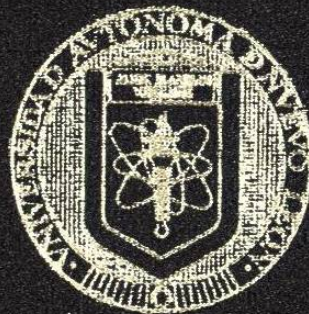


# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO



"ENFERMERIA PROFESIONAL EN LA PREVENCION  
Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS, EN EL  
PRIMER NIVEL DE ATENCION"

AREA METROPOLITANA DE NUEVO LEON, 1991

## TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN  
ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN  
SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. EN ENF. ROSA GAUDENCIA VAIZ BONIFAZ

MONTERREY, N. L.

OCTUBRE DE 1991



TM

Z6675

.N6

FEn

1991

V3



1020072134

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO



"ENFERMERIA PROFESIONAL EN LA PREVENCION  
Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS, EN EL  
PRIMER NIVEL DE ATENCION"

AREA METROPOLITANA DE NUEVO LEON, 1991

T E S I S

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN  
ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN  
SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

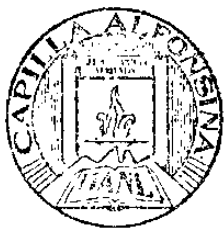
LIC. EN ENF. ROSA GAUDENCIA VAIZ BONIFAZ



MONTERREY, N. L.

OCTUBRE DE 1991

TM  
Z6675  
oN6  
FCu  
1991  
V3



FONDO TESIS

164049

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO

ENFERMERIA PROFESIONAL EN LA PREVENCION Y CONTROL  
DE LA DIABETES MELLITUS, EN EL PRIMER NIVEL DE  
ATENCION. AREA METROPOLITANA DE NUEVO LEON  
MEXICO, 1991.

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA  
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA

LIC. EN ENF. ROSA GAUDENCIA VAIZ BONIFAZ

MONTERREY, N.L.

OCTUBRE DE 1991

ENFERMERIA PROFESIONAL EN LA PREVENCION Y CONTROL DE  
LA DIABETES MELLITUS, EN EL PRIMER NIVEL DE  
ATENCION. AREA METROPOLITANA DE NUEVO LEON  
MEXICO, 1991

ALUMNA:

LIC. EN ENF. ROSA GAUDENCIA VAIZ BONIFAZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO

CO-ASESORA:

LIC. DORA ELIA SILVA LUNA, M.S.P.

MONTERREY, N.L., OCTUBRE DE 1991

NOTA DE APROBACION:

*Aprobada*

COMISION DE TESIS:

*[Signature]*  
LIC. DORA ELIA SILVA LUNA, M.S.P.

*[Signature]*  
LIC. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO

*[Signature]*  
LIC. ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES

MONTERREY, N.L., OCTUBRE DE 1991



## **AGRADECIMIENTO**

A todas las personas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en especial a la Secretaría de Post-Grado, que de una u otra forma colaboraron para la elaboración de este trabajo.

## INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCION.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	6
1.3 MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	7
1.4 DEFINICION DE TERMINOS.....	14
II. METODOLOGIA.....	16
III. RESULTADOS.....	20
IV. DISCUSION DE RESULTADOS.....	43
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
VI. BIBLIOGRAFIA.....	48
CITADA.....	48
CONSULTADA.....	51
VII. ANEXOS.....	53

## I. INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus (DM) , es una de las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con relativa frecuencia en la población adulta mexicana. El mayor peligro lo constituyen las complicaciones, que ocasiona esta enfermedad a nivel de vasos sanguíneos y nervios; estas se presentan si no se cumplen las medidas de prevención y control.

Una de las actividades comprendidas en la atención primaria de salud, se refiere a la educación sobre los principales problemas de salud y métodos de prevención que se deben brindar a la población. Por lo tanto la DM puede ser abordada bajo esa estrategia en el primer nivel de atención por enfermería y las otras disciplinas de la salud.

La Secretaría Estatal de Salud emite políticas y lineamientos que se traducen en planes de acción, que tienen sus bases, en las necesidades de salud de los grupos mayoritarios. Esta Institución reporta que a partir de 1983, la DM se ha situado entre el segundo y tercer lugar de mortalidad en el Estado; en 1989 la tasa de mortalidad alcanzó una cifra de 31.4 por 100,000 habitantes.<sup>(1)</sup>

Respecto a la morbilidad derivada por la DM, según reporte de casos nuevos de la propia Secretaría y de otras Instituciones oficiales como el IMSS, ISSSTE y de los principales establecimientos privados, se observa un ascenso a expensas de los informado en las Instituciones públicas y

y privadas que no pertenecen a la Secretaría de Salud. Para 1989 del total de 14,471 casos registrados, solo el - - 22.8% lo reportó esta última entidad. La tasa de morbilidad por diabetes para este último año fué de 427.4 por - - 100,00 habitantes.<sup>(2)</sup>

En un estudio realizado por el Dr. Ovalle y la Lic. - en Enf. Esther Gallegos, sobre Prevalencia de Diabetes en un Municipio aledaño a Nuevo León, encontraron una cifra de 5.9 por 100,000 habitantes.<sup>(3)</sup>

Steven Leichter, reporta en "EL Programa de Control de Diabetes de Kentucky y la viabilidad del Modelo Piramidal, para la Intervención de la Salud Pública en la Diabetes Mellitus", la importante participación de Enfermería en tres actividades prioritarias: la educación profesional a los - proveedores de salud primaria en diabetes, la educación directa a pacientes y familiares, como también la asesoría a la instituciones de atención a la salud acerca de los servicios de atención y educación a pacientes diabéticos.

El programa consta de un núcleo administrativo, dos -- centros de recursos de sub-especialidad y dieciocho equipos regionales y estos a su vez impartieron apoyo y capacitación a 16,035 profesionales de la salud primaria, los - que educaron a 20,866 pacientes y miembros de familias.<sup>(4)</sup>

Existe variada bibliografía respecto a la magnitud de la DM y la participación de enfermería en la atención primaria, la cual menciona la importancia de la intervención - de estos profesionales.

Así también en visitas realizadas a algunas institu-- ciones de Salud y Facultades de Enfermería del país, se ha



podido observar, que se apoya al primer nivel de atención - enfatizando los problemas prioritarios de salud; pero no se han encontrado estudios publicados que refieran como está participando enfermería en la prevención y control de la DM.

El presente estudio aporta información de la atención de enfermería profesional (en el área estudiada), que permite retroalimentar la práctica de la enfermería comunitaria particularmente en programas de atención primaria como es - el de prevención y control de la DM.

## 1.1 Planteamiento del Problema

Considerando la declaración de Alma Ata (1977), se estima que la función de enfermería debe concentrarse en la promoción de la salud, en su mantenimiento y en la prevención primaria de las enfermedades. En esas acciones se sugiere dar prioridad a la atención de aquellos usuarios que están expuestos a alto riesgo de enfermar y tener en cuenta esas características al establecer prioridades en la atención de las personas, familias y grupos de la comunidad.<sup>(5)</sup>

A partir de la década de los sesenta, se observan incrementos de las enfermedades crónico-degenerativas. Dentro de ellas la DM, que se dan a la par de un aumento en la expectativa de vida, lo que ha ocasionado el incremento de la población en riesgo de adquirirlas. Otros hechos que se dan son el descenso de la mortalidad infantil y de las enfermedades infecciosas.<sup>(6)</sup>

El desarrollo de los programas de prevención secundaria de las enfermedades crónicas, así como de la atención con énfasis en la educación del paciente diabético, sucedieron por los años setenta, pero empezaron a deteriorarse - después de los ochenta por múltiples factores, entre los que se pueden mencionar: las limitaciones de recursos agravada por la crisis económica en la región de las Américas; la existencia de otras prioridades, en especial las que se refieren con la población materno infantil y el progresivo incremento de la industrialización y urbanización, con el aumento asociado de los factores de riesgo mayores para la DM y otras enfermedades crónicas.<sup>(7)</sup>

Los investigadores sostienen que al desconocerse el -

origen de la DM, la aplicación de las medidas preventivas - reduce considerablemente las complicaciones que pueden ser mortales.

En México, desde la década pasada se viene ejecutando a nivel de Centros de Salud, el Programa de Prevención y - Control de la DM, que en la actualidad se lleva a cabo conjuntamente con otros siete programas prioritarios, donde Enfermería interviene por ser miembro del equipo de salud.

La experiencia personal en este tipo de programas, - - primero en Perú y después en el trabajo comunitario en México, permitió observar e identificar una situación similar en cuanto a la participación de enfermería, en la cual: - - existe heterogeneidad en los criterios de enfermería para - brindar atención al paciente diabético; falta de claridad - en el programa y limitaciones para aplicar la atención de enfermería, entre lo mas sobresaliente, lo cual contribuye también, a que el sistema de salud no responda atinadamente a la problemática global de la DM.

Por lo expuesto se consideró importante estudiar:

¿Qué relación existe entre la participación de enfermería profesional y la presencia de algunas facilidades - y/o dificultades en la prevención y control de la Diabetes Mellitus, en los Centros de Salud de primer nivel del área metropolitana de Nuevo León?

Para la cual se establecieron los siguientes objetivos:

## 1.2 Objetivos del Estudio

### OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación que existe entre la participación de enfermería profesional y la presencia de algunas facilidades y/o dificultades, en la prevención y control de la Diabetes Mellitus, en los Centros de Salud de primer nivel del área metropolitana de Nuevo León.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

a) Identificar la participación de enfermería profesional en la prevención y control de la Diabetes Mellitus en los Centros de Salud de primer nivel.

b) Reconocer si algunas facilidades se relacionan con la participación de enfermería profesional en la prevención y control de la Diabetes Mellitus en los Centros de Salud de primer nivel.

c) Indagar si algunas dificultades se relacionan con la participación de enfermería profesional en la prevención y control de la Diabetes Mellitus en los Centros de Salud de primer nivel.



### 1.3 Marco Teórico Conceptual

La Diabetes Mellitus es un trastorno metabólico caracterizado por anormalidades en el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas, frecuentemente acompañado después de un tiempo por las complicaciones específicas micro-macrovasculares y neuropáticas.

El término diabetes se aplica a los trastornos caracterizados por hiperglucemia, es decir, cuando la glucosa - - plasmática venosa es igual o mayor a 115 mg.<sup>(8)</sup>

Según Harrison, las manifestaciones más frecuentes de complicaciones lo constituyen la gangrena de miembros inferiores, la enfermedad cardíaca arterioesclerótica, la ceguera y uremia.<sup>(9)</sup>

En cuanto a la clasificación, se reconocen tres sub-clases clínicas de DM, que son:

Diabetes Tipo I: (Con dependencia de insulina), llamada así porque el páncreas deja de producir insulina o solo la produce en cantidades muy pequeñas; por ser una hormona indispensable para la vida es necesario administrarla.

Aproximadamente le corresponde el 10% de todos los casos.

Diabetes Tipo II: (Sin dependencia de insulina). El páncreas produce algo de insulina, pero ésta no es usada de manera efectiva por el organismo.

Le corresponde el 90% de todos los casos.

Diabetes Secundaria: Asociada a condiciones que elevan la glucosa, enfermedades, medicamentos y síndrome.<sup>(10)</sup>

Aún no se conoce la manera de prevenir la DM tipo I, pero se continua investigando al respecto.

La DM tipo II a menudo puede ser prevenida, cuando la persona mantiene un peso normal y buenas condiciones físicas durante toda la vida.

Se recomienda buscar anormalidades de la glucosa en toda persona con:

- Historia Familiar de Diabetes
- Con obesidad
- Mujeres con morbilidad obstétrica
- Niños macrosómicos (peso al nacer mayor de 4 kg.)
- Todas las mujeres entre la semana 24 o 28 de embarazo.
- Con infecciones frecuentes de piel, genitales o infecciones del tracto urinario.<sup>(11)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda y promueve un enfoque "integrado" en la prevención y control de las causas de morbi-mortalidad de las enfermedades crónicas-degenerativas, como la diabetes, porque sus factores de riesgo mayores están interrelacionados y ampliamente asociados con diferentes categorías de enfermedad.

La educación ha sido el común denominador empleado en todo el mundo junto con otras estrategias para promover la prevención. Con frecuencia se ha encontrado que es más fácil cambiar a la gente que a su medio ambiente.<sup>(12)</sup>

Según Irwing Rosenstock (1966) el realizar un cambio -

en la gente implica un proceso de minimizar las barreras a la acción, aumentar las oportunidades para actuar y proporcionar impulsos para accionar las respuestas deseadas.<sup>(13)</sup>

Pero el grado de éxito de los programas preventivos dependerá del rigor con que sean emprendidas, del grado de -- apoyo financiero que reciban por parte del gobierno y de la fuerza con que se opongan a intereses antagónicos y a otros factores limitantes cuya importancia no ha sido bien comprendida hasta el momento.<sup>(14)</sup>

Los trabajadores de la salud, reconoce a la prevención como un medio sensible y económico que repercute en la reducción de la enfermedad y el costo de la productividad humana.

Es difícil llegar a las raíces de la historia de la prevención, pero en la enfermería profesional comenzó cuando:

1.- Las enfermeras entendieron los procesos de enfermedad, lo suficiente como para poder predecir con cierta certeza el resultado probable de ciertos eventos.

2.- Se dieron cuenta de las fuentes de peligro para la salud en la comunidad.

3.- Aprendieron que pasos dar para evitar resultados indeseables.<sup>(15)</sup>

Actualmente, la atención primaria a la salud, se constituye en base a servicios de primer nivel de atención y de contacto primario, dirigido a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades más comunes.

Como se sabe, el nivel de atención queda definido en relación con las instalaciones y los recursos que se utilizan para la prestación de servicios, y éstos a su vez, tienen relación con el grado de complejidad del daño que atienden y con la frecuencia que suelen presentarse en una población.

Atención primaria y primer nivel no son sinónimos, ya que aquella contiene al primer nivel de atención, pero no a la inversa.

Para contribuir a la implementación de las actividades de la mencionada modalidad de atención, es necesario que el personal de salud en sus diferentes niveles sea capacitado o reeducado, para que se compenetre de la filosofía y objetivos de la atención primaria de salud, para que dejen a un lado concepciones que se orientan a la medicina curativa y hospitalaria.<sup>(16)</sup>

Los profesionales de enfermería que atienden a pacientes crónicos saben por experiencia que disminuido el shock inicial de la fase diagnóstica, el paciente y familia deberán todavía enfrentar las tareas de aprendizaje para la vida individual y familiar.<sup>(17)</sup>

Existen teorías que aportan conocimientos útiles para ayudar a la enfermería en la práctica de monitorear el proceso de adaptación de los pacientes, dar la guía apropiada anticipada a lo largo del proceso y señalar las desviaciones de los patrones usuales, sobre todo al inicio del proceso.



El empleo de la teoría de cronicidad, que se apoya en las contribuciones de las teorías de crisis y del stress individual y familiar, ayuda a identificar y definir las etapas en el proceso de adaptación para delinear las tareas - asociadas a cada etapa.<sup>(18)</sup>

El diagnóstico original ocasiona en el paciente y familia una crisis, un situación para la cual sus patrones usuales de solución de problemas no son adecuados. Esta etapa inicial de adaptación se describe como un período de **desorganización** y **desequilibrio**: se experimentan sentimientos de incredulidad seguidos por períodos de tristeza, ira, culpa y ansiedad a medida que aumenta la conciencia de las implicaciones.

La ayuda de la enfermera, será el propiciar que paciente y familia expresen sus sentimientos acerca del diagnóstico de la enfermedad crónica e indagar acerca de la misma y su manejo. Es importante para ellos poder empezar a - - aprender a tratar la enfermedad.

En un tiempo corto, pasan a una etapa mayor, la de **reorganización**, surge a medida que aprenden formas de adaptarse a la enfermedad y su impacto, y comienzan a recobrar -- cierto equilibrio en sus vidas. Las enfermeras pueden proporcionar información completa, no sólo acerca del diagnóstico y tratamiento, sino también acerca de las formas de - manejar la enfermedad que permitan al paciente y familia -- vivir lo más normalmente posible.

Finalmente surge la etapa de **resolución**, donde se admiten las pérdidas y se acepta una definición nueva de identidad individual y familiar, incorporando la enfermedad.

La ayuda a ofrecer por enfermería es preparar a los -  
pacientes y familiares para el cambio de roles que pueden -  
ocurrir.

Otro criterio a considerar en la planeación y ejecu- -  
ción de actividades de enfermería, son las normas que señala  
el Programa de Prevención y Control de Diabetes Mellitus;  
tales son:

- En coordinación con el Médico y la Trabajadora So- -  
cial o Promotor de la Salud, y con la asesoría del nivel -  
estructural superior, participará en la programación de me-  
tas del programa.

- Verificará la existencia de tiras reactivas y mate-  
rial necesario para efectuar glicemias capilares.

- Realizará mediciones de glicemia capilar a todo in--  
dividuo de 40 años y más que acuda a la unidad por cual- -  
quier motivo.

- Enviará con el médico a toda persona con probabili--  
dad de diabetes de acuerdo a la norma y se asegurará de que  
sea vista el mismo día.

- Participará en la elaboración y organización del -  
tarjetero.

- Revisará el tarjetero, para identificar a los pacienu-  
tes que deban ser localizados para mantenerlos en seguimien-  
to y control, realizando visitas domiciliarias para la re-  
incorporación al programa.

- Impartirá mínimo, una plática mensual de educación - par ala salud enfocada a factors de riesgo de la diabetes - en su área aplicativa.

- Auxiliará al médico en la revisión del enfermo.

- Orientará al paciente y familia sobre el programa de control y seguimiento.

- Promovera y participará en la formación de grupos de diabéticos y en ausencia de personal de trabajo social o - promoción de la salud, se responsabilizará de esta activi--dad.

- Participará en investigaciones de la enfermedad que sean aprobados por las autoridades correspondientes.

- Registrará en el Informe diario de actividades de la enfermera: las glicemias capilares que practique; las plá--ticas; visitas domiciliarias y otras actividades del pro- -grama.

- Participará en la elaboración de los informes mensuales indicados por la superioridad, en coordinación con el - médico y el personal de promoción.

- Participará en las evaluaciones operativas, en coor- dinación con el Médico y el Promotor de la Salud.<sup>(19)</sup>

Cabe señalar que este programa se ejecuta a la par con otros siete programas prioritarios, como son los dirigidos a la población Materno Infantil, a otros problemas crónico-degenerativos, los que también demandan tiempo y recursos - para ser ejecutados.

#### 1.4 Definición de Términos

1.- Participación de Enfermería: Actividades que realiza enfermería profesional para la prevención y control de la Diabetes Mellitus.

2.- Enfermería Profesional: Enfermera(o) General o Licenciada(o) en Enfermería, responsable del Programa de Diabetes en el área de Enfermería de cada Centro de Salud.

3.- Algunas facilidades: Si la enfermera cuenta con: capacitación en atención primaria en los últimos cinco años; personal o estudiantes que colaboran con el profesional de enfermería para la ejecución de actividades de prevención y control de la diabetes; recursos materiales de apoyo a las actividades que ejecute para la prevención y control de la diabetes; colaboración del paciente en el tratamiento y control de la diabetes y colaboración de la familia en el tratamiento y control de la enfermedad.

4.- Algunas dificultades: No contar con: capacitación en atención primaria en los últimos cinco años; personal o estudiantes que colaboren con el profesional de enfermería en la ejecución de actividades de la prevención y control de la diabetes y colaboración de la familia en el tratamiento y control de la enfermedad.

5.- Prevención y control de la Diabetes:

a) Prevención: actividades de promoción y detección de diabetes que se realizan en el Centro de Salud y/o en la comunidad dirigidas a la población que ejecuta el profesional de enfermería en su área de influencia.

b) Control: Actividades que realiza enfermería - para el seguimiento del manejo de la enfermedad en los pacientes diabéticos.

## II. METODOLOGIA

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y observacional

**Universo.** La población estuvo constituida por 79 profesionales de enfermería que laboran en los centros de salud de primer nivel y que corresponden a las cuatro Jurisdicciones de la Secretaría de salud del área metropolitana de Nuevo León.

**Descripción de los instrumentos.** Se diseñaron:

1.- Un cuestionario, cuyas preguntas estuvieron dirigidas a indagar las actividades de enfermería profesional en la prevención y control de la DM; facilidades o recursos para ejecutarlas, así también algunos aspectos del comportamiento de los pacientes y familia ante la enfermedad. (Anexo "A").

2.- Lista de observación de registros, se utilizó para observar los registros que emplea enfermería profesional, - para informar las actividades del programa de DM. (Anexo - "C").

Estos instrumentos fueron aplicados en entrevista individual a cada enfermera en su Centro de Salud.

**Prueba Piloto.** Se realizó del 24 de Junio al 10 de Julio de 1991, para lo cual se entrevistó a 10 enfermeras

seleccionadas al azar de las cuatro Jurisdicciones de Salud.

Los objetivos de la prueba fueron medir el tiempo y - evaluar la comprensión de las pruebas.

Para el cálculo de la muestra se consideró importante la pregunta No. 4: ¿Ha recibido capacitación en atención - primaria de salud en los últimos cinco años? Se obtuvo un 80% de aciertos (p) y 20% de fracaso (q).

**Muestra.** Se determinó a través del estadístico.

$$N = \frac{N pq z^2}{(N-1)d^2 + z^2 pq}$$

Nivel de confianza 95% y 5% de error.

$$N = 79$$

$$p = .8$$

$$q = .2$$

n = Tamaño de la muestra

$$N = \frac{(79)(.8)(.2)(1.96)^2}{(78)(.05) + (1.96)^2 (.8)(.2)} = 59.9 = 60$$

$$n = 60$$

**Marco Muestral.** El número de enfermeras a encuestar por Jurisdicción se determinó tomando como referencia el -- tamaño de la muestra, luego se obtuvo la proporción por -- Jurisdicción y esta se convirtió después en número, quedando de la siguiente manera:

<u>No. de Jurisdicción</u>	<u>Población</u>	<u>Muestra</u>
1	27	20
2	10	9
3	16	12
4	26	19
	79	60

La selección de cada enfermera a entrevistar se realizó en forma aleatoria, usando la tabla de números aleatorios y no se extrajeron reemplazos. Previa a la selección, en cada relación de enfermeras por jurisdicción se les numeró en forma progresiva.

Los datos se obtuvieron del 10 de Julio al 15 de Agosto de 1991, contando con la colaboración de dos Licenciadas en Enfermería, a quienes se les capacitó previamente en el llenado de los cuestionarios.

**Estrategia de Análisis.** El procesamiento de los datos se hizo por computadora; para el análisis estadístico se empleó el programa S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Science) (Anexo "E"), empleando:

- Frecuencias
- Medias
- Prueba de chi cuadrada

**Aspectos Eticos.** Se dirigieron oficios al Secretario de Salud y a la Jefe de Enfermeras del Estado, a través de la Secretaría de Post-Grado, para obtener la relación de los profesionales por centro de salud y jurisdicción, como también la autorización para entrevistas a las enfermeras - -



seleccionadas en los centros de salud.

Antes de aplicar el cuestionario, a cada enfermera se le explicó el objetivo del estudio y se les solicitó su colaboración voluntaria.

El cuestionario fué anónimo, se colocó el nombre del centro de salud para evista repetición.

Los resultados del estudios se darán a conocer a la Jefe de Enfermeras del Estado de Nuevo León.

**Limitaciones al Estudio.** Por razones de tiempo no se pudo considerar en el estudio a pacientes y familia, indirectamente se obtuvieron datos a través de los profesionales de enfermería.

### III. RESULTADOS

La población estudiada fué la mencionada en la sección anterior y a continuación se presentan los hallazgos encontrados.

#### A) Características Generales

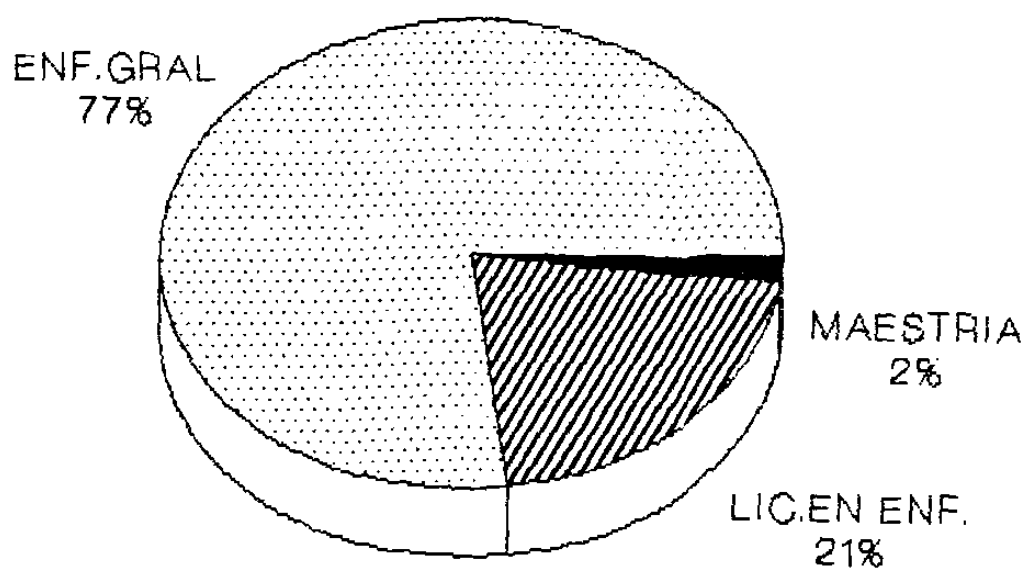
Con respecto a la preparación de los profesionales de enfermería se encontró que el 2% tiene título de maestría, el 21% Lic. en Enfermería y el 77% Enfermería General. (Ver gráfica No. 1)

En relación a los estudios que cursan los profesionales de enfermería en la actualidad, se encontró que el 12% estudia Maestría en Enfermería, Preparatoria o Psicología y el 88% refirió no estudiar actualmente. (Ver gráfica No. 2).

En lo referente a tiempo de laborar en el Centro de Salud el 63% de los profesionales refirió tener entre 4 a 10 años, un 30% entre menos de uno a tres años y sólo un 7% por más de 10 años. (ver gráfica No. 3).

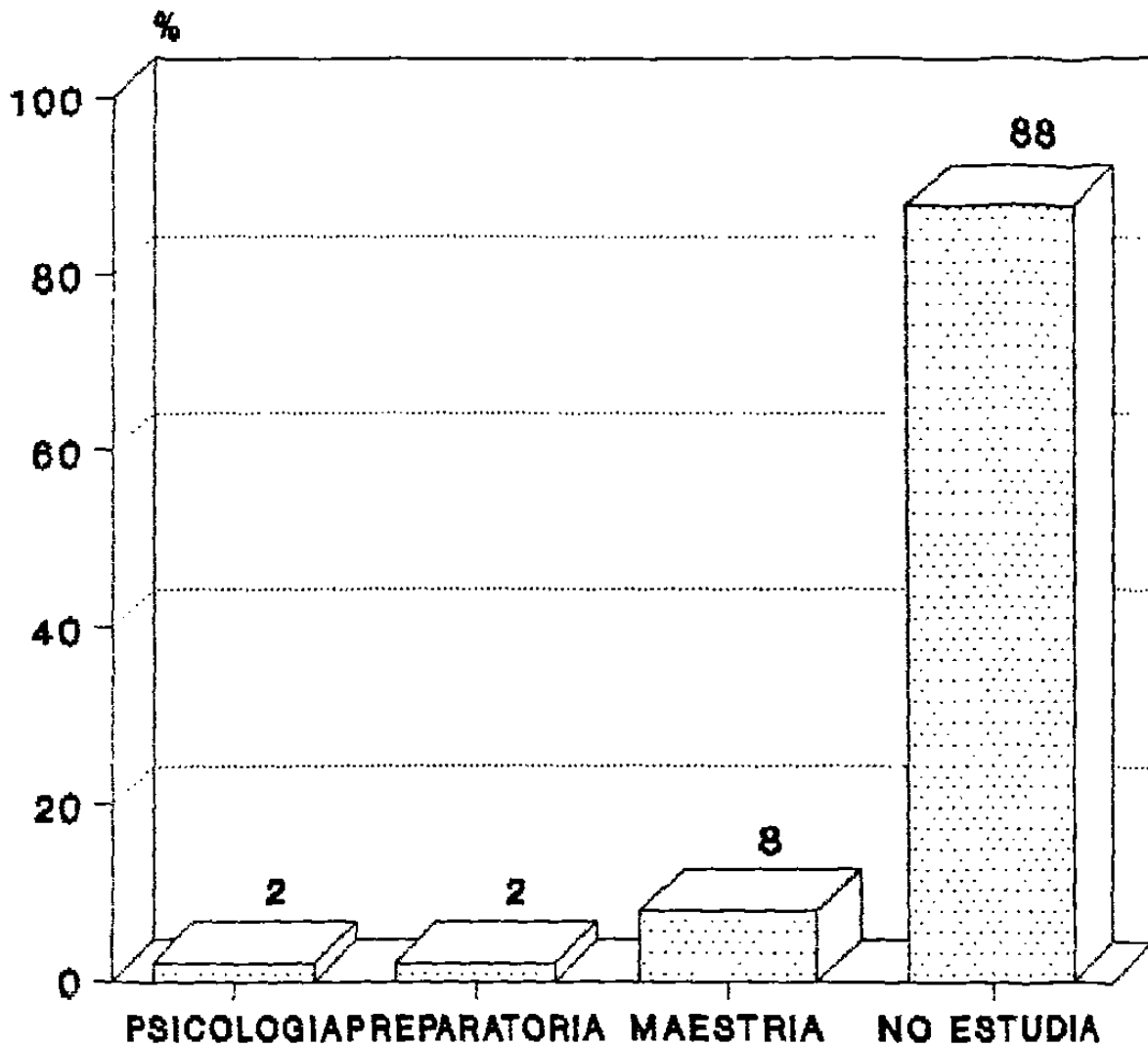
Otra de las características generales estudiadas fue que la capacitación en atención primaria de salud en los últimos 5 años, encontrándose que el 32% no la ha recibido y el 68% refirió contar con dicha capacitación; de esta última proporción el 40% expresó haberla recibido en su formación de estudiante y el 64% en la Secretaría Estatal de Salud. (ver gráfica No. 4)


# GRAFICA No.1 PREPARACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA. (n=60)



F:Cuestionario;Julio-agosto,1991.

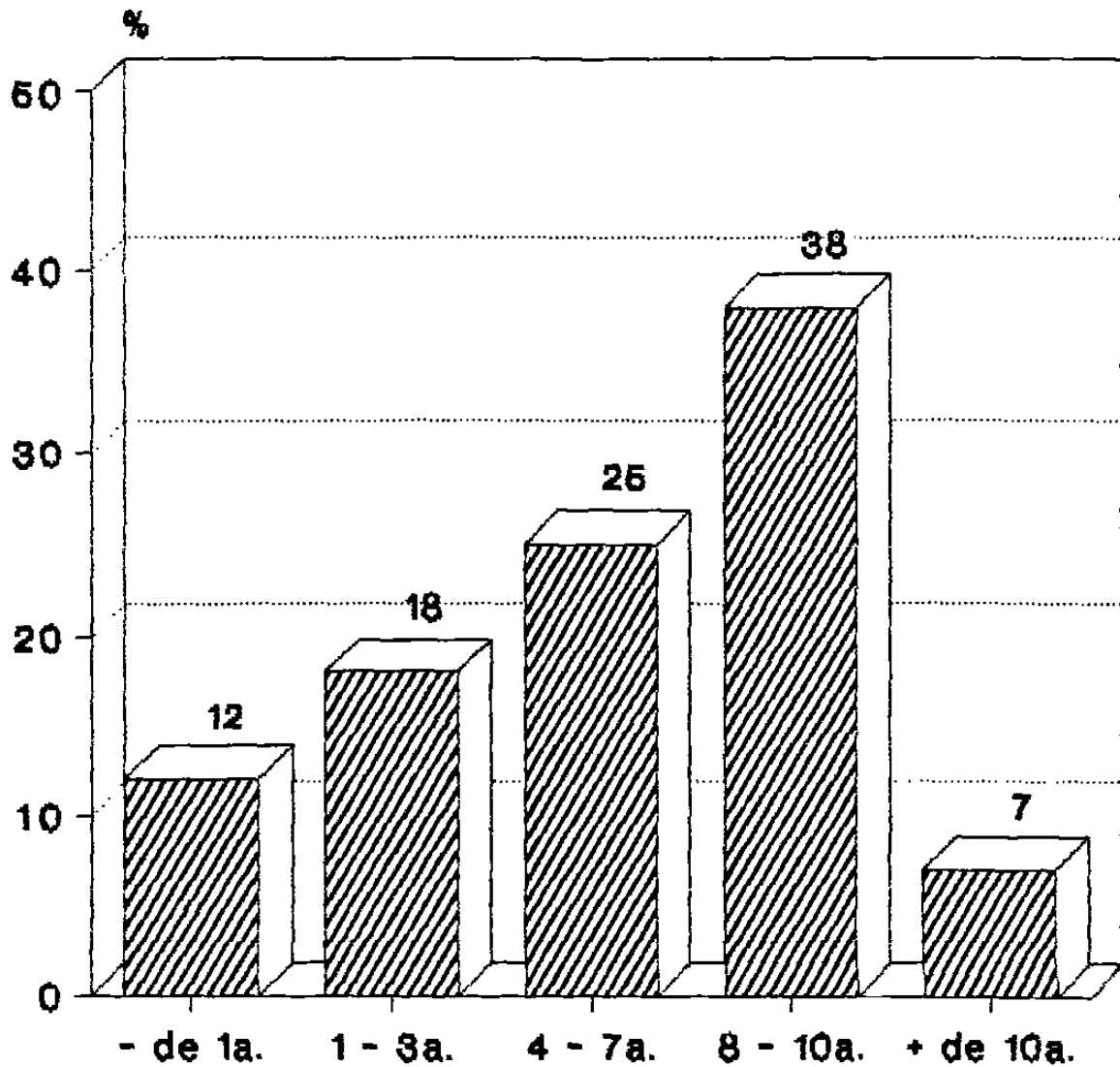
## GRAFICA No.2 PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE ESTUDIAN ACTUALMENTE. (n=60)



 ESTUDIOS ACTUALES

F:Cuestionario, Julio-agosto, 1991.

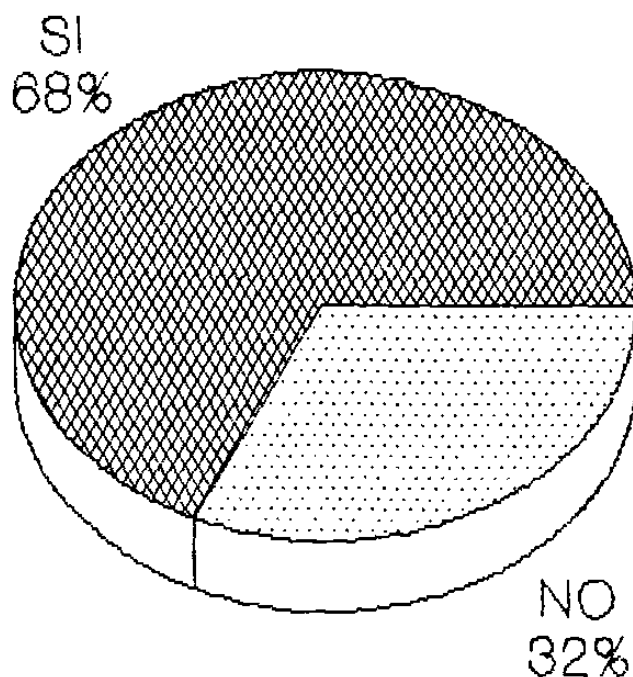
**GRAFICA No.3**  
**TIEMPO DE LABORAR EN EL**  
**CENTRO DE SALUD. (n=60)**



**TIEMPO DE LABORAR**

F: Cuestionario, Julio-agosto, 1991.

**GRAFICA No.4 CAPACITACION EN ATENCION PRIMARIA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LOS ULTIMOS CINCO ANOS. (n=60)**



**F:Cuestionario,Jullo-agosto,1991.**

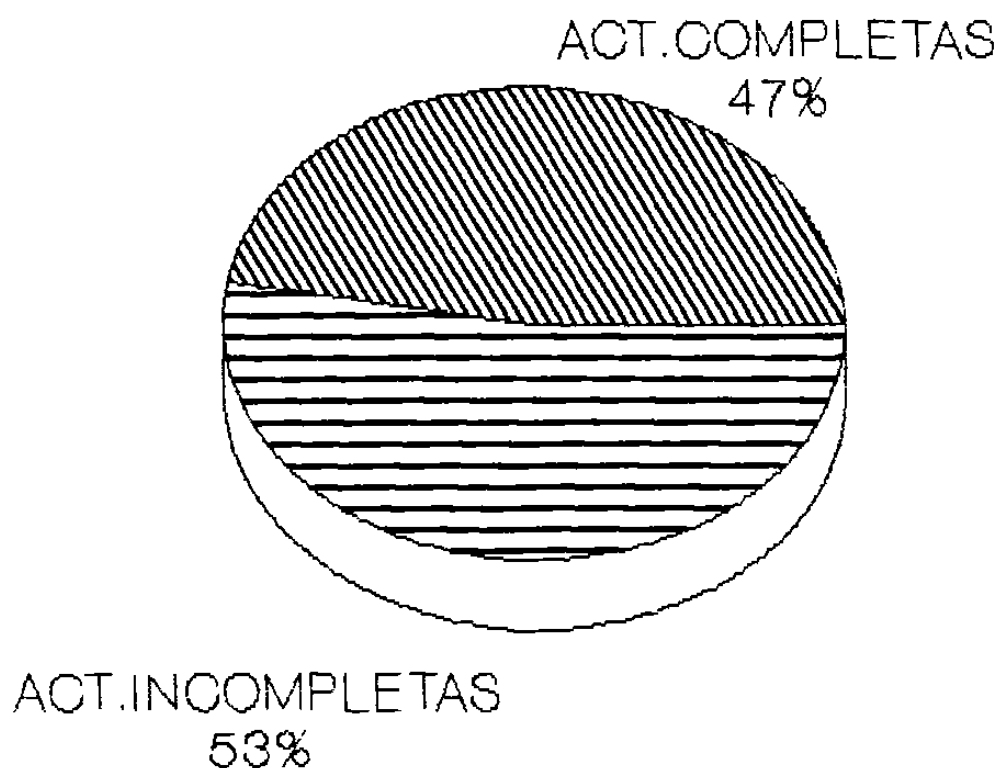
Para conocer las actividades de prevención para la DM, éstas se categorizaron en: actividades completas, (comprendiendo las de promoción y detección en el centro de salud y comunidad) y en actividades incompletas (si deja de hacer una de las actividades mencionadas anteriormente). Dichas categorías se establecieron una vez conocidas las actividades desarrolladas por los profesionales de enfermería estudiadas. Se encontró que el 47% las efectúa en la primera modalidad y el 53% en la segunda. (Ver gráfica No. 5).

Dentro de las actividades de detección, el 100% de la población expresó realizar glicemias capilares y al cuestionarles sobre la disponibilidad de recursos materiales para llevar a cabo la actividad, se encontró que el 67% siempre cuenta con material para realizarla, el 32% se le agota y el 1% refirió pedirlo a otra Institución cuando ya no cuenta con el. (Ver gráfica No. 6).

En lo referente a las actividades de promoción se indagó sobre si se llevaban a cabo pláticas sobre Diabetes Mellitus, encontrando que el 97% de las enfermeras manifestó realizarlas. (Ver gráfica No. 7).

En cuanto a la opinión de los profesionales de enfermería sobre el interés de la familia en el cuidado del paciente diabético, un 22% expresaron que los familiares se interesan por la salud del paciente, un 58% que algunas familias si se interesan y el 20% opinó que no se interesan por el paciente. (Ver gráfica No. 8).

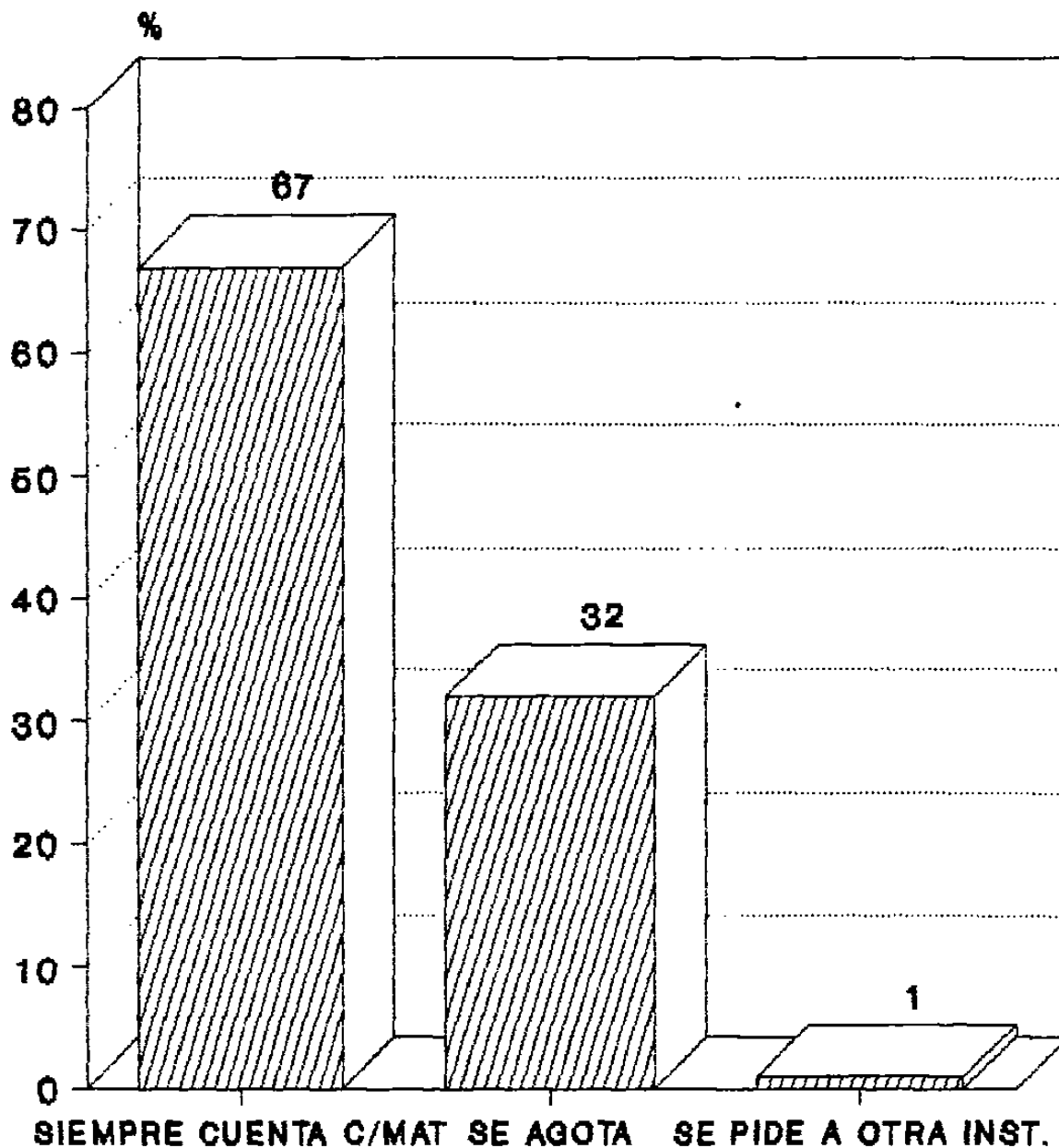
**GRAFICA No.5 ACTIVIDADES DE PREVENCION DE LA DIABETES MELLITUS, REALIZADAS POR EL PROFESIONAL DE ENF. (n=60)**



**F:Cuestionario,Jullo-agosto,1991.**

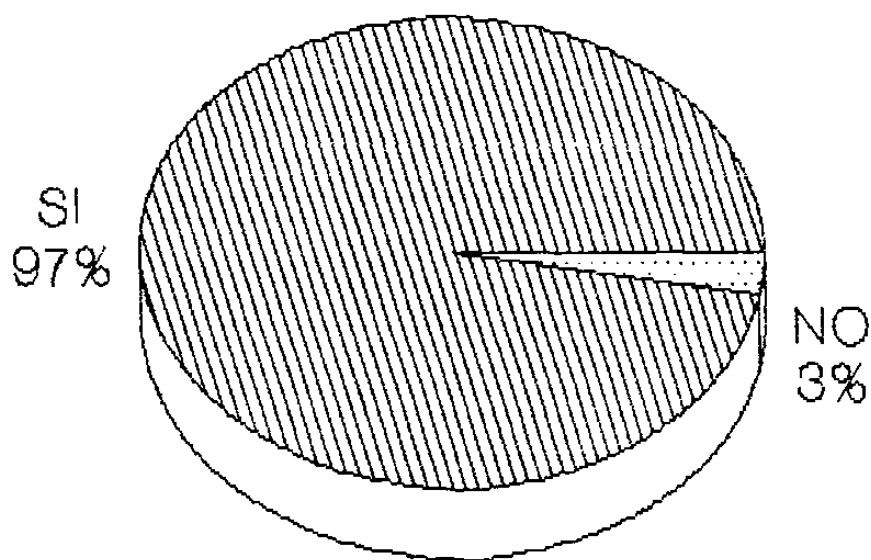


# GRAFICA No.6 DOTACION DE MATERIAL PARA LA REALIZACION DE GLICEMIAS CAPILARES. (n=60)



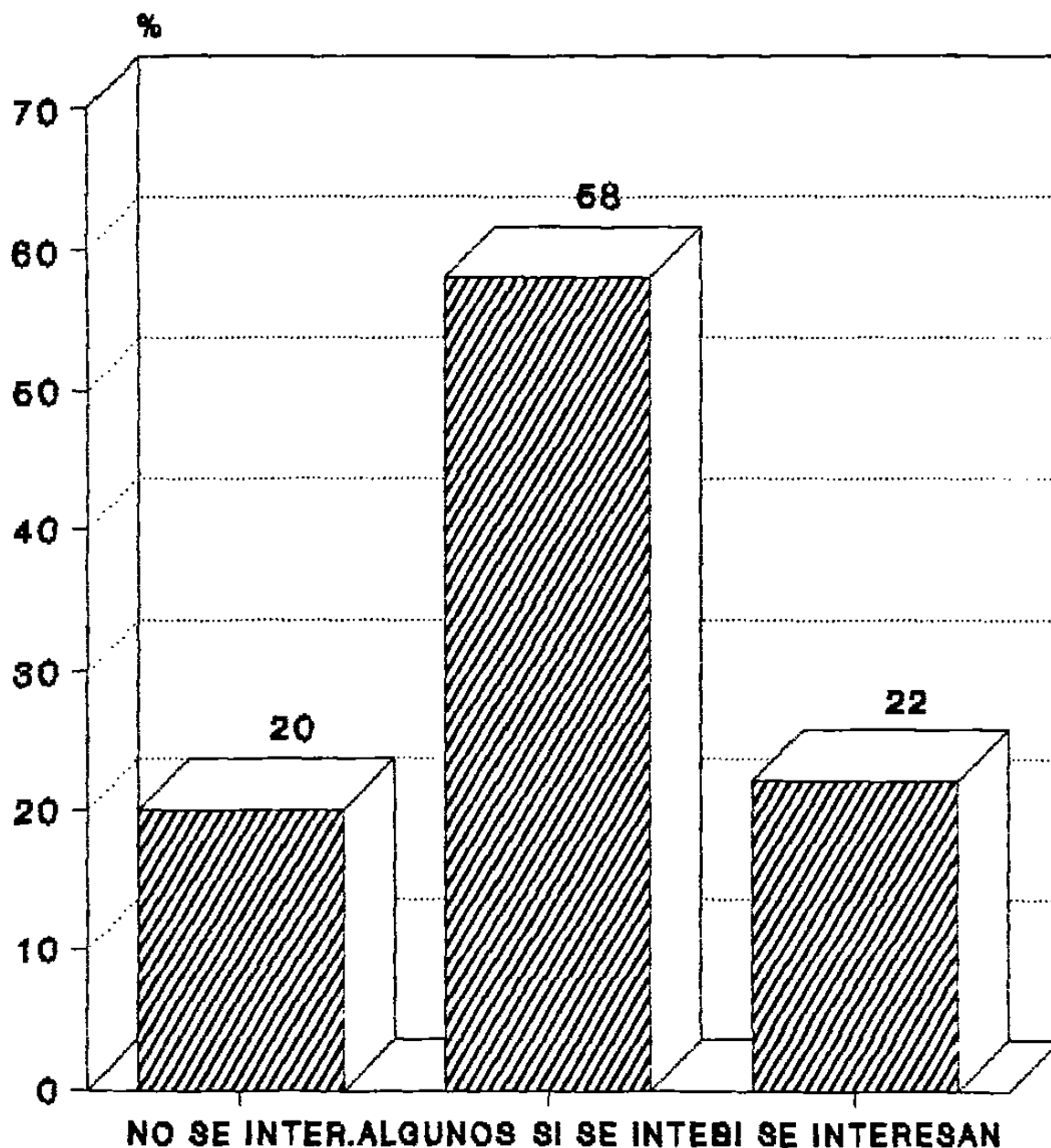
F: Cuestionario, Julio-agosto, 1991.

**GRAFICA No.7 REALIZACION DE PLATICAS DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS.  
(n=60)**



**F: Cuestionario, Julio-agosto, 1991.**

**GRAFICA No.8 OPINION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ACERCA DEL INTERES DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL PAC.DIABETICO. (n=60)**



F: Cuestionario, Julio-agosto, 1991.

## **B) Participación de Enfermería en la prevención y - - control de la Diabetes Mellitus**

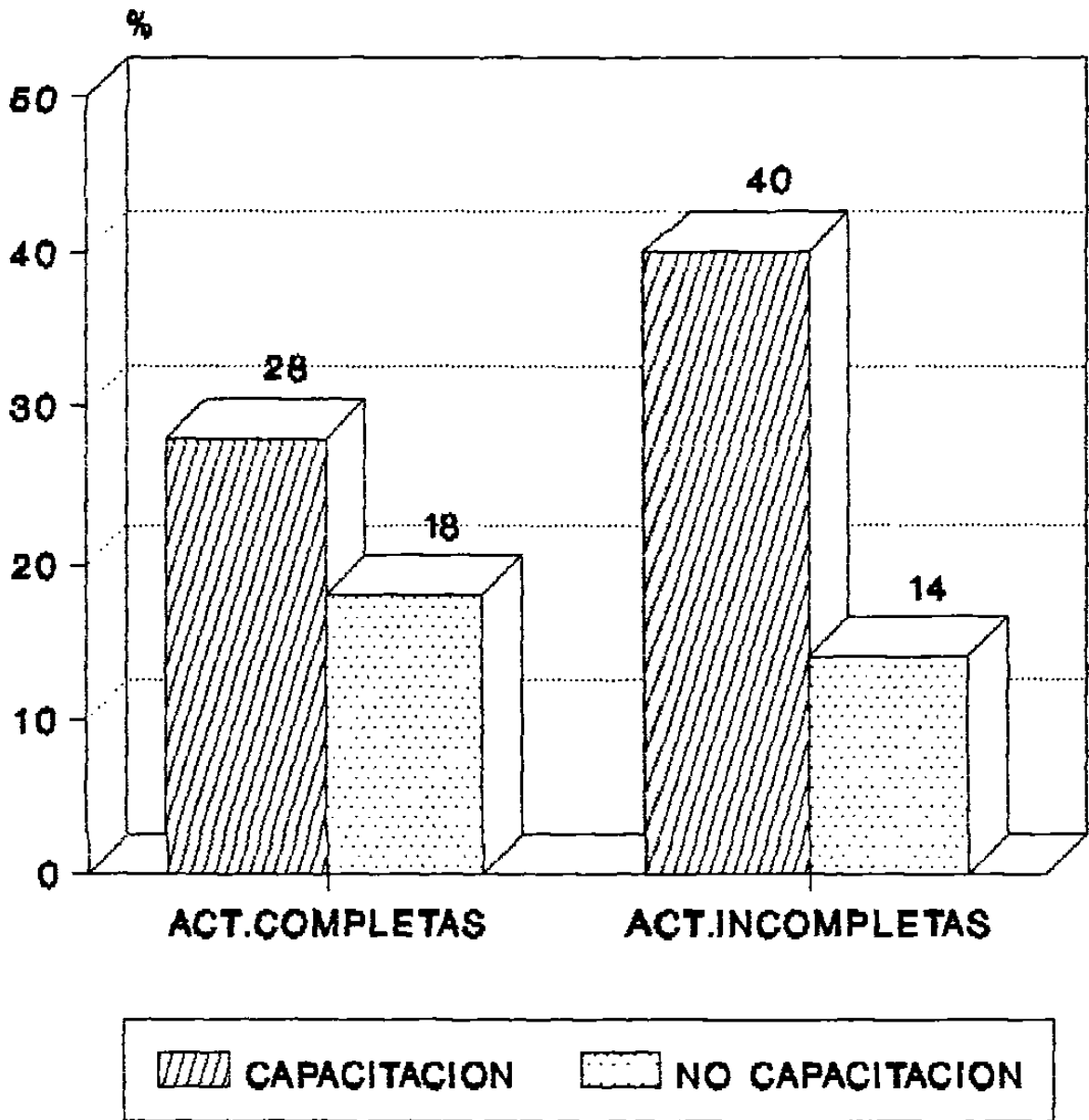
Las actividades de prevención y control que manifestaron realizar las enfermeras, se procedió a relacionarlas con las variables facilidades y dificultades; a continuación se presentan las que resultaron importantes para fines del estudio.

Al aplicar la prueba de la Chi-cuadrada a las variables capacitación del profesional de enfermería en atención primaria y la realización de actividades de prevención para la diabetes; se encontró que dichas variables no muestran una dependencia estadística significativa (.2353). No obstante, como ya se mencionó en párrafos anteriores el 68% - refirió tener capacitación y el 100% realizar las actividades de prevención. (Ver gráfica No. 9).

Llama la atención la proporción de profesionales que teniendo capacitación en atención primaria, realizan actividades de prevención incompletas lo que tal vez sea, entre otras razones, por falta de recursos de apoyo para dichas actividades. Y de la proporción que no teniendo capacitación realizan actividades completas, lo hagan cumpliendo - indicaciones del programa.

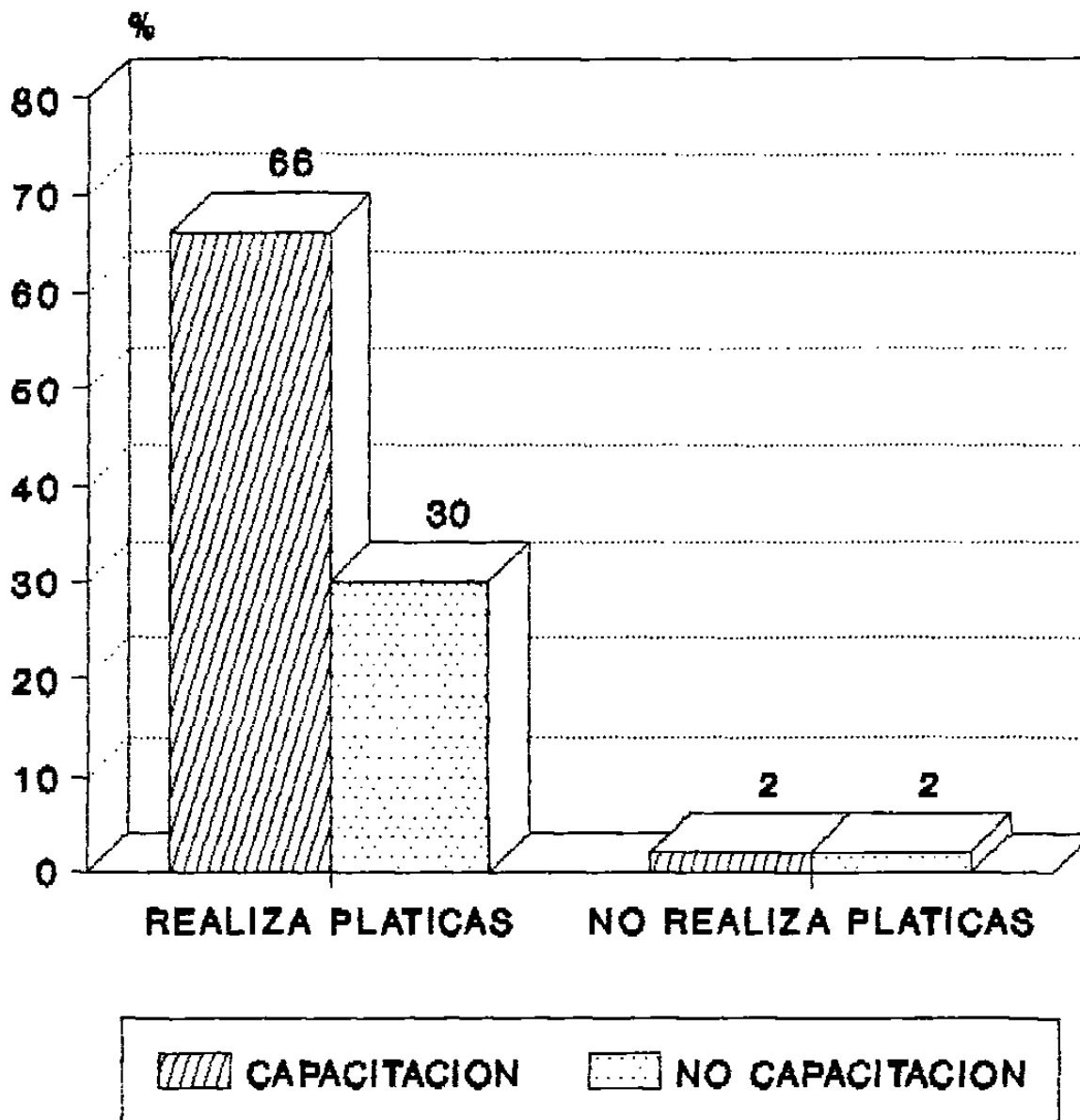
Al confrontar la capacitación en atención primaria en los últimos cinco años, con la realización de pláticas - se encontró que no hay una relación significativa entre ambas variables (.7265). (Ver gráfica No. 10).

## GRAFICA No.9 CAPACITACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN PARA LA DIABETES.



X Calculada=1.4084 .2353  
 Valor crítico=3.8400 .05 (n=60)  
 F:Cuestionario,Julio-agosto,1991.

**GRAFICA No.10**  
**CAPACITACION EN ATENCION PRIMARIA**  
**Y REALIZACION DE PLATICAS. (n=60)**



X Calculada= .63910 .7265  
 Valor critico X= 3.8400 .05  
 F: Cuestionario, Julio-agosto, 1991.

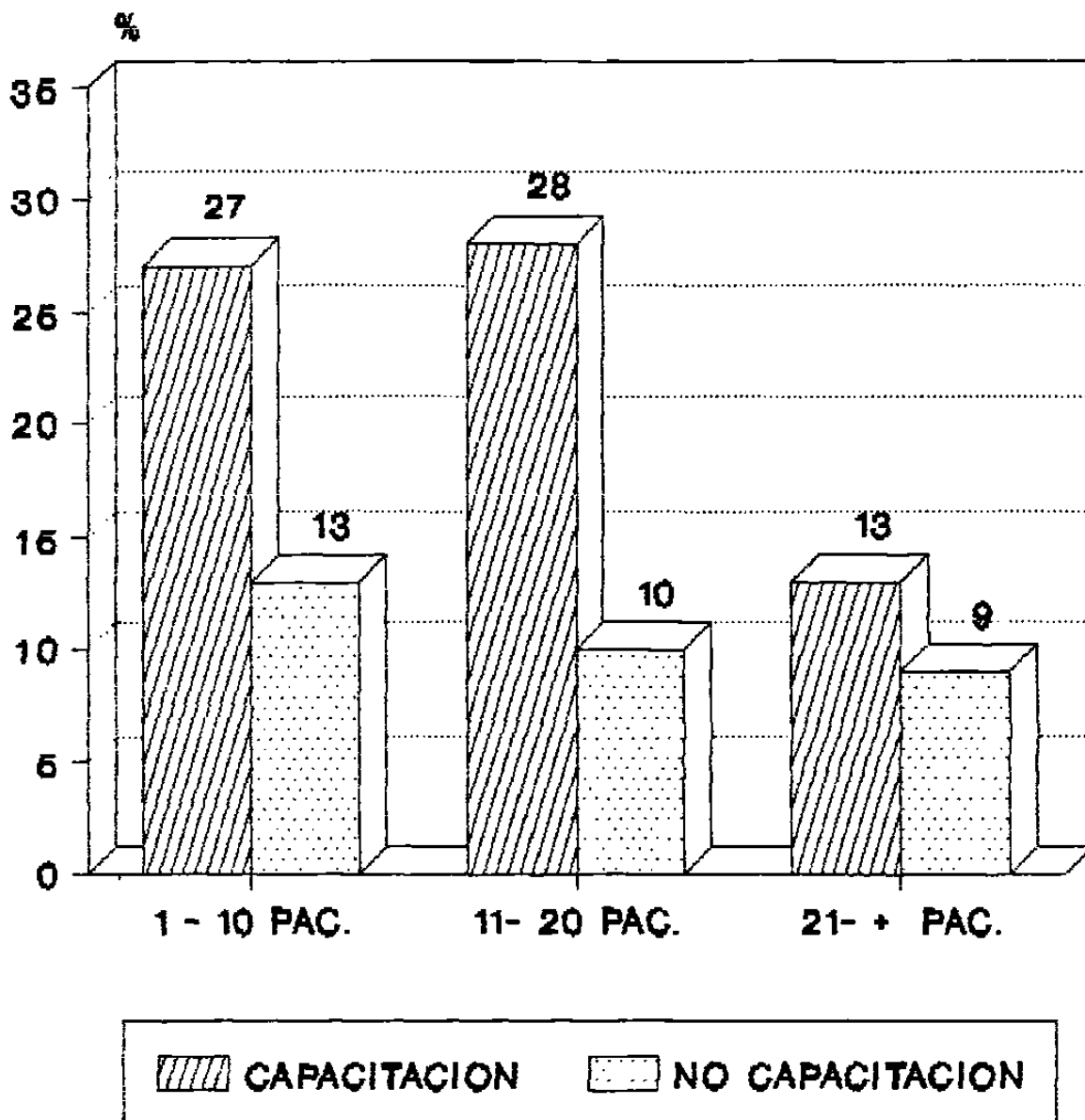
Hallazgo similar se obtuvo al relacionar la capacitación y el número de pacientes registrados en el programa, que es una actividad para el control de la enfermedad. (Ver gráfica No. 11).

Los criterios para realizar la detección de diabetes, mediante la glicemia capilar, que manifestaron aplicar los profesionales de enfermería, se categorizaron en dos: un criterio de edad a personas de 25 a 40 años y un segundo criterio que incluye las edades antes mencionadas y además, el contar con algún factor de riesgo. Ambas categorías se contrastaron con la disponibilidad de recursos materiales, encontrándose una relación estadística significativa entre ambas (.0231). (Ver gráfica No. 12).

Al relacionar esta vez las actividades de prevención y los criterios para realizar las glicemias capilares aplicando la prueba Chi-cuadrada se encontró independencia estadística entre ambas (.0730). (Ver gráfica No. 13).

La realización de pláticas se consideró un indicador sobresaliente de la actividad de prevención, por lo cual se procedió a buscar relación entre su ejecución y la frecuencia de las mismas, encontrándose una relación significativa (.0000). Es decir, a mayor espaciamiento para la realización de las pláticas, mayor resultó la proporción de los profesionales que los ejecutan. (Ver gráfica 14).

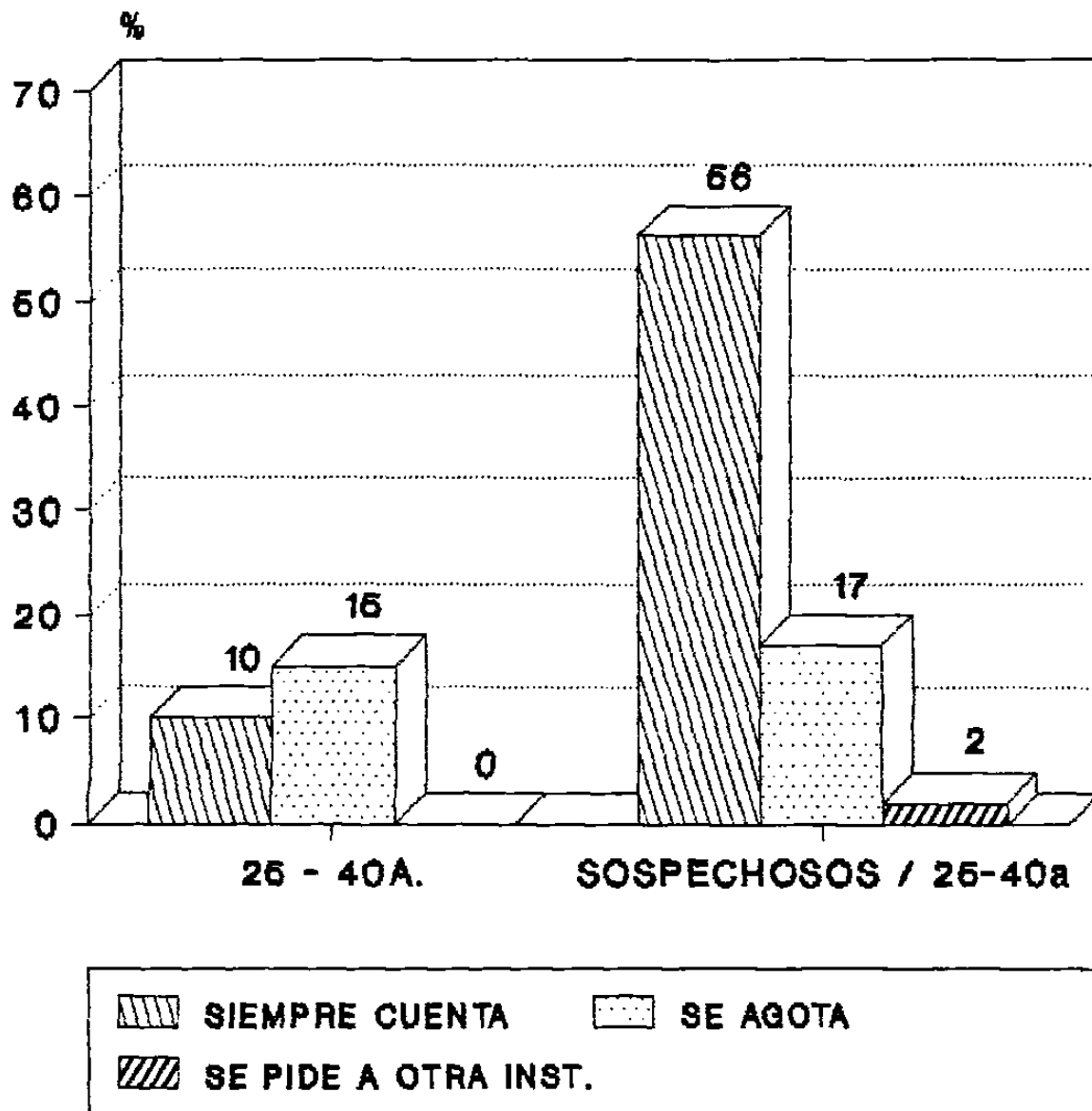
**GRAFICA No.11**  
**CAPACITACION EN ATENCION PRIMARIA Y**  
**No. DE PACIENTES EN EL PROGRAMA.(n=60)**



X Calculada= .63910    .7265  
 Valor critico= 5.9900    .05  
 F:Cuestionario,Jullo-agosto,1991.

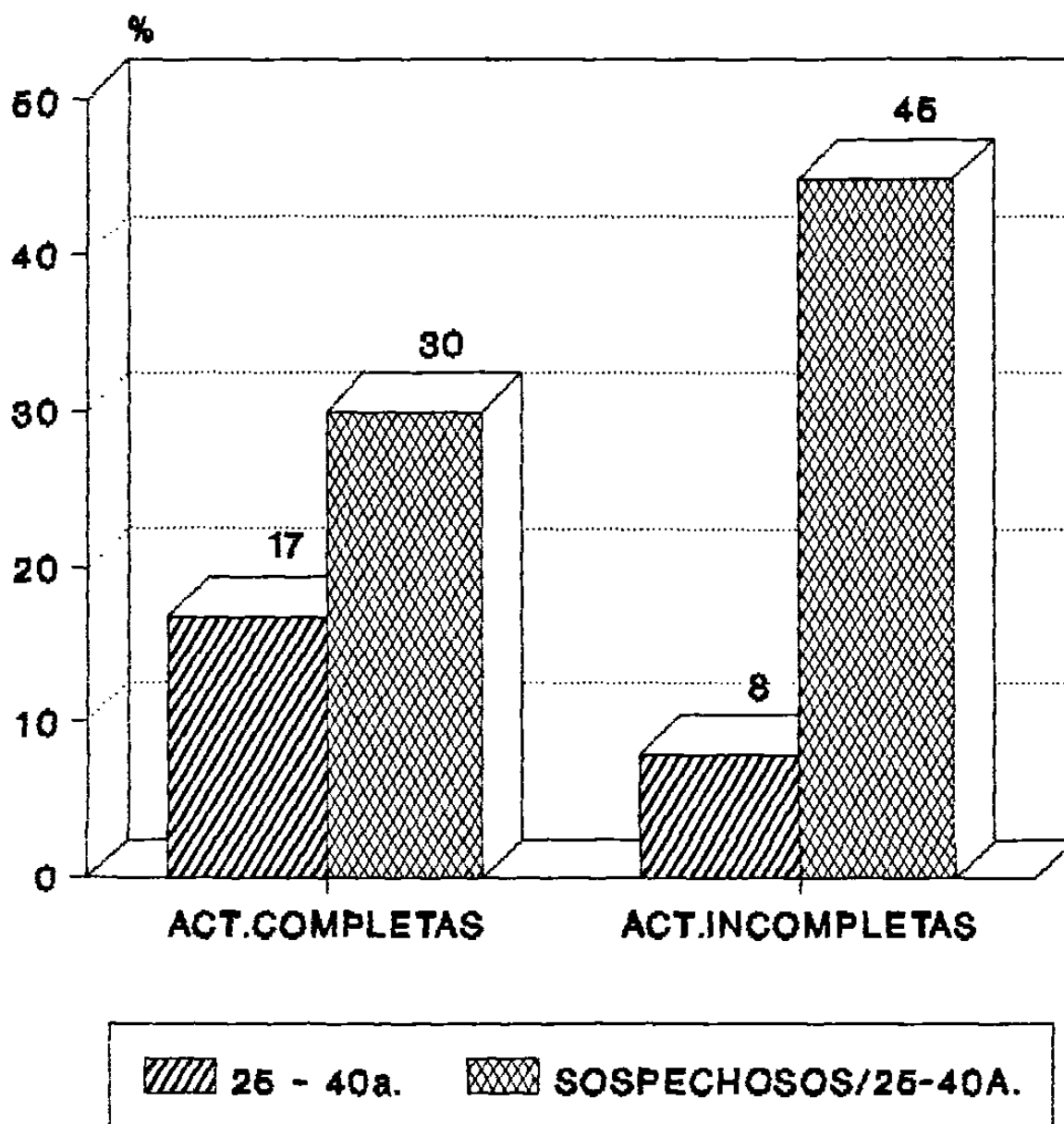


## GRAFICA No.12 CRITERIOS PARA REALIZAR GLICEMIA CAPILAR Y LA DOTACION DE MATERIAL.



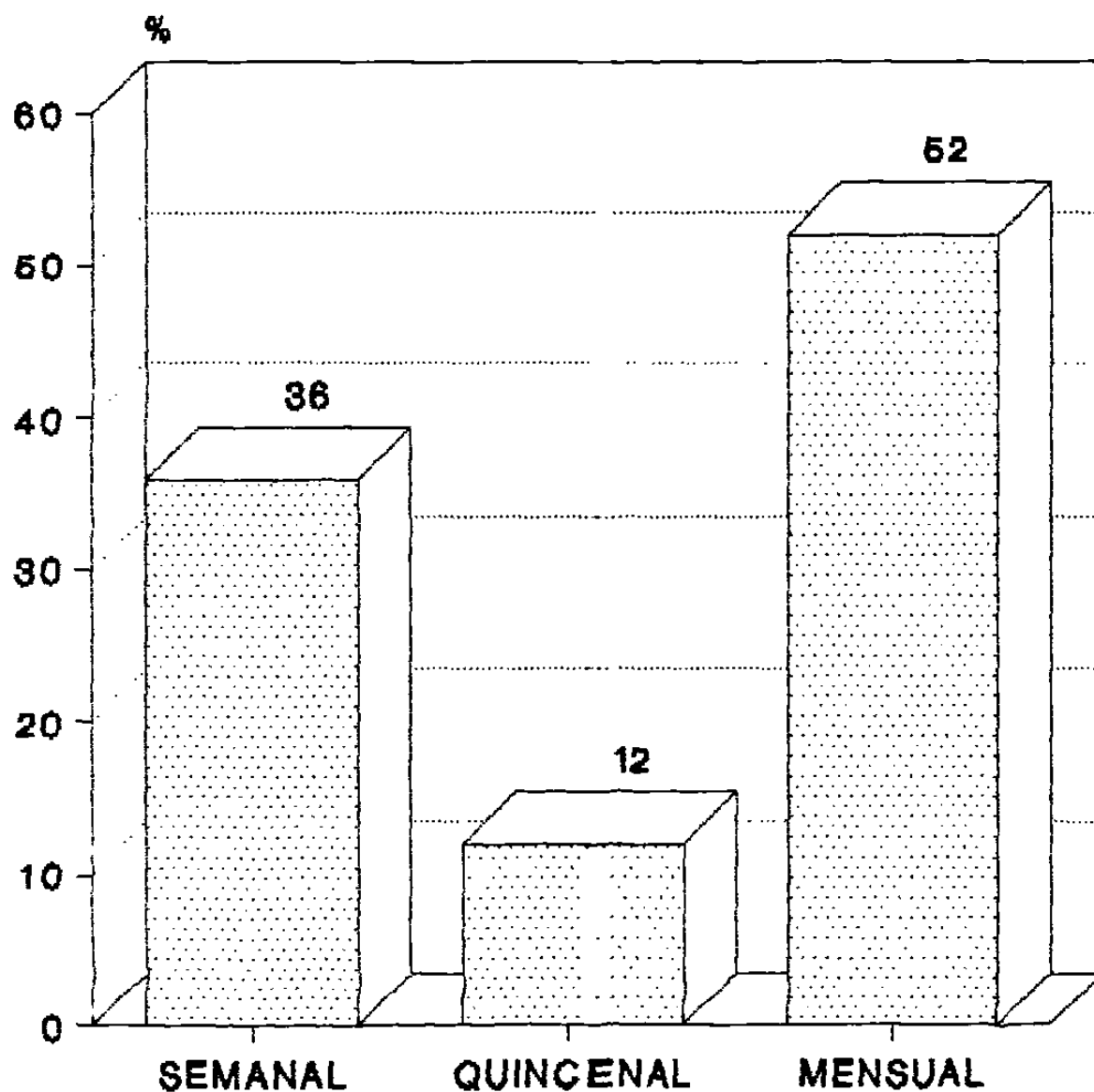
X Calculada=7.5368 .0231  
 Valor crítico X= 6.9900 .05 (n=60)  
 F: Cuestionario, Julio-agosto, 1991.

**GRAFICA No.13 ACTIVIDADES DE PREVENCION  
RELACIONADAS A LOS CRITERIOS PARA REALI  
ZAR LAS GLICEMIAS CAPILARES. (n=60)**



X Calculada=3.21429 .0730  
 Valor Crítico X=3.8400 .05  
 F:Cuestionario,Jullo-agosto,1991.

**GRAFICA NO.14**  
**REALIZACION Y FRECUENCIA DE LAS**  
**PLATICAS DE PRE VENCION. (n=58)**



X Calculada-29.9666 .0000  
Valor critico X=7.8200 .05  
F:Cuestionario,Julio-agosto,1991.

Tomando en cuenta las pláticas de prevención las cuales un 97% refirió llevarlas a cabo; se relacionaron con el personal que colabora para la realización de las mismas, ya que es una actividad que todo el equipo de salud debe realizar; de la cual se obtuvo una relación significativa (.0027). (Ver gráfica No. 15).

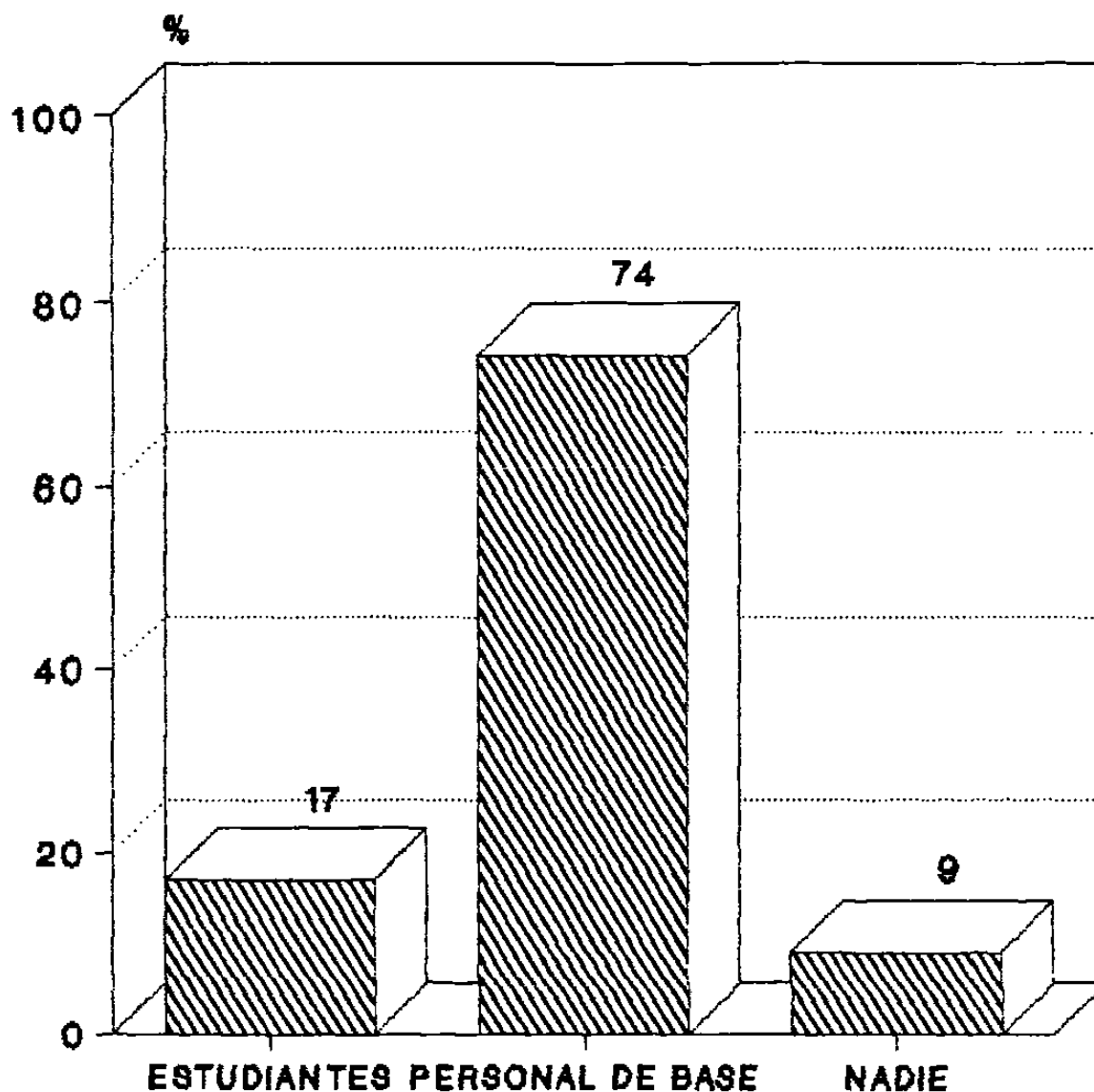
Cabe mencionar que el personal de base, comprende al médico y promotora, quienes colaboran en la mencionada actividad.

Las pláticas de prevención y la existencia de grupos de pacientes diabéticos son actividades de prevención y control para la diabetes respectivamente las que al relacionarlas mostraron dependencia estadística (.0171). (Ver gráfica No. 16).

Las razones de no formación de grupos de pacientes referidos por los profesionales (21%) fundamentalmente fueron falta de personal y colaboración de los propios pacientes. Si bien, la responsabilidad de esta actividad, la asume el profesional de enfermería en ausencia del personal responsable. (Según las normas), vemos que hay situaciones donde no se está cumpliendo, debido quizás a que los otros programas de salud también le demanda tiempo.

Al aplicar la prueba estadística de la Chi-cuadrada entre las número de pacientes en el programa y promedio mensual que acuden a control, se obtuvo una relación significativa (.0248) entre ambas. (Ver gráfica No. 17). Cabe señalar que los datos muestran que a menor número de pacientes registrados en el programa es mayor el promedio de los que acuden periódicamente al Centro de Salud.

**GRAFICA No.15**  
**REALIZACION DE PLATICAS DE PREVENCION**  
**Y PERSONAL QUE COLABORA. (n=58)**

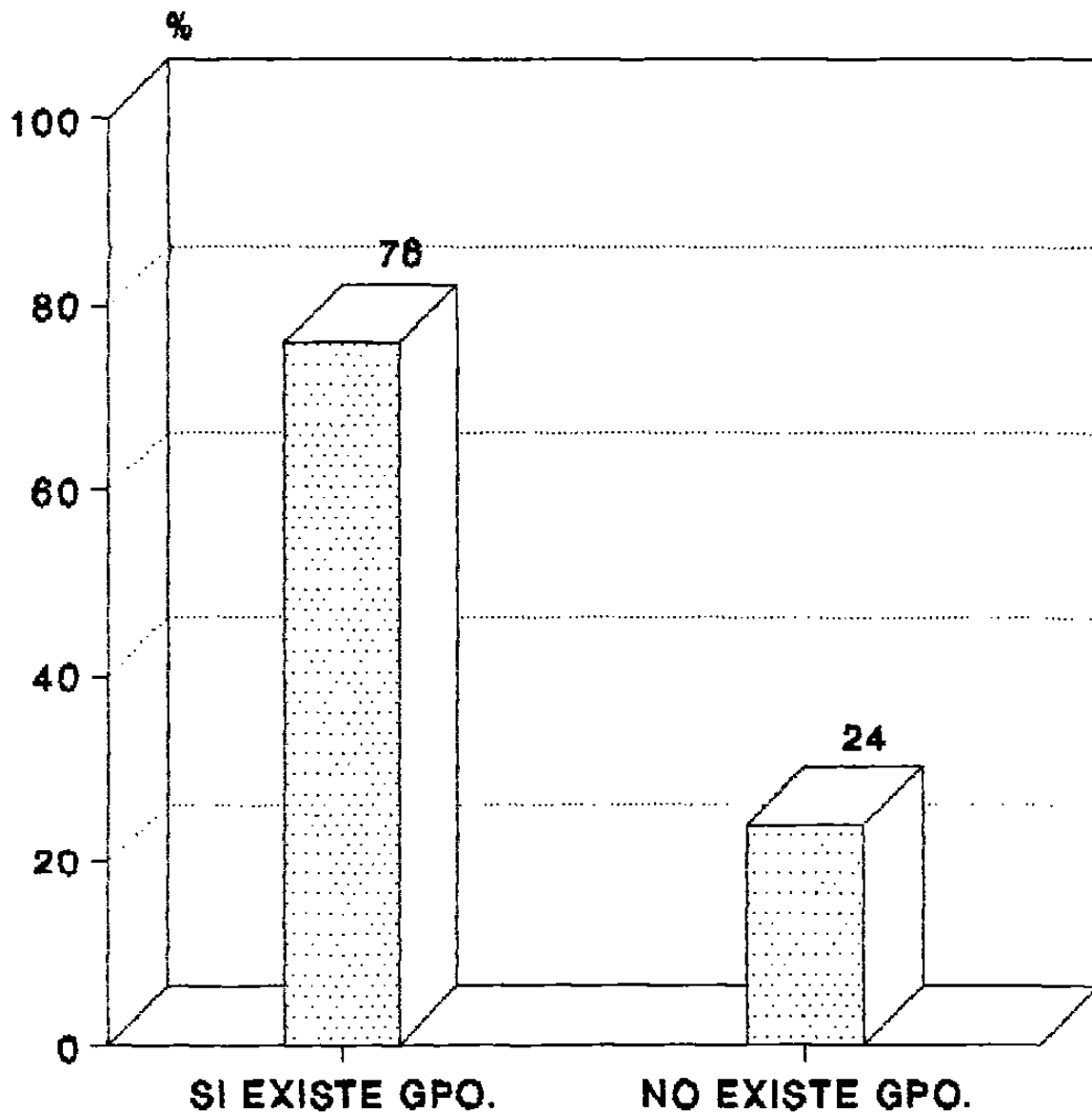


X Calculada=14.1636 .0027

Valor crítico=7.8200 .05

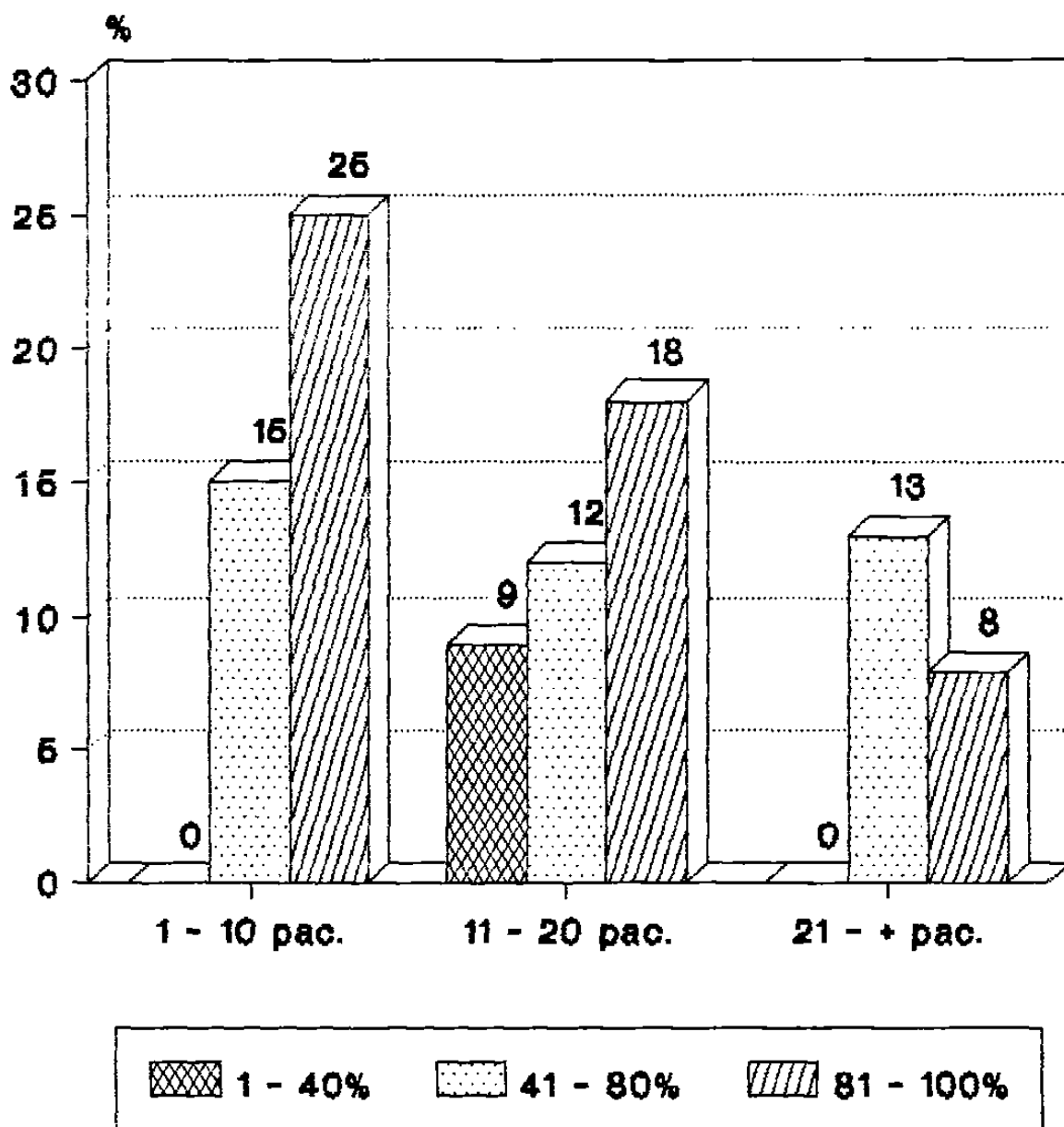
F:Cuestionario,Julio-agosto,1991

**GRAFICA No.16**  
**REALIZACION DE PLATICAS DE PREVENCION**  
**Y GRUPOS DE PACIENTES DIABETICOS. (n=58)**



X Calculada=5.6896 .0171  
Valor crítico X= 3.8400 .05  
F:Cuestionario,Julio-agosto,1991.

**GRAFICA No.17**  
**No.DE PACIENTES EN EL PROGRAMA Y**  
**PROMEDIO MENSUAL QUE ACUDEN A CONTROL**



X Calculada=11.1643 .0248  
 Valor critico X=9.4900 .05 (n=60)  
 F:Cuestionario,Julio-agosto,1991.

Respecto a los hallazgos obtenidos con el instrumento "Lista de observación de registros que emplea enfermería en la prevención y control de diabetes", reveló que la mayor proporción de los profesionales registran las actividades de visitas domiciliarias, pláticas y glicemias capilares en el informe diario de actividades, es decir, que cumplen con la indicación del programa y un menor porcentaje lo hace en registros propios del programa, esto puede favorecer a un mejor seguimiento de los clientes, pacientes y para realizar estudios de investigación posteriores como sería el caso con los resultados de glicemia capilar. (Ver Anexo "F")

Adicionalmente, cabe mencionar que en la entrevista muchos de los profesionales de enfermería manifestaron que desde el segundo trimestre del año en curso, por indicaciones superiores, vienen impulsando el Programa Nacional de Inmunizaciones con la implementación de nuevas estrategias, las que fueron dictadas gradualmente en el tiempo, y de la misma forma, ejecutadas.



#### IV. DISCUSION DE RESULTADOS

En cuanto a la participación de enfermería profesional, en la prevención y control de la DM en los centros de salud de primer nivel, se encontró para la primera lo siguiente:

La detección de la DM, mediante la prueba de glicemia capilar, es una norma que señala el programa respectivo, para ser realizada a todo cliente del centro de salud mayor de 40 años. En el estudio se encontró que además de esa edad, hay profesionales que tienen como criterios los 25 años y factores de riesgo. Los que concuerdan con Angel González, quien en 1986 afirma ... "de los 25 años en adelante la diabetes mellitus muestra una tendencia ascendente en todos los grupos etarios y se cuenta entre las veinte causas principales de muerte. Algunos estudios, tanto de grupos seleccionados como de población abierta indican cifras de prevalencia de DM que fluctúan entre el 2% y 5% para los mayores de 25 años".<sup>(20)</sup>

Para la efectividad del programa, Luis Ruíz<sup>(21)</sup> menciona que además del control de la enfermedad en la población, se tengan presente en la prevención los factores de riesgo que la condicionan y determinan. Sugerencia que incluye a la educación para la salud, al igual que lo indica la norma del programa y que la mayoría de los profesionales entrevistados manifestó cumplir. En el presente estudio, esta actividad se contrastó con: la frecuencia que se realiza (mensual en su mayoría), personal que colabora y -

con la existencia de grupos de diabéticos, encontrándose dependencia entre los mismos. No se indagó la calidad de los contenidos de las pláticas y la efectividad de las mismas.

Para el control de la DM, se indagó respecto al número de pacientes registrados en el programa por centro de salud, de los cuales se obtuvo un promedio general de 11 a 20 pacientes. También se averiguó el porcentaje de los que acuden a controlarse en cada programa, obteniéndose un promedio general del 41 - 80% de pacientes regulares al control.

Estos últimos datos no podemos compararlos, por no encontrar estudios semejantes y no contar con la prevalencia de DM real de la población estudiada.

Para las facilidades y dificultades estudiadas en relación con la participación de enfermería profesional, en la prevención y control de la DM, se consideraron cuatro variables. La primera de ellas capacitación del profesional de enfermería en atención primaria de salud, que según Rojas Soriano, el personal de salud en sus diferentes niveles debe ser capacitado o reeducado para que se penetre de la filosofía y objetivos de la atención primaria de salud <sup>(22)</sup>, al relacionarla con la participación del profesional de enfermería en diferentes actividades de prevención y control, no se encontró significancia estadística; esto tal vez se debe a que la capacitación que se les brinda no cubra las necesidades del personal de enfermería.

Una segunda variable estudiada, fué la dotación de

de material para realizar las actividades de prevención, - que si bien la norma del programa estipula que el profesional deberá dotarse de material necesario para realizar las actividades. En el estudio no se encontró significancia entre las actividades de prevención y la dotación de material, quizás esto explique el porque los profesionales realizan actividades incompletas, ya que hay situaciones - en que se carece de materiales. Y en las cuales se convierte en una dificultad.

Otra variable estudiada la constituyó la colaboración de los miembros del personal de salud en las actividades de prevención y control realizadas por enfermería, encontrándose una significancia entre ambas. Este hallazgo - - apoya lo que refiere Rojas Soriano, que si en un establecimiento de salud los integrantes consolidan sus actividades, lograrán alcanzar los objetivos propuestos.<sup>(23)</sup>

La cuarta variable la constituyó la colaboración de la familia en el control del paciente diabético, indagada a través de la opinión del profesional de enfermería, ya - que la Teoría de Cronicidad sugiere, que en la atención de enfermería a pacientes crónicos, se considere a la familia en las diversas etapas por las que atraviesa el paciente - en el proceso de adaptación a la enfermedad.<sup>(24)</sup> En el estudio se encontró que sólo un 22% de las familias muestran interés en los cuidados de los pacientes diabéticos. Hallazgo que se contrapone con la Teoría de Cronicidad y - que constituye en una dificultad para el profesional de enfermería en la prevención y control de la enfermedad.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego del análisis de los datos se pueden establecer las siguientes conclusiones:

1.- Los profesionales de enfermería realizan actividades de prevención y control; pero hay factores que limitan la ejecución como la dotación de material y el apoyo familiar.

Se recomienda que se realicen gestiones, ante las instancias competentes para la dotación continua de los materiales los casos que así lo requieran. También, que se profundise el estudio de la colaboración de la familia en el cuidado del paciente diabético.

2.- Como factor facilitador de la participación de enfermería en la prevención de la DM, se encontró la colaboración del personal del Centro de Salud.

3.- El criterio de detección de DM a partir de 25 - - años que aplica un sector de los profesionales, concuerda con lo recomendado por los investigadores.

Es recomendable tener presente dicho criterio para la detección.

Se sugiere explorar desde el punto de vista administrativo-organizacional, el efecto que tiene en la calidad

de aplicación del programa, el responsabilizar a un profesional de enfermería de varios programas de salud prioritarios en forma simultánea.

## **VI. BIBLIOGRAFIA**

### **CITADA**

- 1.- Cavazos, L. José, **Epidemiología de la Diabetes**. En - -  
Liderazgo, Organización e Implementación de Programas  
de Atención a personas con Diabetes, Monterrey, N.L.,  
México, Julio de 1991.
- 2.- Ibid.
- 3.- Ovalle, B. Fernando, Gallegos, Esther. **Prevalencia de  
de Diabetes Mellitus en un municipio aldeaño a Monte--  
rrey, N.L.** Fac. de Enfermería, U.A.N.L., 1987.
- 4.- Leichter, Steven, et.al. **The kentucky diabetes control  
program and the feasibility of the pyramidal model for  
public health intervention in diabetes mellitus"**.  
En Diabetes Educator. May-Jun, 1988, 14 (3) pp.218-222
- 5.- Organización Panamericana de la Salud. **Formación y -  
utilización del recurso humano de enfermería para con-  
tribuir a la meta SPT/2000 en las Américas.** Grupo - -  
Consultos sobre educación en enfermería. Washington,  
1983, p. 9.
- 6.- Soberon, Guillermo. et.al. **La salud en México: Testi-  
monios 1988, Problemas y programas de salud.** Tomo II  
Ed. Biblioteca de la Salud, México, Cap. I, p. 45.

- 7.- Ruiz, Luis. **Promoción y protección de la salud del -  
adulto en América Latina y el Caribe.** En Educación -  
Médica y Salud. Vol. 23, No. 1, 1989, p. 89.
8. Rangel, R. Ignacio. **Diagnóstico y clasificación de la  
diabetes mellitus.** En Módulo: Actualización en dia--  
betes, Monterrey, N.L., 1991, p. 28.
- 9.- Thorn, George. **Medicina Interna Harrison.** Ed. La -  
Prensa Médica Mexicana, 1982, Cap. 95, p. 657-659.
- 10.- Rangel, R. Ignacio, op.cit. p. 28.
- 11.- Ibid, p. 28.
12. Rosenstock, Irwing. **Why people use health services.**  
**Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966, 64:94.**
- 13.- Rosenstock, Irwing. **Why people..., p. 94.**
- 14.- Trevis, Milton. **Las grandes tareas de la Salud públi-  
ca.** En Salud Pública de México, No. 4 Vol. XX,  
Julio-Agosto, 1978. p.397.
- 15.- Linwood M.E., Willis, L.D., **An introduction to deve--  
lopments in prevention in nursing.** In Recent advances  
in Nursing, 1988, 32, p. 5.
- 16.- Rojas, S. Raúl. **Crisis, Salud, enfermedad y práctica  
Médica.** Ed. Plaza y Valdez, México, 1990, p. 50.

- 17.- Kodadek, Sheila. **Working whith the chronically ill... nurse proctitioners in ambulatory care.** American Journal of primary health care. 1985, Mar. 10 (3) 45-48
- 18.- Kodadek, Sheila. **Working whith..., p. 46.**
- 19.- Secretaría Estatal de Salud. **Cronograma de prevenci3n y control de diabetes mellitus.** Monterrey, N.L., 1990 p. 4
- 20.- Gonz1lez, Angel, et.al. **Importancia de las enfermedades cr3nico-degenerativas dentro del panoramoa epidemiol3gico actual de M3xico.** En Revista Salud P3blica de M3xico. Enero-Feb. 1986, p. 3-8.
- 21.- Ruiz, Luis, Op.cit., p. 90.
- 22.- Rojas, S. Ra3l, Op.Cit., p. 50.
- 23.- Rojas, S. Ra3l, Op.Cit., p. 159.
- 24.- Kodadek, Sheila. Op.Cit. p. 45-48.



## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Asociación Mexicana de Diabetes. "Diabetes". Vol. 9, - -  
No. 11, Noviembre, 1989.
- Babbie, Earl. "Métodos de investigación por encuesta".  
1a. edición, México, Ed. Fondo de Cultura Económica,  
1988. Cap. I-VII.
- Canales, F., Alvarado E., Pineda E. "Metodología de Inves-  
tigación". 2a. edición, México. Editorial Limusa,  
1988, pp. 85-100, 160-173.
- Chao, Y. "Theoretical thinking in nursing: implications -  
for primary health care strategies". In Recent advan-  
ces in Nursing. 1989, (24): 62-76.
- Daniel, Wayne W. "Estadística con Aplicaciones en cien- -  
cias sociales y a la educación". Ed. Mc.Graw Hill, -  
México, 1990, pp. 173.175.
- García de Alba, Javier. et.al. "Algunos aspectos clínico-  
epidemiológicos de la diabetes mellitus". En revista  
de Salud Pública de México, 1989, 31, pp.6, 69-73.
- Keen, Harry. "Medidas preventivas en la diabetes". En -  
Foro Mundial de la Salud, 3(2): 207-210, 1982.
- Montoya-Aguilar C. "Cobertura: ¿Cuántos y para quién?  
Washington, D.C.: OPS, 1986.

Organización Panamericana de la Salud. "Formación y Utilización del recurso humano de enfermería para contribuir a la meta SPT/2000 en las Américas". Grupo consultor sobre educación en enfermería. Washington, 1983, p.9.

Plan Nacional de Salud. Secretaría de Salud y Asistencia 1984-1988, México, pp. 21. 199-204.

Polit, D., Hungler B. "Investigación científica en ciencias de la Salud. 2a. edición, México, Nueva Editorial - Interamericana, 1985, pp. 270-297.

Rojas S., Raúl. "Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica". México, Ed. Plaza y Valdez, 1990, p. 50.

Seminario Taller. Universidad Autónoma de Nuevo León.

"la enfermería comunitaria en México, su práctica profesional y enseñanza". Monterrey, N.L., 31 Mayo-2 Junio. 1984.

Soberón, G. et.al. "La Enfermería en la atención primaria en México. Educación Médica y Salud, N.L., México, - 1984, pp. 34-43.

**VII. A N E X O S**

**ANEXO "A"**

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO

ESTUDIO: "Participación de enfermería en la prevención y control de la Diabetes, en los Centros de Salud de primer nivel del área metropolitana de Nuevo León".

CUESTIONARIO

- A. Nombre del Centro de Salud \_\_\_\_\_  
B. N\* Encuesta \_\_\_\_\_  
C. Jurisdicción de Salud N\* \_\_\_\_\_  
D. Fecha: \_\_\_\_\_

**I. DATOS GENERALES:**

1. Título máximo obtenido de la carrera de Enfermería:

1. Enfermera(o) General  
2. Licenciada(o) en Enfermería  
3. Maestría en Enfermería \_\_\_\_\_

2. Estudia actualmente?

1. Licenciatura  
2. Maestría  
3. Otros: \_\_\_\_\_  
4. Ninguno \_\_\_\_\_

3. Tiempo que viene laborando en este Centro de Salud:

1. - 1 año  
2. 1 - 3 años  
3. 4 - 7 años  
4. 8 -10 años  
5. + -10 años \_\_\_\_\_

4. Ha recibido capacitación en atención primaria de salud en los últimos 5 años?

1. SI  
2. No \_\_\_\_\_

5. Si es Si donde?

1. En la formación de estudiante  
2. Curso ofrecido por la Universidad, SES  
3. Otro: \_\_\_\_\_

**II. EN RELACION A LAS ACTIVIDADES DE PREVENCION DEL PROGRAMA DE DIABETES.**

6. Realiza Usted actividades para la prevención de Diabetes?

- 1. SI
  - 2. NO
- 

7. Si es si mencione las actividades que realiza y el lugar:

- 1. \_\_\_\_\_
  - 2. \_\_\_\_\_
  - 3. \_\_\_\_\_
  - 4. \_\_\_\_\_
  - 5. \_\_\_\_\_
  - 6. \_\_\_\_\_
- 

8. Si es si que le facilita?

- 1. Presencia de estudiantes en el Centro de Salud.
  - 2. La comunidad colabora y responde
  - 3. Siempre cuenta con material que apoya la actividad.
  - 4. Otro: \_\_\_\_\_
- 

9. Si es no, porqué?

- 1. No tiene colaborador(a)
  - 2. la comunidad colabora poco o no colabora
  - 3. Falta material para apoyar la actividad
  - 4. Otros: \_\_\_\_\_
  - 5. No aplica
- 

10. Realiza glicemias capilares?

- 1. SI
  - 2. NO
- 

11. Si es si, a qué persona?

- 1. \_\_\_\_\_
  - 2. \_\_\_\_\_
  - 3. \_\_\_\_\_
  - 4. \_\_\_\_\_
  - 5. \_\_\_\_\_
- 

12. Si es si, colaboran en esta actividad?

- 1. Estudiantes de Enfermería
- 2. Pasante

3. Médico
  4. Ninguno
- 
13. La dotación de material para realizar las -  
glicemias capilares:
1. Siempre se cuenta con ellos
  2. Hay veces se agota y se manda a los pa-  
cientes a otra Institución cercana
  3. Cuando se agota se pide a otra Institu-  
ción.
  4. No se cuenta con ellos
- 
14. Si es no, porqué?
1. No hay personal que colabore
  2. Falta material
  3. No se tiene planeado realizar
  4. Otros programas son prioritarios
  5. No aplica
- 
15. Realiza pláticas de prevención de diabetes -  
dirigidas a todas las personas:
1. SI
  2. NO
- 
16. SI es si, con qué frecuencia lo realiza?
1. Semanal
  2. Quincenal
  3. Mensual
  4. No aplica
- 
17. Colaboran en la ejecución:
1. Estudiantes
  2. Pasante
  3. Promotora
  4. Otros
  5. No aplica
- 
18. Si es no, porqué?
1. Falta personal que colabore
  2. No se tiene planeado realizar
  3. Poca colaboración de los pacientes o -  
clientes.
-

**III. EN RELACION A LAS ACTIVIDADES PARA EL CONTROL DE DIABETES:**

19. Número de pacientes que hay en el programa -  
actualmente:

\_\_\_\_\_

20. Promedio de pacientes que mensualmente acuden  
a controlarse?

\_\_\_\_\_

21. ¿Qué razones dan los pacientes inasistentes  
al control?

1. Falta de tiempo
2. Falta de recursos económicos
3. Se ha sentido bien
4. Se controlan en el Seguro Social
5. Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. Las visitas al hogar son realizadas por:

1. Estudiantes de Enfermería
2. Promotora
3. Enfermera(o)
4. Médico
5. Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Existe grupo o club de diabéticos en esta -  
comunidad?

1. Si
2. No

\_\_\_\_\_

24. ¿Quién lo formó?

1. Enfermera exclusivamente
2. Se colaboró con otro personal
3. Se colaboró con los pacientes
4. Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Si es no, ¿porqué?

1. Falta tiempo para esta actividad
2. Falta personal que colabore
3. No colaboran los pacientes
4. No es importante
5. No aplica

\_\_\_\_\_

**IV. DEL PACIENTE Y FAMILIA:**

26. Según su experiencia, los familiares de los pacientes se interesan por conocer aspectos de cuidados de la diabetes?

1. No se interesan
2. Algunos si muestran interés
3. Generalmente acuden solos(as) al Centro de Salud
4. Siempre es acompañado por un familiar que se interesa por la salud del paciente. \_\_\_\_\_

27. El paciente diabético considera que su familia:

1. No le ayuda a llevar el tratamiento
2. Les ayudan ocasionalmente
3. Les ayudan ampliamente

28. Si hubieran cambios de roles en el paciente por la enfermedad, la familia colabora en este proceso?

1. A veces
2. Si
3. Generalmente no colaboran
4. No se han presentado casos \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: \_\_\_\_\_



## ANEXO "B"

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO

INSTRUCTIVO DEL CUESTIONARIO QUE SE APLICARA MEDIANTE ENTREVISTA A PROFESIONALES DE ENFERMERIA SELECCIONADOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE LA S.S.A. DEL AREA METROPOLITANA DE NUEVO LEON.

### Instrucciones:

- A) Anotar el nombre del Centro de Salud.
- B) Anotar en forma progresiva empezando del 01 hasta completar el número de muestra por Jurisdicción.
- C) Se anotará el número de Jurisdicción correspondiente: 1, 2, 3 ó 4.
- D) Anotar el mes, día y año que se lleva a cabo la entrevista.

### Procedimiento:

1-6, 10, 12-16, 18, 23, 25-28: Encerar en un círculo la respuesta obtenida.

5, 8, 9, 17, 21, 22, 24: En otras anotar lo que refiera la enfermera, que sea diferente a las otras alternativas.

- 7: Anotar lo mencionado por la enfermera y codificar según:
1. Glicemias capilares en el Centro de Salud.
  2. Glicemias capilares en la comunidad.
  3. Pláticas en el Centro de Salud.
  4. Pláticas en la Comunidad.
  5. Grupos de obesos(as).
  6. Detección a toda gestante entre el 3er. y 6o. mes de embarazo.

11: Codificar la respuesta según:

1. mayores de 25 años
2. Mayores de 25 años y sospechosos
3. Mayores de 40 años
4. Mayores de 40 años y sospechosos

19: Anotar el mínimo que refiera la enfermera y luego codificar según:

1. 1 - 10
2. 11 - 20
3. 21 - +

20: Anotar la respuesta y codificar según;

1. 1 - 40%
2. 41 - 60%
3. 61 -100%

En observaciones: anotar aspectos importantes que refiera el profesional y que no este considerado en los items anteriores.

**ANEXO "C"**

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO

**ESTUDIO: "Participación de Enfermería en la prevención y - control de la diabetes en los Centros de Salud de primer nivel del área metropolitana de Nuevo León"**

LISTA DE OBSERVACION DE REGISTROS QUE EMPLEA ENFERMERIA  
EN LA PREVENCION Y CONTROL DE LA DIABETES

Nombre del Centro de Salud: \_\_\_\_\_  
N\* Encuesta: \_\_\_\_\_  
Jurisdicción de Salud N\*: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Items a observar:

1. Existe programación de metas:
  1. SI
  2. No\_\_\_\_\_
2. Existe el tarjetero de pacientes diabéticos:
  1. SI
  2. No\_\_\_\_\_
3. Registra las visitas domiciliarias que realiza?
  1. No registra
  2. En registro diario junto a otras actividades
  3. En registro de actividades del programa de diabetes.\_\_\_\_\_
4. Registra las pláticas que realiza?
  1. No registra
  2. En registro diario junto a otras actividades de diferentes programas.
  3. En registro propio del programa de diabetes.\_\_\_\_\_
5. Registra las glicemias realizadas?
  1. No registra
  2. En registro diario junto a otras actividades de diferentes programas.
  3. En registro propio del programa de diabetes.\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANEXO "D"**

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO

INSTRUCTIVO DE LA LISTA DE OBSERVACION DE REGISTROS DE EN-  
FERMERIA EN LA PREVENCION Y CONTROL DE LA DIABETES.

Instrucciones:

En A, B, C y D: Proceden igual al anterior instrumento.

Items a observar:

1, 2, 3, 4 y 5: Pida que le muestren los registros que - -  
enuncian la pregunta y anote la respuesta según su obser--  
vación.

En observacines:

Anotar los aspectos que usted considere importantes y que  
no se contemplen en la lista de observación.

**ANEXO "E"**

**CUADRO NO. 1**

**REGISTROS QUE EMPLEA ENFERMERIA PARA EL  
PROGRAMA DE DIABETES. (n = 60)**

Registros Tipo de Registro	Visitas		Pláticas		Glicemias	
	No.	%	No.	%	No.	%
Registro c/otras actividades	38	63	48	80	38	63
Registro propio	17	28	6	10	9	15
No registro	5	9	6	10	13	22
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Fuente: Lista de observación Julio-Agosto, 1991.

DATA LIST FILE = 'VAIZ.DAT'

01 1-2 V2 3-8 V3 9 V4 10 V5 11 V6 12 V7 13 V8 14 V9 15 V10 16 V  
1 17  
V12 18 V19 19 V14 20 V15 21 V16 22 V17 23 V18 24 V19 25 V20 26  
21 27  
V22 28 V23 29 V24 30 V25 31 V26 32 V27 33 V28 34 V29 35 V30 36  
31 37  
V32 38.

VARIABLE LABELS

/V1 'NUM ENCUES'  
/V2 'FECHA'  
/V3 'NOM CEN SAL'  
/V4 'NUM JURISD'  
/V5 'TIT MAX EN CARRERA ENF'  
/V6 'ESTUDIA ACTUAL'  
/V7 'TIEMPO DE LABOR EN ESTE CB'  
/V8 'CAPAC EN ULT CINCO ANOS'  
/V9 'SI ES SI-DONDE'  
/V10 'ACTIV PARA PREV DIABE'  
/V11 'SI ES SI-CUALES Y LUGAR'  
/V12 'SI ES SI-QUE LE FACIL'  
/V13 'SI ES NO-PORQUE'  
/V14 'REALIZ CONT DE BLUCE CAP'  
/V15 'SI ES SI-A QUE PERSONAS'  
/V16 'SI ES SI-QUIEN COLAB EN ESTA ACTIV'  
/V17 'DOTAC DE MATERIAL'  
/V18 'SI ES NO-PORQUE'  
/V19 'PLATIC A TODAS LAS PERS'  
/V20 'CON QUE FRECUEN'  
/V21 'QUIEN COLAB EN EJEC'  
/V22 'SI ES NO PORQUE'  
/V23 'NUMER PAC EN EL PROG'  
/V24 'PROM MENSUAL PAC'  
/V25 'RAZON PARA INASIS AL CONTROL'  
/V26 'PERSON QUE REALIZ VISIT AL HOGAR'  
/V27 'EXIS GPO DE DIABE EN COM'  
/V28 'QUIEN LO FROMO'  
/V29 'SI ES NO PORQUE'  
/V30 'INTERES DE FAMI EN CUID DIABET'  
/V31 'EL PAC DIABE CONSID QUE LA FAM'  
/V32 'SI HAY CAMBIOS DE ROL EN PACI LA FAM COLABOR'

VALUE LABELS

/V3  
/V4 1'1' 2'2' 3'3' 4'4'  
/V5 1'ENF BRAL' 2'LIC EN ENF' 3'MASTER'  
/V6 1'LIC' 2'MASTER' 3'PSICO' 4'PREPA' 5'NING'  
/V7 1'1A' 2'1-3A' 3'4-7A' 4'8-10A' 5'+10A'  
/V8 1'1' 2'2'  
/V9 1'FORM DE EST' 2'CURS SEP' 3'NO APLICA'  
/V10 1'SI' 2'NO'  
/V11 1'ACTIV COMPLETAS' 2'ACTIV INCOMPLETAS'  
/V12 1'APOYO DE EST., COMUNIDADY MATERIAL' 2'APOYO DE COMUN.Y MA  
TER'  
/V13 1'NO COLAB' 2'COM COLAB POC O NAD' 3'FAL MATER' 4'NO APLIC  
A'  
/V14 1'SI' 2'NO'  
/V15 1'25 - 40A.' 2'SOSPECHOSO/25-40A.'  
/V16 1'EST ENF' 2'PERSONAL DE BASE' 4'NADIE'  
/V17 1'SIEMPR CUEN' 2'SE ABOTA' 3'SE PIDE A OTRA INST.'  
/V18 1'NO PERSO' 2'FAL MATER' 3'NO SE PLANEA' 4'OTR PROG PRIOR'  
5'NO AP'  
/V19 1'SI' 2'NO'  
/V20 1'BEHAN' 2'QUINCE' 3'MENSUAL' 4'NO APL'  
/V21 1'EST' 2'PERSONAL DE BASE' 3'NADIE'  
/V22 1'FAL PERS' 2'NO SE PLANEA' 3'POCA COLAB PAC' 4'NO AP'  
/V23 1'1-10' 2'11-20' 3'21- +'  
/V24 1'1-40' 2'41-80' 3'81-100'  
/V25 1'POR TRABAJO, SE SIENTE BIEN' 2'FALTA RECECON' 3'SEBURO'  
4'NO AP'  
/V26 1'ENFERMERA' 2'ENFER Y ESTU' 3'ENFER, PROMOTORA Y MEDICO'  
/V27 1'SI' 2'NO'  
/V28 1'ENF' 2'ENF Y OTRO PERS' 3'CON PAC' 4'OTRA DIF' 5'NP AP'  
/V29 1'FAL TIEMP' 2'FAL PERS' 3'NO COLAB PAC'  
/V30 1'NOINTE' 2'ALBUSIMUES' 3'SE INTERESAN'  
/V31 1'NO AYU A LLEVAR TX' 2'OCASIONAL' 3'AMPLIAMENTE' 4'NO AP'  
/V32 1'AVECES' 2'BRAL NO COLABORAN' 3'NO HAY CASOS'

DATA LIST FILE = 'ROBY.DAT'  
/V1 1-2 V2 3-8 V3 9 V4 10 V5 11 V6 12 V7 13 V8 14 V9 15.  
VARIABLE LABELS  
/V1 'NUM ENC'  
/V2 'FECHA'  
/V3 'NOM DEL CEN SAL'  
/V4 'NUM JURISD'  
/V5 'PROGR DE METAS'  
/V6 'TARJET PACI DIABE'  
/V7 'REGIS VISITAS DOM'  
/V8 'REGIS PLATICAS'  
/V9 'REGIS GLICEMIAS'.  
VALUE LABELS  
/V3  
/V4 1 '1' 2 '2' 3 '3' 4 '4'  
/V5 1 'NO' 2 'SI'  
/V6 1 'NO' 2 'SI'  
/V7 1 'NO REGIS' 2 'REGIS CON OTRAS ACT' 3 'REGIS PROPIO'  
/V8 1 'NO REGIS' 2 'REGIS CON OTRAS ACT' 3 'REGIS PROPIO'  
/V9 1 'NO REGIS' 2 'REGIS CON OTRAS ACT' 3 'REGIS PROPIO'.



