas	Grupo 2 carbohidratos	Grupo 3 grasas	grupo 4 vitaminas y minerales
1.-leche	<input type="checkbox"/> 1.-pan	<input type="checkbox"/> 1.-mantequilla	<input type="checkbox"/> 1.-jugos
2.-carne	<input type="checkbox"/> 2.-totillas	<input type="checkbox"/> 2.-crema	<input type="checkbox"/> 2.-frutas
3.-huevo	<input type="checkbox"/> 3.-atoles	<input type="checkbox"/> 3.-aceite	<input type="checkbox"/> 3.-verduras
4.-queso	<input type="checkbox"/> 4.-pastas		
5.-yogurt	<input type="checkbox"/> 5.-arroz		
6.-frijoles	<input type="checkbox"/> 6.-aguacate		
7.-lentejas			
8.-garbanzos			
9.-habas			
10.-alberjón.			
11.-soya			

El resto de la preguntas marcar con una X la respuesta que el entrevistado proporcione.

Daños a la Salud.

Morbilidad en los últimos 6 meses, anotar en orden progresivo, parentesco, sexo, edad y causa que el entrevistado proporcione. Mortalidad en los últimos 5 años, anotar en orden progresivo, parentesco, sexo, edad y causa que el entrevistado proporcione.

Respuesta Social Organizada.

Marcar con una X la respuesta que corresponda y en la última pregunta anotar lo que el entrevistado refiera sin hacer interpretaciones personales.

Nombre y firma . Anotar nombre completo y firma de la persona que aplicó la encuesta.

ANEXO No.2

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

CÉDULA PARA VALORACIÓN DEL DÉFICIT DE CUIDADO DEPENDIENTE

FOLIO _____

CLASE DE RIESGO _____

OBJETIVO:

Ponderar cualitativamente el Déficit de Cuidado Dependiente en las madres ó cuidadores de menores de 5 años que enfermaron de IRAS en el AGEB 132-8 de la comunidad de Tulyehualco.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de la madre y/o cuidador _____

Edad _____

Domicilio _____

Manzana _____ No. de menores de 5 años _____

INSTRUCCIONES:

Marque con una x la respuesta que considere correcta.

REQUISITOS DE DESVIACION A LA SALUD

1.-¿ Conoce usted los síntomas de una infección respiratoria aguda?

1) Si 2) Algunos 3) No sabe

2.- ¿Cuántas veces al año enferma su niño de gripe?

1) 1 a 2 2) 3 a 5 3) Más de 5

3.- ¿ Que época del año considera más peligrosa para que su hijo enferme?

1) Invierno 2) Cualquier época 3) No sabe

4.-¿Cuál cree que sea la causa por la que su hijo enferma?

1) Por factores del medio ambiente
(frío, contaminación...)

2) Por descuido

3) No sabe

5.-¿Toma precauciones para prevenir el contagio de algún integrante de la familia?

1) Si 2) Algunas veces 3) No

No invada esta zona
AREA DE CODIFICACIÓN

6.- ¿Su hijo padece alguna alergia ?

- 1) No 2) Sí 3) No sabe

7.-¿De los siguientes cuidados cuál le proporciona al menor cuando enferma?

- 1) Lo mantiene en reposo 2) Lo deja realizar actividades normales
3) Ninguno

8.-¿Cuándo su hijo enferma acostumbra aumentar la cantidad de líquidos?

- 1) Sí 2) Algunas veces 3) No

9.- ¿ En qué momento lleva a su hijo al médico?

- 1) Al inicio de los síntomas 2) Al incrementarse los síntomas
3) Cuando observa signos de alarma

10.-¿Cuándo le indican tratamiento con antibióticos acostumbra terminarlo?

- 1) Siempre 2) A veces 3) Nunca

11.- ¿Cuándo su hijo enferma lo lleva a algún servicio médico?

- 1) Sí 2) Algunas veces 3) No

REQUISITOS DE DESARROLLO

12.-¿Cuántos niños en edad preescolar tiene?

- 1) Uno 2) Dos 3) Tres o más

13.- ¿ Utiliza algún medio de transporte para llevarlos a la escuela?

- 1) No 2) Algunas veces 3) Siempre

14.- ¿ Qué tiempo hace de la casa a la escuela?

- 1) Menos de 15 min. 2) De 15 a 30 min. 3) más de 30 min.

15.- ¿Su hijo tiene completo su esquema de vacunación? (verificar cartilla)

- 1) Sí 2) No sabe 3) No

16.- ¿Toma algún tipo de precauciones cuando el clima es frío o la contaminación está elevada?

- 1) Sí 2) Algunas veces 3) No

17.- Si hace frío o la contaminación esta elevada, y es necesario salir, ¿cubre la nariz y/o boca de niño?

- 1) Sí 2) Algunas veces 3) No

18.- ¿Conoce usted qué alimentos contienen vitamina C?

- 1) Sí 2) Algunos 3) No

Si la respuesta es afirmativa conteste la siguiente pregunta

19.- ¿Cuál de los siguientes grupos de alimentos la contiene?

- 1)Frutos cítricos 2)Verduras y cítricos
3)Carnes y leguminosas

20.-¿Sabe usted leer correcta del termómetro?

- 1)Sí 2)A veces 3)No

21.- ¿Cuál es la temperatura normal de cuerpo?

- 1) 36-37 °C 2) Más de 37°C 3) No sabe

22.- ¿Acostumbra tomar la temperatura corporal a su hijo cuando enferma?

- 1)Sí 2) Algunas veces 3) No

23.-¿Cuál es la complicación más frecuente de una infección respiratoria?

- 1) Pulmonía 2)Amigdalitis 3)No sabe

24.- ¿Conoce usted los signos de alarma de una complicación respiratoria ?

- 1) Sí 2) Algunos 3) No sabe

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

25.-¿Cuantos integrante de la familia fuman?

- 1)Ninguno 2) Uno 3) Más de uno

26.- ¿Lo hace dentro del hogar?

- 1) No 2) Algunas veces 3) Si

27.- ¿ Algún animal doméstico (perro, gato ave) convive con el menor?

- 1) No 2)Algunas veces 3) Si

28.-¿ Cuando sacude el polvo de sus muebles su hijo está presente?

- 1)No 2) Algunas veces 3) Si

29.-¿Los líquidos que proporciona al niño cuando hace calor están?

- 1)A temperatura ambiente 2)Tibios 3)Fríos

30.-¿Los líquidos que proporciona al niño cuando hace frío están?

- 1)Tibios 2)Temperatura ambiente 3)Fríos

31.- ¿ Cuándo le escucha flemas le da palmadas en el pecho y espalda?

- 1)Si 2) Algunas veces 3)Nunca

32.- ¿ Favorece que las flemas se eliminen acostando al niño con la cabeza más baja que el resto de cuerpo?

1) Sí 2) Algunas veces 3) Nunca

33.- ¿Utiliza vaporizaciones como parte del tratamiento en casa?

1) Si 2) Algunas veces 3) Nunca

34.- ¿Dónde se encuentra ubicado en baño de su casa?

1) Dentro de la recámara 2) En alguna parte de casa 3) En el patio

35.- ¿A qué hora del día acostumbra bañar a su hijo?

1) Noche 2) Tarde 3) Mañana

36.- ¿Acostumbra bañarlo antes de llevarlo a la escuela?

1) No 2) Algunas veces 3) Siempre

37.- ¿El sitio donde duerme su hijo esta expuesto a alguna corriente de aire?

1) No 2) Ocasionalmente 3) Si

38.- ¿Acostumbra bañarlo cuando tiene la gripa muy fuerte?

1) No 2) A veces 3) Siempre

Fecha _____

Nombre del Encuestador _____

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

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CEDULA DE VALORACION DE DÉFICIT DE
CUIDADO DEPENDIENTE.**

OBJETIVO: Unificar criterios y facilitar el llenado correcto de la cédula .

INDICACIONES GENERALES: Llenar a lápiz con letra de molde clara y legible.

Las partes que constituyen este instrumento son: No. de folio, clase de riesgo, ficha de identificación, 38 preguntas, fecha de la entrevista , nombre del encuestador y del lado derecho el área de codificación; la cual por ningún motivo deberá ser invadida.

No de folio: será en orden progresivo del No.1 al 17.

La clase de Riesgo : será de acuerdo a la clasificación correspondiente que va del 1 al IV y será proporcionada por el investigador.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Se anotará el nombre y apellidos completo de la madre y/o cuidador.

Edad: Anotarla en años cumplidos

Domicilio: Nombre de la calle, número de la casa o departamento y colonia.

Manzana: El número de manzana será proporcionada por el investigador.

No. de menores de 5 años: Anotar el número de menores de 5 años que habitan en la vivienda.

Preguntas: De la pregunta número 1 a la 38 marcar con una X en el lugar correspondiente la respuesta que proporcione el entrevistado.

Area de Codificación: No invadir esta zona reservada sólo para el investigador.

Fecha: Anotar la fecha en que fue aplicada la cédula

Nombre del encuestador: Anotar el nombre completo de la persona que realizó el llenado de la cédula.

ANEXO No.3

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

**FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA PERSONALIZADA AL AGENTE DE
CUIDADO DEPENDIENTE DEL AGEB 132-8 DE LA COMUNIDAD DE
TULYEHUALCO DF.**

Fecha: _____

Folio: _____

Riesgo: _____

Nombre del Agente de Enfermería: _____

Nombre del Agente de Cuidado Dependiente: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Motivo de la visita: _____

Tema de la Sesión Educativa: _____

Observaciones: _____

Fecha de próxima visita: _____

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

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA
PERSONALIZADA AL AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE**

OBJETIVO: Facilitar y sistematizar el llenado correcto del formato correspondiente.

INDICACIONES GENERALES: Llenar con bolígrafo, con letra de molde clara y legible.

Este formato consta de los siguientes datos: Fecha, No. de folio, clase de riesgo, nombre del agente de enfermería, datos de identificación del agente de cuidado dependiente, motivo de la visita, tema de la sesión educativa, observaciones y fecha de próxima visita.

Fecha: Anotar el día, mes y año de la realización de la visita.

Número de folio: Se anotará en orden progresivo del 1 al 17.

Clase de riesgo: Será de acuerdo a la clasificación hecha por el investigador y puede ser de R1 a RIV.

Nombre del Agente de Enfermería : Anotar el nombre completo del agente de enfermería que realizó la entrevista.

Datos del Agente de Cuidado Dependiente: Nombre completo del Agente de Cuidado Dependiente y/o responsable.

Edad : Anotar la edad del Agente de Cuidado Dependiente en años cumplidos

Domicilio: Anotar Nombre de la calle, Número exterior o interior, colonia y manzana.

Motivo de la visita: Especificar el motivo de la visita.

Tema de la sesión educativa: Especificar el tema de la sesión educativa que se va a impartir.

Observaciones: Se anotarán las desviaciones o incidentes que se presentaron durante el desarrollo de la sesión educativa así como otros datos que el agente de enfermería considere pertinentes.

Fecha de próxima visita: Anotar día, y hora de la siguiente sesión, acordada con el Agente de Cuidado Dependiente.

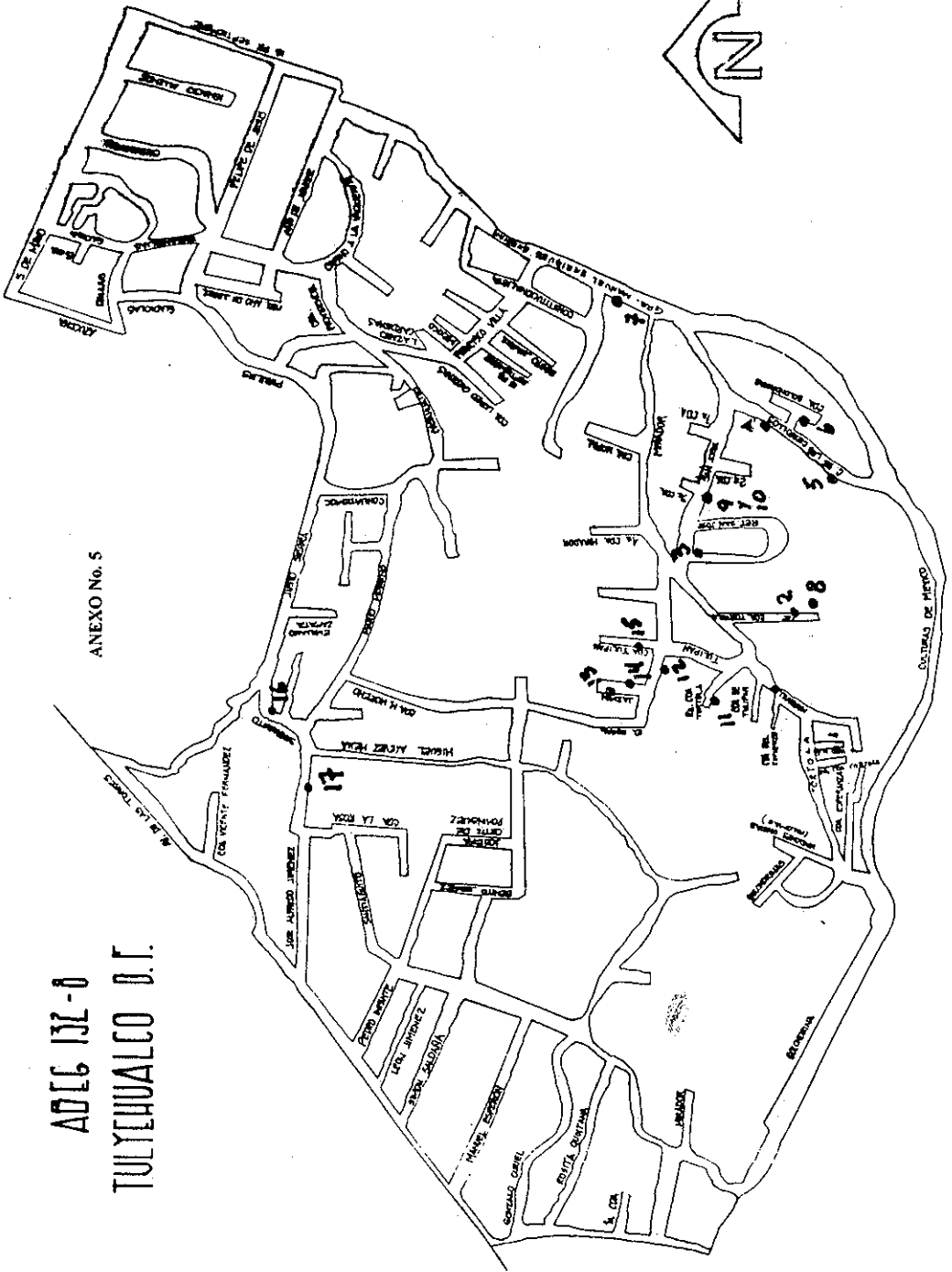
ANEXO No. 4

**DIRECTORIO DE LOS AGENTES DE CUIDADO DEPENDIENTE
DEL AGEB 132 - 8 DE TULYEHUALCO D.F**

No. de folio	Nombre y dirección	Edad	Clase de Riesgo	menores de 5 años
1	Margarita Lázaro 4ª cda. de Tórtola No. 167 col. 3ª sec. Cerrillos	33 años	R3	1
2	Maribel Ávila Ramírez 1ª cda. de Tórtola No. 2 col. 3ª sec. Cerrillos	22 años	R3	2
3	Verónica Ojeda Serrano Ret. San José No. 154 col. 3ª sec. Cerrillos	26 años	R3	1
4	Elsa Camacho Cerrillos No. 18 col. 3ª sec. Cerrillos	30 años	R3	2
5	Rosalinda Rosas López Cerrillos No. 48 col. 3ª sec. Cerrillos	25 años	R3	2
6	Sandra de Valle Galicia cda. Golondrina No. 96 col. 3ª sec. Cerrillos	Rehusó capacitación		1
7	Verónica Juárez Martínez Enrique Guzman No. 54 col. 3ª sec. Cerrillos	30 años	R3	1
8	Leticia Villanueva 1ª cda. de Tórtola No. 2 col. 3ª sec. Cerrillos	34 años	R3	2
9	Silvia Martínez Pérez calle San José No. 29 col. 3ª sec. Cerrillos	20 años	R3	1
10	Delia Cabello calle San José No. 29 col. 3ª sec. Cerrillos	43 años	R3	2
11	María de Jesús Rafael González 2ª cda. de Tórtola s/n col. 3ª sec. Cerrillos	31 años	R3	2
12	Ana Esther Reyes M. Mirador No. 10 col. 3ª sec. Cerrillos	20 años	R4	3
13	Isabel Salinas cda. Jazmín No. 272 col. 3ª sec. Cerrillos	30 años	R3	1
14	Carlota Salinas Tulipanes No. 265 col. 3ª sec. Cerrillos	20 años	R4	3
15	Fidelina Salinas cda. Jazmín No. 266 col. 3ª sec. Cerrillos	37 años	R3	1
16	Alicia Margarita Velasco Santiaguito No. 31 manzana 18 col. del Carmen	22 años	R3	1
17	María Guadalupe García Salgado Santiaguito No. 246 manzana 36 col. del Carmen	23 años	R3	2

ADIC 132-0
TULTECHUALCO D.F.

ANEXO No. 5



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO No. 6

CARTA DESCRIPTIVA

FECHA	HORA	TEMAS	OBJETIVOS	RESP.	APOYO DIDACTICO	OBSERVS.
01	9:00	Introducción y evaluación previa	Explorar conocimientos relativos al tema	Lic.	Franclógrafa	Propiciar un ambiente cordial entre la expositora y el Agente de Cuidado Dependiente
al	a	Magnitud de las IRAS en México, datos estadísticos de morbilidad y mortalidad	Exponer un panorama general del problema en México.	en		
12	10:00	Complicaciones más frecuentes (Neumonía)	Dar a conocer cual es la complicación mas frecuente en cuadros de IRAS	Enf.	historieta	
de	HRS.			Faustina	y	y propiciar su participación activa.
Nov.						
de		Principales signos y síntomas de alarma	Que los ACD. Identifiquen los principales signos y síntomas de alarma en complicaciones por IRAS.	Cabrera		
199		Manejo en casa y errores más frecuentes que se cometen	Proporcionar en el hogar los cuidados correctos.	García	carteles	
		Tratamiento médico	Prevenir las complicaciones			
		Medicina Tradicional (hierbas medicinales)	Dar a conocer alternativas de tratamiento			
		Evaluación y conclusiones	Evaluar los conocimientos impartidos			

ANEXO No. 7
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

CEDULA DE EVALUACION DEL APRENDIZAJE DEL AGENTE DE CUIDADO
DEPENDIENTE

FOLIO _____

CLASE DE RIESGO _____

OBJETIVO:

Evaluar los conocimientos adquiridos por el Agente de Cuidado Dependiente posterior a la capacitación.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de la madre y/o cuidador _____

Edad _____

Domicilio _____

Manzana _____ No. de menores de 5 años _____

INSTRUCCIONES

MARQUE CON UNA X O ESCRIBA CON LETRA CLARA Y LEGIBLE LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA.

1.- ¿Cuál es la enfermedad que se presenta con más frecuencia cuando una Infección Respiratoria Aguda se complica?

- 1) Dolor de oído 2) Amigdalitis (Anginas inflamadas) 3) Pulmonía

2.- ¿Sabe usted cuales son los signos de alarma de una pulmonía ?

- 1) Sí 2) No

Si la respuesta es afirmativa pase a la siguiente pregunta.

3.- Mencione 3.

4.- ¿Cual es la temperatura normal del cuerpo humano?

- 1) De 36 a 37oC 2) > de 37oC 3) No sabe

5.- ¿Donde debe ser tratada una pulmonía ?

- 1) Hogar 2) Hospital 3) Consultorio médico

Fecha: _____

Nombre del encuestador: _____

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

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CEDULA DE EVALUACION DEL
APRENDIZAJE DEL AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE.**

OBJETIVO: Unificar criterios para facilitar el llenado correcto de la cédula.

INDICACIONES GENERALES: Llenar a lápiz con letra de molde clara y legible.

PARTES EN QUE SE DIVIDE LA CEDULA: Esta cédula consta de, no. de folio, clase de riesgo, ficha de identificación y 5 preguntas

El folio se anotará en orden progresivo del no.1 al 17.

La clase de riesgo será de acuerdo a la clasificación correspondiente que va del 1 al 1V y será proporcionada por el investigador.

Ficha de Identificación:

Nombre: se anotará el nombre completo de la madre y/o cuidador.

Edad: anotarla en años cumplidos

Domicilio: nombre de la calle, número de la casa o departamento y colonia.

Manzana: el número de manzana será proporcionada por el investigador.

Menores de 5 años: anotar el número de menores de 5 años que habitan en la vivienda.

Las preguntas 1, 2, 4 y 5 marcar con una x la respuesta que se considere correcta.

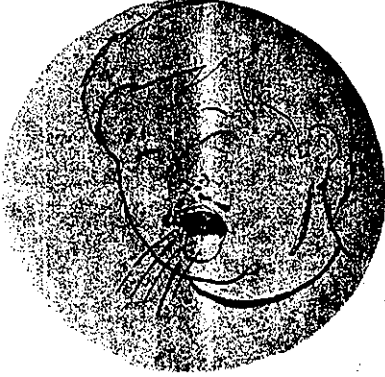
Las preguntas número 3 es abiertas y se anotarán los datos que el entrevistado proporcione

Fecha : anotar la fecha en que se aplicó la encuesta.

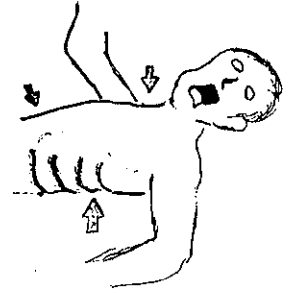
Nombre del encuestador : nombre completo de la persona que aplicó la encuesta.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SIGNOS DE ALARMA

TOS Y FLEMAS



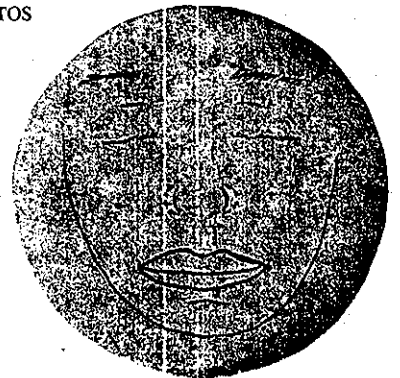
RESPIRACION RÁPIDA
DIFICULTAD PARA RESPIRAR
(TIRAJES)



DIFICULTAD PARA INGERIR ALIMENTOS



CIANOSIS O PIEL AZULADA



ALETEO NASAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM

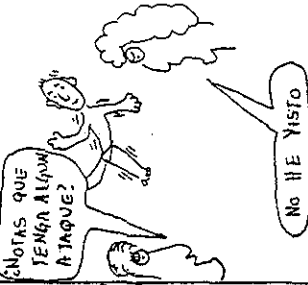
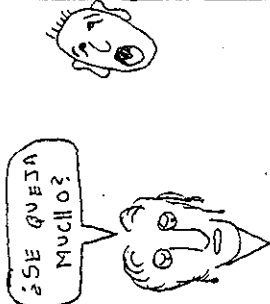
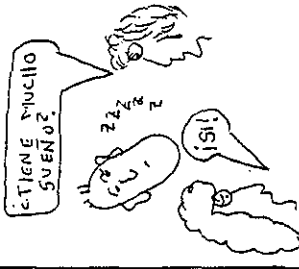
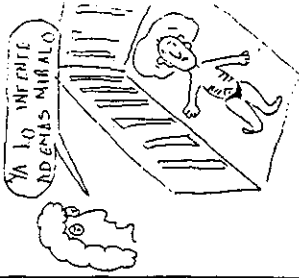
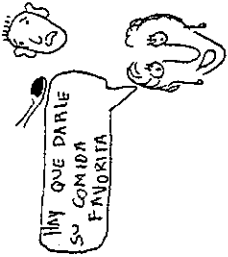
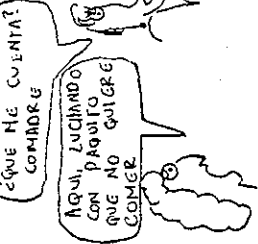
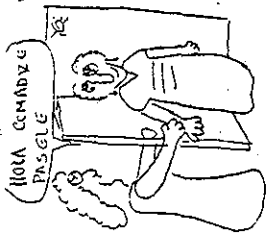
E.N.E.O

División de Estudios de Posgrado
Especialización de Enfermería en Salud Pública

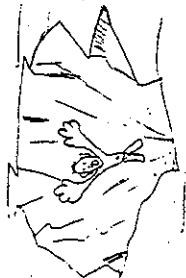
SEÑORA: Cuidado con
los signos
de alarma de complicaciones
por *IRAS*

Secretaría de Salud del Gobierno del D.F.
Jurisdicción Sanitaria Xochimilco

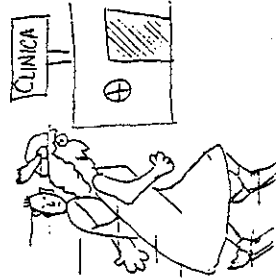
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



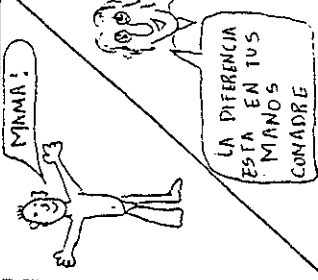
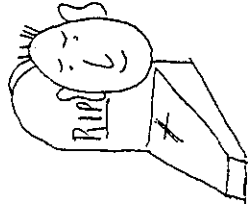
NO TE DAS CUENTA QUE ESTA PIDIENDO AYUDA



CORRE DE INMEDIATO CON EL MEDICO



POR QUE PUEDE SER "PULMONIA"



TESIS CON FALLA DE ORIGEN