

00943



UNAM
POSGRADO



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

Intervención de Enfermería basado en la promoción de la salud para fortalecer la agencia de autocuidado en población susceptible a Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en la Microrregión Jardines del Tepeyac IV en Ecatepec Edo. de México

ESTUDIO DE CASO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**

LIC. ENF. CECILIA CASTILLO LÓPEZ



TUTOR ACADÉMICO

MSP. SOFIA DEL CARMEN SÁNCHEZ PIÑA

MÉXICO, D.F. 2005

M: 349738



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.

DEDICATORIAS

Sin pensar demasiado dedico este proyecto a la persona que más me ha impulsado a finalizar esta etapa de mi vida, quien sin reclamos me da su tiempo, quien siempre está dispuesto a ayudarme, y comparte mis logros, a mi esposo...

En segundo lugar dedico el presente a mi jurado pues sin objeción alguna dispusieron una parte de su valioso tiempo para la revisión de la información, gracias maestra Sofia, gracias Lic. Pérez, gracias Dr. Méndez.

Es una bendición contar con personas que te impulsen a alcanzar sueños, gente que con su ejemplo te anime a seguir adelante y no detenerte ante las adversidades, en mi vida existe una persona así, a quien también dedico con mucho cariño la presente, a usted maestra Marci, gracias por su apoyo...

Alguien importante que Dios puso en mi camino y que fue pieza clave para poder finalizar el posgrado y a quien también dedico el presente es sencillamente: Mari, amiga te dedico con cariño esta "lámpara" como tú chuscamente la llamas...

Y en forma muy especial quiero dedicar la elaboración del presente a mi padrino y que recuerde siempre que el tiempo de Dios es el mejor tiempo...

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

NOMBRE: Cecilia Castillo Lopez

FECHA: 25/10/05

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS

Es aquí en donde se hace un recuento de las personas a quienes finalmente se les agradece su apoyo para la elaboración del presente estudio de caso...
y es difícil poner nombres, pues se corre el riesgo de omitir a alguien...
es difícil seleccionar, pues hubo muchos quienes pusieron un granito de arena
y se los agradezco en gran manera...
así que he decidido que quien se tome la atención de leer el presente se incluya en el rubro que prefiera...

Y de esta manera agradezco a mis asesores por su capacidad de transmitir sus conocimientos...

A mis compañeras de posgrado por su apoyo durante mi estancia en el Distrito

Agradezco al personal de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, por su asesoría y disponibilidad para que las actividades a realizar fluyeran con facilidad

A mi esposo, a mi madre, a mi familia y amigos que se han interesado en animarme a seguir adelante en este proyecto en verdad agradezco su apoyo sincero en tiempo, paciencia, asesoría, finanzas...

Pero muy en especial agradezco al Rey de Reyes y Señor de Señores que fue quien se encargó de poner los tiempos, quien administró las finanzas, quien puso en orden mis ideas... y quien me guía en todo momento...

INDICE

INTRODUCCION	2
OBJETIVOS	4
GENERAL	
ESPECIFICOS	
CAPITULO 1 FUNDAMENTACION DEL CASO	5
1.1 MARCO TEORICO CONCEPTUAL	
1.1.1 TEORIA DE ENFERMERIA (OREM)	5
1.1.2 PROCESO SALUD - ENFERMEDAD	10
1.1.3 PROCESO DE ENFERMERIA (TAXONOMIA DE LA NANDA)	11
1.1.4 ENFOQUE DE RIESGO	14
1.1.5 SALUD PÚBLICA	17
1.2 CONSIDERACIONES ETICAS	19
CAPITULO 2 METODOLOGIA	21
2.1 SELECCIÓN GENERICA DEL CASO	
2.1.1 INTERVENCION ESPECIALIZADA	24
2.1.2 DIAGNOSTICO COMUNITARIO	24
2.1.3 VALORACION FOCALIZADA	36
2.1.4 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	39
2.1.5 INTERVENCION	39
2.1.6 EJECUCION	43
2.1.7 EVALUACION	44
CONCLUSIONES	45
SUGERENCIAS	46
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	51

INTRODUCCION

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) como instancia universitaria 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.

Considerando lo anterior, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a través de la ENEO, 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

Como cuarta generación del posgrado de salud pública se realizó un diagnóstico de salud comunitario, para identificar las condiciones de salud de la población y los posibles factores de riesgo, de la diabetes mellitus e hipertensión arterial, para llevar a cabo un proyecto de intervención en salud, con el fin de lograr impacto.

El presente estudio de caso se sustenta de un marco teórico conceptual así como los antecedentes de la microregión de estudio "Jardines del Tepeyac IV", correspondiente a la coordinación municipal de Jardines de San Gabriel Ecatepec, estado de México.

Se identificó el problema de salud y el área de estudio, y se iniciaron las cinco etapas del proceso de enfermería¹ 1) *Valoración* la cual a su vez comprende dos estudios, el diagnóstico de salud comunitario con enfoque de riesgo, verificando la presencia de mortalidad y morbilidad por diabetes mellitus e hipertensión arterial. Después se planeo una segunda valoración con la focalización de un grupo vulnerable, donde se presume que estos daños a la salud tienen una estrecha relación con el estilo de vida y la respuesta social organizada que se traducen a déficit de autocuidado por parte de la población mayor de 25 años.

Con la evidencia de estos dos estudios, se elaboró 2) *El diagnóstico de enfermería* donde se desprende el sistema de enfermería que propone un sistema de intervención de enfermería de apoyo-desarrollo que considera que las unidades multipersonales deben adquirir conocimientos de promoción y fomento a la salud, para fortalecer su agencia y sean a posteriori agentes de autocuidado, tomando en cuenta las unidades de cuidado dependiente.

3) *en La planeación*, se proponen actividades tecnoprofesionales para la difusión e información a través de la estrategia de barrido casa por casa.

¹ Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería. México Ed. Doyma, 1993. 167p.

Posteriormente se contemplaron 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. Y en la 5) *evaluación*, se analizaron las metas y objetivos trazados.

Se plantean las conclusiones en términos de los objetivos del estudio de caso planteados de inicio, se hacen las sugerencias hacia posibles lectores que pretendan reproducir este tipo de estudio , finalmente se integra las referencias bibliográficas y los anexos.

OBJETIVOS

GENERAL

Fortalecer la agencia de autocuidado en población susceptible a Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial a través de estrategias de promoción de la salud

ESPECIFICOS

- ⇒ Desarrollar un taller de priorización para la selección de la población estudio
- ⇒ Identificar las condiciones de salud de la población del área de estudio a través de un Diagnostico de Salud Integral Comunitario
- ⇒ Priorizar el problema de salud a través de la metodología de Halón e identificar la población vulnerable
- ⇒ Realizar valoración focalizada para identificar limitaciones para el autocuidado en población vulnerable
- ⇒ Estructurar Diagnósticos de enfermería en términos de Déficit de autocuidado
- ⇒ Diseñar una Intervención de enfermería basada en la Promoción de la Salud y atraves de diversas estrategias
- ⇒ Ejecutar y Evaluar la Intervención de Salud Pública

CAPITULO 1 FUNDAMENTACION DEL CASO

1.1 MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Los elementos teóricos son todas las observaciones empíricas y científicas que se consideran relevantes para apoyar el trabajo y dan soporte a las variables presentes en el problema, logrando así las herramientas metodológicas en la estructuración de un plan de trabajo para llevar a cabo una investigación.

1.1.1 Teoría De Enfermería (OREM)

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica, dicho proceso ha llegado a convertirse en una actividad organizada, que va adquiriendo, lentamente un mayor reconocimiento en nuestro país.

El modelo teórico de Orem y su Teoría General de Enfermería sobre el Déficit de Autocuidado, contempla la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría del Sistema de Enfermería; la primera parte de que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Nos dice, que es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.²

Teoría del Autocuidado

Las medidas de autocuidado son una acción intencionada y calculada basada en el conocimiento del individuo y en su repertorio de habilidades. El punto esencial es la libre voluntad del individuo. Está construido alrededor de una serie de suposiciones o premisas unidas de manera lógica sobre el Autocuidado que determina su cumplimiento.

Requisitos de autocuidado

Acciones requeridas mediante las cuales las personas regulan los factores que afectan el funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr, son las razones para realizar las acciones que constituyen el autocuidado³.

² Orem Dorotea E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica p. 71

³ Orem Op cit. p 41-44

TIPOS

Universal: deberían ser conocidos por todos los adultos capaces de ser enseñados

Del Desarrollo: están asociados con los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital y eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo

Etapas específicas del desarrollo.

El tipo uno se refiere a las condiciones que afectan el desarrollo humano. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano.

El tipo dos alude a la provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano.

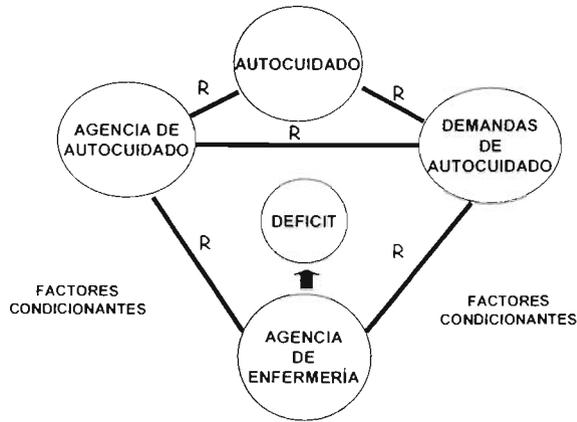
Desviación de la Salud: los llegan a conocer aquellos que tienen defectos genéticos o constitucionales o desviaciones de la salud, o miembros de la familia o amigos con tales defectos o desviaciones de la salud⁴

Se considera que esta teoría es aplicable en la salud pública y por consiguiente al trabajo comunitario ya que permite establecer diagnósticos de requisitos de déficit de autocuidado en una población, los cuales dan pauta para la atención a problemas relacionados con la salud y no solo con la enfermedad.⁵

⁴ Orem. Op cit, p 135-136

⁵ Sánchez, P. Sofía Diagnóstico de requisitos de autocuidado. México, D.F. proyecto de investigación, Agosto 1996 p. 8

TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL AUTOCUIDADO



Teoría del Déficit de Autocuidado

La teoría del Déficit de autocuidado, tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. Además requiere de cualidades físicas e intelectuales altamente desarrolladas que no todo el mundo posee en todo momento.⁶

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

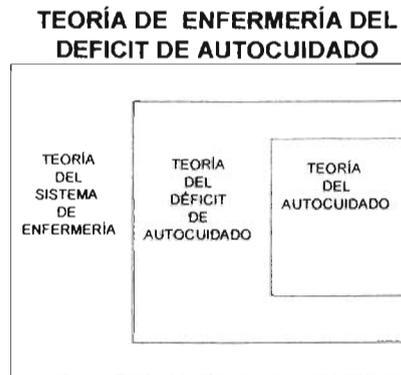
- ⇒ Falta de ocupación o adecuación continuada en el autocuidado.
- ⇒ Falta de conciencia o conciencia limitada, del yo y del entorno, excluyendo la debida al sueño natural.
- ⇒ Incapacidad para recordar experiencias pasadas, en el control de la conducta.
- ⇒ Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y familiaridad con las condiciones internas y externas.
- ⇒ Acontecimientos que indican disfuncionalidad o alteración que dan origen a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.
- ⇒ Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas, medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades.

⁶ Cavanagh Stephen. Modelo de Orem. Ed. Masson-Salvat, México 1993 p. 12-14

En el marco de la teoría del déficit de autocuidado, se contemplan los siguientes términos: cuidado dependiente, agencia de cuidado dependiente y agente de cuidado dependiente. Orem emplea la palabra < agente> para referirse a la persona que proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

El término de agencia de cuidado dependiente, se refiere a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismos y de otros, algunos socialmente dependientes.

Agente de cuidado dependiente, se refiere al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado.



Teoría del Sistema de Enfermería

En los sistemas de Enfermería, se marcan las pautas que implementan las formas de intervención en tanto que Orem nos habla de una serie continua de acciones cuando la enfermera vincula sus propias acciones y están dirigidas e identifican las demandas de autocuidado

Debido a que "el AUTOCUIDADO es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo"⁷ Orem nos dice que existe deficiencia en las personas para cuidar su salud; creando una relación entre la enfermera (agencia de autocuidado); y las demandas de autocuidado del individuo o comunidad (agente de autocuidado); y que los individuos inician y realizan en su propio beneficio acciones para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

⁷ Orem, Op cit. p. 182

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

- ⇒ Mantenimiento del crecimiento. Maduración y desarrollo normales.
- ⇒ Prevención o control de los procesos de enfermedad y lesiones.
- ⇒ Prevención de la incapacidad o su compensación y
- ⇒ Promoción del bienestar.

Por lo tanto, se reitera que el Autocuidado es una actividad aprendida por el individuo y está orientada hacia un objetivo "mantener la salud", exhorta a que las personas sean capaces de usar la razón (conocimiento) para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones; dichas decisiones están condicionadas por varios factores como: edad, maduración y cultura.

La teoría de sistemas de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del usuario y las de la enfermera. Los sistemas que lo conforman son:⁸

De apoyo educativo: Se utiliza en las situaciones en que el individuo es capaz de realizar y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado y que sólo necesita ayuda de enfermería para llevarlo a cabo (Enseñar a)

Parcialmente compensatorio: Sistema en el que la enfermera y el usuario realizan medidas de asistencia y otras actividades que implican acciones conjuntas para cubrir el requisito de autocuidado (Hacer con el otro)

Totalmente compensatorio: Sistema en donde la persona es total o parcialmente incapaz de ayudarse así misma en el cumplimiento de los cuidados diarios relacionados con la salud por causas de situaciones de salud existente. (Hacer por el otro)

El rol de enfermería en Salud Pública es visualizar a la comunidad en las siguientes dimensiones:

- ⇒ Estimular a las personas de acuerdo a sus necesidades.
- ⇒ Voluntad de las personas de de ayuda a ellas mismas y hacia los demás
- ⇒ Necesidades de ayuda de la persona (conocer sus limitaciones)

⁸ Orem, Op cit. p. 80

- ⇒ Sensibilizar y transmitir la necesidad de autocuidado
- ⇒ Compartir las tareas y responsabilidades de grupo en la comunidad.

A fin de concluir los aspectos planteados expuestos hasta aquí, la enfermera especialista en salud pública, hace uso de esa teoría (OREM), basándose en el autocuidado, hará la proyección de un diagnóstico de enfermería; enfatizando acciones de prevención, promoción, planificación, organización, intervención y evaluación; de esta forma fundamenta plenamente cada una de sus acciones; pues la finalidad es atender las necesidades detectadas en la población de estudio.

1.1.2 Proceso Salud – Enfermedad

La salud y la enfermedad son conceptos relativos, a lo largo de la historia han sido percibidos por la sociedad de formas distintas y siempre influidas por variables sociales, culturales, económicas y políticas del momento.

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 primer término implica que este concepto se centra sobre el individuo y la curación, en detrimento de un enfoque preventivo y de la población. los tres restantes nos dan la visión reduccionista que la medicina ha desarrollado entrando el siglo XX en detrimento de una concepción del ser humano como síntesis biopsicosocial indivisible.

El enfoque positivo 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 concreto⁹.

⁹ Alfonso M. T, Alvarez D.C. Enfermería comunitaria I. Masson, Barcelona, España 1992:47-51

A. C. Laurell establece que el objeto de estudio de la medicina clínica se distingue del objeto de estudio que permite aprender la salud-enfermedad como un proceso social.

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:

- ⇒ Factores biológicos o endógenos
- ⇒ Factores ligados al entorno
- ⇒ Factores ligados al estilo de vida
- ⇒ Factores ligados al sistema sanitario.

El estado de salud de una persona o de una población en un momento dado, es el resultado de la acción de diferentes factores en momentos diferentes. La definición de salud debe considerar los elementos culturales y sociales que caracterizan al medio sobre el que queremos intervenir. En este sentido, el concepto es relativo y dimensional; además la salud, objeto de nuestro trabajo, es una característica del individuo¹⁰.

1.1.3 Proceso De Enfermería (Taxonomía de la NANDA)

Después de la conferencia bianual en Abril de 1994, el Comité para la Taxonomía se reunió para clasificar en la Taxonomía I revisada los nuevos diagnósticos admitidos. Sin embargo, el Comité tuvo muchas dificultades para hacerlo. En vista de tales problemas y del creciente número de nuevos diagnósticos propuestos con un nivel de desarrollo de 1.4 y superior, el Comité pensó que era posible desarrollar una nueva estructura taxonómica. Esta posibilidad dio lugar a una gran discusión sobre como podía hacerse de forma que fuera a un tiempo rigurosa y reproducible.

Para empezar, el Comité estuvo de acuerdo en determinar si había categorías que surgían naturalmente de los datos, (es decir, de los diagnósticos aceptados). En la conferencia de 1994 (11 bianual) en Nashville, Tennessee, se completó la primera ronda de una clasificación Q naturalista. Posteriormente se llevó a cabo la segunda ronda y el análisis se presentó en la conferencia bianual de 1996 en Pittsburg, Pennsylvania. Esta clasificación dio como resultado 21 categorías, lo que estaba lejos de ser útil para la práctica.

¹⁰ Reynald P. MD. La planificación sanitaria conceptos, métodos y estrategias. Masson España 1995:1-4

Estructura de la Taxonomía II

La Taxonomía II tiene 3 niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Un dominio es "una esfera de actividad, estudio o interés". Una clase es "una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado". Un diagnóstico enfermero es "un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales, que proporciona la base para la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable"

La Taxonomía II tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library Of Medicine (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud. 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 ejes¹¹

Eje 1. Concepto diagnóstico.

Eje 5. Estado de salud.

Eje 2. Tiempo.

Eje 6. Descriptor.

Eje 3. Unidad de cuidados.

Eje 7. Topología.

Eje 4. Edad.

Una intervención de enfermería es "cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente", las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contemplan la familia y la comunidad.

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

¹¹ Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2003 – 2004. NANDA Internacional. España 2003

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.

La clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. 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.

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 población¹².

1.1.4 Enfoque De Riesgo

El enfoque de riesgo como tal, es el método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos, con fines preventivos. Ayuda a:

- ⇒ determinar prioridades de salud
- ⇒ herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud.
- ⇒ mejora la atención para todos y a los que más lo requieren.
- ⇒ es un enfoque no igualitario "discrimina" en favor de quien tiene mayor necesidad de atención (buscando mayor impacto)

Mientras más exacta sea la medición del riesgo más adecuadamente se comprenderán las necesidades de atención a la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones. La cuantificación del riesgo es una herramienta que nos permite determinar las intervenciones a tomar.

Riesgo: es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. La medición de riesgo se expresa en tasas.

Enfoque de riesgo: se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

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 o 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; representa una medida de la probabilidad de pasar del estado de salud al de enfermedad o muerte; se obtiene dividiendo el número de casos nuevos producidos en un tiempo determinado entre la población, es decir, calculando una tasa de incidencia.

El valor de esta medida depende de la calidad del diagnóstico y de la eficiencia del sistema de registro continuo del servicio de salud.

¹² Calvillo, M. Rafael. Tesis Individual. Noviembre 2004. México, D.F.

Usos del enfoque de riesgo:

- a) dentro del sistema formal de atención en salud
 - 1. Aumento de cobertura
 - 2. Mejoramiento de patrones de referencia
 - 3. Modificación de los factores de riesgo
 - 4. Reorganización del sistema de salud en los niveles regional y nacional
 - 5. Adiestramiento del personal de salud.

- b) fuera del sistema formal de atención en salud
 - 1. Autocuidado
 - 2. Atención comunitaria
 - 3. Políticas intersectoriales

Factor de riesgo: es una característica, conducta (estilo de vida) o circunstancia detectable en individuos o grupos asociados con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser: biológicos, ambientales, sociales, de comportamiento, relacionados con la atención a la salud, culturales y económicos; debe reunir los siguientes criterios:

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

Los factores de riesgo son, por lo tanto, características asociadas con un cierto tipo de daño a la salud¹³

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:

¹³ Villa B. JP; Castro A. Manual de enfoque de riesgo. Serie Paltex para ejecutivos de programas de salud, México 1996 pp. 9-22

CRITERIOS DE RIESGO Y CALIFICACIÓN FAMILIAR

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

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 de 55 y más,
- ⇒ Riesgo 2 de 40 a 54,
- ⇒ Riesgo 3 de 25 a 39
- ⇒ Riesgo 4 de 7 a 24.

La calificación por riesgo familiar nos dirá el grado de daño que cada familia tiene; lo que reflejará el nivel de salud en que se encuentra la microrregión. Permitiendo esto cumplir con uno de los objetivos de identificar las prioridades a trabajar según daño familiar¹⁴. Para definir un factor de riesgo como la probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud puede ser biológico, ambiental, social, de comportamiento, culturales, económicos entre otros.

¹⁴ Normas y Procedimientos para la Utilización Dinámica de la Tarjeta de Visita Familiar. ISEM Servicios de Salud de Primer Nivel. Febrero 1996

Los factores de riesgo son, por lo tanto, características asociadas con un cierto tipo de daño a la salud relacionados con la atención a la salud; debe reunir los siguientes criterios

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

1.1.5 Salud Pública

La Salud Pública, como ciencia, como patrimonio valorable de la comunidad, y como responsabilidad de los gobiernos, apenas tiene un poco más de un siglo de existencia. Con el avance de la tecnología biomédica ha permitido en los últimos decenios ampliar la acción de la medicina hacia la promoción y prevención de la salud.

La salud, es la materia y razón de la práctica cotidiana de la medicina. Por lo cual se señala y se precisa este concepto en salud "Salud Pública" es una parte integral del proceso social, es una ciencia aplicada en su definición y pragmática en su aplicación; en su objetivo y su metodología se debe, por lo tanto, a las condiciones de cada lugar y cada circunstancia.

La evolución de los conceptos sobre Salud Pública impone una definición actualizada.

La O.M.S. define la Salud Pública como 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.

Definición de Winslow 1920, Salud Pública es el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad; para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles y la educación de los individuos en higiene personal.

También busca la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal

modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

Para otros autores como Freeman y Holmes, "Salud Pública es una denominación que define tanto 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 a nivel 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 poblaciones¹⁵. La perspectiva poblacional de la Salud Pública inspira sus dos aplicaciones, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción.(Frenk J)

Según Fosdick. R. el ejercicio de la Salud Pública tiene como objeto hacer llegar 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:

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.

¹⁵ Frenk, Julio "la Salud Pública campo del conocimiento y ámbito para la acción". SEP.-FCE. México 1993:37-56

Educación: el aprendizaje humano es un proceso biológico social a través del cual el individuo cambia de actitudes y de comportamientos en esferas determinadas¹⁶

1.2 CONSIDERACIONES ETICAS

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 a cerca 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:¹⁷

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;

¹⁶ San Martín H. Salud enfermedad. La prensa médica mexicana. México 1990:27-31

¹⁷ LEY GENERAL DE SALUD. 13ed; México ed. Porrúa, 1996. 1161

- 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.

Cabe mencionar que debido a la participación de médicos también se aplica el estándar de "médico razonable", este modelo se basa en el principio de que los médicos considerados "razonables" mantendrán un criterio unánime a cerca de la extensión y profundidad de la información a suministrar a los usuarios¹⁸.

¹⁸ Polaino-Lorente A. Manual de Bioética General, Ediciones Rialp, Madrid, 1994 p.336

CAPITULO 2 METODOLOGIA

2.1 SELECCIÓN GENERICA DEL CASO

Para la selección de la comunidad de Estudio se realizaron talleres en coordinación con personal especializado de la Jurisdicción de Ecetepec en donde se priorizaba la atención en determinada área y sobre determinado padecimiento, se describe a continuación cada uno de ellos.

TALLER DE INDICE DE DEPENDENCIA DE LA POBLACION

Este índice sirve para determinar el grupo etáreo de estudio por un establecimiento o el área de influencia, utiliza principalmente 2 medidas o índices para hacer el cálculo de las poblaciones que son objeto de establecimiento, ya que permite identificar el grado de dependencia de una población con respecto al proveedor de la siguiente manera:

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

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

TALLER DE MÉTODO DE HANLON

Los escasos recursos disponibles obligan al administrador de salud a seleccionar prioridades esto es, a proceder a la solución de los problemas desde los más graves a los menos importantes, pero difícilmente resolubles y sin factibilidad para intervenir sobre él, es por ello la elección de priorizar.

Para la selección de prioridades se pueden aplicar varios métodos, utilizaremos el método de Hanlon, que permite llevar a cabo la forma de cómo se debe priorizar el padecimiento ya que se basa en cuatro componentes, la primera es la magnitud del problema (A), la severidad del problema (B), la eficacia de la solución también llamada resolubilidad del problema (C) y por último la factibilidad del programa de intervención (D)¹⁹.

¹⁹ Reynald P. MD. Idem., 53-55

P= Pertenencia, es el nivel de adecuación de un programa en esta población.

E= Factibilidad económica, se basa en el costo de las intervenciones.

A= Aceptabilidad del programa por la población y los prestadores de servicio.

R= Disponibilidad de recursos humanos de la institución.

L= Legalidad sanitaria y su prioridad normativa.

Cada aspecto del PEARL se valora nominalmente con sí o no, sí=1 y no=0; Al final se multiplican los puntos y se obtiene el valor de factibilidad, si cualquiera de los elementos tiene un cero la enfermedad en su totalidad tendrá una calificación de cero. Con la práctica de este taller se elaboró una tabla para la construcción de redes de riesgo (ver anexo)

La priorización de problemas se llevó a cabo en coordinación con el personal normativo de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, y algunos coordinadores municipales de quienes se eligió un moderador el cual no interviene con aportación de resultados, un observador y un "filtro" quien anota todas las cantidades aportadas.

Posterior a este taller se realizó la elección del centro de salud que presentó más incidencia y prevalencia de casos de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y a su vez se seleccionó la microrregión de estudio.

TALLER DE PARRILLA DE ANÁLISIS PARA LA DETERMINACIÓN DE NECESIDADES

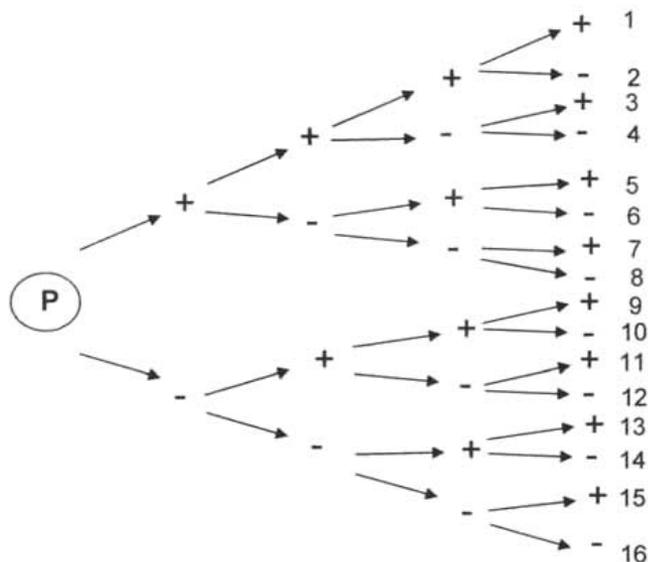
La parrilla de análisis ayuda a formular recomendaciones sobre prioridades, en este caso, el estudio abarca la importancia del problema, la relación entre este y los factores de riesgo, la capacidad técnica de resolución del problema, y la factibilidad del programa o de la intervención. Para ello, es importante realizar las siguientes preguntas:

- a) ¿Tiene importancia el problema y suficiente información para su clasificación?
- b) ¿Se conoce la relación de los factores de riesgo y daños identificados?
- c) ¿Existe la capacidad técnica para resolver este problema?
- d) ¿Es factible resolver este problema con los recursos con los que cuenta?

La respuesta a cada criterio debe tener dos opciones: + (positivo) o - (negativo) o con números del 1 al 5. Esto nos permitirá ubicar a los problemas en dos categorías, aquellos que cuentan con información (+) ocuparán los 8 primeros

lugares de prioridad, y aquellos que no cuentan con información sobre la relevancia del problema (-) ocuparán al menos los lugares del 9 al 16²⁰.

Este método será útil para la selección de los 16 problemas de daños de salud y/o problemas sociales más importantes a ser sometidos a la priorización. Al conjunto de decisiones tomadas en cada criterio se comparan con las de la *parrilla de análisis* y se les asigna la calificación correspondiente, de acuerdo con la última columna del esquema.



La realización del diagnóstico comunitario nos permitió tener un panorama extenso de la situación actual de la microrregión de estudio, ya que por medio del índice de población se identificó la población vulnerable y por ende con la que aplicamos el estudio de caso.

Por el método de Hanlon se priorizó el problema de salud con mayor incidencia en la población, y a través de la parrilla de análisis se verificó la importancia del problema, los daños que causa a la población, la capacidad técnica y la factibilidad para resolverlo.

²⁰Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria. Masson, Barcelona, 1987, p.235.

2.1.1 Intervención Especializada

Para la realización del presente estudio de caso establecimos los pasos del proceso de enfermería de Alfaro que menciona como primera etapa la valoración la cual se realizó en dos fases, la primera fase fue un estudio transversal, descriptivo sobre los factores de riesgo familiar previamente clasificados por el Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA), la identificación de daños a la salud y los problemas sociales, económicos, geográficos entre otros, en donde se reúnen la información de fuentes primarias y secundarias por medio de la Tarjeta de Visita Familiar y Guía de Observación de la Comunidad, donde se recopilaron datos objetivos y subjetivos.

Se efectuaron las siguientes actividades: recolección de datos, validación y organización de los mismos, variables e indicadores, descripción y definición operacional de variables, criterios de inclusión y exclusión, organización de recursos humanos y físicos.

La validación de los datos se obtuvo a través de la estandarización del equipo de trabajo con criterios de validez interna a través de la prueba piloto de la encuesta y la validez externa con la participación de más del 90% de la población en estudio.

La primera permite contribuir que el efecto obtenido se debe realmente a la variable independiente y no a los criterios o factores de confusión controlados en el diseño. Y la validez externa permite generalizar los resultados a una población mayor a otras situaciones o contextos más amplios

2.1.2 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). 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.

IDENTIFICACION DEL AREA 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.



Las tendencias muestran que para la década de los noventa, la población total en el Estado de México rebasará los 13 millones de habitantes.

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 "tépētī" "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".

Ubicación geográfica y delimitación territorial.

Localizado en la porción central de la República Mexicana, entre las coordenadas de los paralelos 19° 29' 02" a 19° 39' 30" latitud norte, y los meridianos 98° 58' 30" a 99° 07' 06" longitud oeste; situado al norte de la CD. de México en la parte nororiental del propio estado.

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.

División política

Con fines administrativos, el municipio de Ecatepec de Morelos se divide en 19 delegaciones y son las siguientes: Cd. Ecatepec, Santa Clara Coatitla, San Pedro Xalostoc, Santa Ma. Tulpetlac, Santo Tomas Chiconautla, Sta. Ma. Chiconautla, Guadalupe Victoria, San Miguel Xalostoc, Granjas Valle de Guadalupe sección A, La Estrella, Nuevo Paseo de San Agustín, Nueva Aragón, Cd. Azteca, Jardines de Santa Clara, San Carlos, Central Michoacana, Ruiz Cortinez y Melchor Múzquiz²¹.

²¹ ISEM. Coordinación Municipal de Salud. "Una estrategia de cambio".1984, p.4

Demografía

De conformidad con información publicada por el ayuntamiento de Ecatepec de Morelos, se estima una población total del municipio cerca de 3 millones de personas.

Orografía

El municipio de Ecatepec de Morelos se ubica en la parte central de la cuenca de México, sobre la vertiente oriental de la sierra de Guadalupe, y entre ellas se encuentra "El pico de tres padres", "El pico de Moctezuma", "El pico de los Díaz" y las "Canteras" además del "Pico Yoncuico" "Cerro cabeza blanca", "Cuanahuatpec" "Picacho Grande" y "Cerro Gordo".

Hidrografía

Desde la sierra de Guadalupe discurren diversos arroyos en época de lluvia, entre los más importantes se menciona el "Arroyo Puente de Piedra", "La Rinconada" "La Cal" "El Águila" y "La Guiñada". El Río de los remedios pasa por el municipio y marca los límites con el D.F. y el Municipio de Nezahualcoyotl y actualmente, conduce aguas residuales.

Clima

En Ecatepec de Morelos predomina el clima: templado, semi-seco con lluvias durante el verano. La temperatura más alta es de 30°C se registra durante las estaciones de primavera y verano, pero en invierno baja hasta 7°C y la media anual es 14°C

Flora y fauna

La principal reserva de bosques y animales del lugar se concentra en la sierra de Guadalupe, donde todavía subsisten especies como el gorrión, tecolote, correcominos, tuza, zorrillo, conejo y serpiente.

La zona boscosa comprende el 12% de territorio, el 11% de la superficie territorial se destina todavía a la producción del campo, aprovechando las temporadas de lluvia como los diferentes sistemas de riego y se utilizan tecnologías modernas de labranza mecanizada, los productos agrícolas principales de la región son el maíz, el frijol y los forrajes.

Servicios sanitarios y asistenciales

La prestación de los servicios médicos en Ecatepec se realiza por el sector público y la iniciativa privada. La demanda de la población es numerosa por el constante crecimiento de sus habitantes. 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.

DESCRIPCION DE LA MICROREGION DE ESTUDIO.

La microregión 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

La microregión se asienta o está rodeada por planicie; es una zona urbana, sin riesgo geográfico. El clima es templado, semi-seco con lluvias durante el verano. La temperatura más alta es de 30^oc se registra durante las estaciones de primavera y verano; durante el invierno baja hasta 7^oc; la media anual es de 14^oc. La flora predominante en la microrregión de estudio son árboles de eucalipto, ficus, pinos, maravillas y plantas de ornato. Entre la fauna de la microregión se encuentran perros, gatos, pájaros, gallinas, conejos, puercos, entre otros²².



²² Fuente directa. Entrevistas en la comunidad. Abril 2000

Por medio de la aplicación de una cédula de captación de datos (ver anexo), se obtiene la información que a continuación se describe.

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 etéreo 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. (Ver anexo)

PROBLEMAS SOCIALES

De los problemas sociales que se observaron en la microrregion durante el período de aplicación de cédulas tenemos el alcoholismo, al realizar el recorrido de los sectores encontramos personas alcoholizadas en su mayoría varones adultos, otro problema detectado fue el pandillerismo, afortunadamente no se registraron incidentes durante este período. Los entrevistados refieren que la vigilancia por parte de seguridad pública es "deficiente".

En el área de estudio no se observó ningún área verde o de esparcimiento cercana para la población.

RECURSOS PARA LA SALUD

El área de estudio cuenta con una Coordinación Municipal de Salud (COMUSA) y dispone de 6 consultorios médicos y 2 dentales, el número de personal que labora en este centro de salud son:

- ✓ 1 Director del centro de salud
- ✓ 1 Coordinador Municipal de Salud
- ✓ 1 Jefe de Enfermeras
- ✓ 6 Médicos responsables de la consulta externa
- ✓ Enfermeras generales
- ✓ 21 Técnicos en Atención Primaria a la Salud (TAPS)
- ✓ 1 Administrador
- ✓ 1 Auxiliar de farmacia
- ✓ Personal de Intendencia

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Como resultado de la primera fase de valoración que corresponde al diagnóstico integral de la comunidad, se describen los datos significativos de acuerdo al orden que presenta la cédula de identificación familiar, iniciamos con la observación del alto porcentaje (49%) que se presenta en el riesgo 3, que para su clasificación incluye enfermedades crónicas degenerativas y otros grupos etéreos.

El 60% de las familias no tienen seguridad social, es decir, se trata de población abierta; otra variable que destaca es la ocupación, la población económicamente

activa presenta el mayor porcentaje (20%) en el rubro de comerciantes, se muestra que el 2% se refiere desempleado.

Otro dato relevante es la falta de cobertura de toxoide diftérico en mujeres embarazadas, tres de las embarazadas de un total de 22, no han iniciado esquema.

Es evidente el riesgo que existe hacia los menores de cinco años en lo que se refiere a la aplicación de fluor, el 89.2% no ha iniciado el tratamiento profiláctico, así mismo se observa que los esquemas de vacunación presentan falta de cobertura en el biológico de 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, la falta de cobertura en hepatitis, neumococica, influenza y doble viral es evidente.

En el rubro de medidas preventivas a nivel familiar las variables que más destacan son el cepillado de dientes, desinfección de verduras y lavado de sanitario, consideramos de vital importancia estas características ya que son factor de riesgo para el desarrollo de infecciones en pacientes diabéticos.

De acuerdo a las características de la vivienda se presenta que en el 14% de éstas, la cocina no está separada del área de dormitorio, en el 6% la iluminación es inadecuada y en el 7% la ventilación es inadecuada.

Es conocida la importancia de la conservación de alimentos y en la microrregión de estudio el 12% de las familias carecen del recurso, es decir, 96 familias no tienen refrigerador.

A través del censo canino nos informamos que existe un total de 114 perros de los cuales el 13% (15) no han sido vacunados; así mismo se reporta un total de 595 gatos de los cuales el 8% (48) están en la misma situación. Si relacionamos la población menor de cinco años (324), con el total de gatos tenemos una relación de dos a uno, es decir, por cada niño existen dos gatos.

Los datos de morbilidad reportan 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. (Ver anexo)

Los porcentajes de mortalidad más elevados se presentan de la siguiente manera: problemas cardiacos (16%), seguido de accidentes (14.6%), la diabetes mellitus registra un 13.3% y los problemas circulatorios un 12%. Las cifras mayores en mortalidad afectan a la población mayor de 25 años, un hallazgo importante se registra en el grupo etáreo de 15-24 años quienes no presentan cifras de muerte por ninguna causa; si relacionamos las causas de muerte por hipertensión arterial (6.6%) con los problemas cardiacos, tenemos un 22.6% de muertes. Por otra parte también podemos relacionar la diabetes mellitus con problemas circulatorios (12%)

y problemas renales (5.4) y como resultado tenemos que el 30.6% fallece por alguna de estas causas. (Ver anexo)

A continuación se presentan los cuadros que avalan la información descrita con anterioridad, para una mejor perspectiva de lo narrado.

TIPOS DE RIESGO QUE PRESENTAN LA FAMILIAS DE LA
MICRORREGION JARDINES DEL TEPEYAC IV

VARIABLE	Fº	%
R1	248	30
R2	42	5
R3	402	49
R4	131	16
TOTAL	823	100

FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia, Junio 2000

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FAMILIAS DE LA
MICRORREGION JARDINES DEL TEPEYAC IV

VARIABLE	Fº	%
IMSS	256	31
ISSSTE	61	7
ISEMIN	13	1.8
SEDENA	2	0.2
SIN SEG. SOC.	491	60
TOTAL	823	100

FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia, Junio 2000

**APLICACIÓN DE VACUNA Td DUARANTE EL EMBARAZO EN LA
MICRORREGION JARDINES DEL TEPEYAC IV**

VARIABLE	F°	%
1ª. DOSIS	12	54.5
2ª. DOSIS	6	27.3
REACTIVACION	1	4.5
NO VACUNADOS	3	13.6
TOTAL	22	100

FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia, Junio 2000

**APLICACIÓN DE FLUOR A MENORES DE 5 AÑOS EN LA
MICRORREGION JARDINES DEL TEPEYAC IV**

VARIABLE	F°	%
0	289	89.2
1	35	10.8
2	0	0
TOTAL	324	100

FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia, Junio 2000

**COBERTURA EN ESQUEMAS DE VACUNACION EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA
MICRORREGION JARDINES DEL TEPEYAC IV**

TIPO DE BIOLOGICO	PROGRAMADO	ALCANZADO	%
SABIN	730	694	95
PENTAVALENTE	730	694	95
D.P.T (1 a 4)	642	214	33
S.R.P. (1 a 4)	642	635	99
B.C.G.	730	730	100

FUENTE: SSA CONAVA

VACUNACION EN ADULTOS MAYORES DE 25 AÑOS Y MAS EN LA
MICRORREGION JARDINES DEL TEPEYAC IV

VARIABLE	F°	%
Td	972	94
ANTIHEPATITIS	33	3
NEUMOCOCCICA	15	1.5
INFLUENZA	4	0.6
DOBLE VIRAL	4	0.6
ANTIRRAB. HUMAN.	1	0.3

FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia, Junio 2000

MEDIDAS PREVENTIVAS FAMILIARES EN LA MICRORREGION
JARDINES DEL TEPEYAC IV

VARIABLE	SI		A VECES		NO	
	F°	%	F°	%	F°	%
Cepillado Dental	662	80	144	18	17	2
Desinfección de Verduras	701	85	55	7	67	8
Lavado de Sanitario	658	80	152	18	13	2

FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia, Junio 2000

UBICACIÓN DE LA COCINA EN RELACIÓN A LOS DORMITORIOS
QUE PRESENTAN LAS VIVIENDAS EN LA MICRORREGION
JARDINES DEL TEPEYAC IV

VARIABLE	F°	%
SEPARADA	710	86
NO SEPARADA	113	14
TOTAL	823	100

FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia, Junio 2000

**TIPO DE ILIMINACIÓN QUE PRESENTAN LAS VIVIENDAS
EN LA MICRORREGION JARDINES DEL TEPEYAC IV**

VARIABLE	Fº	%
ADECUADA	774	94
INADECUADA	49	6
TOTAL	823	100

FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia, Junio 2000

**TIPO DE VENTILACIÓN QUE PRESENTAN LAS VIVIENDAS
EN LA MICRORREGION JARDINES DEL TEPEYAC IV**

VARIABLE	Fº	%
ADECUADA	766	93
INADECUADA	57	7
TOTAL	823	100

FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia, Junio 2000

**VIVIENDAS QUE CUENTAN CON RECURSO PARA CONSERVACIÓN
DE ALIMENTOS (REFRIGERADOR) EN LA MICRORREGION
JARDINES DEL TEPEYAC IV**

VARIABLE	Fº	%
SI	727	88
NO	96	12
TOTAL	823	100

FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia, Junio 2000

VACUNACIÓN EN ANIMALES DOMESTICOS EN LA MICRORREGION
JARDINES DEL TEPEYAC IV

VARIABLE	PERROS		GATOS	
	F°	%	F°	%
VACUNADOS	99	87	547	92
NO VACUNADOS	15	13	48	8
TOTAL	114	100	595	100

FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia, Junio 2000

2.1.3 Valoración Focalizada

Como inicio de esta etapa se identificó una población y problema priorizando con el método de parrilla de análisis tomando en cuenta el principio de "primero vida y después salud", y poder así emitir un diagnóstico de enfermería y establecer un proyecto de intervención de impacto.

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.

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.

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 microregión de estudio, este grupo fue seleccionado porque se identificó alta tasa de mortalidad y morbilidad por Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Existe un porcentaje alto (49%) que tiene la clasificación de Riesgo 4, es decir, existe un integrante de la familia con alguno de estos problemas mencionados.

En la microregión de estudio "Jardines del Tepeyac IV" para el año 2000, se reportó en morbilidad por Diabetes Mellitus, el tercer lugar con una tasa de 14.0 seguida de Hipertensión Arterial con una tasa de 11.2 por 1000 habitantes²³.

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 ambiente²⁴. Para valorar estas dimensiones no es fácil, en virtud de que tienen una carga subjetiva.

La Enfermería como profesión del cuidado, tiene un campo de conocimientos de ideas y conceptos organizados; métodos de investigación y modos de comprender los datos para valorar en los individuos el Déficit de Autocuidado y así construir el Diagnóstico de Enfermería, previamente se obtuvo información de fuentes primaria y secundaria con el objeto de describir el Déficit de Autocuidado que representan factores de riesgo para morir o enfermar con relación a estos problemas de salud en la población mayor de 25 años de la microrregión "Jardines del Tepeyac IV" Ecatepec, Edo. de México.

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. (anexo 4)

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.

²³ Cédula de Captación de Datos por Familia 2000

²⁴ Orem E.D. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Científicas y Técnicas. Masson Bogotá, España 1993.

SELECCIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

UNIVERSALES "Están asociados a los procesos vitales, el mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamientos humanos y el bienestar".

REQUISITOS	INDICADOR
1.- Mantenimiento de aporte de aire suficiente.	• Realiza algún deporte y tiempo que le dedica.
2.-Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.	• Cantidad de agua que consume al día
3.- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	• Frecuencia de consumo de carne roja, pan, refrescos y tipo de aceite para cocinar.
5.- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	• 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".

REQUISITOS	INDICADOR
1.- Crear y mantener las condiciones de los procesos vitales y promover los procesos de desarrollo en la edad adulta:	• Personas mayores de 25 años de edad
1.1.- Antecedentes de embarazos	• Total de embarazos, periodo intergenesico, ant. 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	• Nivel de escolaridad
H) Mala salud o incapacidad	• 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.

REQUISITOS	INDICADOR
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.	• 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.	• Automedicación
4.- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.	• 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.	• 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	• La edad, el sexo, la ocupación, los antecedentes heredo-familiares para DM y/o HTA, e ingresos económicos.

2.1.4 Diagnóstico de Enfermería

Es en esta fase en donde una vez reunidos todos los hechos necesarios se estará a punto de determinar las capacidades (que precisan ser reforzadas usadas al desarrollar el plan de cuidados) y los problemas de salud reales o potenciales. Determinando que problemas pueden resolverse mediante intervenciones independientes de enfermería y que problemas deben ser prescritos por algún otro profesionalista de los cuidados de la salud cualificados para ello.

Déficit en el autocuidado de las personas de más de 25 años **relacionado con** las limitaciones en conocimiento de: las limitaciones ambientales y para el conocimiento de uno mismo y del entorno **manifestado por** la presencia de diabetes Mellitus e Hipertensión

2.1.5 Intervención

Una vez realizada la determinación de prioridades valorando la importancia del daño, la capacidad de intervención y la factibilidad para la intervención, se define como prioridad 1 la elevada tasa en morbilidad y mortalidad por hipertensión arterial y como prioridad 2 la elevada tasa en morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus, planteando para la intervención las siguientes estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente enfermo o sano:

- ✓ Capacitación a recursos humanos en salud
- ✓ Educación para la salud a población general
- ✓ Promoción extramuros
- ✓ Detecciones
- ✓ Educación para la salud a población cautiva
- ✓ Control de casos

A partir de una previa capacitación de los recursos humanos que participarán en las actividades de difusión e información a las unidades multipersonales se organizan equipos de trabajo que cubrirán los sectores que componen la microrregión de estudio.

La estrategia que se desarrollará en el presente estudio de caso consiste fortalecer la agencia de autocuidados de la población general de la microrregión de estudio, a través de la promoción y educación para la salud se prevé la

elaboración de material impreso, así como carteles y mantas promocionales con mensajes propios de la intervención.

Para la puesta en marcha de las actividades programadas se contó con la participación de pasantes de enfermería, jefes de enfermeras, médicos, Técnicos en Atención Primaria a la Salud (TAPS) y una trabajadora social, y aspirantes a obtener el posgrado de Salud Pública; todos ellos integrados en brigadas de 8 pasantes y un coordinador (jefes de enfermeras, médicos, TAPS o trabajadora social), se proporcionó a cada brigada un paquete con trípticos, invitaciones, volantes, carteles, formatos, diurex, cinta canela, bolsas de plástico, lápices y borradores, todo en cantidad suficiente de acuerdo a las necesidades de cada sector.

Se distribuye una brigada por sector, la cual se divide en dos equipos, uno inició el recorrido en el lado Noroeste en el sentido de las manecillas del reloj para cubrir de esta forma dos caras del sector, simultáneamente el segundo equipo inicia en donde termina el primero en el mismo sentido para recorrer las dos caras restantes. Un integrante de cada equipo será el responsable del censo de distribución de material.

La entrevista fue programada para 5 minutos por familia, en los casos en donde habitan 2 o más familias por vivienda se reunirán para proporcionarles la información.

La entrevista inicia por la presentación personal, en seguida se menciona la institución que representamos y el motivo de nuestra visita, se dan a conocer las actividades a desarrollar en el transcurso de la semana, se proporciona un folleto de diabetes mellitus y otro de hipertensión arterial y la invitación que indica el domicilio donde se impartirá la charla y se solicita autorización para colocar el volante en la ventana con vista a la calle finalmente agradecemos la atención y se enfatiza sobre la importancia de que participe en los días subsecuentes.

Los carteles serán colocados en lugares estratégicos, con previa autorización en tiendas, farmacias, consultorios, talleres, escuelas, mercado, iglesia... en caso necesario se colocarán dentro de una bolsa de plástico transparente para evitar que se mojen o deterioren pronto.

El coordinador verificará el correcto llenado de los censos, la distribución de la información impresa y realiza las acciones pertinentes en caso de que la entrevista no se realice de forma adecuada; será el responsable de entregar la información al supervisor correspondiente.

Al final de la jornada se realiza una reunión de coordinadores y supervisores para valorar puntos que impidan el logro de los objetivos.

DETERMINACIÓN DE FUNCIONES

JEFE DE JURISDICCIÓN: Apoyo total a la intervención

TUTOR CLÍNICO: Asesora, supervisa, guía, apoya y gestiona durante la intervención.

JEFE DE ENFERMERAS: Apoyo de supervisión y coordinación de actividades

MEDICOS: Supervisión, coordinación y orientación a la comunidad y personal de salud.

TAPS: Coordinadores de sector, registro y control de actividades.

PASANTES EN SERVICIO SOCIAL: Distribución de promoción impresa y orientación verbal a las unidades multipersonales; colocación de carteles; elaboración de censo de distribución de material.

METAS

- Distribución de 823 trípticos de diabetes mellitus
- Distribución de 823 trípticos de hipertensión arterial
- Distribución de 483 volantes con información de DM e HTA
- Distribución de 300 carteles
- Distribución de 823 invitaciones a charlas dirigidas a la comunidad
- Entrevista con 823 familias
- Recorrido de los 12 sectores

LIMITES

UNIVERSO: Unidades multipersonales de la microrregión

ESPACIO: Microrregión Jardines del Tepeyac IV de la Coordinación Municipal de Salud de San Gabriel de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec en el Estado de México.

TIEMPO: 02-03 Octubre de 2000 16 HORAS.

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.

2.1.6 Ejecución

ESTRATEGIA: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada destinada a facilitar los cambios voluntarios hacia comportamientos saludables²⁵ se orientada al individuo o hacia grupos de individuos. Pero puede considerarse limitada a las intervenciones basadas en la provisión de oportunidades de aprendizaje encaminadas a cambiar dichos comportamientos.

Sin embargo, a medida que se conocen mejor las relaciones que existen entre los comportamientos individuales, las condiciones del entorno y los riesgos para la salud, aumenta también la contribución potencial de la educación para la salud al mejoramiento de la salud pública; es decir, se pueden disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección.

El objeto de la educación para la salud es mejorar la salud. En general, existen tres sectores de la salud que pretenden mejorarla: la promoción de la salud, la prevención de los problemas de salud y el tratamiento de los problemas de salud.²⁶

Tomando en cuenta el concepto descrito con anterioridad se describe la estrategia a desarrollar que incluida en esta cuarta etapa del proceso enfermero que se refiere a poner el plan de enfermería en acción. Implica las siguientes actividades: Continuar con la reunión y valoración de los datos, realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación, registrar y comunicar los cuidados de enfermería, mantener un plan de cuidados actualizado.

Se realizó el formato para los trípticos, carteles, invitaciones para sesiones de promoción de la salud y elaboración de mantas con la colaboración de los TAPS y pasantes de enfermería en servicio social.

La mencionada estrategia se llevó a cabo de forma acorde a lo planeado, es importante mencionar que se presentó un hallazgo significativo, motivo por el cual las metas de distribución de promoción impresa fue rebasada, ya que el interés sobre el proyecto por parte de la población de microrregiones vecinas se hizo evidente, población no considerada durante la planeación.

Se presentaron confusiones en la distribución de invitaciones y volantes; ya que existieron dos tipos de ambas cosas, lo que evidentemente por falta de

²⁵ Rochon, Alain. *Educación para la Salud*. p. 7

²⁶ *Ibidem*. p. 8-9

información entre los coordinadores no se realizó la distribución en forma adecuada. El resto de las actividades realizadas fueron acorde a lo programado.

2.1.7 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 se describe en función de las metas alcanzadas, por lo cual refiero que se realizaron las entrevistas de forma y tiempo adecuado, los formatos fueron llenados correctamente. El recorrido del sector se realizó de acuerdo a lo asignado. Por situaciones ajenas a las alumnas del posgrado y coordinadores y motivo no especificado se incorporó un recurso médico y se disminuyó el número de jefes de enfermeras.

De acuerdo a las metas programadas en lo referente al personal colaborador observamos que el personal de trabajo social y TAPS fueron cubiertos al 100%, lo programado en personal médico fue rebasado debido a la integración de una persona más al equipo; las 56 familias que restaron por visitar se reportaron con cambio de domicilio; el número de pasantes se redujo por no incorporarse aquellas que realizan el servicio social en la clínica de maternidad y las que se encuentran de apoyo en cada centro de salud. Por cuestiones de salud desertó una jefe de enfermeras, motivo por el cual se reporta como alcanzado un 75%. Es importante mencionar que aún con todos los cambios presentados los sectores fueron cubiertos al 100%.

Las metas programadas se cumplieron con éxito en relación a las unidades multipersonales a quienes se distribuyó información sobre diabetes mellitus e hipertensión arterial, fueron programadas en base al total de familias reportadas en el diagnóstico de salud. Tenemos como alcanzado en distribución de folletos 101.8% los volantes rebasaron 55.90% la meta programada, es importante mencionar que en algunas viviendas se pegaron dos volantes, uno en la ventana con vista a la calle y otro en la puerta o portón según fuera el caso. La distribución de invitaciones a charlas alcanzó un 128.31%

CONCLUSIONES

Una vez finalizado el presente podemos valorar la importancia de intervenir acertadamente en un problema de salud debidamente priorizado y sustentado conceptualmente, con la elaboración de este estudio tengo la convicción de que la educación para la salud es un punto crucial para el fortalecimiento de la agencia de enfermería en el cliente.

Quedo con una experiencia a explotar en un futuro y aplicar lo vivido en cada una de las etapas del desarrollo de este estudio, ahora sé que debemos tener una visión más amplia y que no debemos encerrarnos en un círculo que nos limite el aprendizaje, cada una de las personas que integraron el equipo de trabajo dieron lo mejor de sí en cuanto a conocimientos y experiencias, dependió de nosotros el absorber la diversa gama de ellos.

Los talleres realizados nos permitieron ver la relación que existe entre los diversos estilos de priorización, menciono esto por que uno de estos talleres fue dedicado al ejercicio de razón de momios concluyendo que el déficit constituía un factor de riesgo.

El fruto de este trabajo se reflejó en el interés de las personas desde el momento en que solicitan por decisión propia se les proporcione material impreso elaborado para este fin, al igual por el interés que mostraron al asistir a las sesiones de promoción de la salud, así como por la convicción por realizarse sus detecciones, y en relación a las personas detectadas se observó una evidente disponibilidad para el cambio de actitudes en el estilo de vida.

Considero que las acciones desarrolladas a través de la promoción de la salud influirán en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de los individuos y a su vez, a través del tiempo, por que no pensar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus e hipertensión arterial.

SUGERENCIAS

Como parte de la experiencia obtenida en el transcurso del posgrado y como una aportación a futuras generaciones es importante destacar la participación en equipo, la disponibilidad de proponer, discutir, aportar ideas y generar conocimiento a través de la iniciativa de compartir, el trabajo en equipo implica el trabajar de manera coordinada en la ejecución de un proyecto en donde cada miembro domina una parte de este. Ninguno de los miembros sabe más que el equipo en conjunto.

El trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales. Cada persona debe confiar en el buen hacer del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal.

El nombrar lo antes posible un coordinador de grupo ayudará a evitar conflictos por desorganización en lo futuro. Es importante que cada miembro se comprometa a aportar lo mejor de si mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante, y siempre tener disponibilidad, no solo para con sus compañeros sino para toda aquella persona que requiera de sus servicios. Es bueno que periódicamente se den tiempo para organizar reuniones y realizar comentarios sobre lo que han hecho y lo que falta por hacer, es decir, valorar a tiempo una posible reorganización actividades.

Otro punto a destacar es la valoración de las finanzas para el desarrollo del proyecto, es bueno tomar la idea de implementar un ahorro desde el inicio del curso, aclarando desde el inicio los gastos que se cubrirán con esa aportación, ya que en el trayecto surgen importantes gastos que de cierta forma pueden alterar las finanzas personales.

La disponibilidad de tiempo es un factor muy importante, ya que como dicen nuestros tutores: *la salud pública no tiene horarios.*

Y finalmente, les sugiero nunca perder de vista que estamos para lograr un mismo fin y que cada uno de los integrantes tiene responsabilidades particulares que cubrir, evita evadirlas, esta puede ser tu oportunidad para descubrir cuantas otras cosas eres capaz de hacer.

Y recuerda que: *Todos los equipos son grupos, pero no todos los grupos son equipos.*

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón J, Ricardo K. Taller Latinoamericano de Epidemiología aplicada a servicios de salud. 2ª ed, Lima. 1991:23

Alfaro R, RN, MSN. Aplicación del proceso de Enfermería. México: Ed. Dogma, 1996: 5-157

Alfonso R. MT, Alvarez DC. Enfermería Comunitaria I en: Proceso Salud enfermedad. Barcelona España: Ed. Masón, S.A. 1992: 47-51

Beaglehole R; Bonita R. "Epidemiología básica". México D.F.; Ed. OPS 1994 (551); 3-5

Brockington C. The history of Health. Ed. Hobson. W. London, Oxford University press, 1975

Consejo Nacional de Población. Anuarios estadísticos de epidemiología. Ed. Secretaría de Salud. México, 1996:69

Domínguez H, G. Salud Pública (SUA) UNAM México, 1990:10

Estudios de Diagnósticos de Salud Comunitaria 1ª y 3ª generación. Ecatepec México. 1997-1998.

Frenk J. La Salud de la Población hacia una nueva Salud Pública. "La Salud Pública". 1993:37-56

Frenk J. La Salud Pública Campo del conocimiento y ámbito para la acción. (hacia una nueva Salud Pública) SEP FCE México, 1993:37-56

Fuente directa, Relatoría de los habitantes de la región de Jardines del Tepeyac IV, Ecatepec Edo. México, Abril 2000.

Instituto Nacional de Salud Pública. Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, 1993:3

ISEM Coordinación municipal de salud "Una estrategia, un cambio" ISEM México 1984 pp. 4

Laurell A.C. La Salud Enfermedad como proceso social. "Revista panamericana de salud", México D.F.: Ed. Nueva Imagen, 1982 (2): 7-25

Lemus D.J. Manual de Vigilancia epidemiológica. México D.F.: OPS/OMS ed. Kellogg, 1996: 1-10

Moreno O. Marco Conceptual del diagnóstico en: Metodología del diagnóstico de salud integral. México: INSP, 1989: 254-5

OPS/OMS División de desarrollo de sistemas y Servicios de Salud. Funciones esenciales de Salud Pública. México, 1995:3-35.

Orem E. Dorotea, Modelo de Orem, Concepto de Enfermería en la Práctica. 1ª ed. Ed. Científicas y Técnicas, España, 1993

Regabliato MI, Ruiz M A. Metodología de investigación en Epidemiología. Díaz de Santos, Madrid España, 1996:21-24

Restrepo/Málaga. Promoción de la Salud: cómo construir una vida saludable. Editorial Panamericana. 1999.

Reynald P.I MD; FRCP D. PH. La Planificación Sanitaria conceptos, métodos, estrategias. España: Ed. Masson S.A. 1995: 1-4

San Martín H. Salud Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana. México, 1990:27-31

Schlaepper PL; Castañeda CI. La medición de Salud: Perspectivas teóricas y metodológicas en: Salud Pública de México. 1990. 32(2): 153-154

Soberón G. Frenk J. Sepúlveda J. The health care reform in México: before and after the 1985 earth quakes Am J. Publica Health 1986

Universidad Nacional Autónoma de México. Programa tutorial de apoyo a la formación teórico práctica de los estudiantes a la especialidad en Salud Pública. México, 2000:1

Villa B. JP, Castro A. Guía para determinar prioridades en el diagnóstico situacional en riesgos y daños a la salud. México D.F.; 1998: 2-13

Villa B. JP, Catro A. Manual de enfoque de riesgo. Serie Paltex para Ejecutivos de Programas de Salud. México, 1996:9-22

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería. México Ed. Doyma, 1993. 167p.
2. Orem Dorotea E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica p. 71
3. Orem Op cit. p 41-44
4. Orem. Op cit. p 135-136
5. Sánchez, P. Sofía Diagnóstico de requisitos de autocuidado. México, D.F. proyecto de investigación, Agosto 1996 p. 8
6. Cavanagh Stephen. Modelo de Orem. Ed. Masson-Salvat, México 1993 p. 12-14
7. Orem, Op cit. p. 182
8. Orem, Op cit. p. 80
9. Alfonso M. T, Alvarez D.C. Enfermería comunitaria I. Masson, Barcelona, España 1992:47-51
10. Reynald P. MD. La planificación sanitaria conceptos, métodos y estrategias. Masson España 1995:1-4
11. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2003 – 2004. NANDA Internacional. España 2003
12. Calvillo, M. Rafael. Tesis Individual. Noviembre 2004. México, D.F.
13. Villa B. JP; Castro A. Manual de enfoque de riesgo. Serie Paltex para ejecutivos de programas de salud, México 1996 pp. 9-22
14. Normas y Procedimientos para la Utilización Dinámica de la Tarjeta de Visita Familiar. ISEM Servicios de Salud de Primer Nivel. Febrero 1996
15. Frenk, Julio "la Salud Pública campo del conocimiento y ámbito para la acción". SEP.-FCE. México 1993:37-56
16. San Martín H. Salud enfermedad. La prensa médica mexicana. México 1990:27-31

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

17. LEY GENERAL DE SALUD. 13ed; México ed. Porrúa, 1996. 1161
18. Polaino-Lorente A. Manual de Bioética General. Ediciones Rialp, Madrid, 1994 p.336
19. Reynald P. MD. Idem.. 53-55
20. Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria. Masson, Barcelona, 1987, p.235.
21. ISEM. Coordinación Municipal de Salud. "Una estrategia de cambio". 1984, p.4
22. Cédula de Captación de Datos por Familia 2000
23. Orem E.D. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Científicas y Técnicas. Masson Bogotá. España 1993.
24. Rochon, Alain. Educación para la Salud. p. 7
25. Ibidem. p. 8-9

V.- DATOS DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS.

Nombre	Edad/Sexo		Peso	Talla	Alimenta- ción.	Aplicación Flóor	Inmuniz.	Inmuniz.	Inmuniza.								
	Fem	Masc								Lm	Bb	Abl	0	1	2	BCG	Sabín

< Datos específicos a Hoja de Censo Nominal.

VI.- INMUNIZACIONES EN ADULTOS.

Nombre	Edad/Sexo		Inmunizacio- nes.	Inmunizacio- nes.	Inmunizacio- nes.	Inmunizacio- nes.	Inmunizacio- nes.	Inmunizacio- nes.
	Fem	Masc						

VII.- MEDIDAS PREVENTIVAS FAMILIARES.

Actividad	Sí	A veces	No	¿ 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 Fem Masc	Causa de la muerte	Fecha	Atención médica		Ocupación	Lugar donde falleció	
				Sí	No		Dom.	Otro

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

Nombre	Edad/Sexo Fem Masc	Tipo de enfermedad y/o Discapacidad	Fecha aprox. (padeció)	Atención médica		¿ Dónde ? Que medicamen tos toma	Ocupación	Inició la enfermedad	
				Sí	No			Dom.	Otro

NOMBRE DEL ENCUESTADOR :

FUNCIÓN :

FIRMA :

1.- _____

2.- _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR :

FUNCIÓN :

FIRMA :

OBSERVACIONES :

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

**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 6
- 7.- ¿ ES OBSERVABLE SU SOBREPESO ?
 a) Si b) No 7
- 8.- ¿ CUANTO PESA ? DATO _____
 a) Adecuado b) Disminuido c) Sobrepeso 8
- 9.- ¿ FUMA ?
 a) Si b) No c) No contesto 9
- 10.- ¿ SI LA RESPUESTA ES SI, CUANTOS AL DÍA ?
 a) De 1 a 3 b) De 3 a 5 c) Más de 5 10

- 11.- ¿ TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS ?
a) Si b) No c) No contesto 11
- 12.- SI LA RESPUESTA ES SI , ¿ CUANTOS AL DÍA ?
a) Ocasionalmente b) Cada semana c) Diario d) Sólo en fiestas 12
- 13.- ¿ CONOCE USTED QUE DAÑO LE OCACIONA BEBER Y FUMAR ?
a) Si b) No c) a veces 13
- 14.- ¿CADA CUANDO ACUDE AL DOCTOR ?
a) Cada semana b) Cada 15 días c) Cada mes
d) Cada que lo necesite e) Cuando me enfermo f) Nunca 14
- 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 e) 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
20 21
- 22.- ¿ACOSTUMBRA UD. BEBER AGUA SIMPLE DURANTE EL DIA ?
a) Si b) No c) A veces 22
- 23.- ¿ QUÉ CANTIDAD DE AGUA CONSUME AL DÍA ?
a) 1 a 2 vasos b) 3 a 4 vasos c) 5 a 6 vasos
d) 7 a 8 vasos e) Nada 23
- 24.- ¿ QUÉ UTILIZA PARA PREPARACIÓN DE SUS ALIMENTOS,?
a) Grasa vegetal b) Grasa animal (manteca) c) Aceite
d) Leer y/o escribir e) Con vivencia familiar f) Realiza mas de 3 actividades
g) Pasear h) Otras ¿ Cual ? _____ 24
- 25.- ¿ REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE ?
a) Si b) No c) A veces 25
- 26.- SI SU RESPUESTA FUE "A" O "C" ¿ CADA CUANDO ?
a) 1 a 2 días b) 3 a 4 días c) Mas de 5 días d) Diario 26
- 27.- ¿ QUE ACTIVIDAD (ES) REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE ?
a) Deporte b) Labores del hogar c) Manualidades
d) Leer y/o escribir e) Con vivencia familiar f) Realiza mas de 3 actividades
g) Pasear h) Otras ¿ Cual ? _____ 27
- 28.- ¿ ACOSTUMBRA DURANTE EL DÍA UNA SIESTA
APARTE DE DORMIR POR LA NOCHIE?
a) Si b) No c) A veces 28
- 29.-¿ AL REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD FISICA SE FATIGA ?
a) Si b) No 29
Cual _____
- 30.- ¿ QUE TIEMPO LE DEDICA A VER LA TELEVISIÓN ?
a) 1 a 2 horas b) 2 a 4 horas c) Más de 4 horas d) No la ve 30

- 31.- ¿ EN QUE POSICION VE LA TELEVISION ?
 a) Sentado b) Acostado c) Realizando tareas del hogar d) Leyendo e) Otros 31
- 32.- ¿ QUE TIPO DE COMERCIALES LE GUSTAN ?
 a) De alimentos b) De ropa c) Cosméticos d) Bebidas e) Otros 32
- 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 33
- 34.- ¿ ACOSFUMBRA USTED TOMAR MEDICAMENTOS
 SIN RECETA MEDICA ?
 a) Sí b) No c) No se d) A veces 34
- 35.- ¿ LE HAN TOMADO DE UN MES A LA FECHA LA PRESIÓN ARTERIAL ?
 a) Sí b) No c) A veces d) No recuerda 35
- 36.- ¿ SABE USTED QUE ES DIABETES MELLITUS ?
 Conocimiento: a) Suficiente b) Insuficiente c) No lo tiene
 35 36
- 37.- ¿ SABE USTED QUE ES LA HIPERTENSION ARTERIAL?
 Conocimiento a) suficiente b) Insuficiente c) No lo tiene 37
- 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 38
- 39.- ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS HAY O TUVO?
 a) 1 b) 2-4 c) Mas de 4 hijos 39
- 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 40
- 41.- ¿ HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA DE SALUD DURANTE ALGUNO DE SUS EMBARAZOS
 a) Diabetes mellitus b) Hipertensión arterial
 c) Ninguna d) Otras ¿Cual? _____ 41
- 42.- ¿ HA TENIDO BEBES DE MÁS DE 4 KILOS AL NACER ?
 a) Sí 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

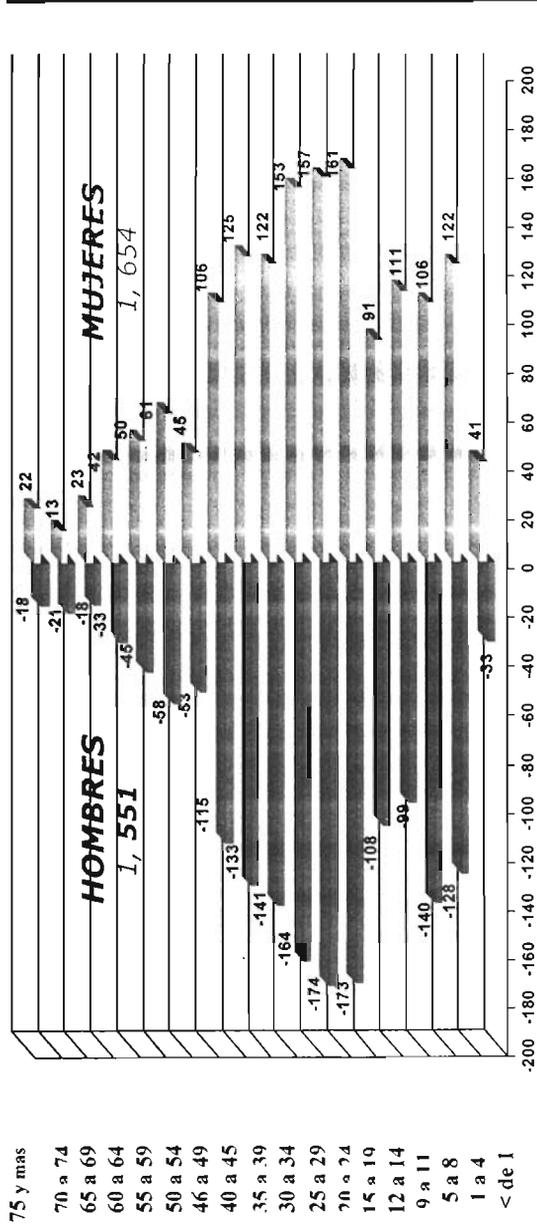
COMENTARIOS EN RELACION CON LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

ENCUESTADOR: (Nombre y firma) _____

SUPERVISOR: (Nombre y firma) _____

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

PIRAMIDE POBLACIONAL GLOBAL 2000
 MICRORREGION "JARDINES DEL TEPEYAC IV"
 COMUSA JARDINES DE SANGABRIEL



FUENTE: Cédula de Captación de Datos por Familia

POBLACIÓN TOTAL: 3,205 Habitantes

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

CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LA MICRORREGION JARDINES DEL TEPEYAC IV, JUNIO 2000.

CAUSAS	1-año		1a-4a		5a-8a		9a-11a		12a-14a		15a-19a		20a-24a		25a-29a		30a-34a		35a-39a		40a-45a		46a-49a		50a-54a		55a-59a		60a-64a		65a-69a		70a-74a		75a y más		TASA X 1,000 HAB.
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	TOTAL		
1. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	5	7	51	46	29	46	22	15	22	42	34	27	25	24	23	24	18	19	12	16	13	4	11	8	6	5	10	5	6	4	4	2	3	2	0	617	192.5
2. ENF. DEL APARATO DIGESTIVO	2	0	11	12	4	5	11	1	2	5	7	6	4	4	3	6	3	1	1	5	3	0	2	4	1	2	2	1	3	0	0	0	0	1	2	121	37.7
3. DIABETES MELLITUS																																				45	14.0
4. HIPERTENSION ARTERIAL																																				36	11.2
5. ENF. EXANTEMATICAS	1	1	3	1	3	1	2																													16	4.9
6. ENF. GINECOLOGICAS																																				11	3.4
7. ENF. RENALES																																				11	3.4
8. ENF. MUSCULOESQUELETICO																																				9	2.8
9. INF. EN VIAS URINARIAS																																				7	2.1
10. ENF. CARDIACAS																																				6	1.8
11. OTRAS CAUSAS	2	1	2	1	1	1																													28	8.7	
TOTAL	10	8	66	61	36	53	37	28	18	29	54	43	34	33	30	31	32	29	28	21	26	28	8	21	22	13	12	24	9	22	8	6	8	8	3	907	282.9

FUENTE: CEDULA DE CAPTACION DE DATOS POR FAMILIA Y COORBORADO CON DATOS DE COMUSA.

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

CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LA MICRORREGION JARDINES DEL TEPEYAC IV JUNIO 2000.

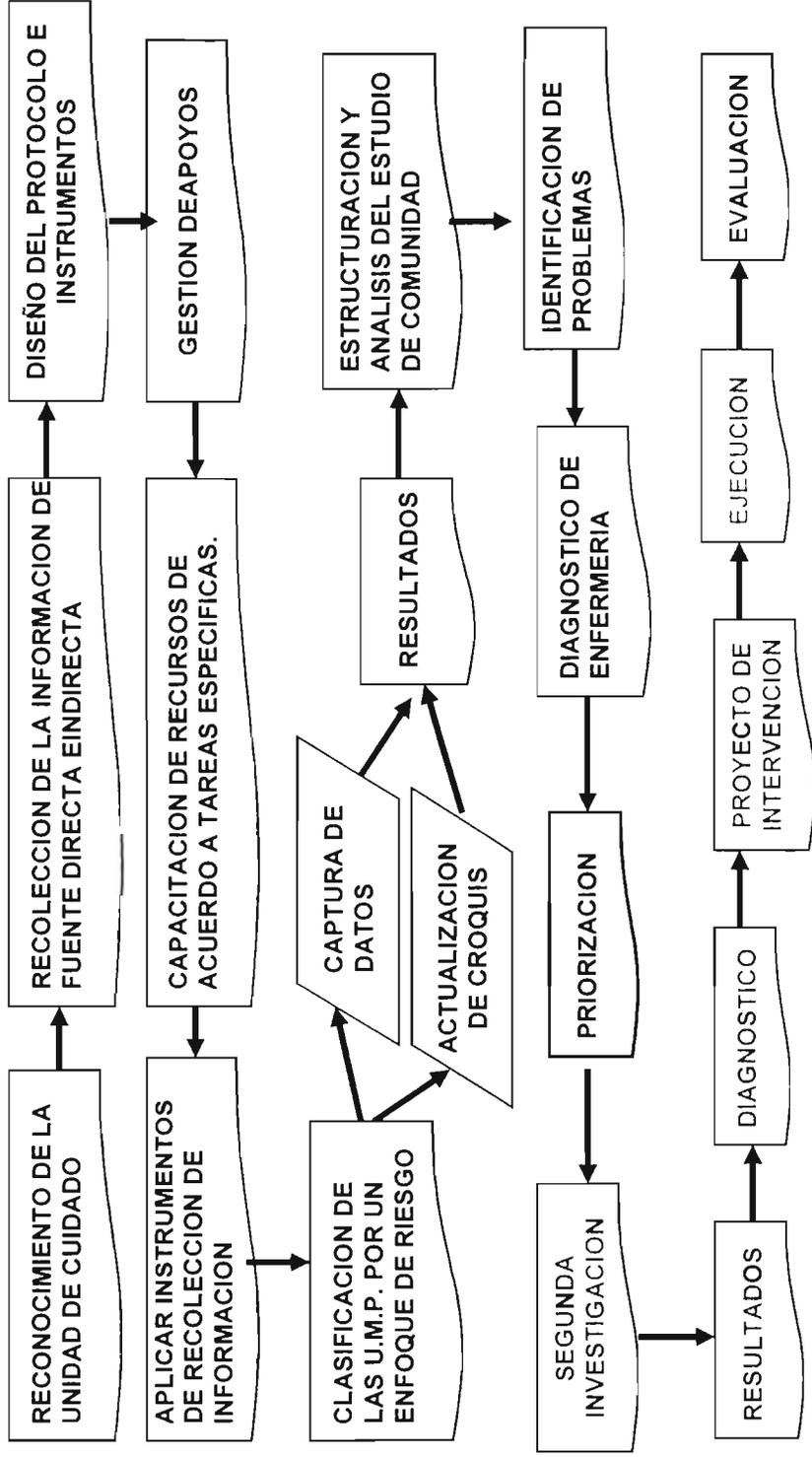
CAUSAS	-1a		1a-4a		5a-14a		15a-24a		25a-44a		45a.-64a.		65a y más		TOTAL	%	TASA POR 1,000 HAB.
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
1. HIPERTENSION ARTERIAL												1	1	3	5	6.6	3.2
2. PROBLEMAS CARDIACOS			1				1			1		1	6	3	12	16	7.6
3. ACCIDENTES			3						6	1				1	11	14.6	7.0
4. PROBLEMAS RESPIRATORIOS			1							1	1	1	5	1	9	12	5.7
5. DIABETES MELLITUS										2		2	6	10	13.3	6.4	
6. PROBLEMAS CIRCULATORIOS									1	1	1	1	5	9	12	5.7	
7. PROBLEMAS RENALES										1	1		2	4	5.4	2.5	
8. PROBLEMAS DIGESTIVOS									1		1	1	1	4	5.4	2.5	
9. NEOPLASIAS											2		2	4	5.4	2.5	
10. VEJEZ												2	1	3	4	1.9	
11. SEPSIS NEONATAL	1													1	1.3	0.6	
12. OTROS	1												1	3	4	1.9	
TOTAL	2	1	4						9	1	6	7	19	26	75	100	23.4

TABLA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE REDES DE RIESGO

Enfermedades más frecuentes	Magnitud Componente A	Severidad Componente B	Eficacia Componente C	Facibilidad Componente D					Subtotal PEARL	Total componentes A+B+C+D	Puntuación de prioridad (A+B) CxD	Suma de totales (A+B) CxD de los partic. dividido entre el # de partic.
				P	E	A	R	L				
HTA	10	6	1.5	1	1	1	1	1	5	22.5	120	87
Diabetes Mellitus	9	5	1.5	1	1	1	1	1	5	20.5	105	93.42
Tumores Malignos	5	3	1	0	0	0	0	1	1	10	8	27.4
Accidentes	8	10	1.5	1	1	1	1	1	5	24.5	135	37.36
Cirrosis	4	2	.5	0	0	0	0	1	1	7.5	3	28.6
Neumonía e influenza	7	4	1.5	1	1	1	1	1	5	17.5	82.5	60.6
VIH	3	9	.5	0	0	0	0	1	1	13.5	6	24.4
Homicidios	2	8	1	1	0	0	0	1	2	13	20	13.6
Nefritis	1	1	.5	1	0	0	0	1	2	4.5	2	13.8
Tuberculosis	6	7	1	1	1	0	0	1	3	17	39	43.3

Fuente: Taller de priorización. Jurisdicción Sanitaria. Ecatepec. Edo. de México 2000.

RUTA CRITICA DEL PROCESO METODOLOGICO DE ENFERMERIA CORRESPONDIENTE A LAS ETAPAS DEL CASO



¿ CÓMO SE SABE SI UNA PERSONA ES DIABETICA?

Mediante un examen sencillo, que consiste en la toma de una gota de sangre de un dedo de la mano, se coloca en una tira reactiva y en dos minutos se conoce el resultado



¿DONDE SE PRACTICA ESTE ESTUDIO?

En la Clínica, Hospital, Unidad de Medicina Familiar o Centro de Salud más cercano a tú domicilio



RECUERDE

Esta enfermedad produce lesiones en el riñón, ojos, nervios, arterias y corazón, y en casos graves, coma diabético, que causa la muerte

PERO...¡PUUEDE EVITARSE!

Si se atiende y controla oportunamente la diabetes



Siga las instrucciones del personal de salud



IEEM

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialidad en Salud Pública

DIABETES



LA ENFERMEDAD SILENCIOSA

¿QUÉ ES LA DIABETES MELLITUS?

Es una enfermedad crónica permanente permanente y hereditaria, que se presenta cuando el páncreas no produce suficiente cantidad de una hormona llamada INSULINA, o porque lo que produce no puede ser utilizada adecuadamente por el cuerpo

¿QUE SUCEDE CUANDO SE TIENE DIABETES?

El organismo no puede utilizar adecuadamente los alimentos que se ingieren, dando lugar a una falta de energía que necesitan las células que mantienen el funcionamiento normal del cuerpo humano



¿QUÉ CAUSA LA DIABETES?

- ✖ Personas con sobrepeso
- ✖ Herencia
- ✖ Haber tenido muchos hijos
- ✖ Malos hábitos higiénicos
- ✖ Alcoholismo



¿COMO SE MANIFIESTA LA DIABETES?

- ⊗ Aumento en la ganas de orinar
- ⊗ Aumento de la sed
- ⊗ Aumento en las ganas de comer
- ⊗ Debilidad y fatiga
- ⊗ Perdida de peso sin dieta ni ejercicio



¿CUÁNTOS TIPOS DE DIABETES EXISTEN?



Tipo 1
JUVENIL



Tipo 2
ADULTOS



DURANTE EL
EMBARAZO

¿CÓMO SE CONTROLA LA DIABETES?

- 🔥 Peso y talla adecuados
- 🔥 Alimentación balanceada
- 🔥 Ejercicio Físico
- 🔥 Estabilidad emocional
- 🔥 Medicamentos
- 🔥 Vigilancia Médica



¿ CÓMO SABER SI UNA PERSONA ES HIPERTENSA ?

Mediante la toma de la presión arterial



¿ DÓNDE SE PRACTICA ESTA PRUEBA ?

En cualquier Hospital, Clínica, Unidad de Medicina Familiar o Centro de Salud.



RECUERDE

Esta enfermedad produce lesiones en el riñón, ojos, nervios, arterias y corazón, y en casos graves, derrame cerebral y muerte.

¡ PERO PUEDE EVITARSE !

Si se atiende y controla la Hipertensión Arterial



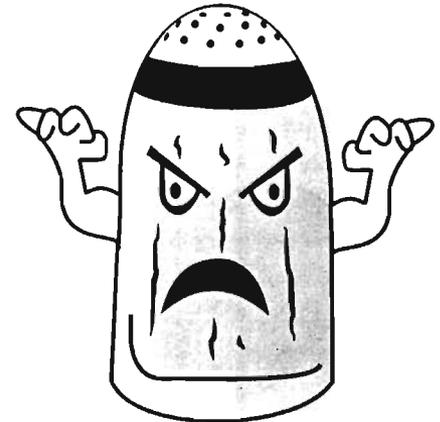
Siga las instrucciones del personal de salud



IEEM

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialidad en Salud Pública

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



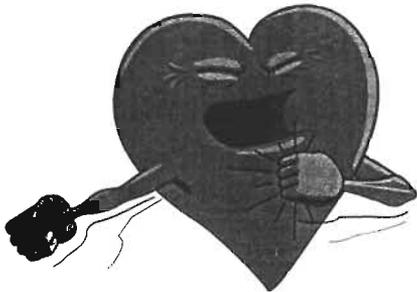
¡ EL ENEMIGO SALADO !

¿QUE ES LA HIPERTENSION ARTERIAL?

Es una enfermedad crónica y degenerativa que consiste en la elevación sostenida de la presión arterial

¿ COMO SE MANIFIESTA LA HIPERTENSION ARTERIAL?

Por un aumento de los niveles normales de la presión arterial (110/70 ó 120/80) de manera constante.



¿ QUÉ CAUSA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ?

- ⊗ Malos Hábitos alimenticios
- ⊗ Sedentarismo
- ⊗ Alcoholismo
- ⊗ Sobrepeso
- ⊗ Altos niveles de Colesterol
- ⊗ Altos niveles de estrés



¿QUE SIENTO CON LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA?

- ⊗ Dolor de cabeza y mareos
- ⊗ Visión con lucitas
- ⊗ Zumbido de oídos
- ⊗ Sudoración
- ⊗ Opresión en el pecho
- ⊗ Fatiga



¿CUANTOS TIPOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EXISTEN?

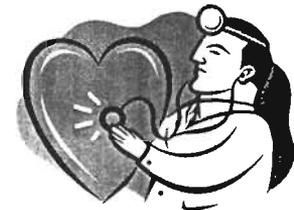
ESENCIAL: Elevación de la presión arterial sin causa aparente.

SECUNDARIA: Consecuencia de alguna enfermedad en riñón, hígado, corazón, etc.



¿CÓMO SE CONTROLA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

- 👉 Peso y talla adecuadas
- 👉 Bajo consumo de sal y grasas
- 👉 Ejercicio Físico
- 👉 Beber y fumar lo menos posible
- 👉 Tomar medicamentos adecuadamente
- 👉 Vigilancia médica



¿SABES LO QUE ES LA DIABETES? ¿¿¿ NO !!!??

!!! PUES ENTÉRATE! ESTO ES IMPORTANTE!!!

SI HAZ TENIDO MUCHAS GANAS DE:

- ❖ COMER
- ❖ ORINAR
- ❖ TOMAR AGUA
- ❖ FLOJERA Y CANSANCIO

SI HAZ BAJADO DE PESO SUBITAMENTE SIN EJERCICIOS NI DIETA

!!! CUIDADO!!! PUEDEN SER PRINCIPIOS DE DIABETES, PERO ESTO SE PUEDE CONTROLAR **¿CÓMO?**

ACUDE A LAS PLÁTICAS DE INFORMACIÓN DADAS POR EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

DIA: _____ HORA: _____

DIRECCIÓN: _____

**ES HORA DE QUE TÚ LE GANES A LA ENFERMEDAD,
¡¡TÚ VAS A SER EL VENCEDOR!!**

COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN

!!! CHECA TU PRESIÓN ARTERIAL!!!

CUANDO TIENES TU PRESIÓN ARTERIAL ALTA LOS SINTOMAS SON:

- ❖ ZUMBIDOS DE OIDOS
- ❖ VER LUCESITAS Ó PUNTITOS BLANCOS
- ❖ DOLOR DE CABEZA INTENSO
- ❖ PALPITACIONES EN EL CORAZÓN

¿TE GUSTARIA SABER MAS HACERCA DE CÓMO CUIDARTE?

ACUDE A LAS PLÁTICAS DE INFORMACIÓN DADAS POR EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

DIA: _____ HORA: _____

DIRECCIÓN: _____

**ES HORA DE QUE TÚ LE GANES A LA ENFERMEDAD,
¡¡TÚ VAS A SER EL VENCEDOR!!**