

00943

**UNAM**  
**POSGRADO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

**SISTEMA DE APOYO EDUACTIVO EN  
PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LA  
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL, DIRIGIDO A FORTALECER LA  
AGENCIA DE CUIDADO EN EL PERSONAL DE  
SALUD DE LA MICRORREGIÓN JARDÍN DE  
TEPEYAC IV**

**ESTUDIO DE CASO:**

PARA OBTENER EL GRADO DE :  
ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA  
LIC. ENF. MARÍA EUGENIA MENDOZA FLORES

TUTOR ACADEMICO:  
MSP. SOFIA DEL CARMEN SÁNCHEZ PIÑA



MÉXICO, D. F.

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



2005

m349100

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



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.

INDICE	Págs.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
General	3
Específicos	3
<b>1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL</b>	
1.1 Salud Pública	4
1.2 Proceso Salud-Enfermedad	5
1.3 Enfoque de Riesgo	7
1.4 Diagnostico Comunitario	9
1.5 Teoría de Orem	11
1.6 Proceso de Enfermería	17
1.7 Consideraciones Éticas	26
<b>2. METODOLOGIA</b>	
2.1 Selección genérica del caso	29
2.2 Intervención especializada	31
2.2.1 Diagnostico comunitario	31
2.2.2 Valoración focalizada	39
2.2.3 Diagnostico de Enfermería	46
2.2.4 Intervención	48
2.2.5 Evaluación	60
<b>3. CONCLUSIONES</b>	65
<b>4. SUGERENCIAS</b>	66
<b>5. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b>	67
<b>6. BIBLIOGRAFIA GENERAL</b>	68
<b>6. ANEXOS Y APENDICES</b>	

## INDICE DE ANEXOS

	Pag.
No. 1 Cronograma de operaciones estratégicas	76
No. 2 Cedula de captación por familia	77
No. 3 Instructivo de captación de datos por familia	81
No. 4 Tabla de variables	86
No. 5 Definiciones operacionales	87
No. 6 Instructivo de cedula de captación de datos del déficit de autocuidado	88
No. 7 Cedula de captación de datos para déficit de autocuidado (OREM)	91
No.8 Sabana de concentración de datos cedula de déficit de autocuidado	96
No.9 Resultados del déficit de autocuidado (factores de riesgo)	97
No. 10 Cuestionario para evaluación de conocimientos en prevención, detección y tratamiento de la diabetes mellitus e hipertensión arterial del personal de salud.	99
N0.12 Carta descriptiva de la capacitación	100

## INDICE DE APENDICES

No. 1 Croquis panorámico de la microrregion Jardines del Tepeyac IV	104
No. 3 Croquis de la microrregion Jardines del Tepeyac IV	105

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por el apoyo y la tolerancia que me demostraron en los momentos más difíciles en el trayecto del posgrado

A mi hijo por su comprensión y cariño porque el tiempo dedicado al posgrado sea gratificado y de orgullo para mi hijo.

A los tutores clínicos, Dr. Rodríguez Leone y Especialista en Salud Pública Guadalupe Pérez Hernández por el apoyo para la realización del proyecto, por ser guías y académicos en el terreno de la Salud Pública.

A mi tutora académica Sofía Sánchez Piña porque su ejemplo me alienta a superarme día con día, gracias por compartir sus conocimientos y asesorías

A mi esposo por el tiempo compartido y la fortaleza que me hizo sentir para culminar otra etapa de mi carrera.

## INTRODUCCION

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) tiene la misión de impartir educación superior de posgrado en enfermería, que brinde a los estudiantes formación integral, capacidad científica, humanística y compromiso social en la participación interprofesional para la atención de la salud.

De acuerdo con lo anterior, la universidad se ha preocupado por la formación de enfermeras especialistas a nivel de posgrado que sean capaces de desarrollar una práctica de alta calidad, para responder a las demandas de atención especializada, así como las generaciones antecesoras que destacaron mediante las intervenciones aplicadas en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y rabia durante su periodo de estudio, en el Municipio de Ecatepec.

El presente estudio de caso se sustenta en un marco teórico conceptual que fundamenta la función esencial de la Salud Pública así como los antecedentes de la microrregión de estudio "Jardines del Tepeyac IV", correspondiente a la Coordinación Municipal de Jardines de San Gabriel Ecatepec, Estado de México.

Identificando el problema de salud y el área de estudio, se iniciaron las cinco etapas del proceso de enfermería 1) *Valoración* la cual comprende dos estudios, el diagnóstico de salud comunitario con enfoque de riesgo, identificando la presencia de mortalidad y morbilidad por diabetes mellitus e hipertensión arterial. Después se planeo una segunda valoración con el enfoque de autocuidado en un grupo vulnerable, donde se establece que estos daños a la salud tienen una estrecha relación con el estilo de vida y la Respuesta Social Organizada que se traducen en déficit de autocuidado por parte de la población mayor de 25 años de edad.

Con la evidencia de estos dos estudios, se elaboró 2) *El diagnóstico de enfermería* donde se propone un Sistema de Intervención de Enfermería de Apoyo-Educativo que considera que las unidades multipersonales deben adquirir conocimientos de promoción y fomento a la salud, para fortalecer su agencia de autocuidado y a posterior puedan prevenir y/o controlar la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.

En la tercera etapa 3) *La planeación*, contemplo los recursos materiales, humanos, económicos y legales para valorar la factibilidad de intervención en la comunidad. 4) *La ejecución*, se llevaron a cabo las actividades planeadas donde la primera estrategia fue la capacitación del equipo multidisciplinario. 5) *La evaluación*, se valoraron las metas y objetivos trazados.

La conclusión se estructuro en relación a los objetivos del estudio de caso, se agrega un apartado de sugerencias para futuros especialistas, que puedan ayudar a la reproducción de este tipo de estudios y lograr con éxito los objetivos. Finalmente se presenta la bibliografía y los anexos.

## OBJETIVOS

### GENERAL

Fortalecer la agencia de autocuidado a través de las estrategias de promoción y educación para el equipo de salud y la población con el fin de prevenir y/o controlar la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Fortalecer la agencia de autocuidado del personal de salud responsable de la microrregion Jardines del Tepeyac IV a través de un Sistema Enfermería de Apoyo-Educativo con el fin de tener herramientas para la prevención y el control de la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

### ESPECIFICOS

- Identificar los daños a la salud, los factores socioeconómicos, la Respuesta Social Organizada y aspectos demográficos de la población del área de estudio para integrar el diagnóstico de salud integral comunitario.
- Priorizar los problemas de salud identificados en la población vulnerable.
- Identificar las limitaciones de autocuidado a través de la Teoría de Orem en la población de estudio.
- Establecer los Diagnósticos de Enfermería en términos de limitaciones de autocuidado en la población de estudio.
- Diseño y ejecución de un proyecto de intervención de Enfermería integrado por estrategias vinculadas y simultáneas.
- Evaluar las estrategias de Enfermería a corto y mediano plazo, así como las metas propuestas.

## 1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

### 1.1 Salud Pública

*La Salud Pública* ha permitido en los últimos decenios ampliar la acción de la medicina hacia la promoción a la salud y prevención a la enfermedad. De acuerdo a la O.M.S. la Salud Pública es la suma de la salud de los individuos que componen la comunidad.

Wislow Hill, da mayor énfasis a los principios y acciones conservando la vigencia de reunir a la vez la filosofía y las funciones prioritarias de la salud pública. Para Freeman y Holmes, "*Salud Pública* es el estado de bienestar de la comunidad, como el estado de aquellas estructuras como instalaciones y formas de acción que la comunidad aplica para conservar la salud colectiva".

Según Julio Frenk "*Salud Pública* es un nivel de análisis a saber, el cual opera en el ámbito individual y de la investigación biomédica, analiza el nivel subindividual, y su esencia consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones. La perspectiva poblacional de la salud pública inspira sus dos aplicaciones, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción"<sup>1</sup>.

Fosdick. R. el ejercicio de la *Salud Pública* tiene como objeto hacer llegar a los conocimientos y adelantos de la tecnología biomédica a la población, mediante la organización de sistemas que administran los recursos en función a las necesidades del país. En esencia la Salud Pública trabaja con la interrelación de varias disciplinas como es<sup>2</sup>:

**Demografía:** estudia la distribución geográfica, la cantidad, la estructura, la dinámica de la población y las leyes que rigen estas variaciones.

---

<sup>1</sup> Frenk, Julio. "La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción" en la Salud de la población, hacia una nueva Salud Pública. Mexico, 1995.

<sup>2</sup> Blanco, Restrepo J. Maya MJ. Fundamentos en Salud Pública. Tomo 1 corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia, 1997.

**Estadística:** el conocimiento exacto de un fenómeno se basa en la medición de los resultados con relación a objetivos concretos y precisos. Es una herramienta para la medicina, salud pública, epidemiología entre otras.

**Ecología:** estudia el ambiente ecológico social, donde abre nuevos horizontes a la búsqueda de medios más eficaces de prevención de las enfermedades y de fomento de la salud.

**Economía:** estudia las formas en el hombre y la sociedad, de cómo obtienen y emplean los bienes y servicios, y la relación que existe entre pobreza, riqueza y salud.

**Sociología:** estudia las estructuras, funciones y dinámica de las sociedades humanas y los procesos de la salud-enfermedad, la desigualdad social de los diferentes grupos étnicos.

**Antropología:** estudia los grupos étnicos humanos y sus características sociales y culturales. Es llamada "ciencia del hombre" porque concentra su interés en todos los aspectos del hombre.

**Educación:** el aprendizaje humano es un proceso biológico social a través del cual el individuo cambia de actitudes y de comportamientos en esferas determinadas.

## **1.2 Proceso Salud-Enfermedad**

La salud y la enfermedad son conceptos relativos, a lo largo de la historia han sido percibidos por las sociedades de formas distintas y siempre influidas por dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas del momento e históricos<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> San Martín H. Salud enfermedad. La prensa médica mexicana. México 1990:27-31.

Es por ello que muchos autores han criticado el alto nivel de abstracción de los intentos de definición que se han dado respecto a la salud. A lo largo de la historia la concepción de la salud, del tratamiento de la enfermedad y de su prevención, se ha ido estructurando con distintas variables según las épocas alrededor de cuatro dualidades fundamentales: magia/ciencia y razón; población/individuo; espíritu/cuerpo; holismo/tecnicismo.

El enfoque positivista dado por la OMS en 1946, definió la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social y no simplemente como ausencia de enfermedad; de este concepto en adelante surgió la búsqueda de nuevos modelos explicativos que permitieron integrar las complejas interacciones de los procesos biológicos y sociales.

R. Dubos (1975) define a la salud como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio. L. Bozzini (1981) afirma que las palabras salud y enfermedad no tienen sentido si estas no son definidas en función de una persona determinada y en un medio físico y social concreto<sup>4</sup>.

A.C. Laurel establece que el objeto de estudio de la medicina clínica que permite aprender que es un proceso social e histórico la salud-enfermedad. La noción de salud reviste un carácter multidimensional según los contextos sociales y culturales y según otras características de los individuos; particularmente su nivel socioeconómico y su proximidad al aparato sanitario.

La salud es multifactorial, es decir, depende de muchos factores determinantes como son: Los biológicos o endógenos, los ligados al entorno, los vínculos al estilo de vida, los determinantes al uso o no de los servicios de salud entre otros<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Alfonso M. T, Alvarez D.C. Enfermería comunitaria I. Masson, Barcelona, España 1992:47-51.

<sup>5</sup> Reynald P. MD. La planificación sanitaria conceptos, métodos y estrategias. Masson España 1995:1-4

Se ha llegado a la conclusión que la salud-enfermedad es un proceso dialéctico, dinámico, que permite al individuo vivir en equilibrio dentro de un contexto histórico y social, comparado y medido con otro grupo tomando en cuenta el medio ambiente en que se desarrolla.

### 1.3 ENFOQUE DE RIESGO

Es el método para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos, con fines preventivos, determina prioridades de salud, define la reorganización de los servicios de salud, mejora la atención para todos sobre todo a los que más lo requieren, es un enfoque no igualitario "discrimina" en favor de quien tiene mayor necesidad de atención (buscando mayor impacto).

La palabra riesgo: significa la probabilidad de morir, enfermar o sufrir un daño a la salud. La medición de riesgo se expresa en tasas. 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 grupos específicos en una comunidad. Una de las características del uso del enfoque de riesgo es la consideración de todas las causas sin tomar en cuenta si son médicas, intersectoriales, emocionales, políticas y económicas. El enfoque se precisa en la medición de la relación entre factores de riesgo y daños a la salud tomando en cuenta la incidencia la cual mediremos con el riesgo absoluto que expresa la frecuencia total de un evento, es decir, la probabilidad real de que una enfermedad, accidente o muerte ocurra dentro de un período determinado; se obtiene dividiendo el número de casos nuevos producidos en un tiempo determinado entre la población, es decir, calculando una tasa de incidencia, el riesgo atribuible es la fracción etiológica de riesgo (FER) su fórmula es la siguiente:

---

FER= Tasa de incidencia

Tasa de incidencia

expuestos                      no expuestos

Tasa de incidencia en expuestos

Usos del enfoque de riesgo dentro del sistema formal de atención en salud: Aumento de cobertura, mejoramiento de patrones de referencia, modificación de los factores de riesgo, reorganización del sistema de salud en los niveles regional y nacional, adiestramiento del personal de salud. Fuera del sistema formal de atención en salud: autocuidado, atención comunitaria, políticas intersectoriales.

Con base en lo mencionado, la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec cuenta con un documento para calificar el riesgo familiar que fue evaluado en 1986 bajo la asesoría de Dr.Hermes Vallejos, integrante de la cooperación técnica alemana, a continuación se describen los criterios y metodología. De acuerdo al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) quien atiende a población abierta se consideran los siguientes criterios:

#### CRITERIOS DE RIESGO Y CALIFICACIÓN FAMILIAR

NUMERO DE RIESGO	CRITERIOS DE RIESGO	CALIFICACIÓN
1	Niños menores de cinco años	35
2	Mujeres en edad fértil (14-49 años)	15
3	Embarazadas	20
4	Integrantes de la familia que curse con algún problema crónico o transmisible	13
5	Otros grupos etéreos	10
6	Inmunización canina y vivienda deficiente	7
	TOTAL	100

Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 2000

## Metodología

A partir de estos criterios se otorgará una calificación a cada una de las familias, la que se sumará un total de 100 puntos considerando los 6 criterios como resultado nos dará una escala de riesgo familiar de acuerdo al siguiente puntaje: *Riesgo 1* es de 55 y más puntos, *el Riesgo 2* de 40 a 54, *el Riesgo 3* de 25 a 39 y *el Riesgo 4* de 7 a 24. La calificación por riesgo familiar nos dará el grado de daño que cada familia tiene.

Para definir un factor de riesgo: como la probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud, estos puede ser biológico, ambiental, social, de comportamiento, culturales, económicos entre otros, Los factores de riesgo son, por lo tanto, características asociadas con un cierto tipo de daño a la salud relacionado con la atención a la salud; debe reunir los siguientes criterios<sup>6</sup>:

- a) fuerza de asociación
- b) especificidad de asociación
- c) consistencia del conocimiento existente
- d) asociación temporal y credibilidad biológica

### 1.4 Diagnóstico Comunitario

Es la descripción del hábitat humano y su entorno así como la identificación de "núcleos naturales" con la ayuda de variables tales como rasgos topográficos (ríos, montañas, uso de las tierras), los atributos sociodemográficos de los residentes (edad, sexo, ingresos, empleo, educación, modelos de familias), factores poblacionales (distribución, densidad, movilidad, migración), el lugar y la distribución de las instituciones de salud así como los indicadores a la salud, enfermedad y mortalidad, así como el bienestar social tales como: la prevalencia del alcoholismo, drogadicción, prostitución, criminalidad, suicidios.

---

<sup>6</sup> Enfoque de riesgo 1 Especialidad en Salud Pública ENEO UNAM 1997

Con la visión de la salud comunitaria a fin de llevar una planificación viable y factible para la solución de los problemas detectados por la respuesta social organizada (R.S.O)<sup>7</sup>.

El nivel de análisis con que el diagnóstico aborda la situación de salud es el descriptivo, el explicativo, el predictivo, y el evaluativo. Existen tres tipos de diagnóstico en un estudio transversal:

- a) Administrativo: detecta la deficiencia de recursos basándose en: productividad, daños a la salud, servicios de salud, factores condicionantes.
- b) Estratégico: detecta necesidades de cambio por medio de los estratos socioeconómicos productivos (diferencias sociales).
- c) Ideológico: busca el cambio de estructura social apoyada en el proceso salud enfermedad, la R.S.O. y la marginación (pobreza).

En el diagnóstico de salud se reflejan necesidades sentidas, expresadas, normativas y la determinación de prioridades de daños e intervenciones en salud es el elemento clave para la toma de decisiones. Los criterios empleados para establecer prioridades en salud son: la importancia del problema, la capacidad del programa para dar solución y la factibilidad de intervención. Se establecen prioridades de salud en función de: daños a la salud y factores de riesgos de acuerdo a las áreas físicas o geográficas<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Reglabiato M., J. Ruiz-M. Arranz. Metodología de investigación en epidemiología. Díaz de Santos. Madrid España, 1996:21-

<sup>8</sup> Moreno O. Marco conceptual del diagnóstico: metodología del diagnóstico integral. INSP, México 1995:5

### 1.5 Teoría de Orem (Déficit de autocuidado)

Las enfermeras especialistas en Salud Pública cumplimos con funciones esenciales, la investigación es una tarea primordial en donde tenemos una perspectiva teórica para poder especular y reflexionar sobre el objeto de estudio para optar por un Sistema de Enfermería acorde a la problemática valorada.

Este modelo de enfermería de Dorothea Orem define al **déficit de autocuidado** como la incapacidad del ser humano para cuidarse de sí mismo, es decir, de conocer y satisfacer sus propios Deficiencias de Autocuidado Terapéutico (DACT) asociadas a la salud. Existen limitaciones para el autocuidado como es el conocimiento insuficiente sobre si misma, el no deseo de adquirir conocimientos, dificultades para aprender, la falta de ocupación continuada , la toma de conciencia limitada para el juicio y toma de decisiones sobre la salud, entre otras.

El lado contrario del déficit es el autocuidado concepto que aparece en los Estados Unidos desde la década del 60's, en México surge en la década del 90's, este concepto se liga con ideas de autonomía en la salud y con trabajos de grupos y asociaciones civiles que proclaman una actitud más participativa de los individuos en el cuidado de la salud, grupos que enfrentan enfermedades crónicas y alcoholismo o bien grupos feministas que reclaman una decisión sobre de sus cuerpos.

A partir de la declaración de Alma Ata (1978), se asocia la cultura de la prevención y de la estrategia de educación para la salud así como de la participación comunitaria y del individuo, fomentando al máximo la autoresponsabilidad y el rol de un educador que promueve la organización independiente de las comunidades, bajo ideas que giren en torno a "los

individuos que se educan entre sí" "educar para transformar la realidad" "tomar en sus manos su propio destino", entre otros.

Es un proceso que constantemente se enriquece de acuerdo al grupo social al que se pertenece. En la etapa adulta se cuenta con la conciencia y los conocimientos para "autocuidarse" con el pleno **deseo y el compromiso** de emprender esta serie de acciones. Al carecer con alguno de estos potenciales el individuo está expuesto a la desviación a la salud, al deterioro del desarrollo humano es aquí donde el profesional del cuidado debe implementar *un Sistema de Enfermería* donde se realiza un trabajo sistematizado desde la valoración de los requisitos de autocuidado tanto para los factores de condicionamiento básico los que regulan los procesos de desarrollo humano y aquellos que derivan de deterioro físico y psíquico en el ámbito individual y/o familiar, es decir, de unidades multipersonales. Este último término se carece de conocimientos en el terreno de lo comunitario. Es evidente que se desarrolle con mayor detalle la teoría que a continuación se describe:

El autocuidado como lo menciona Orem es una acción de las personas maduras y en proceso de madurar que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales. El individuo cuando se "cuida" tiene la capacidad de acción: La agencia o capacidad de actuar intencionadamente para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento. Para llegar a un autocuidado efectivo el individuo debe de realizar las siguientes actividades:

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

- Promoción del bienestar.

Un componente de la Teoría de Orem<sup>9</sup>, son los requisitos de autocuidado de los cuales se desprenden tres requisitos: Universales, Desarrollo y de Desviación de la Salud.

*Los requisitos Universales* representan las clases de acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y el funcionamiento humano, que a su vez apoyan el desarrollo y maduración humanos. Se basan en los siguientes requisitos comunes:

- 1.- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- 2.- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente
- 3.- El mantenimiento de aporte suficiente de alimentos
- 4.- Los cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.
- 5.- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- 6.- El mantenimiento de la soledad y la interacción humana
- 7.- La prevención de accidentes para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos.
- 8.- La prevención del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo humano de ser normal<sup>10</sup>.

Estos ocho requisitos de autocuidado universal desde un punto de vista cualitativo o cuantitativo, o desde ambos, se van diferenciando por *los factores básicos condicionantes* como es: la edad, sexo, estado de

---

<sup>9</sup> CAVANAGH, Stephen, J. "Modelo de Orem, aplicación practica". Ediciones Cientificas y Técnicas, S.A. Madrid. 1995. PP 7

<sup>10</sup> Ibidem p 134.

desarrollo, de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, de salud, factores de sistema familiar, patrón de vida incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente, factores ambientales y disponibilidad de recursos. Orem afirma que las variedades de prácticas dentro de los grupos sociales y la gama de prácticas reflejan no solo los ajustes a largo plazo a las condiciones ambientales; si no también el tipo y cantidad de conocimientos que han sido adquiridos y que han puesto en práctica dentro del grupo social al que se pertenece.

Cuando se satisfacen los requisitos Universales, constituye una parte integral de la vida diaria de los individuos y de sus grupos. Sin embargo pueden predominar ciertas condiciones que separan la estructura de la vida humana. Estas condiciones pueden ser: la contaminación del aire del agua y los alimentos con materiales nocivos; escasez de alimento y agua; condiciones adversas a las actividades laborales entre otros.

*Los requisitos de autocuidado de Desarrollo "son expresiones especializadas de expresión universal que han sido particularizados para dicho proceso de desarrollo":* Hay dos tipos de requisitos:

1.- Crear y mantener las condiciones de los procesos vitales y promover los procesos de desarrollo y hacia la maduración durante:

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

2- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano:

- a) Deprivación educacional
- b) Problemas de adaptación social
- c) Fracaso de una individualización saludable
- d) Pérdida de familiares o amigos asociados
- e) Pérdida de posiciones, de la seguridad laboral
- f) Cambio brusco de la residencia o entorno desconocido
- g) Problemas asociados con la posición
- h) Mala salud o incapacidad
- i) Condiciones de vida opresivas
- j) Enfermedad terminal o muerte inminente

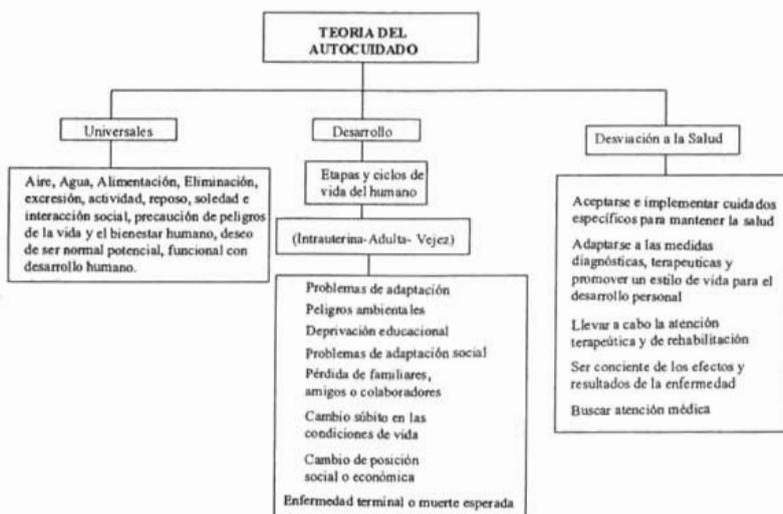
Por último los requisitos de autocuidado de *Desviación a la Salud* existen cuando se observan cambios en la estructura humana, el funcionamiento físico o en la conducta y hábitos de la vida diaria. Hay seis categorías:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con estados humanos patológicos o condiciones psicológicas que se saben o están asociadas con patología humana.
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o la regulación del funcionamiento humano integradora la correlación de deformidades o anomalías, o la compensación de incapacidad.
4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos en el desarrollo.
5. Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo

como ser humano con estado de salud particular y necesitada de formas específicas de cuidados de la salud.

6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con estilo de vida que fomenten el desarrollo personal continuado".

Se representa en un cuadro sinóptico los requisitos de autocuidado:



Cuando existen factores que limiten el autocuidado de los individuos; entonces surge *la Demanda de Autocuidado Terapéutico*, donde se hace evidente la formación de una Sistema de Enfermería, es decir, es el resultado de un proceso de relaciones entre personas que pertenecen a grupos diferentes; grupo uno, paciente legítimo y grupo dos, enfermera legítima; generando la agencia y la demanda de autocuidado.

La agencia de autocuidado comprende la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requisitos continuos de cada uno mismo que regulan los

procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura del funcionamiento y desarrollo humanos y promueve el bienestar. La demanda de autocuidado son las habilidades especializadas que permiten a las enfermeras proporcionar la atención que compensa o ayuda a superar las deficiencias relacionadas con la salud.<sup>11</sup>

Ahora bien, se ha diagnosticado "*el déficit de autocuidado*", en donde se ha valorado el desequilibrio que se origina en los seres humanos cuando son sometidos a limitaciones de salud siendo incapaces de conocer los requisitos para el cuidado regulador de sí mismos; es aquí donde la agencia de enfermería contempla tres sistemas de intervención (dependen del tipo de demanda de cuidado): *Sistema de Enfermería totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo/educación.*

El primer sistema, va encaminado cuando la persona que demanda cuidados esta totalmente incapacitada para llevar acciones de autocuidado; el segundo, se realiza cuando la persona tiene algunas habilidades y capacidades de autocuidarse y la enfermera cubre las otras necesidades que el individuo no puede cubrir; finalmente *el tercero*, se refiere a la educación y orientación que se le da al individuo cuando éste cuenta con capacidad y habilidad de autocuidarse; aquí el objetivo principal es proporcionar el conocimiento que requiere, en reacción a su padecimiento para que sea autosuficiente en su cuidado.

### **1.6 Proceso de Enfermería (Taxonomía de la Nanda)**

El proceso de enfermería es un método que nos permite identificar necesidades y problemas a través de un enfoque, fijando objetivos que

---

<sup>11</sup> ISEBERG, Marjaire, A, "Desarrollo de la teoría de enfermería y su aplicaciones en la practica". U.N.A. de Nuevo

dirige las acciones de enfermería dando una resolución a los problemas encontrados.

R. Alfaro define al proceso de enfermería como: "un método sistematizado y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas en forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud". El proceso consta de cinco etapas:

1. Valoración se reúnen y examina la información (datos) con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas. El proceso de recolección de datos incluye las siguientes actividades: Obtención, validación, organización de los datos e identificación de los modelos.
- 2 Diagnóstico una vez reunidos todos los hechos necesarios se estará a punto de determinar las capacidades (que precisan ser reforzadas usadas al desarrollar el plan de cuidados) y los problemas de salud reales o potenciales. Determinando que problemas pueden resolverse mediante intervenciones independientes de enfermería y que problemas deben ser prescritos por algún otro profesional de los cuidados de la salud cualificados para ello.

El diagnosticar requiere de una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios; la American Nurses Association (ANA) aprobó y legitimó el uso del término diagnóstico de enfermería y de proceso diagnóstico, exponiendo que: "los diagnósticos de enfermería, se obtienen de los datos del estado de salud del cliente"<sup>12</sup>

Esto proporcionó al profesional de enfermería un apoyo legal y una

---

<sup>12</sup> HERNANDEZ Conesa. Fundamentos de Enfermería teoría y método, Ed. Mc.Graw-Hill Interamericana. España, 1999. p.127

obligación profesional de utilizar el proceso diagnóstico para determinar los diagnósticos de enfermería adecuados.

La primera conferencia nacional sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería fue organizada en 1973, y dio lugar a la publicación de la primera lista de diagnósticos. De este modo, la NANDA se desarrolló a partir de un grupo de profesionales de la enfermería asistentes a dicha conferencia e interesados por el problema de los diagnósticos.

El diagnóstico de enfermería debe ser compatible con la definición de la NANDA, esto es, debe cumplir los siguientes requisitos:

- ✓ La designación proporciona un nombre al diagnóstico
- ✓ La definición ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define su significado y lo diferencia de otros diagnósticos.
- ✓ Las características definitorias se refieren a las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico
- ✓ Los factores relacionados son las situaciones o circunstancias que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico
- ✓ Los factores de riesgo son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo.

Así mismo la NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería:

**REAL** es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.

**DE ALTO RIESGO** es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema.

Así mismo la NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería:

**REAL** es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.

**DE ALTO RIESGO** es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema.

**DE BIENESTAR** es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar, a un nivel más elevado

Sin embargo, para establecer un consenso sobre una pertinente clasificación de los diagnósticos de enfermería, a nuestro juicio, es necesario la utilización de un marco conceptual apropiado para establecer dicha clasificación, ya que uno de los mayores problemas que se pueden dar en su aplicación es la inoperancia de los diagnósticos que no correspondan con los postulados del modelo teórico enfermero que elijamos para llevar a cabo una intervención concreta.

La Taxonomía de la NANDA es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el Comité for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association. La utilidad de estar incluido como un lenguaje enfermero reconocido es que indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil. La Taxonomía está registrada con un Health Level 7 (HL7) y está incluida en el mapa de la Statistical Nomenclatura Of Medicine (SNOMed). La Taxonomía

Eje 2. Tiempo. El tiempo se define como la duración de un período o intervalo los cuales son: agudo, crónico, intermitente y continuo.

- Agudo: menos de 6 meses
- Crónico: más de 6 meses
- Intermitente: cesa y empieza de nuevo a intervalos, periódico, cíclico.
- Continuo: interrumpido, sin parar

Eje 3. Unidad de cuidados. La unidad de cuidados se define como la población concretamente como individuo, familia, grupo y comunidad.

- Individuo: ser humano singular, distinto de los demás, una persona.
- Familia: dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionadas por consaguinidad o elección
- Grupo: individuos reunidos, clasificados o que actúan juntos
- Comunidad: "grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobierno. Los ejemplos incluyen vecindarios, ciudades, censos y poblaciones de riesgo"
- Cuando la unidad de cuidados no se explicita, por defecto se considera que es el individuo.

Eje 4. Edad. La edad se define como la duración del tiempo o intervalo durante el cual ha existido un individuo los cuales son:

- Feto
- Neonato
- Lactante

- Niño pequeño
- Preescolar
- Escolar
- Adolescente
- Adulto joven
- Adulto maduro
- Anciano joven
- Anciano
- Gran anciano

Eje 5. Estado de salud. Se define como la posición o rango en el continuum de la salud de bienestar a enfermedad (o muerte), los cuales son: bienestar, riesgo o real

- Bienestar: calidad o estado de estar sano, especialmente como resultado de un esfuerzo deliberado.
- Riesgo: vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida
- Real: existente de hecho o en la realidad, existente en ese momento.

Eje 6. Descriptor. El descriptor o modificador se define como el juicio que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero. Los valores del eje 6 son:

- Anticipado: hecho de antemano, previsto
- Aumentado: mayor en tamaño, cantidad o grado
- Bajo: contiene una cantidad inferior a la normal de algún elemento habitual
- Comprometido: vulnerable a una amenaza

- Defensivo: constantemente se siente atacado y necesita justificar rápidamente sus acciones
- Deficiente: inadecuado en cantidad, calidad o grado; no suficiente; incompleto.
- Depleccionado: vacío total o parcialmente, exhausto
- Desequilibrado: desestabilizado, descompensado
- Desorganizado: que destruye la disposición sistemática
- Desproporcionado: incoherente con un estándar
- Deteriorado: empeorado, debilitado, lesionado, reducido
- Disfuncional: de funcionamiento anormal, incompleto
- Disminuido: reducido; menor en número, cantidad o grado
- Disposición para mejorar (para usar con los diagnósticos de salud): aumentar en cantidad o calidad, lograr lo más deseado
- Efectivo: que produce el efecto pretendido o deseado
- Equilibrio: estabilidad, compensación
- Excesivo: caracterizado por un número o cantidad mayor que lo necesario, deseable o útil
- Funcional: de funcionamiento normal y completo
- Habilidad: capacidad para hacer o actuar
- Incapacidad: falta de habilidad para hacer o actuar
- Incapacitante: que lo hace impracticable o incapaz; que incapacita
- Inefectivo: que no produce el efecto deseado
- Interrumpido: que altera la continuidad o uniformidad
- Organizado: que forma una disposición sistemática
- Percibido: que se toma conciencia a través de los sentidos; asignación de significado
- Retrasado: pospuesto, impedido, retardado
- Trastornado: agitado o interrumpido, que interfiere

Eje 7. Topología. Consiste en las partes o regiones corporales: todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas; los valores del eje 7 son:

- Auditivo. neurovascular periférico
- Cardiopulmonar. olfativo
- Cerebral, oral
- Cutáneo,. renal
- Gastrointestinal. táctil
- Gustativo, urinario
- Intestinal, vascular periférico
- Intracraneal. visual
- Membranas mucosas

Los grupos de la taxonomía representan todas las áreas de la práctica enfermera. Las intervenciones también pueden utilizarse con otras clasificaciones diagnósticas incluyendo la NANDA, ICD, DSM y Omaha.

Consta de 7 campos y 30 clases, que las podemos ver en el siguiente esquema contraible :

Campo 1. Fisiológico básico: cuidados que apoyan el funcionamiento físico.

Campo 2. Fisiológico complejo: cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Campo 3. Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios del estilo de vida.

Campo 4. Seguridad: Cuidados que apoyan la protección contra peligros

Campo 5. Familia: Cuidados que apoyan la unidad familiar.

Campo 6. Sistema sanitario: Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación sanitaria.

Campo 7. Comunidad: Cuidados que apoyan la salud de la comunidad

La clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) son practicas que realizan los profesionales de enfermería, se reflejan las necesidades de los pacientes.

La CIE se han relacionado con los diagnósticos de enfermería de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), los problemas del sistema Omaha y los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (Nursing Outcomes Classification, NOC).

Según Deal: "a medida que el impacto devastador de problemas de salud pública como el SIDA, la mortalidad infantil, los embarazos de adolescentes, el abuso de menores y la violencia doméstica con más evidentes a escala nacional, existe una clara necesidad de programas sanitarios eficaces basados en la población...La División de Cuidados Sanitarios de la Comunidad de la Asociación de Profesionales de Enfermería Americana define los cuidados sanitarios de la comunidad como una síntesis de práctica de enfermería y de práctica de salud pública aplicadas para fomentar y preservar la salud de poblaciones, Una intervención de salud comunitaria se centrada en fomentar y preservar la salud de poblaciones. Incluyen estrategias para dirigir el clima social y político donde reside la población.

3. Planificación: Una vez identificadas las capacidades y problemas, es el momento de trabajar con el paciente (y familia) para desarrollar el plan de acción que reducirá o eliminara los problemas y promoverá la salud. Como primer paso se debe de fijar las prioridades, con los objetivos y/o resultados esperados del paciente o cliente, determinación de las actividades que ayuden al cumplimiento de los objetivos (acciones de enfermería). Anotación del plan de cuidados de enfermería.
4. Ejecución: Se continua con la reunión y valoración de los datos, realizar

las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación, anotar "registrar" y comunicar los cuidados de enfermería, mantener un plan de cuidados actualizado.

5. Evaluación: Durante esta etapa se debe efectuar una nueva valoración exhaustiva de todo el plan de cuidados permitiendo identificar los cambios necesarios para mejorar un poco más dicho plan. La evaluación implica las siguientes actividades: Establecimiento de los criterios para la evaluación, evaluación de la consecución de los objetivos valoración de las variables que afectan la consecución de los objetivos modificación del plan de cuidados, conclusión de los cuidados de enfermería, las etapas del proceso de enfermería están estrechamente relacionadas entre sí, cada una depende de la precisión de la etapa que la ha precedido.

### 1.7 Consideraciones Éticas

En la investigación se consideran los aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la población sujeto de estudio.

Dentro de las consideraciones éticas se contó con el consentimiento informado de los participantes en el estudio mediante la firma de conformidad en el instrumento de valoración utilizado, previa a una explicación clara y completa sobre la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que se usaron y su propósito, los beneficios que pueden obtenerse y la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración, a cualquier duda acerca de los procedimientos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. **Los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente para la investigación.**

La investigación no implicó riesgos para la población en estudio dado que se emplearon técnicas y procedimientos comunes, pero sí beneficios a través de la valoración focalizada que nos llevó a determinar el déficit de autocuidado.

Lo anterior se sustentó en la **Ley General de Salud**, la cual establece en materia de investigación para la salud lo siguiente:

ART. 28 Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para esta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ART. 29 En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales
- III. Las molestias o riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que pueden obtenerse;
- V. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda a cerca de los procedimientos, riesgos y otros asuntos relacionados con la investigación y tratamiento del sujeto;
- VI. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el

estudio, sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

- VII. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

ART. 30 Cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, la comisión de ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no, que el escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenido a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad.

En caso de no autorizarse por la comisión, la investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier momento del estudio.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 Selección genérica del caso

Es un momento crucial dentro del proceso de atención de enfermería, aquí se determina como organizar las actividades orientadas al logro de los objetivos; implica también priorizar la problemática encontrada con base a la información obtenida del perfil epidemiológico ,demográfico donde se planea un diseño de intervención para saber los logros obtenidos.

De acuerdo al taller de priorización de daños a la salud en la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, por el grupo normativo de las diferentes Coordinaciones Municipales, se seleccionó el área y el grupo etéreo de estudio, por medio de la formula del índice de dependencia y el método de Hanlon contemplando que la primera causa de muerte se debe a la hipertensión arterial y como segunda causa la diabetes mellitus en la población mayor de 25 años en "Jardines del Tepeyac IV" que pertenece a la Coordinación Municipal de Salud de Jardines de San Gabriel.

$$\text{Relación de dependencia} = \frac{\text{pob. de 0-14 años} + \text{pob. de 66 años y más}}{\text{Pob. de 15 a 65 años}} \times 100$$

Refleja el peso económico de una sociedad en términos de programas sociales, sanitarios, educativos y económicos que hacen o harán falta poner en marcha para dar respuesta a las necesidades de los más jóvenes y de los más viejos.

METODO DE HANLON

Problemas de salud	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	PERTINENCIA	FACTIBILIDAD	ACEPTABILIDAD	RECURSOS	LEGALIDAD
Hipertensión Arterial	10	8	5	6	6	9	8	9
Diabetes Mellitus	8	7	3	4	6	9	9	9
Tumores Malignos	5	7	1	3	4	5	3	5
Accidentes	5	3	1	5	3	2	6	5
Cirrosis	3	6	1	2	4	3	2	
Neumonía e Influenza	9	8	2	7	5	2	7	8
VIH	4	8	5	1	3	2	5	5
Homicidios	6	6	1	2	3	2	2	3
TB pulmonar	8	9	3	4	4	7	6	8

Fuente: Taller de priorización con normativos de las COMUSAS de Ecatepec. Edo de México 2000.

## 2.2 Intervención especializada

### 2.2.1 Diagnostico Comunitario

Identificación del área de estudio

Institución: *Instituto de Salud del Estado de México ISEM*

Jurisdicción de Adscripción: *Ecatepec*

Jefe jurisdiccional: *Dr. Roberto Rodríguez Leone*

Coordinación municipal de adscripción: *Jardines de San Gabriel*

Coordinador municipal: *Dr. Miguel Minaya Solano*

Lugar de adscripción: *Microrregión Jardines del Tepeyac IV*

Técnico en Atención Primaria a la Salud: *Patricia López Vásquez*

Municipio: *Ecatepec de Morelos, Edo. De México*

Fecha: *Enero – Septiembre 2000*

Generalidades

El Estado de México se localiza en la parte centro sur de la República Mexicana, políticamente

esta dividido en 121 municipios, encontrándose 3,858 localidades, divididas en 17 Ciudades, 33 Villas y 705 pueblos, el resto son ranchos y ejidos, cada uno de ellos con menos de 500 habitantes.



El Estado de México constituye uno de los mayores polos de concentración poblacional, originado por fuertes flujos migratorios hacia el área periférica metropolitana, determinando una recomposición permanente de la población. La migración interna es un fenómeno que determina la distribución de la población y expresa los diferentes niveles de desarrollo regional alcanzado en los Estados de la República.

## Antecedentes Históricos del Municipio de Ecatepec



Ecatepec es un vocablo de origen náhuatl compuesto por las palabras "ehécatl" que significa "viento" y "tépec" que quiere decir, en el cerro. La forma original de esta última palabra es "têpetl" "cerro", pero aquí se encuentra modificada por el sufijo gramatical "c" que significa "en" o "lugar de". De ésta manera Ehecátêpec, nombre

prehispánico de Ecatepec, se traduce etimológicamente y literalmente "donde está el cerro del viento", "lugar del cerro del viento" o, simplemente "en el cerro del viento".

### Límites

NORTE: *Municipios Jaltenco y Tecamac.*

SUR: *Deleg. Gustavo A. Madero del D.F. y municipio de Nezahualcoyotl*

ORIENTE: *Municipios Atenco, Texcoco, Acolman.*

PONIENTE: *Tlalnepantla y Coacalco.*

Extensión territorial de 186,813 Km.<sup>2</sup>

Altura: media de 2, 250 m. sobre el nivel del mar.

### Servicios sanitarios y asistenciales

La infraestructura sanitaria y hospitalaria cuenta con alrededor de 150 centros de atención de los cuales cerca de un centenar corresponden a la iniciativa privada, el resto está distribuido de la siguiente forma: Clínicas IMSS 4, Clínica ISSSTE 2, Clínica DIF 1, Coordinación sanitaria 18, Maternidad ISEM 1, Hospitales 2, Clínica hospital 1, Hospital Cruz Roja 1 y Hospital ISEM 1

La microrregión Jardines del Tepeyac IV se encuentra localizada en la Coordinación Municipal de Salud de Jardines de San Gabriel, en el municipio de Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Superficie territorial: 186, 813 Km<sup>2</sup>

Superficie territorial de la microrregión: 200 000 m<sup>2</sup> es decir, 0.2 Km<sup>2</sup>,

Densidad de población: 62 m<sup>2</sup> por habitante;

Altura: 2,250 m. sobre el nivel del mar.

Límites:

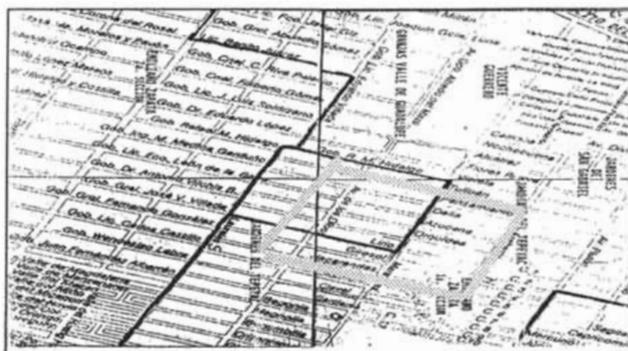
NORTE: Av. Maravillas y la Emiliano Zapata II.

SUR: Av. Laureles y la Granjas Valle de Guadalupe.

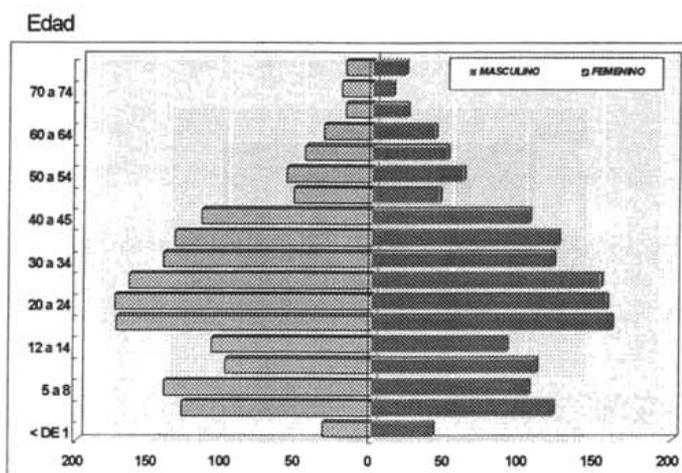
ESTE: calle Lirio y la Jardines del Tepeyac II.

OESTE: calle Violetas y la Granjas Valle de Guadalupe II

#### Croquis del área de estudio



#### PIRAMIDE POBLACIONAL DE "JARDINES DEL TEPEYAC IV" JUNIO 2000.



Fuente: Cédula de captación de datos por familia de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatpec (ISEM).

#### Resultados

Se observa la pirámide de tipo expansiva; el total de la población es de 3205 habitantes, de los cuales, 1654 son mujeres y 1551 hombres, existe una razón de uno a uno; la población de menores de un año iguala al grupo de 60 a 65 años, los menores de un año presentan una disminución muy observable en comparación con el grupo etáreo de 1 a 4 años, el mayor número de población se concentra en los grupos de edad de 15 a 45 años, compuesto principalmente por población económicamente activa.

## CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LA POBLACION

Variable	Frecuencia	Porcentaje
No Seguridad Social	1924/3207	60
Obreros de la manufactura y la producción fabril	573/1194*	48
≤ 2 salarios mínimos	541/1194	45
≤ escolaridad de primaria	1597/ 2833**	56

Fuente: Cédula de captación de datos por familia, junio 2000.

\*Población Económicamente Activa (≥ 12 años de edad)

\*\* Población >de 6 años de edad.

Con relación al tipo de ocupación el 48% se encuentra inserto en las fábricas y con ello se traduce en un trabajo donde no les garantice prestaciones como es la seguridad social, es decir, el 60% de las familias no cuentan con dicha prestación (población abierta). El ingreso económico de las familias de acuerdo al salario mínimo estimado por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público (\$ 38.00) el 45% gana un salario mínimo. Tienen un nivel de escolaridad básico de primaria completa e incompleta con un 56%.

## CONDICIONANTES DE SALUD-ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN

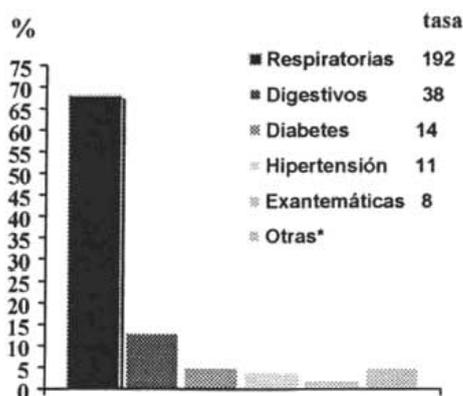
N=3207

Hábitos	Frecuencia	Porcentaje
3 días a la semana consumo de refrescos, pan y pastas	1507	47
2 días a la semana ejercicio	2469	77
Sobrepeso*	1341	42

\* I.M.C= >25 <30

En relación a los factores de riesgo llaman la atención que la población solamente realiza ejercicio 2 días a la semana con un 77%. En cuanto a los hábitos alimenticios se observa que tres días a la semana consumen refresco, pan y pastas (47%) y por ende hay un sobrepeso de la población de un 42%.

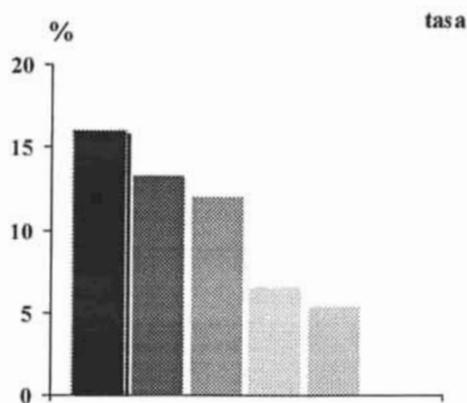
**MORBILIDAD GENERAL DE LA POBLACIÓN**  
**"JARDINES DEL TEPEYAC IV", JULIO 1999 A JUNIO DE 2000.**



Tasa de incidencia x 1000 hbs.  
 \*Ginecológicas, renales, musculoesquelético y cardíacas.  
 Fuente: Cédula de captación de datos por familia.

Se observa un alto porcentaje de las familias (49%) que presenta el riesgo 3, que son susceptibles a padecer enfermedades crónico-degenerativas. En relación a la morbilidad existe una tasa significativa en padecimientos como: infecciones respiratorias (192.5 x cada 1000 hab.), enfermedades del aparato digestivo (37.7 x cada 1000 hab.), diabetes mellitus (14 x cada 1000 hab.) e hipertensión arterial (11.2 x cada 1000 hab.). Estas cuatro causas de morbilidad están estrechamente vinculadas al cuidado y al estilo de vida.

**MORTALIDAD GENERAL DE LA POBLACIÓN  
"JARDINES DEL TEPEYAC IV", JULIO 1999 A JUNIO DE 2000.**



Tasa de incidencia x 1000 hbts.  
Fuente: Cédula de captación de datos por familia.

Los porcentajes de mortalidad más elevados son los siguientes: la DM registra un 13,3% si se suman con problemas circulatorios 12% y con problemas renales 5.4%; será un total del 30.6% que fallecen por estos problemas de salud. Las causas de muerte por HTA son de un 6.6% más la asociación de los problemas cardíacos 16% es un porcentaje del 22.6% que muere por alguna de estas causas, afectando a los mayores de 45 años de edad.

Los resultados obtenidos son la base para llevar a cabo una técnica para priorizar los problemas (parrilla de análisis con la previa selección "trillaje", tomando en cuenta el principio en salud pública de "primero vida y después salud"). Una vez identificado el problema o daño a la salud con altas tasas de mortalidad y morbilidad por DM y HTA en mayores de 25 años se contempla una segunda valoración a través del enfoque de la *teoría del déficit de autocuidado* y poder así emitir un *diagnóstico de enfermería* para después planear un proyecto de intervención de impacto.

### **Priorización**

Con relación a los daños a la salud sé priorizó la diabetes mellitus y la hipertensión arterial como principales problemas en el área de estudio, con base a la clasificación de riesgo y la tasa de mortalidad. La evidencia de muertes nos da la pauta de profundizar en los problemas con el enfoque del *déficit de autocuidado* (Dorothea Orem 1992). La propuesta para el siguiente estudio es un descriptivo transversal, con la pregunta de investigación ¿Qué influye en la población focalizada mayor de 25 años para tener déficit de autocuidado para morir o enfermar de DM y/o HTA?

PARRILLA DE ANALISIS PARA LA  
DETERMINACIÓN DE NECESIDADES

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	IMPORTANCIA	RELACIÓN RIESGO/ DAÑO	CAPACIDAD DE INTERVENCIÓN	FACTIBILIDAD	TOTAL
Alta tasa de morbilidad por Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en población mayor de 25 años de edad.	5	5	4	4	18
Alta tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en población mayor de 25 años de edad.	5	5	4	4	18
Inmunización incompleta de vacuna antirrábica en perros y gatos	4	3	5	5	17
Falta de cobertura de vacuna DPT en menores de 5 años	4	1	5	5	15
Falta de cobertura de vacuna Toxoide Diftérico en embarazadas	4	1	5	5	15
Medidas higiénicas familiar deficiente sobre el cepillado de dientes, desinfección de verduras y lavado de sanitarios	3	3	4	3	13
Carencia de recurso necesario para la conservación de alimentos (refrigerador) en parte de la población	4	3	1	2	10
Esquemas incompletos de aplicación de flúor en menores de 5 años	3	1	3	3	10
Falta de cobertura de inmunizaciones en adultos	4	1	2	2	9
Ubicación inadecuada de la cocina con relación a los dormitorios.	4	2	1	2	9
Ventilación inadecuada en las viviendas	3	2	1	3	9
Iluminación inadecuada en las viviendas	2	1	1	2	6

Fuente Cédula de Captación de Datos Junio 2000.

## 2.2.2 Valoración Focalizada

Después de haber cumplido con una primera valoración el siguiente paso es contemplar un estudio focalizado, específicamente con personas mayores de 25 años de la microrregión de estudio, este grupo fue seleccionado porque se identificó una alta tasa de mortalidad y morbilidad por Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

Esto se ha venido incrementado en las dos últimas décadas de manera importante, substituyendo a las enfermedades transmisibles en los primeros lugares de mortalidad y morbilidad en el país<sup>13</sup> En la población de más de 60 años, la diabetes, la hipertensión arterial y sus complicaciones tardías

<sup>13</sup> Bañuelos B,2001

pueden afectar seriamente el estado de salud funcional y su calidad de vida. La situación de salud de este grupo etáreo cobra importancia adicional al considerar la tendencia de crecimiento que muestra la pirámide poblacional; se estima que para el 2050 uno de cada 4 habitantes formará parte de la tercera edad.

Ahora se cuestiona ¿Cuáles son los Déficit's de Autocuidado que están llevando a cabo la población mayor de 25 años para morir o enfermar de esta morbilidad?.

Orem explica que los adultos tienen déficit de autocuidado porque son incapaces de conocer y satisfacer sus propios requisitos de autocuidado terapéutico lo que puede afectar su funcionamiento, desarrollo e integridad física, es importante reconocer que existen dos dimensiones para que se dé el déficit, el primero es la toma de conciencia limitada y el segundo los acontecimientos que ocurren en los individuos y su ambiente. Para valorar estas dimensiones no es fácil, en virtud de que tienen una carga subjetiva.

La teoría sustenta además los Factores Condicionantes Básicos (FCBs) para la aparición de estos problemas a la salud tales como la edad, el estado de desarrollo, el sexo, la educación formal, la disponibilidad de recursos, el estado de salud y el estilo de vida de los seres humanos, este último concepto se refiere al comportamiento de estos mismos expresados en conductas, hábitos y maneras de vivir asociadas a la influencia sociocultural (costumbres, creencias e ideas matizadas por las condiciones materiales y de vida en que se desenvuelven) y que de alguna forma determinan el estado de salud-enfermedad de los individuos.

Se elaboró una cédula de valoración de Datos para Déficit de Autocuidado , utilizando la Tarjeta de Visita Familiar para el registro de los casos de defunción que ocurrieron en 1999, incluyendo los referidos por autopsia verbal.

El tipo de estudio fue transversal descriptivo. Para el diseño de la cédula se elaboró el árbol de problemas para dichos Daños a la Salud con el fin de tener un panorama más amplio de las causas. Se seleccionó sólo aquellos componentes de la teoría del Déficit de Autocuidado que dieron respuesta al objetivo del estudio como se observa en la tabla:

SELECCIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

REQUISITOS	INDICADOR
<b>UNIVERSALES</b>	
"Están asociados a los procesos vitales, el mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humanos y el bienestar".	
No. 1.- Mantenimiento de aporte de aire suficiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza algún deporte y tiempo que le dedica.</li> </ul>
No.2.-Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de agua que consume al día</li> </ul>
No. 3.- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia de consumo de carne roja, pan, refrescos y tipo de aceite para cocinar.</li> </ul>
No. 5.- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades en el tiempo libre y reposo durante el día.</li> </ul>
<b>DESARROLLO</b>	
"Son asociaciones con los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren en el ciclo vital".	
1.- Crear y mantener las condiciones de los procesos vitales y promover los procesos de desarrollo en la edad adulta:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personas mayores de 25 años de edad</li> </ul>
1.1.- Antecedentes de embarazos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Total de embarazos, periodo intergenésico, ant. de algún problema de salud en el embarazo o hijos de 4 kgs al nacimiento.</li> </ul>
2.1.- Provisión de cuidados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano:	
A) Deprivación educacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel de escolaridad</li> </ul>
H) Mala salud o incapacidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casos de Diabetes y/o hipertensos</li> </ul>
<b>DESVIACIÓN A LA SALUD</b>	
Se observa cuando hay cambios en la estructura humana o funcionamiento físico o en la conducta y hábitos de la vida diaria.	
1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en caso de la exposición a agentes biológicos específicos a las condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos o condiciones psicológicas que están asociadas con patología humana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia de acudir a los servicios de salud y en que condiciones de salud</li> </ul>
3. Llevar a cabo medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, dirigidas a prevenir patología de regulación de funcionamiento humano.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Automedicación</li> </ul>
<b>REQUISITOS</b>	
4.- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento sobre la Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, hábito de tomarse la tensión arterial.</li> </ul>
5. Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobrepeso</li> <li>Conocimiento y hábito de fumar y/o beber.</li> </ul>
<b>FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES</b>	
Factores internos o externos que afectan las capacidades para ocuparse de su autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>La edad, el sexo, la ocupación, los antecedentes heredo-familiares para DM y/o HTA, e ingresos económicos.</li> </ul>

La cédula de valoración de datos para Déficit de Autocuidado con relación a Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (Anexo 2) que además tiene su instructivo de consulta. (Anexo 3).

**DEFINICIONES OPERACIONALES DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO  
PARA ENFERMAR DE DIABETES MELLITUS Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

REQUISITOS	DEFINICIÓN OPERACIONAL PARA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO
Factores básicos condicionantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad de riesgo : de los 45 años de edad existe el riesgo de enfermar de DM y/o HTA.</li> <li>• Sexo: masculino: predisposición para enfermar de HTA más que el sexo femenino. Sexo femenino con predisposición a enfermar de DM más que el sexo masculino.</li> <li>• Ocupación: persona donde se ubique en un ambiente laboral con estrés, preocupaciones y con poca movilidad.</li> <li>• Ingreso económico: salario mínimo por persona al día: \$38 pesos;- S.H.C.P., 1999.</li> <li>• Antecedentes heredo-familiares con DM y/o HTA.</li> </ul>
Universales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo alto de pan: de 4 días o más a la semana.</li> <li>• Consumo alto de refrescos: de 3 días o más a la semana.</li> <li>• Consumo alto de carne roja: de 4 o más veces a la semana.</li> <li>• Consumo bajo de agua: 4 vasos o menos al día.</li> <li>• Tipo de aceite en los alimentos: de origen animal.</li> <li>• Sedentarismo: no realiza ningún ejercicio o practica &gt;=2 veces a la semana.</li> <li>• No realiza ninguna actividad de recreación en su tiempo libre.</li> <li>• Dormir durante el día: de 2 o más horas.</li> <li>• Fatiga al realizar alguna actividad física</li> </ul>
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo nivel de escolaridad: primaria o menos años de escolaridad.</li> <li>• Multiparidad: 4 o más embarazos</li> <li>• Periodos intergenésicos cortos: de 1 año entre cada embarazo</li> <li>• Antecedente de algún problema de salud en el embarazo e hijos de 4 Kgs al nacimiento</li> </ul>
Desviación a la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona con diagnóstico médico de DM y/o HTA.</li> <li>• Hábito de fumar: 4 cigarrillos al día.</li> <li>• Hábito de beber bebidas alcohólicas: de 1 a 7 veces por semana.</li> <li>• Sobrepeso: Con I.M.C.&lt;=26</li> <li>• Automedicación: consumo de medicamentos alopata sin prescripción médica</li> <li>• No acudir a los servicios de salud: Por lo menos una vez al año.</li> <li>• Conocimiento insuficiente sobre: la Diabetes Mellitus y/o la Hipertensión Arterial.</li> </ul>

### CALCULO DE LA MUESTRA

De acuerdo al enfoque epidemiológico se calculó la muestra de acuerdo a la visión poblacional donde el universo fueron 1572 personas mayores de 25 años, las cuales fueron sometidas a través de la fórmula para población finita:

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

Donde:

N= Tamaño de la muestra

Z=Nivel de significancia (1.96)

P= Proporción de la población (para el caso de comunidades puede ser 10%)

Q=P-1 complemento de la proporción

D= Error beta aceptable (5%)

Se agrega el 20% de margen de seguridad

Datos para el cálculo:

Z= 1.96

P=.15

Q= .84

D= .05

Universo= 1572 personas mayores de 25 años de edad.

$$N = \frac{1.96^2 (.15 \times .84)}{05^2} = 55$$

El 20% se agrega a la muestra de 5 para que el tamaño sea de 60 personas mayores de 25 años.

Selección de la muestra:

Para la selección de la muestra se utilizó el método aleatorio simple, el cual es el más sencillos de los probabilísticas donde cada muestra tiene las mismas posibilidades de ser seleccionado, después se procedió a ubicar en el croquis los domicilios de cada caso con sus respectivos apellidos, sector, manzana y casa.

Criterios de Inclusión:

- Personas mayores de 25 años de edad. que hayan sido seleccionada.

Criterios de exclusión:

- Todas aquellas personas que no hayan sido seleccionada y a los menores de 25 años de edad.

#### Criterios de Eliminación:

- Todas aquellas personas que no se hayan encontrado al momento de la encuesta.

Se diseñó una base de datos (apéndice No ) para captar la información ítem por ítem, por esta razón la cédula fue previamente codificada, la base de datos se concentró en el paquete Excel y SPSS para windows. El cruce de variables y la descripción de las mismas fueron realizadas gracias al apoyo de Informática, equipo normativo y la enfermera especialista en Salud Pública. Para realizar la descripción univariada se diseñaron tablas de salida o contingencia que capturaron la frecuencia de cada ítem.

Para la descripción de las frecuencias se utilizó las proporciones y se estableció la asociación entre la causa y el efecto mediante la razón de productos cruzados o razón de momios a través de Excel.

Se estandarizó al equipo de investigación (Enfermeras E.P.S.S y T.A.P.S.) para la entrevistas en la comunidad, se valoró el tiempo de cada encuesta, la habilidad para entrevistar y la claridad del instrumento. Se trabajó en brigadas compuestas por dos encuestadores (enfermeras E.P.S.S. y un supervisor T.A.P.S.). La T.A.P.S. Patricia López guió en la comunidad quien es conocida ampliamente.

Se trabajó con 6 brigadas, se entregaron las cédulas a los supervisores (estudiantes del Posgrado) estos se encargaron de corroborar la claridad de las encuestas.

RECURSOS MATERIALES:	RECURSOS HUMANOS:	RECURSOS FINANCIEROS
<ul style="list-style-type: none"><li>- Cuestionarios</li><li>- Tarjeta de Visita Familiar (TVF)</li><li>- Instructivos de la cédula</li><li>- Tablas de mariposa</li><li>- Lápiz, goma</li><li>- Diskets</li><li>- Fotocopias</li><li>- Computadora</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Investigadores (6)</li><li>• Encuestadores (20)</li><li>• Capturista (1)</li><li>• Colaboradores Técnicos (1)</li><li>• Responsable del área de estudio (1)</li><li>• T.A.P.S. (3)</li></ul>	<p>Se contó con el apoyo de la Jefatura Jurisdiccional para el fotocopiado, y el material antes mencionado. El resto de los gastos fueron cubierto por las estudiantes del posgrado.</p>

## **Resultados**

El 50% del grupo de estudio no se encontró al momento de la entrevista por motivos de cambio de domicilio, trabajo y por falta de interés. Se registraron en 1999 tres muertes por complicaciones de la Diabetes y/o Hipertensión.

Dentro de *los Factores Básicos Condicionantes* el 87% son del sexo femenino, el 56% tiene la edad de 46 años y más, la gran mayoría de los entrevistados tiene por ocupación labores del hogar el 70%; con un nivel de escolaridad bajo de primaria o menor el 71%; con una carga de antecedentes familiares con diabetes mellitus e hipertensión arterial 63% y 53% respectivamente, con un nivel económico bajo el 60%.

*El Déficit de Autocuidado de los Requisitos Universales no satisfechos* se valoró el insuficiente mantenimiento de un aporte de agua con la prueba de momios de 1.5 así como el mantenimiento de un elevado aporte de alimentos con relación al consumo de pan de 3.6, refrescos 1.2 y carnes rojas el 0.4.

El desequilibrio entre la actividad y el reposo se hacen presentes por no realizar ninguna actividad de recreación entre el tiempo libre con 1.3, se valoró que existe sedentarismo con un 1.7 y como resultado de ello el .50 refiere fatigarse al momento de realizar alguna actividad física como es el subir las escaleras, correr e incluso al caminar.

*Los Requisitos de Desarrollo no satisfechos* se reportan mala salud con el diagnóstico de hipertensión y/o diabetes con un 1.5. Con relación a los antecedentes de embarazos el 1.8 fueron múltiparas, el 0.8 con antecedentes con problemas de salud de diabetes y/o hipertensión durante su embarazo, y el 1.2 con un hijo de más de 4 Kgs. de peso al nacimiento.

*Los Requisitos de Desviación a la Salud no satisfechos* la gran mayoría no tienen conciencia a los estados patológicos, es decir, no tienen conocimiento sobre la Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial en un 1.8 y un 1.5

respectivamente. El .78 no tiene el hábito de tomarse la tensión arterial, el 2.6 tiene su autoimagen con sobrepeso. Con relación a llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación existe un 43% de los sujetos que se automedican.

De acuerdo a lo postulado en la teoría de Orem los resultados de este estudio se traducen en las limitaciones de las personas mayores de 25 años para desempeñar conductas prácticas y sobretodo qué prevenir y qué hacer en las circunstancias existentes o sobre cómo hacerlo para ocuparse del autocuidado con relación a la salud de las enfermedades crónicas-degenerativas, todo ello es el dominio y los límites de la enfermería que están asociadas con la subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración; estos mismos están condicionados por su edad, la etapa de desarrollo, experiencia vital, orientación sociocultural y recursos disponibles para la salud.

Otro apartado importante de discutir son los recursos disponibles para la salud para poder enfrentar estos problemas de salud, en la primera valoración de la comunidad se estudio la situación de los grupos de autoayuda para diabéticos e hipertensos donde cuentan con poco apoyo por parte de las autoridades sanitarias, además existe la necesidad de fortalecer el número de grupos porque existen pocos, además los servicios se ven orientados a la cuestión curativa más que a la prevención para enfrentar estos daños la salud.

### **2.2.3 Diagnóstico de Enfermería**

De acuerdo a Orem el *proceso de enfermería* es descrito en términos de operaciones diagnósticas prescritas, de las cuales se mide calculando la demanda de autocuidado terapéutico, estimar la agencia de autocuidado y determinar los déficit reales o potenciales de este autocuidado. Con base en los dos estudios realizados en el área de estudio se establece un

Sistema de Enfermería, con el soporte del diagnóstico de enfermería que a continuación se expone:

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO **EN RELACIÓN** AL DEFICIENTE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN Y LA PERCEPCIÓN DE LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA ASISTENCIAL; **MANIFESTADO POR** LA PREVALENCIA EN DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN MAYOR DE 25 AÑOS DE EDAD.

DÉFICIT EN LA AGENCIA DE CUIDADO DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS **EN RELACION A** LA ESCASA CAPACITACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS **MANIFESTADO POR** LA PREVALENCIA DE LA DIABETES MELLITUS Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 25 AÑOS DE EDAD.

#### 2.2.4 Intervención

Antes de implementar programas a nivel preventivo comunitario es evidente diseñar un Sistema de Enfermería de **Apoyo Educativo** para el equipo de salud multidisciplinario (enfermeras, médicos, trabajadora social y T.A.P.S.) para que estos a su vez estén capacitados y actualizados para dar respuesta a dicha problemática de salud de la comunidad en estudio, de ahí la importancia del quehacer de enfermería, ya que como profesional del cuidado puede evitar o disminuir el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas apoyada en la promoción y educación para la salud, una de las herramientas en Salud Pública; para promover el bienestar físico y mental del individuo, familia y comunidad.

Se planearon 6 estrategias, la primera fue la base de partida para el proyecto de intervención con la **Capacitación del equipo de salud** para después iniciar con la estrategia 2 con la colocación de **Promocionales** en la comunidad, a través de carteles y mantas alusivas al problema de salud seguida de la estrategia 3 con la **Difusión e información** con trípticos, folletos, e invitaciones para la platicas concernientes a la **Educación a la Salud** estrategia 4 sobre la prevención de la Diabetes y la Hipertensión Arterial Sanguínea. La estrategia 5 llamada la **Detección de casos sospechosos** de Diabéticos y/o hipertensos en la comunidad de estudio. Por último se implemento la estrategia 6 con la captación de **casos diagnosticados** por el equipo de salud para formar Grupos de Autoyuda apoyados por los centros de salud y el hospital de la zona de adscripción.

Para este estudio de caso se ampliará la primera estrategia, se realizó un proyecto centrado en la importancia de la Intervención en Enfermería, implementando las estrategias operativas con apoyo del equipo de salud de las diferentes COMUSAS, para lograr el impacto con las Actividades Tecnoprofesionales con el enfoque de la Teoría del Déficit del Autocuidado (Orem).

## **OBJETIVOS DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA**

### **General**

Fortalecer la agencia de autocuidado del personal de salud responsable de la microrregion Jardines del Tepeyac IV a través de un Sistema Enfermería de apoyo-desarrollo con el fin de tener herramientas para la prevención y el control de la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

### **Específicos**

- Diseñar un programa de Apoyo-Desarrollo para el equipo de salud multidisciplinario con énfasis en la adquisición de habilidades para la prevención, detección y control de la DM y la HTA en la población mayor de 25 años de edad
- Unificar criterios y procedimientos para la prevención, control y detección de la diabetes mellitus e HTA en el equipo multidisciplinario de salud
- Conocer los materiales de apoyo (censores, baumanómetros, estetoscopios, tiras reactivas, instrumentos de concentración de datos) para la intervención en la comunidad.
- Elaborar promocionales (trípticos, volantes, invitaciones, carteles y mantas) dirigidos a la promoción a la salud de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.
- Elaborar rotafolios con la visión del déficit de autocuidado sobre Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, destinados a facilitar cambios voluntarios de comportamientos saludables.
- Habilitar a las enfermeras E.P.S.S. sobre pláticas educativas dirigidas a la población cautiva del area de estudio.

## METAS

- Diseñar un programa de capacitación al grupo multidisciplinario
- Habilitar a 90 pasantes en Enfermería en servicio social , 4 TAPS, 5 Médicos y 1 Trabajadora Social.
- Elaborar 3000 trípticos
- Elaborar 150 carteles
- Elaborar 2000 volantes
- Elaborar 4 mantas
- Elaborar 12 rotafolios para apoyar en la promoción a la salud en la población cautiva del área de estudio.
- Elaborar 120 carpetas para los casos diagnosticados por el equipo de salud.

### Determinación de límites

Universo de trabajo:

Grupo de Salud Multidisciplinario de las diferentes COMUSAS de Ecatepec.

Límite de tiempo:

Etapas de Planeación 5 días del 18 al 22 de sept. de 2000

Capacitación del equipo de salud 5 días del 25 al 29 de sept. de 2000

Horario: 8:00 a 15:00 hrs.

Límite de espacio.

"Casa de la Mujer Campesina"

### **Determinación de actividades**

Con fines de precisión se estructuraron tablas de Operaciones Tecnoprofesionales de Enfermería, específicas para cada estrategia proyectada una normativa y una apoyo-educativo. El primero consistió en la planeación administrativa, es decir, desde la elaboración de carta descriptiva para la capacitación del equipo de salud, entrevistas con autoridades jurisdiccionales, solicitudes de apoyo a otras instituciones, organización de la

agencia de enfermería y del equipo multidisciplinario.

El segundo consistió en el desarrollo de la capacitación, con la planeación del día siguiente para valorar los avances y retrocesos de los recursos humanos, materiales, físicos y económicos, estas tablas se precisan a continuación:

#### Organización

- Método de actividades

Las tareas indicadas en el plan de actividades específico por Operación Tecnoprofesional de enfermería se realizaron con la implementación del curso de actualización programado que cubrió el objetivo de unificar los criterios de identificación, control y prevención de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial en población mayor de 25 años por el equipo multidisciplinario tomando en cuenta la normatividad revisada y la prioridad de los daños a la salud.

De la misma forma los recursos cuentan con funciones específicas, el cuál deberán facilitar los conocimientos a la población necesitada, posterior al **curso de capacitación multidisciplinario.**

Además en el curso se informó la logística para realizar el barrido casa por casa, distribución de promocionales, mantas, carteles y la invitación a la población de estudio a platicas educativas sobre la prevención y control de dichos problemas de salud, así como la identificación de casos sospechosos a través de censores y la toma de tensión arterial, así como la toma de la glucosa en ayunas y el seguimiento de estos mismos (control de casos). El desarrollo de la capacitación se profundiza más adelante en la fase de ejecución.

## ORGANISMOS QUE COOPERARON EN LA CAPACITACIÓN

**ISEM-Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec:** apoyo en materiales de papelería, transporte y reproducción de promocionales.

**Casa de la “Mujer campesina”.-** Sede de la capacitación al grupo multidisciplinario.

**Laboratorio. Aventis. S.A. de C.V:** Con apoyo de mantas promocionales y para galletas y refrescos.

**INPer (Instituto Nacional de Perinatología):** participación de ponentes.

**Oficinas Nacionales:** en promocionales preventivos alusivos a la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

### • Recursos Humanos

RECURSO	CANTIDAD	TIEMPO	COSTO	COSTO TOTAL
			POR DIA \$	\$
Jefes de Enfermeras	4	5 días	158.0	3160.0
Médicos	5	5 días	---	---
T.A.P.S.	4	5 días	102.1	2042.0
Enf. pasantes en Servicio Social	91	5 días	5.2	2366.0
Enfermera Especialista en Salud Pública	1	3 días	190.0	570.0
Trabajo Social	1	5 días	125.2	626.0
Jefe de enseñanza	1	1 día	198.0	198.0
Jefe Jurisdiccional	1	día	220.0	220.0
Chofer	1	2 días	60.0	120.0
Fotocopiado	1	2 idas	62.0	124.0
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>---</b>	<b>---</b>	<b>\$ 12.632.25</b>

• **Recursos Materiales**

ARTICULO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
PLIEGO BONN	PLIEGO	50	3.50	175
CARTULINAS	PLIEGO	12	4.50	54
ROTAFOLIOS	PIEZA	12	67.0	804
PLUMINES	PAQUETE	2	56	112
LAPIZ	PIEZA	20	1.80	36
PLUMAS	PIEZA	200	2.00	400
HOJAS BLANCAS	¼ CIENTO	20	1.00	20
MASKING TAPE	1 ROLLO	12	8.50	102
SACAPUNTAS	PIEZA	12	1.80	21.6
CASSETTE	PIEZA	3	68.0	204
ROLLO DE PAPEL	ROLLO	5	5.50	27.5
FOLDERS	PIEZA	12	3.30	39.6
JABON	1 BOLSA	1	5.00	5.0
GASOLINA	LITRO	50	20.0	200
GALLETAS	CAJA	25	8.80	220
REFRESCO	BOTELLA	25	9.90	24.75
SERVILLETAS	PAQUETE	3	4.30	12.9
TOTAL	---	---	---	2681.11

TOTAL COSTOS: RECURSOS HUMANOS	\$ 12.632.25	
RECURSOS MATERIALES	\$ 2.681.11	
		15.313.36

DETERMINACION DE FUNCIONES FACTIBLES

- **JEFE DE JURISDICCION.** Apoyo total al proyecto de investigación, emisión de oficios que se necesitaron para formalizar gestiones.
- **JEFE DE ENFERMERAS JURISDICCIONAL.** Autorización de recursos pasantes de enfermería, así como, comisión de jefes de enfermeras de COMUSAS para apoyar la capacitación multidisciplinaria, supervisión y coordinación de este mismo.
- **TUTOR CLINICO.** Asesora, supervisa, guía y gestiona durante la trayectoria del proyecto de investigación.
- **COORDINACION MUNICIPAL DE SALUD (COMUSA).** Apoya en el área de estudio, asesora en la realización de procedimientos específicos.

- **JEFES DE ENFERMERAS (COMUSA).** Apoyo total en supervisión de operaciones a realizar, verificar avances, apoyar y coordinar en la capacitación.
- **RECURSOS MEDICOS VOLUNTARIOS.** Asistir a la actualización normativa y capacitación, así como, atención de casos identificados con problemas de DM y HTA. Supervisor durante el trayecto del proyecto.
- **ENFERMERAS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL.** Participación en el curso para ser capacitados y habilitados para informar, orientar y detectar directamente en las unidades multipersonales del área del estudio.
- **TECNICOS EN ATENCION PRIMARIA A LA SALUD (T.A.P.S).** Asistencia a la capacitación normativa, supervisión y coordinación de las actividades en la comunidad para el barrido casa por casa, promocionales, mantas, identificación de casos sospechosos, entre otros.
- **ENFERMERA ESP. SALUD PÚBLICA.** Responsable de planear, organizar, integrar, dirigir y controlar el proyecto de investigación.
- **TRABAJO SOCIAL.** Participa en la coordinación, supervisión, capacitación del equipo de salud.

## PLAN DE ACCIÓN: ESTRATEGIA DE APOYO-EDUCATIVO

Actividad	Tareas	Tiempo	Responsable	Colaboradores
<b>CAPACITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA</b>	Recopilación bibliográfica de apoyo	3 días	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	E.G. Martha Álvarez
	búsqueda de apoyos audiovisuales	2 días	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	E.S.P. Guadalupe Pérez
	gestión para la adquisición de insumos de servicios de café	1 día	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Lic. Claudia Oslo P.
	ubicación de sede para capacitación	1 día	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	E.S.P. Guadalupe Pérez
	elaboración de oficio para gestión de sede	2hrs	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	E.S.P. Guadalupe Pérez
	solicitar apoyo de recurso medico, jefes de Enfermeras, TAPS y Trabajo Social para colaboración en las actividades	1 día	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	E.S.P. Guadalupe Pérez
	solicitar autorización a la Jefa de Enfermeras para habilitar a las pasantes en Servicio Social participantes	2hrs	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	E.S.P. Guadalupe Pérez
	Solicitar apoyo de cuatro Jefes de Enfermería para impartir capacitación	2hrs	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	E.S.P. Guadalupe Pérez
	Se solicita oficio de comisión de Jefes de Enfermería.	1 hr.	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Jefe de Jurisdicción. Secretaria
	Solicitud de materiales didácticos de apoyo.	2 días	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Responsable de activo fijo y E.S.P. Guadalupe Pérez.
	Estructuración del examen pre y posevaluativa y sumativa.	1 día	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Jefe Enf. Martha Álvarez y Medico Marino Salamanca.
	Solicitud al Jefe de la Jurisdicción para inauguración de la capacitación	1 hr.	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Jefe de la Jurisdicción y Jefe de Enseñanza.
	Se solicita oficio de comisión de Jefes de Enfermería.	1 hr.	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Jefe de Jurisdicción. Secretaria
	Solicitud de materiales didácticos de apoyo.	2 días	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Responsable de activo fijo y E.S.P. Guadalupe Pérez.

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
IDEM	Estructuración del examen pre y posevaluativa y sumativa.	1 día	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Jefe Enf. Martha Álvarez y Medico Marino Salamanca.
	Solicitud al Jefe de la Jurisdicción para inauguración de la capacitación	1 hr.	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Jefe de la Jurisdicción y Jefe de Enseñanza.
	Elaboración de cartas descriptivas y selección de técnicas didácticas	2 días	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Jefe Enf. Martha Álvarez y Medico Marino Salamanca.
	Traslado de materiales y apoyo didáctico	4 hrs.	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Chofer de la Jurisdicción.
	Reunión con las jefes de enfermería comisionadas para coordinar actividades del curso de acuerdo a carta descriptiva.	10 hrs.	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Jefe Enf Martha Álvarez y Jefe Enf. Beatriz Luna.
	Gestión para filmación del evento por parte de alumna de postgrado.	1hr	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	L.E. Cecilia Castillo López.
	Fotocopiado de formatos a utilizar en la capacitación	2 días	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Aspirantes al posgrado en Salud Pública
	Compra de material requerido y papelería	2 días	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Aspirantes al posgrado en Salud Pública
	Gerencia para adquisición de baumanómetros y estetoscopios	2 hrs	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	L.E. Rosario Guerrero Ordóñez
	Ignaguración del evento	15 min	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Jefe de Jurisdicción y Jefe de Enseñanza
	Supervisión del desarrollo del evento	1 hrs	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	4 jefes de Enf, 5 aspirantes en S.P, 4 TAPS y 5 médicos.
	Cierre de la capacitación	15 min.	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Jefe de la Jurisdicción y Jefe de Enseñanza
	Análisis del documento de control de asistencias para verificar faltas	2 hrs	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Jefe Enf. Martha Álvarez, medico Marino Salamanca
	Valoración de productos de la capacitación (rotafolio)	4 hrs	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Integrantes del equipo multidisciplina
Registro de calificación pre y pos-evaluación.	2 hrs.	L. E. Ma. Eugenia Mendoza Flores	Integrantes del equipo multidisciplina	

Registro y control de operaciones (instrumentos de apoyo)

Anexos:

- Formato de la evaluación de la capacitación (pre y pos-evaluación)
- Registro de asistencia y reporte del curso

Apéndices:

- Carta descriptiva de la capacitación multidisciplinaria.
- Instrumentos y formatos que se utilizaron en la capacitación

El desarrollo de la estrategia se organizó con la modalidad educativa de taller participativo, la asistencia al evento fue de 116 personas (61 enfermeras E.P.S.S, 5 médicos voluntarios, 1 trabajadora social, y 4 T.A.P.S). la sede fue en la "Casa de la Mujer Campesina", con una duración del 25 al 29 de septiembre de 2000, el curso fue coordinado por 3 Jefes de Enfermeras, se dividió en 12 mesas de trabajo constituido de 8 a 10 integrantes, por cada mesa se encontraba un supervisor.

La inauguración e introducción del evento fue por el Jefe de la Jurisdicción el Dr. Roberto Rodríguez L., Dr. Marmolejo y E.S.P. Guadalupe Pérez H.; posteriormente se aplicó la pre-evaluación con un cuestionario impreso con 20 ítems con la finalidad de valorar el nivel de conocimientos de los asistentes al curso.

### **Apertura**

El día 25 de septiembre de 2000 la Lic. Psicología Adriana Nava J. dio el tema "El paciente visto como persona integral" con un enfoque humanista el aprendizaje fue sensibilizar al equipo de salud con relación a su papel ante la comunidad, así como, con técnicas de persuasión comunitaria.

El médico Marino Salamanca hablo del "Panorama epidemiológico de la Diabetes Mellitus (DM) y la Hipertensión Arterial (HTA)" con la finalidad de justificar la importancia de dichos problemas de salud en el área de estudio. Después le precedió el endocrinólogo Antonio Barranco quien habló de la

fisiopatología y los factores de riesgo de dichos problemas de salud, dando énfasis a la prevención en el ámbito comunitario así como el tratamiento para estos daños a la salud (en especial en los hábitos alimentarios).

El día 26 de septiembre de 2000, se entregaron por cada mesa de trabajo un juego de las Normas Oficiales Mexicanas para la prevención y control de DM y HTA con el objetivo de analizar e unificar los criterios y procedimientos de estos problemas, pasando a exponer cada equipo, uno de los apartados de dicho documento. Terminada esta sección la Jefe de Enfermeras Guadalupe Garrido se encargó de una dinámica grupal para disminuir la tensión expuesta en el curso.

Después se dio el tema "Tratamiento no farmacológico de DM y la HTA" a cargo del médico Benjamin Sotuyo y la L.E.O.Gricelda Rodríguez H. quienes abordaron el plan de alimentación, la adopción de ejercicio y el cambio de conductas en la población de estudio. Para el día siguiente se dejó tarea a estudiar el tema que se planeó para el día siguiente.

El día 27 de septiembre de 2000 el médico Francisco Cárdenas y la T.A.P.S. Yolanda Samperio expusieron el tema "Procedimientos para la identificación de la DM por medio de tiras reactivas" además se llevó a cabo un taller de práctica del procedimiento entre los mismos integrantes de cada mesa.

La Enf. Bernarda Sánchez retroalimentó la "Técnica para la toma de la tensión arterial" con el apoyo del baumanómetro y estetoscopio dando énfasis en la actualización de la técnica así como las recomendaciones para la toma de la T.A, se realizó una práctica de devolución de conocimientos por los integrantes de cada mesa, donde el supervisor fue asesorando y apoyando en el desarrollo de la técnica.

La trabajadora social Irma García y la T.A.P.S. Yolanda Bautista coordinaron el tema "Grupos de ayuda y círculos de calidad" con el fin de conocer esta

estrategia para la prevención y control de la DM y HTA entre los individuos que se encuentran en riesgo en el área de estudio, en donde el equipo de salud promueva los beneficios del estar adherido a este tipo de grupo. Al término de las actividades para este día se dieron los rotatorios por cada mesa de trabajo, para la elaboración y creación de los mismos se dio las recomendaciones que fueran con el enfoque del déficit de autocuidado de la comunidad estudiada con relación a los hábitos alimentarios, la promoción al ejercicio, y los factores de riesgo valorado para enfermar o morir por DM y HTA.

El día 28 de septiembre de 2000 Irma García abordó el tema "Educación para la salud, promoción y fomento a la salud" donde se conoce que estos términos tienen diferentes objetivos y que el equipo de salud tenga elementos para discernir cuando utilizarlos en la comunidad. Así también la Jefe de Enfermeras Guadalupe Garrido concretizó estos términos que son herramientas para la prevención de los problemas de salud en el área de estudio.

El médico Paredes habló de la "Elaboración de rotafolio" donde explicó que es un medio de apoyo para la educación, promoción y prevención para la salud, así como el instructivo para la elaboración del mismo. La Jefe de Enfermera Guadalupe Garrido, los T.A.P.S. Roberto Martínez y Rodrigo G apoyaron en la exposición de la técnica de la entrevista y pláticas educativas dirigidas para la población cautiva.

El 29 de septiembre de 2000 Se presentaron los rotafolios elaborados (12) con el enfoque del déficit de autocuidado de la comunidad en estudio por las E.P.S.S enfermeras. Al final del proyecto de intervención en la comunidad se anuncio los tres primeros lugares en rotafolios con calidad.

La E.S.P Guadalupe Pérez y el equipo responsable de la capacitación estuvieron a cargo de la logística para el desarrollo del proyecto de informar y

conocer los formatos o instrumentos que se utilizaron en la comunidad, el barrido casa por casa, la distribución de promocionales a través de trípticos, invitaciones, volantes, carteles, mantas, la invitación a la platica educativa para la población cautiva en estudio, la identificación de casos sospechosos de DM y HTA para ser referidos con los médicos voluntarios quienes diagnosticaron el problema de salud y a su vez los canalizaron a los grupos de autoayuda con el propósito de cerrar círculos de calidad.

### **Cierre**

Se implemento la cédula pos-evaluación con el fin de conocer a corto plazo los conocimientos adquiridos por el equipo multidisciplinario, durante la capacitación, datos que son referidos en la fase de evaluación. El Dr. Roberto Rodríguez L. Jefe de la Jurisdicción formalizó el cierre del evento. La evaluación de la capacitación se encuentra en la siguiente etapa del proceso de enfermería.

### **2.2. 5 Evaluación**

Generalidades:

Según Alfaro la evaluación es la quinta etapa del proceso de enfermería, se evaluó el proceso del Sistema de Intervenciones de acuerdo a sus objetivos de la estrategia. Para evaluar se necesitan los siguientes parámetros:

- Definir los criterios de evaluación
- Evaluación de los objetivos del sistema de enfermería
- En la ejecución del sistema de intervenciones valorar las variables que influyan en el proceso de este mismo
- Conclusión del sistema de enfermería

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE  
DESARROLLO DEL PROYECTO**

<b>TIPO DE OPERACIÓN TECNOPROFESIONAL</b>	<b>EN TIEMPO</b>	<b>DESTIEMPO</b>	<b>NO EFECTUADO %</b>
1.ACTUALIZACIÓN NORMATIVA	100 %	---	---
2.CAPACITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA	100%	---	---

FUENTE: Datos directos de la fase de ejecución.

- Descripción

De las operaciones Tecno profesionales se cumplieron en el tiempo planeado, sin embargo se reportaron ciertas limitantes en el trayecto de la capacitación, es decir, no se apreciaban las diapositivas en el primer día por las ventanas que no estaba cubiertas en su totalidad, faltó medir la distancia de las diapositivas entre la pantalla, en algunos momentos faltó supervisión por parte de los coordinadores de cada mesa de trabajo. Se recorrieron algunos temas, por no empezar con el tiempo planeado sin embargo se logró terminar los temas previstos. En el momento de la práctica de los procedimientos fue insuficiente el material y equipo en algunas mesas de trabajo. Al valorar este tipo de limitantes se precisaron y planearon al día siguiente para no volver a caer en estos tropiezos.

**EVALUACIÓN DE LAS METAS:**

<b>METAS</b>	<b>PROYECTADO</b>	<b>ALCANZADO</b>	<b>%</b>
ENFERMERAS E.P.S.S. HABILITADAS PARA ORIENTAR, IDENTIFICAR, Y DAR PLATICAS EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL SOBRE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL	90	62	69
MÉDICOS VOLUNTARIOS HABILITADOS PARA DIAGNÓSTICAR, CONTROLAR Y REFERIR A LOS CASOS A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA	5	5	100
T.A.P.S. Y TRABAJO SOCIAL HABILITADOS PARA SUPERVISAR Y COORDINAR EN EL PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN la COMUNIDAD	5	5	100
ROTAFOLIOS ELABORADOS	12	12	100
TRIPTICOS ELABORADOS	3000	3000	100
CARTELES ELABORADOS	150	150	100
VOLANTES ELABORADOS	2000	1580	79
MANTAS ELABORADAS	4	2	50
CARPETAS ELABORADAS	120	120	100

Fuente: Formatos de control y supervisión durante la fase de ejecución.

**DESCRIPCION**

De acuerdo con las metas programadas, éstas se cumplieron con éxito con relación al porcentaje alto de integrantes que asistieron a la capacitación, fueron habilitados y actualizados para poder dar respuesta a las necesidades en el área de estudio. Con relación al material que se utilizó en la comunidad (mantas, trípticos rotafolios, entre otros) estos fueron elaborados a tiempo para la fase de intervención. Como hallazgo importante de los doce rotafolios que se elaboraron uno se perdió sin embargo lo repusieron las propias enfermeras y fue uno de los tres primeros premios que le otorgaron.

**EVALUACION DEL EFECTO DE LA CAPACITACION, SOBRE  
PREVENCIÓN. IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE LA  
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL.**

TIPO DE RECURSOS	EVALUACIÓN DE AGENCIA MEDIA DIAGNOSTICA	MEDIA FINAL
MEDICOS VOLUNTARIOS	8.8	10.0
T.A.P.S Y TRABAJO SOCIAL	9.2	10.0
ENFERMERAS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL	7.2	9.2
<b>TOTAL</b>	<b>8.4</b>	<b>9.7</b>

Fuente: cédulas de pre y pos-evaluación

**DESCRIPCION:**

La actualización de la capacitación sobre normas oficiales vigentes dirigidos al equipo de salud multidisciplinario responsables en la prevención, detección, y control de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, fue positiva, valorándose un promedio de 8.4 en la evaluación diagnóstica de conocimiento y la final un promedio de 9.7, lo que indica un incremento de un 10.0% con relación al conocimiento inicial de normas de D.M. y HTA.

En donde se observa un notable aumento es en el grupo de las enfermeras E.P.S.S que mejoraron su agencia de conocimientos, reconociendo la importancia que estos recursos se mantengan constantemente capacitados ya que esto dependerá de la calidad de atención que proporcionan y con énfasis en la prevención y manejo adecuado de los casos en la comunidad. Cabe mencionar que el personal de Trabajo Social y T.A.P.S. obtuvieron la mejor calificación se reconoce que están en contacto directo en la comunidad y por ende es un personal que se mantiene actualizado y con herramientas para la prevención y control para la DM y la HTA.

Las jefas de enfermería por cubrir un papel de coordinadora, dirección y control de la capacitación no presentaron examen de pre y pos-evaluación. Se reportó la opinión de los integrantes de la capacitación, el 89% mencionó que el evento fue dinámico e interesante, haciendo hincapié de tener más seguido este tipo de capacitaciones para actualizarnos, con técnicas de

participación (socio dramas, exposición, dinámicas de reflexión) en donde el proceso de enseñanza-aprendizaje sea dinámico, así como el agrado de contar con un supervisor por cada mesa de trabajo para aclarar dudas o comentarios. El 11% restante del grupo opinó que algunas de las ponentes tuvieron una aptitud prepotente y poco tacto con el grupo, subestimando la capacidad del grupo, además no les pareció el lugar de la capacitación por estar en un lugar lejano y que no cuenta con pavimentación en la calle.

El objetivo general se logró a través de las siguientes especificaciones:

- Se desarrolló un programa de Apoyo-Desarrollo multidisciplinario con énfasis en la adquisición de habilidades para capacitar a Médicos, T.A.P.S., Trabajo Social y Enfermeras E.P.S.S. sobre la prevención, identificación y control de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.
- Elaboración de trípticos, mantas, volantes, invitaciones, rotafolios y la organización del material (censores, baumanómetros, estetoscopios, tiras reactivas, torundas, entre otros) para la identificación de casos sospechosos en la comunidad así como la elaboración de carpetas para los sujetos diagnosticados con problemas de DM y HTA.

Los instrumentos utilizados para obtener la información fueron cédulas de pre y pos-evaluación, opinión grupal del proceso de la capacitación, guías de supervisión y cuadros de concentración.

### **Evaluación de la capacitación a mediano plazo (1 mes)**

Se realizó una tercera evaluación de la capacitación al mes, seleccionando la muestra por medio de la fórmula para población finita ( $n = z^2 (pq) / d^2$ ), dando como muestra a 43 que fueron seleccionados a través del método por tómbola. La metodología a seguir fue:

$$n=z^2 (pq)d^2$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra.

Z<sup>2</sup>= 95% de significancia=1.96

P=.69

Q=1-p= 1-.69=.31

D<sup>2</sup>= error beta=0.15

Sustituyendo:

$$N= 1.96^2(.69 \times .31)/ .15^2=3.84 (.2139)/.0225=.8213/.0225=36 + 7=43$$

Más el 20% de seguridad 7 que suman un total de la muestra de 43 integrantes para la evaluación.

EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN AL MES

TIPO DE RECURSOS	EVALUACIÓN DE LA AGENCIA (1 MES)
MEDICOS VOLUNTARIOS	8.3
T.A.P.S Y TRABAJO SOCIAL	8.5
ENFERMERAS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL	8.0
TOTAL	8.1

Fuente: cédulas pos-evaluación

### Descripción

El promedio de la agencia de conocimientos del equipo multidisciplinario fue evaluado al mes por una muestra de 30, los 13 integrantes faltantes no se aplicó el instrumento por motivos de ausentismo. Sin embargo este número fue suficiente para valorar los conocimientos adquiridos después de la capacitación. El resultado fue bueno donde se certifica de nuevo que aún los conocimientos están vigentes.

### 3 CONCLUSIONES

Al término de la fase de evaluación se confirma la culminación de los objetivos planteados por cada operación prescrita del Sistema de Enfermería

## 1 CONCLUSIONES

Como resultado de los dos estudios, uno con el enfoque de riesgo priorizando a su vez cual es el problema de salud que afecta a la comunidad desde el principio de Salud Pública de "primero vida y después salud" se detectaron causas de morbi-mortalidad por diabetes mellitus e hipertensión arterial en una población vulnerable, y el segundo estudio reflejo los deficits de autocuidado por los cuales están enfermando o muriendo por dichos danos a la salud. Donde se desprenden los Diagnósticos de Enfermería para dar paso a las intervenciones y ser evaluadas cada objetivo y dar respuesta a las necesidades de la comunidad de Jardines del Tepeyac IV. Ecatepec.

Se considera el seguimiento en la actualización, capacitación y monitoreo periódicamente para mantener el nivel de conocimientos y habilidades de los recursos de salud y con ello garantizar la calidad en la atención, con la identificación, prevención y control de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y por ende evitar las complicaciones y la aparición de casos nuevos de estos daños a la salud que son un problema de Salud Pública en el área de estudio.

En nuestro país se vive un rezago epidemiológico y si a esto se suman los problemas crónico-degenerativos afectando primordialmente a la población económicamente activa y en el futuro en la vejez. Se debe de fomentar el autocuidado para que los propios individuos sean los protagonistas y responsables en observar y dirigir su propia salud, es decir, fomentar una cultura de salud con el apoyo del Sistema de Salud que debe dar auge al nivel preventivo con el sustento de estudios comunitarios y en particular la identificación de los déficit de autocuidado de cada área de cobertura de los servicios médicos.

con el sustento del estudio de comunidad, la identificación del déficit de autocuidado que generó el problema prioritario traduciendo en factores de riesgo, se planeó el proyecto de intervención, el cual fue específicamente dirigido a capacitar al equipo multidisciplinario para que estos a su vez tuvieran el enfoque de los déficit que se traducen en factores de riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en la población mayor de 25 años en Jardines del Tepeyac IV. Ecatepec.

Se considera el seguimiento en la actualización, capacitación y monitoreo periódicamente para mantener el nivel de conocimientos y habilidades de los recursos de salud y con ello garantizar la calidad en la atención, con la identificación, prevención y control de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y por ende evitar las complicaciones y la aparición de casos nuevos de estos daños a la salud que son un problema de Salud Pública en el área de estudio.

En nuestro país se vive un rezago epidemiológico y si a esto se suman los problemas crónico-degenerativos afectando primordialmente a la población económicamente activa y en el futuro en la vejez. Se debe de fomentar el autocuidado para que los propios individuos sean los protagonistas y responsables en observar y dirigir su propia salud, es decir, fomentar una cultura de salud con el apoyo del Sistema de Salud que debe dar auge al nivel preventivo con el sustento de estudios comunitarios y en particular la identificación de los déficit de autocuidado de cada área de cobertura de los servicios médicos.

#### **4 SUGERENCIAS**

- La educación para la salud requiere del desarrollo de otras técnicas educativas creativas e innovadoras de bajo costo que favorezcan al aprendizaje significativo en las unidades de servicio y que promuevan el autocuidado en la población.

- En capacitación al personal de salud se sugiere mantener el monitoreo continuo para establecer programas de actualización que contribuyan a garantizar la calidad de la atención a los servicios de salud.

- La sensibilización se debe utilizar en los programas de salud logrando despertar la motivación e interés para llevar a cabo la agencia de cuidado así como en las unidades de servicios y favorecer un ambiente óptimo para el aprendizaje y motivaciones de la población.

--La integración de grupo de posgrado juega un papel importante, esto implica la suma de voluntades, respeto, tolerancia y una amplia disposición.

.—El acercamiento que se tiene en la especialidad con los tutores es de suma importancia para una asesoría oportuna

--Este tipo de intervención requiere de financiamiento con el cual se deba contar, así como de recursos materiales y humanos.

- Las intervenciones de Enfermería se requiere de la participación principalmente del personal que conoce y trabaja en el área de estudio.

## **BIBLIOGRAFIA**

ANUARIO Estadístico de epidemiología consejo nacional de población México 1997.

ALFARO,R Aplicación al proceso enfermería. Guía práctica. Doyma, 1996.

ARNOLD GESELL El niño de 11 y 12 años Ed. Paidos 2a ed México 1995.

ALARCON J R Taller latinoamericano de Epidemiología aplicada a servicios de la salud 2a ed Lima 1997.

ALVAREZ, Rafael Salud Pública y medicina preventiva México Manual moderno 1995.

ANTON N Ma Victoria Enfermería y atención primaria de la salud Madrid 1998 Ed. Díaz Santos.

BALSEIRO Almario, Lasty Investigación en Enfermería Ed Prado 1997.

BAHENA Guillermina Instrumentos de investigación 12a ed Ed Mexicanos unidos 1997.

BONITA, Ruth Epidemiología básica Ed OPS 1995.

CANALES y Alvarado Metodología de la investigación ed Limusa 1996.

CAVANAGH J. Stephen Modelo Orem Ed Salvat 1996.

CAJA López C Enfermería Comunitaria 111Ed Masson Ed 1996.

DONNA .L.Wong L Manual Clínico de Enfermería Pediátrica Ed Masson México 1997.

DOMINGUEZ HG. Salud Pública UNAM-SUA México 1998.

DEVER, Alan Epidemiología y administración de servicios de salud OPS OMS.

DONAVEDIAN Avendis La calidad de la atención médica Ed la prensa medica mexicana 1996.

ENFOQUE DE RIESGO I Especialidad en Salud Pública ENEO UNAM 1997

ENFOQUE DE RIESGO II fotocopiado para uso docente especialidad en Salud Pública ENEO UNAM 1997.

FRENK, julio La salud pública .campo del conocimiento y ámbito para la acción en la salud de la población, hacia una nueva salud pública México 1998.

FRENK julio Observatorio de la salud necesidades, servicios y políticas Fundación Mexicana para la salud México D.F 1997.

Funciones esenciales de la salud pública una perspectiva desde las prácticas sociales Organización Mundial de la Salud Washington D.C1998.

FRATI MUNARI AC Tratamiento de la Diabetes Mellitus México 1997.

FUNSALUD La sociedad civil económica y salud Ed Funsalud 1995.

CHACON Fernando Planeación y programación fotocopiado para uso docente México 1997.

GOLDSMITH ARTHUR Organización comunitaria Wisconsin EUA Ed Price 1996

GALLEGOS Esther Teorías y Modelos de Enfermería fotocopiado para uso docente especialidad en salud pública UNAM México DF 1997

GOMEZ J Jara F Técnicas de desarrollo comunitario Ediciones nueva sociología distribuciones Fontamara S A México 1998.

HALLE Joanne Enfermería en salud comunitaria un enfoque Washington DC OPS1997.

HERNAN Torres Diagnostico de salud integral México INSP 1995.

HERNÁN. San Martín Salud y enfermedad La prensa Medica Mexicana 1996.

HERNAN San Martín Epidemiología teoría investigación y práctica Ed Díaz de Santos.

HERNANDEZ, Sampieri R Metodología de la investigación Mc Graw Hill 1998

HIGASHIDA, M . Educación para la Salud. Ed. Interamericana McGraw Hill México 1999.

Hilley, Stephen B. Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico Ediciones Doyma, España 1997.

HILL B A Fundamentos de epidemiología México 1995.

ISEM Instrumento de llenado de los cuadros de concentración de la visita familiar por microrregión

ISEM Tarjeta de visita familiar instrumento de trabajo comunitario Gobierno del Edo de México

ISEM Modelo de atención a la salud de la población abierta de México 1997.

ISEM Instructivo de llenado de la tarjeta de control de la visita familiar 1996.

KROEGER Axel Atención primaria a la salud Ed Paltex México 1998.

LAURELL Asa Cristina La salud enfermedad como proceso social 1999.

LASKI Laura Evaluación de programas de salud Ed Interamericana México 1997.

LOPEZ Luna. Salud publica Ed. Interamericana Mc Graw Hill México 1998.

LILIENFELD Abraham Fundamentos de Epidemiología Ed Fondo educativo Interamericano Venezuela 1998.

MARTINEZ, Navarro y ets. Salud Pública. Ed, Mc Graw Hill 1998.

OREM E Dorotea Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la practica Masson 1995.

OREM E Dorotea Teoría del autocuidado fotocopiado para uso docente México 1997.

OPS Taller Latinoamericano de epidemiología aplicada a los servicios de salud México 1995.

OPS Promoción de la Salud: Una antología publicaciones científicas Un. 557 Washinton, D. C, 1996.

OPS. Guía para el diseño, utilización y evaluación de materiales educativos de salud. serie Paltex NO 10, Washinton, D. C 1997.

OSTIGIN M. Método de trabajo enfermero y Modelo de Orem Una propuesta de implementación. Desarrollo Científico Enf 2000. (1), 3-7.

POLAINO- Lorente A. Manuel de Bioética general Ed. Rialp, S.A. Madrid, 1997.

POLIT-Hungler Investigación Científica en las Ciencias de la Salud. 5 edición, Ed Interamericana;

PINEAULT R Daveluy C La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias Masson Barcelona 1998.

REBAGLIATO, M Metodología de la investigación en epidemiología Ed Díaz de los santos 1996.

REVISTA. Salud Publica de México vol. 42 No. 1.

ROJAS SORIANO R Guía para realizar investigaciones sociales Ed UNAM México 1995.

ROCHON, Alain. Educación para la Salud. Guía practica para realizar un proyecto Ed. Masson España 1995.

RUHT E Enfermería sanitaria Ed Interamericana México 1995.

SALLERAS, San Martín Luis. Educación Sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones. Ed. Díaz de Santos; Madrid 1998.

Santiago, Rubio C. Glosario de la Economía de la Salud. Ed. Díaz de Santos; Madrid 1995.

SSA Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la Diabetes Mellitus 2000.

TAMAYO y Tamayo M El proceso de la investigación científica Ed Limusa México 1997.VICTORIA G Cesar Epidemiología de la desigualdad Ed OPS México 1995.

TORRES, Laura y Villa Barragán Juan Pablo. Documentos Mimeografiados. Diagnostico Situacional México DF 2000.

TORRES, A Laura. Documento mimeografado. Transición epidemiológica México 1999.

VAZQUEZ, M Luis. Introducción al bioestadística y la epidemiología Ed. Interamericana, Venezuela 1998.

VEGA, Franco. Bases esenciales de la Salud Publica. Ed. Prensa Medica Mexicana. México 2000.

VILLA Barragán Juan pablo Guía para determinar prioridades en el diagnostico situacional .Riesgos y daños a la salud México 2000

W. Iyer Patricia, Proceso y diagnostico de enfermería. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1ª. Ed. Mexico DF, 1999.

# ANEXOS

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

**Nº. 1  
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2000**

ACTIVIDAD	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Conocimiento del panorama epidemiológico																
Priorización de problemas																
Identificación de la zona de estudio																
Elaboración del protocolo para el Dx comunitario																
planeación de capacitación																
Capacitación sobre la cédula de entrevista																
Aplicación de la cédula																
Procesamiento y captura de datos																
Elaboración de informe técnico y priorización																

 realizado

 no realizado

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

**No. 2**  
**CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS POR FAMILIA.**

OBJETIVO : Conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de la Microrregión Jardines del Tepeyac IV, perteneciente a la Coordinación Municipal de Salud Jardines de San Gabriel en la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, cuyos resultados permitirán identificar el nivel de déficit de autocuidado familiar existente hasta Junio del 2000.

FOLIO : \_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_\_

RIESGO : \_\_\_\_\_

**I.- IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.**

1.- Apellidos de la familia : \_\_\_\_\_

2.- Domicilio : \_\_\_\_\_

3.- Sector : \_\_\_\_\_ No. de Casa : \_\_\_\_\_ No. de familia : \_\_\_\_\_

4.- Seguridad Social : No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ ¿Cuál ? \_\_\_\_\_

5.- Tiempo de vivir en éste domicilio : Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_

**II.- FAMILIOGRAMA.**

**III.- DATOS ESPECÍFICOS DE LOS INTEGRANTES.**

Nombre	Edad/Sexo Fem Masc	Edo. Civil	Ocupación	Ingreso Diario	Último grado escolar	Pasatiempos	Religión

IV.- MUJERES EN EDAD FÉRTIL ( 12 A 45 AÑOS ).

Nombre	Planif. Familiar		Tipo de Método	Otro método ¿Cuál?	Control del embarazo		Vacunación con Td	Atención del parto ¿Dónde?	Atención del puerperio	
	Si	No			Si	No			Si	No
			O I D S P				0 1 2 3			

V.- DATOS DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS.

Nombre	Edad/Sexo		Peso	Talla	Alimentación.			Aplicación Flúor			Inmuniz.		Inmuniz.		Inmuniza.	
	Fem	Masc			Lm	Bb	Abl	0	1	2	BCG	Sabin	Penta	Cuad	T.V.	D.P.T.

< Datos específicos a Hoja de Censo Nominal.

VI.- INMUNIZACIONES EN ADULTOS.

Nombre	Edad/Sexo		Inmunizaciones. Td	Inmunizaciones. Antihepatitis	Inmunizaciones. Neumocóccica	Inmunizaciones. Influenza	Inmunizaciones. Doble viral	Inmunizaciones. Otras
	Fem	Masc						

VII.- MEDIDAS PREVENTIVAS FAMILIARES.

Actividad	Si	A veces	N O	¿ Por qué ?
1.- ¿ Le dan algún tratamiento al agua que beben ?				
2.- ¿ Cuántas veces se lavan las manos al día ?				
3.- ¿ Cuántas veces se lavan los dientes al día ?				
4.- ¿ Cada cuando acostumbra bañarse ?				
5.- ¿ Cada cuando acostumbra lavar su sanitario ?				
6.- ¿ Desinfectan las verduras ?				
7.- ¿ Protegen ( tapan ) los alimentos.				
8.- ¿ Eliminan la fauna nociva ( cucarachas, moscas, ratas etc. ) ?				

VIII.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA.

- 1.-  
Propia \_\_\_\_\_ Rentada \_\_\_\_\_ Prestada \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
- 2.- No. de cuartos \_\_\_\_\_ Cocina separada : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 3.- Iluminación: Adecuada \_\_\_\_\_ Inadecuada \_\_\_\_\_
- 4.- Ventilación : Adecuada \_\_\_\_\_ Inadecuada \_\_\_\_\_
- 5.- Tipo de construcción :  
5.1 Techos  
: \_\_\_\_\_
- 5.2 Muros  
: \_\_\_\_\_
- 5.3 Pisos  
: \_\_\_\_\_

5.4 Acabados

\_\_\_\_\_

6.- Servicios :

- 6.1 Drenaje : Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 6.2 Electricidad : Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 6.3 T.V.: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 6.4 Teléfono : Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 6.5 Radio : Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 6.6 Refrigerador : Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 6.7 Cisterna : Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 6.8 Agua potable : Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 6.9 Pavimentación : Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 6.10 Recolección de basura : Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 6.11 Disposición de excretas : W.C. \_\_\_\_\_ Letrina \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

IX.- FAUNA DOMÉSTICA.

Especie :	Perros	Gatos	Otros :	Tipo ( Otras especies )	No. Total
No. de :					
Vacunados :					
No vacunados :					

< Datos específicos a Hoja de Censo Canino.

X.- ACTITUD ANTE LA MEDICINA TRADICIONAL.

1.- Atención del embarazo

\_\_\_\_\_

2.- Atención del parto : \_\_\_\_\_ Toma algo durante el parto

\_\_\_\_\_

3.- Con que cura la diarrea en los niños

\_\_\_\_\_

4.- Con que cura las enfermedades respiratorias en los niños

\_\_\_\_\_

5.- Con que trata las enfermedades de su familia

\_\_\_\_\_

XI.- ALIMENTACIÓN ( GENERALIDADES ).

1.- ¿ Que preparó para su familia ayer ? :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.- ¿ Que va a preparar para mañana ? :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

XII.- MORTALIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS DENTRO DEL NÚCLEO FAMILIAR (Hasta Junio del 2000 )

Nombre	Edad/Sexo		Causa de la muerte	Fecha	Atención médica		Ocupación	Lugar donde falleció	
	Fem	Masc			Sí	No		Dom.	Otro

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



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

**No. 3**  
**CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS POR FAMILIA.**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO.**

**OBJETIVO :** Conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de la Microregión Jardines del Tepeyac IV, perteneciente a la Coordinación Municipal de Salud Jardines de San Gabriel en la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, cuyos resultados permitirán identificar el nivel de déficit de autocuidado familiar existente hasta Junio del 2000.

**FOLIO :** Impreso

**FECHA :** Día/Mes/Año

**RIESGO :** 1,2,3, ó 4

**( De acuerdo a los criterios  
de clasificación )**

**I.- IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.**

1.- Apellidos de la familia : Paterno y Materno

2.- Domicilio : Calle , No. de manzana, No. de lote, No. oficial , Colonia

3.- Sector : No. del sector asignado No. de Casa : De acuerdo a la numeración consecutiva del croquis No.de familia : De acuerdo al número de familias que viven en la casa.

4.- Seguridad Social : Sí No Marcar con X de acuerdo a lo que refiera la persona. Anotar en ¿Cuál ?  
IMSS, ISSSTE, ISEMYM,

SEDENA, etc. De acuerdo a la respuesta de la persona.

5.- Tiempo de vivir en éste domicilio : Años \_Meses\_ Días \_ Anotar la cifra que el entrevistado refiera, con números arábigos

II.- FAMILIOGRAMA. Aplicar la simbología de acuerdo a los datos obtenidos.  
 Anotar con color rojo la simbología indicada para el caso de mujeres embarazadas y personas con patología crónica.  
 Anotar la descendencia en orden cronológico iniciando de izquierda a derecha.

### III.- DATOS ESPECÍFICOS DE LOS INTEGRANTES.

Nombre	Edad/Sexo Fem Masc	Edo.Civil	Ocupación	Ingreso Diario	Último grado escolar	Pasatiempos	Religión
Anotar solo el nombre de todos los integrantes de la familia, empezando por el de mayor edad, en forma consecutiva.	Anotar la edad en años cumplidos en el espacio correspondiente al sexo. Si es menor de 1 año anotar en meses ó días.	Anotar el que refiera el encuestado de acuerdo a Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Especificar a que se dedica, si no trabaja las opciones son : ama de casa, desempleado, Estudiante etc.	Estimar de acuerdo a la cantidad que refiera la persona que propone los datos.	Se anotará el último grado de estudios, si no fué a la escuela especificar si es analfabeta, sabe leer y escribir, sabe leer.	Anotar únicamente lo que la persona conteste cuando se le pregunte en que ocupa su tiempo libre.	Anotar únicamente lo que el entrevistado refiera.

### IV.- MUJERES EN EDAD FÉRTIL ( 12 A 45 AÑOS ).

Nombre	Planif. Familiar	Tipo de Método	Otro método ¿Cuál?	Control del embarazo	Vacunación con Td	Atención del parto ¿Dónde?	Atención del puerperio Si No
	Sí No	O I D S P		Sí No	0 1 2 3		
Anotar solo el nombre de las mujeres de 12 a 45 años empiezan Do por la de mayor edad.	Tachar la opción que correspon-da	Anotar con una X en la opción que correspon-da al método que usa actualmente : O=Orales ó pastillas I= Inyectables D=Dispositivo Intraut. S= Salpingoclasia P= Preservativos	Anotar los que no aparecen en el espacio anterior : Vasectomía, Ritmo, Óvulos, Coitus In Terruptus, etc.	Anotar una X en la opción que correspon-da de acuerdo a la respuesta del entrevistado. Si no hay mujer embarazada se preguntará sobre el anterior emb.	Anotar una X en el espacio que correspond a de acuerdo a las dosis que se haya aplicado en los últimos 5 años. Sin importar si está embarazada ó no.	Anotar donde se atenderá el parto si está embarazada, si no está embarazada preguntar sobre el anterior embarazo. Tomando como parámetro 5 años atrás.	Anotar una X en la opción que correspon-da, si la persona está embarazada preguntar sobre el próximo puerperio, si no, preguntar sobre el anterior.

V.- DATOS DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS.

Nombre	Edad/Sexo	Peso	Talla	Alimentación. Lm Bb Abl	Aplicación	Immuniz.	Immuniz.	Immuniza.
	Fem Masc				Flúor 0 1 2	BCG Sabin	Penta Cuad	T.V. D.P.T.
Anotar solo el nombre de los menores de 5 años empezando por el mayor.	Anotar la Edad en el espacio del sexo que corresponde.	No se anotará nada	No se anotará nada	Se anotará el tiempo que se le ha brindado de acuerdo a las opciones Sin importar la edad.	Anotar una X de acuerdo a la opción que corresponda	Basándose en la Cartilla anotar el número de dosis que tiene aplicadas de acuerdo al esquema básico.	Basándose en la Cartilla anotar el número de dosis que tiene aplicadas de acuerdo al esquema básico.	En cuanto a triple viral se anotará de acuerdo a las indicaciones anteriores y a DPT solo se registrará Las dosis de refuerzo.

< Datos específicos a Hoja de Censo Nominal.

VI.- INMUNIZACIONES EN ADULTOS.

Nombre	Edad/Sexo	Immunizaciones.	Immunizaciones.	Immunizaciones.	Immunizaciones.	Immunizaciones.	Immunizaciones.
	Fem Masc	Td	Antihepatitis	Neumocócica	Influenza	Doble viral	Otras
Anotar solo el nombre de los hombres a partir de los 25 años y a las mujeres a partir de los 46 años.	Anotar los años cumplidos en el espacio correspondiente de acuerdo al sexo.	Se anotará el número de dosis que tenga aplicadas, tomando en cuenta los últimos 5 años.	Igual que el anterior	Aquí se anotarán las vacuotas vacunas que no están contempladas			

VII.- MEDIDAS PREVENTIVAS FAMILIARES.

Actividad	Si	A veces	No	¿ Por qué ?
1.- ¿ Le dan algún tratamiento al agua que beben ?				Se anotará una X en la opción que corresponda a cada
2.- ¿ Cuántas veces se lavan las manos al día ?				una de estas preguntas, debiendo utilizar la observación
3.- ¿ Cuántas veces se lavan los dientes al día ?				para valorar las respuestas del entrevistado.
4.- ¿ Cada cuando acostumbra bañarse ?				en el caso del tratamiento del agua si la persona refiere
5.- ¿ Cada cuando acostumbra lavar su sanitario ?				que toman agua de garrafón se anotará como SI
6.- ¿ Desinfectan las verduras ?				cuando la respuesta sea NO en cualquier pregunta
7.- ¿ Protegen ( tapan ) los alimentos.				entonces se anotará alguna razón en el espacio de
8.- ¿ Eliminan la fauna nociva ( cucarachas, moscas, ratas etc ) ?				¿ Por qué ?

VIII.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA.

1.- Propia \_\_\_\_\_ Rentada \_\_\_\_\_ Prestada \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Las opciones de esta sección se contestarán de acuerdo a

2.- No. de cuartos \_\_\_\_\_ Cocina separada : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ lo que se solicita y las respuestas del entrevistado, debi

3.- Iluminación: Adecuada \_\_\_\_\_ Inadecuada \_\_\_\_\_

4.- Ventilación : Adecuada \_\_\_\_\_ Inadecuada \_\_\_\_\_

5.- Tipo de construcción :

5.1 Techos : \_\_\_\_\_

5.5 Muros : \_\_\_\_\_

5.6 Pisos : \_\_\_\_\_

5.7 Acabados : \_\_\_\_\_

6.- Servicios :

6.12 Drenaje :	Si _____	No _____	
6.13 Electricidad :	Si _____	No _____	
6.14 T.V.:	Si _____	No _____	
6.15 Teléfono :	Si _____	No _____	
6.16 Radio :	Si _____	No _____	
6.17 Refrigerador :	Si _____	No _____	
6.18 Cisterna :	Si _____	No _____	Otro _____
6.19 Agua potable :	Si _____	No _____	
6.20 Pavimentación :	Si _____	No _____	
6.21 Recolección de basura :	Si _____	No _____	Otro _____
6.22 Disposición de excretas :	W.C. _____	Letrina _____	Otro _____

IX.- FAUNA DOMÉSTICA.

Especie :	Perros	Gatos	Otros :	Tipo ( Otras especies )	No. Total
No. de :					
Vacunados :					
No vacunados :					

< Datos específicos a Hoja de Censo Canino.

X.- ACTITUD ANTE LA MEDICINA TRADICIONAL.

1.- Atención del embarazo

: \_\_\_\_\_

2.- Atención del parto : \_\_\_\_\_ Toma algo durante el parto

: \_\_\_\_\_

3.- Con que cura la diarrea en los niños

: \_\_\_\_\_

4.- Con que cura las enfermedades respiratorias en los niños

: \_\_\_\_\_

5.- Con que trata las enfermedades de su familia

: \_\_\_\_\_

XI.- ALIMENTACIÓN ( GENERALIDADES ).

1.- ¿ Que preparó para su familia ayer ? : Realizar la pregunta tal como está planteada y anotar únicamente lo que refiera el entrevistado.

2.- ¿ Que va a preparar para mañana ? : Realizar la pregunta tal como está planteada y anotar únicamente lo que refiera el entrevistado.

XII.- MORTALIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS DENTRO DEL NÚCLEO FAMILIAR (Hasta Junio del 2000 )

Nombre	Edad/Sexo Fem Masc	Causa de la muerte	Fecha	Atención médica Si No	Ocupación	Lugar donde falleció Dom. Otro
Anotar solo el nombre de la persona que haya fallecido siempre y cuando forma parte de el núcleo familiar.	Anotar la edad de la persona fallecida al momento de su deceso y de acuerdo al sexo.	Anotar la causa que ocasionó la muerte tal como lo refiera el entrevistado.	Anotar la fecha del momento de la muerte, si el entrevistado no recuerda la fecha exacta, aproximar.	Anotar con una X en donde corresponda.	Especificar a que se dedicaba la persona fallecida, tal como lo refiera la persona que está proporcionando los datos.	Especificar el lugar donde ocurrió el fallecimiento.

**XIII- MORBILIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO DENTRO DEL NÚCLEO FAMILIAR ( DE JUNIO 1999 A JUNIO 2000 )**

Nombre	Edad/Sexo Fem Masc	Tipo de enfermedad y/o Discapacidad	Fecha aprox. ( padeció )	Atención médica Si No	¿ Dónde ? Que medicamentos toma	Ocupación	Inició la enfermedad
Anotar solo el nombre de las personas que se enfermaron durante el periodo establecido.	Anotar la edad en años cumplidos, en el espacio correspondiente al sexo, si es menor de un año anotar la edad en meses ó días.	Anotar el tipo de enfermedad que padeció y todas las que padeció durante el año sin importar que utilice más renglones. Si alguna integrante de la familia tiene alguna discapacidad también se anotará. Ejemplos : Sordomudos Parálisis cerebral Hidrocefalia Paralíticos Ciegos Retraso mental Síndrome de Dawn También se anotarán aquí las personas que tengan alguna enfermedad crónica como : Diabetes Hipertensión Cáncer Convulsiones Adicciones Etc.	Anotar la fecha aproximada en que padeció la enfermedad ó cuanto tiempo tiene de estar enfermo ó discapacitado .	Anotar si recibió, ha recibido ó está recibiendo atención médica, según el caso.	Anotar la Institución médica que lo está atendiendo ó lo atendió durante su padecimiento y agregar el medicamento que está tomando si se trata de alguna enfermedad crónica ó alguna discapacidad	Anotar a que se dedica la persona.	Anotar si su enfermedad le inició en su domicilio ó la adquirió en algún otro lado.  Nota : Anotar el número de veces que ha padecido una misma enfermedad por ejemplo: diarreas, I.R.A.

NOMBRE DEL ENCUESTADOR :

FUNCIÓN :

FIRMA :

Anotar que función desempeña No

1.- Anotar nombre y apellidos del entrevistador

olvidar su firma

NOMBRE DEL SUPERVISOR :

FUNCIÓN :

FIRMA

Anotar que función desempeña No

1.- Anotar nombre y apellidos del supervisor

olvidar su firma

OBSERVACIONES :

Anotar cualquier situación que no esté contemplada en la Cédula y que consideren de suma importancia para la investigación. Como puede ser que está familia esté ausente, que no haya una persona adulta que proporcione la información, que la persona no proporcione la cartilla de vacunación de los menores de 5 años etc.

**LINEAMIENTOS PARA EL LLENADO DE LA CEDULA.**

1.- Se utilizará lápiz, de preferencia del No. 3

2.- Se utilizará letra de molde, clara y legible.

3.- No remarcar, no tachaduras, no encimar datos.

4.- Aplicar una cédula por familia

5.- La información la deberá proporcionar una persona mayor de 15 años para que sea lo más fidedigna posible.

No.4  
TABLA DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	MEDICIÓN	ESTADÍSTICOS	FUENTE
<b>Demografía</b>	Cuantitativa discontinua	Dad	Quinquenio de acuerdo a la pirámide poblacional	Proporciones	Primaria
	Cualitativas ordinales	Sexo		Proporciones	Primaria
<b>Daños a la salud</b>	Cualitativas ordinales	Morbilidad	Incidencia prevalencia	Tasas	Primaria y secundaria
	Cuantitativa ordinales	Mortalidad	Prevalencia	Tasas	Primaria y secundaria
<b>Socioeconómico</b>	Cualitativas ordinales	Edo. Civil	Unida, no unida	Proporciones	Primaria
	Cuantitativa discontinua	Ocupación	Agropecuario, Ama de Casa, Profesionales y servicio	Proporciones Tasas = P.E.A	Primaria
	Cuantitativa discontinua	Ingreso mensual	1-2 salarios, 3-4 salarios y 5-6 salarios	Tasa o proporción	Primaria
	Cuantitativa	Años de escolaridad	0-6 años esc. 7-9 años esc. y 10-15 años esc.	Promedio TA	Primaria
	Cualitativas discontinuas	Condiciones de la vivienda	Disponibilidad de refrigerador, agua potable, drenaje y piso de tierra	Promedio porcentaje	y Primaria
	Cualitativas ordinales	Hábitos personales	Sí hábitos higiénicos y no hábitos higiénicos	Proporciones	Primaria
	Cualitativas ordinales	Ejercicio físico	Sí y No	Proporciones	Primaria
	Cualitativas	Religión	Católica, testigo de Jehová, entre otras	Proporciones	Primaria
<b>Respuesta Social Organizada</b>	Cuantitativa ordinales	Riesgo (MASPA)	R1, R2, R3 y R4	Proporciones	Primaria
	Cuantitativa ordinales	Seguridad social	Sí, No	Proporciones	Primaria
	Cuantitativa discontinua	Control prenatal	Sí, No	Proporciones	Primaria y secundaria
	Cuantitativa discontinua	Planif. Fam.	Sí, No	Proporciones	Primaria
	Cuantitativa discontinua	Esq. De Vac. < 1ª. Por sexo	Sabin, pentavalente, DPT, Sarampión, BCG	Proporciones	Secundaria
	Cuantitativa discontinua	Es. De Va. 1-5ª. Por sexo	Sabin, Pentavalente, DPT, Sarampión, BCG	Proporciones	Secundaria
	Cuantitativa discontinua	Esq. De Vac. > 50ª por sexo	1ra TD, 2da TD, 3da TD, 1ra. Antihepática, 2ra. Antihepática	Proporciones	Primaria y secundaria

**No. 5**  
**DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES**

VARIABLE	INTERRELACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Demografía	Independiente	Define a los grupos de edad de una comunidad de estudio. Incluye los siguientes componentes: Edad: son los años completos de vida del individuo. Sexo: se refiere al género (masculino o femenino). Familia: Unidad Multipersonal que habita bajo el mismo techo, aunque tenga o no relación de parentesco.
Daños a la Salud:	Independiente	Es cualquier alteración a la salud producida por el conjunto de factores asociados. El daño puede a su vez constituirse en un factor de riesgo para que otros daños se presenten se pueden medir en morbilidad y mortalidad. La morbilidad es la percepción de malestar del individuo La mortalidad: son las muertes de un grupo etéreo determinado
Factores socioeconómicos	Independiente	Son características de la población de su estilo de vida, a través de: Ingreso económico: es el nivel económico familiar en función de los salarios mínimos. Hábitos higiénicos: son las costumbres que lleva a cabo el individuo para el mantenimiento de su salud. Escolaridad: son el número de años terminados y aprobados. Ocupación: trabajo, oficio o profesión específica desempeñada por la población en estudio, incluye labores del hogar. Vivienda: inmueble donde vive una o más personas. Religión: Es la elección espiritual de los integrantes de las Unidades Multipersonales (católica, evangelista, budista, mormón, entre otros). Estado Civil: Es la condición de las personas de estar en unión o bien sin unión (casada, soltera, divorciada, separada). Fauna: diversidad de animales que habitan en un determinado territorio. Practica de ejercicio: si tiene el hábito o costumbre de hacer algún tipo de ejercicio dentro de su vida cotidiana.
Respuesta Social Organizada:	Dependiente	Es la forma de organización de los individuos ante problemas comunes de salud, para encontrar el equilibrio entre la salud y la enfermedad. Entre estas organizaciones se encuentran los Servicios de Salud, homeopatía. Yerberos, Hueseros, vacunas, consultorios, farmacias entre otros Planificación familiar: son métodos que utiliza la pareja para limitar o espaciar un embarazo de otro. Atención prenatal: son revisiones médicas con el objetivo de evaluar el estado de salud de la madre y el producto Atención al parto: acciones encaminadas al proceso del nacimiento del producto de la gestación. Clasificación de Riesgo familiar de acuerdo al MASPA: Riesgo 1: menores de cinco años y mujeres embarazadas, Riesgo 2: mujeres en edad fértil, Riesgo 3: problemas crónicos-degenerativos y otros grupos etéreos y Riesgo 4: inmunización y/o vivienda deficiente.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA**

No.6

**INSTRUCTIVO DE LA CEDULA DE CAPTACION DE DATOS PARA  
DEFICIT DE AUTOCUIDADO EN RELACION A DIABETES MELLITUS E  
HIPERTENCION ARTERIAL**

SEPTIEMBRE DEL 2000

**OBJETIVO:**

Recopilar información con el fin de asociar déficit de autocuidado que representen factores de riesgo para diabetes mellitus e hipertensión arterial en la población mayor de 25 años de la microrregión Jardines del Tepeyac IV.

Poner solo el nombre de la persona entrevistada, domicilio completo y parentesco que ocupa en su familia.

"No poner la respuesta en los cuadros de Codificación.

Se deberá marcar solo con una "X" la respuesta que corresponda a cada pregunta.

- 1.- Marcar la letra que corresponda al sexo masculino o femenino
- 2.- Marcar la edad del entrevistado en la letra que corresponda al rango.
- 3.- Marcar la ocupación y si tiene otra diferente a las que están poner cual es en la línea marcada
- 4.- La escolaridad deberá ser señalada en la letra que corresponda a su nivel de estudios.
- 5.- Preguntar los antecedentes heredo familiares de diabetes e hipertensión arterial y señalar la respuesta en la letra correspondiente
- 6.- Misma indicación del punto 5.
- 7.- El sobrepeso de la persona entrevistada deberá ser visualizada por el entrevistador y marcar en la letra que crea adecuada

- 8.- Solo preguntar cuanto pesa y anotar en la línea la respuesta con número el peso referido o aproximado.
- 9.- No hay problema pase a la siguiente.
- 10.- Preguntar solo si su respuesta fue si en la pregunta numero 9.
- 11.- No hay problema
- 12.- Solo si la respuesta 11 fue si.
- 13.- Preguntar si conocen el daño que le ocasiona beber, fumar de lo que le contesten aproximar su respuesta y anotar la letra que corresponda, es importante preguntarle ¿Cuáles? Sin necesidad de anotarlos es solo para confirmar si conocen el daño.
- 14.- Preguntar cada cuando acude al doctor o chequeo medico
- 15.- Preguntar solo si contesto en la respuesta anterior la letra "E" cuando se enferma, pregunta de que se enferma y escriba en la línea.
- 16.- No hay problema.
- 17.- Si contesto "A" y "C" anotar con que frecuencia lo hacen en la letra que corresponda
- 18.- No hay problema
- 19.- Anotar si consumen refresco de cualquier marca.

**Marcar si = si lo consumen diario o cada tercer día**

Marcar no = si es consumido en tiempos muy largos

Marcar a veces = si se consume cada 8 días o cuando acude a eventos sociales

- 20.- Poner solo si su consumo de carne es de res o de puerco (Carnes rojas)
- 21.- No hay problema.
- 22 y 23.- Aproximar la cantidad de agua que consumen, si les contestan en litros tomar en cuenta el parámetro:  
1 litro = 4 Vasos de agua.
- 24.- Poner el tipo de grasas con los que prepara sus alimentos.
- 25.- Preguntar si realiza ejercicio o deporte, solo actividades físicas.
- 26 preguntar solo si la respuesta anterior fue A" o "C en días a la semana.

- 27.- Poner todas las actividades que realizan y si tienen más de tres, marcar también con una "X" la letra i.
- 28.- No hay problema
- 29.- Preguntar si al hacer ejercicio físico o cualquier otra actividad se cansa, muy rápido. Y poner cual es en la línea
- 30.- Aproximar el tiempo que dedica a ver la televisión, y marcar la respuesta adecuada
- 31.- Solo preguntar si contesto las letras "A" "B" y "C" de la pregunta anterior
- 32.- Poner el tipo de comerciales que ve con más frecuencia y que le gustan mas, anotarle en la respuesta correspondiente.
- 33. Poner el ingreso diario contando a todos los que aportan en la familia y anotar la letra que corresponda.  
(Tomando en cuenta que el ingreso mínimo es de \$ 38.00)
- 34.- Preguntar si toma medicamentos sin receta medica, que sé automedique.
- 35.- Sin problema
- 36.- Poner la respuesta con base a los conocimientos que le respondan sobre todo que sean verídicos, realizarles alguna pregunta clave para verificar si saben.
- 37.- Misma indicación que la 36.
- 38 a la 45.- Las preguntas son solo para mujeres que son entrevistadas en ese momento no poner datos de segundas personas.

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

No.7

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS PARA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO  
EN RELACIÓN A DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

<b>OBJETIVO:</b>	Recopilar información con el fin de asociar déficit de autocuidado que representen factores de riesgo para diabetes e hipertensión en la población mayor de 25 años de la microrregión Jardines del Tepeyac IV.
<b>DIRIGIDO A :</b>	Población mayor de 25 años que reside en el área ( sanos y enfermos ).
<b>INSTRUCCIONES:</b>	Seleccione solo una respuesta con ( X ). Pregunte y observe para contestar

FOLIO \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_  
PARENTESCO \_\_\_\_\_

**CODIFICACIÓN  
( NO UTILIZAR )**

1.- SEXO DEL ENTREVISTADO.

a) masculino b) femenino

1

2.- EDAD DEL ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

a ) 25 -30 b) 31 -35 c) 36 - 40 d ) 41 - 45  
e ) 46 - 50 f ) 51- 55 g) 56 - 60 h ) 61 y +

2

3.- OCUPACIÓN DEL ENTREVISTADO .

a ) Hogar b) Comerciante c ) Profesionista - asalariado  
d ) Profesionista por su cuenta e ) Obrero f ) Desempleado  
g ) Empleado h ) otra ¿Cuál ? . \_\_\_\_\_

3

4.- ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO.

a ) Analfabeta b ) Sabe leer y escribir c ) Primaria incompleta  
d ) Primaria completa e ) Secundaria incompleta f ) Sec. completa  
g ) Media sup incompleta h ) Media superior completa

i ) Profesional incompleta j ) Profesional completa

4

5.-¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES ?

a ) Si b ) No c ) No sabe

5

6.-¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSIÓN?

a ) Si b ) No c ) No sabe

7.-¿ ES OBSERVABLE SU SOBREPESO ?

a ) Si b ) No

7

8.-¿ CUANTO PESA ? DATO \_\_\_\_\_

a ) Adecuado b ) Disminuido c ) Sobrepeso

8

9.-¿ FUMA ?

a ) Si b ) No c ) No contesto

9

10.-¿ SI LA RESPUESTA ES SI, CUANTOS AL DÍA ?

a ) De 1 a 3 b ) De 3 a 5 c ) Más de 5

10

11.-¿ TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS ?

a ) Si b ) No c ) No contesto

11

12.- SI LA RESPUESTA ES SI, ¿ CUANTOS AL DÍA ?

a ) Ocasionalmente b ) Cada semana c ) Diario d ) Sólo en fiestas

12

13.-¿ CONOCE USTED QUE DAÑO LE OCACIONA BEBER Y FUMAR ?

a ) Si b ) No c ) a veces

13

14.-¿CADA CUANDO ACUDE AL DOCTOR ?

a ) Cada semana b ) Cada 15 días c ) Cada mes

14

d ) Cada que lo necesite e ) Cuando me enfermo f ) Nunca

15.- SI "E" PREGUNTE DE QUE SE ENFERMA

15

16.-¿ CONSUME USTED PAN ?

a ) Si b ) No c ) A veces d ) Nunca

16

17.- SI CONTESTO "A" O "C" ¿CON QUE FRECUENCIA COME PAN ?

a ) No consume b ) diario c ) 1 a 2 veces a la semana

d ) 3 a 4 veces por semana d ) 5 a 6 veces por semana

17

18.-¿ CONSUME REFRESCO ?

a) Si    b) No    c) A veces

18

19.- ¿ CON QUE FRECUENCIA CONSUME REFRESCO ?

- a) 1-2 veces por semana    b) 3-4 veces por semana  
c) 5-6 veces por semana    d) diario

19

20.- ¿CONSUME UD. CARNE ROJA?

- a) Si    b) No    c) A veces

20

21.- ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME CARNE ROJA ?

- a) Diario    b) 3 a 4 días    c) De 1-2 días    d) Nunca

21

20

22.- ¿ACOSTUMBRA UD. BEBER AGUA SIMPLE DURANTE EL DIA'

- a) Si    b) No    c) A veces

22

23.- ¿ QUÉ CANTIDAD DE AGUA CONSUME AL DÍA ?

- a) 1 a 2 vasos    b) 3 a 4 vasos    c) 5 a 6 vasos  
d) 7 a 8 vasos    e) Nada

23

24.- ¿ QUÉ UTILIZA PARA PREPARACIÓN DE SUS ALIMENTOS,?

- a) Grasa vegetal    b) Grasa animal (-mantequilla)    c) Aceite  
d) Otros especifique \_\_\_\_\_

24

25.- ¿ REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE ?

- a) Si    b) No    c) A veces

25

26.- SI SU RESPUESTA FUE "A" O "C" ¿ CADA CUANDO ?

- a) 1 a 2 días    b) 3 a 4 días    c) Mas de 5 días    d) Diario

26

27.- ¿ QUE ACTIVIDAD (ES) REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE ?

- a) Deporte    b) Labores del hogar    c) Manualidades  
d) Leer y/o escribir    e) Con vivencia familiar    f) Realiza mas de 3 actividades  
g) Pasear    h) Otras ¿ Cual ? \_\_\_\_\_

27

28.- ¿ ACOSTUMBRA DURANTE EL DÍA UNA SIESTA  
APARTE DE DORMIR POR LA NOCHE?

28

- a) Si    b) No    c) A veces

29.-¿ AL REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD FISICA SE FATIGA ?

- a) SI    b) No

29

Cual \_\_\_\_\_

30.- ¿ QUE TIEMPO LE DEDICA A VER LA TELEVISIÓN ?

- a) 1 a 2 horas    b) 2 a 4 horas    c) Más de 4 horas    d) No la ve

30

31.- ¿ EN QUE POSICION VE LA TELEVISION ?  
a ) Sentado b) Acostado c) Realizando tareas del hogar d) Leyendo e) Otros

32.- ¿ QUE TIPO DE COMERCIALES LE GUSTAN ?  
a ) De alimentos b) De ropa c) Cosméticos d) Bebidas e) Otros

33.- ¿ CUAL ES EL INGRESO ECONÓMICO DIARIO DE LA FAMILIA?  
a ) Menos de 1 salario mínimo b ) 1 a 2 sal. mínimo  
c ) 3 a 4 salarios mínimos d ) Mas de 5 salarios minimo   
e) Sin ingresos

34.- ¿ ACOSTUMBRA USTED TOMAR MEDICAMENTOS  
SIN RECETA MEDICA ?  
a ) Sí b ) No c ) No se d ) A veces

35.- ¿ LE HAN TOMADO DE UN MES A LA FECHA LA PRESIÓN ARTERIAL ?  
a ) Sí b ) No c ) A veces d ) No recuerda

36.- ¿ SABE USTED QUE ES DIABETES MELLITUS ?  
Conocimiento: a ) Suficiente b ) Insuficiente c) No lo tiene

35  
37.- ¿ SABE USTED QUE ES LA HIPERTENSION ARTERIAL?  
Conocimiento a ) suficiente b ) Insuficiente c) No lo tiene

**SI ES USTED MUJER CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.**

38.- ¿ CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO HASTA LA FECHA ?  
a ) 0 b ) 1 a 2 c ) 3 a 4 d ) Más de 5

39.- ¿ CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE O TUVO?  
a) 1 b) 2-4 c) Mas de 4 hijos

40.- ¿ POR LO REGULAR CUÁL ES EL PERIODO QUE DEJA  
DE UN EMBARAZO A OTRO?  
a ) 1 año b ) 2 años c ) 3 años d ) 4 años o más

41.- ¿ HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA DE SALUD DURANTE ALGUNO DE SUS  
EMBARAZOS  
a ) Diabetes mellitus b ) Hipertensión arterial  
c ) Ninguna d ) Otras ¿Cual ? \_\_\_\_\_

42.- ¿ HA TENIDO BEBES DE MÁS DE 4 KILOS AL NACER ?  
a ) Sí b ) No

43.- ¿ SI SU RESPUESTA ES SI DIGA CUANTOS ?

43 a) 1 b) 2 c) 3 o mas

44.- ¿ UTILIZA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, HORMONAL ?

a ) Si b ) No c ) A veces

44

45.- ¿SI SU RESPUESTA ES SI DIGA CUAL?

a) Pastillas b) Inyecciones c) Otros Cual \_\_\_\_\_

45

COMENTARIOS EN RELACION CON LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

---

---

---

---

---

---

---

---

ENCUESTADOR: (Nombre y firma) \_\_\_\_\_

SUPERVISOR: (Nombre y firma)

---

BASE DE DATOS  
CUESTIONARIO DE ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA  
ENEO-UNAM  
2000

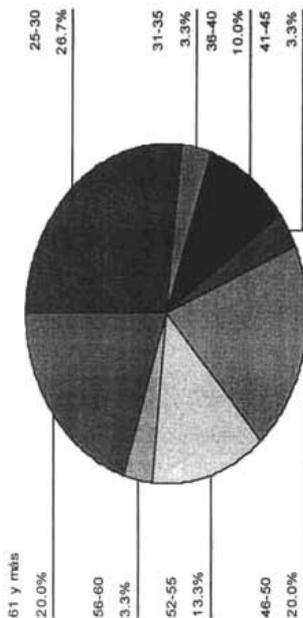
Céd.	RESPUESTA SEGÚN CODIFICACIÓN																																																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45								
1	B	F	A	D	B	A	A	C	B	B	A	A	A	A	A	A	B	A	A	A	C	C	A	C	C	C	A	F	A	B	A	B	A	B	E	C	B	A	A	A	D	C	A	C	A	A	B						
2	B	E	A	D	A	A	A	A	B	B	A	A	A	A	E	J	A	C	A	A	A	B	A	D	C	B	B	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	B	A	A	C	B	C	C	A	B	B				
3	A	H	F	B	A	A	A	B	A	A	A	A	A	A	C	A	C	B	C	C	A	A	C	A	A	C	A	A	D	B	A	A	D	F	B	A	A	B	B	A	A	B	B	A	A	B	B	A	B	B			
4	B	B	G	A	J	B	B	A	C	A	B	A	C	A	A	D	C	A	A	C	A	A	D	C	B	D	A	B	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	D	D	B	B	B	B				
5	B	B	G	A	C	B	B	A	C	B	B	B	D	C	D	C	A	B	D	C	A	A	B	B	C	B	B	C	B	B	C	C	G	B	B	A	C	B	B	A	C	B	D	C	B	C	A	B	B				
6	B	H	A	C	B	B	B	A	B	B	B	A	E	A	E	A	B	B	D	D	A	D	C	B	H	B	B	A	A	E	A	E	A	B	A	C	A	B	A	C	A	B	A	D	C	B	B	B					
7	B	H	A	A	B	A	A	C	B	B	C	D	B	B	B	B	A	B	A	D	C	B	C	B	A	D	C	B	A	D	F	B	B	A	A	C	D	C	C	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B				
8	B	H	A	B	B	B	B	B	B	B	B	D	A	C	B	B	A	C	A	A	A	B	B	C	B	A	D	B	C	B	A	D	F	B	D	A	B	C	D	C	A	C	A	C	A	C	B	B	B				
9	B	H	A	C	A	A	C	B	B	B	B	C	C	B	B	C	C	B	B	A	D	C	B	B	B	C	B	A	A	F	B	B	A	B	A	B	C	D	C	B	C	A	A	B	C	A	A	B	B				
10	B	G	A	C	A	B	B	C	B	B	A	A	A	B	A	A	A	C	A	A	C	A	B	C	A	A	G	A	A	D	F	A	B	A	A	A	C	B	B	A	B	A	A	C	B	C	B	B	B				
11	B	H	C	D	A	C	B	A	B	B	B	B	C	B	C	A	A	B	A	A	B	A	C	C	C	C	B	A	A	D	B	F	B	C	A	A	C	D	C	B	C	B	B	B	B	B	B	B	B				
12	B	C	D	D	A	C	A	A	B	B	A	A	A	B	A	B	A	A	A	A	C	C	B	B	A	A	C	A	D	B	F	B	C	A	A	C	A	D	C	C	A	C	B	B	C	A	A	B	B				
13	B	C	A	F	A	A	C	B	B	B	A	A	F	A	B	A	B	A	B	B	B	C	B	B	C	B	B	A	B	A	B	B	A	B	B	A	B	B	A	C	A	D	C	C	A	D	C	B	B	B			
14	A	F	H	D	A	A	B	A	A	C	B	A	A	C	A	B	B	A	A	D	A	C	C	A	C	D	H	C	A	A	E	F	B	B	A	A	A	F	B	B	A	C	D	B	D	B	B	B	B				
15	B	E	A	D	A	B	B	B	A	C	A	D	A	E	K	B	A	A	D	A	C	C	B	C	B	B	A	A	A	B	F	B	B	A	C	D	B	B	A	C	D	B	D	B	B	B	B	B	B				
16	A	B	B	C	C	A	C	A	C	A	A	D	C	C	A	B	C	C	C	A	C	B	B	B	E	C	A	C	A	G	B	D	A	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
17	B	E	A	C	A	A	C	B	B	B	B	A	D	C	C	A	A	C	C	B	E	B	C	A	B	C	B	C	C	G	C	D	B	B	B	C	B	A	C	A	B	C	A	A	B	B	B	B					
18	B	E	A	D	B	A	C	C	A	A	B	A	D	C	C	A	B	C	C	C	A	C	B	B	A	B	C	B	B	A	B	C	B	D	A	C	C	B	A	A	C	B	A	A	C	B	A	A	C	B	B		
19	A	A	H	F	A	A	B	A	B	A	D	B	E	F	A	D	A	D	A	B	A	A	C	A	A	H	A	A	A	A	F	D	B	B	B	B	B	B	B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
20	B	F	A	C	B	B	B	A	B	B	B	A	E	F	C	C	A	B	A	C	A	A	C	B	B	A	A	A	A	C	B	B	A	A	C	B	B	B	B	C	D	D	C	B	C	B	B	B	B	B	B		
21	B	B	A	B	A	B	A	B	B	B	B	A	D	A	B	B	B	A	B	B	C	B	B	D	C	C	B	C	A	A	B	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
22	B	A	A	E	A	B	A	B	B	B	A	D	C	C	A	A	C	C	A	C	B	B	C	B	A	B	A	B	A	B	B	A	B	B	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
23	B	C	A	D	A	B	C	B	B	B	D	A	B	A	D	A	B	A	B	C	B	B	G	B	B	A	A	C	B	A	A	C	B	A	A	B	A	D	C	B	C	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
24	B	A	A	D	A	B	B	A	B	B	B	E	B	A	A	C	B	A	D	A	D	A	C	C	B	E	D	B	B	A	A	E	B	A	A	E	B	A	A	E	B	A	B	C	B	B	B	B	B	B	B	B	
25	B	I	H	F	A	A	A	B	B	B	A	E	A	A	D	A	D	C	B	A	A	C	A	C	D	E	A	A	A	A	C	B	A	A	C	B	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
26	B	E	A	D	B	B	A	C	B	B	B	B	E	L	C	D	C	A	C	B	A	D	C	B	B	C	B	D	F	B	B	B	A	A	D	C	B	A	A	D	C	B	C	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
27	B	A	C	F	A	B	A	C	A	A	A	A	C	A	B	B	C	C	A	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	C	C	D	B	A	A	A	B	A	A	B	A	A	B	A	B	A	D	B	B	B	B	B	
28	B	A	A	D	B	B	A	A	B	B	B	B	E	C	A	B	A	B	A	B	A	A	C	B	G	B	A	B	D	F	A	B	B	C	D	B	B	C	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
29	B	A	E	G	A	A	A	A	A	A	A	E	A	E	A	A	B	A	D	C	C	A	D	C	B	E	A	B	B	A	C	A	B	A	E	A	B	A	C	B	A	B	C	B	C	B	B	B	B	B	B	B	
30	B	A	A	D	A	A	C	B	B	A	B	A	B	E	C	A	C	A	B	A	C	A	B	C	C	A	E	C	A	E	C	A	A	B	E	A	A	B	E	A	A	A	B	C	C	A	A	C	A	C	B	B	

Observaciones: Las casillas vacías no proceden. Los casos con negritas corresponden a tres muertes ocurridas en el año 1999. El número de cuestionario del 1 al 15 corresponden a los CASOS y del 19 al 30 son los CONTROLES.

**EDAD DEL GRUPO DE ESTUDIO DE JARDINES DEL TEPEYAC IV. ECATEPEC EDO. DE MÉXICO.  
Septiembre 2000.**

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
25-30	8	26.6
31-35	1	3.3
36-40	3	10
41-45	1	3.3
46-50	6	20
52-55	4	13.3
56-60	1	3.3
61 y más	6	20
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

edad



Fuente: Cédula de Captación para deficit's de Autocuidado en relación a Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

**HTA Y/O DM**

EDAD	presente		ausente		total	
	frecuencia		frecuencia		frecuencia	
40=>	16		2		18	
25 A 39	2		10		12	
<b>total</b>	<b>18</b>		<b>12</b>		<b>30</b>	

ESTO ES JI CUADRADA:

12.78356481

VALOR DE P (UNA COLA):  
0.000349678

RIESGO REL:

5.33333333

ODDS RATIO:  
40.0000000

I.C. (95%)

1.489294205

19.09927827  
4.83374392  
331.0063641

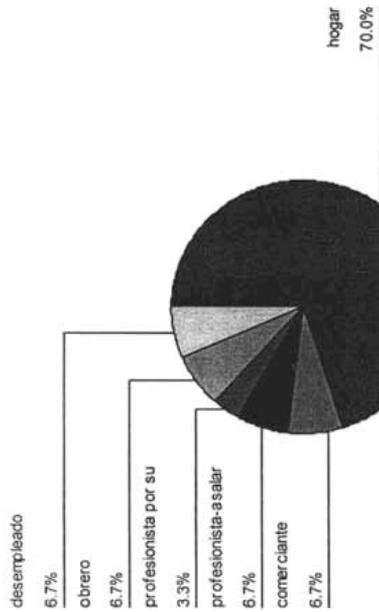
**ANÁLISIS :**

Las personas mayores de 40 años de edad representan 40.0 más veces probabilidad de enfermar de Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial.

TIPO DE OCUPACIÓN DE GRUPO DE ESTUDIO DE JARDINES DEL TEPEYAC IV EDO. DE MÉXICO.  
Septiembre 2000.

ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Labores del hogar	21	70
comerciante	2	6.6
profesionista-asalariado	2	6.6
profesionista por su cuenta	1	3.3
obrero	2	6.6
desempleado	2	6.6
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>



Fuente: Cédula de Captación para deficit's de Autocuidado en relación a Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

HTA Y/O DM

Tipo de Ocupación	presente		ausente		total	
	frecuencia	frecuencia	frecuencia	frecuencia	frecuencia	frecuencia
Labores del Hogar	15	9	24			
Ocupación Remunerada	3	3	6			
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>30</b>			

<b>ESTO ES JI CUADRADA:</b>		<b>RIESGO REL*:</b>		<b>I.C. (95%)</b>
0.008680556		1.25000000	0.529967506	2.948293966
<b>VALOR DE P (UNA COLA):</b>		<b>ODDS RATIO*:</b>		
0.925768905		1.66666667	0.275190944	10.09400141

ANÁLISIS

El realizar labores del hogar como ocupación principal representa 1.6 más veces probabilidad de enfermar de Diabetes Mellitus o de Hipertensión Arterial.

**CÉDULA DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS**  
**" PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS "**

NOMBRE : \_\_\_\_\_ FUNCIÓN : \_\_\_\_\_ FECHA : \_\_\_\_\_

ADSCRIPCIÓN : \_\_\_\_\_ SEDE : \_\_\_\_\_ CALIF.: \_\_\_\_\_

**I.- RELACIONE AMBAS COLUMNAS.**

- |   |   |
|---|---|
| 1.- Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control De la Diabetes en la Atención Primaria a la Salud.   | ( ) Automonitoreo   |
| 2.- Es la organización en grupo de los propios pacientes para facilitar su educación y autocuidado en las unidades del Sistema Nacional de Salud.                                     | ( ) Complicaciones de la Diabetes   |
| 3.- Estrategia para lograr una mejor cobertura en las metas de tratamiento individual y grupal de los enfermos con D.M. e H.T.A. permitiendo un mejor control de éstas enfermedades . | ( ) Control de peso, actividad física regular, reducción de consumo del alcohol y sal, alimentación idónea  |
| 4.- Hoja " Sensor " que contiene :<br>" Tiene Diabetes y no lo sabe "<br>" Tiene Hipertensión Arterial y no lo sabe "   | ( ) Definición operativa de " Detección "   |
| 5.- Búsqueda activa de personas con Diabetes y/o Hipertensión Arterial no diagnosticadas, así como de los individuos en alto riesgo de llegar a desarrollar estas enfermedades.       | ( ) Grupos de ayuda mutua   |
| 6.- Retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica, neuropatía autónoma.  | ( ) NOM-015-SSA2-1999   |
| 7.- Factores modificables que ayudan a evitar la aparición de H.T.A.  | ( ) Círculos de calidad   |
| 8.- Recomendaciones para llevar una vida activa.  | ( ) Instrumento de detección.   |
| 9.- Revisión de los niveles de glucosa en sangre, de la Tensión arterial, y del peso que el paciente llevará a cabo en su casa.   | ( ) Realizar quehacer doméstico, pequeña rutina de ejercicio, buscar la ocasión para caminar, jugar Con los hijos, nietos etc, aprender a descansar haciendo cosas. |
| 10.- Recomendaciones para lograr una alimentación saludable.  | ( ) Conocer la composición de los alimentos, identificar grasas de origen animal, evitar comidas abundantes.  |

**II.- ANOTE EN CADA ASEVERACIÓN SI ES VERDADERA ( V ) O FALSA ( F ).**

- 1.- La adopción y fortalecimiento de los estilos de vida saludables necesarios para prevenir ó retrasar la aparición de la HTA dentro de la población general, serán impulsados mediante acciones de promoción de la salud. \_\_\_\_\_
- 2.- Para efectuar la toma de la presión arterial es necesario que el paciente se abstenga de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola por lo menos 30 minutos antes de la medición \_\_\_\_\_
- 3.- La detección de D.M. e H.T.A. se aplicará a los individuos mayores de 60 años. \_\_\_\_\_
- 4.- Uno de los tres criterios para considerar a una persona como Diabética es : Glucemia en ayuno > 126 mg/ dl. \_\_\_\_\_
- 5.- La clasificación de la presión arterial debe estar basada en el promedio de por lo menos dos mediciones, tomadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial y confirmarse a través de un seguimiento adecuado de cada caso particular \_\_\_\_\_
- 6.- El objetivo de la Educación para la salud es el de facilitar los cambios de conducta en forma positiva hacia la salud. \_\_\_\_\_
- 7.- Los lineamientos para una alimentación saludable se describen en la NOM-017-SSA2-1999 \_\_\_\_\_
- 8.- Para realizar el control de peso : el IMC recomendable para la población general es de : > 18 Y > 25. \_\_\_\_\_
- 9.- Para efectuar la Promoción de la salud los mensajes deben ser simples y evitar confusión en los pacientes. \_\_\_\_\_
- 10.- El aprendizaje significativo es aquel nuevo conocimiento que se vincula con las experiencias. \_\_\_\_\_

NOMBRE : \_\_\_\_\_ FIRMA : \_\_\_\_\_

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.  
JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC  
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA.**

**CARTA DESCRIPTIVA PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN  
COMO APOYO AL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA.**

**.NOMBRE DEL CURSO O EVENTO :**

**REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS  
TÉCNICOS PARA EL TRABAJO DE CAMPO.**

**DIRIGIDO A :**

**RECURSOS PASANTES DE ENFERMERÍA ADSCRITOS A  
LA JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC**

**TIPO DE CURSO O EVENTO :**

**TALLER DURACIÓN : 3 DÍAS**

**RESPONSABLE DEL CURSO O EVENTO :**

**LIC. ENF. GRISELDA RODRÍQUEZ**

**LIC. ENF. ASMINDA RABADAN**

**LIC. ENF. CECILIA CASTILLO**

**LIC. ENF. MA. EUGENIA MENDOZA**

**LIC. ENF. TERESA SILVA**

**LIC. ENF. ROSARIO GUERRERO**

**NOMBRE DE LA UNIDAD :**

**JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC.**

**OBJETIVO GENERAL :**

**QUE LOS PARTICIPANTES CONOZCAN Y ANALIZEN LA  
FORMA DE LLENADO DE LOS INSTRUMENTOS DE  
TRABAJO NECESARIOS PARA APOYAR EL PROYECTO  
DE INVESTIGACIÓN PARA LA ESPECIALIDAD EN SALUD  
PÚBLICA.**

**SEDE :**

**CASA DE LA MUJER CAMPESINA, TULPETLAC, MÉXICO.**

**CUPO :**

**90 PERSONAS.**

**FECHA DE INICIO DEL CURSO :**

**7 DE JUNIO DEL 2000.**

Fecha y horario	Objetivos específicos	Contenido temático	Técnica Didáctica	Auxiliares didácticos	Evaluación	Responsable	Bibliografía
13.30 a 14.00 horas	Disminuir la tensión ejercida durante la sesión del día.	Dinámica grupal " Atención "	Intergrupal	Papel periódico	Interés de los participantes	Enf. Jefe Guadalupe Pilar Garrido García	
08 JUNIO 2000 8.30 a 8.45 horas	Verificar asistencia	Pasar lista de asistencia	Sondeo	Registro de asistencia	Aceptación	Lic. Asminda Rabadan	
8.45 a 10.45 horas	Reafirmar conocimientos	Llenado de la Cédula De captación de datos por familia	Demostrativa Lluvia de ideas	Formatos específicos	Aprendizaje de conocimientos y habilidades adquiridas durante la capacitación.	Enf. Jefe Martha Alvarez Chávez Enf. Jefe Emma García Aguirre Lic. Griselda Rodríguez	
10.45 a 12.00 horas	Reafirmar conocimientos	Llenado de hoja de censo nominal, hoja de censo canino y guía de observación	Demostrativa Lluvia de ideas Exposición	Formatos específicos Acetatos Proyector	Aprendizaje de conocimientos y habilidades adquiridas durante la capacitación.	Enf. Jefe Guadalupe Pilar Garrido García Lic. Cecilia Castillo	
12.00 a 12.30 horas.							
12.30 a 14.00 horas	R Conocer y/o actualizar los conocimientos sobre la técnica de entrevista.	E Entrevista	C Exposición Sociodrama	E Acetatos Proyector	S Aprendizaje de conocimientos.	O Enf. Jefe Guadalupe Pilar Garrido García	Técnicas de desarrollo comunitario Francisco Gómez J. Ed. Nueva Sociología.
09 JUNIO 2000 8.30 a 8.45 horas	Verificar asistencia	Pasar lista de asistencia	Sondeo	Registro de asistencia	Aceptación	Lic. Asminda Rabadan	
8.45 a 9.00 horas	Concientizar sobre la importancia del trabajo de los participantes en el proyecto de investigación.	Dinámica de sensibilización e integración.	Corrillos	Vaso de cristal y leche	Interés y compromiso de los participantes.	Enf. Jefe Guadalupe Pilar Garrido García	
9.00 a 10.00 horas	Aplicar los conocimientos adquiridos .	Práctica de campo	Recorrido en determinadas casas	Formatos específicos, lápices, bolígrafos, sacapuntas	Aprendizaje de conocimientos y habilidades adquiridos durante la capacitación.	Enf. Jefe Martha Alvarez Ch. Enf. Jefe Emma García A. Enf. Jefe Guadalupe P. Garrido G.	
10.00 a 11.00 horas	Realimentar a los participantes y aclarar dudas.	Análisis de limitantes en la aplicación de los instrumentos técnicos para el trabajo de campo	Plenaria Lluvia de ideas	Pizarrón Marcadores	IDEM	IDEM	

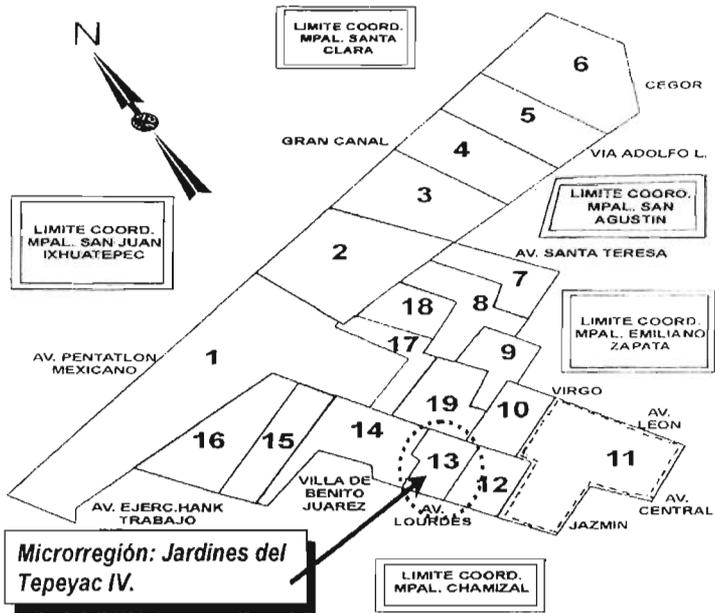
Fecha y Horario	Objetivos Específicos	Contenido Temático	Técnica Didáctica	Auxiliares Didácticos	Evaluación	Responsable	Bibliografía
07 JUNIO 2000 8.30 a 9.00 horas.	Conocer el número de asistentes a la capacitación	Registro de asistencia.	Individual	Formatos de registro	Aceptación	Lic. Asminda Rabadan	
9.00 a 9.30 horas	Concientizar a los participantes sobre la importancia de su participación en el proyecto de investigación.	Bienvenida e introducción al tema.	Exposición	Láminas móviles	Interés y compromiso de los participantes	Enf. Jefe Guadalupe Pilar Garrido García.	
9.30 a 9.45 horas	Conocer el nivel de conocimientos que sobre el tema tiene el grupo.	Pre-evaluación	Sondeo	Cuestionario impreso con 14 Items.	Diagnóstica	Enf. Jefe Martha Alvarez Chávez	
9.45 a 10.00 horas	Definir y analizar los conceptos.	Promoción y Educación para la salud	Exposición Lluvia de ideas.	Láminas móviles	Aprendizaje de conocimientos	Enf. Jefe Guadalupe Pilar Garrido García	Técnicas de desarrollo comunitario Francisco Gómez J. Ed Nueva Sociología
10.00 a 10.30 horas	Conocer los instrumentos técnicos para el trabajo en campo.	Cédula de Captación de datos por familia. Hoja de Censo Nominal. Hoja de Censo Canino Guía de observación Croquis Lista de verificación.	Exposición	Acetatos Proyector Formatos específicos.	Aprendizaje de conocimientos.	Lic. Teresa Silva Lic. Ma. Eugenia Mendoza Lic. Rosario Guerrero	
10.30 a 12.00 horas	Elaborar, conocer y actualizar los instructivos de cada uno de los instrumentos técnicos.	Instructivo de llenado de Cédula de captación de datos, Hoja de Censo nominal. Hoja de Censo canino Guía de observación.	Corrillos Lluvia de ideas Realimentación Práctica Exposición por equipos de corrillos	Formatos específicos Hojas bond Marcadores Hojas blancas Masking tape	Aprendizaje de conocimientos	Enf. Jefe Martha Alvarez Chávez Enf. Jefe Emma García Aguirre	Instructivo de llenado de la Tarjeta de control de la visita familiar. Instructivo de llenado de la hoja de censo nominal y hoja de censo canino.
12.00 a 12.30 horas	<b>R</b>	<b>E</b>	<b>C</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	
12.30 a 13.30 horas	Identificar cada uno de los pasos para la elaboración de croquis y lista de verificación.	Elaboración de croquis y lista de verificación.	Exposición Lluvia de ideas	Láminas móviles	Aprendizaje de conocimientos	TAPS Roberto Martínez TAPS Guillermo Galicia	Manual de enseñanza simplificada de elaboración de croquis. SSA Actualización 1996.

<b>Fecha y horario</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Contenido temático</b>	<b>Técnica Didáctica</b>	<b>Auxiliares didácticos</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Responsable</b>	<b>Bibliografía</b>
11.00 a 11.30 horas	Evaluar el impacto a corto plazo de la capacitación	Post-evaluación	Sondeo	Cuestionario impreso con 14 Items	Aprendizaje de conocimientos	Enf. Jefe Martha Álvarez Chávez	
11.30 a 12.00 horas 12.00 a 14.00 horas.	Dar indicaciones, analizar y aclarar dudas sobre la organización del trabajo de campo	Indicaciones generales para la organización del trabajo de campo	Plenaria Lluvia de ideas	Formatos específicos Croquis por sector Lista de asistentes	Aprendizaje de conocimientos y habilidades adquiridas durante la capacitación.	Enf. Jefe Martha Álvarez Chávez Enf. Jefe Emma García Aguirre Enf. Jefe Guadalupe P. Garrido García	

# APENDICES

# No. 1

## COORDINACION MUNICIPAL DE SALUD JARDINES DE SAN GABRIEL



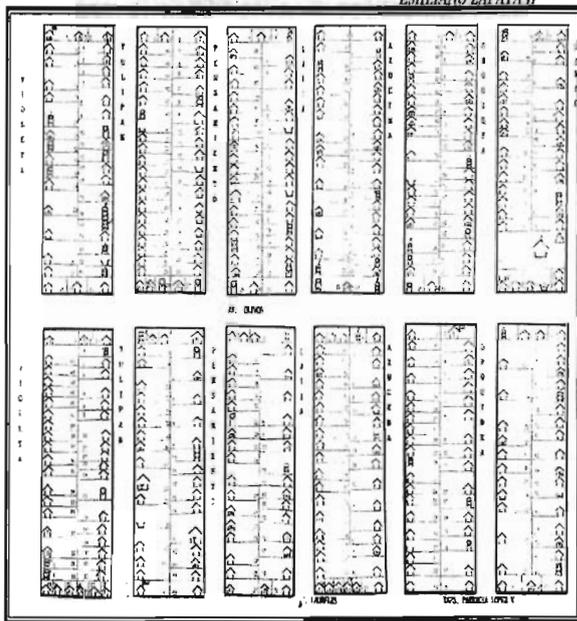
# No. 2

COMUSA JARDINES DE SAN GABRIEL.  
MICRORREGION: JARDINES DEL TEPEYAC IV



EMILIANO ZAPATA II

GRANJAS  
VALLE  
DE  
GPE.  
II



JARDINES  
DEL  
TEPEYAC  
II

### SIMBOLOGIA

- CALLE
- CASA
- NEODIO
- CONSTRUCCION
- BALDIO
- ESCUELA
- CENTRO DE SALUD
- TEMPLO/IGLESIA
- ESTADIO
- BARRA
- DOS O MAS FAMILIAS

GRANJAS VALLE DE GUADALUPE

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

NOMBRE: María Eugenia

Mendoza Flores

FECHA: 22-09-05

FIRMA: MaEya MF

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**