

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Escuela de Salud Pública de México

Proyecto Terminal Profesional

**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS DE LA RUTA 3
SOBRE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-0015-SSA-1994 PARA LA
PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES EN LA
JURISDICCIÓN SANITARIA NO 1.**

**Para obtener el Diploma de:
Especialización de Enfermería en Salud Pública.**

Presenta:

Lic. Enf. Patricia Judith Chávez Victoriano.

Comité de Tesis:

Director de Tesis: M.C. Arturo Velásquez Paz.

Asesor: M.S.P. Mónica Iliana García Rojas.

Asesor: M.C.E. María Del Carmen Cervantes García.

Oaxaca de Juárez, Oaxaca a 15 de Mayo del 2012.

Agradecimientos

A mis Padres, Angélica, Reyna, Alma por su apoyo incondicional, cariño y motivación constante.

Al Instituto Nacional de Salud Pública y al COIDESS por la oportunidad de realizar la especialidad.

A la Maestra María Eugenia Ruíz Dávila, al Maestro Arturo Velásquez Paz por su motivación y apoyo constante.

A mis Compañeras de la Especialidad por haber convivido todo este tiempo, por los momentos tan gratos que surgieron.

Al personal de enfermería que participo en este estudio.

Indice	Pág.
I. Introducción.....	4
II. Antecedentes.....	5
III. Justificación.....	9
IV. Planteamiento del Problema.	10
V. Objetivos.....	11
VI. Marco Teórico.....	12
VII. Marco de Referencia del Estudio.....	25
VII.1 Ubicación Geográfica.....	25
VII: 2 División Política y Sanitaria.....	26
VII.3 Factores Condicionantes.....	27
VII.4 Datos Sociodemográficos.	27
VII.5 Datos Económicos.....	27
VII.6 Morbilidad y Mortalidad.....	28
VII.7 Respuesta Social Organizada.....	29
VIII. Metodología.	30
VIII.1 Diseño de estudio.....	30
VIII.2 Universo.....	30
VIII.3 Fuentes de Información.....	30
VIII.4 Variables.....	30
VIII.5 Operacionalización de Variables.....	31
VIII.6 Instrumentos de recolección y procesamiento de la información....	33
VIII. 7 Plan de Análisis.....	33
VIII.8 Limitaciones.	33
VIII.9 Aspectos Éticos.	33
IX. Resultados y Discusión.....	34
X. Conclusiones.....	40
XI. Recomendaciones.....	41
XII. Bibliografía.....	42
Anexos.	

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Diabetes Mellitus (DM) como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula la glucosa en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo daña gravemente diversos órganos y sistemas, especialmente los nervios y vasos sanguíneos. Su prevalencia ha aumentado y se incrementará aun más debido a las modificaciones socioculturales inducidas por la urbanización (básicamente relacionadas con el incremento paralelo de la prevalencia de la obesidad) y por el progresivo envejecimiento poblacional.

Es causa de altos índices de morbilidad y mortalidad, encontrándose entre las diez primeras causas de morbilidad, particularmente en la población mayor de 45 años de edad. La prevalencia aumenta con la edad, la obesidad, la dislipidemia y los antecedentes familiares de diabetes; se sabe además que los diabéticos tipo 2 constituyen la mayor parte de los que acuden a consultas y que ingresan en los centros hospitalarios.

Las personas con diabetes tienen una esperanza de vida reducida y mortalidad dos veces mayor que la población general. La mejoría en el cuidado de este padecimiento aumentaría la esperanza de vida de estas personas, pero esto a su vez llevaría a una mayor incidencia de complicaciones crónicas, micro vasculares y macro vasculares, ya que la edad y la duración de la diabetes son los principales factores de riesgo no controlables para el desarrollo de estas. Por lo que es indispensable la colaboración del propio paciente y de su entorno familiar y social.¹

II. Antecedentes

A partir de la década de los 60, la Diabetes se ubicó dentro de las primeras veinte causas de mortalidad general del país, y desde hace dos décadas dentro de las primeras diez. En el año 2000 ocupó el tercer lugar, con 46,614 defunciones y una tasa de 46.8 por 100,00 habitantes, registrando un mayor número de defunciones que las generadas por Cardiopatía Isquémica.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, realizada en los años de 1993 y 2000, hubo un franco incremento de este padecimiento, pasando de una incidencia de 8.2 a 11.8 en los adultos de 20 a 69 años. En 1990 se registraron 2,472 casos de diabetes, que representaron una tasa de 213.47 por 100,000 habitantes de 25 años y más; en 1995 la tasa se duplicó y fue de 438.35; para el año 2003 se tiene registrado 12,239 casos, que representan una tasa de 1,642.21 por 100 mil habitantes mayores de 20 años.

La mortalidad más alta, se presenta en las mujeres con una tasa de 51 por 100,000 mujeres, mientras que la tasa para los hombres es de 42 por 100,000, mostrando diferencias de acuerdo a los grupos de edad.

La morbilidad se incrementó de manera constante hasta 1998, ubicándose en el año 2000 en el 12° lugar; cabe mencionar que en ese mismo año el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica, SUIVE- 1- 2000, desglosó la Diabetes en insulino - dependiente y diabetes Mellitus, que corresponde a la E10 y de la E11 a E14, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10 Revisión.

El programa de Salud del Adulto y adulto mayor en el estado, a lo largo de su existencia, ha sufrido cambios en su denominación; inició en los años 60's con el nombre de Enfermedades crónicas, atendiendo específicamente a padecimientos como la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus en las instituciones del sector público, concretamente el ISSSTE y más tarde en el IMSS. En 1984, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, creó la Dirección de Enfermedades Crónicas, donde se le dio especial atención al Cáncer Cérvicouterino, Cáncer Mamario, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Fiebre Reumática incluyéndose también a los cánceres en general, con énfasis en los de Estomago, Próstata y

Pulmón, así como la Cirrosis Hepática, Enfermedades Reumáticas y el Bocio Endémico.²

En el estado de Oaxaca, se realizaron los primeros intentos por formar un área para la atención de los pacientes con Diabetes e Hipertensión arterial, instalándose un programa para la atención de ambos, los cuales se registraban en el formato EPI-1-85. Fue hasta 1988 que se consolidó el área con el nombramiento de un coordinador, que se denominó “oficina de Enfermedades Crónicas”, elaborándose en esa fecha, un programa formal en los ámbitos estatal y jurisdiccional.

En esa época se contaba, con tiras para la detección de glucosa en orina, que fueron usadas más en los niveles hospitalarios que en el primer contacto del paciente, y con tiras reactivas de lectura visual para el control de estos enfermos. El diagnóstico clínico en los hospitales y en medio particular, se daba en forma irregular, lo cual originaba no tenerlos en control metabólico. En 1992, el programa se denominó Salud del Adulto, contándose con normas técnicas que fueron elaboradas en 1987 y 1988, y que han sido sustituidas por las Normas Oficiales Mexicanas de 1994 NOM 015SS-A2A1994. Para la prevención tratamiento y control de la Diabetes, y la NOM 030SSA2-1999. Para la prevención tratamiento y control de la Hipertensión Arterial; esta última norma fue difundida hasta el año 2003, así como la NOM.174- SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad. La mayoría de estudios sobre costos económicos en el ámbito de la DM parece coincidir en que la mayor parte de los recursos directos se emplean en el tratamiento de las complicaciones crónicas en régimen hospitalario, sobrepasando el 50 % del total del gasto de la enfermedad.³

En la búsqueda de alternativas que ayuden a mejorar la atención de los enfermos crónicos y que sean viables en el contexto de los sistemas públicos de salud, la diversa experiencia internacional ha demostrado que el personal de enfermería es un componente clave para otorgar educación, prevención y atención. El personal de enfermería que complementa el manejo médico que reciben los enfermos crónicos, ha demostrado además que se desempeña mejor en actividades de

prevención tales como educación a los pacientes acerca de las causas de la enfermedad y cambio a estilos de vida saludables.

En México las enfermeras participan ampliamente en los programas de medicina familiar mediante actividades de prevención y promoción a la salud, procesos de salud reproductiva, planificación familiar, atención prenatal y control de niño sano, sin embargo, su participación en el seguimiento de pacientes crónicos se observa limitado dado que se concentra en la detección de Enfermedades Crónicas ⁴

Tal es el caso de las enfermedades cardíacas y la enfermedad vascular cerebral que son responsables de 35-36% de las muertes registradas en América Latina (AL) y el Caribe, con aproximadamente 800 000 muertes por año. Se calcula que en 2020, las enfermedades cardiovasculares provocaran tres veces más muertes e incapacidad que las infecciosas. La prevalencia estimada de hipertensión arterial en la región de las Américas es de 8-30% mientras que la diabetes tipo 2 que ya es mayor que el promedio mundial puede llegar a 8% en 2025 debido a la complejidad de las enfermedades crónicas se hace difícil poder controlarlas y reducir la mortalidad y la discapacidad asociada con ellas.

En el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes, la OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.

La diabetes y sus complicaciones tienen un importante impacto económico en quienes la padecen, sus familias, los sistemas de salud y los países.⁵ Para la asociación Mexicana de diabetes en el año 2030: 438 millones de personas tendrán Diabetes.⁶ El problema de la diabetes, hoy la principal causa de muerte en México, Le costó al país el año pasado siete mil 784 millones de dólares de los cuales mil 422 millones fueron inversiones indirectas y cuatro mil 352, directas de acuerdo con los resultados finales del estudio costos y consecuencias del cambio epidemiológico en México- trabajo del instituto Nacional de Salud Publica, el 52 por ciento de la carga económica de dicho padecimiento que no tiene cura lo asume los pacientes debido a que el sistema de salud nacional no puede cubrir todo el problema ni a toda la población.⁷ Actualmente, en México hay 6.4 millones de habitantes con diabetes, en su mayoría del tipo 2, y se estima que para el año 2025 lo padezcan 11 millones de mexicanos. En los últimos años, las cifras de

personas que padecen de sobrepeso y obesidad se triplicaron, y uno de los factores es el exceso en el consumo de golosinas y refresco, además de la vida sedentaria. Ante esta problemática, el sistema de salud consume un porcentaje muy elevado del presupuesto para atender las afecciones desencadenadas por la obesidad. Revertir la obesidad en niños de dos a cinco años y detenerla en la población mayor de ese rango son estrategias que pondrá en marcha el gobierno federal en este año.

En Oaxaca la diabetes Mellitus afecta a 16 de cada 100 habitantes, de los cuales, la mayoría desconoce que vive con este mal, por lo que no llevan una dieta correcta y vigilancia médica adecuada. Es una de las diez primeras causas de demanda de consulta general, actualmente se encuentran en tratamiento 26 mil 842 personas de las cuales el 30% son casos nuevos y solamente el año pasado, cobro la vida de dos mil 838 oaxaqueños.⁸

Entre los principales obstáculos se encuentran el limitado acceso a servicios de salud de buena calidad, la insuficiente coordinación del tratamiento debido a la frecuente comorbilidad asociada, la deficiente educación dirigida a promover un mejor cuidado, la escasa promoción sostenida de estilos de vida saludables y la inadecuada comunicación entre los pacientes y el equipo de salud que los atienden. Además se requieren servicios que puedan ayudar al paciente a mantener su Autocuidado, algo que suele estar más allá de la capacidad de los sistemas de salud tradicionales. Estudios realizados en países desarrollados han demostrado que el Autocuidado podría mejorar notablemente la calidad y la cantidad de los cuidados que reciben estos pacientes, ya que favorecería una mayor adhesión a los tratamientos y la detección precoz de las complicaciones, además de mejorar la funcionalidad general y reducir las tasas de hospitalización y consultas de urgencias.⁹

III. Justificación

La prevención y control de la diabetes Mellitus constituye uno de los más grandes retos, debido a la carga social y económica que representa , tanto para la familia como al sistema de salud, al ser una de las enfermedades más costosas e incapacitantes.¹⁰ La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes define los procedimientos y acciones para disminuir la incidencia de esta enfermedad estableciendo programas de atención medica idónea a fin de lograr un control efectivo del padecimiento reduciendo sus complicaciones y su mortalidad.

La función principal de los Servicios de Salud es prestar servicios de salud con calidad, sean individuales o comunitarios; deben ser seguros, efectivos satisfaciendo las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos. La Organización Mundial de la Salud define una atención de calidad a la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa destinando los recursos necesarios a estas necesidades de forma oportuna y efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite. De ahí la importancia del conocimiento que tenga el personal de enfermería debido a que su permanencia es continua aun en ausencia del médico, influye en el manejo que la enfermera proporcione al usuario así como de acciones para prevenir este padecimiento y no solo este, también acciones actividades para disminuir el sobrepeso y la obesidad que con lleva a riesgos en la salud. Por lo tanto el presente trabajo pretende conocer los conocimientos que posee las enfermeras acerca de la Norma 015 NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes en los centros de salud de la Ruta 3 perteneciente a la jurisdicción Sanitaria No.1 de los servicios de Salud de Oaxaca.

La información Obtenida en este estudio permitirá hacer propuestas de mejora o bien fortalecer los conocimientos en las enfermeras.

IV. Planteamiento del Problema

El reconocimiento de la trascendencia y gravedad de la DM, al igual que la de otros padecimientos crónicos degenerativos, conlleva a considerar factores de tipo conductual, los cuales pueden ser modificables y prevenibles a través de la implementación de estrategias y acciones capaces de disminuir el costo socioeconómico de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen. Aunque la DM es una enfermedad no curable, se controla en la mayoría de los casos de reciente inicio, el trabajo que realiza enfermería, es reforzar el Autocuidado prevenir y disminuir los factores de riesgo, se recomienda a las personas que padecen esta enfermedad y a sus familiares que tienen que hacer grandes modificaciones en su forma de vida, para evitar complicaciones serias ;asimismo tienen que adquirir habilidades dirigidas al control del padecimiento, aceptar la enfermedad, modificar la dieta y realizar ejercicio, acciones que han demostrado garantizar una mejor calidad de vida.

Las intervenciones que proporciona el personal de enfermería es de gran impacto a la población que se le presta los servicios de salud debido a que son acciones que se centra en las necesidades de los pacientes es por ello que se enfrenta a grandes desafíos para satisfacer esas necesidades de educación de la población por lo que es imprescindible mantener conocimientos de las guías de atención así como la norma oficial mexicana 015 de esta manera el personal tendrá unificados los criterios de manejo para enfrentar los retos que se le presente en seguimiento de los pacientes con diabetes.

Teniendo en cuenta la trascendencia de las actividades de enfermería se deriva el siguiente cuestionamiento:

¿Cómo es el conocimiento sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes del personal de enfermería de las unidades de salud que componen la ruta 3 de la jurisdicción sanitaria No 1?

V. Objetivos

Objetivo General

Determinar el conocimiento del personal de enfermería acerca de la Norma Oficial Mexicana NOM-0015-SSA-1994 Para la Prevención Tratamiento y Control de la Diabetes en la ruta 3 de la jurisdicción sanitaria No. 1

Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas del personal en estudio.

Determinar la relación que existe entre el conocimiento del personal de enfermería acerca de la NOM -015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes en base al perfil académico, antigüedad y situación laboral.

VI. Marco Teórico

Norma Oficial Mexicana

La norma es un señalamiento de observancia general, que se establece para orientar la conducta en sentido positivo. Su función es establecer señalamientos generales para orientar las acciones del personal hacia el logro de los objetivos, mantener la disciplina y el orden. Su importancia radica en señalar líneas generales y requisitos para ejecutar las actividades.¹¹

La Norma Oficial Mexicana 015 tiene por objeto establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público y privado que presten servicios de atención a la diabetes en el Sistema Nacional de Salud.

Dentro de la NOM se enmarcan diferentes conceptos y actividades que debe realizar el personal de enfermería en el primer nivel de atención. La comunicación educativa es el proceso y desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación, sustentado en técnicas de mercadotecnia social, que permitan la producción y difusión de mensajes de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos relativos a la salud y promover conductas saludables en la población.

Los programas de las instituciones de salud para la prevención y control de las enfermedades deben incluir como uno de sus componentes básicos la prevención primaria de esta enfermedad. La estrategia para la prevención primaria de la diabetes tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

Los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad son el control de peso, la práctica de actividad física adecuada y una alimentación saludable. Se debe estimular la participación comunitaria, así como la

colaboración de los grupos y organizaciones sociales, para promover la adopción de estilos de vida saludables, particularmente entre los grupos de mayor riesgo. Las actividades de educación para la salud se deben dirigir principalmente a los niños, a los jóvenes y a los individuos en alto riesgo de desarrollar diabetes.

La detección de la Diabetes Tipo 2 se debe realizar a partir de los 20 años de edad, mediante dos modalidades: a través de programas y campañas en el ámbito comunitario y sitios de trabajo y de manera individualizada entre los pacientes que acuden a los servicios de salud, públicos y privados. La detección, además de servir, para identificar a los diabéticos no diagnosticados, también permite localizar a individuos con alteración de la glucosa, a fin de establecer las modificaciones pertinentes en su alimentación y en su actividad física; para corregir esta situación es recomendable que la detección de la enfermedad se haga de manera simultánea con la búsqueda de otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo.

El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. Los componentes del tratamiento debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico y farmacológico, la educación del paciente, el auto monitoreo y la vigilancia de complicaciones. En cada visita se debe evaluar el control metabólico, el plan de alimentación y la actividad física y se investiga de manera intencionada la presencia de complicaciones. Se registra el peso, la presión arterial y el resultado de la exploración de los pies; se refuerza la educación del paciente y, en donde sea posible, se estimula a participar en un grupo de ayuda mutua.¹²

Evaluación

Evaluación es el proceso de identificar, obtener información útil y descriptiva acerca del valor y el mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un objeto determinado, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados.

La evaluación es un concepto complejo porque se desenvuelve en dos dimensiones básicas: La teórica y la práctica, incluye todo tipo de métodos para observar y obtener muestras de las habilidades, conocimientos y capacidades del personal implicado. Hay dos funciones generales de la evaluación: formativa y sumativa. La evaluación formativa se realiza antes o durante la instrucción es decir ayuda a formar la instrucción. La evaluación sumativa se realiza al final de la instrucción su propósito consiste en conocer el nivel de rendimiento alcanzado. Por lo tanto la evaluación sumativa brinda un resumen de los logros.

Las respuestas dadas en cualquier tipo de prueba no tiene significado por si mismas pues es necesario que realicemos algún tipo de comparación para interpretar sus resultados. Hay dos tipos básicos de comparación: en la primera, la puntuación de un examen se compara con las puntuaciones obtenidas por otros individuos que resolvieron la misma prueba; en la segunda, la referida a criterio, la comparación se efectúa con un parámetro fijo o con una puntuación de aprobación mínima. De hecho, el mismo examen podría interpretarse con referencia a normas o con referencia a criterio.¹³

Son muchos los autores que se podrían citar con sus respectivos enfoques evaluativos de programas. Pitman y Maxwell (1992) señalan y describen cuatro de los más importantes entre ellos:

1. Patton, M. Q. (1990)

Patton es uno de los autores que más ha escrito sobre evaluación, y describe su posición filosófica como “pragmática”. Define la evaluación como cualquier esfuerzo para aumentar la efectividad humana por medio de una investigación sistemática y basada en datos; caracteriza su propio enfoque como una “evaluación centrada en la utilidad buscada por los usuarios” y no en lo que se

considere, en abstracto, mejor, más correcto o más útil. Por ello, considera que en la práctica del mundo real, los métodos pueden separarse de la epistemología de la cual emergieron. Los intereses particulares, los propósitos y objetivos de los usuarios o patrocinantes, la utilidad práctica del aquí-y-ahora, fijarían el foco de la evaluación y lo regirían todo: la epistemología, el concepto de la verdad, los métodos y las técnicas a usar e, incluso, el concepto de rigor y de validez, que es también pragmático.

Como muy bien puede apreciarse, en toda la posición de Patton se respira una atmósfera netamente “postmodernista”, en la cual no hay criterios únicos de valor sino sólo criterios locales, contextuales y temporales.

2. Guba, E y Lincoln, Y. (1989)

Estos autores son también muy prolíficos en evaluación e investigación cualitativa. Ellos caracterizan su orientación como naturalista y constructivista.

Piensan que un nuevo paradigma puede emerger. Igualmente piensan que los métodos de evaluación dependen del paradigma adoptado. Consideran la evaluación como una actividad inherentemente social, política, ética y orientada por valores: todos los interesados en una evaluación deben poder intervenir en ella contrastando sus puntos de vista y valoraciones a través de un proceso hermenéutico y dialéctico.

3. Miles, M.B. y Huberman, A.M. (1994)

Sus publicaciones tienen que ver con la evaluación de escuelas y mejoramiento educacional en general y no tanto de programas específicos. Tiene un enfoque cualitativo y, aunque ellos se consideraron a sí mismos en 1984 como “lógico-positivistas”, su orientación actual es, más bien, “realista”, aunque ellos la llaman “realista trascendental”.

Sostienen que los fenómenos sociales existen no solo en la mente, sino también en el mundo objetivo y que exhiben ciertas regularidades estables; comparten la posición de Geertz de que todo conocimiento es ineluctablemente local”; enfatizan la importancia del significado de los eventos para los participantes, el peligro que supone su descontextualización y la necesidad de mantener los datos y las conclusiones ligadas a las modalidades contextuales particulares que le dieron

origen. Su merito mayor reside en el despliegue original que ofrecen para analizar los datos cualitativos e interpretar los resultados: centenares de estrategias gráficas, matrices y una gran red de diagramas y flujo gramas.

4. Eisner, E.W. (1991)

Eisner es un influyente escritor, con numerosas publicaciones sobre educación y evaluación. Se aleja del modelo “científico” ve la evaluación como un arte y ha modelado su enfoque sobre la crítica del arte.

Identifica dos aspectos centrales en el arte: ver y representar. Ver como opuesto al simple mirar, requiere experticia, un “ojo” ilustrado” que sea sensible a lo sutil y significativo en el sujeto. Representación, que él considera la principal tarea del criticismo, es hacer público lo que uno ha visto, habilitando a los otros para que vean lo mismo.

Eisner ofrece también tres fuentes de evidencia para establecer la credibilidad de un criticismo educacional: la corroboración estructural, la validación consensual y, finalmente, la adecuación referencial.

Si tuviéramos que resaltar e integrar las ideas fundamentales de estos autores y las de muchos otros que se han ocupado de la evaluación cualitativa de programas, podríamos enfatizar cuatro dimensiones críticas de este enfoque evaluativo:

Uso de estudios de casos o situaciones para encuadrar su trabajo y así dar importancia al contexto, y no a la generalización como un elemento esencial para captar el significado. Se considera que los usuarios más directamente involucrados en la evaluación deben ser también los beneficiarios de la misma, y no remotos directivos. El interés local y su mejoramiento y progreso además, guiara mejor la actividad de recolección de la información, facilitará su comprensión y ayudara en la interpretación de los resultados.

Apoyarse fuertemente, pero no exclusivamente, en los métodos cualitativos para la construcción del significado. Esto quiere decir utilización prevalente del método etnográfico (con las técnicas de la observación participativa o la observación in situ), del método fenomenológico, del método hermenéutico-dialéctico, del método de investigación-acción, del de historias de vida.

Reconocimiento del “yo” en la investigación. La percepción del investigador es una percepción influenciada por su visión del mundo, su lenguaje, su formación, su historia etc. El ojo, después de todo-dice Eisner-, no es solamente una parte del cerebro, también es una parte de la tradición...Así, lo que conocemos es una función de una transacción entre las cualidades del mundo que no podemos conocer en su forma pura, no mediata, y los marcos de referencia, habilidades personales e historias individuales que le ofrecemos.

Responsabilidad ética. La actividad investigativa en la vida humana, y sobre todo cuando ésta evalúa, es decir, reconoce o asigna valores a los actos humanos, no puede no involucrarse ética y moralmente. Ello lleva al evaluador a asumir un rol que implica gran responsabilidad ante la comunidad social en que actúa, por las consecuencias, positivas o negativas, que de su acción pudieran derivarse.¹⁴

Un artículo de Jornet, (2001:89) señala a este respecto que: La realidad es que la evaluación de programas tiene espacio para personas con varios niveles de habilidad y variedad de especializaciones, dependiendo de los propósitos, emplazamientos y requisitos de un programa particular. También está claro que la contribución que pueda esperarse de los individuos a la teoría y metodología de la evaluación varía según las especialidades que ellos posean así como de sus intereses y motivaciones. Así pues podemos decir, que la evaluación llega a considerarse como una profesión, disciplina u ocupación pero sin exclusividad de ningún grupo de profesionales.

En este sentido y, para evitar confusiones, González Ramírez (200:1-2) nos señala que se identifican dos tipologías de evaluadores.

- Evaluador interno y Externo.
- Evaluador profesional y práctico.

Vamos a centrarnos en la segunda clasificación dado que es donde queremos profundizar:

Evaluadores prácticos: Generalmente no son especialista/expertos en evaluación pero intervienen en procesos evaluativos principalmente porque son conocedores del objeto que está sujeto a evaluación. Son conocedores del contexto, de las características de ese objeto y, por lo tanto serán de gran ayuda a la hora de analizar, comprender e interpretar los resultados del proceso de evaluación. Dotaran de significado las conclusiones y este aspecto mejorará sin ninguna duda la utilización de la evaluación realizada son los que podemos llamar profesionales de apoyo.

Evaluadores Profesionales: Son los que deben orientar, guiar y dirigir los procesos de evaluación a nivel real. Son los máximos responsables de dichos procesos. Deben poseer conocimientos, destrezas y habilidades muy concretas sobre los contextos o las diferentes situaciones evaluativas. Son profesionales con formación en evaluación y tienen como responsabilidad conocer y mejorar el objeto evaluado para lo cual utilizan a la perfección la lógica de la evaluación. Lo que algunos llaman “el instrumento de la evaluación son los que podemos llamar evaluadores investigadores Deben demostrar su capacidad investigadora, por lo que tienen que estar formados en metodología de investigación y ser expertos/especialistas en el ámbito en el que investigan. Son aquellos que pretenden desarrollar teorías sobre la propia evaluación, así como el sentido crítico de su validez y su unión a la realidad.

Competencias de los evaluadores profesionales

Esta situación provoca en todo el mundo un intento de llegar a señalar en cada ámbito las competencias básicas que se requieren para un ejercicio adecuado de la profesión (idea señalada en el libro Blanco sobre educación y formación: enseñar y aprender. Hacia la sociedad cognitiva, publicado por la comisión Europea 1995:32).Pero que significa ¿ser competente? Gonzci y Athannason(1996) señalan que dicho término, puede abordarse desde tres aproximaciones:

1. Uno es competente cuando su trabajo se ajusta a ejecutar adecuadamente una serie de tareas que están claramente especificadas.

2. Uno es competente cuando “sabe hacer”, “cuando puede hacer” y cuando realmente “quiere hacer”.
3. Uno es competente cuando sabe desempeñar las tareas que se le marcan, cuando tienen atributos personales que le permiten desarrollar las tareas y cuando sabe atender y estar en el contexto donde debe desarrollarlas.

Competencia conceptual (saber).Supone la comprensión de los antecedentes, evolución y fundamentos teóricos de la investigación evaluativa, lo que conduce necesariamente al desarrollo de capacidades cognitivas especiales para la utilización del conocimiento en el desempeño exitoso de las funciones necesarias para un proceso de evaluación.

Conocimientos que un evaluador debe conocer e integrar:

- Bases documentales de su campo.
- Literatura específica y fuentes de referencia.
- Constructos teóricos con los que trabajar.
- Modelos/enfoques teóricos.
- Métodos de investigación (diseños, metodologías del estudio de casos, metodología de encuestas, etc.)
- Técnicas para el establecimiento de metas, estándares e indicadores.
- Recursos técnicos de análisis de datos (control de calidad de los datos y análisis; preparar y reducir datos; análisis de contenidos; etc.)
- Estadística (descriptiva e inferencial).
- Técnica de muestreo.
- Instrumentos y técnicas evaluativas (de observación, entrevistas, cuestionarios, ordenaciones, test, etc.)
- Estándares legales y profesionales para estudios empíricos.

Competencia técnica y metodológica (saber hacer).Se refiere al conjunto de habilidades necesarias para realizar de una manera apropiada las tareas y actividades implicadas en el desempeño de las funciones del evaluador con un dominio o maestría en la metodología de la investigación evaluativa y de su

aplicación en ámbitos específicos. Los evaluadores deben realizar un proceso de investigación con el objetivo de buscar datos sobre el objeto evaluado, es decir, deben ser competentes al:

- Organizar su propio trabajo y el de su equipo (planificación)
- Identificar las características y la finalidad de un proceso evaluativo(objetivos)
- Plantear guías para poder observar objetivos (indicadores).
- Utilizar las normas técnicas más apropiadas-cualitativas o cuantitativas- de manera que obtengan información precisa y creíble, fiable, válida y útil.
- Adaptarse a los cambios de su ámbito de investigación a nivel teórico y práctico.
- Elaborar informes sobre los resultados en un proceso de evaluación.
- Analizar e interpretar la información
- Emitir juicios de valor.

Saber ser

Implica la capacidad de combinar la teoría y la habilidades técnicas, lo que requiere del desarrollo y consolidación del juicio profesional mediante la integración no solo de la teoría y la práctica, sino de las experiencias del ejercicio de la evaluación en los diversos ámbitos en que se práctica. Además de adaptarse a cambios importantes en el ejercicio profesional.¹⁵

Teorías del conocimiento

La teoría del conocimiento será una reflexión crítica sobre el conocimiento donde este término se puede entender de tres formas diferentes:

- 1.-La facultad de conocer, que la estudiará la Antropología.
- 2.-La actividad de conocer, que la estudiará la psicología.
- 3.- El resultado de conocer, el saber que es patrimonio de las diversas ciencias (y otros saberes).Este último sentido constituye el objeto material de la Teoría del conocimiento .Su objeto formal, estará constituido por aquellos problemas que la reflexión sobre conocimiento, como tal, y prescindiendo de sus contenidos fácticos, nos va a plantear: alcance y límites del conocimiento, su posibilidad, el problema de la verdad, los modos o tipos de conocimiento, el fundamento del conocimiento.

El sustantivo problema quiere decir lanzar o arrojar delante, un obstáculo, algo con que me encuentro delante; y por extensión metafórica, lo que llamamos usualmente problema intelectual. Aquí cabe resaltar que todo problema también éste, hay que verlo en situación, no solo a nivel del individuo, que es quien conoce, sino a nivel de los grupos humanos que han ido en su historia destacando la ciencia, arte, valores. El conocimiento no es problema porque por su propia índole aboca a la verdad; si al acontecimiento le fuera un diferente a la verdad o falsedad, no sería ningún problema. Teniendo que alcanzar la verdad.

Ortega y Gasset hacen una distinción entre conocer y pensar, conocer es una forma histórica que ha adquirido el pensar. Y esto, el pensar sea cual sea la forma histórica que haya tenido o que tenga en un futuro, es lo que ineludiblemente el hombre tiene que hacer para sobrevivir. Por todo lo dicho una teoría del conocimiento aboca necesariamente, a una teoría de la comprensión, y esta, a su vez, sólo es posible realizarla refiriéndola, en última instancia, a la realidad en que consista el hombre, que es, al fin y al postre, quien conoce.

Fundamento del Conocimiento

Realistas: La posibilidad del conocimiento se fundamenta en el objeto, en la realidad, en las cosas mismas.

Idealistas: La posibilidad del conocimiento se fundamenta en el sujeto concebido siempre como activo. Pero tampoco el término sujeto es unívoco, se puede tomar en sentido psicológico, como trascendental o como realidad metafísica.

Formas del Conocimiento

El Conocimiento adquiere múltiples modalidades:

Conocimiento intuitivo: se entiende por éste un conocimiento inmediato. Algunos filósofos como Henri Bergson consideran la intuición como la modalidad propia del conocimiento metafísico; por eso el uso de metáfora prepara al lector para intuir aquellas realidades que pretenda mostrar Bergson.

Conocimiento mediato: se realiza por medio de una serie de inferencias y razonamientos.

Conocimiento a priori: la expresión “a priori” significa “antes de”, pero entendemos éste “antes de” en sentido temporal cabría decir que este conocimiento equivaldría al conocimiento inmediato: Kant, sin embargo, habla de este conocimiento como independiente de la experiencia, no son propiamente contenidos de conocimiento, sino formalidades provenientes del sujeto, presentes en el acto intelectual y que actúan sobre una materia empírica dada en la sensación

Conocimiento “a posteriori”, que significa etimológicamente “después de”. En Kant significa los conocimientos que dependen de la experiencia.

Conocimiento: es una función de carácter procesual, no se basa en sí mismo, no se auto funda; hunde sus raíces en realidades más primarias en todo conocimiento podemos distinguir cuatro elementos:

El sujeto que conoce.

El objeto conocido.

La operación misma de conocer.

El resultado obtenido que es la información recabada acerca del objeto.

Dicho de otra manera: el sujeto se pone en contacto con el objeto y obtiene una información acerca del mismo. Cuando existe congruencia o adecuación entre el

objeto y la representación interna correspondiente, decimos que estamos en posesión de una verdad.

Los tres niveles del conocimiento.

Conocimiento sensible: consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista.

Conocimiento conceptual: consiste en representaciones invisibles. Inmateriales, pero universales y esenciales.

El conocimiento holístico (También llamado intuitivo) Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición.

No todas las teorías del conocimiento son igualmente válidas. La finalidad de las diferentes teorías es establecer las pautas según las cuales los seres humanos alcanzan el conocimiento para ello se aclaran dos conceptos claves: conocimiento y verdad.

Conocimiento: es la relación entre sujeto y objeto, a través de la cual el sujeto capta la realidad del objeto.

Verdad: Es la concordancia entre lo que creemos y lo que realmente se da en la realidad de la que somos parte integrante. En principio, la verdad tiene carácter universal, es decir, es igual para todos.

La teoría del conocimiento más acertada es la propuesta por Kant, la analítica trascendental, la cual combina el innatismo y la experiencia, el racionalismo y el empirismo.

Para Kant el conocimiento es la combinación de lo que aporta la realidad, pudiendo ser percibido por nuestros sentidos, y las categorías de nuestro entendimiento. Así captamos las cosas condicionados por nuestros sentidos e inteligencia, conociendo lo que es real para nosotros, de este modo, nuestro conocimiento sigue siendo verdadero, pero solo llega hasta donde permiten nuestras limitaciones. De lo que no sea captado por nuestros sentidos no sabremos realmente nada, a pesar de que la razón intente especular.

Según la teoría de Kant, el entendimiento dicta las leyes a las que se somete la experiencia. Así es la experiencia se constituye conforme a los conocimientos que proporcionan las categorías , pero éstos no pueden aplicarse más allá de la propia experiencia, es decir, la actuación de la razón nunca debe sobrepasar los límites de la experiencia.¹⁶

Medición del Conocimiento

El conocimiento es entendimiento, inteligencia, razón natural que se adquiere en su gran mayoría aplicando los cinco sentidos o ya sea cuando individualmente, cómo se puede medir, que instrumentos o herramientas se pueden utilizar para evaluar el conocimiento, para dar una evaluación al entendimiento es dar un valor ya sea de forma subjetiva (cualitativamente) apoyándonos en rasgos o aspectos o de forma objetiva (cuantitativamente) basados en pruebas o exámenes que arrojen un resultado semanal , mensual, bimestral, semestral o anual en lo que pueda ser un promedio final. Evaluar el conocimiento exige del personal, el empleo de sus conocimientos previos y el aprendizaje reciente en conjunción con estrategias y habilidades, que los conduzcan al desarrollo de actividades significativas con trascendencia personal y social. Para ello se promueve el uso y diseño de instrumentos de evaluación que den cuenta del proceso de aprendizaje al personal implicado o recaben evidencias sobre algún desempeño demostrado.¹⁷

VII. Marco de Referencia

VII.1 Ubicación Geográfica:

Oaxaca se ubica al sur del país, colinda con los estados de Guerrero al oeste, Puebla al noroeste, Veracruz hacia el norte y Chiapas al este. Hacia el sur posee casi 600 km de costa en el Océano Pacífico. Por su extensión, es el quinto estado más grande del país y ocupa el 4.8% de su superficie total. Alberga una rica composición multicultural donde conviven más de 18 grupos étnicos. Al igual que los otros estados de la Federación, Oaxaca posee una constitución, un código civil, un código penal y un escudo propio. Es uno de los estados más montañosos del país pues en la región se cruzan la sierra madre oriental, la sierra madre del sur y la sierra atravesada. Mientras las montañas se caracterizan por sus bajas temperaturas, la región del istmo, la cañada (sobre todo Cuicatlán), y la costa se caracterizan por su clima cálido. Su río más importante es el Papaloapam, el cual se alimenta del río Tomellín y el Río Santo Domingo.

La Sierra Mixteca ocupa casi el 52% del territorio Oaxaqueño, por lo que generalmente el relieve del estado es comparado con una hoja de papel después de ser arrugado. El punto más alto del estado es el cerro Nube, ubicado en el distrito de Miahuatlán, En la sierra sur. Es el 11° pico más alto de México.

En cuanto al clima, las enormes cadenas montañosas sirven como barreras para los vientos que proceden del Golfo de México y del Océano Pacífico. Oaxaca presenta gran variedad climática, así en su territorio hay climas cálidos, semicálidos, templados, semifríos, semisecos y secos.

Dada la complejidad de la división política de Oaxaca se agrupa en regiones socioculturales, distritos y municipios.

De los 570 municipios de Oaxaca, 418 se rigen por el sistema de usos y costumbres y solo 152 por el sistema de partidos. La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) reconoce 65 grupos étnicos, además del mestizo, distinguidos entre sí por la base del criterio lingüístico. Oaxaca es la entidad con mayor diversidad étnica y lingüística de México. En el actual territorio oaxaqueño conviven 18 grupos étnicos de los 65 que hay en México: Mixtecos, Zapotecos, Triquis, Mixes, Chatinos, Chinantecos, Huaves, Mazatecos, Amuzgos,

Nahuas, Zoques, Chontales de Oaxaca, Cuicatecos, Ixcatecos, Chocholtecos, Tacuates, Afromestizos de la Costa Chica y en menor medida Tzotziles.¹⁸

VII.2 División Política y Sanitaria

Los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca se encuentran divididos en seis Jurisdicciones Sanitarias, la uno que corresponde a Valles Centrales, la dos se encuentra en el Istmo de Tehuantepec, la tres en Tuxtepec, la cuatro en la Costa, la cinco en la Mixteca y la seis en la Sierra. La Jurisdicción Sanitaria No. 1 está dividida en 10 rutas de supervisión las cuales están bajo responsabilidad de los equipos zonales de Supervisión. La Ruta 3 de Supervisión está integrada por 29 unidades medicas que brindan atención de primer nivel desde un Núcleo Básico de Servicio de Salud hasta 4 Núcleos Básicos y dos Hospitales Comunitarios de 12 camas otorgando los Servicios de Urgencias, Gineco-obstetricia, Pediatría y Cirugía, los Centros de Salud cuentan con los servicios de Consulta Externa realizando la siguientes actividades por el personal de Enfermería; Toma de signos vitales, Somatometria, Toma de Tamiz Neonatal, Glicemia Capilar, Vacunación, Baciloscopia, Citología Exfoliativa, Exploración de mama, Toma de Híbridos, Gota Gruesa, Prueba Rápida para VIH en embarazadas, aplicación de inyecciones, curaciones, colocación y revisión de DIU, esterilización de material de curación e instrumental en olla de presión, horno de calor seco y autoclave, atención de partos y de puérperas, Siendo las siguientes unidades : CS2NB Guadalupe Etla , CS1NB San Lázaro , CS1NB San Andrés Azabache CS2NB San Felipe Tejalapam, CS2NB San Lorenzo Cacaotepec, CS1NB Guadalupe Hidalgo, CS2NB Sola de Vega, CS1NB San Isidro Ojo de Agua CS1NB Rancho viejo CS3NB Villa de Etla, CS1NB Trapiche de Sta. Cruz, CS1NB Soledad Cofradía, CS2NB Ayoquezco de Aldama, CS1NB Sta. M.Lachixio, CS1NB Soledad Etla, CS1NB San Cristóbal Honduras,CS2NB Nazareno Etla, CS1NB Ejido Rincón Palo Verde ,CS2NB Reyes Etla, CS1NB San Francisco Sola, CS1NB San Sebastián, CS4NB San Pablo Huixtepec, CS1NB El Arador, CS1NB Quinicuena, CS1NB Mano del Señor, CS1NB El Carrizal Texmelucan, CS1NB El Carrizal Sola, CS1NB Limoncillo, CS2NB San Miguel Etla, CS1NB La Arena, CS1NB El Sitio.¹⁹

VII.3 Factores condicionantes

Las enfermedades crónicas son resultantes de una compleja red de factores condicionantes y determinantes estructurales los más inmediatos son los factores que se manifiestan a nivel biológico: peso corporal, tensión arterial, valores de lípidos y de glucosa en sangre. Por encima de dichos factores se encuentran otros que los determinan y que se manifiestan como estilos de vida, los más importantes son el consumo de tabaco, la alimentación y la actividad física, los determinantes sociales de esos comportamientos, que se refieren a condiciones de vida y elementos del entorno físico y social que se manifiestan como las representaciones sociales, la oferta de productos y recursos, la globalización, la urbanización.¹⁹

VII.4 Datos Sociodemográficos

En base a los resultados del censo de población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía la población Total en la ciudad de Oaxaca es de 3,801,962 , de los cuales 1,819,008 son Hombres y 1,982,954 son mujeres.

VII.5 Datos Económicos

El comercio sigue siendo la principal actividad económica en Oaxaca, pues registra 47.7 % del total de las unidades económicas, de las cuales 95.8 % corresponden al comercio al por menor y solamente 4.2 % al comercio al por mayor. En el ámbito de los servicios sobresalen los denominados privados no financieros, los cuales representan 30.3 % del total de las unidades económicas.

La industria manufacturera representa 19 % del total de las unidades económicas del estado y de éstas, destacan la industria alimentaria con 40.1 % la fabricación de productos textiles con 16.2 % y la fabricación de prendas de vestir con 10.2 %.

Con base en la distribución del personal ocupado en las unidades económicas, se observa que los sectores que registran la mayor captación de personal ocupado son: comercio, servicios privados no financieros e industria manufacturera, con 40.6, 32.6 y 16.9 % respectivamente.

Sólo 10 de los 570 ayuntamientos de Oaxaca concentran la actividad económica, dichos Municipios son: Oaxaca de Juárez, Juchitán, San Juan Bautista Tuxtepec, Huajuapam de León, Salina Cruz, San Pedro Mixtepec, Santa Lucía del Camino, Santo Domingo Tehuantepec, Matías Romero y Santa Cruz Xoxocotlán.

Estos ayuntamientos cuentan en total con 56 mil 672 unidades económicas, de las 144 mil 371 existentes en el estado. En esos 10 ayuntamientos hay 199 mil 314 personas ocupadas.

Por su aportación a la producción bruta los municipios más importantes son: Salina Cruz, Oaxaca de Juárez y San Juan Bautista Tuxtepec con 66.8, 10.3 y 8.6 %, respectivamente. Es decir que sólo estos tres municipios concentran 85.7 % de la producción bruta total del estado.²⁰

VII.6 Morbilidad y Mortalidad

Dentro de la causas principales de Morbilidad de la Ruta 3 perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No.1 en el año 2010 .Las primeras causas son las Enfermedades Diarreicas Agudas con 3430 casos seguidas por las Infecciones Respiratorias Altas con 15778, Infecciones de Vías Urinarias con 1333, Parasitosis con 1119, Otitis con 586, Conjuntivitis con 539, Gastritis con 403, Enfermedad Periodontal con 221, Hipertensión Arterial Sistémica 111, Diabetes Mellitus con 75, Desnutrición con 73 casos.

Causas principales de Mortalidad de la Ruta 3 perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No.1 en el año 2010. Son las Enfermedades del Corazón con 200 defunciones seguidas de Tumores Malignos con 81, Enfermedades del Hígado con 70, Accidentes con 64, Enfermedades Vasculares Cerebrales con 55, Diabetes Mellitus con 50, Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas con 27, Desnutrición y otras deficiencias nutricionales con 14, Síndrome de Dependencia al alcohol con 13, lesiones autoinfligidas (Suicidio) con 10 Defunciones.

VII.7 Respuesta Social Organizada

En la ruta 3 se cuenta con 29 Comités de salud cada uno está conformado por:

Presidente del Comité

Tesorero

Secretario

Dos Vocales

Asimismo se cuenta con veinticuatro Grupos de Ayuda Mutua, diez Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud.

La Coordinación con los municipios ha sido muy favorable en la atención a las embarazadas, se cuenta con quince casas AME y 16 vehículos disponibles para el traslado.

VIII. Metodología

VIII.1 Diseño de Estudio

Descriptivo y transversal.

VIII.2 Universo

El universo de estudio está conformado por 69 enfermeras que laboran en los 29 Centros de Salud que integran la ruta 3 del Equipo Zonal de Supervisión de la Jurisdicción Sanitaria no. 1 Valles Centrales de los Servicios de Salud de Oaxaca, se elige la Jurisdicción 1 por ser la que cuenta con un mayor número de unidades de salud en relación a las otras cinco jurisdicciones.

VIII.3 Fuentes de información

Primarias: Encuestas.

Secundarias: Documentos consultados.

VIII.4 Variables

Variable Dependiente: Evaluación del conocimiento del personal de Enfermería

Variable Independiente: Norma 0015 para la prevención y tratamiento y control de la diabetes.

VIII.5 Operacionalización de las Variables

Variable	Operacionalización	Valor	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha actual.	Cuantitativa discreta.	Edad cumplida en años.
Género	Roles que los hombres y mujeres desempeñan, son socialmente contruidos y no biológicamente dados	Cualitativa Nominal.	1.-Femenino 2.-Masculino
Estado Civil	Condición legal en el que se establece una relación entre dos personas.	Cualitativa Nominal.	1.-Casado 2.-Soltero 3.-Divorciado 4.- Unión Libre 5.- Viudo
Perfil Académico	Ultimo grado de estudios en Enfermería	Cualitativa Ordinal.	1.- Auxiliar de Enfermería 2.-Tecnico de Enfermería 3.-Licenciada en Enfermería 4.-Enfermera con post-grado.
Situación Laboral	Relación legal que existe entre el trabajador y los servicios de salud.	Cualitativa Ordinal.	1.-Base 2.-Contrato regularizado 3.-Contrato eventual 4.-Confianza 5.-Becario
Antigüedad laboral	Numero de meses o años que ha permanecido el personal de Enfermería en el primer nivel de Atención	Cuantitativa Discreta.	Meses o años que tiene el personal en alguna unidad de primer nivel de atención.
Evaluación	Proceso para identificar, obtener información útil y descriptiva acerca del valor, la realización e impacto de un objeto determinado.	Cualitativa Nominal.	1.- Bueno. Haber obtenido de 18-22 aciertos del cuestionario basado en la Norma.

Variable	Operacionalización	Valor	Indicador
Evaluación	Proceso para identificar, obtener información útil y descriptiva acerca del valor, la realización e impacto de un objeto determinado.	Cualitativa Nominal.	2.-Regular. Haber obtenido de 14-17 aciertos del cuestionario basado en la Norma. 3.-Deficiente.Haber obtenido menor de 13 aciertos del cuestionario basado en la norma.
Conocimiento	El conocimiento es entendimiento, razón natural que se adquiere en su gran mayoría aplicando los cinco sentidos	Cualitativa Nominal.	1.- Bueno. Haber obtenido de 18-22 aciertos del cuestionario basado en la Norma. 2.-Regular. Haber obtenido de 14-17 aciertos del cuestionario basado en la Norma. 3.-Deficiente.Haber obtenido menor de 13 aciertos del cuestionario basado en la norma.
Norma	Señalamiento de observancia General que se establece para orientar la conducta en sentido positivo.	Cualitativa Nominal.	
Norma 015	Señalamiento que establece los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes en el territorio Nacional.	Cualitativa Nominal.	

VIII.6 Instrumentos de Recolección y procesamiento de la Información

Se aplicó un cuestionario con un total de veintiocho preguntas cerradas seis de ellas son de aspecto Sociodemográficos, veintidós valora el nivel de conocimientos de la norma 015 sobre el tratamiento, diagnóstico y control de la Diabetes Mellitus. Para determinar el nivel de conocimientos que tiene el personal de Enfermería obtenido del cuestionario se recurre a las frecuencias relativas y proporciones, los que obtuvieron de dieciocho a veintidós aciertos se le da un indicador de Bueno, entre catorce a diecisiete aciertos el indicador es regular y menor de trece aciertos deficiente.

VIII.7 Plan de análisis

El análisis estadístico se realizó a través de estadística descriptiva. Para los datos categóricos, la descripción se hará por medio de frecuencias, frecuencias relativas y proporciones. Para las variables continuas se utilizó medidas de tendencia central y de dispersión. La correlación de variables y análisis de proporciones se realizó a través de χ^2 o t de Student. Se empleo un intervalo de confianza del 95%.

VIII.8 Limitaciones

Dificultad en el acceso a la localidad por inclemencias del tiempo.

Financiamiento económico

VIII.9 Aspectos Éticos

Para realizar el estudio se consideraron aspectos éticos y legales, de acuerdo a la ley de Helsinki que menciona que se debe solicitar el consentimiento informado, este no se aplicara en forma escrita por ser una investigación de tipo descriptiva, para lo cual se les informara de forma verbal el objetivo, la metodología, el compromiso que adquirirían, la manera en que participarían y que se guardaría la confidencialidad respecto a los resultados.

Así mismo se tomara en cuenta la Ley General de Salud en materia de investigación en sus artículos del 1 al 14, considerando que la información que se tenga del presente será de carácter confidencial y sin fines de lucro lo cual las personas que en ella participen no saldrán afectadas en ningún sentido.

IX. Resultados y Discusión

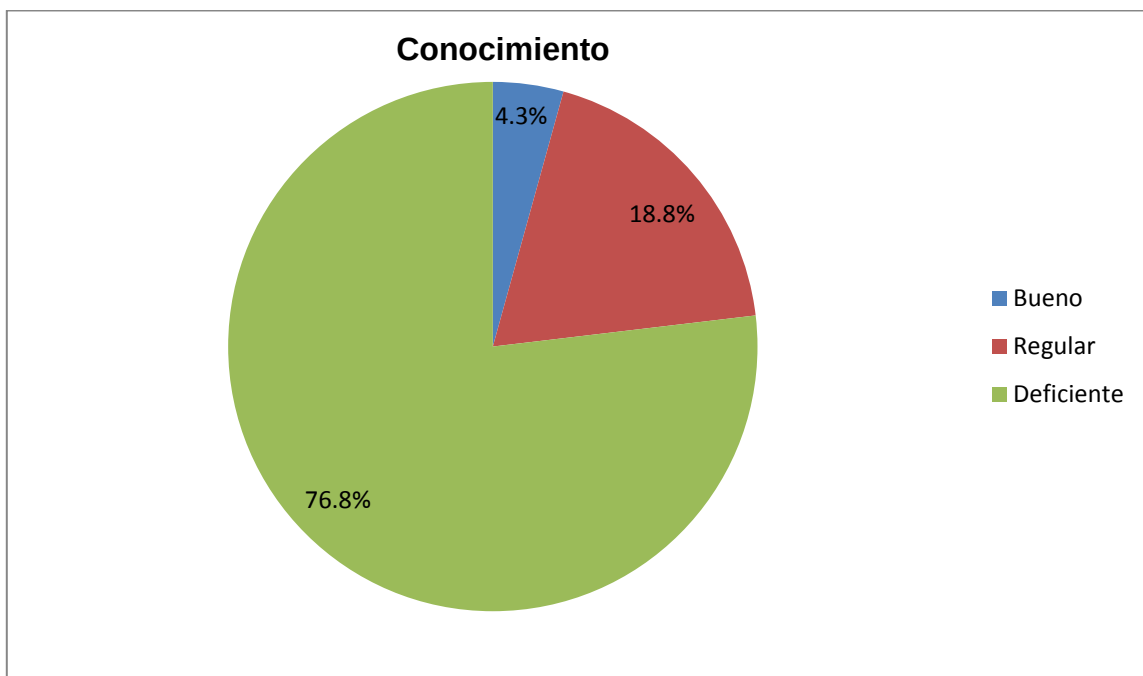
Dentro de los factores personales del total de 69 enfermeras en estudio se encontró que la media de la edad fue de 33.04 años (rango de 22 a 55 años). Siendo 95.7% (66) del género femenino; respecto al estado civil, 53.6% (37) son solteros, 34% (24) casados, referente a su antigüedad laboral el 52.2% (36) tiene una antigüedad laboral de 1 a 9 años; en el tipo de contratación el 40.6% (28) son de base, 34.8% (24) son eventuales y 21.7% (15) cuentan con un contrato regularizado. En cuanto al perfil académico 47.8% (33) son Licenciados en Enfermería, 27.5% (19) son Técnicos en Enfermería y 17.4% (12) son Auxiliares de Enfermería; cabe destacar que solo el 1.4% (1) cuenta con un Posgrado (Tabla 1).

Tabla 1. Características Sociodemográficas del personal de enfermería ruta 3. Jurisdicción Sanitaria No.1 Oaxaca 2011.		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad Media: 33.04		10.1%
Genero Masculino Femenino	3 66	4.3% 95.7%
Estado Civil Soltero(a) Casado (a) Unión Libre	37 24 8	53.6% 34.8% 11.6%
Antigüedad Laboral Menor de 1 año 1 a 9 años 10 a 19 años 20 a 29 años	6 36 22 5	8.7% 52.2% 31.9% 7.2%
Tipo de Contrato Base Contrato Regularizado Contrato Eventual Confianza Becario	28 15 24 1 1	40.6% 21.7% 34.8% 1.4% 1.4%
Perfil Académico Auxiliar de Enfermería Técnico En Enfermería Técnico en Enf. Post-básico Lic. en enfermería Enf. Con Posgrado	12 19 4 33 1	17.4% 27.5% 5.8% 47.8% 1.4%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de Enfermería para medir el Nivel de Conocimiento de la NOM 015.

En cuanto al nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre la Norma Oficial 015 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes se observó que la mayoría del personal con un 76.8% tienen un conocimiento deficiente y sólo 4.3 % (3) tienen un conocimiento bueno en lo que concierne la NOM 0015 (Figura 1).

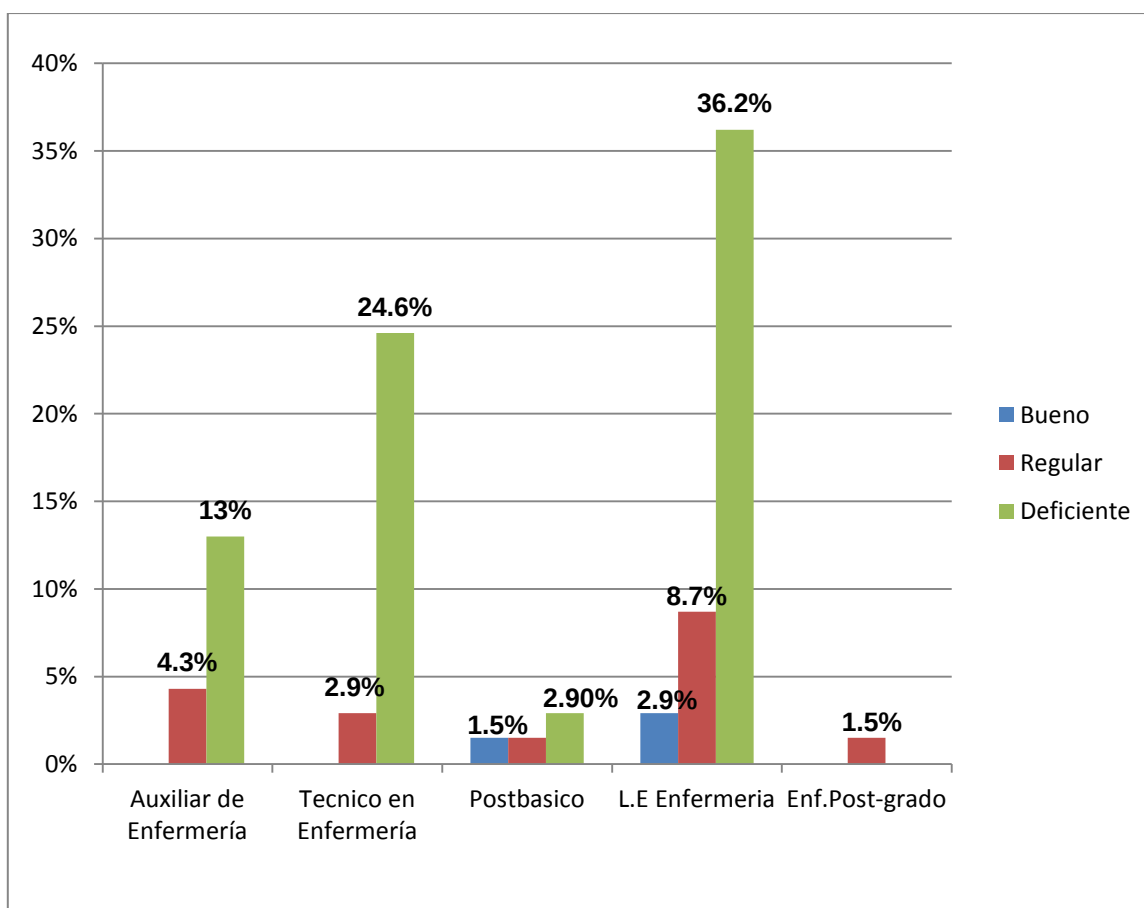
Figura 1. Conocimiento del Personal de Enfermería de la NOM 015 de la Ruta 3 Jurisdicción Sanitaria No.1 Oaxaca 2011.



Fuente: Cuestionario aplicado al personal de Enfermería para medir el Nivel de Conocimiento de la NOM 015.

Relacionando perfil académico con conocimiento de la NOM 0015 en el personal de enfermería se observó que el personal encuestado tiene conocimientos deficientes de esta el 36.2% (25) corresponde a Licenciadas en Enfermería; el 24.6% (17) de los Técnicos en Enfermería y con un 13% (9) son las Auxiliares de Enfermería; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.169$). (Figura 2)

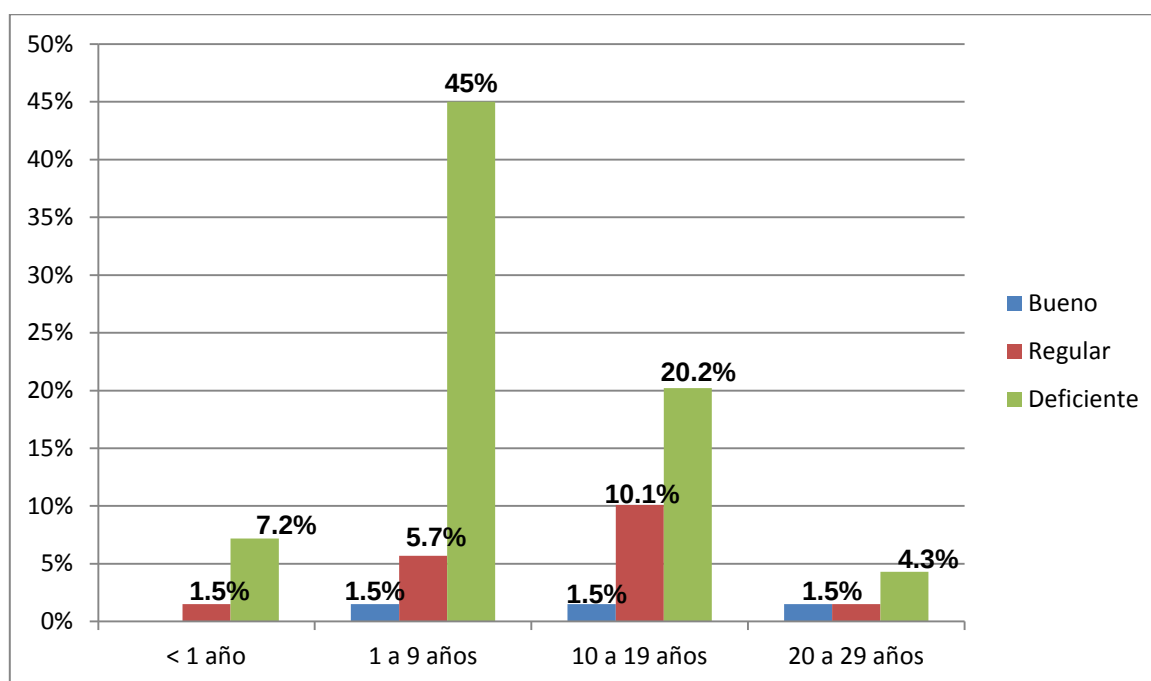
Figura.2 Conocimiento de acuerdo al Perfil Académico, de la Ruta 3 Jurisdicción Sanitaria No.1 Oaxaca 2011



Fuente: Cuestionario aplicado al personal de Enfermería para medir el Nivel de Conocimiento de la NOM 015.

Referente a antigüedad laboral y conocimiento de la NOM 0015 en la población en estudio, se observó nuevamente un conocimiento deficiente lo cual se refleja en los porcentajes siguientes: con un 45%(31) de los que tienen una antigüedad de 1 a 9 años, el 20.2%(14) con antigüedad de 10 a 19 años; los que tienen menos de un año un 7.2% (5); de los que tienen una antigüedad de 20 a 29 años el 4.34% (3), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.275$). (Figura 3).

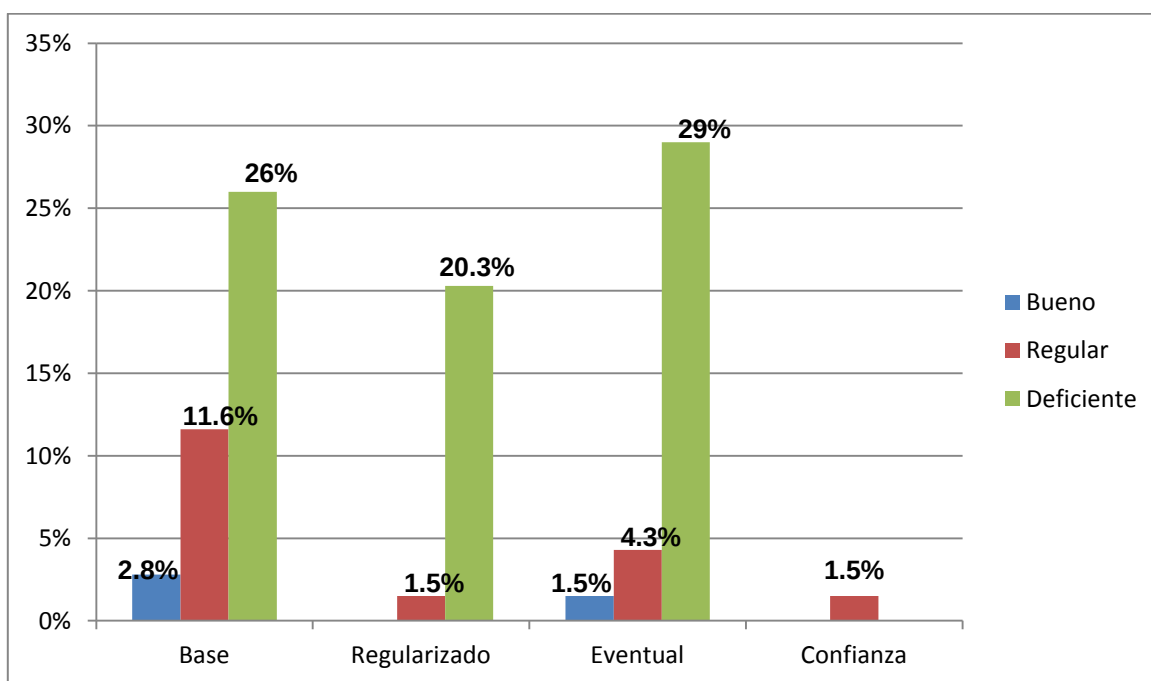
Figura. 3 Conocimiento de la Norma 015 en base a la Antigüedad Laboral De las Enfermeras de la Ruta 3 Jurisdicción Sanitaria No.1 Oaxaca 2011.



Fuente: Cuestionario aplicado al personal de Enfermería para medir el Nivel de Conocimiento de la NOM 015

En proporción al tipo de contrato, se observó que 26%(18) del personal de base tuvieron conocimiento deficiente, datos similares se encontraron en los de contrato regularizado con 20.3%(14) y los de contrato eventual con 29%(20), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.258$), (Figura 4).

Figura.4 Conocimiento de Acuerdo a la Situación Laboral de las Enfermeras Ruta 3 Jurisdicción Sanitaria No.1 Oaxaca. 2011.



Fuente: Cuestionario aplicado al personal de Enfermería para medir el Nivel de Conocimiento de la NOM 015

Al revisar la literatura no se encontraron estudios realizados sobre el conocimiento de la NOM 015 para la prevención tratamiento y control de diabetes Mellitus, cabe destacar datos obtenidos de acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, realizada en los años de 1993 y 2000, hubo un franco incremento de este padecimiento, pasando de una incidencia de 8.2 a 11.8 en adultos de 20 a 69 años.

En este estudio se encontró en cuanto al nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre la Norma Oficial 015 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes que la mayoría del personal con un 76.8% tienen un conocimiento deficiente y sólo 4.3 % (3) tienen un conocimiento bueno en lo que concierne la NOM 0015, a pesar que en México las enfermeras participan ampliamente en los programas de medicina familiar mediante actividades de prevención y promoción a la salud, y sus procesos de participación en el seguimiento de pacientes crónicos se observa limitado dado que se concentra en la detección de Enfermedades Crónicas y su poco conocimiento de la misma.

La prevención y control de la diabetes Mellitus constituye uno de los más grandes retos, debido a la carga social y económica que representa , tanto para la familia como al sistema de salud, al ser una de las enfermedades más costosas e incapacitantes¹⁰ a pesar de eso y del nivel de preparación que se tiene como profesional de enfermería en ese estudio los participantes de acuerdo a su perfil académico relacionado con el conocimiento de la NOM 0015 se observó que el personal encuestado tiene conocimientos deficientes de esta el 36.2% (25) corresponde a Licenciadas en Enfermería; el 24.6% (17) de los Técnicos en Enfermería y con un 13% (9) son las Auxiliares de Enfermería, de ahí se debe dar a conocer la importancia del conocimiento que tenga el personal de enfermería en relación a la NOM 015 es esta se da las pautas sobre el manejo y tratamiento que ya está establecido en la atención del paciente con Diabetes Mellitus ya que en múltiples ocasiones la enfermera tiene permanencia continua en ausencia del médico, e influye en el manejo del mismo y su patología así como las acciones de cuidado que la enfermera proporcione al usuario ya sea con o sin el padecimiento.

X. Conclusiones

Como personal de enfermería debemos de tener los conocimientos sobre la importancia que tiene LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-0015-SSA-1994 PARA LA PREVENCIÓN TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES pero da a notar en este estudio que el personal de enfermería no tiene los conocimientos necesarios de la misma y por lo tanto no puede brindar una atención de calidad a los pacientes con diabetes Mellitus, esto puede reflejar el estado de salud de los mismos; ya que si no existe personal capacitado que los oriente y les brinde las medidas necesarias para su autocuidado, la morbilidad asociada y las complicaciones irán en aumento. Afectando no solo su calidad de vida si no también el sistema de salud en general.

XI. Recomendaciones

Se recomienda capacitar en forma constante al personal de enfermería haciendo énfasis en el personal de nuevo ingreso; en base a las necesidades de aprendizaje detectadas y través de programas de intervención educativa *ad hoc* que permitan modificar las deficiencias del personal, de tal manera que realicen intervenciones eficientes y tomen de decisiones correctas para el buen manejo del paciente, así como poder identificar complicaciones a tiempo.

Motivar al personal de enfermería de tal manera que se interese en actualizarse y capacitarse para poder abarcar a todo el personal, sin importar su antigüedad o situación laboral.

Suena muy ambicioso; sin embargo, las redes han sido exitosas y por qué no impulsar una en Diabetes involucrando a todo el personal de enfermería.

XII. Bibliografía

- 1.- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud
Nota descriptiva Núm. 312 Enero 2011. Día Mundial de la Diabetes, (Fecha de acceso 06 de Agosto 2011) Disponible en http://www.paho.org/default_spa.htm
- 2.- Gama Casas F, Correa Arguello J. La salud en Oaxaca: Su Evolución al siglo XXI pág. 103 Nov. 2004.
- 3.- Lafuente Robles N, Cruz Arandiga R, Batres Sicilia J, Granados Alba A, Guía de Atención Enfermera a Personas con Diabetes Servicio de Andaluz de Salud Consejería de Salud. Dirección general de asistencia sanitaria 2006).
- 4.- Revista Panamericana Salud Publica/Pam Am 26(6), 2009)
- 5.- www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.htm (Fecha de acceso 22 Mayo 2012.)
- 6.- www.amdiabetes.org/mx (Fecha de acceso 22 de Mayo 2012.)
- 7.- www.Salud.af.gob.mx/ss/index.ph (Fecha de acceso 27 de mayo 2012)
- 8.- <http://vcnnoticias.com/salud/diabetes-primera-causa-de-muerte-en-el-pais-10-millones-la-padecen/> (Fecha de acceso 27 de mayo 2012).
- 9.- Revista Panamericana Salud Publica 27 (1), 2010)
- 10.- Comunicado de prensa No 88 17 Marzo 2011.Diabetes Mellitus, uno de los grandes retos en materia de Salud (Portal. salud.gob.mx).
- 11.- De la Luz Balderas Pedrero. Administración de los servicios de Enfermería 5ª Edición.2009.
- 12.- Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
- 13.- Anita Woolfolk Pearson Psicología Educativa Decimo primera Edición Pearson Educación, Mexico 2010.Pag 494-496.
- 14.- Misael Martínez Miguelez Evaluación de programas Trillas 2008 pag.35-38.
- 15.- Compilación de Jesús NJ o Inet. Instituto internacional de Investigación de Tecnología 2007.Pag 82-87
- 16.- Luetich A, Johannes H, Teoría del Conocimiento. Madrid España Julio 2003.

- 17.- Secretaria de Educación Pública. Lineamientos de evaluación del aprendizaje Agosto 2009 pág. 28-57.
- 18.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2010.Mexico en cifras. (Fecha de acceso 11 de Agosto 2011) Disponible en <http://www.inegi.org.mx>
- 19.- Jurisdicción Sanitaria No1 Valles Centrales Servicios de Salud de Oaxaca. Diagnostico de Salud 2010 Ruta 3.
- 20.- Wikipedia, la enciclopedia libre. Oaxaca de Juárez, Geografía (consultado 20 Septiembre 2011) Disponible en es.wikipedia.org/Oaxaca.

Anexos

**Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México
Especialidad de Enfermería en Salud Pública
Servicios de Salud de Oaxaca**

Presentación: El presente cuestionario es anónimo y la información obtenida será utilizada con fines académicos. La información obtenida no será empleada con fines laborales o de evaluación. No existen respuestas correctas e incorrectas.

Instrucciones: subraye la respuesta que usted considere conveniente.

FECHA: _____

1.- Edad: _____

2.- Género:

- a).- Femenino.
- b).- Masculino.

3.- Estado civil:

- a) Soltero(a).
- b) Casado(a).
- c) Unión Libre.
- d) Divorciado (a).
- e) Viudo (a).

4.-Antigüedad laboral:

- a) Menor de 1 año.
- b) 1 a 9 años.
- c) 10 a 19 años.
- d) 20 a 29 años.
- e) 30 y más.

5.-Situación laboral (tipo de contrato):

- a) Base.
- b) Contrato regularizado.
- c) Contrato eventual.
- d) Confianza.
- e) Becario.

6.- Perfil académico:

- a) Auxiliar de Enfermería.

- b) Técnico en Enfermería general.
- c) Técnico en enfermería con Post básico.
- d) Licenciado (a) en Enfermería.
- e) Enfermero(a) con un Posgrado.

7.-Es una enfermedad sistémica crónico- degenerativa, con grados variables de predisposición hereditaria, caracterizada por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

- a) Dislipidemia.
- b) Síndrome Metabólico.
- c) Diabetes Mellitus.

8.-Cuando un individuo cursa con un estado metabólico intermedio, entre el estado normal y la Diabetes ¿A qué criterio de diagnóstico nos estamos refiriendo?

- a) Glucosa anormal.
- b) factor de alto riesgo.
- c) Hiperglucemia.

9.- ¿Cuál es el caso donde un paciente con diabetes presenta de manera regular niveles de glucemia en ayuno entre 80 mg/dl y menor o igual a 110 mg/dl?

- a) Caso en control.
- b) Caso normal.
- c) Caso sin Factor a desencadenar Diabetes.

10.- ¿En qué tipo de Diabetes, existe destrucción de Células Beta del Páncreas, con deficiencia absoluta de insulina?

- a) Deficiencia insulínica.
- b) Diabetes tipo 1.
- c) Diabetes tipo 2.

11.- Es el proceso de enseñanza aprendizaje que permite el intercambio de información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes para inducir comportamientos al cuidado de salud:

- a) Estilo de Vida.
- b) Educación para la salud.
- c) Iniciativa del paciente con diabetes.

12.-Es el atributo o exposición de una persona, a la probabilidad de la ocurrencia de un evento:

- a) Estilo de vida.
- b) Factor de riesgo.
- c) Actitud favorable de hábito alimenticio.

13.- ¿Cuál de las siguientes formulas es utilizada para la medición del índice de masa corporal?

- a) $\text{Peso}^2 / \text{Talla}$.
- b) $\text{peso} / \text{estatura al cuadrado (Kg/mt}^2\text{)}$.
- c) M^2 / Talla .

14.- Son los síntomas clásicos de la diabetes:

- a) Poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso.
- b) Sed intensa, Perdida de peso Glucosa mayor de 110 mg/dl.
- c) Anorexia, pérdida de peso, polidipsia.

15.-Es aquel estado que se caracteriza por diversas manifestaciones, en el cual existe resistencia a la insulina.

- a) Dislipidemia.
- b) Diabetes o intolerancia a la glucosa.
- c) Síndrome metabólico.

16.- ¿A partir de qué edad se debe realizar la detección de la diabetes tipo 2?

- a) 20 años de edad.
- b) 35 años de edad.
- c) 45 años de edad.

17.- ¿Cada qué tiempo se debe aplicar la escala de factores de riesgo y estimular el control de los factores de riesgo?

- a) cada 2 años.
- b) Cada que asiste a la unidad de salud.
- c) Cada 6 meses.

18.- Para la detección de la Diabetes en personas de 65 y más años: ¿Cada cuando se debe practicar la glicemia capilar en ayuno?

- a) Cada año.
- b) Cada 6 meses.
- c) Cuando asista a consulta a la unidad.

19.- ¿Cuales son los factores protectores, para la prevención y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2?

- a) Control de peso, actividad física, alimentación saludable.
- b) Evitar refrescos, bebidas dulces, Sedentarismo.
- c) Restringir el consumo de harinas consumir verduras diariamente.

20.-Se le denomina así, al individuo con uno o varios factores de desarrollar la Diabetes Mellitus 2.

- a) Individuo obeso.
- b) Individuo en riesgo.
- c) Individuo con Diabetes Mellitus.

21.- ¿Cual es el instrumento, para identificar a sujetos sospechosos de tener la Diabetes Mellitus, cuya sensibilidad y especificidad, han sido debidamente establecidas en una prueba de validación?

- a) Glucemia capilar prepandial.
- b) Cuestionario de factores de riesgo.
- c) Toma de sangre para estudio.

22.-En base a la norma la detección de la diabetes tipo 2 se debe realizar a partir de los 20 años de edad, ¿A través de qué actividades?

- a) Realizar el cuestionario de Factores de Riesgo y datos clínicos del paciente.

- b) A través de programas, campañas en el ámbito comunitario, sitios de trabajo de manera individualizada, entre los pacientes, que acuden a los servicios de salud, públicos y privados.
- c) Mediante la promoción a la salud y realizar detecciones en todo momento.

23.-El manejo inicial del paciente con Diabetes Mellitus se hará mediante medidas no farmacológicas, aplicándose de manera estricta, ¿durante que tiempo?

- a) 6 meses.
- b) 3 meses
- c) 15 días.

24.- ¿Cada cuando se debe efectuar el automonitoreo en pacientes mal controlados?

- a) Diariamente.
- b) Cada tercer día.
- c) Tres veces al día preprandial.

25.-En cada consulta que acude el paciente con Diabetes Mellitus, ¿Qué debe usted evaluar?

- a) La glucosa preprandial, peso, talla, índice de masa corporal.
- b) Nivel de glucosa central que se le solicito en consulta anterior.
- c) Registrar peso, Talla, Glicemia, Índice de masa corporal Presión arterial, exploración de pies, educación del paciente y se estimulara a integrarse a un grupo de ayuda mutua.

26.- ¿Cual es el propósito del tratamiento de la Diabetes Mellitus?

- a) Bajar los niveles de Glucosa.
- b) Aliviar los síntomas, mantener el control metabólico prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad así como sus complicaciones.
- c) Bajar los Niveles de glucosa y cambios de hábitos Alimenticios.

27.- En pacientes con Diabetes Mellitus controlados, ¿con qué frecuencia se debe realizar el automonitoreo capilar?

- a) De una a tres veces a la semana.
- b) Solo en la mañana todos los días.
- c) Cada semana en ayunas.

28.- ¿Cuál es la norma de prevención, tratamiento y control de la diabetes?

- a) Norma 021.
- b) Norma 031.
- c) Norma 015.

GRACIAS POR PARTICIPAR.

Los autores conceden permiso para la reproducción total o parcialmente y por cualquier medio al trabajo final titulado: Evaluación de conocimientos de las Enfermeras de la Ruta 3 sobre la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-0015-SSA-1994 PARA LA PREVENCIÓN TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES, en la Jurisdicción Sanitaria 1. Para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.

Lic. En Enfermería Patricia Judith Chávez Victoriano.

Oaxaca de Juárez Oax., a 15 de Mayo 2012.