

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 LA
FORMACIÓN DE GRUPOS DE AUTOAYUDA PARA
EL FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES DE
AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL
DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN LA MICRORREGIÓN JARDINES DEL
TEPEYAC IV EDO. DE MÉXICO**

ESTUDIO DE CASO:

PARA OBTENER EL GRADO DE :
ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA
L. E. O. ASMINDA RABADAM TRUJILLO

TUTOR ACADÉMICO:
MSP. SOFIA DEL CARMEN SÁNCHEZ PIÑA



MÉXICO, D. F..

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



2005

SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

m349101



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE	Págs.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
General	3
Específicos	3
1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	
1.1 Salud Pública	4
1.2 Proceso Salud-Enfermedad	6
1.3 Enfoque de Riesgo	7
1.4 Diagnostico Comunitario	10
1.5 Teoría de Orem	11
1.6 Proceso de Enfermería	18
1.7 Consideraciones Éticas	30
2. METODOLOGIA	
2.1 Selección genérica del caso	33
2.2 Intervención especializada	34
2.2.1 Diagnostico comunitario	34
2.2.2 Valoración focalizada	44
2.2.3 Diagnostico de Enfermería	53
2.2.4 Intervención	54
2.2.5 Evaluación	60
3. CONCLUSIONES	62
4. SUGERENCIAS	63
5. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	65
6. BIBLIOGRAFIA GENERAL	66
6. ANEXOS Y APENDICES	

INDICE DE ANEXOS

	Pag.
No. 1 Cronograma de operaciones estratégicas	73
No. 2 Cedula de captación por familia	74
No. 3 Instructivo de captación de datos por familia	78
No. 4 Tabla de variables	83
No. 5 Deficiones operacionales	84
No. 6 Instructivo de cedula de captación de datos del déficit de autocuidado	85
No. 7 Cedula de captación de datos para déficit de autocuidado (OREM)	88
No.8 Sabana de concentración de datos cedula de déficit de autocuidado	93
No.9 Resultados del déficit de autocuidado (factores de riesgo)	94
No. 10. Directorio de grupos de autoayuda	95
No. 11. Trípticos sobre diabetes mellitus	96
No. 12. Tarjetas de citas	101

INDICE DE APENDICES

No. 1 Croquis panorámico de la microrregion Jardines del Tepeyac IV	102
No. 3 Croquis de la microrregion Jardines del Tepeyac IV	103

AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad Autónoma de México:

A la Maestra Sofía del Carmen Sánchez Pina y la Maestra Guadalupe Pérez Hernández por compartir sus conocimientos y darme su tiempo y apoyo.

A mis padres y hermanos:

Por todo el tiempo y apoyo que me dieron para seguir superándome como profesional de la salud.

A mi esposo:

Por brindarme su comprensión y darme la fortaleza para continuar en el posgrado.

A Maru:

Por todo lo que me enseñó y el tiempo que tuvo conmigo porque me demostró ser una amiga le voy agradecer eternamente.
Gracias.

A mi hermano Arístides y mi hijo:

Que me enseñaron que cuando algo se quiere se lucha por ello, se que aunque ya no están conmigo algún día los volveré a ver para estar juntos. Los extrañó mucho.

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 Desarrollo-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 estructuró 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 en los grupos de autoayuda la agencia de cuidado por diabetes mellitus e hipertensión arterial de la microrregión Jardines del Tepeyac IV a través de un Sistema de Enfermería de apoyo educativo.

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"¹.

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 es²:

¹ 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.

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

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

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 etéreos.

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 históricos³

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 concreto⁴.

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-

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

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

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 otros⁵.

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.

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

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:

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

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 criterios⁶:

- a) fuerza de asociación
- b) especificidad de asociación

⁶ Enfoque de riesgo 1 Especialidad en Salud Pública ENEO UNAM 1997

- 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.

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)⁷.

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).

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

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 geográficas⁸.

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 sí misma, el no deseo de adquirir conocimientos, dificultades para aprender, la falta de ocupación continuada en el autocuidado, la toma de conciencia limitada para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado, entre otras.

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

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 esta 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 sé "autocuida" 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 Orem⁹, 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:

⁹ CAVANAGH, Stephen, J. "Modelo de Orem, aplicación practica". Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Madrid. 1995. PP 7

- 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 normal¹⁰.

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 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 de autocuidado 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

¹⁰ibidem p 134.

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.

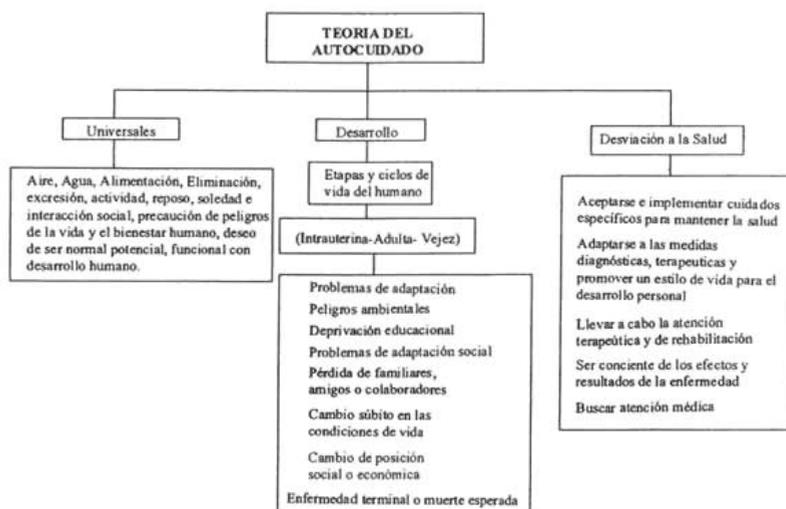
2- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano:

- 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 de autocuidado relacionadas con la salud.¹¹

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,

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

fijando objetivos que 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 Fase donde 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 Fase en donde alguna 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 profesionalista 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"¹²

¹² HERNANDEZ Conesa. Fundamentos de Enfermería teoría y método. Ed. Mc.Graw-Hill

Esto proporcionó al profesional de enfermería un apoyo legal y una obligación profesional de utilizar el proceso diagnóstico para determinar los diagnósticos de enfermería adecuados.

La primera conferencia nacional sobre la clasificación de 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.

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 Nomenclature Of Medicine (SNOMed). La Taxonomía también está incluida en el NLM's Unified Medical Language System (UMLS). Hay 7 ejes:

Eje 1. Concepto diagnóstico. El concepto diagnóstico se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica. El concepto diagnóstico puede constar de una o más palabras. Cuando se emplea más de (por ejemplo, intolerancia a la actividad), cada una contribuye a dar al conjunto un significado único, como si ambas fueran un solo término; el significado es distinto del de ambas palabras por separado. En algunos casos se añade un adjetivo (por ejemplo, espiritual) al nombre (por ejemplo, sufrimiento) para formar el concepto diagnóstico de sufrimiento espiritual.

Eje 2. Tiempo. El tiempo se define como la duración de un período o intervalo. Los valores de este eje 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 concreta para la que se formula un diagnóstico determinado. Los valores del eje 3 son. 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 consanguinidad 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 valores del eje 4 son:

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

Eje 5. Estado de salud. El estado de salud se define como la posición o rango en el continuum de la salud de bienestar a enfermedad (o muerte). Los valores del eje 5 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.
- Deplexionado: 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. La 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 están relacionados con las intervenciones para facilitar su uso. Las agrupaciones representan todas las áreas de la práctica enfermera. Las enfermeras de cualquier especialidad deben recordar que necesitarán el uso de la taxonomía completa con un paciente particular y no solo las intervenciones de una clase o campo. La taxonomía es teóricamente neutral; las intervenciones pueden utilizarse con cualquier teoría enfermera y en los sistemas de prestación de cuidados. 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 para que no sea para que no sea muy complicado ver todo en su conjunto.

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) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración y cuidados tanto directos como indirectos. Una intervención se define como "cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínicos, que realiza un profesional de la enfermería para aumentar los resultados del paciente". Aunque el profesional individual solo será competente en un número limitado de intervenciones que refleje su especialidad, la clasificación en su totalidad abarca las competencias de todo el personal de enfermería. La CIE puede utilizarse en todas situaciones. La clasificación en su totalidad describe las competencias de la enfermería; sin embargo, algunas de las intervenciones de la clasificación también las realizan otros profesionales.

Las intervenciones CIE (Nursing Interventions Classification, NIC) incluyen tanto la esfera fisiológica, como la psicosocial. Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades, la prevención de enfermedades y para el fomento de la salud. La mayoría de las intervenciones son para su utilización en individuos, pero muchas de ellas son para su uso en familias y algunas para ser empleadas en comunidades enteras. Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia.

Las intervenciones de 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).

Aunque la lista global de 486 intervenciones a primera vista puede parecer abrumadora al profesional de enfermería, el personal pronto descubre las intervenciones utilizadas más a menudo en su especialidad o en su población de pacientes.

Las denominaciones de las intervenciones son los conceptos, los nombres de los tratamientos administrados por los profesionales de enfermería. Las definiciones y actividades que acompañan a las denominaciones constituyen las definiciones y descripciones de las intervenciones. La clarificación de los conceptos de las intervenciones contribuye a desarrollar el conocimiento de enfermería y facilitan la comunicación dentro de la disciplina. A medida que crezca la habilidad de la enfermería para relacionar diagnósticos, intervenciones y resultados, evolucionará la teoría prescriptiva de la enfermería práctica. La CIE representa un desarrollo crucial debido a que proporciona el léxico para las teorías menos extendidas de enfermería que relacionarán diagnósticos, intervenciones y resultados. Las intervenciones son el elemento clave de la enfermería.

Intervenciones de la Comunidad. Esta área de intervención se reconocía como especialmente importante en los países del tercer mundo donde, con frecuencia, la acción de los profesionales de enfermería se dirige a la comunidad. 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... es indispensable que la comunidad de profesionales de enfermería defina sus servicios y proporcione pruebas de apoyo a la eficacia de las intervenciones que ofrecen". 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, con responsabilidad predominante sobre la población como un conjunto. Una población es un conjunto de individuos que tienen una o más características personales o ambientales en común. Una intervención de salud comunitaria es una intervención centrada en fomentar y preservar la salud de poblaciones. Las intervenciones de comunidad enfatizan el fomento de la salud, la conservación de la salud y la prevención de enfermedades de poblaciones e incluyen estrategias para dirigir el clima social y político donde reside la población.

3. Planificación: Etapa donde 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. La planificación incluye las siguientes actividades: Fijación de prioridades, establecimiento de 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:** Etapa donde se pone el plan de enfermería en acción. Implica las siguientes actividades: Continúa 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:** Etapa del proceso de enfermería donde se determinara como ha funcionado el plan de cuidados de enfermería, ella y el paciente. 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 indice 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.

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

Pob. de 15 a 65 años

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	MAG NTUD	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 "tépetl" "cerro", pero aquí se encuentra modificada por el sufijo gramatical

"c" que significa "en" o "lugar de". De ésta manera Ehecatepec, 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.²

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 Km²

Superficie territorial de la microrregión: 200 000 m² es decir, 0.2 Km²

Densidad de población: 62 m² por habitante;

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

Límites:

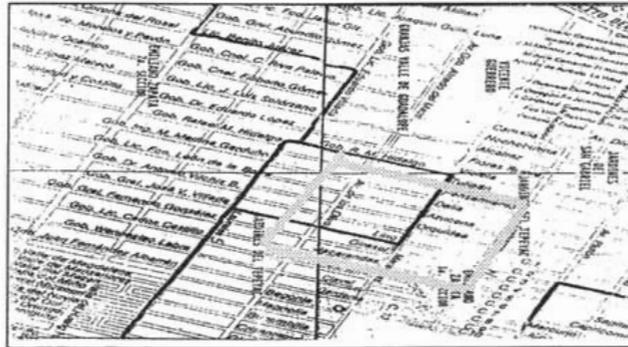
NORTE: Av. Maravillas y la microrregión Emiliano Zapata II.

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

ESTE: calle Lirio y la microrregión Jardines del Tepeyac II.

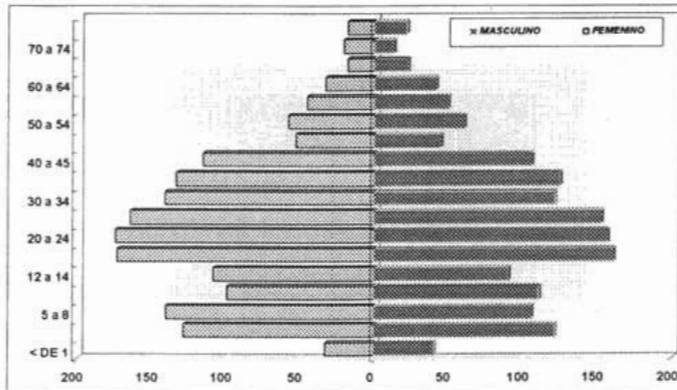
OESTE: calle Violetas y la microrregión Granjas Valle de Guadalupe II

Croquis del área de estudio



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

Edad



Fuente: Cedula de captación de datos por familia de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec (ISEM).

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.

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN

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

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

**Población > de 6 años de edad.

Con relación al tipo de ocupación el 20% son comerciantes, el 15% son obreros y 10% son empleados 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 Secretaría de Hacienda y Crédito Público (\$ 38.00) el 29.3% gana un salario mínimo y el 26.7% percibe dos salario mínimos. Tienen un nivel de escolaridad básico de primaria completa e incompleta con un 44%.

ESQUEMAS DE VACUNACIÓN Y APLICACIÓN DE FLUOR

Grupo etáreo (edad en años)	Biológico	Frecuencia	Porcentaje
< 5	D.P.T.	217 / 324	67
Embarazadas	Toxoide Tetánico	12 / 22	55
>40	Toxoide Tetánico	972 / 1088	94
	Antihepatitis	33	3
	Neumococica	15	2
	Influenza	4	1
1a 5	Aplicación tópica de flúor	36/324	11

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

Ahora bien con relación a los menores de cinco años en lo que se refiere a la aplicación de flour el 89.2% no ha iniciado el tratamiento profiláctico, así mismo se observa que los esquemas de vacunación reportan falta de cobertura en el biológico DPT en los niños de 2 a 4 años, bajo el mismo tenor se encuentran los esquemas de vacunación en adultos mayores de 25 años con la carencia de cobertura en hepatitis, neumococica, influenza y doble viral. En el grupo de embarazadas existe la falta de cobertura de Toxoide Diftérico.

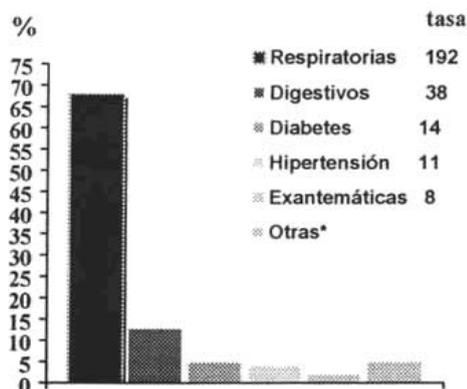
CONDICIONANTES DE SALUD-ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN**N=3207**

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%.

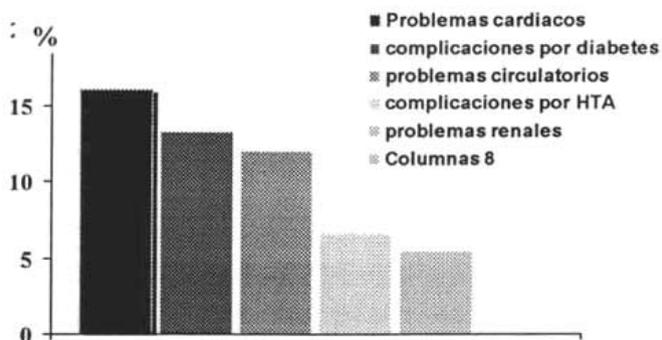
MORBILIDAD GENERAL DE LA POBLACIÓN
"JARDINES DEL TEPEYAC IV", JULIO 1999 A JUNIO DE 2000.



Tasa de incidencia x 1000 hbt.
 *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 cardiacos 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 se 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 país¹³ En la

¹³ Bañuelos B, 2001

población de más de 60 años, la diabetes, la hipertensión arterial y sus complicaciones tardías 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
UNIVERSALES	
"Están asociados a los procesos vitales, el mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamientos humanos y el bienestar".	
No. 1.- Mantenimiento de aporte de aire suficiente.	<ul style="list-style-type: none"> Realiza algún deporte y tiempo que le dedica.
No.2.-Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de agua que consume al día
No. 3.- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia de consumo de carne roja, pan, refrescos y tipo de aceite para cocinar.
No. 6.- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	<ul style="list-style-type: none"> Actividades en el tiempo libre y reposo durante el día.
DESARROLLO	
"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"> Personas mayores de 25 años de edad
1.1.- Antecedentes de embarazos	<ul style="list-style-type: none"> Total de embarazos, periodo intergenésico, art. de algún problema de salud en el embarazo e hijos de 4 kgs al nacimiento.
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"> Nivel de escolaridad
H) Mala salud o incapacidad	<ul style="list-style-type: none"> Casos de Diabetes y/o hipertensos
DESVIACIÓN A LA SALUD	
Se observa cuando hay cambios en la estructura humana el 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"> Frecuencia de acudir a los servicios de salud y en que condiciones de salud
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"> Automedicación
REQUISITOS	INDICADOR
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"> Conocimiento sobre la Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, hábito de tomarse la tensión arterial.
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"> Sobrepeso Conocimiento y hábito de fumar y/o beber.
FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	
Factores internos o externos que afectan las capacidades para ocuparse de su autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> La edad, el sexo, la ocupación, los antecedentes heredo-familiares para DM y/o HTA, e ingresos económicos.

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

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 formula 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 seleccionada, 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 univariar 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 trabajo 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">- Cuestionarios- Tarjeta de Visita Familiar (TVF)- Instructivos de la cédula- Tablas de mariposa- Lápiz, goma- Diskets- Fotocopias- Computadora	<ul style="list-style-type: none">• Investigadores (6)• Encuestadores (20)• Capturista (1)• Colaboradores Técnicos (1)• Responsable del área de estudio (1)• T.A.P.S. (3)	<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 sé 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 DE AUTOCUIDADO VINCULADO A RESTRICCIONES EN EL JUICIO Y TOMA DE DECISIONES **EN RELACIÓN** A LA AUSENCIA DE GRUPOS DE APOYO **MANIFESTADO POR** LA FALTA DE MOTIVACIÓN EN APEGO DEL TRATAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS Y/O LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

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 pláticas 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 Autoayuda apoyados por los centros de salud y el hospital de la zona de adscripción.

Para este estudio de caso se ampliará la estrategia de la formación de grupos de autoayuda, para ello se realizo el estudio de

factibilidad en el cual se contó con todo el apoyo por parte de la Jurisdicción Sanitaria, en cuanto a recursos humanos, materiales comentando que por parte de los recursos financieros fueron a cargo por parte de los estudiantes de posgrado y otros financiados por el Municipio de Ecatepec.

PRESENTACION

En la actualidad una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, son la diabetes mellitus e hipertensión arterial ocupan el 6 lugar, en el año de 1988 a nivel nacional en el Estado de México ocupa el tercer lugar de mortalidad.

Si bien es sabido que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son enfermedades crónico-degenerativas que poco a poco van tomando más auge; llegando a ser un verdadero problema potencializado de salud pública.

Estas enfermedades disminuyen la esperanza de vida de los individuos así como su calidad de vida una vez adquirida dicha enfermedad.

A nivel de jurisdicción la hipertensión arterial y la diabetes mellitus forman parte de la tabla de priorización de daños a la salud y ocupa el segundo lugar respectivamente, las estadísticas de mortalidad en la jurisdicción de Ecatepec en 1998 y 1999 *reportan que la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar con una tasa de 30.36 y 25.59 por 100.000 hab. respectivamente.*

La microrregión de estudio jardines del Tepeyac IV tiene una morbilidad la diabetes mellitus se encuentra en tercer lugar con una tasa de 14.0, la hipertensión arterial con una tasa de 11.2 por 1000

hab, Las patologías reflejan la necesidad de implementar programas que atiendan a los programas antes mencionados haciendo un mayor énfasis en la prevención mas que en lo curativo.

Por esta razón se realiza un proyecto de intervención, dada la importancia que tiene la enfermería en la prevención implementándose 6 estrategias con apoyo al equipo de salud de las diferentes COMUSAS para lograr un impacto con las actividades tecnoprofesionales utilizando la teoría del déficit del auto cuidado (OREM).

Objetivo general

La importancia que juega la integración de las personas mayores de 25 años en la integración de grupos de autoayuda.

Objetivos específicos

- ✓ Diseñar una carpeta de control con propaganda, directorio de lugares donde hay grupos de autoayuda así como un carnet de control de citas para la glicemia y la presión arterial.
- ✓ Orientar y sensibilizar a la población para que lleven a cabo su autocuidado en la diabetes mellitas e hipertensión arterial.
- ✓ Captación de casos confirmados para orientar a que formen nuevos clubes de autocuidado.
- ✓ Monitorear casos confirmados y descartar casos sospechosos de diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- ✓ Dar seguimiento y control a los casos confirmados por medio

de los técnicos de atención primaria a la salud (TAPS).

Metas

- Lograr que el técnico en atención primaria a la salud se consienta para dar seguimiento a los casos confirmados.
- Elaboración de carpetas de control para pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- Formación de grupos de autoayuda para pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial, así como concienciar a la población para que acuda a los grupos de autoayuda para su centro.

Limites

Espacio. La microrregión Jardines del Tepeyac IV que pertenece a la Coordinación Municipal de San Gabriel de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México.

Universo. 1500 personas mayores de 25 años.

Tiempo. 4 y 5 de octubre del 2000.

Selección de criterios para la muestra

Se toma la glicemia como referencia mayor de 121 mg/dl en cuanto a la hipertensión arterial se toma como referencia 140/90.

Organización

Los grupos serán integrados sobre la base de las detecciones realizadas a las personas mayores de 25 años esto es llevado a cabo por medio de un cuestionario (censur) que se aplica a la población, se le realiza una toma de presión arterial y se realizara una prueba de glicerina por medio de un destroxix a través de otros reactivos, al dar una cifra que sobre pasa el rango normal 120 mg se

procede a realizar una historia clínica y la auscultación del paciente, se hará entrega de carnet y una carpeta educativa la cual incluye una invitación, un directorio donde se encuentran los grupos de autoayuda más cercanos para que se realice una glicemia para hacer el confirmatorio de la diabetes mellitus.

En caso de salir con la presión alta se canalizará al centro de salud para llevar a cabo un seguimiento mediante varias tomas de presión arterial y así descartar la posible hipertensión.

En caso de ser diabético o hipertenso se le hace un interrogatorio y una historia clínica para saber si ha presentado alguna complicación de su enfermedad y se le hace énfasis y una invitación para que se integre a un grupo de autoayuda, donde son personas que tienen el mismo padecimiento.

Actividades

En base a un sensor aplicado y de acuerdo al puntaje obtenido se dará consulta médica. Elaboración de una historia clínica que realizará el médico. Sensibilizar a la persona que haya salido como sospechoso para que acuda al centro de salud a tomarse la presión arterial y a realizar una glicemia capilar para confirmar o descartar la diabetes mellitus o hipertensión arterial. En el caso de las personas que ya padecen la enfermedad dar consulta médica para valorar si no hay complicaciones.

Hacer entrega de un carnet y una carpeta educativa, que incluye un directorio y que son los grupos de autoayuda.

Determinación de funciones

Jefe jurisdiccional: Brindar un apoyo en su totalidad para la elaboración del proyecto de intervención, así como emisión de oficios que se requieren para formalizar gestiones.

- Tutor clínico: Dar apoyo para la gestión durante el proyecto de intervención, así como de supervisión, guía y asesor.
- Jefe de enfermeros: Apoyo de supervisión así como consulta a la población que lo requiera principalmente de mas de 25 años.
- Médicos: Apoyo de supervisión así como consulta a la población que lo requiera principalmente la de mas de 25 años.
Técnica en atención primaria a la salud (TAPS) coordinadores de sector, registro y control de las actividades.
- Enfermeras pasantes en servicio social: Personal capacitado y habilitado para informar, orientar y colaborar en las unidades multipersonales del área de estudio, elaborar rotafolios de apoyo, distribución de promocionales y volantes, colocar cateles en lugares estratégicos, colaborar con el medico en la elaboración de una historia clínica a pacientes sospechosos y confirmados de diabetes mellitas e hipertensión arterial.

RECURSOS HUMANOS

Recurso Humanos	Cantidad	Tiempo	Costo por día	Costo Total
Jefa de enfermeras	4	5 días	320.00	6,400.00
Técnico de atención primaria	3	5 días	222.00	3,330.00
Enfermera pasante en servicio social	96	5 días	6.66.00	3,198.80
Médicos	5	3 días	307.00	4605.00
Chofer	1	2 días	93.00	186.00
Capturista	1	2 días	300.00	600.00
Trabajo Social	1	5 días	166.66	833.30
Total				22,206.60

Evaluación

La evaluación es un medio por el cual se va a determinar el valor de un programa, y es en esta etapa en la cual se interpretan los resultados mediante metas fijadas al inicio de la intervención, se valora si los indicadores alcanzados fueron los deseados.

La evaluación implica las siguientes actividades:

- Establecimiento de criterios de evaluación.
- Evaluación de la consecuencia de objetivos.
- Valorar variables que afectan la consecuencia de objetivos.
- Modificación o conclusión del sistema de enfermería.

Formación de grupos de autoayuda.

Objetivos.

- Evitar complicaciones prematuras.
- Fortalecer el tratamiento no farmacológico.
- Evaluar las metas de tratamiento mediante la sistematización de registros.
- Aumentar el número de grupos de autoayuda mutua con módulos de PROESA.

Requisitos para participar en los clubes

Registrarse en el SISPA como grupo auto llenar una cédula de integración de grupo de autoayuda., contar con registros trimestrales, contar con un coordinador medico o técnico del grupo., tener el equipo e instrumentos necesarios para el control de la diabetes mellitus e hipertensión arterial, solicitud de participación tanto local como jurisdiccional.

Actividades de los círculos de calidad.

Local

Utilización de curriculum validado por el programa de salud del adulto y del anciano, contar con los insumos básicos

Jurisdiccional

Supervisión accesoria semestral a Capacitación a los coordinadores los insumos

cada uno de los grupos de ayuda mutua de los grupos de ayuda mutua, verificación de

Estatal.

Supervisión, accesoria y evaluación anual, contra con un centro estatal de capitación en enfermedades crónicas, entrega de

constancias de participación acreditadas a los grupos de autoayuda, grupos de excelencia.

Nacional.

Elaboración y/o validación del currículo para enfermedades de diabetes mellitas e hipertensión arterial, certificación de los grupos de excelencia.

Requisitos para clubes acreditados.

Sistema de registro.

Promedio de índice masa corporal < 29.

Promedio de glucosa < 140 mg/Dm.

Promedio de presión arterial < 130/85.

50% con tratamiento no farmacológico.

2. CONCLUSIONES

Al término de la fase de evaluación se confirma la culminación de los objetivos planteados por cada operación prescrita del sistema de enfermería 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 al fortalecimiento de los grupos de autoayuda para que estos a su vez tuvieran herramientas para poder autocuidarse y prevenir oportunamente alguna complicación de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en la población mayor de 25 años en Jardines del Tepeyac IV. Ecatepec.

Se sugiere seguir actualizando, capacitando y monitorear periódicamente los grupos de autoayuda para garantizar la calidad en la atención de casos para 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.

La experiencia compartida con los grupos de autoayuda nos lleva a reafirmar el compromiso de compartir los conocimientos adquiridos, cada persona tiene en su existir vivencias propias compartidas, siendo los grupos de autoayuda una herramienta valiosa para el apoyo y fortalecimiento de su autocuidado y para la limitación de daños así como el correcto monitoreo continuo de su enfermedad.

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 la atención a la salud.

3. 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

1. 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, 1995.
2. Blanco, Restrepo J. Maya MJ. Fundamentos en Salud Pública. Tomo 1 corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia, 1997.
3. San Martín H. Salud enfermedad. La prensa médica mexicana. México 1990: 27- 31.
4. Alfonso M. T, Álvarez D.C. Enfermería comunitaria I. Masson, Barcelona, España 1992:47-51.
- 3 Reynald P. MD. La planificación sanitaria conceptos, métodos y estrategias. Masson España 1995:1-4.
6. Enfoque de riesgo 1 Especialidad en Salud Pública ENEO UNAM 1997
7. Reglabiato M., J. Ruiz-M. Arranz. Metodología de investigación en epidemiología. Díaz de Santos. Madrid España, 1996:21-
8. Moreno O. Marco conceptual del diagnóstico: metodología del diagnóstico integral. INSP, México 1995:5.
9. Cavanagh, Stephen, J. "Modelo de Orem, aplicación práctica". Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Madrid. 1995. PP 7
10. ISENBERG, Marjaire, A, "Desarrollo de la teoría de enfermería y su aplicaciones en la práctica". U.N.A.M. de Nuevo.
11. HERNANDEZ Conesa. Fundamentos de Enfermería teoría y método. Ed. Mc.Graw-Hill Interamericana. España, 1999. p.127

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. Paidós 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 1 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 Wisconsil EUA Ed Prico 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.
- LILIENTFELD 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 mimeografiado. 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	
	Sí	No	O	I	D	S	P		Sí	No	0	1	2	3	Sí		No	

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	Sí	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 : Sí _____ 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

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,ISEMVM,

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	Edo.Civil	Ocupación	Ingreso Diario	Ultimo grado escolar	Pasatiempos	Religión
	Fem Masc						
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 propor-cione 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 Sí No
	Sí No			Sí No			
Anotar solo el nombre de las mujeres de 12 a 45 años empezando 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 Terrup-tus, etc.	Anotar una X en la opción que correspon-da de acuerdo a la res-puesta del entrevista-do. Si no hay mujer embarazada se pre-guntará sobre el an-terior emb.	Anotar una X en el espa-cio que correspon-da de acuerdo a las dosis que se haya aplicado en los últimos 5 años. Sin importar si está embara-zada ó no.	Anotar donde se atenderá el parto si está embarazada, si no está embara-zada pre-guntar sobre el anterior embarazo. Tomando como parámetro 5 años atrás.	Anotar una X en la opción que correspon-da, si la persona es-tá embara-zada pre-guntar so-bre el pró-ximo puer-perio, si no, pre-guntar sobre el an-terior.

V.- DATOS DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS.

Nombre	Edad/Sexo	Peso	Talla	Alimenta-ción. Lm Bb Abl	Aplicación Flúor	Inmuniz. BCG Sabin	Inmuniz. Penta Cuad	Inmuniza. T.V. D.P.T.
	Fem Masc				0 1 2			
Anotar solo el nombre de los menores de 5 años empezando por el mayor.	Anotar la Edad en el espacio del sexo que correspo-n-da.	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 acuer-Do a la opción que correspon-da	Basándose en la Carti-lla anotar el número de dosis que tiene aplica-das de acuerdo al esquema básico.	Basándose en la Carti-lla anotar el número de dosis que tiene aplica-das de acuerdo al esquema básico.	En cuanto a triple viral se anotará de acuerdo a las indicacio-nes anteriores y a DPT solo se registrará Las dosis de refuerzo.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

< Datos específicos a Hoja de Censo Nominal.

VI.- INMUNIZACIONES EN ADULTOS.

Nombre	Edad/Sexo		Inmunizaciones. Td	Inmunizaciones. Antihepatitis	Inmunizaciones. Neumocócica	Inmunizaciones. Influenza	Inmunizaciones. Doble viral	Inmunizaciones. Otras
	Fem	Masc						
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	Igual que el anterior	Igual que el anterior	Igual que el anterior	Aquí se anotarán las 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 éstas 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 ésta 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 : Sí _____ No _____
- 6.13 Electricidad : Sí _____ No _____
- 6.14 T.V.: Sí _____ No _____
- 6.15 Teléfono : Sí _____ No _____
- 6.16 Radio : Sí _____ No _____
- 6.17 Refrigerador : Sí _____ No _____
- 6.18 Cisterna : Sí _____ No _____
- Otro _____
- 6.19 Agua potable : Sí _____ No _____
- 6.20 Pavimentación : Sí _____ 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		Tipo de enfermedad y/o Discapacidad	Fecha aprox. (padeció)	Atención médica		¿ Dónde ? Que medicamen tos toma	Ocupación que se dedica la persona.	Inició la enfermedad
	Fem	Masc			Si	No			
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 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 :

1.- Anotar nombre y apellidos del entrevistador

Anotar que función desempeña

No olvidar su firma

NOMBRE DEL SUPERVISOR :

FUNCIÓN :

FIRMA

1.- Anotar nombre y apellidos del supervisor

Anotar que función desempeña

No 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.

TABLA DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	MEDICIÓN	ESTADÍSTICOS	FUENTE
Demografía	Cuantitativa discontinua	Dad	Quinquenio de acuerdo a la pirámide poblacional	Proporciones	Primaria
	Cualitativas ordinales	Sexo		Proporciones	Primaria
Daños a la salud	Cualitativas ordinales	Morbilidad	Incidencia prevalencia	Tasas	Primaria y secundaria
	Cuantitativa ordinales	Mortalidad	Prevalencia	Tasas	Primaria y secundaria
Socioeconómico	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	Primaria y
	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
Respuesta Social Organizada	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 MASP: 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 microrregion 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**

OBJETIVO:	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.
DIRIGIDO A :	Población mayor de 25 años que reside en el área (sanos y enfermos).
INSTRUCCIONES:	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) Sobre peso

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 DÍA?
 a) Sí 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,? 24
 a) Grasa vegetal b) Grasa animal (manteca) c) Aceite
 d) Otros especifique _____
- 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 ?

- 30 a) 1 a 2 horas b) 2 a 4 horas c) Más de 4 horas d) No la ve
- 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 mínimo
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
- 37.- ¿ SABE USTED QUE ES LA HIPERTENSION ARTERIAL?
Conocimiento a) suficiente b) Insuficiente c) No lo tiene
- 35
- 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) Si b) No
42

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

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

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-LINAM
2000

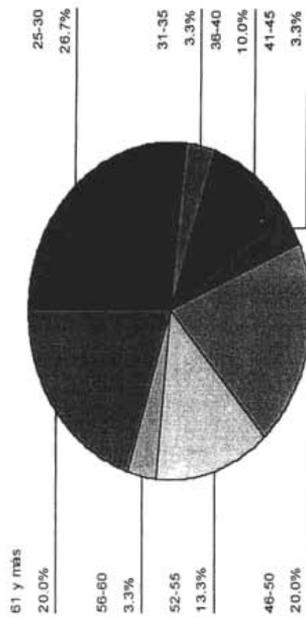
Céd.	RESPUESTA SEGÚN CODIFICACIÓN																																																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45							
1	B	F	A	D	B	A	A	C	B		B		A	A		A	B	A	A	C	C	A	C	C	C	C	A	F	A	B	A	B	A	B	E	C	B	A	A	A	D	C	A	C	A	A	B					
2	B	E	A	D	A	A	A	A	B		B		A	E	J	A	C	A	A	A	B	A	D	C	B		B	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	B	C	C	A	B	B				
3	A	H	F	B	A	A	A	A	B		A		A	A	C		A	C	B		C	C	A	A	C	A	A	A	D	B	A	D				F	B	A	A	B	B											
4	B	B	G	A	J	B	B	A	C	A	B		A	A	C	A	D	C	A	A	C	A	D	C	B		D	A	B	B	A	A	A	A	A	A	B	B	A	B	A	A	B	B	D	D	B	B	B			
5	B	B	G	A	C	B	B	A	C	B		B		B	D	C	C	A	A	B	B	D	C	A	B		C	B	B	C	C	G	B	B	A	C	B	D	C	B	B	A	C	B	A	B	B	B				
6	B	H	A	C	B	B	B	A	B		B		A	A	E	A	B	B		A	B	D	A	D	C	B		H	B	B	A	A	E	A	B	A	C	B	D	C	A	C	B	B	A	D	C	B	B			
7	B	H	A	A	B	A	A	C	B		B		C	D		B		A	B	A	D	C	B		C	B	A	D		F	B	B	A	A	C	D	C	C	C	B	B											
8	B	H	A	B	B	B	B	B		B		B		B	D	A	C	B		A	C	A	A	A	B		B	B	A	D		F	B	D	A	B	C	D	C	A	C	A	C	B								
9	B	H	A	C	A	A	A	C	B		B		B	C	C	B		C	C	B		C	C	A	D	C	B		B	C	B	A	A	F	B	B	A	B	C	D	C	B	C	A	A	B	B	B				
10	B	G	A	C	A	B	B	C	B		B		B	A	A	B	A	A	A	A	C	A	B	C	A	A	A	A	A	D		F	A	B	A	A	A	A	C	A	C	D	C	A	C	A	C	B	B	B		
11	B	H	C	D	A	C	B	A	B		B		B	C	B	C		B	C	A	A	C	A	B	C	A	A	A	A	D		F	B	C	A	A	C	D	C	B	B	A	A	C	D	C	B	B	B			
12	B	C	D	A	C	A	B		B		B		A	D	A	B	A	A	A	A	C	C	C	C	B		B	A	A	C	A	C	A	D	C	C	A	C	A	C	A	C	D	C	B	C	A	A	B	B		
13	B	C	A	F	A	A	C	B		B		B		A	F	A	B	A	B	A	B	C	B		C	B	B	B	B	B	A	B	B	A	C	A	D	C	D	C	B	B										
14	A	F	H	D	A	B	A	A	C		B		A	C	A	B	C	B	D	C	C	A	C	D	H	C	A	A	E	F	B	B	A	A	A																	
15	B	E	A	D	A	B	B	A	C		A		D	A	E	K	B	A	A	D	A	C	C	B	C	B		B	A	A	A	B	B	A	C	C	D	B	B	A	C	C	D	B	D	B	B	B				
16	A	F	B	C	A	A	C	B		A		A		A	D		C	C	A	B	C	C	A	C	B		E	C	A	C	A	G	B	D	A	C	C															
17	B	E	A	C	A	A	C	B		B		B		A	D		C	C	A	A	C	C	B	E	B	C	A	B	C	B	C	A	G	C	D	B	B	B	C	B	A	C	A	A	B	B	B					
18	B	E	A	D	B	A	C	C	A		B		A	D		C	C	A	B	C	C	C	A	C	B		B	A	B	C	B	G	B	D	A	C	C	B	A	A	C	B	B	A	C	B	B	B				
19	A	A	H	F	A	A	B	A	B		A		D	B	E	F	A	D	A	D	A	B	A	C	A	C	A	A	H	A	A	A	A	A	F	D	B	B	C	C												
20	B	F	A	C	B	B	B	A	B		B		B	A	E	F	C	A	B	A	C	A	A	C	B		B	A	A	A	A	C	B	B	B	B	C	D	D	C	B	C	B									
21	B	B	A	B	A	A	B	A	B		B		A	D		A	B	B	B	A	B	B	C	B	D	C	C	B	C	A	A	B	A	D	A	A	A															
22	B	A	A	E	A	B	A	B		B		A		A	D		C	C	A	A	C	C	A	C	B		C	B	A	B	A	A	B	B	A	B	B	B	B	B	B	B	C	D	B	B	B	B	B			
23	B	C	A	D	A	B	C	B		B		B		B	D		A	B	A	D	A	B	A	B	C	B		G	B	B	A	A	C	B	A	A	B	A	D	C	B	C	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
24	B	A	A	D	A	B	B	A	B		B		B	E	B	A	C	B		A	D	A	C	C	B		E	B	B	A	A	E	B	A	B	C	C	B	B	B	B	B	B	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	C	A	C	A	A	C	D	A	A	A	A	C	B	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	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	C	B										
27	B	A	C	F	A	B	A	C	A		A		A	C		A	B		C	C	A	C	C	B		B	B	B	A	C	C	D	B	A	A	A	A	D	C	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
28	B	A	A	D	B	B	A	A	B		B		B	E	C	A	B	A	B	A	A	C	B		G	B	A	B	D	F	A	B	B	C	C	D	B	C	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	A	B	A	D	C	C	A	D	C	B		E	A	B	B	A	C	B	A	B	C	B	C	B	C	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
30	B	A	A	D	A	A	A	C	B		B		B	A	B	E	C	A	A	B	A	C	A	B	C	A	E	C	A	E	C	A	A	B	A	B	C	C	A	E	A	A	A	B	C	C	A	A	B	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
Total	30	100

edad



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

HTA Y/O DM

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

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 :

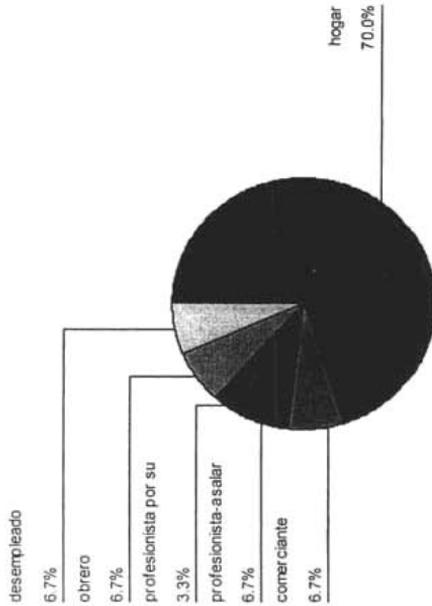
Las personas mayores de 40 años de edad representan 40.0 más veces probabilidad de enfermar de Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial.

**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
Total	30	100

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



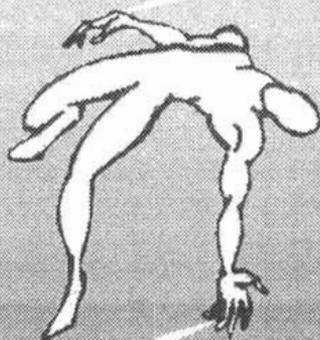
HTA Y/O DM

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

ANÁLISIS

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

ESTO ES JI CUADRADA: 0.008680556	RIESGO REL ^a : 1.25000000	I.C. (95%) 0.529967506 2.948293966
VALOR DE P (UNA COLA): 0.925768905	ODDS RATIO*: 1.6666667	0.275190944 10.09400141



G.A.
DM HTA

DIRECTORIO DE GRUPOS DE AUTOAYUDA

CENTRO DE SALUD CHAMIZAL: CALLE NUEVO LEÓN SIN NUMERO
COLONIA CHAMIZAL. TEL. 57-80-80-34

CENTRO DE SALUD JOSÉ MARIA MORELOS: CALLE JOSÉ MARIA MORELOS
SIN NUMERO COLONIA SAGITARIO (CURVA). TEL. 57-78-40-40

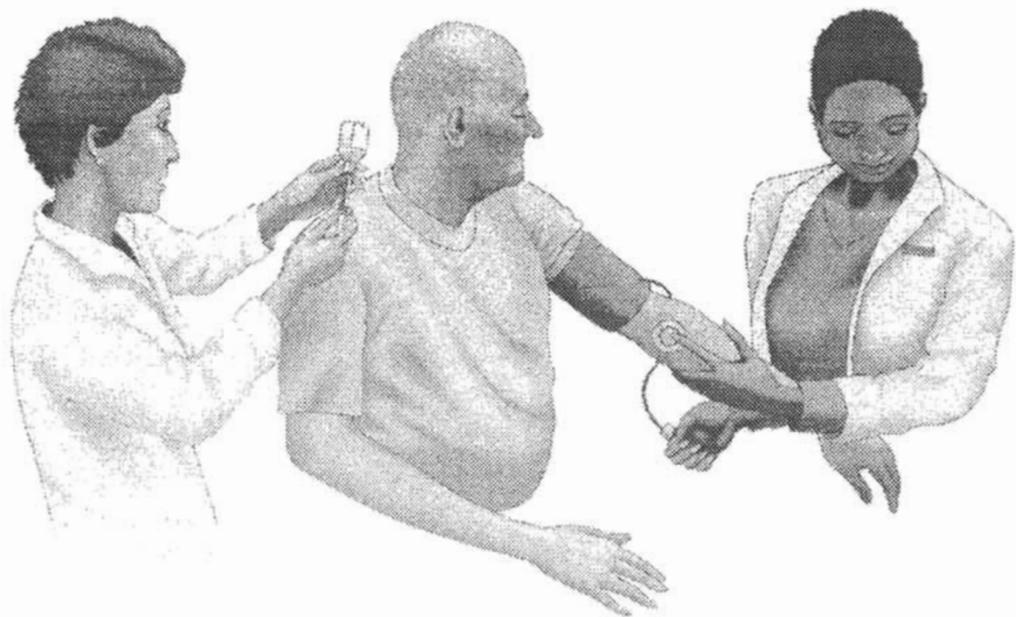
CENTRO DE SALUD ZAPATA: AVENIDA MIGUEL HIDALGO SIN NUMERO
COLONIA EMILIANO ZAPATA. TEL. 57-55-01-65

CENTRO DE SALUD JARDINES DE SAN GABRIEL: CALLE CHICOASEN
FRACCIONAMIENTO JARDINES DE SAN GABRIEL. TEL. 57-88-24-77.

HOSPITAL GENERAL JOSÉ MARIA RODRIGUEZ: CALLE LEONA VICARIO
NUMERO 109 ESQUINA CON AVENIDA CENTRAL, COLONIA VALLE DE
ANAHUAC. TEL. 55-69-40-12 Y 55-69-40-2

HOSPITAL GENERAL DE ZONA FIDEL VELAZQUES (IMSS), AVENIDA CENTRAL
CASI ENFRETE DE PLAZA ARAGON

DIABETES



¿Eres Diabético o Hipertenso?
¿O tienes algún familiar que lo sea?

El Centro de Salud Jardines de San Gabriel te invitan a integrarte a los grupos de autoayuda, en donde podrás encontrar gente como tu. ¡No faltes! La entrada es libre. Recuerda, no estas solo ¡Cuidate! salva tu vida.

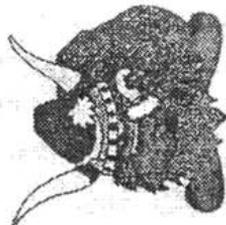
6. CONTROL DE CASOS
ASMINDA, YOLANDA, BENJAMIN

CLUB DE AUTOAYUDA

Es la organización de los propios pacientes que bajo supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de la diabetes y la hipertensión.



El grupo de autoayuda garantiza que cada uno de los pacientes reciba capacitación (conocimientos, habilidades y destrezas) para el control de su enfermedad. De esta forma el paciente sabe como cuidarse y cuidar a otros pacientes



PERO SI SANTA CLAUS NO SE CUIDA
Y ESTA GORDITO, JOUJOU-JOU,

Las actividades que se realizan son:

1.- Organización de cursos talleres y capacitación del paciente.



2.- Automonitoreo y cumplimiento del tratamiento.



3.- Aprendizaje de estilos de vida saludables.



4.- Adquisición de recursos propios.



5.- Prevención y control de DM e HTA en familiares y a nivel comunitario.



6.- Actividades de recreación.

La diabetes es una enfermedad seria, que reduce la habilidad del cuerpo para transformar los alimentos que consumimos en energía, haciendo que los niveles de azúcar de nuestra sangre aumenten. Hasta ahora no existe cura para este padecimiento, solo se controla.

Es más común que la diabetes se presente en personas con familiares que la hayan padecido (padres, abuelos).

Personas obesas.

Mayores de 25 años.

vida sedentaria



SINTOMAS DE LA DIABETES

Algunas de las personas no experimentan síntomas, esta es una de las razones por la cual no es diagnosticada oportunamente.

Otras personas presentan:

Aumento en la sed.

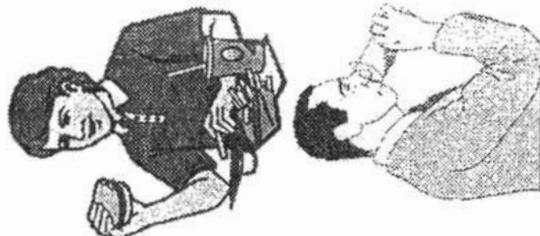
Aumento en la cantidad y frecuencia de orinar.

Aumenta su apetito.

Pierden peso.

presentan visión borrosa.

Deshidratación.



Una cosa de suma importancia es que el paciente este plenamente conciente de su enfermedad y sus posibles complicaciones. Así como de que es muy importante su autocontrol.



Ahora pongamos este folleto donde no haga daño

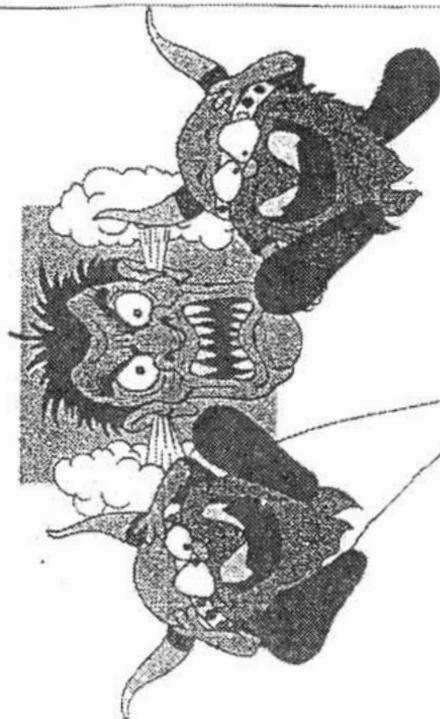


¡Cálmate!. Te esperamos en los grupos de autoayuda

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

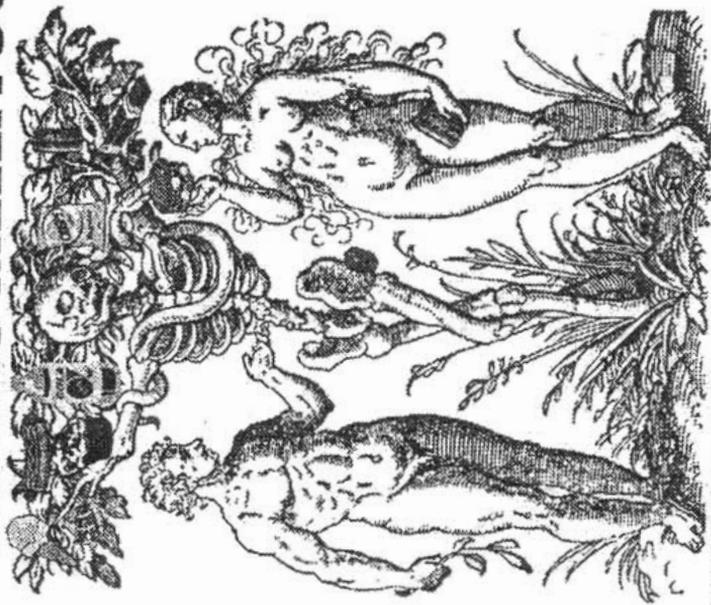
INFORMACIÓN PARA PERSONAL DE SALUD

GRUPOS DE AUTOAYUDA



¡NO LEAS ESTE FOLLETO!

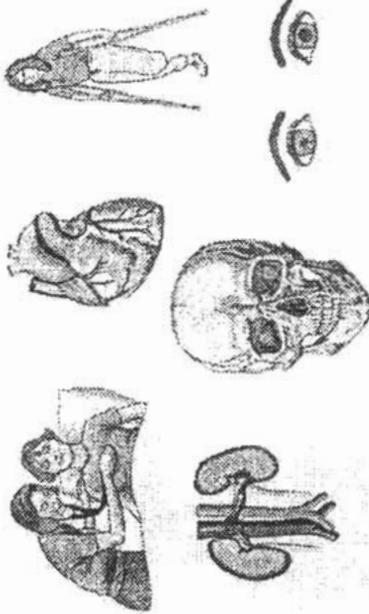
DIABETES MELLITUS



EL FRUTO DE LA MUERTE

COMPLICACIONES

La diabetes puede producir la muerte en corto plazo por una descompensación, o a largo plazo complicaciones como: ceguera, daño a los riñones, hipertensión, daño a nervios, amputaciones de pies, infarto al corazón, impotencia sexual en hombres.



Para saber si uno tiene diabetes se debe de acudir con el médico a checar, en donde se le hará un examen físico y se le tomara una muestra de sangre para confirmar el diagnóstico.

**RECUERDA: LA DIABETES ES CONTROLABLE
SI SE DESCUBRE A TIEMPO.**



Gobierno del Estado de México
Instituto de Salud del Estado de México

ISSA

Centro de Salud

ESTABLECIMIENTO

LOCALIDAD

TARJETA DE CITAS

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

DIA

MESES

AÑO

DIRECCION

NUMERO DE EXPEDIENTE | CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL

Recuerde usted que:

El Centro de Salud fue creado para mantener, proteger y mejorar la salud física y mental de usted y los suyos.

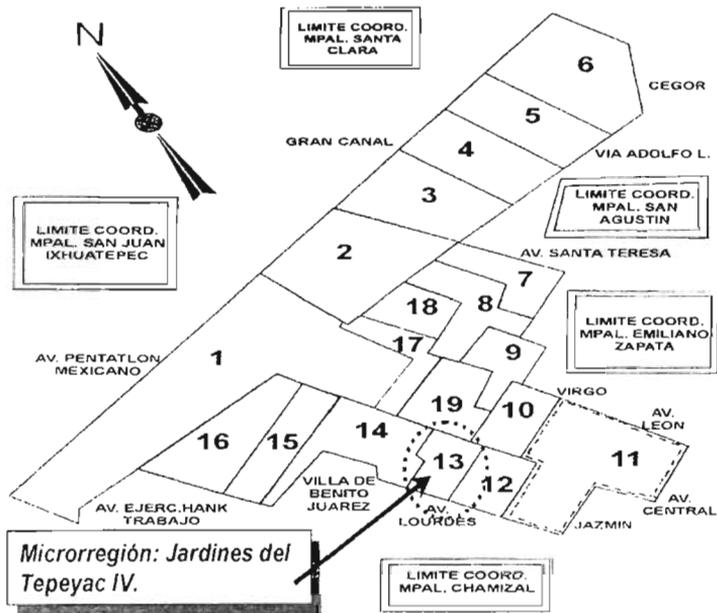
Cada cita que se le anota fue hecha después de estudiar su caso y para su conveniencia. Su puntualidad será siempre en beneficio de usted, sus familiares y la Comunidad.

El emisario del Centro de Salud a su hogar es la "Enfermera Visitadora", cuya misión es la de velar por su salud y la de su familia. Recibala con toda confianza.

APENDICES

No. 1

COORDINACION MUNICIPAL DE SALUD JARDINES DE SAN GABRIEL



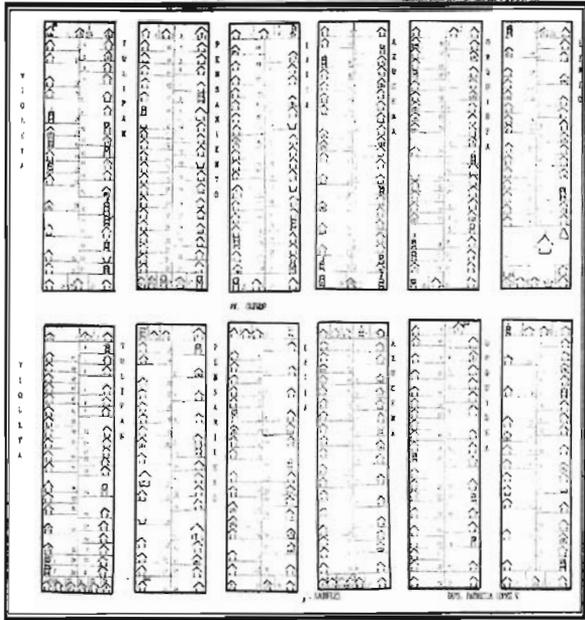
No. 2

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
- RECCION
- SEMPERVALACION
- PASEO
- RESERVA
- ESCALERA
- UNIDAD DE SALUD
- TEMPLO/IGLESIA
- CANTONADO
- PUEBLO
- 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: Asminda Robador
FECHA: 22.09.05
FIRMA: [Signature]

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**