

# UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

“Propuesta de intervención de enfermería para grupos de ayuda mutua desde la perspectiva del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender”

**TRABAJO PROFESIONAL**

Para obtener el título de:

**Licenciada en Enfermería**

Presenta:

**Rocío Alejandra Flores León**

Directora:

**M.C. Olga Barragán Hernández**

# Repositorio Institucional UNISON



“El saber de mis hijos  
hará mi grandeza”



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

# ÍNDICE

	Página
RESUMEN.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
I MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	8
Modelo de Promoción de La Salud de Nola Pender.....	9
Grupos de Ayuda Mutua.....	19
Proceso de Enfermería.....	24
II METODOLOGÍA.....	31
Límites.....	31
Tiempo.....	31
Lugar.....	31
Universo De Trabajo .....	31
Recursos .....	32
Humanos.....	32
Materiales.....	32
Financieros .....	32
III PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO A GRUPOS	
DE AYUDA MUTUA.....	33
Valoración De Enfermería.....	34
Procedimientos que el profesional de enfermería realiza durante el monitoreo mensual de los integrantes del GAM.....	35
Medición de la presión arterial.....	36
Medición de glucosa capilar.....	39



Medición antropométrica.....	41
Medición de peso .....	43
Relación peso talla .....	45
Medición de perímetro abdominal.....	47
IV PROPUESTA DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS	
(PCGAM).....	50
CONCLUSIONES.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	78
ANEXOS.....	82



## RESÚMEN

El presente trabajo es una propuesta de intervención de enfermería pretende servir de base para la elaboración de un manual de Procedimientos para el profesional de enfermería, en la atención a los usuarios del ISSSTESON, basada en el Modelo de Promoción de la salud de Nola J. Pender, a fin de tener una participación activa en la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de los integrantes de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), conformados por personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como diabetes, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias, situación que se refleja en el perfil epidemiológico del país (México) y que actualmente es considerada un problema emergente de salud pública, además del rezago epidemiológico ya existente representado por enfermedades infecciosas que hace aún más compleja la atención a la salud de la población.

Por lo que este proyecto creado desde la perspectiva del “modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender”, se pretende sirva de apoyo al profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención del ISSSTESON, que plantea la forma en la que las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud, se orienta y aplica hacia el desarrollo de conductas saludables o conductas que favorecen la salud y motiva hacia la adopción de un estilo de vida saludable.

Por otro lado, al profesional de enfermería le permite desarrollarse de forma activa y lograr incidir en la forma de vida de quienes integran estos grupos a través de la educación para la salud contemplada en los planes de cuidados estandarizados para grupos de ayuda mutua (PCGAM), propuesta incluida en este trabajo, que documenta y comunica la situación de salud de las personas que integran los GAM y propone a través de intervenciones generalizadas brindar herramientas de autocuidado, individualizando cada caso en particular con actividades concretas para lograr los resultados esperados como puede ser el estímulo a la adopción de estilos de vida saludables.



## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud en México, por varios factores: el gran número de personas afectadas por este tipo de enfermedades, por su creciente contribución a la mortalidad general, por ser la causa más frecuente de incapacidad prematura y por la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Problemas emergentes de salud pública que aparecen como resultado de los cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de una gran parte de la población. Situación que requiere de la participación de un equipo multidisciplinario adiestrado, que proporcione las herramientas de autocuidado que los integrantes de los grupos de ayuda mutua (GAM) requieren para mantener el control de su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) propuesto por Nola Pender parece ser una poderosa herramienta utilizada por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de sus intervenciones (Aristizábal, Blanco, Sánchez & Ostiguín, 2011). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud”. Considerando la educación sanitaria como parte fundamental en el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, porque educar al usuario con problemas de salud como diabetes mellitus, hipertensión arterial entre otros, es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias del



tratamiento, así como promover las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables. Intervenciones que el profesional de enfermería desarrolla en los GAM y que implica una serie de actividades planificadas y programadas dentro de la estructura de estos grupos.

De ahí la importancia de integrar el Proceso de Enfermería (PE) y propuesta de planes de cuidados estandarizados dirigidos a usuarios integrantes de grupos de ayuda mutua con enfermedades crónicas no transmisibles al cuidado profesional, por lo que se elabora el siguiente trabajo: "Propuesta de intervenciones de enfermería para grupos de ayuda mutua desde la perspectiva del MPS de Nola J. Pender", cuyo contenido se expone en ocho capítulos que se describen a continuación:

En el primer capítulo se presenta una sección introductoria que muestra como las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en un problema emergente de salud pública, que requiere para su abordaje de estrategias como la conformación de grupos de ayuda mutua, donde el profesional de enfermería tiene una participación importante. Por lo que debería apoyarse en modelos teóricos como el de promoción para la salud de Nola Pender, a fin de elaborar una propuesta de intervención para estos grupos, basado en el proceso de enfermería.

El segundo capítulo se refiere al marco teórico referencial y muestra el MPS de Nola Pender. Se trata de un modelo de enfermería que permite

comprender comportamientos humanos relacionados con la salud; además, orienta hacia la generación de conductas saludables. Esta propuesta teórica que fundamenta la práctica de enfermería en el ámbito del primer nivel de atención a través de la aplicación del proceso de enfermería en los GAM.

El tercer capítulo aborda la metodología que describe los límites planteados para la elaboración del presente trabajo profesional e incluye la descripción de las etapas que llevaron a la construcción de la propuesta de intervención de enfermería para GAM.

El cuarto capítulo menciona el funcionamiento de los GAM, los requisitos y las responsabilidades de cada uno de quienes participan en ellos.

El quinto capítulo se refiere a las metas de tratamiento que deben cumplir quienes participan activamente en los GAM, Criterios que plantean las distintas Normas Oficiales Mexicanas (NOM) para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes, Hipertensión arterial, entre otras.

En el sexto capítulo se describe la participación de enfermería en la atención a los GAM, donde se detallan los pasos para realizar la valoración de enfermería.

El séptimo capítulo muestra una propuesta de planes de cuidados estandarizados para integrantes de grupos de ayuda mutua (PCGAM) basados en las taxonomías de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de



Enfermería (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Finalmente se exponen las conclusiones en las que se hace una reflexión sobre la participación del profesional de enfermería en los GAM y se plantean algunas recomendaciones para mejorar la calidad de la atención a sus integrantes. Se incluye, además, un apartado de referencias bibliográficas y anexos.



## OBJETIVO GENERAL

Elaborar propuesta de intervenciones de enfermería para GAM, basado en el proceso de enfermería, desde la perspectiva del modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender, que sirva de base para la elaboración de un manual de procedimientos que guíe al profesional de enfermería en la atención a los usuarios del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON).

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Lograr una aproximación al MPS de Nola Pender para valorar la utilidad en la práctica de enfermería en el cuidado a los GAM.

Integrar información sobre la estructura, normatividad y políticas institucionales del ISSSTESON para la conformación de los GAM.

Desarrollar una propuesta de intervención de enfermería basada en el modelo de promoción de la salud de Nola Pender, a fin de tener una participación activa en la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de los integrantes de los GAM.

## JUSTIFICACIÓN

El perfil epidemiológico de México está caracterizado por la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión arterial, entre otras, donde el sobrepeso y la obesidad representan un factor de riesgo importante para la adquisición de estas enfermedades de la etapa postransicional. Además, la existencia de un rezago epidemiológico con enfermedades infecciosas que hace aún más compleja la atención a la salud de la población (Kuri-Morales, 2011).

Esta situación representa un desafío para los prestadores de servicios de salud como los profesionales de enfermería que consideran la educación a la salud como una excelente opción de intervención. Pues la enfermería es una profesión con características eminentemente sociales, vinculada directamente a la población y comprometida con la atención de sus necesidades (Cruz, Pérez, Jenaro, Flores & Segovia, 2010), por lo que su participación en los GAM es un área de oportunidad que le permitiría desarrollarse de forma activa y lograr incidir en la forma de vida de quienes integran estos grupos. Lamentablemente, hasta ahora los GAM han sido una estrategia que no ha tenido el impacto suficiente en el control de la enfermedad, debido a la falta de sistematización en la atención que se les brinda a estos grupos. Por este merito nace la inquietud de desarrollar una propuesta de intervención de enfermería para grupos de ayuda mutua, apoyada en el proceso de enfermería y desde la perspectiva del MPS de Nola J. Pender, que se pretende sirva de apoyo al personal de

enfermería que labora en el primer nivel de atención, específicamente con GAM en el ISSSTESON.



## I MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.

La promoción de la salud como herramienta surgió de la Declaración de Atención Primaria para la Salud, en Alma Ata 1978, donde se valora la educación como metodología válida para la formación de las personas en estilos de vida saludables, con el fin de crear hábitos y costumbres sanas, cuya práctica cotidiana fortalezca las condiciones para mejorar la calidad de vida necesaria para un desarrollo humano adecuado, en lo individual y colectivo (Franco, 2006).

Mulet, en el 2002 expresa que la promoción de salud tiene como sus herramientas la comunicación y la educación, que están dirigidas a difundir y fomentar los estilos de vida, los cuales se expresan en comportamientos individuales que tienen como base la cultura, la política social y lo económico. Esto lleva a destacar la importancia de los procesos de construcción social de la salud y la necesidad de la participación social en alcanzar los objetivos propuestos y, específicamente, para el logro de cambios de conductas y de condiciones necesarias en el camino hacia una mejor salud.

Por otro lado, Kickbusch citado por Giraldo (2010) define la promoción de la salud como el desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino

entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas.

Es significativo saber que en enfermería los modelos y las teorías han tratado de agrupar y ordenar los conocimientos de la disciplina, lo que pone en evidencia la preocupación que han tenido quienes conforman el gremio por buscar un marco conceptual propio de enfermería, pues su quehacer tiene que ver con los procesos de salud, donde establece relaciones humanas en las que intervienen los significados de las experiencias de vida que influyen en la salud.

Dado lo anterior, en este apartado se plantea el Modelo de promoción de la salud de Nola Pender como marco para construir un proceso de enfermería que permita integrar los diagnósticos de enfermería y sirvan de base para planificar las estrategias de promoción a la salud con el propósito de ayudar a los usuarios integrantes de los GAM a modificar su estilo de vida y mejorar sus condiciones de vida.

#### ❖ Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (MPS).

Nola J. Pender desarrolla el MPS con el que propone comprender los comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables. Expresa que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, por lo que crea un modelo de enfermería que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud (Aristizábal et. al., 2011).



Este deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, mediante la forma de cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud que plantea Pender, empata con el desarrollo humano como lo define la Organización de Naciones Unidas (ONU), a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que lo concibe como el disfrute de una vida larga, sana y feliz, para el ejercicio de la libertad y el acceso a las oportunidades que permitan el desarrollo de las capacidades humanas, lo que llevará a una vida productiva para satisfacer así sus necesidades más urgentes y mejorar la calidad de vida en lo individual y colectivo (Franco, 2006).

Con el MPS de Nola J. Pender, el PE se orienta y aplica hacia el desarrollo de conductas saludables o conductas que favorecen la salud, al tiempo que motiva el estilo de vida saludable en la gente joven y adulta (Beristáin & Díaz, 2009). Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (Aristizábal y col. 2011).

En este sentido, para lograr entender y cambiar comportamientos poco saludables, la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura analiza las influencias psicosociales que surgen de la interacción de algunos factores, así como del ambiente social y la experiencia. La dinámica es recíproca: las personas se ven influidas e influyen en los demás (Murphy, 2005).

La teoría del aprendizaje social considera que la autoeficacia (la confianza que la persona tiene en su capacidad para alcanzar el cambio



deseado) es de suma importancia para adoptar comportamientos saludables, por lo que recomienda tres enfoques para reforzar esta posibilidad:

✓ Establecer metas pequeñas, incrementables.

Cuando alguien logra una meta pequeña, su autoeficacia se eleva. Dar primero un paso, y luego otro, hace que el objetivo parezca alcanzable.

✓ Contrato para el cambio.

Al establecer un acuerdo formal que especifique los objetivos y el premio (“el incentivo”). La persona y el grupo reciben sugerencias, orientación y reconocimientos en sus logros.

✓ Autovigilancia.

La retroalimentación que se logra mediante algún tipo de autovigilancia, como llevar un diario del cambio, puede reforzar la resolución de cambiar la conducta y elevar la confianza en la propia capacidad para alcanzar lo propuesto.

En cuanto a Feather (1982), los postulados de su modelo de motivación se relacionan con la siguiente afirmación: El esfuerzo que están dispuestas a poner las personas en una tarea es producto del grado en que esperan ser capaces de ejecutar la tarea con éxito si se aplican a sí mismos (y por tanto el grado en el que esperan obtener las recompensas que traerá la ejecución exitosa de la tarea) y el grado en que valoran estas recompensas. (López & L. de Lameda, 2008).

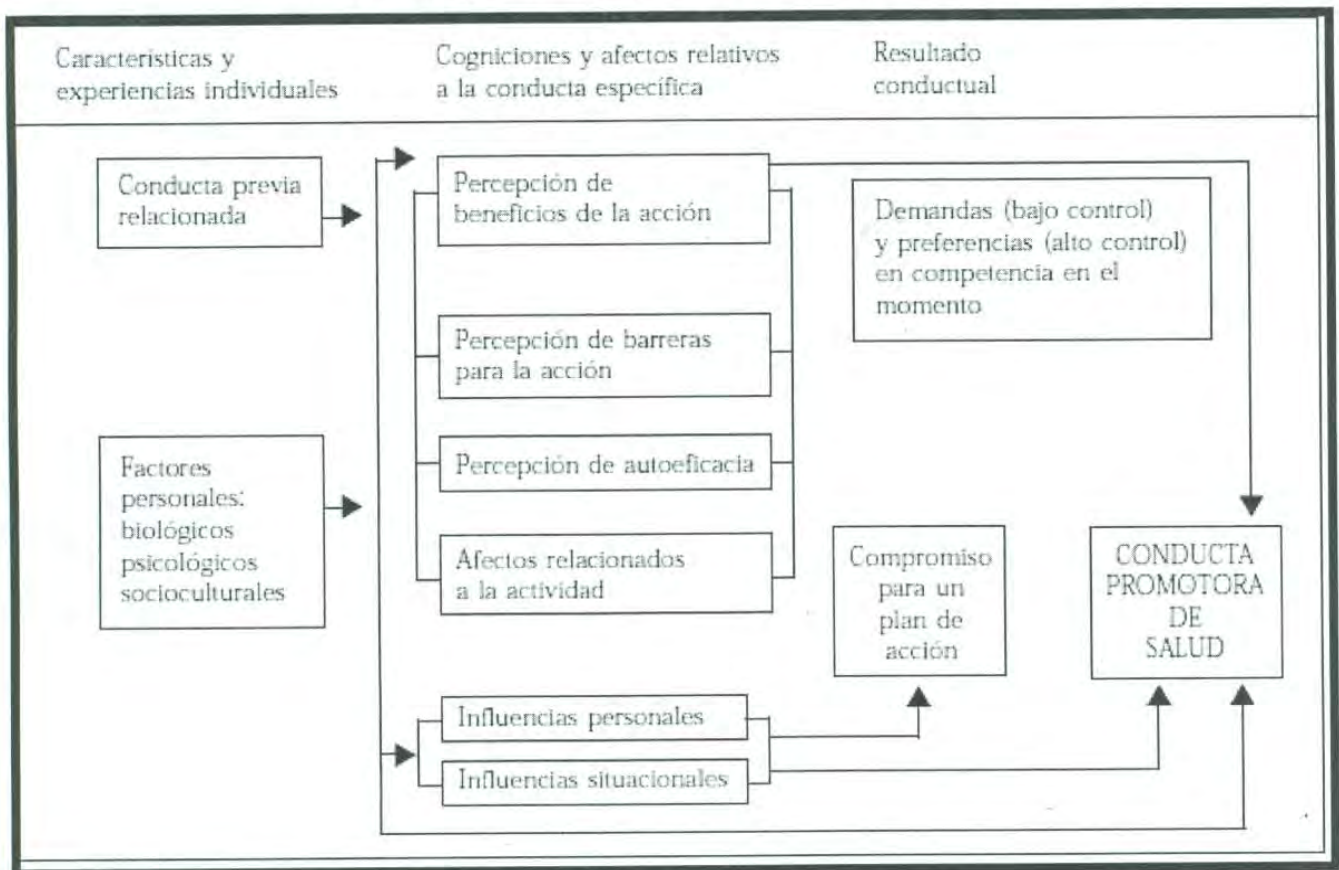
La aplicación de este enfoque (MPS) es una tarea compleja, porque incrementar las actividades saludables o disminuir las que determinan riesgo no es algo fácil, puesto que significa cambios de conductas, que, a su vez, implican detonar estados de insatisfacción como resultado de reconocer inconsistencias entre las propias creencias, valores, y conductas (Cid, Merino & Stiepovich, 2006).

Aristizábal y col. (2011), mencionan que la representación gráfica del diagrama del MPS es de fácil comprensión ya que los componentes se describen en los textos con claridad. Ello facilita su uso por las enfermeras (os) en el cuidado e investigación. Así, el MPS puede ser una propuesta para llevar a cabo intervenciones de enfermería en el contexto de promoción de la salud relacionadas con el cambio de comportamiento.

El MPS es un esquema que integra constructos de la teoría de expectativas-valores y de la teoría cognitivo-social, para detectar la estructura multidimensional de los rasgos individuales que, en interacción con su ambiente, mejoran los resultados asociados a salud. La conducta promotora de salud es un resultado determinado por características y experiencias individuales previas, y por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos (Cid y col., 2006).



## Modelo de promoción de la salud de Pender (1996)



Fuente: Raile, A.M & Marriner, T.A, 2011.

Trejo 2010, coincide con el MPS al realizar un resumen de sus principales conceptos y describe: Es un modelo de enfermería, para evaluar la acción de PS y el comportamiento que conduce a la interrelación entre tres puntos principales (ver gráfico superior):

1. Características y experiencias de los individuos (características y experiencias individuales).
2. Sensaciones y conocimiento en el comportamiento que se desea alcanzar (cogniciones y aspectos relativos a la conducta específica).
3. Comportamiento de la PS deseable (Resultado conductual).



Aristizábal y col. (2011), explica que el MPS expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud (ver gráfico superior).

Existen conceptos identificables mencionados por Pender y divididos en tres columnas, en la primera de izquierda a derecha se aprecian las características y experiencias individuales, en las que se encuentran:

- ✓ Conducta previa relacionada. Se refiere a experiencia previa sobre la misma conducta o similar, efectos directos o indirectos fluyen en el compromiso de adoptar la conducta de promoción a la salud.
- ✓ Factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales. Son todos los factores personales e interpersonales que influyen en el individuo al relacionarse con su medio y que pueden ser predictores del desarrollo de la conducta promotora de salud (CPS), sus beneficios y las barreras que dificultan su acción.

En la segunda columna se observa el rubro de las cogniciones y aspectos relativos a la conducta específica, en donde se incluyen:

- ✓ Percepción de beneficios de la acción. Relata sobre los beneficios anticipados de la acción en la conducta promotora de salud.

- ✓ Percepción de barreras para la acción. Alude a las desventajas personales, percibidas como reales o imaginarias y el grado de motivación existente en la persona, que facilita, obstaculiza o impide la CPS.
- ✓ Percepción de autoeficacia. Hace referencia a la competencia percibida del individuo para realizar tal o cual conducta. Entre mayor sea la percepción de competencia personal, incidirá en la disminución de barreras para la acción.
- ✓ Afectos relacionados a la actividad. Describe sobre aquellas emociones afines a pensamientos personales, favorables o no, hacia una conducta.
- ✓ Influencias personales. Menciona que la familia, amigos y equipo multidisciplinario de salud funcionan como modelo y/o apoyo que facilita o frena el compromiso de la persona hacia las conductas promotoras de salud.
- ✓ Influencias situacionales. Se refiere al medio ambiente externo que puede impedir o favorecer el compromiso de la CPS, a mayor compromiso, aumentará la posibilidad de generar una conducta promotora de salud.

En la tercera columna del gráfico se encuentra el resultado conductual que comprende:



- ✓ El compromiso para un plan de acción. El compromiso para un plan de acción antecede a la conducta de promoción a la salud y puede ser influido por las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las demandas inmediatas, se incluyen a las conductas alternativas sobre las que las personas presentan un bajo control, porque existen eventualidades del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. A diferencia de las preferencias personales, que posibilitan un *alto control* sobre la CPS.
  
- ✓ Conducta promotora de salud. Es la culminación del MPS de Pender, el cumplimiento del deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, mediante la forma de cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El MPS, se encuentra acorde con los tiempos y estrategias internacionales y la OMS en 1998, en su Glosario de Promoción de la Salud (PS), describe acerca de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), de cómo la PS constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las utilizadas para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.



La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud:

1. La abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas.
2. Facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud.
3. Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritaria, contemplada en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud:

1. Establecer una política pública saludable.
2. Crear entornos que apoyen la salud.
3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud.
4. Desarrollar las habilidades personales.
5. Reorientar los servicios sanitarios.

La OMS (1998), plantea en julio de 1997 La Declaración de Yakarta, que explica la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, confirma que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países. Además, existe una evidencia clara de que:

- ✓ Los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces.

- ✓ Los que utilizan combinaciones de estas cinco estrategias son más eficaces que los enfoques de una sola vía.
- ✓ Los escenarios para la salud ofrecen oportunidades prácticas para la aplicación de estrategias globales.
- ✓ La participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces.
- ✓ La alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario fomenta la participación.
- ✓ El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el empoderamiento de las personas y las comunidades.

La Declaración de Yakarta identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

1. Promover la responsabilidad social para la salud.
2. Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
3. Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
4. Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
5. Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud

El 11 de agosto del 2005, en la sexta conferencia mundial de promoción a la salud, patrocinada en conjunto por la OMS y el Ministerio de Salud Pública de Tailandia, tuvo como consecuencia la Carta de Bangkok para la Promoción de



la Salud en un Mundo Globalizado, en donde se establecieron los principales retos, medidas y compromisos necesarios para abordar los determinantes de salud en un mundo globalizado involucrado a numerosos agentes e interesados directos que son fundamentales para alcanzar la salud para todos (OMS, 2005).

La Carta de Bangkok complementa los valores, principios y estrategias de acción para el fomento de la salud, establecidos en la Carta de Ottawa para el fomento de la salud y las recomendaciones sucesivas de las reuniones internacionales.

En este sentido, los Grupos de Ayuda Mutua, como estrategia de promoción de la salud centralizada en las personas, resultan bastante accesible, pues permite la educación por competencias para la creación de conductas saludables y así una mejor calidad de vida.

#### ❖ Grupos de ayuda mutua (GAM).

Los GAM, nacen en Estados Unidos hacia 1935 con la asociación: Alcohólicos anónimos y posteriormente, en la década de los setentas, se extiende a Europa surgiendo como respuesta a la insuficiente cobertura en la atención primaria de la salud y también de la crisis económica e industrial.

El GAM se refiere a un grupo de personas que con la ayuda del equipo multidisciplinario de salud y las experiencias de sus compañeros en relativa igualdad de condiciones que ella, contribuye con su salud al realizar prácticas



de autocuidado. Entendiéndose que la salud es el resultado de los cuidados que la persona se dispensa a sí misma y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que se vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (carta de Ottawa, 1986). Así como la adopción de estilos de vida más saludables, según el caso.

La conformación de GAM, sirven de escenario para la capacitación necesaria en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, facilita la educación y autocuidado de la salud (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus). Como resultado de la detección integrada de enfermedades no transmisibles (ENT) en este caso de hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias y diabetes, todo usuario que se ubique como a continuación se expone es candidato a formar parte del GAM:

1. Caso sospechoso, refiriéndose así a la persona con factores de riesgo comunes de ECNT: edad (mayor de 20 años), antecedente heredofamiliar de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial (padres y/o hermanos), sobre peso u obesidad (IMC mínimo de 25 kg/m<sup>2</sup>), circunferencia abdominal mayor de 80 cm en mujeres o 90 cm en hombres, hijo macrosómico (4kg ó más al nacer) en mujeres y/o hipertensión arterial (T/A 140/90 mmHg).
2. Caso probable, personas que en el examen de tamizaje presenten una glucemia capilar en ayuno > 100 mg/dl, o una glucemia capilar casual > 140 mg/dl, son candidatos a formar parte de los GAM.

3. Personas sanas que deseen recibir información al respecto de las ENT y mantenerse saludables.

Proceso de apertura y organización de los GAM.

La organización interna de los GAM es responsabilidad exclusiva de sus miembros y se compone de los siguientes integrantes: coordinador, mesa directiva y miembros o socios cuyas funciones se describen en el Manual para organizar GAM (2010) de la Secretaría de Salud. La apertura de los grupos se da de la siguiente manera:

1.- Inicia a partir del filtrado de la información obtenida, la enfermera (o) concertará fecha, lugar y horario de reunión con las personas que presentaron factores de riesgo a padecer diabetes, hipertensión arterial u obesidad, incluyendo a los que ya estaban diagnosticados para exponer la necesidad de conformar el GAM.

2.- En la primera reunión (de apertura), se les explicará a los asistentes en qué consiste el GAM, las ventajas y beneficios de crear y formar parte de una asociación independiente.

3.- Ellos nombrarán una mesa directiva (presidente, secretario, tesorero y tres vocales) mediante voto democrático, también serán los impulsores de las acciones que decidan llevar a cabo como sociedad (educativas y de esparcimiento) y administradores de sus propios recursos económicos, de equipo y material médico (automonitoreo mensual) y como red de apoyo mutuo



en el cumplimiento de sus metas de tratamiento individuales y grupales, cuya finalidad será lograr su bienestar físico, mental y espiritual.

4.- Se tomará protesta a los integrantes de la mesa directiva: Presidente, secretario, tesorero y tres vocales, que firmarán un acta constitutiva para darle formalidad a la conformación del GAM.

Los miembros del GAM lograrán una mejor calidad de vida y controlar su enfermedad, a través del diseño e implementación de medidas para la sensibilización, promoción, prevención y protección de daños a la salud y el trabajo colaborativo, que consiste en la impartición de temas de salud y talleres de capacitación específicos y relativos a las ECNT, incluyendo estrategias didácticas y técnicas de enseñanza aprendizaje en torno a cuestiones de tipo psicológico, como la autoestima, autoconcepto y autoeficacia. Así como monitoreo mensual de peso, perímetro abdominal, presión arterial y glucosa capilar (metas de tratamiento personalizadas y de grupo), entre otras acciones.

Metas de Tratamiento para los integrantes de los GAM,

La promoción de la salud es la clave en los grupos de ayuda mutua y sus objetivos son: fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas/grupos para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual y colectiva mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud. Al integrarse al GAM, se pretende que el o la paciente sea responsable de su

autocuidado y permanentemente se autogestione en pro de su control metabólico (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus). Para lo cual es necesaria la implementación de metas de tratamiento (ver tabla I), basadas en la modificación de conductas no saludables hacia otras generadoras de salud, como el ejercicio, una dieta adecuada, automonitoreo, evitar conductas de riesgos para la salud como el hábito de fumar, asistir puntualmente a sus citas médicas de control y sesiones de GAM, tomar los medicamentos prescritos, entre otras

Tabla I. Metas básicas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control del paciente.

METAS DE TRATAMIENTO		
Glucemia en ayuno	mg/dl	70-130
Glucemia postprandial de 2h.	mg/dl	<140
HbA1c *	%	<7
Colesterol total	mg/dl	<200
Colesterol LDL	mg/dl	<100
Triglicéridos en ayuno	mg/dl	<150
Colesterol HDL hombres	mg/dl	>40
Colesterol HDL mujeres	mg/dl	>50
Microalbuminuria	mg/día	<30
Tensión arterial	mmHg	≤140/90**
Índice de masa corporal (IMC)	kg/m <sup>2</sup>	H 20-25 M 19-24
Circunferencia abdominal hombres	cm	<90***
Circunferencia abdominal mujeres	cm	<80***



Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias y Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

En el caso de los adultos mayores, las metas serán individualizadas, pues aunque éstas son las ideales, pudiera ser muy difícil de cumplir para ese grupo de personas.

\*En los casos en que sea posible efectuar esta prueba.

\*\*En las personas más jóvenes con diagnóstico médico de nefropatía, pudiera ser necesario implementar objetivos más estrictos.

\*\*\*Es necesario un control estricto del perímetro abdominal, para reducir el daño renal.

■ Si la persona fuma, una meta adicional será dejar de fumar.

El automonitoreo de los miembros del GAM se realizará cada mes en una sesión específica para las mediciones y registros de los resultados.

#### ❖ Proceso de enfermería (PE).

En este contexto, la Enfermería como disciplina profesional, con los objetivos claros relacionados con el cuidado a la salud del individuo sano o enfermo, mantiene en su dimensión integral el propósito de utilizar todas las capacidades y potencialidades del individuo para la mejora en su calidad de vida. Esto no sería posible sin la utilización del pensamiento crítico y el método científico como herramientas principales, los cuales permiten al profesional de enfermería a través del proceso de enfermería conceptualizar, aplicar, analizar y sintetizar, así como evaluar de forma activa y experta la información obtenida o generada mediante la utilización de métodos (entrevista, observación y examen físico) que den cuenta de las respuestas únicas ante los problemas de salud reales y potenciales.



El pensamiento crítico tiene una relación directa con el proceso de cuidado del paciente, exige la solución de conflictos a través del ensayo-error y haciendo uso de manera paralela de la intuición y la toma de decisiones prácticas, de igual manera, estableciendo y considerando sus criterios, haciendo la búsqueda de alternativas para proyectar, ejecutar y evaluar constantemente los resultados (Berman y Cols., 2013).

El PE es una herramienta metodológica que promueve la utilización del pensamiento crítico y es considerado proactivo, dinámico y centrado en los resultados, el manejo de los riesgos y la promoción de la salud, así como hacer frente a los problemas (Alfaro, 2009). El PE es definido por Alfaro y Gordon (1996) como método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería, los cuales son centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas del usuario, ante las alteraciones de salud reales y/o potenciales. Esta metodología de enfermería, tiene su orígenes en las propuestas teóricas de Lidia Hall en 1955 y que fueron enriqueciendo Johnson (1959) y Orlando (1961), entre otras considerándola un proceso de tres etapas y que con el paso de los años fue modificándose hasta el año de 1974 donde Bloch, Roy (1975) y algunas autoras más establecieron cinco etapas que son las que se conocen en la actualidad, resaltando la incorporación de una de las más importantes, el diagnóstico de enfermería (Kozzier, B., Erb, Berman S., 2008).

Las etapas que lo conforman se relacionan entre sí y muchas veces de traslapan o superponen, por lo que muchas veces la evaluación que se



presenta como la última etapa, está presente en las otras cuatro, pues no sólo se evalúa el resultado o logro de objetivos alcanzados, sino también la forma en la que se desarrolla cada una de las etapas del proceso. Estas son:

- ✓ Valoración: Proceso continuo de recolección, validación, organización y análisis de datos relacionados con el estado de salud del usuario;
- ✓ Diagnóstico: Análisis síntesis, emisión de un juicio clínico sobre el estado de salud del usuario. Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características: reales, de riesgo, de salud o bienestar y de promoción de la salud.
- ✓ Planeación: Contempla el desarrollo de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico además de la determinación de objetivos (resultados esperados).
- ✓ Ejecución: Se refiere a la operacionalización de las actividades planeadas para lograr los objetivos ya planteados. Toma de decisiones sobre la mejor alternativa de ejecución (función independiente o interdependiente).
- ✓ Evaluación: Proceso continuo que se utiliza para juzgar cada etapa del PE y consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud de la persona de cuidado y los resultados esperados.

## Esquematzación del Proceso de Enfermería



Fuente: Elaboración propia

Según Koziar y Cols (2010) los aspectos que caracterizan al PE son:

- ✓ Está centrado en el paciente
- ✓ El plan de cuidados de enfermería se construye en función de los problemas del usuario.
- ✓ Es cíclico: Se refiere a una secuencia de acontecimientos que se repiten regularmente.
- ✓ Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- ✓ Es interactivo: Exige comunicación y trabajo colaborativo entre la enfermera, el usuario, su familia y el resto del equipo de salud.
- ✓ Es de aplicación universal: Es flexible, pues se adapta al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.



- ✓ Tiene una base teórica: Se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería, pues el profesional de enfermería utiliza el método científico y pensamiento crítico.

Por otro lado, en las tres últimas décadas la enfermería como disciplina ha consolidado una metodología de trabajo para evidenciar la práctica diaria, así como la creación de un lenguaje común que fomente en el profesional de enfermería la capacidad de análisis y la posibilidad de emitir juicios clínicos concretos a partir de la identificación de respuestas humanas en los sujetos de cuidado. Es la North American Nursing Association (ANA) quien propone en 1973 una taxonomía de diagnósticos de enfermería, y posteriormente convocan a una conferencia para analizar su clasificación, a partir de la cual se constituye el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería (NANDA), y a partir de 1982 el grupo logra un trabajo de impacto internacional, rompiendo paradigmas de la profesión con responsabilidad, capacidad, autonomía y pensamiento crítico para tratar al individuo. Más adelante la NANDA hace una alianza con el Centro de Clasificación del Colegio de Enfermería de la Universidad de Iowa, para desarrollar una estructura taxonómica común que pudiera relacionarse con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y con la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) que ya existían y de esta forma vincular los diagnósticos de enfermería con las intervenciones y los resultados esperados (Tellez O., Garcia F., 2010)

Como ya se mencionó, la vinculación de las taxonomías NANDA, NIC, NOC permite la homologación del lenguaje dentro de la práctica profesional generando en la enfermera (o) capacidades para el razonamiento clínico, toma de decisiones, confianza en sí mismo, por tanto autonomía en el ejercicio de la profesión, de esta manera a través del PE los profesionales de enfermería prestan el cuidado de manera racional, lógica y sistemática. Además genera en las diferentes áreas de aplicación (hospitalización, comunitaria, investigativa y docencia) cambios favorecedores como: actitud positiva, calidad en el cuidado otorgado, desarrollo profesional entre otros.

Los planes de cuidados son definidos como el instrumento clínico que sirve para registrar el PE que se lleva a cabo de manera individualizada (ya sea partiendo de modelos estandarizados o no) y que comprende el registro de cada uno de sus partes. Es una herramienta útil porque mejora la aplicación del cuidado y deben cumplir con las siguientes premisas:

- Mejora la calidad científico-técnica de los cuidados que se prestan.
- Proporciona a los enfermos las herramientas que les permitan desde la perspectiva del cuidado, un abordaje integral y continuo de los problemas



diversos que presentan las personas, la familia y/o la comunidad (Gabaldon, 2008).

## II METODOLOGÍA

### 2.1 Límites

#### Tiempo:

La elaboración del trabajo profesional comprendido del 12 de marzo, al 20 de diciembre del año 2013 y se dividió en las siguientes etapas:

- a) Primera etapa consistió en investigación documental
- b) Segunda etapa confrontación entre los resultados de la investigación documental y el proceso cotidiano de trabajo en el campo clínico por parte del personal de enfermería.
- c) Construcción de la Propuesta de intervenciones de enfermería para grupos de ayuda mutua, basado en el proceso de enfermería y desde la perspectiva del modelo de promoción de la salud de Nola Pender.

#### Lugar:

Las Instalaciones del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON), en la localidad de Hermosillo, Sonora.

#### Universo de Trabajo:

Personal de enfermería de primer nivel de atención del  
ISSSTESON



## 2.2 Recursos:

### Humanos:

Sustentante y directora de Tesis.

### Materiales:

Material impreso y en línea, textos académicos, equipo de cómputo e impresión, artículos de oficina, entre otros.

### Financieros:

Fueron cubiertos por la sustentante.

### III PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADO A LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAM).

En el área de salud las estrategias educativas tienen como objetivo elevar el nivel de conocimientos de las ECNT y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo, y conseguir que dichos conocimientos sean puestos en práctica y logren el efecto deseado. Sin embargo, las estrategias utilizadas en la mayor parte de los casos no han sido las idóneas, debido posiblemente a que se fomenta la pasividad en el enfermo colocándolo como receptor y consumidor de información sin impactar en su estilo de vida.

Es necesaria una educación participativa que considere al enfermo crónico como generador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica, con lo que se logra un efecto en la toma de decisiones sobre hábitos y estilos de vida saludables y, como consecuencia, en el control de la enfermedad.

Son los GAM que se constituyen en escenarios para la capacitación voluntaria y periódica de los enfermos crónicos con énfasis en el manejo no farmacológico y el autocuidado de la salud, lo que contribuye a hacer más efectiva la intervención de enfermería con programas de educación para la salud, reforzando la adhesión al tratamiento y el cumplimiento de



las prescripciones del equipo de salud, permitiendo además el intercambio de experiencias entre los enfermos, facilitando la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de las enfermedades.

La participación de enfermería en los GAM consiste en la aplicación del PE, donde se pretende que el profesional concentre lo esencial de sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas de salud de los enfermos que integran estos grupos y promover así su calidad de vida. Como todo método sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí, haciendo de la ejecución una práctica humanizada e integral, respetando ante todo al enfermo y a su familia. Es a partir de las etapas del PE que se identifican los problemas reales y potenciales (diagnósticos de enfermería), estableciendo planes de cuidados individualizados para y resolverlos ya sea previniendo o controlando las ECNT, como diabetes e hipertensión arterial.

### 3.1 Valoración de enfermería.

Es la valoración de enfermería una etapa clave porque recopila los datos sobre el estado de salud de las personas (que conforman los grupos) a través de diversas fuentes (primaria y secundarias) y utilizando los siguientes métodos: Entrevista, observación y examen físico; donde el primero tiene una importancia significativa porque recoge información

específica y necesaria para los diagnósticos de enfermería y la planificación de los cuidados, los cuales incluyen datos como: síntomas, conductas, sentimientos, manifestaciones verbales o no verbales, entre otros, como consecuencia de su estado de salud, que se confrontan con los datos observables y los obtenidos a través del examen físico, buscando su validación y organizándolos por patrones funcionales de M. Gordon o cualquier modelo teórico de enfermería como el de Promoción de la salud de Nola Pender.

El profesional de enfermería se plantea después de obtener la base de datos validada y organizada de los integrantes de los GAM, un plan de cuidados donde los diagnósticos de enfermería reales, de riesgo, de promoción de la salud y/o de salud o bienestar sirvan de base para el diseño de estrategias de educación para la salud que ayuden a integrante de los GAM a lograr las metas de cuidado.

3.1.1. Procedimientos que el profesional de enfermería realiza durante el monitoreo mensual de los integrantes del GAM.

Según el Manual de Procedimiento para las Mediciones, Programa de Procedimientos para las mediciones/ Programa de Salud del Adulto y del Anciano, Secretaría de Salud, CENAVECE (2006), las técnicas de toma de presión arterial, medición de glucosa capilar y de antropometría son las que se describen a continuación:



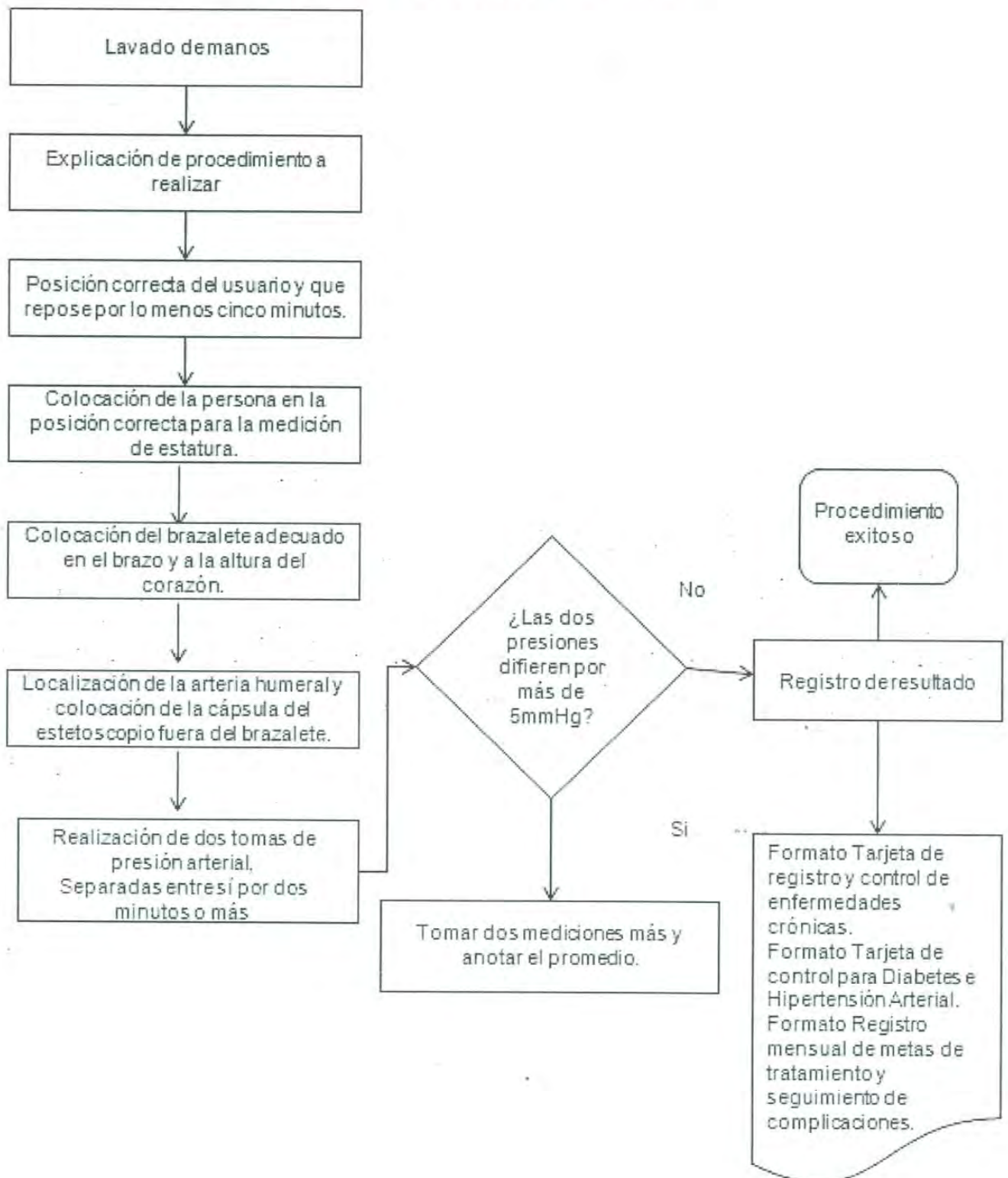
### 3.1.1.1. Medición de la presión arterial

PROCEDIMIENTO	EQUIPO	ACTIVIDAD	FORMATOS
<p>MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL</p>	<p>Estetoscopio cápsula doble. Esfigmomanómetro mercurial / aneroide. Hojas de registro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realice lavado de manos antes de llevar a cabo el procedimiento.</li> <li>2. Explicar al paciente el procedimiento a realizar.</li> <li>3. El usuario deberá estar sentado con un buen soporte para la espalda, su brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.</li> <li>4. La medición podrá realizarse en posición supina.</li> <li>5. La medición se efectuara después de 5 minutos de reposo por lo menos.</li> <li>6. Preferentemente se utilizará esfigmomanómetro mercurial o en caso contrario uno aneroide recientemente calibrado.</li> <li>7. Se utilizará un brazalete de tamaño adecuado, para asegurar una medición precisa, ubicándose a la altura del corazón. Se recomienda utilizar brazalete adicional para personas con obesidad. La cámara de aire (globo) debe cubrir al menos las 3/4 partes de la longitud del brazo y al menos el 80% de la circunferencia del brazo; algunos adultos con gran masa muscular requerirán un manguito de mayor tamaño.</li> </ol>	<p>Registro en los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas.</li> <li>-Formato Tarjeta de control para Diabetes e Hipertensión Arterial.</li> <li>-Formato Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones.</li> </ul>

		<p>7. Se utilizará un brazalete (manguito) de tamaño adecuado, para asegurar una medición precisa, ubicándose a la altura del corazón. Se recomienda utilizar brazalete adicional para personas con obesidad.</p> <p>La cámara de aire (globo) debe cubrir al menos las 3/4 partes de la longitud del brazo y al menos el 80% de la circunferencia del brazo; algunos adultos con gran masa muscular requerirán un manguito de mayor tamaño.</p>	
		<p>8. Localizando la arteria humeral en el canal bicipital en la cara anterior del brazo por dentro del músculo bíceps, colocar la cápsula del estetoscopio fuera del brazalete.</p>	
		<p>9. Deberán de registrarse los dos valores (sistólica/ diastólica); la aparición del primer ruido, define la aparición de la presión sistólica y el último ruido se usa para definir la presión diastólica.</p>	
		<p>10. El valor de la presión arterial corresponde al promedio de dos mediciones, separadas entre sí por dos minutos o más. Si las dos presiones difieren por más de 5mmHg, se realizaran otras dos mediciones y se obtendrá el promedio.</p>	
		<p>11. Se registrara el resultado en los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas.</li> <li>-Formato Tarjeta de control para Diabetes e Hipertensión Arterial.</li> <li>-Formato Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones.</li> </ul>	
		<p>12. Los esfigmomanómetros mercurial o aneroide pasarán por un proceso de verificación trimestral para mantener lecturas precisas y confiables. Así mismo todo esfigmomanómetro que haya sufrido golpes, caídas o roturas, tendrá que someterse al proceso de verificación, independientemente del tiempo que haya transcurrido de la última verificación.</p>	



## Flujograma Medición de presión arterial

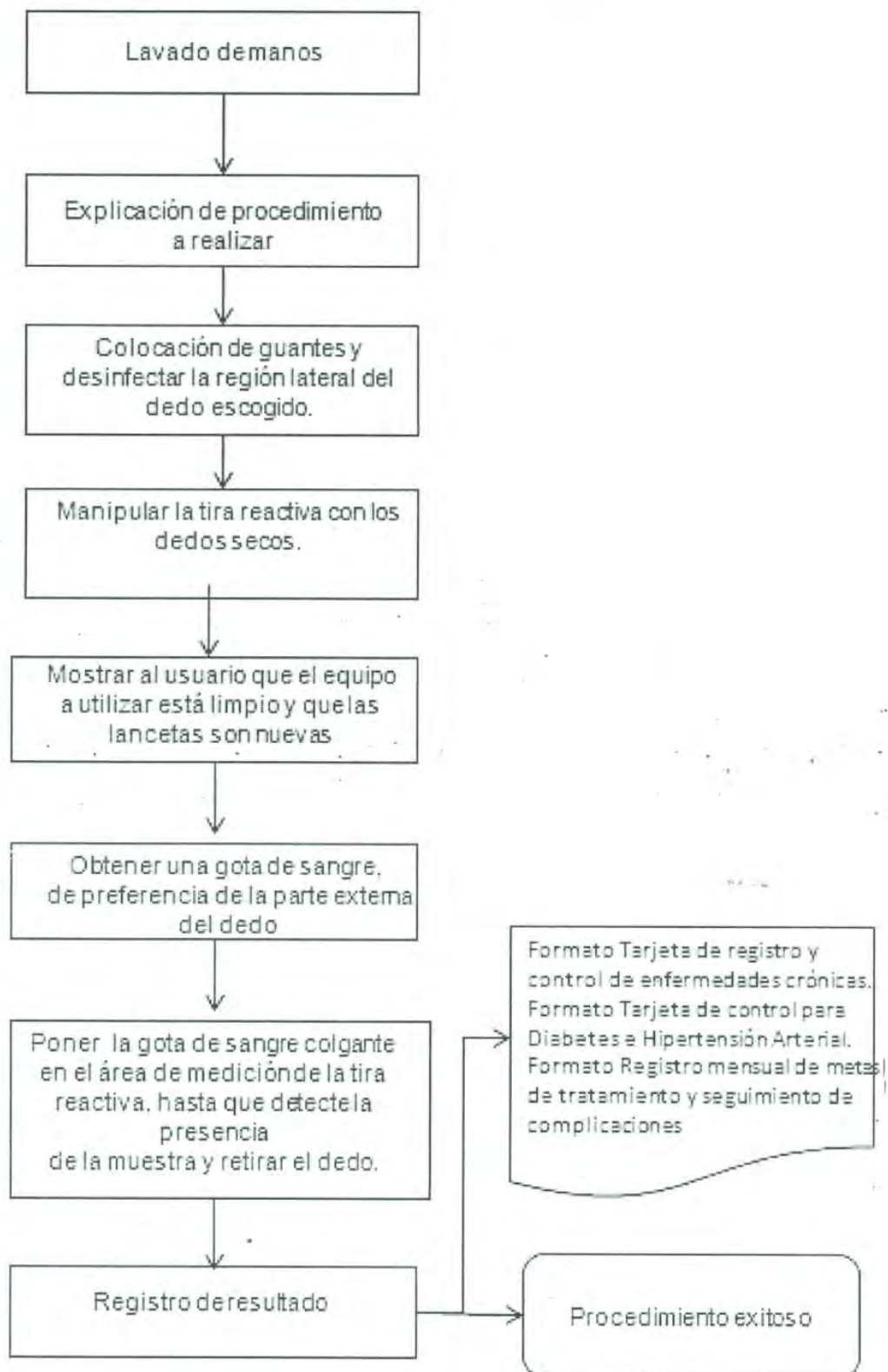


### 3.1.1.2. Medición de Glucosa capilar

PROCEDIMIENTO	EQUIPO	ACTIVIDAD	FORMATOS
<p>MEDICIÓN DE GLUCOSA CAPILAR CON GLUCÓMETRO</p>	<p>Aparato medidor de glucosa (glucómetro). Lancetas Algodón empapado en alcohol (torundas), o agua y jabón. Guantes de látex. Contenedor (para material contaminado). Hojas de registro.</p>	<p>1. Realice lavado de manos antes de llevar a cabo el procedimiento. 2. Explicar al paciente el procedimiento a realizar.</p>	<p>Registro en los formatos: -Formato Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas. -Formato Tarjeta de control para Diabetes e Hipertensión Arterial. -Formato Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones.</p>
		<p>3. Póngase los guantes y pida al paciente que se lave las manos con agua y jabón o use algodón empapado en alcohol para limpiarle la parte lateral del dedo escogido; de preferencia la mano que menos use, la izquierda si es diestro o la contraria si es zurdo.</p>	
		<p>4. Asegúrese de que sus manos estén completamente secas antes de manipular la tira reactiva.</p>	
		<p>5. Muestre al paciente que el equipo que va a utilizar está limpio y que las lancetas son nuevas y no han sido utilizadas en ocasiones anteriores.</p>	
		<p>6. Saque la tira reactiva y siga las instrucciones del fabricante.</p>	
		<p>7. Obtenga una gota de sangre de preferencia de la parte lateral externa del dedo.</p>	
		<p>8. No apriete más de lo necesario.</p>	
		<p>9. Ponga la gota de sangre colgante en el área de medición de la tira reactiva hasta que detecte la presencia de la muestra y retire el dedo.</p>	
		<p>10. Espere el resultado de la glucosa sanguínea y anótelos en su hoja de registro.</p>	
		<p>11. Deseche lancetas, tiras reactivas y algodón en un contenedor para material biológico contaminado.</p>	
		<p>12. No use lancetas más de una vez.</p>	



## Flujograma Medición de glucosa capilar

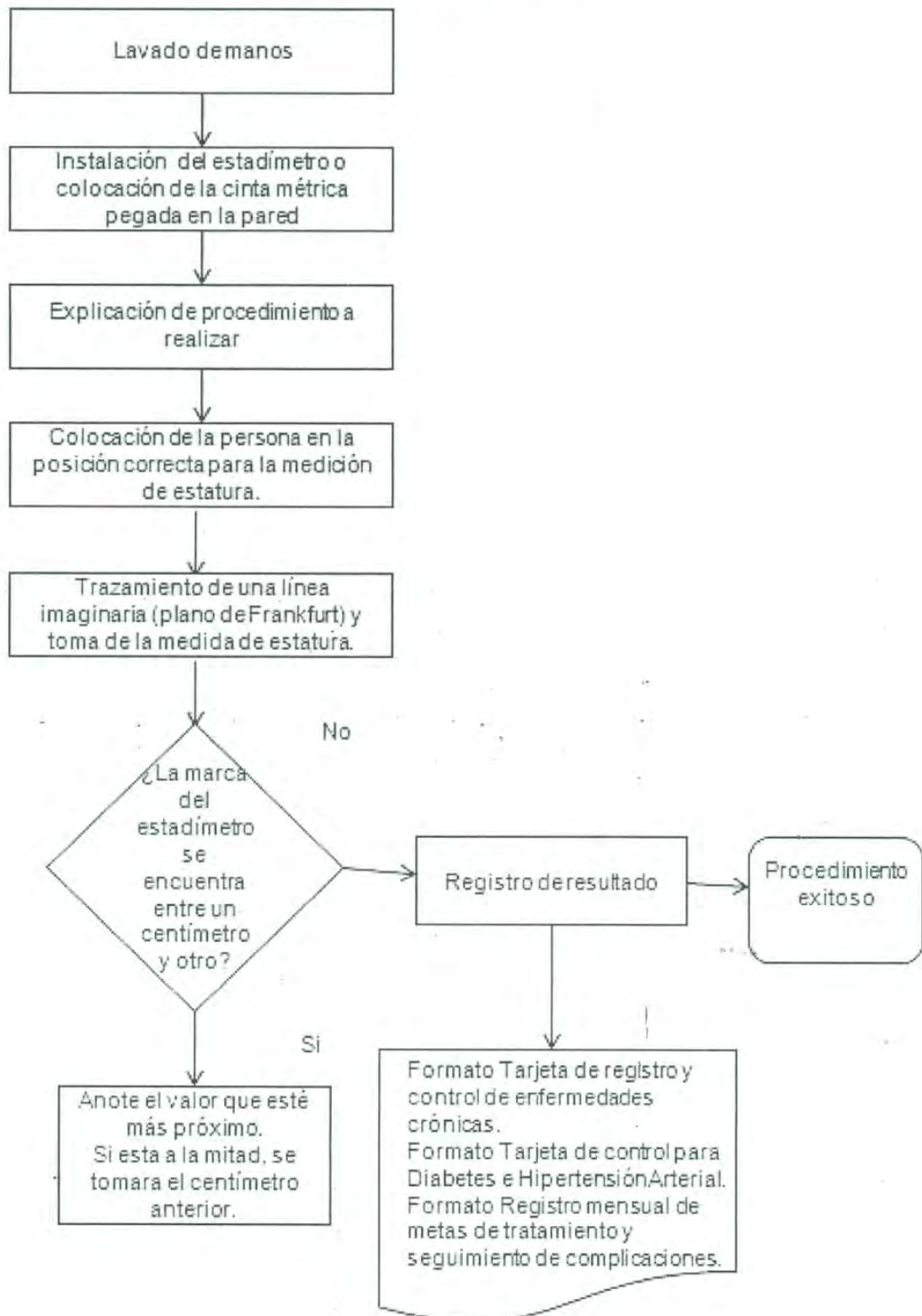


### 3.1.1.3. Medición Antropométrica

PROCEDIMIENTO	EQUIPO	ACTIVIDAD	FORMATOS
MEDICIÓN DE TALLA (ESTATURA)	Estadímetro. Hojas de registro.	1. Reúna su material, verifique las instrucciones sobre cómo usar el estadímetro, o en su defecto, utilizar cinta métrica pegada a la pared.	<p>Registro en los formatos:</p> <p>-Formato Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas.</p> <p>-Formato Tarjeta de control para Diabetes e Hipertensión Arterial.</p> <p>-Formato Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones.</p>
		2. Explique al usuario las actividades a realizar para facilitar la medición.	
		3. Indique a la persona que se quite el calzado, gorra, adornos y se suelte el cabello. Si es necesario ayúdele.	
		4. Coloque a la persona debajo del estadímetro de espalda a la pared con la mirada de frente, sobre una línea imaginaria vertical que divida su cuerpo en dos hemisferios.	
		5. Verifique que los pies estén en posición correcta.	
		6. Asegúrese que la cabeza, espalda, pantorrillas, talones y glúteos estén en contacto con la pared y sus brazos caigan naturalmente a lo largo del cuerpo.	
		7. Acomode la cabeza en posición recta, coloque la palma de la mano izquierda abierta sobre el mentón de la persona y suavemente cierre sus dedos.	
		8. Trace una línea imaginaria (plano de Frankfurt) que va del orificio del oído a la base de la órbita del ojo. Esta línea debe ser paralela a la base del estadímetro y formar un ángulo recto con respecto a la pared.	
		9. Asegúrese de que la persona esté a la misma altura, antes de hacer la lectura.	
		10. Si la marca del estadímetro se encuentra entre un centímetro y otro, anote el valor que este más próximo; si está a la mitad, se tomara el centímetro anterior.	
		11. Baje el estadímetro y tome cuidadosamente la lectura en centímetros.	
	Registre en los formatos correspondientes.		



## Flujograma Medición de talla (estatura).



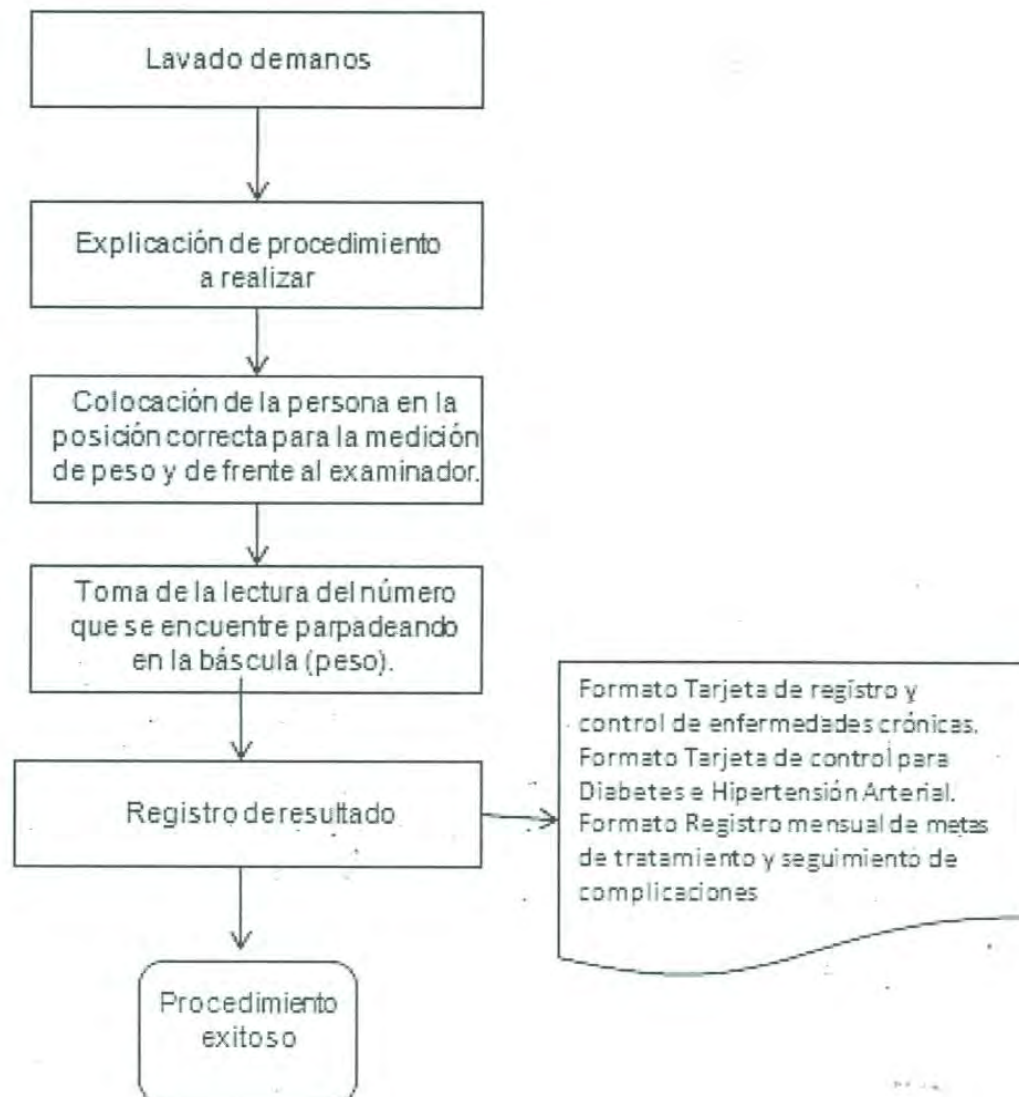
Fuente: Elaboración propia

### 3.1.1.4. Medición de peso

PROCEDIMIENTO	EQUIPO	ACTIVIDAD	FORMATOS
<p>MEDICIÓN DE PESO.</p>	<p>Báscula. Hojas de registro. Registro en los formatos: -Formato Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas. -Formato Tarjeta de control para Diabetes e Hipertensión Arterial. -Formato Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realice lavado de manos antes de llevar a cabo el procedimiento.</li> <li>2. Explique al usuario las actividades a realizar para facilitar la medición.</li> <li>3. Colóquese los guantes desechables, para iniciar la valoración.</li> <li>4. La medición se realizara con la menor ropa posible y sin zapatos. Se pide a la persona que suba a la báscula colocando los pies paralelos en el centro, de frente al examinador. Debe estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caigan naturalmente a los lados.</li> <li>5. Se tomará la lectura del número que se encuentre parpadeando.</li> <li>6. Registre el resultado en los formatos: -Formato Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas. -Formato Tarjeta de control para Diabetes e Hipertensión Arterial. -Formato Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones.</li> </ol>	<p>Registro en los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Formato Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas.</li> <li>-Formato Tarjeta de control para Diabetes e Hipertensión Arterial.</li> <li>-Formato Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones.</li> </ul>



## Flujograma Medición peso



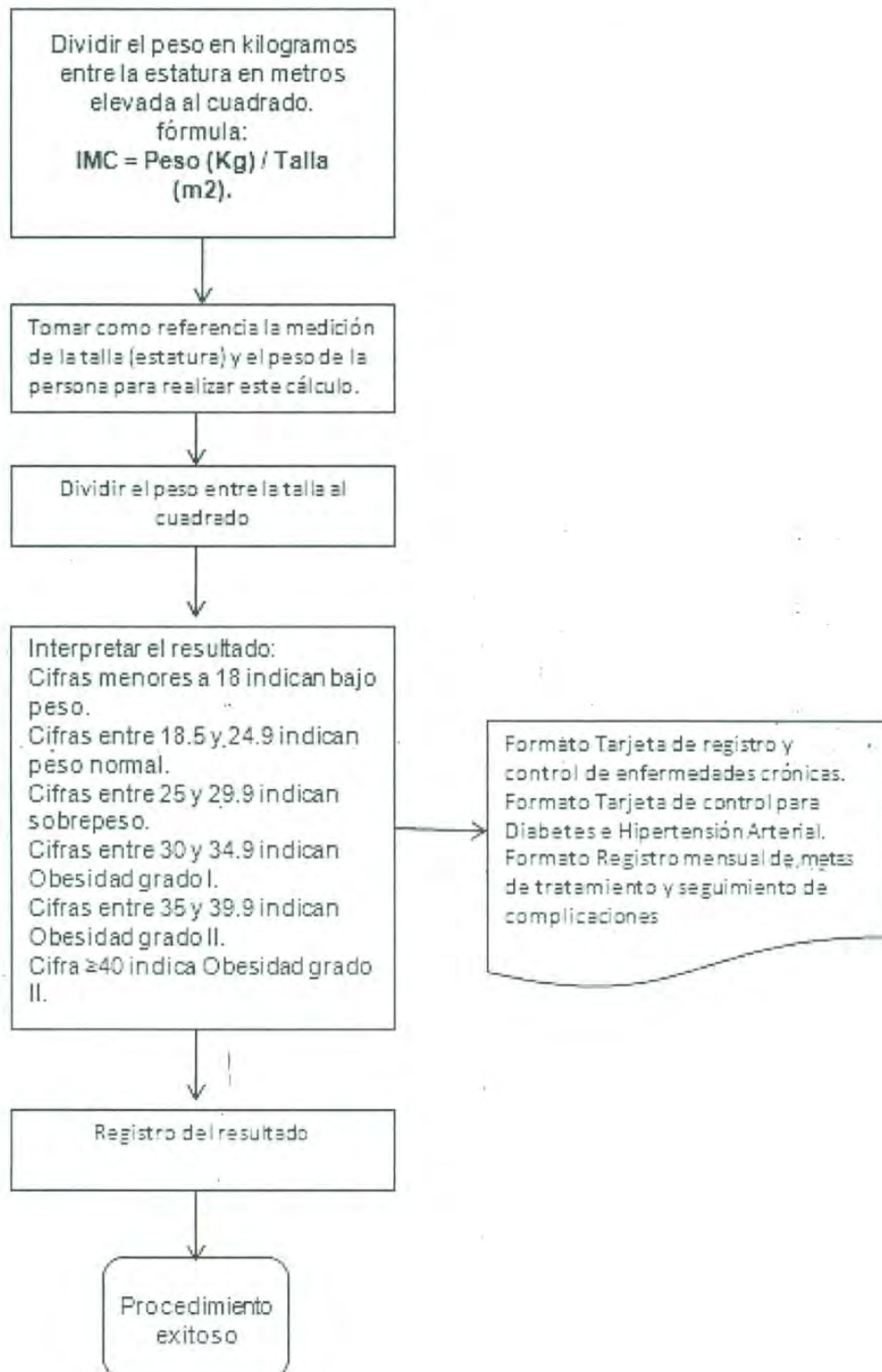
Fuente: Elaboración propia

### 3.1.1.5. Relación peso/talla

PROCEDIMIENTO	EQUIPO	ACTIVIDAD	FORMATOS
<p>INDICE DE MASA CORPORAL.</p> <p>(ÍNDICE DE QUETELET)</p>	<p>Calculadora Hojas de registro.</p>	<p>1. El IMC se obtiene al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros elevada al cuadrado, como se observa en la siguiente fórmula: <b>IMC = Peso (Kg) / Talla (m<sup>2</sup>).</b></p> <p>2. Tome como referencia la medición de la talla (estatura) y el peso de la persona para realizar este cálculo.</p> <p>Ejemplo: Para una persona con talla de 1.75m y peso de 85kg. Paso 1. Eleve la talla al cuadrado, es decir multiplique: 1.75 x 1.75 = 3.0625.</p> <p>Paso 2. Divida el peso entre la talla al cuadrado, es decir, haga la siguiente operación: 85/3.0625 = 28.1 = IMC.</p> <p>Interprete el resultado: -Cifras menores a 18 indican bajo peso. -Cifras entre 18.5 y 24.9 indican peso normal. -Cifras entre 25 y 29.9 indican sobrepeso. -Cifras entre 30 y 34.9 indican Obesidad grado I. -Cifras entre 35 y 39.9 indican Obesidad grado II. -Cifra ≥40 indica Obesidad grado II.</p>	<p>Registro en los formatos:</p> <p>-Formato Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas.</p> <p>-Formato Tarjeta de control para Diabetes e Hipertensión Arterial.</p> <p>-Formato Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones.</p>



# Flujograma Índice de masa corporal. (índice de Quetelet)

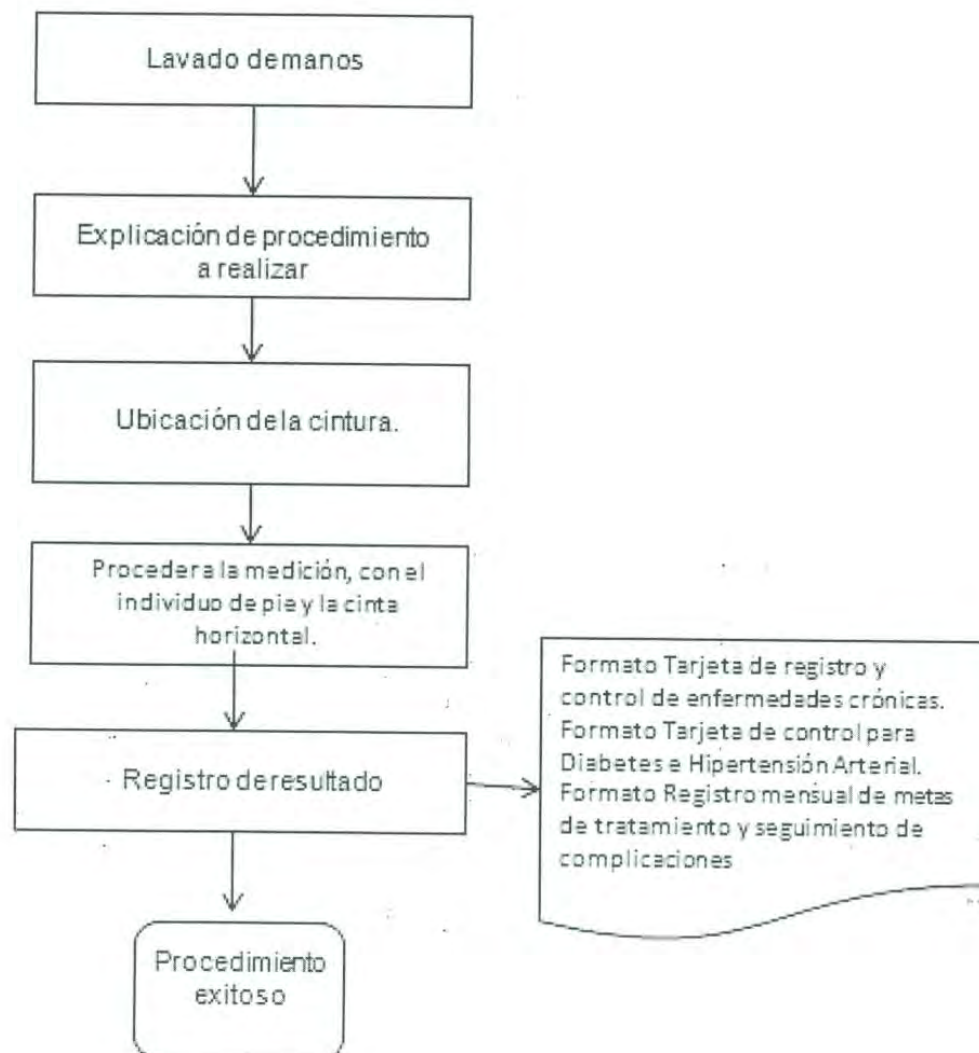


### 3.1.1.6. Medición de perímetro abdominal

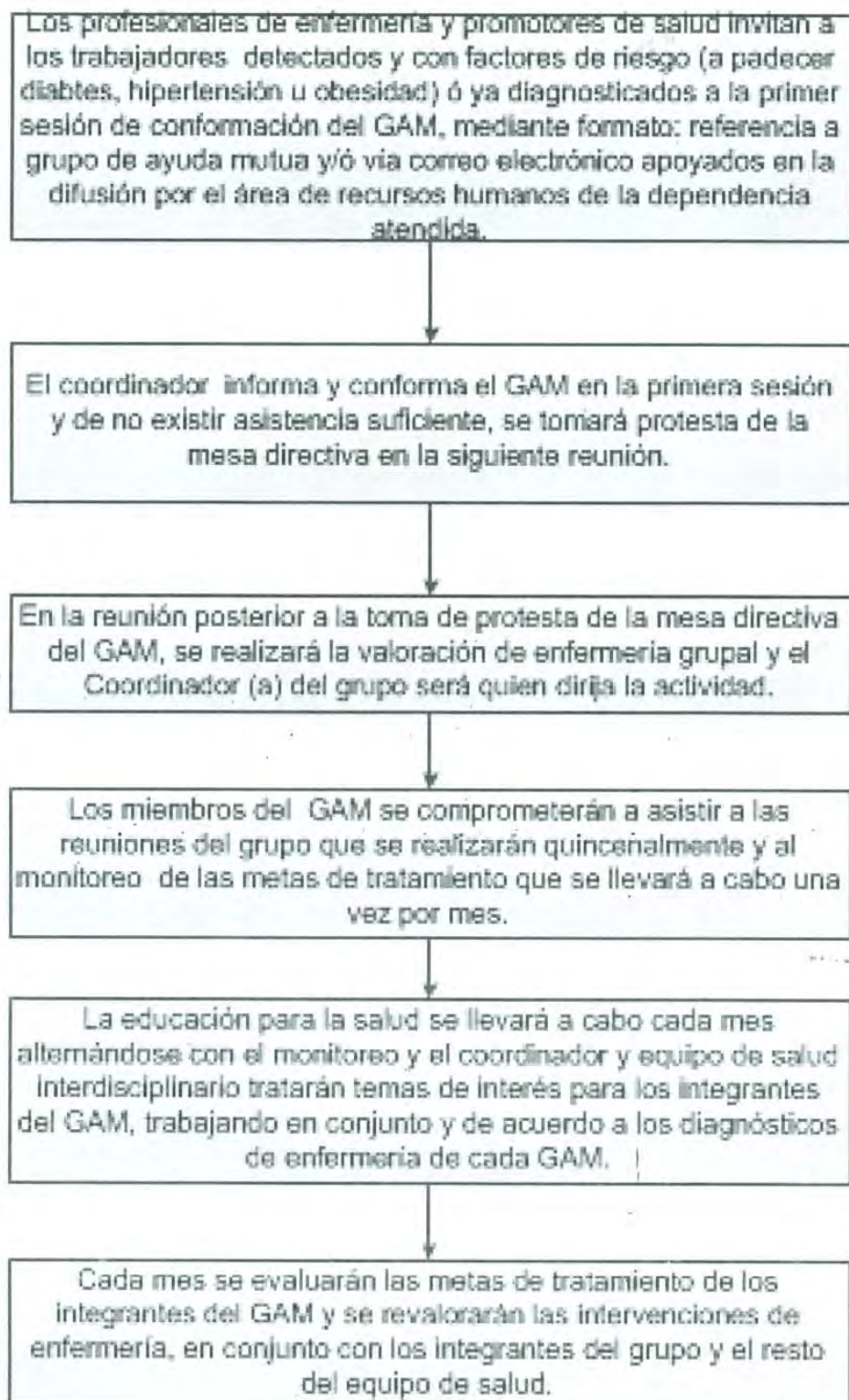
PROCEDIMIENTO	EQUIPO	ACTIVIDAD	FORMATOS
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL	Cinta métrica de fibra de vidrio. Hojas de registro.	1. Lleve a cabo lavado de manos previo al procedimiento.	Registro en los formatos:  -Formato Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas.  -Formato Tarjeta de control para Diabetes e Hipertensión Arterial.  -Formato Registro mensual de metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones.
		2. Explicar al paciente el procedimiento a realizar.	
		3. Trace una línea imaginaria que parta del hueco de la axila hasta la cresta iliaca. Sobre esta, indique el punto medio entre la última costilla y la parte superior de la cresta iliaca (cadera). En este punto se tomará la circunferencia de la cintura.	
		4. Coloque la cinta métrica en el perímetro del punto antes mencionado y proceda a la medición de esta circunferencia, con el individuo de pie y la cinta horizontal. Evite que los dedos del examinador queden entre la cinta métrica y el cuerpo del paciente, ya que esto conduce a error. Valores de circunferencia de cintura que representan factor de riesgo en enfermedad cardiovascular: Mujer: Cintura > 80 cm. Hombre: Cintura > 90cm.	



## Flujograma Medición de circunferencia abdominal.



## DIAGRAMA DE FLUJO DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA





#### IV PROPUESTA DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PARA INTEGRANTES DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA (PCGAM).

Para la aplicación del PE, el profesional de enfermería requiere de una base de conocimientos científicos, lo más amplia y variada posible, así como habilidades manuales, intelectuales e interpersonales con la mejor actitud de empatía para con el sujeto de cuidado, así como de mantener el respeto a los valores y creencias del usuario y conservar un estilo de vida saludable.

En el caso de los grupos de ayuda mutua constituyen escenarios para la capacitación voluntaria y periódica de los sujetos que viven una experiencia de enfermedad y que requieren ser apoyados para el autocuidado de la salud.

Para lograr lo anterior se requiere de un esfuerzo educativo adicional que modifique los hábitos de vida del enfermo, es decir, su alimentación diaria, su actividad física, su cuidado personal, su aprendizaje sobre la enfermedad y el autocontrol de la glucosa en sangre, los factores socioculturales que constituyen la base del tratamiento, así como los factores ambientales y personales que inciden en el proceso de cambio que estos enfermos requieren para vivir su vida lo más plenamente posible.

Por lo anterior los planes de cuidados estandarizados para grupos de ayuda mutua es una propuesta que documenta y comunica la situación de salud de las personas que integran los GAM y propone a través de intervenciones

generalizadas brindar herramientas de autocuidado, individualizado cada caso en particular con actividades concretas para lograr los resultados esperados como puede ser el estímulo a la adopción de estilos de vida saludables; tomando como base la estrategia del Programa Nacional de *Sicalidad*, llamado plan de cuidados de enfermería (PLACES), una norma que surge debido a necesidad de establecer un método con criterios unificados y homogéneos encaminados a mejorar la calidad y seguridad del cuidado de enfermería. planes de cuidados que serán adecuados a las respuestas únicas de los pacientes, y que deja abiertas opciones para los problemas de la persona/grupo, los resultados esperados del plan de cuidados y las intervenciones de enfermería, acordes con el modelo de Nola J. Pender de promoción de la salud, en donde la educación para la salud es el principal impulsor para la adquisición de conductas generadoras de salud y por lo tanto, la adopción de estilos de vida más saludables y así, prevenir y/o controlar la enfermedad, las complicaciones derivadas de la misma y obtener una mejor calidad de vida.

A continuación se presentan los planes de cuidados de enfermería contruidos a partir de los criterios anteriormente señalados, que servirán como base para el cuidado de enfermería que se brindará a los participantes de los grupos de ayuda mutua del ISSSTESON. La propuesta está conformada por 12 diagnósticos de enfermería, 12 resultados esperados y 12 intervenciones de enfermería que conducen al planteamiento de actividades específicas.



## PLAN DE CUIDADOS PARA GRUPOS DE AYUDA MUTUA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ DX. MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: / /

DOMINIO1: PROMOCIÓN DE LA SALUD CLASE 2: GESTIÓN DE LA SALUD	
<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA: GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD</b>	
<b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Complejidad del sistema de cuidados de la salud y/o del régimen terapéutico, conflictos de decisiones, dificultad económicas, demandas excesivas (p. ej., individuales, familiares), conflicto familiar, patrones familiares de cuidado de la salud, déficit de conocimientos, régimen, percepción de barreras, impotencia, percepción de gravedad, de susceptibilidad, de beneficios, déficit de soporte sociales e inadecuación del número de claves.	
<b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria y/o al emprender acciones para reducir factores de riesgo, en su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud, verbaliza deseos de manejar la enfermedad y/o dificultades con los tratamientos prescritos.	
<b>DOMINIO:</b>	<b>CLASE:</b>
<b>RESULTADOS ESPERADOS (NOC):</b>	
<b>CONOCIMIENTO REGIMEN TERAPEUTICO, CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO TERÁPEUTICO, PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES DE CUIDADOS DE SALUD, CONDUCTA TERÁPEUTICA: ENFERMEDAD O LESIÓN.</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> ( SE DEFINIRÁ CADA UNO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)	

INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN
(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS )  (CONSULTAR NOC)	MANTENER A:	AUMENTAR A:	1
	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.		2
			3
			4
			5
<b>INTERVENCIONES (NIC): PROCESO DE ENFERMEDAD, DERIVACIÓN, APOYO FAMILIAR, ORIENTACIÓN AL SISTEMA DE SALUD</b>			
ACTIVIDADES: (LISTAR ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)  (CONSULTAR NIC)			





INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN
(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)  (CONSULTAR NOC)	MANTENER A:	AUMENTAR A:	1
	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.		2
			3
			4
			5
<b>INTERVENCIONES (NIC): FACILITACIÓN DEL CONOCIMIENTO ESPIRITUAL, APOYO ESPIRITUAL, ESPERANZA</b>			
ACTIVIDADES: ( LISTAR ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)  (CONSULTAR NIC)			





INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN
<p>(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)</p> <p>(CONSULTAR NOC)</p>	MANTENER A:	AUMENTAR A:	1
	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>		2
			3
			4
			5
<p><b>INTERVENCIONES (NIC) : APOYO A LA TOMA DE DECISIONES, ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES</b></p>			
<p>ACTIVIDADES: ( LISTAR ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)</p> <p>(CONSULTAR NIC)</p>			





INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN
<p>(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)</p> <p>(CONSULTAR NOC)</p>	MANTENER A:	AUMENTAR A:	1
	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>		2
			3
			4
			5
<p><b>INTERVENCIONES (NIC): MEJORA EL AFRONTAMIENTO, ORIENTACIÓN, APOYO EMOCIONAL, ESCUCHA ACTIVA, ASERTIVIDAD, ADIESTRAMIENTO, MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.</b></p>			
<p>ACTIVIDADES: ( LISTAR ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)</p> <p>(CONSULTAR NIC)</p>			



## PLAN DE CUIDADOS PARA GRUPOS DE AYUDA MUTUA

NOMBRE:                      SEXO:                      EDAD:                      SALA:                      DX. MÉDICO:                      FECHA:                      /                      /                      /

DOMINIO 2 NUTRICIÓN	CLASE 1: INGESTIÓN
<b>ETIQUETA DIAGNOSTICA (NANDA): DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Actitud hacia el acto de beber congruente con los objetivos de salud, actitud hacia el acto de comer congruente con los objetivos de salud, consumo de líquidos adecuados, de alimentos adecuados, come regularmente, expresa conocimientos sobre elecciones saludables de líquidos, de alimentos, expresa deseos de mejorar la nutrición, sigue un estándar apropiado para los aportes (Ejm, plato del buen comer), seguridad en la preparación de los líquidos, seguridad en la preparación de los alimentos, seguridad en el almacenamiento de los líquidos, de los alimentos.
<b>DOMINIO:</b>	<b>CLASE:</b>
<b>RESULTADOS ESPERADOS (NOC): ESTADO NUTRICIONAL, ENSEÑANZA DE LA NUTRICIÓN</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> ( SE DEFINIRA CADA UNO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)	

INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN	
<p>(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)</p> <p>(CONSULTAR NOC)</p>	MANTENER A:	AUMENTAR A:	1	
		Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.		2
		El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.		3
				4
				5
INTERVENCIONES (NIC): GESTIÓN DE LA NUTRICIÓN, CONTROL DE LA NUTRICIÓN				
<p>ACTIVIDADES: ( LISTAR ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)</p> <p>(CONSULTAR NIC)</p>				





INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN
<p>(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)</p> <p>(CONSULTAR NOC)</p>	MANTENER	AUMENTAR A:	1
	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>		2
	<p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>		3
			4
			5
<p><b>INTERVENCIONES (NIC): INFUNDIR ESPERANZA, ACLARACIÓN DE VALORES, MEJORA DEL AFRONTAMIENTO</b></p>			
<p>ACTIVIDADES: ( LISTAR ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)</p> <p>(CONSULTAR NIC)</p>			



**PLAN DE CUIDADOS PARA GRUPOS DE AYUDA MUTUA**

NOMBRE: SEXO: EDAD: SALA: DX. MÉDICO: FECHA: / /

<b>DOMINIO:</b>	<b>CLASE:</b>
<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA): DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Expresa deseos de mejorar la habilidad para fijar objetivos alcanzables, para mejorar la confianza en las posibilidades, para mejorar la congruencia entre las expectativas y los deseos, de mejorar la esperanza, de mejorar la interconexión con los demás, de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos, de mejorar el sentimiento de significado de su vida y de mejorar la espiritualidad.	
<b>DOMINIO</b>	<b>CLASE:</b>
<b>RESULTADOS ESPERADOS (NOC): ESPERANZA, AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> ( SE DEFINIRA CADA UNO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)	

INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN
<p>(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)</p> <p>(CONSULTAR NOC)</p>	MANTENER A:	AUMENTAR A:	1
		Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.	El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.
			3
			4
			5
<b>INTERVENCIONES (NIC): DAR ESPERANZA, AUMENTAR AFRONTAMIENTO</b>			
<b>ACTIVIDADES: (LISTAR ACTIVIDADES DE LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)</b>			



## PLAN DE CUIDADOS PARA GRUPOS DE AYUDA MUTUA

NOMBRE: SEXO: EDAD: SALA: DX. MÉDICO: FECHA: / /

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD	CLASE 1: TOMA DE CONCIENCIA DE LA SALUD
<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA): ESTILO DE VIDA SEDENTARIO</b>	
<b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud, falta de interés, falta de motivación, falta de recursos (Ejm. Tiempo, dinero, compañía, instalaciones), falta de entrenamiento para la realización de ejercicio.	
<b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Elige una rutina diaria con falta de ejercicio, demuestra falta de condición física, verbaliza preferencia por actividades con poca actividad física.	
DOMINIO:	CLASE:
<b>RESULTADOS ESPERADOS (NOC): CONOCIMIENTO: CONDUCTAS DE SALUD, APTITUD FÍSICA</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> (SE DEFINIRA CADA UNO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)	

INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN
<p>(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADO ESPERADO SELECCIONADO)</p> <p>(CONSULTAR NOC)</p>	MANTENER A:	AUMENTAR A:	1
	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>		2
			3
			4
			5
<b>INTERVENCIONES (NIC): PROMOCIÓN DEL EJERCICIO, CINESITERAPIA</b>			
<p>ACTIVIDADES: ( LISTAR ACTIVIDADES DE LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)</p>			





INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN
<p>(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)</p> <p>(CONSULTAR NOC)</p>	MANTENER A:	AUMENTAR A:	1
	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.		2
	El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.		3
			4
			5
<p><b>INTERVENCIONES (NIC): EDUCACIÓN PARA LA SALUD, FACILITACIÓN DE LA AUTORESPONSABILIDAD, EXAMENES MÉDICOS, IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS, PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR, ORIENTACIÓN NUTRICIONAL, AYUDA PARA LA REDUCCIÓN DE PESO.</b></p>			
<p>ACTIVIDADES: ( LISTAR ACTIVIDADES DE LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)</p>			





INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN	
<p>(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)</p> <p>(CONSULTAR NOC)</p>	MANTENER A:	AUMENTAR A:	1	
		Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.		2
		El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.		3
				4
				5
<p><b>INTERVENCIONES (NIC): ASESORAMIENTO NUTRICIONAL, ENSEÑANZA ACTIVIDAD / EJERCICIO PRESCRITO, MANEJO DE LA HIPERGLICEMIA, MANEJO DE LA HIPOGLICEMIA</b></p>				
<p>ACTIVIDADES: ( LISTAR ACTIVIDADES DE LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)</p>				





INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN
<p>(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)</p> <p>(CONSULTAR NOC)</p>	MANTENER A:	AUMENTAR A:	1
	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>		2
			3
			4
			5
<p><b>INTERVENCIONES (NIC): GESTIÓN NUTRICIONAL, GESTIÓN DEL PESO, EDUCACIÓN INDIVIDUAL, MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, FOMENTO DEL EJERCICIO</b></p>			
<p>ACTIVIDADES: (LISTAR ACTIVIDADES DE LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)</p>			



## PLAN DE CUIDADOS PARA GRUPOS DE AYUDA MUTUA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ DX. MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES	CLASE 3: CONGRUENCIA ENTRE VALORES/CREENCIAS/ACCIONES
<b>ETIQUETA DIAGNOSTICA (NANDA): INCUMPLIMIENTO</b>	
<p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> SISTEMA DE SALUD (Acceso a la asistencia, habilidades de comunicación del profesional, conveniencia de la asistencia, credibilidad del profesional, dificultad en la relación entre el cliente y el profesional, cobertura sanitaria individual, continuidad del profesional, seguimiento regular del profesional, remuneración del profesional, satisfacción con la atención, habilidades de enseñanza del profesional). <b>PLAN DE CUIDADOS DE LA SALUD</b> (Complejidad, costo, duración, flexibilidad financiera del plan, intensidad), <b>INDIVIDUALES</b> (Influencias culturales, conocimientos deficientes para la conducta prescrita, habilidades de desarrollo, creencias sobre la salud, sistema de valores individual, fuerzas motivacionales, habilidades personales, personas significativas, valores espirituales), <b>RED DE APOYO</b> (Implicación de los miembros en el plan de salud, percepción de las creencias de las personas significativas, valoración social del plan).</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Conducta indicativa de falta de adhesión, evidencia de desarrollo de complicaciones, evidencia de exacerbación de los síntomas, no asistencia a las visitas concentradas, falta de progresos, pruebas objetivas que proporcionan evidencia de incumplimiento (Ejm. Medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos).</p>	
DOMINIO	CLASE:
<p><b>RESULTADOS ESPERADOS (NOC): CONDUCTA DE ADHESIÓN, CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO, CONTROL DE SÍNTOMAS, CONDUCTA ANTE EL TRATAMIENTO: ENFERMEDAD/LESIÓN.</b></p> <p><b>DEFINICIÓN:</b> (SE DEFINIRA CADA UNO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)</p>	

INDICADORES:	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA DE MEDICIÓN
<p>(LISTAR INDICADORES CON LA ESCALA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESPERADOS SELECCIONADOS)</p> <p>(CONSULTAR NOC)</p>	MANTENER A:	AUMENTAR A:	1
	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.		2
	El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.		3
			4
			5
<p><b>INTERVENCIONES (NIC): EDUCACIÓN PARA LA SALUD, AYUDA PARA LA AUTOMEDICACIÓN, FACILITACIÓN DE LA AUTORESPONSABILIDAD, FOMENTO DEL AFRONTAMIENTO, APOYO PARA LA TOMA DE DECISIONES, FIJACIÓN CONJUNTA DE OBJETIVOS, ORIENTACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD, EDUCACIÓN: PROCESO PATOLÓGICO, EDUCACIÓN: MEDICACIÓN PRESCRITA.</b></p>			
<p>ACTIVIDADES: ( LISTAR ACTIVIDADES DE LA ETIQUETA DE INTERVENCIÓN SELECCIONADA)</p>			



## CONCLUSIONES

La realización de una propuesta de intervenciones de enfermería para GAM, desde la perspectiva del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, y apoyado en la aplicación del PE, ofrece la oportunidad de aportar herramientas teórico- metodológicas para brindar cuidado a usuarios con ECNT como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias que conforman estos grupos. Propuesta que pretende servir de base para la elaboración de un manual de procedimientos que guie el trabajo colaborativo (equipo multidisciplinario), en el ámbito del primer nivel de atención, a través de un programa que contemple medidas de sensibilización, promoción de la salud y prevención de las enfermedades a usuarios derechohabientes del ISSSTESON, buscando incidir en las percepciones sobre el estado de salud y bienestar de los miembros del GAM, enseñando medidas de autocuidado que propicien el desarrollo de conductas favorecedoras de salud y adopción de estilos de vida saludables, que deriven en el cumplimiento de sus metas de tratamiento, tomando como base los planes de cuidados estandarizados desarrollados en esta propuesta y que permitan individualizar el cuidado a partir de la identificación de necesidades y respuestas humanas de quienes los conforman, esperando tener como resultado el empoderamiento, la autogestión, por tanto el control de su enfermedad, derivando esto en la calidad de vida de cada uno de los participantes.

En ISSSTESON, los GAM han sido una estrategia que no ha tenido el impacto suficiente en el control de la enfermedad de quienes los conforman, debido en gran parte a la falta de sistematización en la atención brindada a estos grupos. No es hasta el año 2013 cuando se implementa en la institución un Nuevo Modelo de Atención a la Salud (NMAS), enfocado a la medicina preventiva, con la finalidad de que el médico y la enfermera de familia promuevan acciones preventivas conjuntas para el bienestar familiar, es ahí donde esta última toma un papel primordial, siendo reconocido su potencial como profesional por la mencionada institución y el primer contacto con el usuario que solicita los servicios de salud en los Centros de Atención integral para la salud (CIAS), presentándosele la oportunidad de implementar los PCGAM, propuesta de intervenciones de enfermería que contribuiría a la modificación de estilos de vida y por consiguiente a la mejora en la calidad de vida de los integrantes de los GAM y su familia.

Dentro de las limitaciones encontradas en la realización de este trabajo está la resistencia por parte del personal de enfermería que labora con los GAM para la utilización de la metodología del PE debido al desconocimiento o falta de capacitación que tienen de la herramienta metodológica, que sirve para brindar cuidado individualizado, integral, sistemático y de calidad a los usuarios de los servicios de salud. La propuesta de intervenciones de enfermería para GAM, basada en la perspectiva del MPS de Nola J. Pender no es concluyente, forma parte de un proyecto multidisciplinario institucional que servirá de base para la elaboración de un Manual de Procedimientos que guíe al profesional de



enfermería y al equipo de salud en la atención al derechohabiente del ISSSTESON, en el ámbito del primer nivel de atención.

Dado lo anterior y teniendo como meta el bienestar y la calidad de vida de los miembros del GAM, el compromiso como enfermera es primordial y estimula para ejercer la profesión con eficacia, eficiencia y calidez en el cuidado humano brindado. Este proyecto de tesis me ha proporcionado una grata experiencia al interrelacionarme y colaborar con otros profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de salud, y que de igual manera están interesados en mejorar la atención al derechohabiente de la institución en que la formamos parte, obteniendo su apoyo para el desarrollo de este trabajo y la consideración para su inclusión en la creación del Manual de Procedimientos para GAM de ISSSTESON.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* • Vol. 8. • Año. 8 • No. 4, 16-23.

2. Beristáin, I. & Mónica Díaz, M. (2009) Guía de Valoración del Paciente Adulto Basado en el Modelo de Promoción de la Salud. *Desarrollo Científica. Enferm. Vol. 17 N° 6, 278-282.*
3. Berman A., & Snyder S. (2013) Fundamentos de enfermería, Conceptos, procesos y práctica de Kozier y Erb (9ª ed.). (Trad. GEA Consultoria Editorial, S.L.) Madrid, España: Pearson Education. (Original en inglés, 2012).
4. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá: OMS, Asociación;1986.
5. Catálogo Nacional de Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Primera edición: ISBN: 978-607-460-218-0. D.R. © Secretaría de Salud 2012. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería.
6. Cid, P., Merino, J., Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev. Méd. Chile 134, 1491-1499.*
7. Cruz Ortiz, M.; Pérez Rodríguez, M; Jenaro Río, C; Flores Robaina, N.; Segovia Díaz De León, M. (2010). Necesidad social de formación de recursos no profesionales para el cuidado: una



disyuntiva para la Enfermería profesional. *Index de Enfermería*, Vol. 19(4), pp.269-273.

8. Franco, Z. (2006). La promoción de la salud en el marco de la bioética y el desarrollo humano. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 11, 39-4

9. Gabaldon, B. E.M. (2008). Los Planes de cuidados como evaluación escrita de las prácticas clínicas. Tesis doctoral. Universidad de Alicante, España [en línea], recuperado el 15 de mayo de 2014, de [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14268/1/tesis\\_gabaldon.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14268/1/tesis_gabaldon.pdf)

10. Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C., Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 15, No.1, 128 - 143

11. Guía Técnica para la integración de grupos de ayuda mutua. Subdirección General Médica, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud. No de registro: SGM/Guía 3 I Rev. 01. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 2008.

12. Kozier, B., Erb, G., Snyder, S. (2008). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica Vol. I (7ª. Ed.). España: McGrawHill, (original, 2009).
13. Kuri-Morales P. A. (2011). Transición en salud y su impacto en la demanda de los servicios. Gaceta médica de México Vol. 147; 151-154. [en línea], Recuperado el 15 de mayo de 2014, de [http://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/8\\_GMM\\_Vol\\_147\\_-\\_6\\_2011.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/8_GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf)
14. Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. ISBN: en trámite D.R. © Secretaría de Salud 2010. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería.
15. López, G. & de Lameda, B. (2008). Análisis de los constructos teóricos: vida cotidiana, familia, autopercepción y motivación, *Laurus Vol. 14, Núm. 26, Universidad Pedagógica Experimental Libertado Venezuela, 243-261.*
16. Manual de grupos de autoayuda, sugerencias para organizar, establecer Y dirigir grupos de autoayuda. 1a. edición 1999: ISBN 968-816-222-1 D.R. © Gobierno del Distrito Federal 1997, Secretaría de desarrollo social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.



ANEXO 1

Guía de Valoración del Paciente Adulto Basado en el Modelo de Promoción de la Salud

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE ADULTO CON EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN  
 Instrucciones: conteste lo siguiente según corresponda y marque con una "X" la opción de respuesta que se considere más al caso.

I.- DATOS GENERALES:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GÉNERO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_ NÚM. \_\_\_\_\_

DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL GAM: \_\_\_\_\_

II.- VALORACIÓN POR CONDUCTAS DE SALUD

1.3 TOXICOMANIAS			CANTIDAD Y FRECUENCIA		1.5 MEDIDAS PREVENTIVAS CON VACUNACIÓN		
SI	NO	ESPECIFICAR	SI	NO	SI	NO	ESPECIFICAR
		1.3.1 ¿Fuma cigarrillos?					
		1.3.2 ¿Consumo bebidas alcohólicas?					
		1.3.3 ¿Consumo alguna droga?					
		1.3.4 ¿Presenta alguna alergia?					
		1.3.6 ¿Ha sufrido algún accidente últimamente?					
		1.3.7 ¿Lleva alguna medida preventiva en su hogar?					
1.4 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA							
1.4.1 ¿Tiene animales domésticos?							
1.4.2 Material de construcción del piso: Tierra ___ Mosaico ___ Cemento ___ Otro ___							
1.4.3 Material de construcción del techo: Loza ___ Madera ___ Lamina ___ Otro ___							
Número de cuartos: _____ de 2 a 3							
Personas que duermen por cuarto: _____ de 2 a 3							
Servicios con los que cuenta en Casa-habitación: Drenaje ___ Letrina ___ Fosa séptica ___ Eliminación de excretas: _____ agua potable recolección de basura OTRO							
1.5 MEDIDAS PREVENTIVAS CON VACUNACIÓN							
1.5.1 ¿Se ha aplicado las siguientes vacunas?							
		Toxide Tetánico Difterico					
		Antihpatitis B					
		Sarampión					
		Rubeola					
		Antineumocócica					
		Antiinfluenza					
		Otras:					
1.6.1 ¿Se ha realizado las siguientes pruebas?							
		DETECCIÓN					
		Cáncer cervicouterino (Papanicolaou)					
		Cáncer Mamario (Exploración de senos)					
		Diabetes Mellitus (Glucemia capilar)					
		Hipertensión arterial (toma de presión arterial)					
		Osteoporosis					
		Examen de próstata					

3.- ACTIVIDAD FISICA

SI	NO	SI	NO	ESPECIFICAR

SI	NO	ESPECIFICAR	< de 1 L	De 1 a 2 L	> de 2 L

3.8 ¿Cuantas horas duerme durante la noche?

Presenta alguna dificultad para:  
 Alimentarse Bañarse Vestirse Caminar Otro:  
 SI \_\_\_ NO \_\_\_ SI \_\_\_ NO \_\_\_ SI \_\_\_ NO \_\_\_ SI \_\_\_ NO \_\_\_

De 8 a 12 hrs. De 5 a 8 hrs. Menos de 5 hrs.

Por qué?

IV.- RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE

FECHA	ESTUDIO	RESULTADOS
	Glucosa	
	Hemoglobina glicada	
	Colesterol HDL	
	LDL	
	Triglicéridos	

AUTOMONITOREO

Presión Arterial	Peso
Tensión capilar	Talla
Periferencia de cintura	Índice de Masa Corporal (IMC)

toda la información recabada será tratada confidencialmente.

re: Beristain, I. & Mónica Díaz, M. (2009), con modificaciones.