UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA EN SALUD PÙBLICA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO, EN ATENCIÓN AL RIESGO REPRODUCTIVO DEL AGEB´S 018-8, SANTA MA. TULPETLAC, A TRAVES APOYO DE EDUCATIVO

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER GRADO DE

ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA

P R E S E N T A:

L.E.O. MARÍA ESTHER ORDÓÑEZ ALEMÁN

ASESOR:

MAESTRA LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ

MÉXICO D.F. 2006

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

AGRADECIMIENTO

A mis padres y hermanas; por su inmenso amor y el apoyo que me brindan en todos los momentos de mi vida.

A la Mtra. Liliana González Juárez, mi reconocimiento y admiración por sus acertadas orientaciones para la realización de este trabajo.

A Gerardo, por su estimulo, apoyo y comprensión.

A Judith, porque juntas concluimos una experiencia más, mil gracias por tu amistad.

A Salvador, por la ayuda incondicional que siempre me otorga, mi más sincero agradecimiento con admiración y respeto.

Agradezco a todos aquellos, que contribuyeron y apoyaron para que yo lograra a buen término el presente trabajo.

ÍNDICE

		Pág.
	CAPITULO I	
1	**INTRODUCCIÓN**	1
1.1	**DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO**	2
1.2	**OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO**	3
	1.2.1 OBJETIVO GENERAL	3
	1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
	CAPITULO II	
2	**FUNDAMENTACION DE ESTUDIO DE CASO**	
2.1	**MARCO TEÓRICO**	4
	2.1.1 Programa Nacional De Salud	4
	2.1.2 Programa de Acción; Arranque parejo en la vida	5
	2.1.3 Salud Reproductiva	5
	2.1.4 Programa De Acción Salud Reproductiva	7
	2.1.5 Aspectos Epidemiológicos	9
2.2	**MARCO CONCEPTUAL**	10
	2.2.1 Concepto de Enfermería	10
	2.2.2 Paradigma de Enfermería	10
	2.2.3 Teoría de déficit de Autocuidado	12
	2.2.4 Proceso Atención Enfermería	16
	2.2.5 Salud Pública	18
	2.2.6 Teorías de otras disciplinas	20
2.3	**CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES**	23
	2.3.1 Ley General de Salud	24
2.4	**MARCO REFERENCIAL**	27
	2.4.1 Características generales	27
	CAPITULO III	
3	**PROCESO DE ENFERMERIA ESPECIALIZADO**	
3.1	**VALORACIÓN**	32
	3.1.1 Valoración Extensa	32
	3.1.2 Valoración Focalizada al Daño Priorizado	66
3.2	**METODOLOGÍA**	65
3.3	**DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA**	68
	3.3.1 Diagnóstico Integral	69

3.3.2 Diagnósticos de Enfermería 69

3.4 PLAN DE INTERVENCIÓN 70
3.4.1 Modelo Operativo de Enfermería en Salud Pública Dirigido a la promoción del Autocuidado de la Salud en las poblaciones. 71

3.5 INTERVENCIÓN OPERATIVA 74
3.5.1 Estrategia de Intervención 74
3.5.2 Ejecución 81
3.5.3 Evaluación de la Intervención 81

3.6 EVALUACIÓN INTEGRAL DEL CASO 83

4 CONCLUSIONES 87

5 SUGERENCIAS 88

6 REFERENCIAS 89

7 APENDICES 92

CAPITULÓ I

I INTRODUCCIÓN

El estudio de caso comunitario es una herramienta aplicada por el especialista de enfermería para profundizar y trabajar en torno a los problemas de salud de la comunidad. A través de la investigación en salud pública, se logra la Priorización de programas que permiten la planificación de las necesidades de salud de la población.

Este trabajo de investigación se integra por algunos elementos relevantes del estudio de comunidad, cuyo propósito es aproximarse a las condiciones de vida de la población en estudio, forma parte el proceso de organización comunitaria, eje metodológico del trabajo comunitario, así es que pretende definir y priorizar los problemas que afectan a la comunidad para proponer alternativas de solución y acción.

Las intervenciones del profesional de enfermería, se basan en una metodología propia de trabajo denominada Proceso Atención Enfermería (PAE), con el propósito de sistematizar las acciones en atención a los problemas reales o potenciales encontrados, por tal motivo, el siguiente trabajo se presenta bajo la estructura del mismo; valoración, diagnostico, planificación, ejecución, evaluación.

El presente estudio de caso tiene como propósito fundamental contribuir al desarrollo de la investigación especializada en Salud Pública en atención a una comunidad dada. Las enfermeras especialistas en Salud Pública a nivel de posgrado tienen la capacidad de desarrollar una práctica de alta calidad, para responder a las demandas de atención especializada.

La salud pública se ocupa particularmente de grupos sociales, tratando específicamente de focalizar problemas de salud que alteran la estabilidad, con el propósito de limitarlos o reducirlos. Por lo que este estudio se sustenta en la función fundamental de la salud pública, así como en un marco teórico conceptual y legal.

Esta investigación inicia al valorar e identificar el problema, por medio del taller de Hanlón se obtuvieron como resultado indicios en problemas de embarazo, parto y puerperio, al investigar más a fondo se observó que el problema se focalizaba en mortalidad fetal y perinatal; presentándose las tasas más altas en la Coordinación Municipal Santa María Tulpetlac, específicamente en el AGEB 018-8. (Olímpica, Arbolito, Unidad Jajalpa, Bonito Ecatepec).

Una vez de valorado e identificado el problema de salud en el área de estudio se inicia el proceso de enfermería.

En la primera etapa del proceso se incluyeron dos tipos de valoración:

La valoración extensa se obtuvo como resultado el diagnóstico integral de salud en base al estudio de comunidad, donde se identificó que la causa del problema es el riesgo reproductivo.

La valoración focalizada basada en la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem mostró el déficit de autocuidado en los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud, relacionado a falta de conocimiento sobre riesgo reproductivo manifestado por altas tasas de mortalidad fetal y perinatal.

Una vez realizado el diagnóstico de enfermería se planifico y ejecuto una intervención de enfermería de apoyo educativo que considero que las Mujeres en Edad Fértil con Riesgo a Embarazarse, a fin de proporcionar educación para la salud para fortalecer la salud, con la finalidad de mejorar la agencia de autocuidado.

La ejecución se llevo a cabo a través de cinco estrategias vinculadas; 1ª recorrido del área a intervenir, 2ª distribución de promociónales, 3ª educación para la salud por medio de platicas extramuros, 4ª educación para la salud por medio de actividades intramuros, 5ª consulta integral y detecciones.

1.1 DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. A pesar de los esfuerzos que se han hecho, todavía existen rezagos de importancia en lo referente a mortalidad materna que representa un problema de salud pública en México, es la máxima expresión de injusticia social, debido a que sus causas son evitables.

En los países de menor desarrollo económico, existen cifras altas de mortalidad, y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto y puerperio. Así mismo, los problemas perinatales constituyen una prioridad sanitaria; la mayor parte de las muertes debido a estas afecciones se producen durante la primera semana de nacimiento; la mitad sucede en el primer día de vida y los demás se distribuyen de manera decreciente en los seis días restantes.

Las principales causas de muerte en éste grupo de edad son las enfermedades de la madre, hipertensión, infecciones, traumatismos, problemas del embarazo y del parto, placenta previa, parto podálico, las alteraciones en el recién nacido, ictericia, hemólisis, hemorragia y los problemas de la membrana hialina y asfixia neonatal.

La información anterior se corrobora al analizar las 20 principales causas de mortalidad a nivel general. Al encontrar que las enfermedades relacionadas en el período perinatal a nivel nacional ocupan el quinto lugar con un total de 18.192 defunciones con una tasa de 17.87 (por cada 100,000 habitantes).

A nivel del estado de México ocupan el sexto lugar con un total de 497 defunciones y a nivel municipal Jurisdicción Sanitaria Ecatepec el octavo lugar con un total de 205 defunciones y una tasa de 47.3 por cada 100.000 habitantes, motivo por el cual se desarrolló una práctica de enfermería especializada de salud pública.

1.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

1.2.1 GENERAL

- Influir en la disminución de tasas de morbi-mortalidad perinatal, en el AGEB 018-8 de la COMUSA Santa María Tulpetlac perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec a través de una intervención de Enfermería especializada con énfasis en el déficit de autocuidado de las mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo del 24 de mayo al 11 de junio del 2004.

- Describir los factores sociodemográficos y epidemiológicos de las familias que integra el AGEB 018-8, arrojados por el estudio de comunidad.

1.2.2 ESPECÍFICOS

- Determinar y priorizar los factores de riesgo asociados con desviación a la salud a través de un diagnóstico integral de salud.

- Identificar los diagnósticos de enfermería derivados del estudio de comunidad

- Desarrollar un proyecto de intervención de Enfermería orientado a incidir en la disminución de tasas de mortalidad perinatal en el territorio de estudio.

- Capacitar al personal operativo en la ejecución de la intervención de enfermería especializada para influir en la disminución del riesgo reproductivo.

- Ejecutar el proyecto de intervención de Enfermería a través de la sensibilización a la población.

- Evaluar las estrategias de Enfermería a corto y mediano plazo, así como las metas propuestas.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACION DE ESTUDIO DE CASO

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1. Programa Nacional de Salud

"El desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional del país depende de la salud de la población; además se enfatiza que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. La salud reproductiva es un claro ejemplo de ello." [1]

A pesar de los esfuerzos que se han hecho, todavía existen rezagos de importancia. Debido a que los problemas perinatales siguen constituyendo una prioridad sanitaria. La mayor parte de las muertes debido a estas afecciones se producen durante la primera semana de nacimiento, la mitad sucede en el primer día de vida y las además se distribuyen de manera decreciente en los seis días restantes.

"Las principales causas de muerte en este grupo son las enfermedades de la madre, hipertensión, infecciones, traumatismos, problemas del embarazo y del parto, placenta previa, parto podálico, las alteraciones en el recién nacido, ictericia hemólisis, hemorragia y los problemas de la membrana hialina y asfixia neonatal."[2]

El programa Nacional de Salud busca mejorar los niveles de bienestar, la equidad y las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social. Uno de los propósitos primordiales del programa Nacional de salud para satisfacer las necesidades de información, mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios de salud reproductiva y disminuir los rezagos regionales que existen, se plantean los siguiente objetivos, estrategias y líneas de acción, que en conjunto y de manera coordinada desarrollarán las instituciones de los sectores públicos, social, y privado.[3]

Las estrategias empleadas y que se consideraron fundamentales para la presente investigación fueron las siguientes:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social.
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.[4]

"Para los problemas del rezago es necesario garantizar el acceso efectivo de la población de alta marginación, tanto rural como urbana, a servicios básicos de

---

[1] SECRETARIA DE SALUD. Programa de Acción: Salud Reproductiva. México, 2001. p. 9.
[2] SECRETARIA DE SALUD. Programa Nacional de Salud 2001- 2006. México, 2001, p. 43
[3] SECRETARIA DE SALUD. Programa de Acción de Salud Reproductiva. Op.cit. p.35
[4] Idem.

salud mediante la focalización del programa “Arranque parejo en la vida” en las comunidades y grupos poblacionales mas vulnerables” [5]

2.1.2 Programa de Acción; Arranque Parejo en la vida

Este programa tiene como misión “Brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida.[6]

La desigualdad se gesta en el seno materno. Una mala atención prenatal, un parto no atendido profesionalmente o un déficit nutricio en los primeros años de vida predisponen a la pobreza.[7]

Es indispensable garantizar una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños de nuestro país. Esto es lo que significa un arranque parejo en la vida.[8]

“El programa de Acción Arranque Parejo en la Vida es uno de los programas prioritarios de esta administración pública federal, cuyo propósito se centra en mejorar la salud reproductiva de la población femenina de nuestro país y la salud de niñas y niños contribuyendo de esta manera a lograr una mayor equidad en las condiciones de salud de la población”[9]

2.1.3 Salud Reproductiva

La salud reproductiva se entiende como “El estado completo de bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad dentro del proceso de reproducción “[10]

Este concepto se puede ampliar considerando que las parejas tienen el derecho a ejercer su sexualidad libre de temor a un embarazo no deseado, o de contraer una enfermedad. El derecho a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio en forma segura y sin complicaciones.[11]

---

[5] Ibidem. P. 89
[6] SECRETARIA DE SALUD. Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida. México. 2002.p.29
[7] SECRETARIA DE SALUD. Progrma Nacional de Salud 2001-2006. op.cit.p.90
[8] Idem.
[9] SECRETARIA DE SALUD. Programa de Acción Arranque parejo en la vida .op.cit.p.17.
[10] RUBIO DOMINGUEZ. Severino. Et. al. Obstetricia 1. México, ed. ENEO-UNAM.2001.P.269.
[11] Ibidem. P. 270.

-Enfoque de Riesgo

“Es un método que se utiliza para medir la necesidad de atención por grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, intenta mejorar la atención para todos, prestando mayor atención en aquellas personas que más lo requieren. Es un enfoque no igualitario y discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.”[12]

El termino riesgo significa la probabilidad de que un hecho ocurra. La probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de uno o más factores determinantes de estas consecuencias.

Cuando la probabilidad es conocida y se trata de una enfermedad, accidente o muerte, los problemas pueden ser evitados o reducidos si se emprenden acciones antes de que ello acontezca, por ello la utilización de enfoque de riesgo con fines preventivos.[13]

“Por lo que es importante identificar que “un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable en un individuo, en una familia e incluso en una comunidad, que se reconoce como asociado a la probabilidad de influir en el origen de la enfermedad y que nos permite predecir que un individuo se encuentra expuesto a padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.”[14]

La atención primaria es una estrategia de atención para reportar resultados favorables en los índices de salud materno-infantil requiere de las siguientes condiciones:

Aplicar el enfoque de riesgo, responsabilidad multisectorial, utilizar tecnología simplificada, lograr la participación comprometida de las personas y de la comunidad e integrar acciones eminentemente preventivas para evitar daños a la salud.[15]

-El enfoque de riesgo en el período perinatal

La forma de detectar estos riesgos es a través de la atención prenatal, que consiste en una serie de visitas programadas de la embarazada con alguna de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido.

---

[12] Idem.
[13] Ibidem. P. 271.
[14] Idem.
[15] Idem.

Es necesaria una clasificación del riesgo perinatal con base en los factores de riesgo detectados. De acuerdo a estos embarazos se puede clasificar en Riesgo bajo, medio y alto. [16]

- Salud Perinatal

"El período perinatal se inicia el primer día de la semana 22 (154 días) y termina 28 días después del nacimiento."[17] "La atención a la salud perinatal, comprende acciones de información y servicios desde la etapa pregestacional, durante el embarazo, el nacimiento, el puerperio y el período neonatal temprano; estas tienen un enfoque esencialmente preventivo."[18]

La aplicación del enfoque de riesgo en la atención a la salud perinatal inicia desde el primer nivel de atención la practica profesional de enfermería, identifica una base de instrumentos precodificados, científicamente basados, sencillos y de fácil aplicación en un modelo de atención primaria que nos permite eficientemente clasificar a la población en los niveles de riesgo bajo medio y alto.[19]

-Evaluación del Riesgo Perinatal

"El Enfoque de Riesgo Reproductivo puede aplicarse desde antes de la concepción (riesgo preconcepcional), durante la gestación (Riesgo obstétrico) y desde las 28 semanas de embarazo hasta su resolución incluyendo la primera semana de vida del neonato (riesgo perinatal)"[20]

El Riesgo Reproductivo Obstétrico es una tarea especializada, que la enfermera obstétrica puede realizar con eficacia.

"Los factores de riesgo que tienen aceptación y credibilidad para la valoración de riesgo reproductivo son: Nivel socioeconómico, Escolaridad, Edad, Estatura, estado civil, paridad, partos anteriores distócicos, intervalo intergenésico, Abortos y Mortinatos anteriores."[21]

2.1.4 Programa de Acción de Salud Reproductiva

Los objetivos del programa se centran en incrementar la información y educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, en favorecer el acceso a los servicios de salud reproductiva de los grupos adolescentes, indígenas, discapacitados, de la población rural y urbano marginada, así como propiciar una

---

[16] Ibidem. P. 278.
[17] Idem.
[18] Ibidem. P. 279.
[19] Ibidem. P. 280
[20] Idem.
[21] Ibidem. P. 281

mayor participación del varón en el cuidado de la salud reproductiva, considerando aspectos culturales, geográficos y económicos."[22]

-Derechos de las y los Usuarios de Servicios de Salud Reproductiva

Cualquier persona que solicite un servicio de salud reproductiva tiene derecho: A recibir información en un ambiente de privacidad y confidencial, atención de calidad con calidez a decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud, a recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud, ser tratado (a) con respeto, consideración y atención recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido, expresar sus puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibido" [23]

"Todos los individuos sin importar su sexo, edad, raza, condición social política, credo o preferencias sexuales, tienen derecho a recibir información, a la libre decisión y a beneficiarse de los avances científicos y tecnológicos, así como de recibir servicios de calidad con eficiencia y oportunidad."[24]

Objetivo General de la Salud Sexual y Reproductiva

"Prevenir riesgos para la salud de mujeres; hombres, niños, niñas, contribuyendo a disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en los grupos vulnerables de la población."[25]

Objetivos Específicos

- Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los mexicanos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, con énfasis en las áreas rurales, urbano marginadas, indígenas y adolescentes.

- Promover en la población adolescente actitudes y prácticas responsables y seguras respecto a su salud sexual.

- Disminuir la incidencia de embarazos no planeados, de abortos inducidos y de infecciones de transmisión sexual en la población adolescentes.[26]

En el contexto de la democratización en materia de planificación familiar se pondrá al alcance de toda la población veraz y oportuna, orientación y consejería con

[22] SECRETARIA DE SALUD. Programa de Acción: Salud Reproductiva. Op. Cit. P. 13
[23] Ibidem. P. 19.
[24] Ibidem.p. 29.
[25] Ibidem. P.35.
[26] Idem.

calidad y calidez, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas de ciclo reproductivo.

Se respetarán sus decisiones y corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo; se fomentarán actitudes y conductas responsables en la población adolescente para garantizar su salud sexual reproductiva y se iniciarán estrategias que con pleno respeto a la diversidad cultural y étnica del país, permitan fortalecer la salud reproductiva de las poblaciones en el área rural dispersa y en comunidades indígenas."[27]

2.1.5 Aspectos Epidemiológicos

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública en México, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto y puerperio.

La mortalidad materna es una prioridad de atención sanitaria en nuestro país, sin embargo, los esfuerzos encaminados a disminuirla han experimentado avances parciales y poco equitativos, debido a que en algunas regiones del norte del país se aprecian grandes progresos, en el sureste la situación es en extremo antagónica; la falta de particularización por regiones y caracterización social, económica, étnica, cultural han hecho que los programas no obtengan los resultados planeados.[28]

La falta de información confiable y bien estimada, acrecienta las posibilidades de fracaso, al no existir una correcta planeación por falta de indicadores reales y correctos; por ejemplo la falta de información acerca del aborto y sus consecuencias.

Del total de mujeres que murieron en México a causa de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, durante el año 2000 el 65% no estaba asegurada, el 26.3% era derechohabiente del IMSS y el 4.6% del ISSSTE.

En México, durante el año 2001. En relación con las 10 principales causas de mortalidad General. Las enfermedades relacionadas con el período perinatal ocupan el quinto lugar con un total de 18.192 defunciones, con una tasa de 17.87 (por cada 100,000 habitantes).

---

[27] Ibidem. P. 30.
[28] ROMO GAMBOA, Carlos E. La mortalidad Materna. Problema de Salud en México. P.7

A nivel estatal (Estado de México) ocupan el sexto lugar con un total de 497 defunciones y a nivel Jurisdiccional (Ecatepec) ocupan el octavo lugar con un total de 205 defunciones y una tasa de 47.3 por cada 100,000 habitantes.[29]

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Concepto de Enfermería

Enfermería es una ciencia y arte radica en la comprensión y articulación de los fenómenos que tienen que ver con el hombre y el mundo en que vive entendiendo este último como predecesor y componente integral de los seres humanos. El propósito de enfermería, es promover la salud y el bienestar de las personas, en cualquier situación que se encuentren.[30]

2.2.2 Paradigma de Enfermería

La enfermería es la ciencia y arte del cuidado humano y comprensivo a la persona, familia y comunidad en su proceso de vida y salud, esta concepción hoy nos parece lógica y razonable porque disponemos de un cúmulo de conocimientos teórico-metodológicos y técnicos que nos explican los fenómenos de la realidad y fundamentan los elementos que están alrededor de dicho concepto.

Hoy en día la enfermería tiene un estatus científico distinto al del siglo pasado, se encuentra en un estado del conocimiento que permite hacer análisis epistemológico de los paradigmas de la ciencia que lo ha caracterizado e influenciado y nos permite entender los procesos históricos que nos antecedieron entorno al cuidado.

En este momento se acepta en general que es el cuidado el objeto de conocimiento de la enfermería, lo que nos permite tener un criterio unificado para la orientación de teoría propia como la investigación y la especificidad de disciplina científica en relación con otras ciencias[31].

La ciencia, la filosofía y la teoría son componentes esenciales de cualquier disciplina científica. El termino que se utiliza para expresar la relación entre ciencia filosofía y teoría que se acepta en un cierto campo científico es el de *paradigma*. El interés que se dedica actualmente a las cuestiones paradigmáticas proviene de los trabajos de Kuhn. Este filósofo de la ciencia definió el concepto de

---

[29] Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (CIE 10) INEGI/SSA 2/Desglose de Complicaciones del Puerperio.

[30] COMPILACIÓN. Introducción a las Teorías y Modelos de Enfermería. México. Fotocopiado para uso docente ENEO-UNAM. P. 76

[31] ANTOLOGIA, La tutoría clínica en enfermería. Módulo 1, 2004 p. 1

paradigma para resaltar su convicción de que este término era sinónimo de comunidad científica o de individuos contemplados en el ámbito de una disciplina.

La enfermería como disciplina profesional, adicionalmente, se define por su relevancia social y la orientación de sus valores. Estos requisitos requieren expresarse de forma nuclear, clara y precisa, y parte fundamental del crecimiento de la disciplina radica, entonces, en el crecimiento de las teorías que dan sustento al conocimiento de enfermería, pero más que todo, ha aquel conocimiento que permita ser base de una práctica fundamentada y autónoma.[32]

La disciplina de enfermería esta compuesta por varios conceptos: perspectiva, dominio, definiciones y conceptos existentes y aceptados por enfermería y patrones de conocimiento de la disciplina.

La perspectiva esta definida por cuatro características: la naturaleza de enfermería como una ciencia humanística, los aspectos de la practica de enfermería, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre los clientes y las enfermeras (os) y la perspectiva de salud y bienestar.

El dominio de enfermería, no solo engloba los resultados de investigación, también el conocimiento de enfermería para su desarrollo; conocimiento que esta sustentado, en la practica, en su filosofía e historia, el sentido común, resultado de investigación, teorías y una genealogía de ideas, congruentes con metodologías, procesos de enfermería y otros procedimientos que son esenciales para el desarrollo del conocimiento.

La tetralogía de conceptos: salud, persona, ambiente y cuidados, como esencia del meta paradigma de enfermería, sustentando su posición en las premisas relacionadas con las características que debe mantener todo meta paradigma.

La persona según sus componentes físicos, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente; ya que la persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte.

La salud es un equilibrio altamente deseable, la salud no solo es lo opuesto a la enfermedad, este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos”

El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal; esta enfocada hacia los problemas, los déficit a las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a las incapacidades. La enfermera planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones.

[32] Ibid. PP. 192-193

El entorno es un elemento separado de la persona; el entorno es físico, social y cultural. Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada, permiten a la persona que sufre, movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego estos factores del entorno son validos tanto para la recuperación de la salud como para le prevención de la enfermedad[33]

2.2.3 Teoría de Déficit de 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.[34]

Está construido alrededor de una serie de suposiciones o premisas unidas de manera lógica sobre el Autocuidado que determina su cumplimiento. Ejemplo de ello son los Factores condicionantes:

- La conducta de autocuidado, se ve afectada por el autoconcepto y por el nivel de madurez del individuo.
- Está afectada por los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura.
- Se ve afectada por el conocimiento de la salud científicamente derivado que posee la persona.
- Se ve afectada por la situación en la constelación familiar.
- Se ve afectada por los miembros de grupos sociales (amigos, compañeros de trabajo)[35]

Una unidad de servicio de enfermería puede ser una unidad individual o multipersonal.

- Requisitos de autocuidado

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: Universal, del desarrollo y de desviación de la salud.

- Requisitos de Autocuidado Universal

Sugieren ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos:

---

[33] Ibid. PP.219-221
[34] OREM. Dorotea. E. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica. México. Ed. Masson-Salvat 1993. p. 134.
[35] Idem.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal (normalidad).[36]

- Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

Han sido particularizados para los procesos del desarrollo (por ejemplo el embarazo), o asociados con un acontecimiento (por ejemplo la pérdida del cónyuge o de un pariente) hay dos tipos y el tipo dos tiene dos subtipos.[37]

Se clasifican en dos grupos.

1. Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos.

   - Vida intrauterina, vida neonatal: parto a termino/prematura, lactancia, infancia, adolescencia, y adulto joven, adulto y embarazo.

2. Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales.

   - Privación educacional, problemas de adaptación social, perdida de familiares, amigos o colaboradores, perdida del trabajo, cambio súbito en las condiciones de vida, cambio de posición o economía, mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal, muerte y Peligros ambientales.[38]

- Requisitos de Desviación de la Salud

Existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen formas específicas de patología y están bajo tratamiento médico. Bajo estas circunstancias el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud.

---

[36] Ibidem. P. 141.
[37] Ibidem. P. 146.
[38] Ibidem. p. 147.

- ❖ Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en caso de exposición a agentes físicos biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos.

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

- ❖ Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a la prevención o cuidado de la patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado.

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

- ❖ Modificar el autoconcepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitando de las formas específicas de cuidados de la salud

- ❖ Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo.[39]

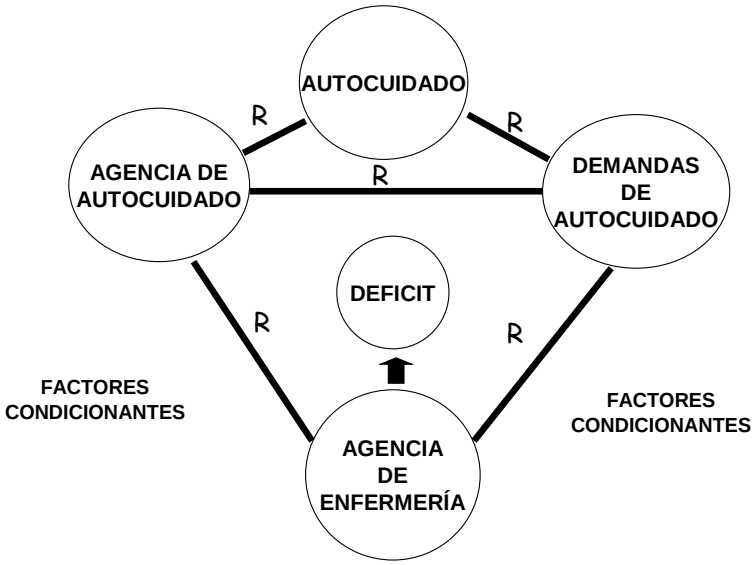
-Enfermería

- Apoya procesos vitales esenciales.
- Mantiene la estructura y funcionamiento humano
- Desarrolla su potencial.
- Previene las lesiones.
- Cura o regula la enfermedad por di mismo.
- Cura o regula los efectos de la enfermedad con ayuda apropiada.

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."[40]

[39] Ibidem. p. 150 y 151.
[40] TERREROS MADRIGAL. Ma. Del Carmen. Sistema de apoyo educativo dirigido a sensibilizar para el autocuidado en las unidades de servicio de la microregión Granjas Valle de Guadalupe 1, con el fin de influir en los factores predisponen a cáncer cervicouterino. México. 2002 Tesis (Especialidad de posgrado en salud pública) ENEO-UNAM.p. 12.

TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL AUTOCUIDADO



-Teoría del Déficit de Autocuidado

"Los déficit de autoconcepto son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se le hacen para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos.

El déficit debe contemplarse como la relación entre aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen en sí mismo no es un trastorno, aunque el individuo también puede tener problemas físicos y psicológicos."[41]

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.

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.

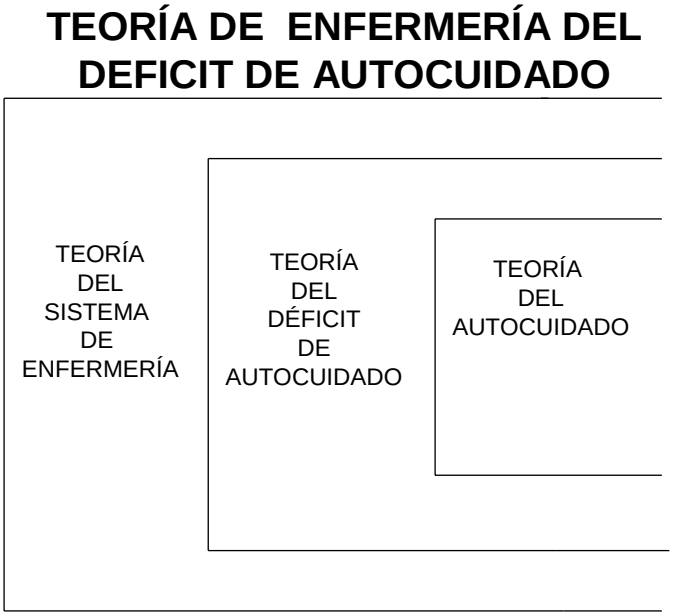
Agente de cuidado dependiente, se refiere al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado.[42]

---

[41] CAVANAGH. Stephen J. Modelo de Orem Aplicación práctica Tr. De María Teresa Luis Rodrigo México, Ed. Masson-Salvat, 1993. p.15-16

[42] Ibidem.p. 16 y 17

En síntesis, es importante resaltar que la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado comprende la unión de tres conceptos:



- Teoría del Sistemas de Enfermería

En los sistemas de Enfermería, se marcan las pautas que implementan las formas de intervención en tanto que Orem plantea 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"[43] 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.

Para satisfacer los requisitos de autocuidado es necesaria la utilización de métodos y grupo de acciones que se denominan demandas de autocuidado. 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:

- 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 acabo (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).

2.2.4. Proceso Atención Enfermería

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Consta de cinco etapas. [44]

-Valoración

En esta etapa se identifica el problema, se reúne información para asegurarse de que se dispone de todas las piezas para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente o comunidad.

Se debe reunir toda la información que incluye las siguientes etapas: Recogida de datos, validación de datos, organización de los datos, Comunicación / anotación de lo datos, informar de los datos significativos para acelerar el tratamiento y complementar la recogida de la base de datos.[45]

---

[44] COMPILACIÓN. Introducción a las teorías y modelos de Enfermería op.cit. p. 6 y 7.
[45] Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería Guía Práctica 3ª ed. Barcelona España, Ed. Interamericana Mc. Graw-Hill. 1993 p.p 19 y 20.

- Diagnóstico

Se analizarán y agrupan los datos con el propósito de identificar y describir el estado de salud (capacidades y problemas reales y potenciales).

Los componentes de las categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA consideran la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional los cuales son los siguientes: problema interdependiente, Razonamiento diagnóstico, signo y síntoma.

El proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico, o el método de pensamiento que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud de un individuo.[46]

-Planeación

Se define los objetivos, se identifican las actividades y se desarrolla un plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados de enfermería incluye objetivos derivados de los diagnóstico de enfermería, incluye prioridades y los enfoques o medidas de enfermería prescritos para lograr los objetivos.

La planificación es el momento en que se determina como brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos.[47]

- Ejecución

Pone en práctica el plan de cuidados de enfermería.

Las actividades de enfermería permiten la participación del cliente en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, las actividades de enfermería ayudan al cliente a potenciar al máximo sus capacidades de salud.

- Evaluación

“Se determina hasta qué punto se ha logrado los objetivos; se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según este indicado.” [48]

[46] Ibidem. 57 y 59
[47] Ibidem. 98 y 100
[48] Ibidem. p. 169 y 172

2.2.5 Salud Pública

La salud pública tiene importancia fundamental en el ámbito de la atención a la salud de la población. [49]

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 (Winslow 1920)[50]

Transición Demográfica y Epidemiológica en México

La transición demográfica describe el paso de un régimen caracterizado por niveles de mortalidad y fecundidad elevados y sin control, a otro de niveles bajos y controlados. Este proceso de cambio constituye una respuesta demográfica inevitable al proceso de modernización de las sociedades y delinea tres etapas diferenciadas.[51]

Factor de Riesgo

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociada a una probabilidad incrementada a experimentar un daño a la salud, debe tenerse cuidado al definir en que consiste un factor de riesgo y que es un daño a la salud, ya que algunas características pueden aplicarse a ambos casos

Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daños a la salud.

Para que un factor determinado pueda ser considerado, un factor de riesgo es suficiente que tenga asociación estadística con el daño, Desde este punto de vista no todo factor de riesgo tiene significación causal; también hay que tener en cuenta que no todo factor asociado juega un rol importante en el desarrollo de una patología.[52]

Recursos humanos para los servicios de salud

ART. 79 Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la enfermería se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

---

[49] Ma. Del Carmen Terreros Madrigal. op.cit. p. 19.
[50] Idem.
[51] TUIRAN. Rodolfo. Et al. Población, planificación familiar y salud reproductiva en México. Cap. 6 p.12.
[52] Ma. Del Carmen, Terreros Madrigal. op.cit. p.26.

ART. 84 Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicable en materia educativa y de las de esta ley.

ART. 86 Para los efectos de la eficaz prestación del servicio social de pasantes de las profesiones para la salud, se establecerán mecanismos de coordinación entre las autoridades de salud y las educativas, con la participación que corresponda otras dependencias competentes.

ART. 88 La secretaria de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, con la participación de las instituciones de educación superior, elaboran programas de carácter social para los profesionales de la salud en beneficio de la colectividad, de conformidad con las disposiciones legales aplicables al ejercicio profesional.[53]

ART.90
I. Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieren para la satisfacción de las necesidades de país en materia de salud.

IV. Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas.[54]

Estudio de Comunidad

El estudio comunitario forma parte del proceso de investigación social, es el inicio del conocimiento del contexto social donde se intervendrá. Si se parte del entendimiento de que el término comunidad implica condiciones básicas y/o esenciales de una vida en común, más que el simple estudio de un área geográfica, entenderemos entonces
.
Diagnóstico de Salud

Es una investigación que se realiza para conocer a través de las técnicas la investigación social los diversos aspectos que de manera física, económica, social, cultural y política caracterizan o condicionan a dicha comunidad en espacio y tiempo determinado para poder establecer el diagnóstico y propósito que permitan la aplicación de programas a corto, mediano y largo plazo que coadyuven a mejorar la problemática detectada.

[53] SECRETARIA DE SALUD. Ley General de Salud. op.cit p. 16,17.18.
[54] Idem.

Factores de riesgo y Daños a la salud.

“La diferencia entre daños a la salud y factores de riesgo no siempre es clara, por lo que se tiene que tomar en cuenta lo siguiente:

Puede ser considerado un daño por otros, dependiendo de la hipótesis, que se esta explorando. Sin embargo una característica puede ser tanto un daño como un factor de riesgo. Por lo tanto los factores de riesgo pueden ser específicos para un daño en particular. Con mayor frecuencia un mismo factor de riesgo aumenta las posibilidades de varios tipos de daños.

La importancia o valor del factor de riesgo para la prevención, depende el grado de asociación con el daño a la salud y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y a las posibilidades de prevenirlo. “[55]

Factores Determinantes

Lo definen como el modelo ecológico “en el marco de un sistema de salud en que el sistema de cuidados es un componente importante pero no único”. Influida por diferentes factores o determinantes:

- Factores biológicos o endógenos
- Factores ligados al entorno
- Factores ligados al estilo de vida
- Factores ligados al sistema sanitario”[56]

2.2.6. Teorías de otras Disciplinas

Riesgo, enfoque y medición.

El concepto de riesgo resulta fascinante, tanto en la forma como en el fondo. En la forma, por que la expresión se asocia al azar y al peligro; dos aspectos de la vida cotidiana que atrae al hombre contemporáneo: quien nada arriesga nada tiene.

En el fondo, por que nos ofrece la posibilidad de predecir lo que sucederá observando el comportamiento de ciertos indicadores; lo cual permite tomar las medidas preventivas adecuadas para proteger a los sujetos con riesgo elevado, además de ser una política de salud.[57] En este sentido, es como será abordado el enfoque de riesgo.

---

[55] PEREZ HERNANDEZ E. Guadalupe. Sistema de Enfermería focalizado a la capacitación de recursos humanos en salud para la prevención, manejo y control de infecciones respiratorias agudas (Estudio de caso) México. 1998. Tesis (Especialidad en Salud Pública) ENEO-UNAM. P. 20 y 21.
[56] PINEAULT. M.D. Raynald. La planificación Sanitaria. 2ª ed. Barcelona, España. Ed. Masson, S.A. 1995 .P.4
[57] PEREZ, Hernández G.Estudio de caso. p 9

“El riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro”. Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias.

Enfoque de riesgo.

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, intenta mejorar la atención para todos.

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente vulnerables. La vulnerabilidad, ya se para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un numero de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc.

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

El estudio de poblaciones permite obtener la probabilidad de que un evento o daño (enfermedad o muerte) ocurra en ese número de personas y que se expresa como tasa de incidencia o muerte. La probabilidad para un individuo en particular debe inferirse a partir de la población estudiada.

Estudios con enfoque de riesgo.

A continuación se presenta el diseño de un estudio de intervención utilizando el enfoque de riesgo.

- Revisión sistemática de la información existente sobre los problemas de salud para seleccionar prioridades de intervención.

- Estudios epidemiológicos del problema de salud seleccionado y de los factores de riesgo asociados, lo cual implica identificar factores de riesgo significativos, cuantificar el riesgo asociado a cada uno de ellos y desarrollar puntajes de riesgo que permitan referir apropiadamente a las familias que necesitan niveles de atención mas complejos .

- Estudio de la organización y el funcionamiento del sistema de atención de salud existente para valorar su capacidad de incorporar una estrategia de intervenciones basada en este enfoque.

- Desarrollo de una nueva estrategia de salud basada en el enfoque de riesgo que emplee, en forma sistemática, los puntajes de riesgo elaborados con la información obtenida, en los puntos anteriores.

- Evaluación de campo de la nueva estrategia de atención a la salud (impacto de intervenciones).

Considerando lo anterior mencionado, la jurisdicción sanitaria Ecatepec cuenta con un documento para evaluar riesgo familiar, la tarjeta de visita familiar (T V F), que es un instrumento básico para la recolección de datos en la comunidad; el cual fue validado en 1986 , por el Dr. Hermes Vallejos, miembro de la cooperación técnica alemana.

Aplicación del enfoque de riesgo.

El enfoque de riesgo puede ser utilizado dentro y fuera del sistema de atención a la salud.

La información de el deriva en este caso, puede utilizarse para definir una intervención. La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos, permite aumentar la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria.

Dentro del sistema de atención a la salud, puede facilitar mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia, facilitar el control de los factores de riesgo, de tal suerte que, se produzcan cambios en los estilos y condiciones de vida.

A continuación se mencionan los criterios para la clasificación de riesgo por familia, siendo el puntaje más alto el de mayor riesgo.

Criterios de riesgo y calificación familiar

No.	Criterio de riesgo	Calificación
1	Niños menores de 5 años	35
2	Mujeres en edad fértil (14 a 49 años)	15
3	Embarazadas	
4	Integrantes de la familia que cursen por algún padecimiento crónico o transmisible	20
5	Otros grupos etéreos	10
6	Inmunización canina y vivienda deficiente	7
	TOTAL	87

FUENTE: Manual de lineamientos de operación del técnico en atención primaria a la salud.

Clasificación de riesgo familiar

Riesgo	Puntaje
1	De 55 y más
2	De 40 a 54
3	De 25 a 39
4	De 7 a 24

FUENTE: Manual de lineamientos de operación del técnico en atención primaria a la salud.

2.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Investigación en Salud

"La investigación para la salud comprende al desarrollo de acciones que contribuyan:

I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
III. A la prevención y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
VI. A la producción nacional de insumos para la salud."[58]

La investigación en seres humanos deberá adaptarse a los principios éticos que justifiquen la investigación médica especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución del problema de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.[59]

- Código de Ética y bases legales para la Investigación

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El articulo 4° Constitucional establece que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud". [60]

2.3.1 Ley General de Salud

Ley que reglamenta el derecho a la protección de la salud con la finalidad de: [61]

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana.

---

[58] SECRETARIA DE SALUD. Ley General de Salud. op.cit. p. 18 y 19
[59] Ibidem .p.19
[60] CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. México, 1988. p8
[61] SECRETARIA DE SALUD. Ley General de salud. México, 1996. p.1

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficacia oportunamente las necesidades de la población.
VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.[62]

Art. 3° En términos de esta ley la atención médica preferentemente en beneficio de grupos vulnerables, considerando a las mujeres embarazadas, dentro de uno de estos grupos, por lo que se establece el Programa de Atención Materno Infantil.[63] Motivo principal (prioridad) del presente estudio.

Art. 61 La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende: La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Art. 62 En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Art. 64 En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

3. Procedimientos que permitan la participación de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;

4. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y la ayuda alimentaría directa tendente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil.

5. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación.[64]

“La ley general de salud ha establecido los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica[65] y tecnológica destinada a la salud”

“La investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios

[62] Idem.
[63] Ibidem. P.2
[64] Ibidem. P.13.
[65] Ibidem. p. 408.

de salud y para incrementar productividad, conforme a las bases establecidas en dicha ley. [66]

La investigación para la salud deber de atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de las personas sujetas a investigación.

ART. 13 En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.[67]

ART. 21 Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó, en su caso su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.[68]

ART. 22 El consentimiento informado deberá formularse por escrito.

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, a obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer el articulo 21 y 22 de este reglamento.[69]

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 informada 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.

ART.32 En todas las investigaciones en comunidades el diseño experimental deberá ofrecer las medidas prácticas de protección para los individuos y asegurar

---

[66] Idem.
[67] Ibidem. p. 411
[68] Ibidem. p.413
[69] Ibidem. p.414

que se obtendrán resultados validos asiendo participar el mínimo de sujetos para que sea representativo.

ART. 33 En cualquier lugar investigación comunitaria, las consideraciones éticas aplicables a la investigación sobre individuos deberán ser extrapoladas al contexto comunal en los aspectos pertinentes. [70]

Código de Ética de Enfermería

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.[71]

Estudio de Caso

"Investigación a profundidad sobre individuos, grupos, instituciones u otras entidades sociales. El investigador que realiza un estudio intenta analizar y comprender las variables más importantes para la historia, el desarrollo o la atención del sujeto o los problemas de sujeto.

Como corresponde a un análisis de tipo intensivo, el propósito de los estudio de caso suelen consistir en determinar la dinámica del porque el sujeto piensa, se comporta o se desarrolla de cierta manera en particular y no cual es su condición, progreso, comportamiento o pensamiento."[72]

El diseño de estudio de caso implica la exploración intensiva de una única unidad de estudio, como por ejemplo una persona, un número reducido de sujetos, una familia, un grupo, una comunidad o una institución.[73]

---

[70] Ibidem.p. 415
[71] SECRETARIA DE SALUD. Código de Etica para Enfermeras y Enfermeros en México. México D.F., 2001. p. 11
[72] SANCHEZ ESTRADA. Teresa. Et al. Metodología para elabora estudio de caso México. D.F., 2001. p.
[73] Diseño de estudio de caso. Diseños de Investigación. Fotocopiado par uso docente. P.I.

2.4 MARCO REFERENCIAL

2.4.1 Características Generales

El Estado de México creó el 2 de Marzo de 1824. Se encuentra en la meseta de Anáhuac casi en el centro del territorio Nacional. Colinda con ocho entidades Federativas. Tiene una superficie territorial de 21 461 Km^2.

La población del Estado de México está integrada por grandes grupos mestizos y algunos grupos étnicos, como los matlatzincas, mazahuas, tlahulcas, nahuas, otomíes, malinalcas y ocuiltecos, que todavía conservan formas de vida, tradiciones y costumbres propias de su cultura.

Los grandes asentamientos humano del territorio estatal se debe al aumento natural de la población, migración y al desarrollo industrial y comercial. Las áreas urbanas más importantes se localizan en los municipios de Naucalpan, Ecatepec, Huixquilucan, Nezahualcoyotl y Tlanepantla de Baz, que forman parte de la zona conurbana del Distrito Federal.

Ecatepec de Morelos Estado de México

El municipio de Ecatepec se localiza en el estado de México.
Limita por el norte con los municipios de Jaltenco y Tecamac; por el sur con la Delegación Gustavo A Madero del Distrito Federal y con el municipio de Nezahualcoyotl; al oriente con Atenco Texcoco y Acolman; al poniente con Tlaneplantal y Coacalco.

Su extensión territorial es de 186.813Km2.
Se divide políticamente en una ciudad de seis pueblos, seis ejidos, dos rancherías,barrios y 102 fraccionamientos Administrativamente el municipio se divide en las 19 delegaciones.[74]

La economía de Ecatepec es activada por más de 3 mil empresas, grandes, medianas y pequeñas. Prevalece la industria de transformación de la que sobresalen las fabricas que elaboran productos metálicos, maquinaria y equipo; las textileras; las que producen alimentos y bebidas; las tabacaleras y los laboratorios químicos farmacéuticos.

Entre las ventajas que para la región representan las más de 3000 industrias establecidas, es la ocupación de mano de obra, puesto que proporciona empleo a más de 50.000 personas.

La actividad comercial es pieza fundamental de la economía del municipio. Se encuentran en operación varios millares de establecimientos mercantiles de diferentes giros y tamaños, pertenecientes al comercio formal e informal.

Sobresale la Central de Abastos, también destaca la presencia de importantes centros comerciales como Plaza Aragón, Plaza Ecatepec y Plaza Center.

En Ecatepec se prestan servicios crediticios y financieros, por importantes instituciones bancarias. El municipio consta de población residente y flotante. De un ayuntamiento confirmado por concejales y regidores o alcaldes, a cuya cabeza se encuentra un presidente municipal.

El 11% de la superficie territorial se destina a la producción del campo y solamente el 1% a la ganadería, De la superficie total del Municipio el 70% se encuentra ocupado por zonas urbanas, dentro de las cuales a la industria y el comercio corresponde el 14.8%.

Por su cercanía con la Ciudad de México, el municipio de Ecatepec de Morelos se ha convertido en un lugar cosmopolita y de gran atractivo para amplias corrientes migratorias con diversos orígenes del territorio nacional.

Información publicada hasta 1998 por el Ayuntamiento de Ecatepec de Morelos, se estima la población total del municipio en cerca de tres millones de habitantes.

---

[74] ALBARRAN GONZÁLEZ, Selene. Et.al. Estudio de Institución. Edo de Mex. Coordinación Municipal. Santa María Tulpetlac. Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. 2004.p.5.

Para la interconexión con otros puntos geográficos se dispone, de una infraestructura vial. Cuenta además, con una estación del Ferrocarril que une al Distrito Federal con Ciudad Sahún así como un servicio similar que conecta al municipio de Texcoco y la Ciudad de México. A finales del año 2000 se inaugura la línea B del metro, que corre de Buena Vista a Ciudad Azteca, que conecta al Distrito Federal con Ecatepec.

Se ha ampliado la red de telefonía pública. Opera en Ecatepec una estación radiodifusora local denominada Radio Ecatepec, se dispone también de publicaciones periódica regionales.

En 1998 funcionaba en Ecatepec, de acuerdo a información recogida por el H. Ayuntamiento de la Secretaría de Educación, cultura y Bienestar Social del Estado de México, 1201 escuelas que daba servicio a más de 464,660 estudiantes.

Hoy en día Ecatepec padece de escasez de agua, ante el problema de la explosión demográfica. Alrededor del 92% de los habitantes gozan del servicio de drenaje y alcantarillado y se esta trabajando por abatir el rezago del 8% que corresponde principalmente a los asentamientos irregulares.

El 93.8% de las comunidades del municipio cuenta con el servicio de energía eléctrica. Actualmente encontramos que la cantidad de basura se ha visto incrementada a 1700 toneladas diarias de basura domestica, industrial y comercial. Esta es recolectada en 82 unidades propiedad del H. Ayuntamiento y 600 unidades propiedad de particulares.

Solo el 72% de los núcleos poblacionales cuentan con guarniciones y banquetas y apenas el 68% de las calles están pavimentadas. El municipio cuenta con parques ecológicos, jardines, centros deportivos y panteones. El aparato de seguridad de municipio cuenta con patrullas, policías, policía montada y módulos llamados “tecallis”

En Chiconautla funciona un centro de prevención y readaptación social. También se cuenta con el auxilio de H. Cuerpo de Bomberos de Ecatepec. Para la prevención, coordinación y atención de emergencias y desastres, se cuenta con el Sistema Municipal de Protección Civil.

Los servicios de salud en Ecatepec se prestan por el sector público y la iniciativa privada. Aunque insuficiente por la demanda de una población numerosa y en constante crecimiento. La infraestructura sanitaria y hospitalaria del municipio cuenta con centros de atención de los que algunos son de iniciativa privada.

Otros corresponden al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, al Instituto Mexicano del Seguro Social y algunos otros la Institución de Seguridad y Servicios

Sociales para los Trabajadores del Estado, El Instituto de Seguridad Social del Estado de México y la Cruz Roja Mexicana.

Educación.

En 1998 funcionaban en Ecatepec, de acuerdo a información recogida por el H. Ayuntamiento de la Secretaria de Educación, Cultura y Bienestar Social del Estado de México, 1201 escuelas que daban servicio a mas de 464 660 estudiantes.

Su distribución es la siguiente:

NIVEL ESCOLAR	NO. DE PLANTELES	POBLACIÓN.
PREESCOLAR	264	62,500
PRIMARIAS	682	402,160
SECUNDARIAS	207	129,450
EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	44	19,950
CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES Y TECOLOGICOS CECYT. IPN.	01	200
EDUACION SUPERIOR TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SPERIORES DE ECATEPEC ESCUELA NORMAL DE LA UNIDAD PEDAGÓGICA DE ECATEPEC. UNIDAD ACADEMICA PROFESIONAL DE LA UAEM ECATEPEC. INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.	04	1500

Fuente: Municipio de Ecatepec

Operan también en Ecatepec alrededor de 40 centros de desarrollo comunitario, en los que se imparten cursos y talleres que se orientan a la formación y educación extraescolar, así como diversos centros de capacitación para el trabajo.

Jurisdicción Sanitaria De Ecatepec.

El municipio cuenta con una Jurisdicción Sanitaria, Instituto de Salud del Estado de México. Ubicada en calle Copérnico y Neptuno Col. Estrella c.p. 50120 Ecatepec de Morelos.

Servicios que presta

Normativa

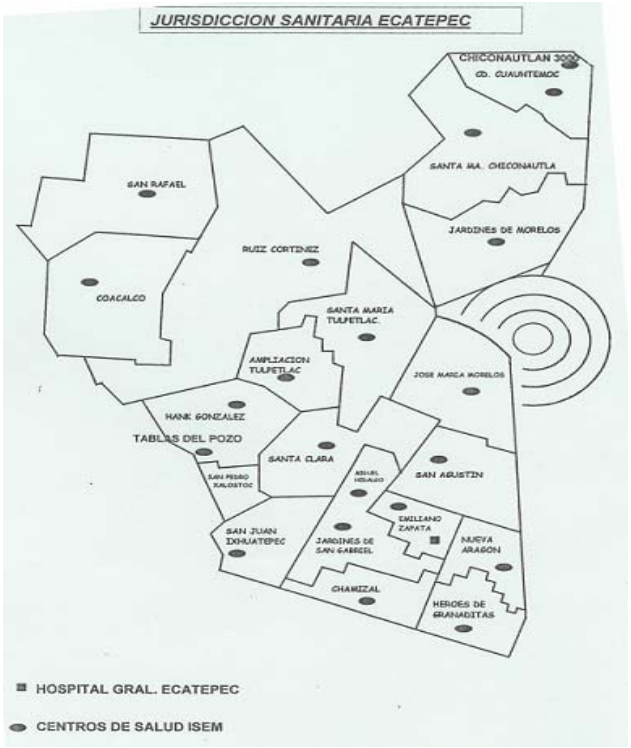
Aplica y difunde política, normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud, adecuándolos con base a la problemática de salud en el estado. Implemente, organiza y desarrolla y evalúa los servicios del primer nivel de atención a la salud a población abierta, del medio rural y urbano.

Administrativa

Elabora presupuesto por programa según el nivel administrativo-operativo del primer nivel de atención a la salud así como administración de los recursos humanos y materiales.

Operativa

Participa y elabora el diagnóstico de salud regional, supervisa y evalúa el cumplimiento de las normas y lineamientos de organización y funcionamiento de las coordinaciones municipales.



CAPITULO III

3 PROCESO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO

3.1 VALORACIÓN

3.1.1 Valoración Extensa

La valoración extensa se desarrollo a través de las siguientes fases:

a) Priorización del daño y determinación del territorio de estudio

b) Taller II Determinación de COMUSA (Coordinación Municipal de Salud)

c) Taller III Determinación de AGEB´S

d) Estudio de Comunidad y Diagnóstico Integral de Salud

a) Priorización del daño y determinación del territorio de estudio

La Salud Pública representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, a mejorar la convivencia y la calidad de vida; que a su vez representa el conjunto de condiciones que garanticen el estado de bienestar físico, psicológico y social, básico para la vida de la persona desde el momento de la concepción hasta la muerte.

Es un proceso dinámico en el que interviene la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, las condiciones de su entorno ecológico, su participación en el desarrollo social, cultural, productivo, científico y tecnológico.

Esto significa el compromiso de la propia persona y de la comunidad, obligadas a acciones permanentes de protección además de una tarea decidida de los gobiernos que deben proveer los programas, normas, planes y medios con el concurso activo de la sociedad. La participación comunitaria debe ser sentida como un compromiso entre el problema y/o la necesidad sentida y el deseo de solucionarlo.

Generalmente en un municipio existen comunidades con un mayor y menor nivel de desarrollo, la búsqueda de la equidad debe ser la inspiración del plan local de desarrollo. Es deber del Estado atender por igual las necesidades esenciales de la población en materias de paz, educación, ingresos, vivienda, agua potable, empleo seguridad alimentaría y en general de justicia social como determinantes de problemas de salud.

Si bien la meta de un programa debe ser la eliminación del problema en determinadas oportunidades por contar con un recurso limitado solamente puede pensarse en su control, a través de la metodología de focalización. La prioridad de los problemas se determina desde el punto de vista negativo por su incidencia y severidad, por su efecto en la mortalidad y si la intervención es efectiva y barata.

Desde el punto de vista positivo por la intensidad del incremento, la disminución de las perdidas, o la satisfacción de las necesidades, eficiencia y costo.

Actualmente la determinación de prioridades se lleva a cabo a través de diferentes métodos. Siguiendo esta metodología el grupo de Posgrado organizó un taller de Priorización de riesgos y daños a la salud a nivel Jurisdiccional. Dicho taller contó con la participación del equipo multidisciplinario de expertos en Salud Pública, además de contar con la participación de autoridades del municipio y del Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

La determinación de prioridades de daños se realizó a través de dos métodos. El método de Hanlon y la parrilla de Análisis, el primero permitió considerar la magnitud del problema, la eficacia, la solución y la factibilidad de la intervención, el segundo método permitió abarcar la importancia del problema así como la relación demostrada entre el factor de riesgo y el problema, la capacidad técnica de la intervención y la factibilidad.

El daño priorizado fue Diabetes Mellitus, el segundo lugar lo ocupo Embarazo, Parto y Puerperio. Sin embargo se decidió trabajar este último por convenir a las necesidades que presentaba la población, y por la factibilidad de la intervención, debido a que en ese momento se estaba trabajando en la Jurisdicción Sanitaria el Programa de Arranque Parejo en la Vida (ver tabla 1).

Este programa como objetivo brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida y potencializar con la intervención la eficacia del programa.

TABLA NO. 1
RESULTADOS DE PRIORIZACIÓN POR METODO HANLON

DAÑO	A	B	C	D FACTIBILIDAD						RESULTADO DE FORMULA	PRIORIDAD
	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	PERTINENCIA	ECONOMIA	ACEPTABILIDAD	DISPONIBILIDAD	LEGALIDAD	TOTAL		
DIABETES MELLITUS	**8.9**	**9.4**	**1.3**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**5**	**118.92**	**1**
TUMORES MALIGNOS	8.0	9.0	1.0	1	0	1	1	1	4	68	4
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	8.3	8.5	1.0	1	0	1	1	1	4	67.2	6
ENF. DEL HIGADO	6.4	6.8	0.6	1	0	1	0	1	3	23.7	10
SIDA (VIH)	7.4	8.1	0.8	1	0	1	0	1	3	37.2	9
INFLUENZA NEUMONÍA	7.1	7.0	1.2	1	1	0	1	1	4	67.6	5
E.P.O.C.	6.4	6.8	1.0	1	0	1	1	1	4	52.8	8
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	**9.1**	**9.2**	**1.2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**5**	**109.8**	**2**
ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES	6.8	6.7	1.3	1	1	1	0	1	4	70.2	3
TUBERCULOSIS PULMONAR	6.3	6.7	1.2	1	0	1	1	1	4	62.4	7

Fuente: Taller operativo 2003-2004
Tecnológico de Estudios superiores Ecatepec

PUNTUCIÓN DE PRIORIDAD: (A + B) (C x D)

b) Taller II Determinación de COMUSA (Coordinación Municipal de Salud)

Una vez priorizado el daño, se continuo con la determinación del territorio a intervenir, es decir se seleccionó la Coordinación Municipal de Salud (COMUSA) donde se presentó la tasa más alta del daño priorizado de acuerdo a la tasa específica (Segundo paso de la investigación).

Para tal fin se realizó la revisión de dos bases de datos proporcionadas por el departamento de Epidemiología y Salud Reproductiva esto debido a que la primera información presenta varios sesgos y se tuvo la necesidad de consultar la otra base de datos, por lo que se llevó a cabo un pareamiento con tasas, obteniendo un resultado con criterio de validez.

Con la finalidad de corroborar el resultado obtenido, se procede a realizar la estandarización de tasas, el resultado confirma que la COMUSA a intervenir es Santa María Tulpetlac.

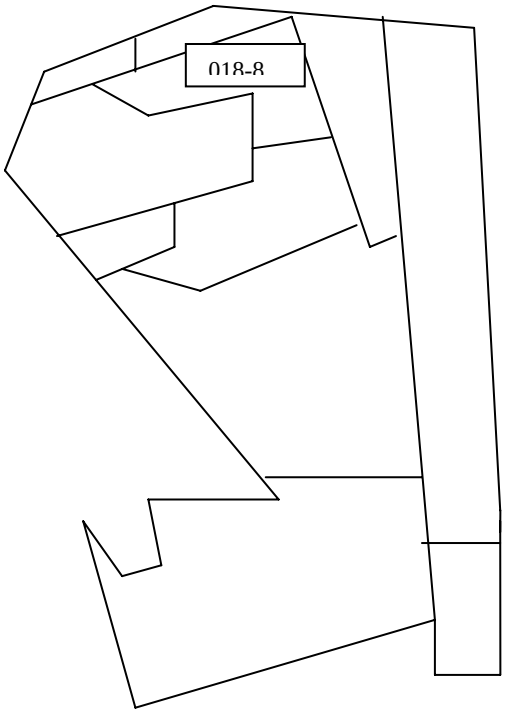
TASAS BRUTAS POR COORDINACIÓN MUNICIPAL DE SALUD

COMUSA	Fx	%	TASA
Amp. Tulpetlac	45	5.0	5.5
Cd. Cuahutemoc	53	5.9	10.2
Chamizal	32	3.5	6.1
Coacalco	19	2.1	1.4
Hank González	42	4.6	4.3
Héroes de Granaditas	26	2.9	2.0
J. Ma. Morelos	48	5.3	6.9
J. Morelos	41	4.5	6.8
Miguel Hidalgo	12	1.3	5.2
Nueva Aragón	62	6.9	6.0
Ruiz Cortinez	110	12.2	8.4
Sn Agustín	87	9.6	7.5
Sn Gabriel	29	3.1	1.8
Sn Pedro	12	1.3	2.6
Sn Rafael	75	8.3	4.9
Sta Clara	33	3.7	4.5
Sn J. Ixhuatepec	21	2.3	2.4
Sta Ma. Chiconautla	37	4.1	2.5
Sta Ma. Tulpetlac	57	6.3	7.9
Zapata	59	6.5	6.8
TOTAL	904	100	45.36

Fuente: Listados de certificados de defunción 2003
Departamento de epidemiología Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec

Por lo que se seleccionó la Coordinación Municipal de Salud Santa María Tulpetlac, para la intervención, Ubicada en el domicilio: Calle Ejido S\N Col. Santa María Tulpetlac Ecatepec Estado de México, C.P.55400, Teléfono: 57870900. Institución a cargo del Coordinador Municipal de Salud Dra. Alicia Moreno Munguía.

- COORDINACIÓN MUNICIPAL DE SANTA MARÍA TULPETLAC



Dependencia Gubernamental Pública de primer nivel de atención que fue inaugurada el 1º de marzo de 1976, con subsidio federal. Atiende a la mayor parte de la población que habita dentro del área geográfica que corresponde a la coordinación

“El terreno donde se construyó fue donado por el señor Santigo Reyes Brito y su hermano Julio, terreno que era propiedad de caciques, donde se sembraba maíz, calabaza y fríjol; los pocos pobladores vivían de la caza de patos silvestres, ahuahutle, que es la hueva del mosco, charal del lago de texcoco del cual llegaban sus aguas hasta Tulpetlac

La atención para la salud es proporcionada por la clínica 68 del IMSS la COMUSA Sta. María Tulpetlac y por consultorios Médicos Particulares. En cuanto a servicios sanitarios cuenta con todos los servicios públicos en gran parte el territorio ya que existen algunas colonias que carecen de drenaje y pavimento.

Se cuenta también con la casa de la Mujer Campesina donada hace aproximadamente 23 años por club Rotatorio para actividades manuales, posteriormente y hasta la actualidad la utilizan para reuniones de los colonos. Además de ser utilizado por los alumnos de Posgrado, especialistas en enfermería en Salud Pública de la ENEO-UNAM para la organización de las intervenciones realizadas en la comunidad.

Todavía existen terrenos ejidales que poco a poco se han ido vendiendo después de ser regularizados, pocas parcelas se cultivan debido a que las cosechas ya no cubren las necesidades económicas de los ejidatarios.

Actualmente la COMUSA Santa María Tulpetlac cuenta con 72,484 habitantes, dividida en once AGEB.

c) Taller III Determinación de AGEB´S

Posteriormente se procedió a delimitar el área geográfica de la COMUSA por AGEB'S Se sacan estimadores porcentuales para indicador a población (proyección 2004), estructurada por planeación jurisdiccional. Posteriormente se aplican los porcentajes al total de la población de Santa María Tulpetlac, y se obtiene la población total aproximada y válida por AGEB'S 2004.

Con la población de cada AGEB se calcularon los indicadores porcentuales de grupo etareo de proyección 2004, tomando en cuenta los 23 grupos etareos en estándar con lo que se obtiene la gráfica de pirámide poblacional por AGEB que se válida con la población total 2004, por Coordinación Municipal de Salud (COMUSA); ya validado este dato se realizan las tasas generales y específicas de mortalidad en menores de 1 año con lo cual se prioriza el AGEB 018-8, sin necesidad de estandarizar tasas ya que hubo diferencia porcentual en cada AGEB´S.

El AGEB´S 018-8 fue el seleccionado para la intervención. Pertenece a la Coordinación Municipal de Salud Santa María Tulpetlac Ecatepec, Estado de México. Se compone por las colonias, Unidad Jajalpa, Olímpica, Arbolito Jajalpa y el Fraccionamiento Bonito Ecatepec. Se encuentra limitado por las avenidas, las Viga, Kennedy y las flores.

CALCULO DE TASAS MORTALIDAD PERINATAL POR AGEB EN COMUSA SANTA MARIA TULPETLAC.

AGEB´S	Población total	Número de casos	Tasa General	Hab. –1 año 2004	Tasa Especifica	Prioridad
017-3	4439	3	8.7	82	3.52	5
018-8	3368	5	14.8	62	7.46	1
020-5	2442	1	4.0	45	2.16	6
021-A	3913	4	10.2	72	5.26	2
022-4	49	0	0	1	0	8
023-9	3261	0	0	60	0	9
028-1	9614	2	2.07	177	1.11	7
047-4	2808	0	0	52	0	10
368-0	2442	2	8.1	45	4.25	4
369-5	2396	2	8.4	44	4.34	3
046-A	3372	0	0	62	0	11
TOTAL	40104	19	44.06	702	26.3	0

Fuente: SCINCE 2000 y Taller II
Tasa por cada 100 habitantes

La comunidad se encuentra asentada en un terreno plano que mide aproximadamente 112,893 m2. Cuenta con una población total de 3,368 habitantes. Población urbana, que cuenta con todos los servicios de acondicionamiento básico, como son drenaje, energía eléctrica, servicio de agua intradomiciliaria, pavimentación, recolección de basura teléfono, etc.

Existen varias vías de comunicación en su mayoría en buenas condiciones, líneas de transporte urbano, base de taxis y una base de bicitaxis, para transporte local.

Es una comunidad heterogénea con diferentes estratos sociales, mientras que el fraccionamiento cuenta con privacidad y un status económico medio, las colonias se encuentran con un status económico bajo.

Existe fauna nociva en las calles (ratas, perros callejeros), tiraderos de basura clandestinos, datos de vandalismo (paredes pintadas con graffiti), en la calle se encuentra botellas de bebidas alcohólicas, muchas de las lámparas de alumbrado público se encuentran deterioradas, con lo cual se agudiza la inseguridad.

Existe una zona industrial en donde se ubican grandes consorcios empresariales como Sancela, Copamex y Kimberly. Se cuenta con una escuela primaria, ubicada en fraccionamiento bonito Ecatepec, Sector A, hay tres Kinderes, uno en la colonia Olímpica, otro en la colonia Jajalpa, y el último en la colonia Arbolito Jajalpa.

Se cuenta con varios consultorios médicos privados y consultorios dentales, durante el recorrido se observa una campaña de vacunación antirrábica. Existe un mercado y varios negocios en la vía pública (economía informal) entre los que se observan negocios de alimentos con deficientes medidas higiénicas.

Los días Jueves se pone un tianguis en la Av. Atletismo. Existe vigilancia, ya que se observa a varias patrullas haciendo rondines por las calles.

d) Estudio de Comunidad y Diagnóstico Integral de Salud

El estudio comunitario forma parte del proceso de investigación social, es el inicio del conocimiento del contexto social donde se intervendrá.

En el entendimiento de que el término “comunidad” implica condiciones básicas y/o esenciales de una vida en común, más que el simple estudio de un área geográfica entenderemos la importancia que tiene en la práctica social.

Es fundamental en las investigaciones sociales, ya que permite la percepción comunitaria y de la vida social desde sus múltiples facetas; por lo que hay que tener presente que es un proceso continuo que se realiza antes del diagnóstico.

Para obtener los datos requeridos de la comunidad se aplicó una tarjeta de visita familiar modificada, la cual es un instrumento de recolección de datos que permite conocer las características, socioeconómicas, demográficas, epidemiológica, cuyos resultados permitieron calificar el enfoque de riesgo de las familias según los criterios establecidos (Ver Apéndice I).

Metodología del Diagnóstico Integral

Diseño: Transversal descriptivo

Universo: Familias residentes en las colonias; Arbolito, Bonito Ecatepec, U. Jajalpa y Olímpica del AGEB´S 018-8. Total de la población en estudio 2698

Método: Se llevo acabo un censo casa por casa.

Criterios de inclusión: El total de la población residente en el AGEB´S 018-8

Criterios de Exclusión:
- Ausentes después de 3 visitas en diferentes horarios.
- Renuentes después de 3 visitas de encuestadores diferentes.

Criterios de Eliminación:
Cédulas inconclusas o llenado inadecuado

Instrumentos:

1.-Cédula de captación de datos por familia

El objetivo de este instrumento era conocer las características socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas del AGEB´S 018-8 pertenecientes a la jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

Los apartados de esta cédula son:
Ficha de identificación, en este apartado se incluye; apellido de la familia encuestada.

Domicilio: total de familias que residen en ese hogar y lugar de residencia de la familia.

Datos específicos de los integrantes: aquí se anotan nombres y apellidos de cada integrante de la familia así como parentesco, edad sexo seguridad social, estado civil, ocupación y grado escolar.

Mujeres en edad fértil: En este apartado se anota si la mujer cuenta con vida sexual activa cual es el método que utiliza para planificar, si esta embarazada si lleva control prenatal, cuenta con esquema completo de TD y si esta cursando con algún embarazo.

Mortalidad en los últimos 5 años: si en su familia se han presentado muertes, a que edad fue la muerte del familiar y las causas.

Morbilidad: Si presenta algún integrante de la familia una enfermedad crónica la edad y si recibe atención médica.

Datos del menor de 5 años: Si hay niños nombre y apellidos, somatometría y si cuenta con esquema de vacunación completa.

Medidas preventivas familiares: Que tipo de agua consume, si consumen verduras y frutas cada cuanto cambian de ropa, cada cuanto se lavan los dientes y con que frecuencia cambian la ropa de cama.

Características de la vivienda: Si la vivienda es propia ó rentada, cuenta con techo número de cuartos, si cuenta con electricidad, teléfono pavimentación, drenaje, agua entubada, recolección de basura y disposición de excretas.

Alimentos: Que acostumbra a desayunar, comer y cenar.

Fauna domestica: Si cuenta con perros ó gatos.

FICHA DE INDENTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO INTEGRAL

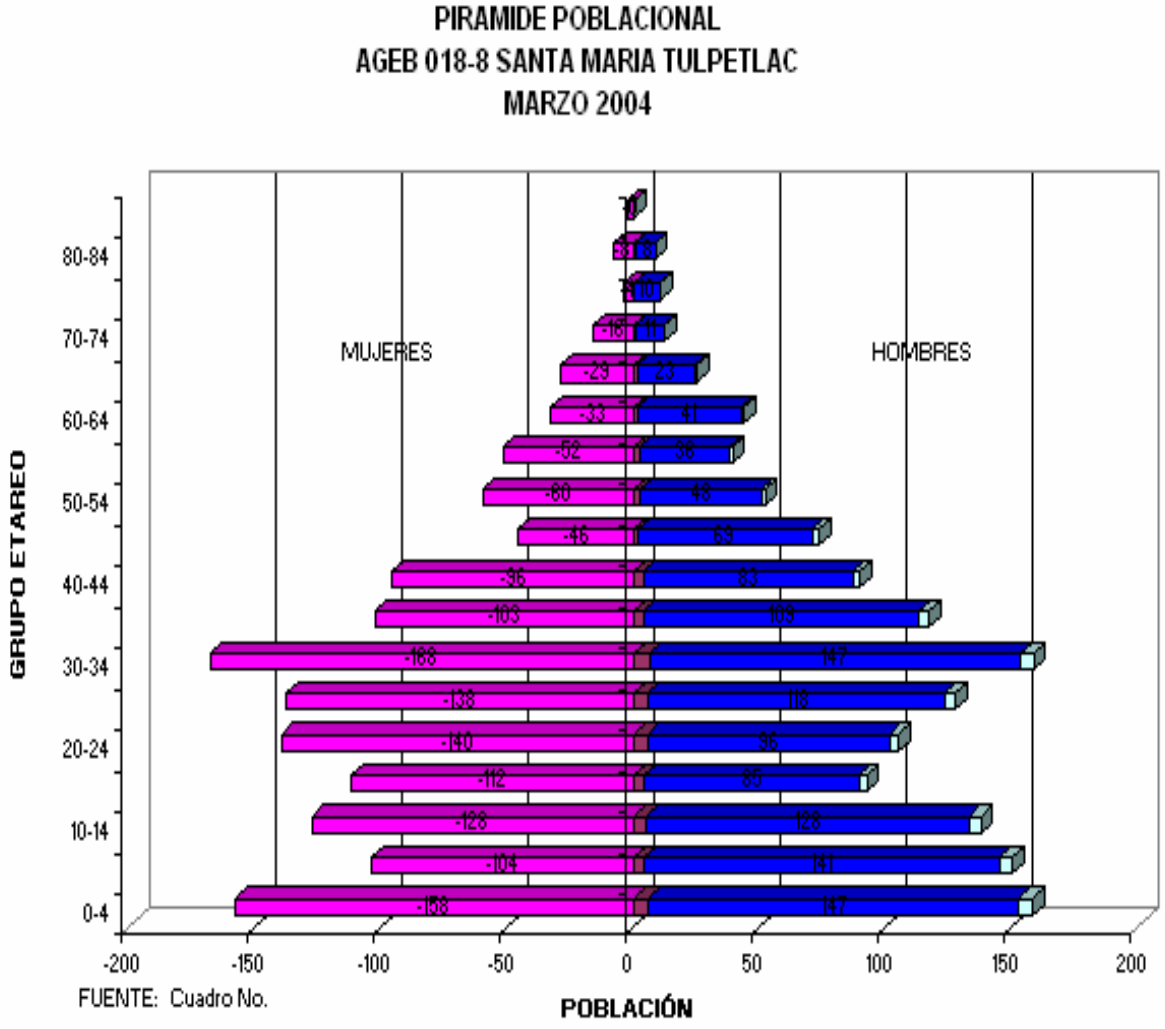
Nombre del AGEB´S	018-8 (Unidad Jajalpa, Olímpica, Arbolito Jajalpa y Fraccionamiento Bonito Ecatepec)
TAPS Responsable	Cristina Santamaría
Fecha de recopilación de datos	22 al 26 De Marzo de 2004
Fecha de elaboración de diagnostico.	12 de Abril de 2004
Límites	• Norte: AGEB'S 368-0 y AGEB 369-5 • Sur: AGEB´S 021-A • Este: AGEB´S 022-4 • Oeste: AGEB´S 017-3
Superficie territorial	112.893.75 m2
Número de sectores	6 Sectores
Número de viviendas	1423
Número de Familias	1203 Aproximadamente
Número de Familias	736 captadas 283 ausentes 182 renuentes

Fuente: COMUSA Sta. María Tulpetlac y Cedula de captación de datos por familia

DEMOGRAFÍA

Población de la Coordinación Municipal de Salud Santa María Tulpetlac	72,484 Habitantes
Población estimada del AGEB´S 018-8	3,368 Habitantes
Programada por normatividad	5000 Habitantes
Real captada cédula de visita familiar	2698 Habitantes
Población con seguridad social	1637 Habitantes
Población sin seguridad social	1061 Habitantes
Densidad de la población	14 Habitantes por m^2
Promedio por familia	4 Integrantes por familia

Fuente: Cedula de captación de datos por familia ISEM Posgrado Salud Pública ENEO-UNAM (2004)



FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM.
Posgrado en Salud Pública ENEO-UNAM (2003-2004)

CUADRO No. 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO ETÁREO Y GÉNERO AGEB´S 018-8 (UNIDAD JAJALPA, OLÍMPICA, ARBOLITO JAJALPA Y FRACCIONAMENTO BONITO ECATEPEC) SANTA MARÍA TULPETLAC MARZO 2004.

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
0-4	158	5.58	147	5.44	305	11.3
5-9	104	3.85	141	5.22	245	9.07
10-14	128	4.74	128	4.74	256	9.48
15-19	112	4.14	85	3.14	197	7.29
20-24	140	5.18	96	3.55	236	8.74
25-29	138	5.11	118	4.37	256	9.48
30-34	168	6.22	147	5.44	315	11.67
35-39	103	3.81	109	4.03	212	7.85
40-44	96	3.55	83	3.07	179	6.63
45-49	46	1.7	69	2.55	115	4.26
50-54	60	2.22	48	1.81	109	4.03
55-59	52	1.92	36	1.33	88	3.26
60-64	33	1.22	41	1.51	74	2.74
65-69	29	1.07	23	0.85	52	1.94
70-74	16	0.59	11	0.4	27	1
75-79	4	0.14	10	0.37	14	0.51
80-84	8	0.29	8	0.29	16	0.59
85 Y MÁS	3	0.11	0	0	3	0.11
TOTAL	1398	51.8	1301	48.2	2698	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM.
Posgrado en Salud Pública ENEO-UNAM (2003-2004)

DESCRIPCIÓN

Se observó que el grupo etáreo con mayor frecuencia, es el grupo de 30 a 34 años que equivale al 11.6%. El 2º lugar lo ocupan los niños de 0 a 4 años equivalente al 11.3%.

CUADRO No. 2

MUJERES EN EDAD FÉRTIL
AGEB´S 018-8 SANTA MARÍA TULPETLAC
MARZO 2004

EDAD	N	%
12-14	70	8
15-19	112	12.8
20-24	139	15.9
25-29	138	16
30-34	168	19.2
35-39	103	12
40-44	96	11
45-49	45	5.1
TOTAL	871	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM.
Posgrado en Salud Pública ENEO-UNAM (2003-2004

DESCRIPCIÓN

El presente cuadro nos muestra que el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil pertenece al grupo de 30 a 34 años con un 19.2% y como segundo lugar el grupo de 20 a 24 años con un porcentaje de 15.9%.

CUADRO No.3

PLANIFICACIÓN FAMILIAR
AGEB´S 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC
MARZO 2004

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	TOTAL	
	Fx	**%**
SI	333	38.23
NO	**534	61.30
DESCONOCE	4	0.46
TOTAL	871	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)
**Mujeres en Edad Fértil con Riesgo a Embarazarse (MEFRE)

DESCRIPCIÓN

Se observa que, de 871 MEFRE encuestadas. Se encontró, que el 61.3% no utiliza ningún método de planificación familiar.

CUADRO No. 4

EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL
AGEB´S 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC
MARZO 2004

EMBARAZADAS EN CONTROL	TOTAL	
	Fx	%
SI	15	93.75
NO	1	6.25
TOTAL	16	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)

DESCRIPCIÓN

Se observa que del total de embarazadas, el 6.25% no lleva control prenatal.

CUADRO No 5.

EMBARAZADAS CON ESQUEMA COMPLETO DE TOXOIDE TETANICO
AGEB´S 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC
MARZO 2004

EMBARAZADAS CON ESQUEMA COMPLETO DE TOXOIDE TETANICO	TOTAL	
	Fx	**%**
SI	11	68.75
NO	5	31.25
TOTAL	16	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)

DESCRIPCION

Se observa que del total de embarazadas, el 31.25% no se han aplicado la vacuna de toxoide tetánico.

CUADRO No.6

ATENCIÓN DEL PUERPERIO
AGEB´S 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC
MARZO 2004

ATENCIÓN PUERPERAL	TOTAL	
	Fx	**%**
SI	2	50
NO	2	50
TOTAL	4	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)

DESCRIPCION

Se observa que del total de las MEFRE, se encontró que el 50% de las mujeres en puerperio no tenían atención.

CUADRO No. 7

NIVEL ESCOLAR
AGEB´S 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC
MARZO 2004

NIVEL ESCOLAR	n*	%
Analfabeta	32	1.33
Preescolar	75	3.13
Primaria Incompleta	411	17.17
Primaria Completa	288	12
Secundaria Incompleta	141	5.8
Secundaria Completa	382	16.32
Bachillerato Incompleto	212	8.8
Bachillerato Completo	392	16.3
Licenciatura Incompleta	96	4
Licenciatura Completa	346	14.4
Posgrado	18	.75
Total	2393	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)
* Individuos mayores de 4 años

DESCRIPCION

El cuadro presenta la escolaridad de la población del AGEB 018-8, donde el 12% de la población tiene primaria completa, 16.3% tiene bachillerato, y completo y solo el 0.7% tiene estudios de posgrado.

Número de escuelas existente: Una primaria y cuatro Kinders particulares

CUADRO No. 8

OCUPACIÓN
AGEB´S 018-8 SANTA MARÍA TULPETLAC
MARZO 2004

OCUPACIÓN	n	%
Abogado	13	1.4
Administrador	14	.66
Ventas	21	.99
Albañil	11	.52
Bicitaxi	10	.47
Comerciante	117	5.5
Contador	32	1.5
Desempleado	30	1.42
Empleado de oficina	151	7.1
Ingeniero	41	1.95
Mecánico	21	.99
Médico	21	.99
Enfermera	10	.47
Obrero	63	2.99
Profesor	60	2.8
Taxista	23	1
Secretaria	25	1.18
Policía	12	.57
Chofer	35	1.66
Estudiante	664	31.6
Hogar	534	25.4
Pensionados	90	4.28
Otros	85	4
Total	2101	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)

DESCRIPCIÓN

En el cuadro se observa al grupo de desempleados que equivale al 1.42% de la población económica activa.

CUADRO No. 9

INGRESO MENSUAL
AGEB´S 018-8 SANTA MARÍA TULPETLAC
MARZO 2004

INGRESO MENSUAL	n	%
1 Salario Mínimo	297	29.75
2-3 Salarios Mínimos	521	52.2
4 o más salarios Mínimos	180	18.03
TOTAL	998	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)

DESCRIPCION

El presente cuadro representa el ingreso mensual del grupo en estudio donde el 52% de la población gana de 2 a 3 salarios mínimos, el 29% 1 salario mínimo y el 18.03% de 4 y más salarios mínimos.

*Salario mínimo. Estado de México $45.24 área A
(Comisión Nacional de salarios mínimos).

CUADRO No. 10

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA
AGEB´S 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC
MARZO 2004

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA		**Fx**	**%**
Tenencia para la vivienda	Propia Rentada Prestada	578 100 58	78.5 13.5 8.0
Tipo de Construcción Techo	Loza Lamina de asbesto Lamina de cartón	674 48 14	91.5 6.6 1.9
Vivienda según disponibilidad de agua	Agua entubada (Dentro) Sin agua entubada (fuera)	733 3	99.5 .5
Vivienda con cisterna	Con cisterna Sin cisterna	382 354	52 48

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)

DESCRIPCIÓN

Se observa que de acuerdo a las características de la vivienda la mayoría de estas, por su tipo de construcción es segura, además de que el 99.5% cuentan con agua entubada.

CUADRO No. 11

PRINCIPALES PROBLEMAS DE CONTAMINACIÓN
AGEB´S 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC
MARZO 2004

ORIGEN	PROBLEMA
Basureros	Existe un basurero al aire libre, se encuentra en avenida de las flores esquina Av. Kennedy genera fauna nociva y contaminación ambiental.
Perros callejeros	Se observa heces fecales de perro en las calles de los sectores E y F.
Fabricas	Contaminación del aire y contaminación por ruido excesivo

Fuente Parabrisas

DERSCRIPCIÓN

De las características del agua de consumo humano. el 84% de la población consume agua embotellada, el 8% la clora, el 6% la hierve y el 2% la filtra.

CUADRO No. 12

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 4 AÑOS
AGEB´S 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC
MARZO 2004

ESQUEMA DE VACUNACIÓN	TOTAL	
	Fx	%
COMPLETO	264	86.5
INCOMPLETO	41	13.5
TOTAL	305	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)

DESCRIPCION

En el cuadro se observa que de la población infantil menor de cuatro años, 13.5%.no cuenta con esquema completo de inmunizaciones.

CUADRO No. 13

CLINICAS Y HOSPITALES EN EL AGEB 018-8 Y DENTRO DE LA JURISDICCIÓN. MARZO 2004

INSTITUCIÓN	ATENCIÓN	ISOCRONOS	DOMICILIO
Coordinación Municipal de Salud Santa María Tulpetlac ISEM	1er nivel	5´-20´ caminando	Domicilio: Calle Ejido S/N Col. Santa María Tulpetlac Ecatepec Estado de México, C.P. 55400 Teléfono: 57870900
HGZ No. 68 IMSS	2º Nivel	15´-30´ caminando	Av. Vía Morelos Km. 19.5 Santa María Tulpetlac
ISSSTE	1er Nivel	15´-30´ caminando	Isabel la católica, esq. Agricultura S/N. Col. El Calvario. Teléfono: 57871600.
ISEMYN	1º Y 2º Nivel	15´-30´ caminando	Calle Chiapas y Zacatecas, Tulpetlac.
Hospital José María Rodríguez	2º Nivel	30´- 50´ Transporte público	Av. Central y copérnico, Valle de Anáhuac.

FUENTE: Departamento de Epidemiología Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

NUTRICIÓN

El consumo de alimentos en día común en la mayoría de la población consta de:

En el desayuno de pan, café, cereal, pocas familias consumen leche y fruta y Algunas otras desayunan lo que quedo del día anterior.

En la comida la mayoría consume sopa, frijoles, tortilla, refresco, algunas familias consumen verduras y esporádicamente pescado.

Casi todas las familias consumen fruta de temporada diariamente.

En la cena normalmente consumen lo que les quedo de la comida, encontrando algunas que solo consumen pan y leche.

Los domingos y días festivos en algunas familias se acostumbra a consumir comida preparada como barbacoa, carnitas, pollos, pancita, consomé etc.

- Proporción de Enfoque de Riesgo Familiar

La clasificación del RIESGO determina las características asociadas con un cierto tipo de factores y daños a la salud, que dan pauta a acciones de prevención , para su modificación en relación con la casualidad.

CUADRO No. 14

FAMILIAS POR RIESGO
AGEB´S 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC
(ENERO 1999- MARZO 2004)

RIESGO	TOTAL	
	Fx	%
RIESGO 1	259	35
RIESGO 2	84	11
RIESGO 3	315	43
RIESGO 4	79	11
TOTAL	737	457

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)

Total de población 2698 hab. En el momento del estudio.

DESCRIPCION

En el presente cuadro se observa que el mayor porcentaje lo ocupan las familias con riesgo 3, que corresponden a 43% familias, continuando con el 35% Las familias con riesgo 1.

CUADRO No. 15

MORBILIDAD GENERAL AGEB´S 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC (ENERO 1999-MARZO 2004)

CAUSA	FX	* TASA
1. IRAS	629	23.31
2. DM.	47	1.74
3. HTA	42	1.55
4. Enf. Gastrointestinales	16	.59
5. Enf. Febril exantemática	5	.18
6. EPOC	5	.18
7.Bronquitis	13	.48
8. Enf. Exantemáticas	7	.25
9. IVU	5	.18
10. Cardiopatías	4	.14
11. Neoplasias	4	.14
12. Problemas Hepático	6	.22
13. Accidentes	4	.14
14. IRC	2	.07
15. Anemia	5	.18
TOTAL	794	

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)
*Tasa por cada 100 habitantes total de población 2698 habitantes en el momento del estudio.

DESCRIPCIÓN

Las patologías crónicas constituyen un problema cada vez más importante, esto se observa en el cuadro, donde la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, ocupan el 2º y 3º lugar con las tasas de 1.74 y 1.55 respectivamente, por cada 100 habitantes.

De acuerdo a los diagnósticos referidos por la comunidad sobre muertes en los últimos cinco años fueron clasificadas de la siguiente manera, basándose en el total de defunciones.

CUADRO No. 16

MORTALIDAD GENERAL AGEB´S 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC (ENERO 1999-MARZO 2004)

CAUSA	FX	* TASA
1. Paro cardiorrespiratorio	17	.63
2. Aborto	11	.40
3. Desconoce	10	.37
4. Diabetes Mellitus	5	.18
5. Neoplasias	5	.18
6. Accidentes	4	.14
7.Infarto agudo al miocardio	3	.11
8. Cirrosis	2	.07
9. Derrame cerebral	2	.07
10. Ahogamiento	2	.07
11. Eclampsia	1	.03
12. Prematurez extrema	1	.03
13. Óbito	1	.03
14.Coma hepático	1	.03
15. Enfisema pulmonar	1	.03
16. Hepatitis C	1	.03
17. Homicidio	1	.03
18. Insuficiencia hepática	1	.03
19. Insuficiencia respiratoria	1	.03
20. Neumonía	1	.03
21.Parkinson	1	.03
22. Tromboembolia	1	.03
TOTAL	73	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Posgrado ENEO-UNAM (2003-2004)
*Tasa por cada 100 habitantes total de población 2698 habitantes en el momento del estudio.

DESCRIPCIÓN

Se observa que el aborto ocupa el 2º lugar dentro de las causas de mortalidad general, con una tasa de .40 figurando la prematurez extrema y los óbitos, con una tasa de 0.3 por cada 100 habitantes.

- Red de análisis Factores de Riesgo

La Priorización de necesidades se inclinó a conocer las características socio demográficas y epidemiológicas del AGEB 018-8, esto nos llevo al diagnóstico de necesidades donde se observo lo siguiente en la comunidad.

Cada uno de los problemas siguientes, pueden ser estructurados como diagnósticos de enfermería sin embargo con el fin de ubicar el problema Focalizado y no confundir, solo se estructura el que será sujeto a investigación Focalizada.

PROBLEMA	**PRIORIDAD (POR PARRILLA DE ANÁLISIS)**	**INTERVENCIÓN**
Déficit de autocuidado de control prenatal	1	Realizar investigación focalizada
Mujeres que no planifican 62.3% (534)	1	Salud Pública
Mujeres que no planifican 62.3% (534)	1	Canalizado a la Jurisdicción
Embarazadas que no tienen esquema de Toxoide Tetanico completo 31.2% (5)	1	PROVAC
Niños menores de 4 años con esquema de vacunación incompleto	1	PROVAC
Familias sin seguridad social 39.2% (1059)	4	Canalizado a la jurisdicción
Familias con alimentación incompleta 43% (314)	4	Canalizado a la jurisdicción

Factores de riesgo por Parrilla de análisis
AGEB´S 018-8 8 (Unidad Jajalpa, Olímpica, Arbolito Jajalpa y Fraccionamiento Bonito Ecatepec) Marzo del 2004.

PROBLEMA	IMPORTANCIA	RELACION RIESGO DAÑO	CAPACIDAD DE INTERVENCION	FACTIBILIDAD	TOTAL	INTERVENCIÓN
Familias sin seguridad social 39.2% (1059)	+	+	-	-	4	Canalizadas al seguro popular
Ingreso familiar bajo de 1 a 2 salarios mínimos 44.75% (427)	+	+	-	-	4	Canalizadas al municipio a los programas de desempleo
Población analfabeta 1.3% (32)	-	-	-	-	16	Canalizadas a programas de la SEP
Mujeres que no planifican 62.3%	+	+	+	+	1	Canalizado a la jurisdicción
Embarazadas que no llevan control prenatal 12.5% (2)	+	+	+	+	1	Salud pública
Embarazadas que no tienen esquema de toxoide tetanico completo 31.2% (5)	+	+	+	+	1	PROVAC

Fuente: Cedula de captación de datos por familia ISEM

PROBLEMA	IMPORTANCIA	RELACION RIESGO DAÑO	CAPACIDAD DE INTERVENCION	FACTIBILIDAD	TOTAL	INTERVENCIÓN
Niños sin aplicación de fluor 62% (156)	-	-	+	+	13	Canalizado a la jurisdicción
Niños menores de 4 años sin control médico 40% (122)	-	-	+	+	13	Canalizado a ala jurisdicción
Familias con alimentación incompleta 43% (314)	+	+	-	-	4	Canalizad a la jurisdicción
Niños menores de 4 años con esquema de vacunación incompleto	+	+	+	+	1	PROVAC
Déficit de autocuidado de control prenatal	+	+	+	+	1	Realizar investigación focalizada

Fuente: Cedula de captación de datos por familia ISEM

Además de las características de la comunidad en estudio, antes, se puede concluir con una de las principales hipótesis que sugiere una investigación focalizada.

3.1.2 Valoración Focalizada al Daño Priorizado

El AGEB´S 018-8 (Unidad Jajalpa, Olímpica, Arbolito Jajalpa y Fraccionamiento Bonito Ecatepec) demandó la intervención de enfermería, en relación a las altas tasas de mortalidad perinatal.

Los datos se obtuvieron por medio de la Priorización de daños a la salud, reportando en el área de estudio 4 casos de muerte perinatal y uno de muerte materna.

De acuerdo a la parrilla de análisis que se llevo a cabo de los factores de riesgo encontrados en la comunidad, el más importante probablemente es el Déficit de autocuidado sobre el riesgo reproductivo (control prenatal, esto se refleja estadísticamente en altas tasas de morbi-mortalidad perinatal).

Por lo que se planteo

¿Cuáles son los factores de riesgo causales que influyen en el desequilibrio de requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de la salud, asociado a problemas de Riesgo Reproductivo en las MEFRE que residen en el AGEB´S 018-8 de la Coordinación Municipal de Santa María Tulpetlac que pertenece a la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México?.

Al no conocer lo factores de riesgo causales asociados a este déficit, fue necesario realizar la Valoración Focalizada de Enfermería que se centra en reunir más información sobre el problema específico, ya identificado, por lo que se analizó la información con metodología y tipo de estudio de acuerdo al caso.

3.2 METODOLOGÍA

VALORACIÓN DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO
Diseño: Estudio de caso (Nancy Burno) Investigación en Enfermería. P 221.
Población: total 871 mujeres en edad fértil.
Muestra Probabilística aleatoria simple n= $\frac{Nz \propto 2\ pq}{E\ (N-1)+Z \propto 2\ pq}$ n = 26 con un nivel de confianza del 97%
Criterios de inclusión -Mujeres en edad fértil del 12 a 49 años residentes del AGEB´S 018-8 -Que acepten participar en el estudio. - 1er MEFRE que aparezca en la cedula (tarjeta de visita familiar)
Criterios de exclusión ▪ Mujeres con Histerectomía ▪ Mujeres con oclusión Tubaria Bilateral ▪ Mujeres infértiles ▪ Mujeres fuera de grupo 12 a 49 años.
Criterios de Eliminación ▪ Mujeres de no aceptaron participar en el estudio. ▪ Cédulas de entrevista incompletas.

VARIABLES

Variables Dependientes

- Mortalidad perinatal
- Morbilidad por complicaciones perinatales.

Variables Independientes

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

Definición de variables

Requisitos de autocuidado universal: Son las actividades esenciales ara el logro del autocuidado independiente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental de individuo.

Requisitos de Desarrollo: Son las actividades que el individuo debe de realizar para cuidar de si mismo en etapas específicas de desarrollo y en condiciones que afectan el desarrollo humano.

Requisitos de desviación de la salud: Son las actividades que realiza un individuo para cuidar de si mismo cuando esta enfermo, sufre de alguna lesión tiene incapacidades o esta recibiendo cuidados médicos.

Mortalidad: Número de personas que mueren en una población y tiempo determinado.

Mortalidad Medida: Frecuencia de las defunciones que ocurren en una población lugar y tiempo determinado.

Déficit de autocuidado: Requisitos de autocuidado universal, del desarrollo y de desviación de la salud, no satisfechos.

Mortalidad Perinatal: Se define como las defunciones ocurridas entre la semana vigésima de la gestación hasta los veintiocho días después del nacimiento.

Mortalidad Materna: Fallecimiento de una mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días siguientes ala terminación de embarazo independientemente de la duración sitio del embarazo, debida a cualquier causa

relacionada con agrazada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.

Estructura, diseño y aplicación del instrumento metodológico.

Se elaboró una cédula de valoración con enfoque en los factores asociados al problema dado, de acuerdo a las necesidades de la población relacionados a la teoría del autocuidado, con un total de 70 items, cuyo objetivo fue obtener datos que permitieran asociar los factores de riesgo que probablemente influyeran en la mortalidad materna y perinatal en la población en estudio. (Cédula de valoración focalizada), (ver apéndice II).

Dicho instrumento fue estructurado de acuerdo a los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud; Cada ítem fue planteado para conocer y detectar el déficit de autocuidado.

Los “Requisitos de autocuidado universal” son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones a realizar que se sabe o supone que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos del funcionamiento y desarrollo humano continuamente o en condiciones y circunstancias.

A fin de medir el concepto de requisitos universales se diseñaron los siguientes ítems:

1,2,7,8,9,10,11,12,13,14,16,17,18,19,21,22,25,27,28,29,36,37,38,39,40,41,42,43,44,
45,47,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,69,70.

Los “Requisitos de desarrollo” están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo es decir, el progreso humano hacia niveles mas altos de organización de las humanas hacia la maduración.

Los “Requisitos de desviación de la salud” existen cuando el individuo esta enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o esta recibiendo cuidados médicos.

“Requisitos de desviación de la salud”
22,23,24,28,29,30,31,32,35,36,37,38,39,40,41,43,44,42,47,48,49,58,59,62,63,64,68.

Con el objeto de establecer las medidas de control de variables se adjuntan tablas que definieron las características de cada variable, indicado, ponderación y escala de medición respectiva.(Apéndice III)

Para evitar errores de medición y aplicación, se realizó un piloteo del instrumento en un territorio con características similares a las del estudio, posterior al piloteo

se estandarizan criterios de aplicación y codificación de información, para evitar sesgos.

El error de la inferencia, se evitó tomando en cuenta que tanto los casos, como la población en riesgo tuvieron las mismas características demográficas y están incluidas en la población en estudio, además se demuestran similitudes al haberse realizado una primera investigación tomando como universo el total de las unidades multipersonales del territorio en estudio.

El error residual se trató de evitar al máximo con el rigor metodológico evaluando cada etapa de la metodología para este estudio.[1]

Para la selección de las MEFRE se realizó un muestreo aleatorio simple, dirigido hacía el tarjetero donde se encuentra encuentran las tarjetas de visita familiar captadas durante el censo para el diagnóstico integral de salud (871 familias capturadas).

El muestreo aleatorio simple permitió que cada MEFRE tuviera la misma probabilidad de ser seleccionada para el estudio. Las 43 cédulas se aplicaron a 26 MEFRE, 9 embarazadas, cuatro puérperas, cuatro casos de mortalidad perinatal de acuerdo a cada una de las variables.

Se capturaron y clasificaron por número progresivo, se agruparon en una sabana de concentración de datos en el paquete estadístico SPSS 10. para la revisión y presentación de datos.

Se realizó análisis de asociación por momios, ya que esto permitió dar criterio de certeza para impactar. Se obtuvieron los siguientes resultados. (Apéndice IV)

3.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Lo mas relevante de este trabajo esta fundamentado en la sinergia de la teoría de autocuidado de Orem, el método científico y el proceso atención de enfermería.

Por lo anterior se determinaron los siguientes diagnósticos de enfermería de la valoración focalizada, realizada a las mujeres en edad fértil del AGEB´S 018-8 de Santa María Tulpetlac con relación a riesgo reproductivo

[1] COLIMON, Khal-Martin. Fundamentos de epidemiología. Madrid, Ed. Díaz Santos, 1990. p 206.

3.3.1 Diagnóstico Integral

“LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL AGEB´S 018-8 (UNIDAD JAJALPA, OLÍMPICA, ARBOLITO JAJALPA Y FRACCIONAMIENTO BONITO ECATEPEC), PRESENTAN DÉFICIT DE AUTOCUIDADO RELACIONADO A LA FALTA DE CONOCIMIENTO EN SALUD REPRODUCTIVA, MANIFESTADO POR ALTAS TASAS DE MORBI-MORTALIDAD PERINATAL Y DEFICIENTE PROMOCIÓN DE PROGRAMAS SUSTANTIVOS.”

3.3.2. Diagnósticos de enfermería

En base al presente estudio y derivado del diagnostico integral en las mujeres en edad fértil del AGEB´S 018-8. se detectaron los siguientes Diagnósticos de riesgo:

- Riesgo de presentar alteraciones en su salud, relacionado a embarazos antes de los 18 años y después de los 36 años, manifestado por un 28.6 OR de alteraciones durante el embarazo y 2.9 OR de morir por factores asociados al riesgo reproductivo.

- Riesgo de las mujeres de presentar alteraciones en su salud, relacionado a su nivel académico, manifestado por un 26 porcentaje mayor de riesgo.

- Riesgo de las mujeres en edad reproductiva de presentar alteraciones en su salud, relacionado a acciones de automedicación, manifestado por un 16.6 OR porcentaje de riesgo por esta causa.

- Riesgo de mujeres en edad reproductiva de presentar alteraciones en su salud, relacionado con el sedentarismo, manifestado por un 13.7 OR de morbilidad y un 1.1 OR porcentaje de riesgo de mortalidad por esta causa.

- Riesgo de las mujeres en edad reproductiva de presentar alteraciones en su salud, relacionado a flujo vaginal de características anormales, manifestado por un 13 OR por esta causa.

- Riesgo de presentar alteraciones en su salud de las mujeres que iniciaron vida sexual activa antes de los 19 años relacionado a su edad y su vida sexual activa, manifestado por un 11.4 OR de morbilidad y 2.9 OR de mortalidad por factores asociados al riesgo reproductivo.

- Riesgo de presentar alteraciones en su salud de las mujeres embarazadas, relacionado a la falta de control prenatal, manifestado por un 9.4 OR de enfermar y 2.9 OR de morir por factores asociados al riesgo reproductivo.

- Riesgo de presentar alteraciones en su salud de las mujeres en edad reproductiva, relacionado con el índice de masa corporal mayor a 30, manifestado por un 8.9 porcentaje mayor de riesgo asociados al riesgo reproductivo.

- Riesgo de presentar alteraciones en su salud en las mujeres en edad reproductiva, relacionado a la falta de atención medica oportuna, manifestado por un 8.5 porcentaje mayor de riesgo asociados al riesgo reproductivo.

- Riesgo de presentar alteraciones en su salud de las mujeres en edad reproductiva, relacionados a cesárea previa, manifestados por un 13 OR por esta causa.

- Riesgo de presentar alteraciones en su salud de las mujeres en edad reproductiva, relacionado al desconocimiento de la institución de salud mas cercana, manifestados por un 8.4 OR de enfermar y 4.8 OR de morir por factores asociados al riesgo reproductivo.

3.4 PLAN DE INTERVENCIÓN

Una vez identificado y priorizado el diagnóstico de enfermería, se inició el plan de intervención o planificación de la intervención.

La planificación es el momento en que se determina como brindar las intervenciones de Enfermería de forma organizada, orientada a los objetivos.

Un plan de intervención significa:

- Fijación de prioridades

- Establecimiento de objetivos con resultados esperados.

- Determinación de acciones / intervención de Enfermería.

- Documentación del plan de intervención.

Las actividades de Enfermería son acciones específicas, que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual, promover, mantener y restaurar la salud.

El plan de intervención se centra en el Diagnóstico de Enfermería.

Cuando se elabora un plan de intervención, el producto final servirá a tres propósitos.

- Dirigir la intervención, de enfermería
- Dirigir las anotaciones
- Servir como único registro escrito que pruebe que se ha confeccionado un plan de intervención de Enfermería, que posteriormente pueda usarse para la evaluación.

3.4.1 Modelo Operativo de enfermería en Salud Pública dirigido a la promoción del autocuidado de la salud en las poblaciones.

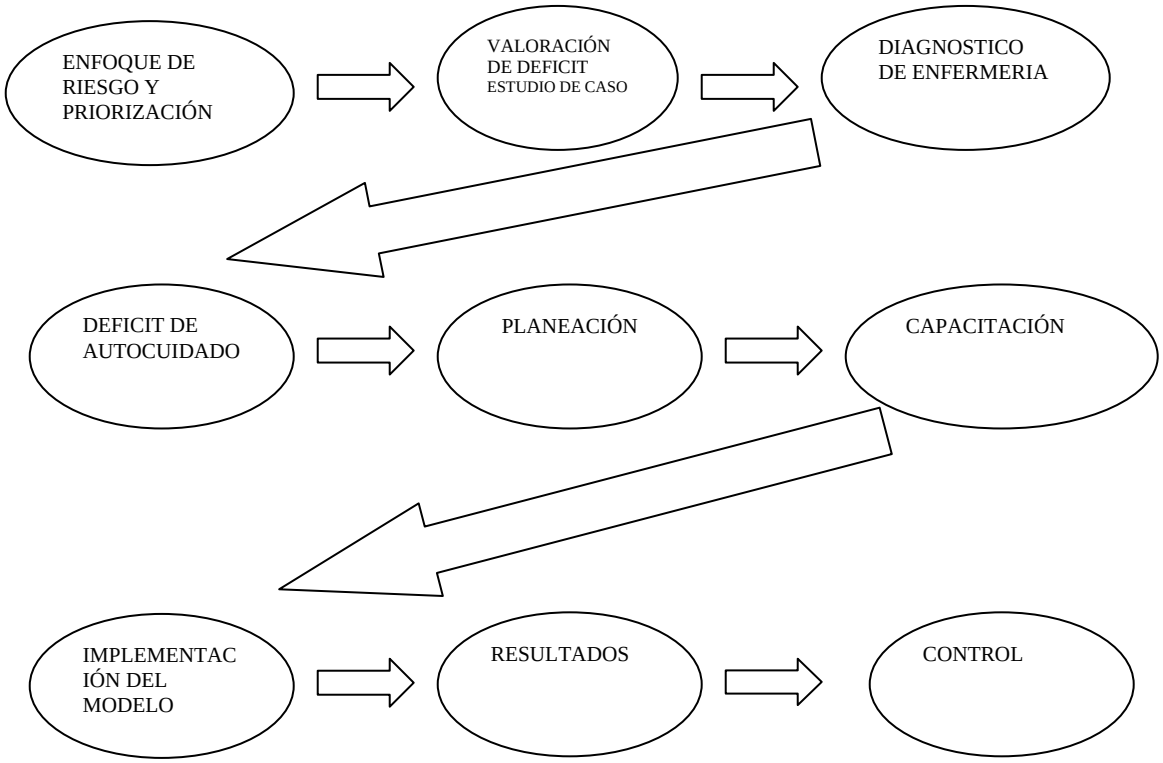
El modelo operativo de enfermería es Salud Pública dirigido a la promoción del autocuidado de la salud de las poblaciones, es una propuesta disciplinaria estratégica que coadyuva a mejorar las condiciones de salud de la población mexicana.

El diseño del modelo parte del paradigma de la salud pública, población, entorno y salud y se constituye con la metodología de enfermería conocida como proceso atención enfermería.

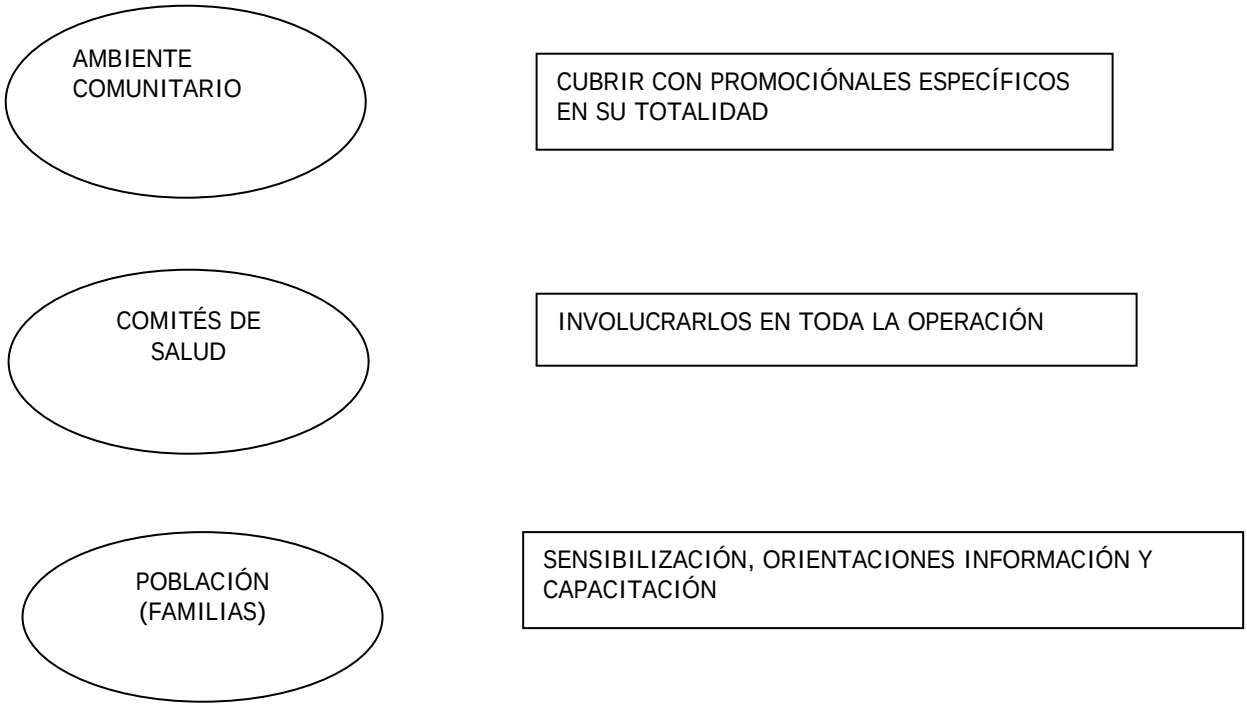
En donde se consideran todos aquellos aspectos que se relacionan con la salud de la población, inicia con la realización de un diagnóstico comunitario con enfoque de riesgo, cuyos resultados son tratados con técnicas de priorización como técnica de Hanlón y parrilla de análisis identificándose así un grupo vulnerable o blanco con problemática de salud relevante.

Dicha población es valorada en sus capacidades de auto cuidado a través de la metodología de enfermería y del modelo teórico del déficit de auto cuidado de Dorotea Orem, generando así el diagnostico de enfermería que orienta el diseño del proyecto de intervención multidisciplinario, su aplicación y evaluación son realizadas por enfermería en términos del logro de objetivos y metas alcanzadas.

- METODOLOGIA DE LA OPERACIÓN



ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN



Se demuestra que para incidir en la problemática en salud se requiere de visión de prevención para los expuestos y susceptibles necesario conocer con profundidades problema lo cual es factible con la utilización de modelos teóricos generando elementos suficientes de abordaje para garantizar el éxito en el impacto.

Dentro de la Salud pública existen muchos apartados y dentro de estos se encuentra la gestión. La gestión administrativa es una actividad frecuente útil, el gestor administrativo realiza precisamente gestiones a nombre y en representación de alguien, con el fin de obtener recursos o un servicio en beneficio de quien representa.

El salubrista tiene la capacidad de gestión, consiste en amarse de mucha paciencia y capacidad para involucrar a la gente en el asunto que a el le interesa. En toda la planeación un punto importante para el éxito de la intervención sin duda es la gestión.

Por lo anterior se gestiona la presencia del personal multidisciplinario de la jurisdicción que participó durante planeación donde se dio ha conocer los resultados del diagnóstico integral y el déficit de autocuidado sobre riesgo reproductivo
Se elabora y se proyecta la carta descriptiva del taller de planeación estratégica (Apéndice VI).

Se conformaron mesas de trabajo, con objetivos específicos de acuerdo al Modelo Operativo de Enfermería en Salud dirigido a la Promoción del Autocuidado de la Salud de las Poblaciones.

- Carta descriptiva para la capacitación a pasantes de enfermería.

- Elaboración de promociónales

- Elaboración de sociodrama, y guión para pláticas a población cautiva (escuela).

- Elaboración de instrumentos de control y evaluación.

- Taller para la elaboración de material educativo para pláticas a población abierta.

- Conformación de expediente clínico y elaboración de instrumentos de valoración de riesgo reproductivo.

Se concluyo esta etapa con la entrega de productos de las mesas de trabajo.

Posteriormente se procedió a la capacitación de pasantes en enfermería para la intervención operativa.

Se realizó el taller de capacitación impartido por el personal operativo de acuerdo a la Carta descriptiva obtenida en la planeación estratégica.

Se concluyó este taller con la obtención de la estructuración del socio drama y rotafolio.

3.5 INTERVENCIÓN OPERATIVA

De acuerdo al modelo de intervención operativa (MIOS), en salud la intervención se Realizó en 6 fases:(Apéndice V)

1. Barrido de territorio y estimulación visual por la comunidad.
2. Sensibilización se realiza recorrido en calles transitadas por el personal de salud y Autoridades municipales, y lideres de la comunidad.
3. Sensibilización a través de promociónales.
4. Educación para la salud extramuros.
5. Educación para la salud intramuros.
6. Atención directa por consultoría

3.5.1 . Estrategia de Intervención

Para el presente estudio de caso, se utilizó la estrategia de intervención especializada “educación para la salud extramuros”; a través de platicas sobre riesgo reproductivo a la población abierta para su sensibilización. (sistema de apoyo-educativo)

- Justificación

La educación para la salud es inherente a todas las acciones en pro de salud, y como tal soporta la adquisición de conocimientos y el desarrollo de aptitudes y actitudes favorables, dichas acciones modifican hábitos y costumbres por medio de las promociones de una participación permanente consciente y responsable en la población sobre los problemas de salud del individuo, familia y comunidad.

La educación sanitaria es la transmisión de conocimientos relativos a salud individual o colectiva, que tiene por objeto hacer al sujeto activo y responsable en los procesos de promoción, prevención rehabilitación y reinserción relacionados tanto con su salud como con las de su familia y comunidad. El objetivo fundamental es incrementar con la población la cultura de la salud.

Para conseguir estos objetivos , los agentes educadores sanitarios deben elaborar programas de intervención educativos que establezcan los objetivos a alcanzar, la forma de proceder ,las actividades a desarrollar y planificando el tiempo y los recursos

Para ello se utilizan métodos de acción en educación para la salud, directos e indirectos.

- Métodos de Educación para la Salud Directos

La utilización de recursos técnicos educativos que favorezcan el contacto directo entre los educadores sanitarios y la comunidad son recomendados por la OMS como método de primera elección en los programas de educación sanitaria.

Estos métodos utilizan la palabra hablada, la cual se puede definir como el medio más efectivo con el que cuenta la educación. Este medio puede implementarse con otros recursos técnicos con la finalidad de potencializar la educación para la salud.

Al mismo tiempo este método educativo otorga la ventaja de aplicación a la enfermera especializada en la atención del individuo, familia y comunidad de manera mas humana y por tanto con mayor impacto para el logro de las metas propuestas en los problemas de salud pública.

- Métodos de Educación para la Salud Indirectos

Este recurso utiliza el lenguaje hablado o escrito, e incluso la imagen

Se caracterizan porque llegan a un mayor número de destinatarios, con el fin de incrementar los conocimientos de la población acerca de tema. Son complemento importante de los métodos directos.

Los medios de comunicación utilizados en la educación para la salud indirecta pueden ser tipo visual como los carteles y mantas (este recurso permite a través de la propaganda informar a un gran público sobre un tema particular.

Su diseño debe de ser atractivo para captar la atención del receptor, así mismo debe transmitir una idea clara y concisa empleando para ello una leyenda. Se complementa con imágenes que deben de ir en concordancia con el texto).

El rotafolios es uno de los medios visuales que mayor utilidad puede reportar a la tarea docente y que sin embargo ha sido relegado a un plano muy secundario en la enseñanza superior. Expresado sencillamente un rotafolio es como su nombre lo índica, un conjunto de “folios” (hojas) que giran sobre un eje. Cada hoja contiene un mensaje visual que es desarrollado verbalmente por el docente.

OBJETIVO GENERAL.

Sensibilizar para el autocuidado sobre riesgo reproductivo a la población en general de la comunidad (AGEB 018-8 de la COMUSA Santa María Tulpetlac) mediante la información y orientación, a través del sistemas apoyo educativo extramuros.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Concientizar y sensibilizar a las mujeres en edad reproductiva con riesgo a embarazarse sobre la importancia del autocuidado.

- Evaluar el conocimiento de la comunidad, sobre Riesgo Reproductivo con instrumentos aplicados en el pre y pos- apoyo educativo extramuros. (Apéndice VI)

- Educar a toda la población sobre Riesgo Reproductivo A través de técnicas educativas con apoyo de rotafolios.

- Fortalecer información del Riesgo Reproductivo a la población a través del volante, trípticos y dípticos.

- Elaboración de rotafolios

- Acondicionamiento de las áreas físicas para las platicas

- Promoción a través de volantes para las platicas.

- Realizar evaluación a corto plazo de la intervención

METAS

- Que el 90% de la población del territorio en estudio reciba información sobre riesgo reproductivo y el autocuidado a través de las platicas extramuros.

- Informar al 100% del equipo multidisciplinario que participen en la intervención, resultados obtenidos de la valoración de déficit de autocuidado sobre riesgo reproductivo

- Lograr que el 80% de la población de la comunidad se entere de la presencia del equipo multidisciplinario al realizar el recorrido durante el primer día de intervención.

- Que el 95% de las mujeres que acudan a consulta estén informadas y orientadas acerca del riesgo reproductivo a través de las platicas extramuros.

- Realizar evaluación a corto plazo en un 95%

- **Limites**

- Universo de trabajo

Toda la población, especialmente las MEFRES del AGEB´S 018-8 de Santa María Tulpetlac (mujeres en edad fértil).

- Espacio

Casa de la mujer campesina (CAPOS), para la planeación estratégica y capacitación. y viviendas facilitadas por la población del AGEB´S 018-8 de Santa María Tulpetlac.

- Tiempo

Se realizo el 9 y 11 de junio del 2004.

- Propósitos del programa

Cubrir al máximo los atributos deseados, a través del sistema de apoyo-educativo con intervención especializada; al impartir platicas sobre riesgo reproductivo a la población abierta para su sensibilización, dichos atributos fueron precisos, medibles y alcanzables en la intervención.

- Estudio de Factibilidad

“La factibilidad de una intervención esta en relación con la capacidad de resultar operativa en el contexto que le es propio.”

- Factibilidad Política

Existe factibilidad política debido a que se cuenta con el apoyo de la Secretaría de Salud, a través de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, siendo esta la responsable de definir y aplicar las estrategias establecidas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 con la finalidad de reducir la morbi-mortalidad

perinatal para lo cual se implementa el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida siendo esta uno de los programas prioritarios de la administración Pública.

- Factibilidad Legal

Este proyecto de intervención se sustento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, articulo 4º , donde establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y es la ley quien definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

En la Ley General de Salud en el articulo 9º, 17º, 22º, 23º, 28º, 29º, 32º, y 33º , en el Programa Nacional de Salud a través del programa estratégico "Arranque Parejo en la Vida", En la Ley Estatal de Salud; En la NOM 007 SSA sobre Embarazo Parto y Puerperio, y en las disposiciones generales establecidas por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

- Factibilidad Técnica

Fue a través del a poyo logístico y asesoría de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

-Factibilidad Financiera

El proyecto fue financiado por los investigadores (estudiantes en Salud Pública) además de contar con el apoyo del municipio y del equipo multidisciplinario que participará en la intervención.

-Factibilidad Social

Se contó con el consentimiento de la población en estudio, apoyado con aceptación y disposición al brindar los espacios físicos para las pláticas de educación para la salud, así como la colocación y distribución de los promociónales en lugares previamente establecidos.

Plan de Evaluación de la Intervención

"La evaluación es el proceso a través del cual se determina el valor de un programa" se considera que los resultados de la evaluación permitieron conocer que parte de la estrategia funciono y cual no.

Por lo anterior: los factores que contribuyeran al éxito del mismo y para valorar si las necesidades de la comunidad están siendo satisfechas se estructuraron acorde al problema detectado.

Con esta información fue posible decidir que áreas del programa es preciso mantener y cuales se deben cambiar.

Para interpretar los resultados de la evaluación de esta intervención de salud reproductiva, fue útil compararlos con:

- Las metas establecidas al inicio de la intervención.
- Los indicadores alcanzados en el área de Salud reproductiva en el país.
- La planeación de la evaluación se realizo, basándose en la bibliografía de Laski.

Donde se manejaron cuatro tipos de evaluación:

1. Evaluación del proceso de desarrollo del programa.
2. Evaluación de metas.
3. Evaluación del efecto.
4. Evaluación de la eficacia.

En el proceso de desarrollo examinó los diversos componentes del programa, para determinar en que medida se están desarrollando las actividades propuestas al inicio del mismo, permitió identificar las barreras existentes para el logro de los objetivos.

La evaluación de las metas determinó que si alcanzaron los objetivos originales del programa. Lo sobresaliente de esta evaluación fueron los resultados inmediatos de la intervención.

Con la evaluación del efecto determinamos que mediante la intervención se obtienen los efectos deseados en un determinado plazo, es decir en tres, cinco o más años.

Por ultimo la evaluación de la eficacia permitió conocer el alcance de los objetivos con la mejor rentabilidad de los recursos.

- Programación y organización de Actividades

Se gestiono el apoyo con los vecinos del AGEB´S 018-8 solicitando el espacio físico para la realización de las platicas extramuros.

Se gestionaron las sillas en la misma comunidad para las platicas extramuros.
Se solicito 600 encuestas para las platicas extramuros.

La organización se inicio desde la semana de planeación estratégica. Que se llevo a cabo del 24 al 28 de junio del 2004 donde las actividades a realizar fueron las siguientes:

- En la semana de taller de planeación se formaron 5 equipos con diferentes actividades.

  1.-Equipo de promociónales, 2.-Capacitación a pasantes, 3.-Expediente clínico, 4.-Supervisión y 5.-Educación para la salud.

- Se diseñaron mantas, trípticos, dípticos, carteles y volantes.

- El equipo de educación para la salud se encargo del Rotafolio y sociodrama.

- Se eligió un grupo de pasantes para la realización del sociodrama.

- El grupo de pasantes presento ante el grupo multidisciplinario sociodrama y rotafolio para evaluar la educación para la salud. (Apéndice VII)

- Se realizó una encuesta para entregar a cada uno de los niños de las escuelas fue presentado en el taller realizándose correcciones alternamente, siendo autorizado para reproducirse.

- Se expuso al grupo los productos obtenidos (mantas, encuestas, carteles, trípticos, dípticos, etc) a fin de que el equipo diera el visto bueno a los mismos o bien se realizaran las modificaciones pertinentes de acuerdo al criterio del equipo multidisciplinario.

- Se entregaron los impresos originales de los promociónales así como un C.D. en donde se incluía toda la información al Lic. Heriberto Gómez Gaytan, representante de la Lic. Nancy Belinda González Vargas.

- Se elaboró el croquis de AGEB 018-8 indicando el recorrido a realizar, los puntos en donde se colocaron las mantas así como listado de domicilios, el listado de las direcciones de los negocios , hoja de indicaciones para promociónales y los domicilios de las escuelas.

GUION PARA EL ROTAFOLIO

- Riesgo
- Riesgo reproductivo
- Factores de riesgo
- Factores de riesgo durante el embarazo
- Factores de riesgo durante el puerperio
- Nutrientes y vacunas.
- Importancia del ácido fólico
- Importancia del calcio
- La importancia de acudir al odontólogo
- Promoción a la salud
- Mensaje final.

3.5.2 EJECUCIÓN

- Responsables de esta actividad :
L.E.O Ordóñez Alemán María Esther
T.A.P.S. Santa Maria Cristina
ESTAD. González Pedraza Adrián.

HORARIO DEL PLAN DE ACTIVIDADES

HORARIO	ACTIVIDAD
8:00 a 8:30	Registro del personal e indicaciones
8:30 a 9:00	Desplazamiento al AGEB 018-8
9:00 a 9:30	Organización del lugar para iniciar las charlas
9:30 a 12:00	Charlas
12:00 a 12:30	Evaluación del censor pre y pos-evaluación
12:30 a 13:00	Entrega de equipo y espacio físico prestado por la comunidad
13:00 a 13:30	Desplazamiento a la casa de la mujer campesina
13:30 a 14:00	Cierre del día exponiendo experiencias durante las charlas

DIRECCIONES DONDE SE REALIZARON LAS PLATICAS

- Av. Panamericana S/N Fraccionamiento Bonito Ecatepec
- Calle Guadalajara Mz. 5 Lt. 38 A Fraccionamiento Bonito Ecatepec
- Eucalipto No. 25 Col. El arbolito
- Arboleda No. 6 Col. El Arbolito Jajalpa
- Fútbol No 28 Col. Olímpica
- Tezozomoc No. 47 Col. Unidad Jajalpa

3.5.3 Evaluación de la Intervención

- Todos los equipos se trasladaron a la comunidad.
- Se logró la integración de los equipos de trabajo
- Llevar a cabo el recorrido como esta planeado
- Realizar las actividades correspondientes por cada equipo en el sector asignado
- Una vez terminadas las actividades, cada responsable de equipo entregó a la L.E.O María Esther Ordóñez Alemán, responsable de la actividad el censor pre y pos-evaluación
- Cada equipo tubo asignado un sector en el que tuvieron las actividades correspondientes y cada uno de estos equipos contó con un grupo de personas responsables.
- Los equipos debieron contar con su respectivo rotafolio.

Fecha	No. platicas	No de asistentes
9 de junio del 2004	7	98
10 de junio del 2004	12	140

La responsabilidad de esta actividad estuvo a cargo de:

El equipo multidisciplinario participante en la intervención se concentro en la casa de la mujer campesina, a la hora programada, para el registro de su asistencia, donde se les entrego las indicaciones pertinentes además de la entrega de una carpeta con croquis del AGEB 018-8 (Unidad Jajalpa, Olimpica, Arbolito Jajalpa y el fraccionamiento Bonito Ecatepec) donde se indica los lugares donde se realizarán las platicas extramuros.

Se les invito a escuchar la platica con una duración de 2 horas. Estando la gente muy interesada y expresando sus dudas.

En otros sectores se organizaron para adornar con globos y algunas otras manualidades realizadas por los pasantes así como proporcionar regalías a la comunidad participante.

Cabe mencionar que se aplicó el censor pre y pos-evaluación a la comunidad que acudía a las platicas.

A las 11:00 se inicia con la supervisión por el Dr. Serrano, La Lic. Pérez y la Coordinadora Mtra. Liliana González. Realizando un recorrido por todos los sectores.

El día viernes, Durante la espera a la consulta se reforzó a la población sobre las platicas de Riesgo Reproductivo siendo de interés en la población.

3.6 EVALUACIÓN INTEGRAL DEL CASO

Evaluación del Proceso y de Desarrollo del Programa

En toda intervención una estrategia muy importante pare el éxito de la intervención sin duda es la gestión.

Por lo anterior desde el inicio de esta investigación se gestionó la presencia del personal multidisciplinario de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, tanto normativo como operativo, que participararón en la intervención, así como de autoridades del Municipio de Ecatepec y del DIF.

A lo largo de la investigación se realizó esta actividad en múltiples ocasiones, solicitando la Casa de la Mujer campesina para la planeación y organización de la intervención, el apoyo del personal de enfermería (pasante), el apoyo en la reproducción de promociónales, perifoneo, mobiliario, lunch y transporte, al municipio, específicamente con la regiduría 9ª y 18ª.

Actividad que se llevo a cabo con éxito, debido a que lo solicitado se proporciono a tiempo, a excepción del imponderable surgido en el retraso de la entrega de los promociónales.

Cabe mencionar que toda gestión se llevo a cabo por medio de oficios.

-La planeación Estratégica y Diseño Promocional

La planeación estratégica y diseño promocional se llevo a cabo en la semana del 24 al 28 de mayo del 2004.

En esta semana se realizaron las siguientes actividades:

- Se proyectó la carta descriptiva del curso taller de planeación estratégica donde se dio a conocer al equipo multidisciplinario los resultados obtenidos de la investigación. (valoración extensa y focalizada).

- Se organizó mesas de trabajo, con objetivos específicos de acuerdo al modelo operativo de Enfermería en Salud Pública dirigido a la promoción del autocuidado de la salud de las poblaciones.

- Se actualizó al personal de salud sobre el tema de Riesgo reproductivo.

- Se realizó carta descriptiva para la capacitación a pasantes de enfermería

- Se elaboró los instrumentos de control y evaluación.

- Se elaboró los promociónales (manta, cartel, díptico, tríptico, volante y mensaje del globo, censor pre y pos evaluación).

Se concluyo esta fase con la entrega de productos de las mesas de trabajo.

<u>- Capacitación a pasantes de enfermería participantes</u>

En la semana del 31 de mayo al 04 de junio del 2004.

Se realizó taller de capacitación sobre Riesgo Reproductivo a pasantes de enfermería participantes en la intervención, impartido por el personal operativo, de acuerdo a la carta descriptiva.

En esta semana se desarrollaron las siguientes actividades:

- Se formó quipos de trabajo.

- Se impartió diferentes temas sobre Riesgo Reproductivo.

- Se elaboró guión para pláticas de Educación para la salud a población abierta y cautiva (escuelas).

- Se elaboró guión de sociodrama.

- Se elaboró guión para los rotafolios

- Se elaboraron en total 6 rotafolios.

Se concluyó esta fase con la entrega del 100% de los productos.

<u>Intervención operativa</u>

La semana de intervención se llevo a cabo del 07 al 11 de junio del 2004.

1) RECORRIDO: El lunes 7 de junio. Se sensibilizó a través del recorrido general y especifico del AGEB´S 018-8 de la COMUSA Santa María Tulpetlac.

Con la finalidad de que el equipo multidisciplinario participante en la intervención conociera el territorio a intervenir y ubicaran los lugares estratégicos, destinados para la colocación y distribución de promociónales así como los lugares destinados para las pláticas educativas, escuelas y consultorios .

Hubo integración en los equipos de trabajo, logrando el objetivo.

2) PROMOCIONALES: Se sensibilizó para el autocuidado sobre Riesgo Reproductivo a la población mediante información visual y auditiva (perifoneo), proporcionada a través de promociónales (mantas, carteles, y volantes), colocados y distribuidos el martes 8 de junio.

Los trípticos y dípticos se distribuyeron los días 9 y 10 de junio.

Se logró la sensibilización de la población a través de los promociónales.

3) EDUCACIÓN PARA LA SALUD EXTRAMUROS: Se sensibilizó para el autocuidado a través de pláticas educativas sobre Riesgo Reproductivo a la comunidad en general, especialmente a la MEFRE del AGEB´S.

Se entregó encuestas pre y pos, plática, para conocer el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo reproductivo.

Se observó que en las encuestas aplicadas antes de la plática afectivamente carecían de conocimientos sobre los factores de riesgo reproductivo.

Se comprobó con agrado que las encuestas aplicadas posterior a la plática fueron favorables, debido identificaron claramente los factores de riesgo reproductivo.

Se brindaron 36 pláticas con un total de 667 asistentes.

4) EDUCACIÓN PARA LA SALUD INTRAMUROS: (escuelas). Se sensibilizó a la población sobre el autocuidado, a través de pláticas educativas sobre Riesgo Reproductivo, a los alumnos de 5º y 6º grado, el sociodrama se presento a los alumnos de 4º, 5º y 6º grado, se distribuyeron g lobos a los alumnos de 1º, y 2º y 4º grado, se entregaron encuestas a todos los alumnos de la escuela.

Las encuestas se recolectaron al día siguiente.

Recolectando únicamente el 47% reflejando un nivel aceptable de conocimiento sobre los factores de riesgo reproductivo, esto debido a que muchas de las

madres de estos niños habían acudido a las platicas extramuros; por lo cual no devolvieron la encuesta con sus niños, argumentándoles que ya la habían resuelto en el momento de la plática.

Se distribuyeron globos y encuestas a todos los alumnos de los cuatro Kinders.

5) ATENCIÓN DIRECTA POR CONSULTORIA: Se proporcionó atención integral a las MEFRE que así lo demandaban.

En la consulta se realizaron detecciones oportunas de hipertensión diabetes Mellitus, Cáncer de mama, Cervicouterino y revisión odontológica.

Para la realización del Papanicolaou se acopló un consultorio especial donde se canalizó a las mujeres que se realizaron la prueba.

Se proporcionó cartillas de la mujer y del hombre a todas aquellas que acudieron a consulta.

Se logró proporcionar 100 consultas integrales a las MEFRE, 36 consultas odontológicas, así como 46 tomas de Papanicolaou, además también se les proporciono ácido fólico sulfato ferroso, sobres de vida suero oral y preservativos a quien los requería.

Se contó con el apoyo del grupo de PROVAC para inmunización en niños y mujeres embarazadas.

Se logró la meta establecida de proporcionar consultas integrales.

Existió gran interés de la población al manifestar dudas e inquietudes que se pudieron aclarar satisfactoriamente en un ambiente de privacidad y confianza como lo es el consultorio médico, quedando comprometidas a dar seguimiento a su atención en el consultorio correspondiente de Coordinación Municipal de Santa María Tulpetlac.

El equipo multidisciplinario manifestó sentirse satisfecho con los resultados obtenidos en la intervención.

La evaluación del efecto se determinará, si mediante la intervención se obtienen los efectos deseados en el largo plazo, es decir en tres, cinco o más años, al realizar la mediación d e tasas, es decir, si en los resultados se observa disminución de las tasas de mortalidad fetal y perinatal.

4.CONCLUSIONES

El proceso salud – enfermedad, es un (estado, curso o condición) cíclico, y depende del momento histórico y social en que se presente, ya que el medio ambiente, estilos de vida (conducta) y variables del huésped intervienen como factores predisponentes para la aparición de riesgos y daños específicos en una población.

Por lo anterior es importante utilizar el proceso enfermero, ya que se encuentra instrumentado por un proceso sistematizado encaminado a contrarrestar la condición desfavorable de salud; ya sea en la causa o el efecto, con la definición de diagnósticos de enfermería específicos, se facilita la planeación de una intervención acorde a las características del individuo o la población afectada.

La presente investigación permitió conocer características socio-demográficas, económicas y culturales de la comunidad en estudio, para la presunción de un diagnostico en su salud reproductiva y detectar en sus fortalezas y debilidades, una participación activa de la población en las diferentes actividades que se realizaron. por lo que se implemento el modelo operativo de intervención, cumpliéndose el objetivo de desarrollar la agencia de autocuidado,

La aplicación de la teoría de autocuidado de Dorotea Orem en esta investigación de salud Pública, permitió identificar los requisitos de autocuidado insatisfechos en dicha población, los resultados giraron en torno a la falta de conocimientos, haciendo posible la aplicación del sistema de apoyo educativo, obteniendo resultados positivos.

El proporcionarles los elementos teórico-prácticos necesarios al personal responsable del AGEB´S y a pasantes de enfermería adscritos a la misma, se logro la sensibilización de dicho personal operativo y permitió cumplir con el objetivo al fortalecer de la agencia de autocuidado, en la población con riesgo reproductivo de la entidad comunidad en estudio.

El trabajo de forma multidisciplinaria (TAPS, enfermeras, médicos, PESS, autoridades Jurisdiccionales, Estatales, municipales, entre otros) proporciono elementos para consolidar los conocimientos y considerar criterios de la experiencia laboral de cada uno de los participantes, lo que enriqueció el trabajo realizado.

La satisfacción de lo obtenido, faculta poder transmitir experiencia y conocimiento a generaciones presentes y futuras, trascendiendo la primicia de que “el trabajo de campo de manera integral, es medula espinal para la mejor atención de la salud publica”.

5.- SUGERENCIAS

Los estudiantes de la especialidad entreguen productos conforme se vaya avanzando el proceso de investigación para facilitar la diplomación .

La unidad de salud debe dar seguimiento a los problemas encontrados en la comunidad.

Las unidades de primer nivel deben dar mayor énfasis en la aplicación de este modelo operativo de intervención, al aplicar los programas sustantivos de acuerdo a cada comunidad.

Implementar dentro del programa de la especialidad el apoyo de expertos en bioestadística para facilitar y enriquecer el procesamiento de datos de la investigación.

Facilitar el apoyo de publicación de las investigaciones a fin de que estas puedan servir de consulta a generaciones futuras.

6 REFERENCIAS

AGUIRRE GAS, Héctor Gerardo. Calidad de la Atención Médica Bases para su evaluación y mejoramiento continúo. 3ª Ed. Noriega Editores, México, 2002. 387 p.

ALBARRAN GONZALEZ, Selene. Et al. Estudio de institución. Edo. De Méx., Coordinación Municipal Sta. Ma. Tulpetlac. Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. 2004.

ALFARO, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía Práctica. 3ª ed., Barcelona España, Ed. Interamericana Mc. Graw – Hill, 1993.251 p.

ANTOLOGÍA. Favoreciendo habilidades en el educador de la salud: proyecto PAPIME en 223303. México, Ed. ENEO – UNAM. 2004.

ARTEAGA BASURTO, Carlos. et al. Desarrollo Comunitario. México, D.F., ed. UNAM., Escuela de trabajo social, 2001. 347 p.

BALSEIRO ALMARIO, Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Prado, S.A. de C.V., México. D.F., 1991. 216 p.

BELTRAN MACIEL, Francisco Antonio. et al. Proyecto de intervención para Fortalecer la capacidad de autocuidado de la comunidad Granjas Valle de Guadalupe III de la Coordinación Municipal Chamizal perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec en Mayo de 2003. México 2003. 193 p.

BURROGHS, Arlene. Enfermería Maternoinfantil. 7ª ed., México, D.F., Ed. Interamericana, 1999. 613 p.

CANO BUSTAMANTE, Marisela. Et al. Proyecto de intervención para fortalecer la capacidad de autocuidado de las mujeres mayores de 12 años y más de la microregión Olímpica de la Coordinación Municipal de Salud perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec. México, 2001. 140 p.

CARPENITO, Lynda Juall. Diagnóstico de Enfermería. 5ª ed. México, D.F., 2001. 1335 p.

CAVANAGH, Steohen J. Modelo de OREM. Aplicación Práctica. México. Ed. Masson – Salvat. 1993. 167 p.

COLIMON, Kahl- Martín. Fundamentos de Epidemiología. Madrid España, Ed. Ediciones Diaz Santos, 1990. 339 p.

COLOMER, R. Concha. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona España, Ed. Massan, 2000. 225 p.

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMERIA. Código de ética: para Enfermeras y Enfermeros en México. México, D.F., 28 p.

COMPILACIÓN. Introducción a las teorías y modelos de Enfermería . México, 2003 Fotocopiado para uso docente ENEO – UNAM.

CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. México, 1988. 150 p.

DANO SARIANO, Gabriela. Et al. Proyecto de intervención en promoción para la salud de riesgo reproductivo. México, 2002. 100 p.

DE CANALES, Francisca H. et al. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. México, Ed. LIMUSA S.A. de C. V. "c" 1996. 327 p.

DORLAND. Diccionario Médico de bolsillo. 24ª ed., México, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, "c" 1993. 882 p.

HALL, Joanne E. Redding Weaver. Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas. Washinton, D.C., E.U.A., Ed. O.P.S., 1990 (c 1985) 764 p.

HANCHETT, Effie S. Salud de la Comunidad. 2ª. Ed., México, DF., Ed. Limusa, 1981. 199 p.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. Et al. Metodología de la Investigación. México, Ed. Mc. Gran Hill, 1998.501 p.

IYER, Patricia. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 2ª . Ed., México, Ed. Interamericana Mc. Graw Hill.

KOZIER, Barbara, et al. Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica. 4ª ed., México, Ed. Interamericana Mc. Graw Hill, 1993. 1597 p.

KROGER, Axel. et al. Atención Primaria de Salud. 2ª ed. Editorial Pax. México, 1992. 639 p.

L´GAMIZ MATUK, Arnulfo, La estadística y su aplicación en el área de la salud. México. D.F., Ed. Méndez editores, S.A. de C. V., 250 p.

MALAGON, Londoño. La Salud Pública. Colombia, Ed. Panamericana, 2002. 492 p.

MONDRAGON CASTRO, Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. México, Ed. Trillas, S. A. de C.V., 1997. 822 p.

MUNGUÍA ZATARIAN, Irma y Salcedo Aguino. Redacción e Investigación. I Manual de técnicas de investigación documental . 2ª ed. México, Ed. S.E.P. Universidad Pedagógica Nacional. 1985. 233 p.

OREM, Dorotea. E. Modelo de Orem. Concepto de Enfermería en la práctica. México, Ed. Masson Salvat, 1993. 423 p.

PINEAULT M.D. Raynald. La planificación Sanitaria.2ª ed. Barcelona, España. Ed. Masson, S.A. 1995. 382 p.

REBAGLIATO M, et al Metodología de la investigación en epidemiología. Ed. Diaz de Santos, México D.F. 1990. 223 p.

REEDER RN, Sharón J . et al. Enfermería Materno Infantil. 3a ed. Tr De la 17a edicion en Inglés. México, Ed, Interamericana. Mc Graw-Hill, 1995. 1421 p.

ROCHON, Alain. Educación para la salud. Barcelona, España, Ed. Masson, S.A., 1991. 381 p.

ROMO GAMBOA, Carlos E. La mortalidad Materna. Problema de Salud en México. México. 19 p.

RUBIO, C Santiago. Glosario de economía de la salud. Madrid, España, Ed Díaz de Santos, S.A., 1995. 329 p.

RUBIO DOMINGUEZ, Severino. et al. Obstetricia I. México, Ed. ENEO-UNAM. 2001. 510 p.

SANCHEZ ESTRADA. Teresa. et al. Metodología para elaborar estudio de caso. México, DF., 2001. 8 p.

SAN MARTIN, Hernán. Salud y Enfermedad.4ª ed., México, ed. La prensa Medicina mexicana, S.A.1981. 895 p

SECRETARIA DE SALUD. Lineamientos de operación. TAPS. Técnico en Atención Primaria a la Salud. México, 2002. 104 p.

SECRETARIA DE SALUD. Ley General de Salud. México. 1996. 1163 p.

SECRETARIA DE SALUD. Programa de Acción: Salud Reproductiva. México, 2001. 205 p.

SECRETARIA DE SALUD. Programa nacional de Salud 2001-2006. México, 2001. 205 p.

SECRETARIA DE SALUD. Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida. México 71 p.

SECRETARIA DE SALUD. Manual de Atención de Embarazo saludable, parto y puerperio seguro. México, DF., 2001. 60p.

TUIRAN, Rodolfo. et al. Población, planificación familiar y salud reproductiva en México. Cáp. 6. 12 p.

OSTIGUIN MELENDEZ, Rosa María y Velásquez Hernández. Teoría general del déficit de autocuidado. México, Ed. El manual moderno, 2001. 68 p.

APENDICE I

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS POR FAMILIA

OBJETIVO: Conocer las características socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas de la microrregión "Granjas Valle de Guadalupe III" parteneciente a la Coordinación Municipal Chamizal, de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. Cuyos resultados permitirán identificar el nivel de déficit de autocuidado de las Familias existentes hasta Dicimebre del 2002

DATOS DE CONTROL

FOLIO	
FECHA	
No. BRIGADA	
HORA DE INICIO	
RIESGO	

I. IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

1.APELLIDO DE LA FAMILIA	ORIGEN	AREA METROPOLITANA	PROVINCIA
2.DOMICILIO			
3.SECTOR	NUMERO DE CASA	NUMERO DE FAMILIA	
4. TIEMPO DE VIVIR EN ESE DOMICILIO	1. MENOS DE 1 MES	2.1 A 12 MESES	3. 1 AÑO A MAS

II. DATOS ESPECIFÍCOS DE LOS INTEGRANTES

No.	NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	EDAD SEXO		SEGURIDAD SOCIAL							ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	INGRESO DIARIO			INGRESO FAMILIAR ¿CUANTO APORTA?	ÚLTIMO GRADO ESCOLAR	PASATIEMPO	RELIGIÓN
			MASC	FEM	IMSS	ISSSTE	ISEMYM	SEDENA	PARTICU.	OTROS	NINGUNO			1 S. MIN.	2 A 3 S. M	4 A MÁS				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				

III. MUJERES EN EDAD FÉRTIL

IV. INMUNIZACIONES

PLANIFICACIÓN FAMILIAR			CONTROL PRENATAL		ATENCIÓN DEL PUERPERIO		ESQUEMA COMPLETO TD	
SI	NO	¿CUAL?	SI	NO	SI	NO	SI	NO

V. MORTALIDAD EN LOS ÚLTIMO 5 AÑOS

CAUSA DE MUERTE	EDAD SEXO		ATENCIÓN MÉDICA		FECHA DE DEFUNCIÓN
	MAS	FEM	SI	NO	

VI.MORBILIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO DENTRO DEL NÚCLE FAMILIAR

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD SEXO		ENFERMEDAD Y/O DISCAPACIDAD	FECHA DE INICIO	ATENCIÓN MEDICA		
	MASC.	FEM			SI	NO	OTROS

APENDICE II

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE POSGRADO ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC
COORDINACIÓN MUNICIPAL SANTA MARÍA TULPETLAC

OBJETIVO: ***Con enfoque de riesgo reproductivo el presente instrumento tiene como proposito obtener datos que nos permitan asociar los factores de riesgo que probablemente influyan la mortalidad materna y perinatal del Ageb 018-8 de la COMUSASanta Maria Tulpetlac, durante el mes de Mayo del 2004***

INSTRUCCIONES: ***La información de la cédula podrá ser conocida por cualquier persona que la solicite. Elija solamente una respuesta. Grupo de Posgrado.***

NOMBRE._____ DOMICILIO_____
EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____
HORARIO:_____ NIVEL ACADEMICO: _____ RELIGIÓN: _____
DERECHOHABIENCIA Y TIPO_____ HORA DE INICIO: _____

FECHA: _____ FOLIO:_____

PESO _____ TALLA. _____ I.M.C._____
LABSTIX pH____ Proteinas____ Sangre_____ Glucosa_____
DESTROSTIX_____ T/A _____ T/A. M._____
EDEMA _____ FUR_____ FONDO UTERINO_____

1. SABE QUE ES RIESGO REPRODUCTIVO a) Si b) No c) No contesto	☐ 1	D-1d, U-7
2. MENCIONE ASPECTOS QUE USTED CONOZCA DE RIESGO REPRODUCTIVO a) Adecuada b) Inadecuada c) Deficiente 2B. CUAL _____	☐ 2	D-1d, U-7
3. SI TUVIERA UN PROBLEMA DE RIESGO REPRODUCTIVO A A QUIEN ACUDIRIA. _____	☐ 3	D-1d, U-6
4. TIENE VIDA SEXUAL ACTUALMENTE a) Si b) No c) No contesto	☐ 4	D-2, U-6
5. A QUE EDAD INICIO SU VIDA SEXUAL. _____	☐ 5	D-2, U-6-
6. DESDE QUE INICIO VIDA SEXUAL CUANTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO a) Uno b) 2 a 3 c) 4 y más d) No contesto	☐ 6	D-1,U-6
7. LA COMUNICACIÓN QUE TIENE CON SU ACTUAL PAREJA LE SATISFACE a) Si b) No c) No contesto 7B. PORQUE_____	☐ 7	D-1, U-6-8
8. CUANDO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE RIESGO REPRODUCTIVO LO PLATICA CON SU PAREJA a) Si b) No c) No contesto 8.B PORQUE_____	☐ 8	D-1, U-6-8

9. QUE HARIA SI SUPIERA QUE EN ESTE MOMENTO ESTA EMBARAZADA. _____	☐ 9	D-1, U-6,8
10. A QUE DEDICA SU TIEMPO LIBRE a) No tengo tiempo libre b) Manualidades c) Act. Sedentarismo d) Act. Aerobicas e) e) Actividades Sociales	☐ 10	D-1, U-6-8

11. COMO ESTA INTEGRADA SU FAMILIA
_____ 11 D-1, U-6-8

12. CUANTO ES SU INGRESO SEMANAL. _____ 12 U-6,8, D-2

13. DE SU INGRESO CUANTO INVIERTE EN SU SALUD
_____ 13 U-6,8, D-2

14. CONOCE SU TIPO DE SANGRE
a) Si b) No c) No contesto
14B. CUAL._____ 14 U-7

15. TIENE SALIDA DE FLUJO VAGINAL
a) Si b) No c) No contesto
15B. CARACTERÍSTICAS_____ 15 U-7, D-2

16. CUANDO USTED ORINA SIENTE ALGUNA MOLESTIA
a) No b) Si c) No contesto
16B.Cual_____ 16 U-7, D-2

17. HACE CUANTO TIEMPO PRESENTA LA MOLESTIA
_____ 17 U-7, D-2

18. SE HA REALIZADO UN EXÁMEN DE ORINA
a) Si b) No c) No contesto 18 U-7, D-2

19. HA PADECIDO O PEDECE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
a) Si b) No c) No contesto
19B. CUAL_____ 19 U-7, D-2

20. CADA CUANDO MENSTRUA.
a) _____ b) No ha menstruado 20 D-1, D-2

20.B .POR QUE _____
_____

21. PADECE ALGUNA ENFERMERDAD ACTUALMENTE
a) Si b) No c) No contesto
21B Cual_____ 21 U-7, D-2

Si la respuesta es no pase a la pregunta 25

22. ESTA EN TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD CON EL MÉDICO
a) Si b)No c)Ocasionalmente 22 U-7, DS-1

23. TOMA ALGÚN MEDICAMENTO PARA EL CONTROL DE SU ENFERMEDAD
a) Si b)No c)Ocasionalmente
d) No contesto 23 D-1, DS-

24 TOMA ALGUN MEDICAMENTO NO INDICADO POR EL MEDICO
a) SI b)No c)Ocasionalmente d)No contesto 24 D-1, DS-1

25. EDAD EN LA QUE TUVO SU PRIMER EMBARAZO
a) 12-19 años b) 20-30 años c) 31-35 años
d) 36 y más e) No contesto d) ninguno 25 D-1, U-6

26. NÚMERO DE EMBARAZOS
a) 1 b) 2 A 4 c) 5 A MÁS d) No contesto
e) Ninguno 26 D-1, U-7

27. CUANTO TIEMPO TRANSCURRIO DE SU ULTIMO EMBARAZO Y EL ANTERIOR_____ 27 D-1, U-7

28. NÚMERO DE ABORTOS
a) 1 a 2 b) más de 3 c) no contesto
d) ninguno 28 DS-2, U-7

29. HA TENIDO ALGUNA CESAREA

a) Si b) No c) No contesto
29B.CUANTAS_____
29. 2B. FECHA DE LA ÚLTIMA CESAREA_____ ☐ 29 DS-2, U7

30. ALGUNO DE SUS HIJOS PESO MENOS DE 2.500 Kg AL NACER
a) Si b) No c) No contesto
b)Desconoce ☐ 30 DS-2, D-1 U7

31. ALGUNO DE SUS HIJOS NACIO ANTES DE LA FECHA DE PARTO
a) Si b) No c) No contesto ☐ 31 DS-2, D1

32.ALGUNO DE SUS HIJOS MURIO ANTES DE LOS 28 DÍAS DEL PARTO
a) Si b) No c) No contesto d) Ninguno ☐ 32 DS-2, D1

33. SABE QUE SON LAS MALFORMACIONES
a) Si b) No c) No contesto ☐ 33 D-1

34. SABE USTED QUE ALGUNAS MALFORMACIONES PUEDEN PREVENIRSE CON EL CONSUMO DE ACIDO FÓLICO
a) Si b) No c) No contesto ☐ 34 D-1, DS-4

35. HA TENIDO HIJO CON MALFORMACIONES
a) Si b) No c) No contesto
35B. CUAL_____ ☐ 35 D-1, DS-6

36. TUVO ALGUNA COMPLICACIÓN EN SU ÚLTIMO EMBARAZO
a) Si b) No c) No contesto
36B. CUAL._____ ☐ 36 U-7, D-1 DS-2

37. SABE EN QUE MOMENTO SE DEBE EMPEZAR EL CONTROL PRENATAL
a) Si b) No c) No contesto
37B. CUANDO._____ ☐ 37 U-7, D-1 DS-3

38. TUVO CONTROL PRENATAL EN SU ÚLTIMO EMBARAZO
a) Si b) No c) No contesto ☐ 38 U-7, D-1 DS-4

39. MES GESTACIONAL EN QUE INICIO SU CONTROL PRENATAL_____
a) Primer trimestre b) Segundo trimestre c) Tercer trimestre ☐ 39 U-7, D-1 DS-4

40. NÚMERO DE CONSULTAS EN SU ÚLTIMO EMBARAZO
_____ ☐ 40 U-7, D-1 DS-4

41. CON QUIEN LLEVÓ EL CONTROL PRENATAL DE SU ÚLTIMO EMBARAZO
a) Médico especialista b)Médico General
c) Pasante de medicina d)Enfermera
e) Partera f)Desconoce ☐ 41 U-7,D-1 DS-1

42.TUVO COMPLICACIONES DESPUÉS DEL ÚLTIMO PARTO O CESAREA
a) Si b) No c) No contesto
42B CUAL_____ ☐ 42 U-7, D-1 DS-3

43.UTILIZA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO
a) Si b) No c) No contesto
43B.CUAL_____ ☐ 43 U-7, DS-

44. USTED FUMA
a) Si b) No c) Ocasionalmente
d) No contesto ☐ 44 U-7, DS-

45. CONVIVE USTED CON FUMADORES
a) Si b) No c) No contesto ☐ 45 U-1-7

46. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a) Si b) No c) No contesto ☐ U-7,DS-2

	46	U-7,DS-2
47. CONVIVE CON PERSONAS QUE TOMAN BEBIDAS ALCOHOLICAS a) Si b) No c) No contesto	47	U-7,DS-2
48. CONSUME ALGUNA DROGA a) Si b) No c) No contesto	48	U-7,DS-2
49. CONVIVE CON PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS a) Si b) No c) No contesto	49	U-7,DS-
50. QUE DESAYUNO, QUE COMIO Y QUE CENO AYER _____	50	U-3-7
51. CONSUME VERDURAS VERDES a) Si b) No c) No contesto d) Ocasionalmente	51	U-3-7
52. CONSUME FRUTAS a) Si b) No c) No contesto d) Ocasionalmente	52	U-3-7
53.. CONSUME CEREALES a) Si b) No c) No contesto d) Ocasionalmente	53	U-3-7
54. CONSUME DERIVADOS DE LA LECHE a) Si b) No c) No contesto d) Ocasionalmente	54	U-3-7
55. CONSUME ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL a) Si b) No c) No contesto d) Ocasionalmente	55	U-3-7
56. CONSUME REFRESCO a) Si b) No c) No contesto d) Ocasionalmente	56	U-3-7
57. ESTA EMBARAZADA a) Si b) No c) No contesto d) Desconoce	57	U-7,D-1
58. SABE CUAL ES EL SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO A SU DOMICILIO AL QUE PUEDE ACUDIR a) Si b) No c) No contesto 58B. CUAL_____	58	U-7,DS-1
59. SABE COMO LLEGAR A ÉL a) Si b) No c) No contesto	59	U-7,DS-1
(Responda las siguientes preguntas solo si la respuesta anterior es afirmativa)		
60. LLEVA CONTROL PRENATAL a) Si b) No c) No contesto	60	U-7,D-1
61. F.U.R._____ a) 0 a 20 SDG b) 21 a 27 SDG c) 28 a 36 SDG b) 37 a 41 SDG e) 42 y más f) Desconoce	61	U-7
62. DONDE ESTA LLEVANDO SU CONTROL PRENATAL a) IMSS b) ISEMYN c) ISEM d) ISSSTE e) SEDENA f) Particular g) Otros h) Ninguno	62	U-7, D-1 DS-1
63. QUIEN ESTA LLEVANDO SU CONTROL PRENATAL a) Médico General b) Médico Especialista c) Enfermera d) Desconoce e) No contesto	63	U-7, D-1 DS-1
64. CUANTAS CONSULTAS HA TENIDO HASTA EL MOMENTO _____	64	U-7, D-1 DS-1

DS-1

65. SU EMBARAZO FUE DESEADO
a) Si b) No c) No contesto

65B. PORQUE_____

66. CUAL ERA SU PESO ANTES DE EMBARAZARSE
_____

67. SE HA REALIZADO ALGÚN ESTUDIO DE LABORATORIO RELACIONADO CON EL EMBARAZO
a) Si b) No c) No contesto
67B. Cual_____

68. HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS, ACUFENOS, FOSFENOS, CEFALEA, EDEMA DE CARA Y MANOS, SANGRADO TRANSVAGINAL, ORINA OBSCURA, LEUCORREA, LÍQUIDO TRANSVAGINAL Y FIEBRE
a) Si b) No c) No contesto
68B. Cual_____

69. SABE USTED PARA QUE SIRVE EL HIERRO
a) Si b) No c) No contesto
67B. ESPECIFIQUE_____

70. CONSUME HIERRO
a) Si b) No c) No contesto

☐	65	U-6,D-1
☐	66	U-7,D-1
☐	67	U-7,D-1
☐	68	D-1,DS-2
☐	69	U-7,DS-1
☐	70	U-7,DS-1

OBSERVACIONES :_____
_____
_____

HORA DE TERMINO:_____

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

_____
FIRMAS DE CONTROL DE CALIDAD

_____

_____

APENDICE III

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES			
VARIABLE	**INDICADOR**	**PONDERACIÓN**	**ESCALA**
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO			
UNIVERSALES:	Són comunes en todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales y otros. Están asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humanos, y al bienestar general.		
1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.	45. ¿ Convive usted con fumadores?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.			
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.	50.¿Que desayuno, que comio y que ceno ayer?	Abierta	Continua
	51.¿ Consume verduras verdes?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	52.¿Consume Frutas?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	53.¿Consume cereales?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	54.¿ Consume derivados de leche?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	55.¿Consume alimentos de origen animal?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	56.¿ Consume refrescos?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	69.¿Sabe usted para que sirve el hierro?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	69.¿Especifique?	Abierta	Continua
	70.¿Consume Hierro?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.			
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.			
6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.	7. ¿La comunicación que tiene con su actual pareja le satisface?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	7B ¿Por qué?	Abierta	Continua
	8. ¿ Cuando tiene algún problema de riesgo reproductivo lo platica con su pareja?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	8B¿ Porque?	Abierta	Continua
	9. ¿ Que haria si supiera que en este momento esta embarazada?	Abierta	Continua
	10. ¿ A que dedica su tiempo libre?	a) No tengo tiempo libre b) Manualidades c) Sedentarismo d) Act. Aerobicas e)Act. Sociales	Nominal

	11.¿ Como esta integrada su familia?	Abierta	Continua
	12.¿ Cuanto es su ingreso semanal ?	Abierta	Continua
	13.¿ De su ingreso cuanto invierte en su salud?	Abierta	Continua
	14.¿ De su ingreso cuanto invierte en su salud?	Abierta	Continua
	25.¿Edad en la que tuvo su primer embarazo?	a) 12-19 años b)20 a 30 años c) 31 a 35 años d) 36 y mas e)no contesto d) Ninguno	Nominal
	65.¿ Su embarazo fue deseado?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	65B ¿ Porque?	Abierta	Continua
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.	1. ¿ Sabe que es Riesgo Reproductivo? 2.¿ Mencione aspectos que usted conozca de riesgo reproductivo?	a) SI b) No c) No contesto a) Adecuado b) Inadecuado c) Deficiente	Nominal Nominal
	3. ¿Si tuviera un problema de riesgo reproductivo a quién acudiria?	Abierta	Continua
	14. ¿Conoce su tipo de sangre?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	14B ¿ Cuál ?	Abierta	Continua
	15 ¿ Tiene salida de flujo vaginal?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	15B ¿ Caracteristicas ?	Abierta	Continua
	16.¿Cuando usted orina siente alguna molestia?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	16B ¿ Cual?	Abierta	Continua
	17¿ Hace cuanto tiempo presenta la molestia?	Abierta	Continua
	18.¿ Se ha realizado un examen de orina?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	19.¿ Ha padecido o padece infecciones de transmisión sexual?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	19B ¿Cuál?	Abierta	Continua
	21.¿Padece alguna enfermedad actualmente?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	21B.¿Cual?	Abierta	Continua
	22.¿Esta en tratamiento de su enfermedad con el médico?	a) Si b) No c) Ocasionalmente	Nominal
	26.¿ Número de embarazos?	a) 1 b) 2a4 c) 5 y mas d) No contesto e) Ninguno	Nominal
	27.¿Cuanto tiempo transcurrio de su último embarazo y el anterior?	Abierta	Continua
	28.¿Número de abortos?	a)1 a 2 b)mas de 3 c) no contesto d) ninguno	Nominal
	29.¿Ha tenido alguna cesarea?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	29B ¿Cuántas?	Abierta	Continua
	29.2B Fecha de la última cesarea?	Abierta	Continua
	30. ¿Alguno de sus hijos peso menos de 2500 kg. Al nacer?	a) Si b) No c) No contesto b)desconoce	Nominal
	36.¿Tuvo alguna complicación en su último embarazo?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	36B ¿ Cual?	Abierta	Continua
	37.¿Sabe en que momento se debe empezar el control prenatal?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	37B ¿Cuándo?	Abierta	Continua
	38.¿Tuvo control prenatal en su último embarazo?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal

	39.¿ Mes gestacional en el que inicio su control prenatal?	a) primer trimestre b) segundo trimestre c) tercer trimestre	Abierta y Nominal
	40.¿ Número de consultas en su último embarazo?	Abierta	Continua
	41.¿Con quien llevo el control prenatal de su último embarazo?	a)Médico especialista b)Médico General c)Pasante de medicina d)Enfermera e)Partera f) desconoce	Nominal
	42.¿ Tuvo complicaciones después del último parto o cesarea	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	42 B ¿ Cual?	Abierta	Continua
	43. ¿Utiliza algún metodo anticonceptivo?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	43B ¿ Cual?	Abierta	Continua
	44.¿ Usted fuma?	a) Si b) No c) No contesto b) Ocasionalmente	Nominal
	45. ¿ Convive usted con fumadores?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	46.¿Consume bebidas alcoholicas?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	47.¿Convive con personas que toman bebidas alcoholicas?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	48.¿Consume alguna droga?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	49.¿Convive con personas que consume drogas?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	50.¿Que desayuno, que comio y que ceno ayer?	Abierta	Continua
	51.¿ Consume verduras verdes?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	52.¿Consume Frutas?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	53.¿Consume cereales'	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	54.¿ Consume derivados de leche?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	55.¿Consume alimentos de origen animal?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	56.¿ Consume refrescos?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	57.¿ Esta embarazada?	a) Si b) No c) No contesto d) Desconoce	Nominal
	58.¿Sabe cual es el servicio de salud mas cercano a su domicilio al que puede acudir	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	58B.¿ Cual?	Abierta	Continua
	59.¿ Sabe como llegar a el?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	60.¿Lleva control prenatal?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal

	61.¿F.U.R.	a) 0 a 20 SDG b) 21 a 27 SDG c) 28 a 36 SDG d)37 a 41 SDG e)42 y mas f) Desconoce	Abierta y Nominal
	62.¿ Donde esta llevando su control prenatal?	a) IMSS b)ISEMYN c) ISEM d) ISSSTE e)SEDENA f) Particular g)Otros h) Ninguno	Nominal
	63.¿Quien esta llevando su control prenatal?	a) Medico general b)Médico especialista c) Enfermera d)Desconoce e)No contesto	Nominal
	64.¿Cuantas consultas ha tenido hasta el momento?	Abierta	Continua
	66.¿ C ual era su peso antes de embarazarse?	Abierta	Continua
	67.¿Se ha realizado algún estudio de laboratorio relacionado con el embarazo	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	67.B ¿Cuál?	Abierta	Continua
	69.¿Sabe usted para que sirve el hierro?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	69.¿Especifique?	Abierta	Continua
	70.¿Consume Hierro?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal.*	7. ¿La comunicación que tiene con su actual pareja le satisface?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	7B ¿Por qué?	Abierta	Continua
	8. ¿ Cuando tiene algún problema de riesgo reproductivo lo platica con su pareja?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	8B¿ Porque?	Abierta	Continua
	9. ¿ Que haria si supiera que en este momento esta embarazada?	Abierta	Continua
	10.¿ A que dedica su tiempo libre?	a) No tengo tiempo libre b) Manualidades c) Sedentarismo d) Act. Aerobicas e)Act. Sociales	Nominal
	12.¿ Cuanto es su ingreso semanal ?	Abierta	Continua
	13.¿ De su ingreso cuanto invierte en su salud?	Abierta	Continua
Normalidad: Se usa en el sentido de lo que es esencialmente humano y lo que estáe acuerdo con las carcteristicas genéticas y constitucionales y los talentos de los individuos.			
VARIABLE	**INDICADOR**	**PONDERACIÓN**	**ESCALA**
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO:	eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital. (p.ej., prematuridad, embarazo), y eventos que puedn afectar adversamente el desarrollo.		
1. Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento.	1. ¿ Sabe que es Riesgo Reproductivo? 2.¿ Mencione aspectos que usted conosca de riesgo reproductivo?	a) SI b) No c) No contesto a) Adecuado b) Inadecuado c) Deficiente	Nominal Nominal

	3. ¿Si tuviera un problema de riesgo reproductivo a quién acudiria?	Abierta	Continua
	6. ¿Desde que inicio vida sexual cuantas parejas sexuales ha tenido?	a) Uno b) 2 a 3 c) 4 y mas d) No contesto.	Nominal
	7.¿ La comunicación que tiene con su actual pareja le satisface?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	7B. ¿Por qué?	Abierta	Continua
	9. ¿ Que haria si supiera que en este momento esta embarazada?	Abierta	Continua
	10.¿ A que dedica su tiempo libre?	a) No tengo tiempo libre b) Manualidades c) Sedentarismo d) Act. Aerobicos e)Act. Sociales	Nominal
	11.¿ Como esta integrada su familia?	Abierta	Continua
	20.¿ Cada cuando Menstrua?	a) Abierta b) No menstrua	Continua y Nominal
	20B ¿Por qué?	Abierta	Continua
	23.¿ Toma algún medicamento para el control de su enfermedad?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	24.¿Toma algún medicamento no indicado por el medico?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	25.¿Edad en la que tuvo su primer embarazo?	a) 12-19 años b)20 a 30 años c) 31 a 35 años d) 36 y mas e)no contesto d) Ninguno	Nominal
	26.¿ Número de embarazos?	a) 1 b) 2a4 c) 5 y mas d) No contesto e) Ninguno	Nominal
	27.¿Cuanto tiempo transcurrio de su último embarazo y el anterior?	Abierta	Continua
	30. ¿Alguno de sus hijos peso menos de 2500 kg. Al nacer?	a) Si b) No c) No contesto b)desconoce	Nominal
	31.¿Alguno de sus hijos nacio antes de la fecha de parto?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	32.¿Alguno de sus hijos murio durante los 28 días despues del parto?	a) Si b) No c) No contesto d)Ninguno	Nominal
	33.¿Sabe que son las malformaciones?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	34.¿ Sabe usted que algunas malformaciones pueden prevenirse con el consumo de acido fólico?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	35.¿Ha tenido hijos con malformaciones?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	35B ¿ Cual?	Abierta	Continua
	36.¿Tuvo alguna complicación en su último embarazo?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	36B ¿ Cual?	Abierta	Continua
	37.¿Sabe en que momento se debe empezar el control prenatal?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	37B ¿Cuándo?	Abierta	Continua
	38.¿Tuvo control prenatal en su último embarazo?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	39.¿ Mes gestacional en el que inicio su control prenatal?	a) primer trimestre b) segundo trimestre c) tercer trimestre	Abierta y Nominal
	40.¿ Número de consultas en su último embarazo?	Abierta	Continua

	41.¿Con quien llevo el control prenatal de su último embarazo?	a)Médico especialista b)Médico General c)Pasante de medicina d)Enfermera e)Partera f) desconoce	Nominal
	42.¿ Tuvo complicaciones después del último parto o cesarea	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	57.¿ Esta embarazada?	a) Si b) No c) No contesto d) Desconoce	Nominal
	60.¿Lleva control prenatal?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	62.¿ Donde esta llevando su control prenatal?	a) IMSS b)ISEMYN c) ISEM d) ISSSTE e)SEDENA f) Particular	Nominal
	63.¿Quien esta llevando su control prenatal?	a) Medico general b)Médico especialista c) Enfermera d)Desconoce e)No contesto	Nominal
	64.¿Cuantas consultas ha tenido hasta el momento?	Abierta	Continua
	65.¿ Su embarazo fue deseado?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	65B ¿ Porque?	Abierta	Continua
	66.¿ C ual era su peso antes de embarazarse?	Abierta	Continua
	67.¿Se ha realizado algún estudio de laboratorio relacionado con el embarazo	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	67.B ¿Cuál?	Abierta	Continua
	68.¿Ha presentado alguno de estos sintomas Acufenos, fosfenos, cefalea, edema de cara y manos, sangrado transvaginal, orina obscura, leucorrea, líquido transvaginal y fiebre.?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	68B¿Cuál?	Abierta	Continua
2. La etapa de vida neonatal ya sea: a) nacido a término o prematuramente; y b) nacido con un peso normal o bajo peso.	4. ¿Tiene vida sexual actualmente? 5. ¿ A que edad inicio su vida sexual?	a)si b)No c) No contesto Abierta	Nominal Continua
	12.¿ Cuanto es su ingreso semanal ?	Abierta	Continua
	13.¿ De su ingreso cuanto invierte en su salud?	Abierta	Continua
	15 ¿ Tiene salida de flujo vaginal?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	15B ¿ Caracteristicas ?	Abierta	Continua
	16.¿Cuando usted orina siente alguna molestia?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	16B ¿ Cual?	Abierta	Continua
	17¿ Hace cuanto tiempo presenta la molestia?	Abierta	Continua
	18.¿ Se ha realizado un examen de orina?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	19.¿ Ha padecido o padece infecciones de transmisión sexual?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	19B ¿Cuál?	Abierta	Continua
	20.¿ Cada cuando Menstrua?	a) Abierta b) No menstrua	Continua y Nominal

	20B ¿Por qué?	Abierta	Continua
	21.¿Padece alguna enfermedad actualmente?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	21B.¿Cual?	Abierta	Continua
VARIABLE	**INDICADOR**	**PONDERACION**	**ESCALA**
3. Infancia			
4. Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada a la edad adulta.			
5. Las etapas de desarrollo de la edad adulta.			
6. El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.			
DE DESVIACION DE LA SALUD.	Están asociados con defectos constitucionales y géneticos y desviaciones humanas estructurales y funcionales, con sus efectos y con las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.		
1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos y biológicos especificos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patologícos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología humana.	22.¿Esta en tratamiento de su enfermedad con el médico?	a) Si b) No c) Ocasionalmente	Nominal
	64.¿Cuantas consultas ha tenido hasta el momento?	Abierta	Continua
	41.¿Con quien llevo el control prenatal de su último embarazo?	a)Médico especialista b)Médico General c)Pasante de medicina d)Enfermera e)Partera f) desconoce	Nominal
	43. ¿Utiliza algún metodo anticonceptivo?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	43B ¿ Cual?	Abierta	Continua
	44.¿ Usted fuma?	a) Si b) No c) No contesto b) Ocasionalmente	Nominal
	23.¿ Toma algún medicamento para el control de su enfermedad?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	24.¿Toma algún medicamento no indicado por el medico?	a) Si b) No c) Ocasionalmente d) No contesto	Nominal
	58.¿Sabe cual es el servicio de salud mas cercano a su domicilio al que puede acudir	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	58B.¿ Cual?	Abierta	Continua
	59.¿ Sabe como llegar a el?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	62.¿ Donde esta llevando su control prenatal?	a) IMSS b)ISEMYN c) ISEM d) ISSSTE e)SEDENA f) Particular g)Otros h) Ninguno	Nominal
	63.¿Quien esta llevando su control prenatal?	a) Medico general b)Médico especialista c) Enfermera d)Desconoce e)No contesto	Nominal

2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.	28.¿Número de abortos?	a)1 a 2 b)mas de 3 c) no contesto d) ninguno	Nominal
	29.¿Ha tenido alguna cesarea?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	29B ¿Cuántas?	Abierta	Continua
	29.2B Fecha de la última cesarea?	Abierta	Continua
	30. ¿Alguno de sus hijos peso menos de 2500 kg. Al nacer?	a) Si b) No c) No contesto b)desconoce	Nominal
	31.¿Alguno de sus hijos nacio antes de la fecha de parto?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	32.¿Alguno de sus hijos murio durante los 28 días despues del parto?	a) Si b) No c) No contesto d)Ninguno	Nominal
	36.¿Tuvo alguna complicación en su último embarazo?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	36B ¿ Cual?	Abierta	Continua
	46.¿Consume bebidas alcoholicas?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	47.¿Convive con personas que toman bebidas alcoholicas?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	48.¿Consume alguna droga?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	49.¿Convive con personas que consume drogas?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	68.¿Ha presentado alguno de estos sintomas Acufenos, fosfenos, cefalea, edema de cara y manos, sangrado transvaginal, orina obscura, leucorrea, líquido transvaginal y fiebre.?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	68B¿Cuál?	Abierta	Continua
3. Llevar acabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología a la propia patologia o a la regulación del funcionamiento humano integrado a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.	37.¿Sabe en que momento se debe empezar el control prenatal?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	42.¿ Tuvo complicaciones después del último parto o cesarea	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	42.¿ Cual?	Abierta	Continua
4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro incluyendo los efectos sobre el desarrollo.	37B ¿Cuándo?	Abierta	Continua
	38.¿Tuvo control prenatal en su último embarazo?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	39.¿ Mes gestacional en el que inicio su control prenatal?	a) primer trimestre b) segundo trimestre c) tercer trimestre	Abierta y Nominal

	40.¿ Número de consultas en su último embarazo?	Abierta	Continua
5. Modificar el autoconcepto (y la imagen) para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas especificas de cuidados de la salud.			
6. A prender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnósticos y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado.	35.¿Ha tenido hijos con malformaciones?	a) Si b) No c) No contesto	Nominal
	35B ¿ Cual?	Abierta	Continua

APENDICE IV

CRITERIOS DE VALIDEZ

N	ITEM	RIESGO	OR MORB.	OR MORT.	OREM			OBSERVACIONES
					U	D	DS	
	Edad	Embarazarse antes de los 18 y después de los 36 años	28.9	2.9	7	1.2		Hallazgos: Las mujeres entre los 20 y 24 años de edad tienen el 28.9 OR de enfermar con énfasis en embarazadas con 26 OR.
	Estado Civil	Las solteras y las divorciadas	4.34	-	6	1		Hallazgo: Las mujeres casadas tienen el 4.3 veces OR de enfermar.
	Ocupación	Las mujeres incorporadas a la fuerza laboral	7.4	-	6.8	1.2		Hallazgo Las mujeres que se ocupan en labores del hogar tienen 6.3 OR de enfermar.
	Horario de trabajo	Trabajar más de 8 horas	5.8	1.8	5.7			Hallazgo: Las mujeres que no perciben un salario, es decir las que trabajan en el hogar tienen 5.8 OR de enfermar.
	Nivel Académico	Menor nivel académico	26	-				
	Derechohabiencia	Las que no cuentan con seguro médico						

CRITERIOS DE VALIDEZ

N	ITEM	RIESGO	OR MORB.	OR MORT.	OREM			OBSERVACIONES
					U	D	DS	
	IMC	IMC Mayor de 30	8.9		5		5	
1	Conocimiento sobre riesgo reproductivo	Información inadecuada y deficiente	8.2	3.1	7	1		
4	Vida Sexual activa	Vida sexual activa	4	-	6	2	-	Hallazgo: Las mujeres que no tienen vida sexual activamente tienen 4 veces OR de enfermar durante la etapa reproductiva.
5	Edad de inicio de vida Sexual	Inicio de vida sexual activa antes de 19 años	11.4	2.9	6	2		
6	Numero de parejas sexuales	Mas de una pareja sexual	3.5	-	6.7	1	-	
7	Comunicación con su pareja	Falta de comunicación.	5.6	-	6.8	1	-	Hallazgo Las mujeres que si les satisface la comunicación con su pareja tiene el 5.6 veces OR de en enfermar

CRITERIOS DE VALIDEZ

N	ITEM	RIESGO	OR MORB.	OR MORT.	OREM			OBSERVACIONES
					U	D	DS	
8	Comunicación con su pareja específicamente sobre riesgo reproductivo	Falta de comunicación en lo referente a riesgo reproductivo	3.8	-	6,8	1		
9	Actitud ante el embarazo	Rechazo al embarazo	3.6	-	6,8	1	-	Hallazgo: Las mujeres que les daría gusto tienen el 7.4 OR de enfermarse, y las que lo aceptarían el 3.6 OR de enfermar y el 2.4 de morir
10	Actividad en el tiempo libre	Sedentarismo	13.7	1.1	5,6,8	1	-	
11	Tipo de familia	Familia extensa	6.7	3.8	6	1	-	
12	Ingreso Familiar semanal	Menos de 2 salarios mínimos	-	-	6,8	2	-	Hallazgo: Las familias con un ingreso de cuatro salarios o más tienen el 7 OR de enfermar.
13	Inversión en salud	No invertir en salud			6,8	2		

CRITERIOS DE VALIDEZ

N	ITEM	RIESGO	OR MORB.	OR MORT.	OREM			OBSERVACIONES
					U	D	DS	
15	Flujo vaginal	Presencia de Flujo vaginal	13	-	7	2	-	
16	Molestias al Miccionar	Infección de vías urinarias	4.1		7	2		
19	Enfermedades de transmisión sexual	Que exista algún microorganismo patógeno que pueda desencadenar alguna ETS	5.2	-	7	2	1,3,4	
20	Ciclo menstrual	Ciclo menstrual irregular	-	-	-	1,2	1,3,4	Hallazgo: Las mujeres que menstrúan regularmente tienen el 2.5 OR de enfermar
21	Enfermedad	Que padecen alguna enfermedad	2.6	1.2	7	-	-	
22	Tratamiento de la enfermedad	No están en tratamiento médico	8.5	-	7		1	

CRITERIO DE VALIDEZ

N	ITEM	RIESGO	OR MORB.	OR MORT.	OREM			OBSERVACIONES
					U	D	DS	
24	Ingesta de medicamento no indicado por el medico	Automedicación	16.6			1	1	
25	Edad del primer embarazo	Embarazarse antes de los 18 y después de los 35 años de edad				1	1	Hallazgo: Las mujeres en relación a la edad de su primer embarazo es de7.10 presentándose el mayor riesgo entre los 20 a 35 años de edad.
26	Número de embarazos	Mas de 4 embarazos	-	-	7	1		
27	Periodo Intergenésico	Menor de ¿?en parto y cesárea	-	-	7	1		Hallazgo: Las mujeres que tuvieron periodo intergenésico de 3 a 6 años tienen un 2.1 OR
28	Abortos	Antecedentes de aborto	3.45	-	7	2	2	Hallazgo: Las mujeres que no han abortado tienen 8.7OR de enfermar
29	Cesáreas	Antecedentes de cesárea	8.45		7	2	2	

CRITERIOS DE VALIDEZ

N	ITEM	RIESGO	OR MORB.	OR MORT.	OREM			OBSERVACIONES
					U	D	DS	
30	Hijo menor de 2,500 kg al nacer	Productos de menos de 2500 Kg al nacer	-	2.9	7	1	2	Hallazgo Las mujeres que no han tenido productos con peso menor de 2500Kg tienen 6.4 OR de enfermar y 1.5 de morir
31	Productos preterminos	Productos que nazcan entre la semana 22 y 37 semanas de gestación.	3.3	-		1	2	Hallazgo: Las mujeres que nunca han tenido productos pretermino tiene 7.5 OR de enfermar.
32	Muerte perinatal	Que el producto muera antes de los 28 días después del parto	12	-		1	2	
34	Conocimiento sobre malformaciones	Que no conozca como prevenir las malformaciones	1.5			1	4	
35	Hijo con malformaciones	Que existan malformaciones en el producto	2	4	7	1	5,6	
36	Complicaciones durante el último embarazo	Presencia de alguna complicación en el embarazo	-	2.9	7	1	2	Hallazgo: Que no han tenido complicaciones tienen 2 veces OR de cursar alguna alteración durante el periodo gestacional.

N	ITEM	RIESGO	OR MORB.	OR MORT.	OREM			OBSERVACIONES
					U	D	DS	
37	Conocimiento sobre control prenatal	Que no conozcan cuando se debe iniciar el control prenatal	1.2	1.8	7	1	3	
38	Control prenatal	Que no lleven control prenatal	9.4	6.1	7	1	3	
39	Tiempo en el que se inicia el control prenatal	Que lo inicien en el segundo trimestre del embarazo	9.4		7	1	3,4	
40	Número de consultas prenatal en el último embarazo	Menos de 5 consultas prenatales		4	7	1	3,4	
41	Con quien llevo control prenatal en el último embarazo	Que no lleven consulta prenatal con el especialista (Ginecólogo)	8.6	-	7	4	2,3,4	Hallazgo: Las mujeres que llevaron control prenatal con el especialista presenta el 4.2 OR de enfermar
42	Complicaciones después del último parto o cesárea	Que se presente alguna complicación posparto o poscesarea	1.9	-	7	2	1,2,3,4	

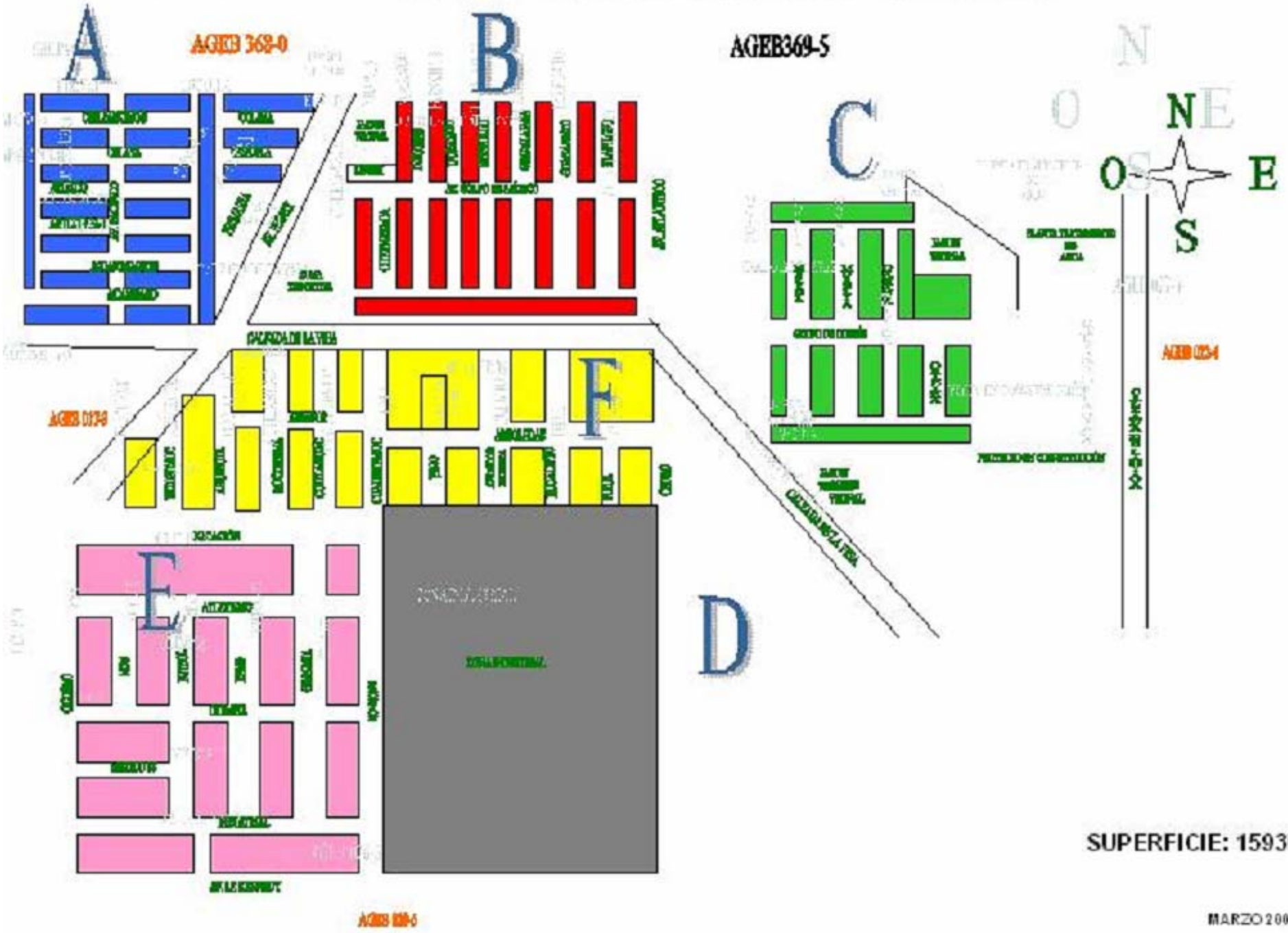
CRITERIOS DE VALIDEZ

N	ITEM	RIESGO	OR MORB.	OR MORT.	OREM			OBSERVACIONES
					U	D	DS	
43	Uso de método anticonceptivo	Que no utilicen algún método anticonceptivos		7.1	7	1	3	
44	Fumar (Activo o pasivo)	Que las MEFRE fumen o convivan con fumadores			7.1		1,2	
46	Consumo de bebidas alcohólicas	Que consuman bebidas alcohólicas	3.5	1.2	7	2	1,2	Hallazgo: Las mujeres que no consumen bebidas alcohólicas presentan 2.2 OR de presentar alteraciones
47	Convivencia con Alcohólicos	Convivir con personas alcohólicas			7,8		3	
48	Consumo de drogas	Consumir drogas			7		5	
49	Convivencia con drogadictos	Convivir con personas drogadictas			7,8			

CRITERIOS DE VALIDEZ

N	ITEM	RIESGO	OR MORB.	OR MORT.	OREM			OBSERVACIONES
					U	D	DS	
50	Alimentación	Que no lleven acabo una alimentación nutritiva y balanceada			3,7			
51	Consumo de verduras verdes	Que no consuman verduras verdes			3,7			
52	Consumo de frutas	Que no consuman frutas			3,7			
53	Consumo de cereales	No consumir cereales			3,7			
54	Consumo de derivados de la leche	No consumir derivados de la leche			3,7			
55	Consumo de alimentos de origen animal	No consumir alimentos de origen animal	4.88		3,7			

JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC
AGEB 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC



MARZO 2004