

Rej. 45



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROPUESTA DE UN MANUAL DE ENFERMERIA
COMUNITARIA A PARTIR DE LAS NECESIDADES DE
LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

MA. DEL CARMEN HERRERA MARTINEZ

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA
CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

PAG.

INTRODUCCION

CAPITULOS

1.- <u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION</u>	3
1.1. Descripción de la situación problema	3
1.2. Identificación del problema	4
1.3. Justificación de la investigación	4
1.4. Ubicación del tema de estudio	5
1.5. Objetivos de la investigación	5
1.5.1. General	5
1.5.2. Específico	6
2.- <u>MARCO TEORICO</u>	7
2.1. La salud.	7
2.1.1. Concepto de salud	8
2.1.2. Proceso salud-enfermedad	10
2.1.3. Historia natural de la enfermedad ..	12
2.1.3.1. Periodo prepatogénico	14
2.1.3.2. Periodo patogénico	15
2.1.4. Niveles de prevención	16

	PAG.
2.1.4.1. Prevención primaria	17
2.1.4.2. Prevención secundaria	19
2.1.4.3. Prevención terciaria	21
2.2. SALUD PUBLICA.	23
2.2.1. Concepto de salud pública	23
2.2.2. Ciencias que apoyan a la salud pública.	24
2.2.3. Funciones de la salud pública.....	26
2.2.4. Medicina Preventiva	27
2.2.5. Inmunidad	29
2.2.5.1. Concepto de inmunidad	30
2.2.5.2. Inmunidad heredada	31
2.2.5.3. Inmunidad adquirida	32
2.2.5.4. Clasificación de la inmunidad.	34
2.2.6. Epidemiología	36
2.2.6.1. Usos de la epidemiología	38
2.2.7. Estadísticas vitales	39
2.2.7.1. Concepto.....	40
2.2.7.2. Mortalidad	42
2.2.7.3. Morbilidad	44
2.2.8. Salud ambiental.....	46

	PAG.
2.3. ENFERMERIA COMUNITARIA	49
2.3.1. Evolución histórica	49
2.3.2. Concepto de enfermería comunitaria	53
2.3.3. Filosofía de la enfermería	55
2.3.4. Preparación de la enfermera	57
2.3.5. Posición de la enfermera	59
2.3.6. El nuevo papel de la enfermera en la co munidad	60
2.4. APRENDIZAJE.....	61
2.4.1. Concepto de aprendizaje	61
2.4.2. Teorías del aprendizaje	62
2.4.3. Principios del aprendizaje	65
2.4.4. Aprendizaje y enseñanza	66
2.4.5. La transferencia del aprendizaje	70
2.4.6. Evaluación del aprendizaje	71
2.4.7. Evaluación de la enseñanza-aprendizaje.	73
3.- METODOLOGIA	77
3.1. HIPOTESIS	77
3.1.1. General	77
3.1.2. De trabajo.....	77
3.1.3. Nula	77

	PAG.
3.2. VARIABLE.....	78
3.2.1. Independiente	78
3.2.1.1. Indicadores de la varia ble	78
3.2.2. Dependiente	79
3.2.2.1. Indicadores de la varia ble	80
3.2.3. Modelo de Relación causal	80
3.3. TIPO Y DISEÑO	80
3.3.1. Tipo	80
3.3.2. Diseño	81
3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILIZADOS	82
3.4.1. Observación	82
3.4.2. Cuestionarios	82
3.4.3. Fichas de trabajo	82
4.- <u>INSTRUMENTACION ESTADISTICA</u>	83
4.1. UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA	83
4.2. METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION .	
4.3. PROCESAMIENTO DE DATOS	84
4.3.1. Clasificación y recuento.....	84
4.3.2. Tabulación y presentación gráfi- ca	84

	PAG.
4.4. COMPROBACION DE HIPOTESIS	133
4.5. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.	136
5.- <u>PROPUESTA DE UN MANUAL DE ENFERMERIA COMUNITARIA</u>	143
6.- <u>CONCLUSIONES</u>	160
7.- <u>ANEXOS Y APENDICES</u>	163
8.- <u>GLÓARIO DE TERMINOS</u>	167
9.- <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	175

I N T R O D U C C I O N

La presente tesis es un modesto esfuerzo cuyo propósito es demostrar, la necesidad de que los alumnos cuenten con un instrumento de trabajo en el área de la Salud Pública, y contribuir a satisfacer tal necesidad, para que sirva de apoyo a los docentes y alumnos durante el período teórico-práctico del trabajo en comunidad. Esta ayuda se reflejará en las visitas domiciliarias realizadas por los alumnos en la comunidad, ya que, deben estar mejor orientadas al proceso salud enfermedad de la familia. Para la docente formadora de recursos para la salud, le será de alguna utilidad ya que podrá cambiar las estrategias de enseñanza-aprendizaje por otras más objetivas, aceptables y prácticas según el caso.

En tesis consta básicamente, en el primer capítulo, la fundamentación del tema de investigación, en el se describe la situación problema y la justificación del trabajo.

El segundo capítulo, es el desarrollo del marco teórico y contiene los enunciados científicos que describen cada una de las variables incluidas.

En el tercer capítulo, se establecen las hipótesis, con las variables, independiente y dependiente y los indicado-

res de cada una de ellas. Se presenta también el modelo de relación causal de las variables, así como el tipo y diseño de la investigación.

El siguiente capítulo, contiene la instrumentación estadística con información acerca del universo, población y la muestra en donde se realizamnel estudio, los métodos e instrumentos utilizados para ello, y el análisis e interpretación de resultados.

El siguiente capítulo, se refiere a la propuesta de un manual de Enfermería Comunitaria, de acuerdo al programa de la asignatura, y a los Programas Vigentes del Plan Nacional de Salud.

Siguiendo el orden numérico, se presentan las conclusiones a las que se llegaron. En el siguiente apartado se agregan los apéndices utilizados, considerados necesarios para la interpretación del trabajo.

El siguiente capítulo, que es el glosario de términos en el que se dan definiciones operacionales del trabajo, y que facilitan la comprensión de éste.

Por último, se presenta una relación de las fuentes consultadas.

1.- FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.

1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.

El primer contacto del alumno en la comunidad no es un paso fácil, requiere de un apoyo teórico práctico que lo pueda encauzar en su trabajo de comunidad; el estudiante debe fijar su atención en el cliente y su familia, saberlo entrevistar, y ser capaces de expresar el propósito de su entrevista, en términos que la familia pueda entender y aceptar colaborar.

En el Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la asignatura de introducción a la Salud Pública se ha observado de que no existe suficiente aprendizaje para los estudiantes de enfermería que empiezan a intervenir en los asuntos de la comunidad, porque no hay un instrumento de trabajo que los guíe en su práctica de campo.

El adaptarse al trabajo de la comunidad requiere decisión y conocimientos que puedan ser diferidos a la comunidad; sin embargo, hay situaciones que se presentan y que los estudiantes no saben solucionar. Se --

creo que en la mayoría de los casos se debe a que falta un instrumento de trabajo para que el aprendizaje de los alumnos se proyecte a la comunidad, este instrumento se llamará Manual de Procedimientos de Enfermería Comunitaria.

1.2. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

¿Las necesidades de aprendizaje teórico-práctico de los alumnos de la carrera de Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, en la asignatura de Introducción a la Salud Pública, se solucionaría con un Manual de Técnicas y procedimientos de Enfermería Comunitaria?

1.3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

El alumno al trasladarse al campo de trabajo, debe saber identificar la realidad existente en las comunidades sobre todo las que pueden constituir una amenaza para la salud, tales como: la pobreza, desnutrición, falta de agua potable, alcantarillado y malos hábitos sobre higiene personal.

Mediante la presente investigación se pretende demostrar que no existe suficiente aprendizaje teórico-práctico de los alumnos para instrumentar su trabajo de comunidad,

dicha práctica se debe desarrollar con un enfoque epidemiológico, para asegurar que sus practicantes mantengan pleno conocimiento de los problemas de salud y orienten en este sentido las acciones de promoción y protección de la salud, y participar en la curación y rehabilitación del enfermo en comunidad.

Para lograr que los alumnos puedan manejar todas y cada una de las situaciones existentes en la comunidad, deben contar con una guía que permita el aprendizaje de los alumnos en el trabajo con la comunidad.

1.4. UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO.

El tema de estudio está ubicado en las siguientes disciplinas: la Salud Pública porque todos los programas de salud son ejecutados por el personal de Enfermería; con el aprendizaje porque prepara a los estudiantes a convertirse en miembros útiles a la comunidad; con la Enfermería porque es la disciplina sobre la cual se desarrolla esta investigación.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1.5.1. Objetivo General.

Identificar las necesidades de aprendizaje de los -

estudiantes de la carrera de Enfermería de la Escuela -
Nacional de Enfermería y Obstetricia en la asignatura -
Introducción a la Salud Pública, que permita proponer -
un Manual de Enfermería Comunitaria.

1.5.2. Objetivos Específicos.

- Analizar la metodología utilizada en el proceso enseñanza-aprendizaje en la proyección de las prácticas de los alumnos en la comunidad.

- Examinar la relación existente entre los objetivos del período práctico de la asignatura, con el trabajo que los estudiantes realizan en la comunidad.

2.- MARCO TEORICO.-

2.1. LA SALUD.-

En la historia de todos los pueblos se ha manifestado una profunda preocupación por conocer los fenómenos - que afectan la salud del hombre. En las sociedades más primitivas hay antecedentes de que la enfermedad se interpretaba como castigo de los dioses, o bien - por causas extraterrenas.

El hombre a través de su evolución histórica ha ido conociendo y transformando su medio ambiente para -- adaptarse a él. La satisfacción o insatisfacción de sus necesidades de salud ha dependido de las relaciones con el ambiente físico social, y del funcionamiento de los mecanismos psicosomáticos que paulatinamente el individuo fué adquiriendo y condicionando su - conducta. Se acepta que el hombre en su historia es más bien un producto de su medio que de su dotación biológica; dotación que a través de su desarrollo ha sabido aprovechar mejor.

Así, la evolución de los conceptos de salud han venido sufriendo cambios, se han ampliado y modificado - según la época y el avance de los conocimientos. La

dificultad está en el intento de llegar a la definición más completa. (1)

2.1.1. Concepto de Salud.

Por muchos años se consideró a la salud como el estado en que se encuentra quien no padece ninguna enfermedad.

Desde el punto de vista fisiológico, la salud traduce el funcionamiento armónico de las diversas partes que integran organismo. "El medio interno" o "fisiológico" regula la complejidad de los fenómenos físico-químicos generados como respuesta a los estímulos del "medio", manteniendo de esta manera la armonía y por ende la salud. (2)

En los últimos decenios, La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), mediante su comité de Expertos; definen la salud como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez".

Esta definición ha tenido la ventaja que superó el criterio de la salud física, dándole la importancia al

-
- 1) Roberto Margotta. Historia de la Medicina. Ed. Organización Novaro. lra. ed. México, 1972. p. 13
 - 2) Manuel Sánchez Rosado. Elementos de Salud Pública. Ed. Francisco Méndez Cervantes. lra. ed. México, 1983. p. 3

aspecto mental y social. En estos términos la salud no es solo bienestar, en su relación con el ambiente socio-cultural -- porque el hombre es una unidad biopsicosocial.

Esta definición es un tanto imprecisa e incluso utópica, al señalar que es un "estado", demuestra que la salud es estática, dando idea de permanencia, de estabilidad y lo que caracteriza a la salud es lo dinámico e inestable de su equilibrio, con los diversos factores que en alguna forma pueden alterarla.

Por otro lado no se disponen de índices que permitan valorar la salud en forma práctica, determinando cuándo un organismo satisface los requisitos que señala la definición de la O.M.S. Más difícil ha sido encontrar parámetros para valorar la salud mental.

Recientemente el desarrollo de la Ecología, la teoría de sistemas y los métodos de las ciencias Sociales, han hecho concebir a la salud, como un proceso que se establece a partir de la interrelación del hombre con el ambiente, de lo que resulta siempre una condición estructural donde la salud y la enfermedad están en una relación equilibrada y que se expresa de la siguiente manera:

"Salud es la capacidad del individuo para cumplir con sus roles sociales".

Este enfoque ecológico permite establecer que la salud es una consecuencia directa de la conducta del hombre, y para la sociedad es la relación que existe entre la conducta de todos los hombres. (3)

2.1.2. Proceso Salud-Enfermedad.

La Ecología humana demuestra que la salud y la enfermedad no constituyen estados opuestos, sino grados de -- equilibrio entre los organismos y el medio ambiente en que vive el individuo, cuando los factores que se incluyen en este equilibrio guardan una cierta armonía, condicionan la salud, y cuando actúan en algún sentido que puedan producir el desequilibrio se presenta la enfermedad en el individuo, repercutiendo ésta en la familia y comunidad.

Factores condicionantes:

- El medio ambiente

3) Napoléon González Saldaña. et al. Infectología Clínica. Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1984. p. 2

- La herencia biológica
- La cultura
- El folklore
- El aspecto socio-económico.

En la práctica médica moderna, el médico no debe tener una idea esquemática y rígida de las enfermedades; por el contrario, a de comprender que cada enfermo es diferente aunque padezca la misma enfermedad, debe tomar en cuenta el medio ambiente de donde proviene; viéndolo así, es prácticamente imposible que ocurran dos casos iguales, dentro del origen biológico, económico y social las circunstancias variarán.

Sólo con el enfoque de la historia natural de la enfermedad se logrará ese ideal de que "el médico vea al paciente - en forma integral como un caso único y no como una enfermedad general". (4)

En las poblaciones, donde la mayoría de los habitantes carecen de los recursos para satisfacer las necesidades - mínimas de salud, tienen entre otras características un marco general de miseria, ignorancia, insalubridad y enfermedad.

4) Manuel Sánchez Rosado. op. cit. p: 15

La estimación del riesgo, está supeditada a las - características de la población, la eda, sexo, ocupa-- ción de los miembros que la integran. Las peculiaridades que adoptan las enfermedades, es según se trate de niños, o adultos; personas nutridas o desnutridas; hacinamiento, promiscuidad, fauna nociva, el mal manejo, - desde el punto de vista sanitario de los alimentos. - Son entre otros factores que requieren ser tomados en cuenta para determinar las necesidades de salud de la población.⁽⁵⁾

2.1.3. Historia Natural de la Enfermedad.

El concepto Historia Natural de la Enfermedad, fué introducido por Sir. Mac Falen Burnet, en 1940, aplicán se exclusivamente a las enfermedades infecciosas, para lograr su control. Hoy día en los países desarrollados dichas enfermedades forman parte del pasado; ello se ha logrado gracias a la aplicación de los grandes descubrimientos de la ciencia como son: las vacunas, los anti-bióticos, los insecticidas, el aislamiento del enfermo y el control de sus contactos.

5) Leopoldo Vega Franco. Bases esenciales de la Salud Pública. Ed. La prensa Médica Mexicana. 6ª. reimpresión, México, 1982. p. 10.

Posteriormente Leavell y Clark, derivaron de esa base conceptual de la Historia Natural de la Enfermedad infecciosa, su aplicación a cualquier tipo de enfermedad. Y dentro de ese esquema general, se estructuró todo un sistema de prevención, que ahora permite visualizar la acción de la medicina con un claro sentido de prevenición en cualquier etapa de evolución en que se encuentre ⁽⁶⁾ entre etapa de evolución en que se encuentre el paciente.

En el individuo se observa la evolución de la enfermedad con el esquema propuesto por Leavell y Clark - en su historia natural de la enfermedad, el cual comprende dos períodos: prepatogénico y patogénico.

El primero ocurre en el medio ambiente en que se desarrolla el individuo, antes de ser afectado por los agentes patógenos. el segundo ocurre en el organismo una vez que ha sido afectado, estos períodos se describen en forma didáctica para su mejor comprensión por los alumnos.

Podemos conceptualizar a la historia natural de la enfermedad:

6) Napoleón González Saldaña. op. cit. p. 20

"Como el seguimiento paso a paso, de la evolución - de la enfermedad, sin la intervención del hombre para modificarla".⁽⁷⁾

2.1.3.1. Período Prepatogénico.

La enfermedad tiene su origen en la interrelación del medio ambiente, los agentes y el huésped (hombre) entendiéndose como ambiente todo aquello que los rodea, agente o elemento capaz de producir daño al huésped, por presencia, ausencia o exceso y el huésped, como el organismo humano. A cada componente del período prepatogénico se le estudian las características que son de importancia para investigar la manera en que se presenta la enfermedad.

La interrelación de éstos factores, por complejas variables que sean los componentes, en un momento dado llega a ser desfavorable para el huésped que es susceptible y se produce el estímulo que inicia la enfermedad.⁽⁸⁾

7) Instituto Mexicano del Seguro Social. Historia Natural de la Enfermedad. Subdirección General Médica Jefatura de los Servicios Médicos. México, 1983. p. 8.

8) Ibidem. p. 9

2.1.3.2. Período Patogénico.

Se refiere a la evolución de la enfermedad en el huésped, cómo se inicia, las alternativas que presenta según la enfermedad y las diferentes etapas hasta su terminación.

Al producirse el estímulo que daña al huésped que no tiene defensas (susceptible), se producen alteraciones bioquímicas en los tejidos. Esto sucede en un silencio orgánico. De aquí hasta la aparición de molestias se le conoce como período de incubación de la enfermedad (latencia). La incubación de la enfermedad se produce por abajo de lo que se identifica como horizonte clínico. Cuando la evolución de la enfermedad rebasa el horizonte, aparecen las molestias que se llaman signos y síntomas, que son la manifestación franca de las alteraciones orgánicas es la etapa clínica, que puede continuar a varias alternativas:

- La primera, es la curación espontánea
- Otro camino, es la cronicidad del padecimiento esto es, el huésped continúa enfermo por mucho tiempo, y en ocasiones por toda la vida.
- Otra posibilidad, es que varíe en etapas de curación aparente y etapas de signos y sínto--

tomas, y finalmente en una etapa de molestias hasta llegar a la muerte.

En resumen, sin la intervención del hombre para modificar la enfermedad, pueden presentarse varias posibilidades:

- El individuo puede curar solo.
- Puede permanecer enfermo toda su vida y en algún momento tener complicaciones y agravamiento que lo conduzca a la muerte.
- O en una instancia más afortunada, permanezca con incapacidad parcial, total por las alteraciones permanentes que ocurran y están limitando en su capacidad productiva y creativa al hombre.⁽⁹⁾

2.1.4. NIVELES DE PREVENCIÓN.

A partir del conocimiento de la presentación de las enfermedades en el hombre y de los factores que las causan, es posible establecer medidas preventivas desde el período prepatogénico, tanto para evitar la enfermedad, como para disminuir el daño ya detectado. A estas acciones se les llama niveles de prevención y se -----

9) Ibidem. p. 10

clasifica de la siguiente manera:

Prevención Primaria

1er. Nivel: Promoción general de la salud.

2o. Nivel: Protección específica.

Prevención Secundaria.

3er. Nivel: Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Prevención Terciaria:

5o. Nivel: Rehabilitación

2.1.4.1. Prevención Primaria.

Corresponde al período prepatogénico y su propósito - es evitar que se produzca la enfermedad, bloqueando - la interrelación del huésped con los agentes y modificando el medio ambiente a su favor. Las medidas - que se toman son en dos niveles:

Promoción general de la salud.

Objetivo. Aplicar medidas de carácter global que ayuden a mantener o mejorar un nivel aceptable de salud en general, el bienestar del individuo y de la comunidad.

Y comprende los siguientes programas:

- Educación para la salud
- Nutrición
- Salud ocupacional
- Programas contra las adicciones
- Examen periódico de salud y
- Consejo genético.⁽¹⁰⁾

Protección específica.

Objetivo: Proteger al individuo contra una determinada enfermedad, con métodos comprobados y positivos, antes que se comprometa el hombre.

Los temas a tratar son los siguientes:

- Higiene Personal
- Vacunación
- Protección contra riesgos de trabajo.
- Protección contra accidentes.
- Uso de nutrientes específicos
- Protección contra agentes carcinógenos.

10) Secretaría de Salud. Cuaderno Técnico de Planeación. Vol. I No. 6. Programa Nacional de Salud 1984-1988. Subsecretaría de Planeación. México, 1984. p. 75.

- Protección contra agentes alérgenos. ⁽¹¹⁾

2.1.4.2. Prevención Secundaria.

Se efectúa en el período patogénico, cuando el huésped ha sido dañado y se inició la enfermedad. El propósito es interrumpir el curso de la enfermedad y tratar de limitar el daño al organismo.

Para este fin, se utilizan recursos químicos, farmacéuticos, físicos, biológicos, materiales y recursos humanos, de una manera adecuada y racional, clasificándose en dos niveles:

- Diagnóstico precoz o temprano y
- Tratamiento oportuno.

Objetivo: Identificar prematuramente la enfermedad para determinar su proceso.

Prevenir la diseminación a otras personas si se trata de una enfermedad transmisible.

Curar o detener el proceso patógeno para --

11) Ibidem. p. 76

prevenir complicaciones o secuelas, incapacidades prolongadas.

Las medidas más frecuentes usados son:

- Descubrimiento de la enfermedad en sus primeros est
díos.
- Descubrimiento de casos y contactos.
- Estudio de grupos para determinar enfermos.
- Exámenes selectivos a grupos de población en riesgo.
- Tratamiento inmediato y adecuado a casos diagnostic
dos.

Limitación del daño.

Objetivo: Evitar un mal mayor, y prevenir o retardar las consecuencias de una enfermedad clínicamente avanzada que no se diagnóstico en etapas anteriores.

El hecho de que el daño haya llegado al extremo, señala el fracaso de la prevención en períodos más tempranos de la historia natural de la enfermedad.

Se aplican las siguientes medidas:⁽¹²⁾

12) Ibidem. p. 78

- Tratamiento adecuado para evitar complicaciones y secuelas.
- Atención que limita el daño y evita la muerte.

2.1.4.3. Prevención Terciaria.

Se aplica cuando la enfermedad ha evolucionado hasta los últimos estadios del período patogénico y ha dejado secuelas (daños definitivos), que incapacitan al individuo de una manera total o parcial. Aquí, aún es posible realizar acciones de prevención para evitar la muerte.

Rehabilitación:-

Objetivo: Reintegrar al individuo como elemento útil a la familia y a la sociedad; obtener el máximo de sus capacidades restantes.

Restablecer en lo posible su relación bio-psicosocial y evitar que represente una carga para la familia y sociedad.

Esto es posible obtenerlo a través de medidas como:

- Contar con hospitales con instalaciones de rehabilitación.
- Habilitar con instalaciones de rehabilitación a la

industria y a la comunidad.

- Educar a la industria para emplear al incapacitado.
- Aplicar terapia ocupacional con programas permanentes en las unidades de rehabilitación.
- Desarrollar en las industrias programas de salud ocupacional.⁽¹³⁾

Estas actividades se desarrollan con el objeto de disminuir el número de enfermos, las complicaciones e incapacidades de los que enferman y hasta donde sea posible evitar la muerte.

La rehabilitación tiene componentes físicos, mentales y sociales. Al cual debe de asistir el enfermo con sus familiares más cercanos, puesto que depende muchas veces la comprensión familiar para lograr un alto grado de rehabilitación.⁽¹⁴⁾

2.2. SALUD PUBLICA.

La Salud Pública como profesión, tuvo sus principios hace unos cien años, Su principal responsabilidad fué combatir los problemas de salud-enfermedad de la comunidad.

13) Ibidem. p. 79

14) Ibidem. p. 80

La Salud Pública pasó a ser considerada como la -
 integración de la ciencia sanitaria y la ciencia médica.
 Ya en 1874, Salomón Neumann, en Berlín afirmaba "La me-
 dicina es una ciencia social en tanto que observa y es-
 tudia a los individuos y a sus familias en su interac-
 ción con la sociedad, pero esto, discutido y aceptado -
 universalmente, sólo recientemente ha comenzado a utili-
 zarse como un apoyo para la toma de decisiones en los -
 programas de salud para el individuo y para la sociedad. (15)

2.2.1. Concepto de Salud Pública.

Winslow, quien condense en su pensamiento todas las ideas e inquietudes de esa época, formuló la definición que ha llegado a ser tal vez la más aceptada y la más - acertada de Salud Pública, por su relación con las demás ciencias de la salud, se expresa así:

Salud Pública es la ciencia y el arte de:

- Prevenir las enfermedades.
- Prolongar la vida.
- Promover la salud y la eficiencia.

15) Napoleón González Saldaña. op. cit. p. 15

Mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- El saneamiento del medio
- El control de las enfermedades transmisibles.
- La educación de los individuos sobre higiene personal
- La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico y el tratamiento temprano.
- El desarrollo de un mecanismo social que asegure a todos los ciudadanos un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de su salud.⁽¹⁶⁾

Resulta interesante observar cómo han evolucionado las prácticas de la salud Pública, dedicadas primero a los problemas del medio físico, orientadas después y la medicina preventiva, para volver más recientemente al individuo y a su ambiente: pero considerado ahora en términos de la relación con las complejidades del medio social.

2.2.2. Ciencias que apoyan a la Salud Pública.

Siendo la ecología la parte de la Biología que se responsabiliza del estudio de las relaciones mutuas entre los organismos y su universo, animado o inanimado, la

16) John J. Hanlon. Principios de Administración Sanitaria. Ed. Organización Mundial de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana. Publicación Científica No. 11 Washington 6, C.D. -- E.U.A., 1954. p. 20

salud colectiva puede ser enfocada dentro de este marco de referencia. La unidad de observación es, en este -- campo, la de un grupo de seres viviendo en un ambiente natural, de esta manera surgió, como disciplina, la Ecología Médica (epidemiología), explica los problemas de salud-enfermedad como fenómeno de población, que tradu cen el tipo de relación entre el hombre y su medio ex-- terno.

Las ciencias de la Comunicación, la Pedagogía y la Sociología contribuyen significativamente a la Salud - Pública, educando a la población. Mientras que la In- geniería sanitaria y la Arquitectura aportan sus técni nas para cubrir las necesidades de los conglomerados - humanos.⁽¹⁷⁾

La Antropología Social, la Administración Pública, la Psicología y en general todas las ciencias Sociales, contribuyen con la Salud Pública, con su acervo de in- formación y con sus métodos específicos de encuestas - para adquirir información adicional sobre: estado eco- nómico, hábitos, costumbres, actividades y otros facto-

17) Ibidem. p. 20

res sociales que pueden influir sobre la salud.

La salud es un recurso biológico que favorece la -
productividad del hombre, y la economía de la población,
elevando el nivel de vida y en consecuencia el bienestar
social.⁽¹⁸⁾

2.2.3. Funciones de la Salud Pública.

El derecho de la protección a la salud conlleva a -
que el Estado, la sociedad y los individuos compartan -
responsabilidades. El estado ha venido concretando estas
responsabilidades en instituciones, facultades de auto-
ridad, recursos, acciones y programas que en una concep-
ción moderna han formado servicios de salud que, por na-
turaleza, se clasifican en Atención Médica, Salud Públi-
ca y Asistencia Social. El objetivo de esos servicios es
proteger, promover, y restaurar la salud del individuo.

Las funciones de la Salud Pública es atender los
problemas que rebasan el nivel individual y requieren pa-
ra su solución acciones organizadas de carácter colecti-
vo. Dichas funciones se orientan básicamente a:

18) Leopoldo Vega Franco. op. cit. p. 7

- Al control de la madre y el niño.
- Planificación familiar.
- Prevención y control de padecimientos transmi--
bles y no transmisibles.
- Vigilancia e investigación epidemiológica.
- Vigilancia y control sanitario.
- Educación para la salud.
- Saneamiento ambiental
- Investigación sobre aspectos de salud.

El eje articular de acciones en esta materia es -
el sector coordinado por la Secretaría de Salud (S.S.),
con la participación relevante del Consejo General de -
Salubridad y otras dependencias de la Administración --
Pública Federal y de los Gobiernos locales.⁽¹⁹⁾

2.2.4. Medicina Preventiva.

Dividir a la medicina en "curativa" y "preventiva"
ha sido principalmente con fines de enseñanza. Los objeti
vos de la medicina preventiva, tendientes a prevenir las
enfermedades, y promover la salud, son de la competencia
de quien ejerza la medicina, ya sea a nivel individual o

19) Secretaría de Salud. Cuaderno técnico de planeación.
op. cit. p. 12

colectivo.

Mustar y Stebbis, consideran esta disciplina como:

"Un cuerpo de conocimientos y prácticas que contribuyen a la salud colectiva, ya sea con medidas preventivas, curativas, o con ambas".

En el concepto elaborado por Leavell y Clark, la definen de la siguiente manera:

"Medicina preventiva es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia física y mental", ejercida con el fin de "interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución".

Estos autores describen tres niveles de acciones preventivas:

- La prevención primaria, que tiene como finalidad, evitar que la enfermedad se presente.
- La prevención secundaria, cuya meta es detener la progresión de los procesos patológicos, y -
- La prevención terciaria, que se realiza con el propósito de limitar las secuelas o rehabilitar

a las personas ya inválidas. (20)

Todos los niveles de ejecución de la medicina preventiva son del interés de la Salud Pública; cabe, sin embargo, reconocer que el fomento de la salud y la protección específica de las enfermedades alcanza cierta prioridad en esta última.

2.2.5. Inmunidad.

La inmunidad o resistencia es la suma de mecanismos biológicos que actúan como barreras contra el proceso de la invasión de agentes infecciosos o tóxicos. Algunos de estos mecanismos están presentes normalmente - en el organismo humano y actúan contra cualquier elemento extraño a él; constituyendo la resistencia inespecífica, general o local.

Los mecanismos específicos, en cambio no están - presentes normalmente en el organismo, sino que son producidos como respuesta a un estímulo definido que actúa sensibilizando a ciertos tejidos capaces de producir -- sustancias llamadas anticuerpos y células sensibles. (21)

20) Leopoldo Vega Franco. op. cit. p. 9

21) Claude Ville A. Biología. Ed. Interamericana. 7a. ed. México, 1982 p. 314.

2.2.5.1. Concepto de Inmunidad.

Es la capacidad que tiene cada organismo de resistencia específica asociada con la producción de anticuerpos y/o células sensibles como consecuencia de la respuesta de los tejidos frente al contacto con un inmunógeno.⁽²²⁾

Así la inmunidad, es en una de sus formas, un mecanismo de protección contra las enfermedades transmisibles; otra forma es la hipersensibilización ante una sustancia inocua, que lleva a la anafilaxia y determina los cuadros clínicos, conocidos generalmente en el ser humano como alergias; la inmunidad contra células del propio cuerpo forma otra variedad que originan enfermedades conocidas como padecimientos de autoinmunidad; por último los antígenos de histocompatibilidad o de trasplante, originan otra clase de inmunidad que provoca el rechazo de tejidos o de órganos injertados, o transplantados de un ser a otro.

La concepción y la gestación son otro fenómeno de

22) Hernán San Martín. Salud y Enfermedad. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 4a. ed. México, 1984. p. 273.

inmunidad de extraordinario interés y de gran valor. El conocimiento de todas estas variantes de la inmunidad, han dado origen a la especialidad de Inmunología.⁽²³⁾

2.2.5.2. Inmunidad Heredada.

La inmunidad heredada, mediante la cual el ser humano, en su constante evolución biológica, se ha hecho resistente a muchos microorganismos que son patógenos para otras especies animales, se dice que existe cierta inmunidad racial.

Lo más importante de la inmunidad heredada es el desarrollo temprano y suficiente del sistema fagocitario en el retículo endoteleal, la inmunidad natural (pasiva), es aquella que la madre pasa a través de la placenta y por el calostro los anticuerpos a su hijo. Esta inmunidad es inespecífica su duración se prolonga -- hasta los dos meses de edad, tiempo en que se encuentra en perfecto estado de maduración funcional el sistema - inmunológico en el nuevo ser.

23) Claude Ville A. op. cit. p. 314

2.2.5.3. Inmunidad Adquirida.

La inmunidad adquirida se inicia cuando la invasión de gérmenes patógenos penetran por las cavidades naturales del recién nacido, desencadenando la fagocitosis contra esos microorganismos, mediante células embrionarias que emigran al timo y/o a la bolsa para su maduración, se convierten más tarde en "linfocitos T, y B".

Los linfocitos T, o del timo, son los fundamentales encargados de la inmunidad celular, los linfocitos B, o de la bolsa son los encargados de la producción de anticuerpos específicos circulantes, o sea de la inmunidad humoral, las células B, tienen mayor densidad que las células T.

Las células madres de médula ósea, siguen su camino por la sangre pasando al timo o bien a los sistemas linfoides bursales asociados con el tubo digestivo, amígdalas, apéndice y algunos grupos de células linfoides en la pared del intestino. Los linfocitos T, son células que viven mucho tiempo y que, en presencia de antígenos, se transforman en linfoblastos, estos no secretan anticuerpos, se ocupan de la inmu-

nidad celular. Las células madres no maduran en los tejidos bursales se transforman en linfocitos B, y colonizan otras - porciones del bazo y ganglios linfáticos. Los linfocitos B, al antrar en contacto con un antígeno, se transforma en célula las plasmáticas que producen inmunoglobulinas, originando la (24) inmunidad humoral.

Se tienen identificadas cinco inmunoglobulinas cada una con formas específicas para establecer la resistencia.

- Inmunoglobulina M (IgM), capaz de provocar la destrucción bacteriana en presencia del complemento en el suero.
- Inmunoglobulina G (IgG), al infiltrarse entre los espacios intercelulares, produce la neutralización de las toxinas bacterianas.
- Inmunoglobulina A (IgA), sus anticuerpos se originan en el tejido linfático, conectado con las mucosas impide la degradación enzimática, determinan do la resistencia contra múltiples infecciones, -- principalmente del conducto gastrointestinal.

- Inmunoglobulina E (IgE), responde al desencadenamiento de reacciones alérgicas.
- Inmunoglobulina D (IgD), cuyos anticuerpos no están bien identificados.

Todas la inmunoglobulinas determinan la inmunidad adquirida serica o plasmática, que actúa por mecanismos diferentes a la celular, dependiendo del tamaño y de las características del antígeno, en el laboratorio se pone de manifiesto los anticuerpos si es particulado por reacción de aglutinación, si es soluble por reacción de precipitación.⁽²⁵⁾

2.2.5.4. Clasificación de la inmunidad.

La inmunidad adquirida puede ser: natural o inducida.

La inmunidad adquirida en forma natural, se establece cuando el ser humano sufre una enfermedad transmisible como el sarampión, tosferina, el organismo humano elabora los anticuerpos específicos en contra de un germen patógeno, esta inmunidad es duradera.

La inmunidad adquirida en forma activa, se esta-

25) Claude Ville A. op. cit. p. 315

blece por medio de la vacunación, recibe el organismo preparaciones inmunogénicas que son intencionalmente introducidas con el propósito de estimular la inmunogénesis para protegerlo contra un inmunogeno (antígeno) dado, a esta substancia se le da el nombre genérico de vacunas.

La inmunidad adquirida en forma pasiva artificial se lleva a cabo al introducir al organismo los anticuerpos elaborados, dicha preparación se llama suero hiperinmune, esta inmunidad es temporal.

La inmunización es el método por el cual se puede lograr mayor protección en contra de las enfermedades transmisibles, estimulando la inmunogénesis en cada individuo a quienes se les ministra, cuando se hace en forma oportuna y adecuada, siguiendo los esquemas de vacunaciones específicas para cada región, según el panorama epidemiológico que dicha enfermedad establezca en cada lugar.⁽²⁶⁾

La protección en contra de las enfermedades transmisibles y de sus secuelas, es uno de los aspectos de mayor importancia en la protección específica y hay tres formas de que -----

26) Claude Ville A. op. cit. p. 316

ocurra a nivel de prevención primaria:

- Inmunización a los grupos más expuestos al riesgo.
- Ataque a los vectores y reservorios.
- Diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de los casos detectados. (27)

2.2.6. Epidemiología.

La epidemiología aporta un marco metodológico fundamental para el desarrollo de la medicina preventiva, igual de importante que el modelo para el análisis de la enfermedad, denominado historia natural de la enfermedad, proporciona bases para interpretar a la medicina preventiva, como un componente, inseparable, esencial - de la atención de la buena atención médica y la extensión natural a la Salud Pública.

Aunque históricamente, la epidemiología nació asociado al estudio de las enfermedades que afectaban masivamente a la población, constituyendo verdaderos azotes denominados epidemias y que hasta años relativamente recientes constituían pavorosas amenazas para la salud. (28)

27) Hernán San Martín. op. cit. p. 274

28) Napoleón González Saldaña. op. cit. p. 30

- La epidemiología estudia la salud como fenómeno de grupo.
- La epidemiología describe patrones de salud y enfermedad, da origen a la epidemiología descriptiva, e induce al prediagnóstico de la salud de una comunidad.
- Al analizar y describir problemas y variables da lugar a la epidemiología analítica obteniéndose así el diagnóstico definitivo de la comunidad estudiada.
- Tiene como fin tomar medidas técnicas para prevenir y/o controlar la enfermedad.
- Al introducir variables dentro del estudio y control de grupos; es decir, se realiza epidemiología experimental.

Por lo anterior destacamos tres tipos de fases dentro de la epidemiología:

- Epidemiología descriptiva.
- Epidemiología analítica
- Epidemiología experimental.⁽²⁹⁾

29) René Bustos Castro. Medicina Preventiva. Ed. Francisco Méndez Otero. 1a. ed. México, 1983. p. 100

2.2.6.1. Usos de la Epidemiología.

Morris, desde 1955 habló de siete usos específicos de la epidemiología, pero Leavell y Clark, esta relación la extienden a trece usos.

- Estudia las variaciones temporales de la ocurrencia y distribución de las enfermedades.
- Hacer un diagnóstico comunitario de la presencia, naturaleza y distribución de la salud y enfermedad.
- Ayuda en la investigación de las causas de salud y enfermedad.
- Estimar los riesgos y oportunidades individuales.
- Ayuda a completar la descripción clínica de las enfermedades.
- Ayuda a clasificar síndromes clínicos.
- Resolver problemas en la administración de salud.
- Determinar, los detalles, la importancia y las interacciones de todos los factores del agente, huésped y ambiente.
- Detectar por medio de la búsqueda masiva estados preclínicos, subclínicos e incipientes de enfermedades .
- Estudiar actitudes sociales, conducta y problemas

de educación para la salud.

- Mejorar la práctica de la medicina
- Determinar necesidades y métodos para el control y prevención de las enfermedades.
- Investigar las epidemias para su control presente y su prevención futura. (30)

2.2.7. Estadísticas Vitales.

La estadística se aplica en todos los campos del saber humano, y cuando su aplicación se restringe a los fenómenos biológicos, al conjunto de métodos estadísticos ahí utilizados se le denomina Bioestadística.

En el campo de la Salud Pública, se hacen investigaciones y por lo tanto se usan estadísticas, sobre las características y los hábitos de una localidad (documental, observacional y descriptiva); sobre el diagnóstico y fuentes de infección de un padecimiento transmisible (de casos), sobre la proporción de personas enfermas, - en un momento determinado, de cierto padecimiento en -- una localidad.

30) Napoleón González Saldaña. op. cit. p. 39

2.2.7.1. Concepto.

De acuerdo a la definición de las Naciones Unidas, las estadísticas vitales constituyen la información recogida sistemáticamente y recopilada en forma numérica, que se refiere a los actos de los hechos vitales o que se derivan de ellas.

Un hecho vital se debe entender: un nacimiento vivo, una defunción fetal, un matrimonio, un divorcio, una adopción, una legitimación de nacimiento, o una separación legal.⁽³¹⁾

Para que la recopilación de los datos sea sistemática debe existir un formato que las Naciones Unidas llaman parte estadística, y tiene las siguientes aplicaciones.

La inscripción del nacimiento en el registro civil, proporciona al individuo la prueba legal de su identidad y de su situación civil: nombre, edad, nacionalidad, dependencia, legitimidad, etc., de los cuales dependerán muchos derechos del individuo en su vida fu

31) César Aburto Galván. Elementos de Bioestadística. Ed. Addison-Wesley Iberoamericana. 1a. ed. México, 1986. p.183.

tura.

Para fines administrativos, los registros de nacimientos constituyen la base de los programas de: materno-infantil, de vacunación, cuidados de niños prematuros, asistencia de los minusválidos. Los registros de las defunciones se usan como indicadores iniciales de la existencia de enfermedades infecciosas y epidémicas y de la necesidad de adoptar medidas urgentes de contro. Los registros de matrimonios se utilizan como prueba de la constitución de una familia o de un hogar, y por lo tanto para poner en marcha los programas de protección a la familia en relación con la salud, la vivienda, etc.

La obtención y el análisis de las estadísticas de los hechos vitales es esencial para la calificación de los resultados de algunos planes sociales y económicos, como también lo son las tendencias de los indicadores demográficos, de nivel de vida, tales como la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil.

El interés intrínseco del análisis demográfico y la utilidad de las conclusiones derivadas de dichos análisis marcha a la par del interés y la utilidad de las estadísticas vitales, en la sanidad y en la investigación médica.⁽³²⁾

32) Ibidem. p. 185

2.2.7.2. Mortalidad.

La planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud han descansado fundamentalmente en la información de la mortalidad, en función de su posición en el proceso productivo, varían los riesgos - de muerte, enfermedad e incapacidad.

Defunción es la desaparición permanente de todos los signos vitales. Todas las defunciones ocurridas dentro de una localidad, deben ser certificadas - mediante la elaboración de un documento legal denominado certificado de defunción, elaborado y firmado -- por un médico acreditado, con número de cédula otorgada por la Dirección General de Profesiones, y con registro del título en la Secretaría de Salud.

Con el certificado de defunción se levanta un acta en la Delegación local del Registro Civil. Es - fundamental que dicho documento sea llenado en forma correcta y con absoluta veracidad, por el médico que comprobó la defunción.

Hay cuatro puntos importantes en el certificado: el individuo fallecido, la causa del falleci--

do, la causa del fallecimiento, las circunstancias del mismo y los datos del médico. Lo que hace útil y válido al documento es la exactitud que determina la causa de la muerte: causa inmediata, causas originarias, estados morbosos concomitantes. La causa de la muerte es la enfermedad, anormalidad, traumatismo, accidente o intoxicación que conduce al individuo directa o indirectamente a la muerte.⁽³³⁾

Los datos del médico que firma el certificado como -- son: nombre, dirección, número de registro del título y de la cédula de profesiones.

Existe un modelo internacional que con ligeras variantes ha sido adoptado en la mayoría de los países, así como la terminología del diagnóstico de la muerte.

Los certificados, son clasificados, concentrados a la Dirección General de Estadística, para realizar las tasas de mortalidad.

"Mortalidad es el número de muertes ocurridas dentro de un espacio y un tiempo determinado"⁽³³⁾.

33) Hernán San Martín. op. cit. p. 273

34) César Aburto Galván. op. cit. p. 201

2.2.7.3. Morbilidad.

Las estadísticas de morbilidad son las que se refieren al resumen de información sobre las enfermedades que sufre una población dentro de un límite de tiempo.

Lo ideal sería contar con un sistema de información en el que haga referencia a todas las enfermedades que puedan considerarse de importancia en los niveles locales o nacionales incluyendo las de relevancia internacional.

Los objetivos serían los siguientes:

- Proveer el tratamiento de los casos consignados, orientando la ubicación de camas hospitalarias, consultorios para el diagnóstico y tratamiento.
- Permitir la acción administrativa local, ya sea en términos de aislamiento, en casos infecciosos o de fuentes de infección, de profilaxis o de rehabilitación.
- Disponer de la información que permita el con_

trol de epidemias y la obtención de índices de morbilidad.

- Obtener la información básica que permita la investigación epidemiológica para precisar la historia natural de la enfermedad infecciosa.⁽³⁵⁾

Los sitios en los que se recolecta la información para la realización de las estadísticas de morbilidad, son muy diversos, en la mayoría de los casos es por solicitud de consulta, cuando se solicitan exámenes de salud para ingresar a instituciones educativas, a la industria, para obtener licencias para la manipulación de alimentos, para contraer matrimonio, etc. Los servicios donde se realizan los exámenes, con frecuencia no dan la información con oportunidad, y por ello la poca información captada en consecuencia es muy deficiente.

Ciertas enfermedades han sido consideradas tan importantes para la salud Pública, que se requiere su notificación de la aparición a las autoridades sanitarias locales, como son todas las enfermedades transmisibles, principalmente en época de epidemia, excepto para seis enfermedades, cuya notificación

35) Ibidem. p. 203

es obligatoria, fué establecida por el Reglamento Sanitario Internacional y son:

- Cólera
- Peste
- Fiebre recurrente
- Viruela
- Fiebre amarilla (36)

La notificación de casos de enfermedades transmisibles constituye el punto de partida para la realización de estudios más completos, comúnmente denominados estudios epidemiológicos, se obtiene información más detallada en cuanto al sexo, edad, área geográfica donde se presenta y época del año en que es mayor su incidencia, y poder establecer las tasas de morbilidad que es última instancia nos interesa conocer para la implementación de los programas de salud.

2.2.8. Salud Ambiental.

Salud ambiental es crear y mantener condiciones ecológicas que promuevan la salud y por lo tanto prevengan

36) René Bustos Castro. op. cit. p. 124

las enfermedades de una localidad determinada Para -
ello, es sumamente importante estudiar la comunidad que se -
va a trabajar; este conocimiento incluye factores como: el -
abastecimiento de agua potable, la eliminación de desechos,
la vivienda, la contaminación del suelo, de la atmósfera, los
ruidos, etc.

Como resultado del desarrollo urbano, existe un alto -
grado de contaminación y deterioro del ambiente que conlleva
un elevado costo económico y social. Por esta razón el Esta-
do se orienta a la prevención y control del deterioro de la -
calidad de la atmósfera, el agua, el suelo y los elementos que
afectan a la salud de la población.

Contaminación del agua: se debe en gran parte por ser
utilizada como medio de transporte de toda clase de desechos,
su uso irracional produce caudales importantes de aguas resi-
duales.

Contaminación de los suelos: destaca a la erosión y
desertificación, salinización por lavado, uso de plaguicidas,
pesticidas, irrigación con agua negras no tratadas, desechos
industriales y basura.

Contaminación atmosférica, el 65% procede de vehícu

los y el 35% de fuentes industriales; otros problemas son el ruido de la ciudad incluyendo el tránsito, las tolvaneras; el incremento en el uso de radiaciones ionizantes, y la quema de desechos a cielo abierto.⁽³⁷⁾

Contaminación de alimentos, no se conoce a nivel nacional la magnitud real de la contaminación química y biológica de los alimentos; en forma descontínua y aleatoria se han encontrados contaminados los siguientes: moluscos bivalvos, arroz trigo, alimentos enlatados, cacahuates japoneses entre otros.

Control sanitario: de productos, establecimientos, públicos, órganos, tejidos, y cadáveres en seres humanos.

Para tratar de solucionar dichos problemas se desarrollan dos programas de acción:

- Salud ambiental y
- Saneamiento básico.

Cuyos objetivos son los siguientes:

- Vigilar y proteger la salud de la población de los riesgos y daños derivados del deterioro del medio-

37) Ibidem. p. 84

ambiente, causados por el ser humano y por circunstancias especiales.

- Coadyuvar a proteger y vigilar la salud de la población de los riesgos, daños y enfermedades originados por las deficiencias de los servicios de saneamiento básico.⁽³⁸⁾

Las funciones para alcanzar los objetivos seguirán los lineamientos que marca la Dirección General de Desarrollo urbano y Ecología.

2.3. ENFERMERIA COMUNITARIA.

2.3.1. Evolución histórica.

La enfermería de Salud Pública en México, es el resultado de la lucha contra las epidemias, la ignorancia y la insalubridad, su rol, ha corrido paralelo a la situación política, económica y social que el país sufría con la Revolución de 1910, desconociéndose muchos datos de ella por la desorganización que prevalecía entonces.

38) Ibidem. p. 84

Estructurado el Estado por la Constitución de 1917, - se reorganiza al Consejo de Salubridad, se crea el Departamen-
to de Salud Pública, en la Sección de Higiene Infantil, se --
planea utilizar enfermeras, con actividades destinadas a la --
atención de la madre y el niño.

La Enfermería de Salud Pública, se inicia en la década de los veintes, con las epidemias de: tifo, viruela y la lucha contra la oftalmía purulenta, su paso fué decisivo como -
gremio; participar en las campañas sanitarias. Su adiestramien-
to era responsabilidad de los médicos jefes de las campañas.

Sus primeras actividades solo fueron vacunar, amplian
dose a medida que su preparación se lo permitió.

En 1925, fundada la Escuela de Salubridad, estable-
ció los cursos de adiestramiento para el personal técnico, in-
cluyendo al de enfermería.⁽³⁹⁾

En 1929, se organizó el Servicio de Enfermeras Visi-
tadoras para los Centros de Higiene Infantil, su misión era:
impartir en los hogares las enseñanzas de la Higiene, especial

40) Margarita Navarro y Esperanza Sosa. Evolución de la Enferme-
ra de Salud Pública en los Últimos Cincuenta años. Trabajo
presentado en el primer Congreso de Salud Pública del 3 al
9 de Diciembre. México, 1960. p. 1

mente por lo que toca al cuidado de los niños y de la mujer-embarazada".

La extensión de los servicios Sanitarios Federales y a las zonas rurales, de la Dirección de Bienestar Social Rural, crearon la necesidad de contar con personal preparado -- que se responsabilizara de las jefaturas de Enfermería.

El Instituto Rockefeller, otorga las primeras becas a tres enfermeras, para su adiestramiento en Enfermería Sanitaria en los países de Canadá y E.U.A. A su regreso se les encargó la organización de la Oficina General de Enfermería en el Distrito Federal (D.F.)

En 1949, la Escuela de Salud Pública estableció los cursos postbásicos de Enfermería Sanitaria con duración de un año escolar; todas las enfermeras con este curso ocuparon las plazas de jefes de enfermeras y supervisoras en los niveles: central, estatal, distrital y local. Se estableció la supervisión de los servicios de enfermería y se determinan las necesidades de los servicios, para atender mejor a la población.

El auge de la práctica de la enfermera de Salud Pú--blica se produce en la década de los cincuentas, con la creación de los Centros de Salud, con toda la tecnología sanita--

ria. La creación y organización de la Dirección General de - Enfermería son prueba evidente de la evolución obtenida, siendo la Directora la C. Enf. en S. P. Carmen Gómez Siegler y la Subdirectora la C. Enf. en S.P. Margarita Navarro Salazar. (41)

Se inicia en 1959, en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, - la integración de las asignaturas de Introducción a la Salud pública y Enfermería Sanitaria en el Plan de Estudios de la carretera de Enfermería, para continuar después en otras escuelas.

Las enfermeras de salud pública continúan preparándose cada vez en mayor número y eficiencia, en aspectos: administrativos y docentes; tienen la oportunidad de asistir a cursos y congresos de la especialidad y en relación con la salud, en el país y en el extranjero, y promover el desarrollo de las enfermeras que trabajan bajo su responsabilidad. (42)

En 1977, se estableció el Sector Salud, con base en la Nueva Ley Orgánica de la Administración Pública, se reorganiza la Secretaría de Salubridad y Asistencia, desapareciendo la Dirección General de Enfermería, hecho que trunca el desarrollo

41) Ibidem. p. 8

42) Cuaderno Técnico de Trabajo. op. cit. p. 10

alcanzado en Enfermería, al perder plazas a nivel de decisión.

Al instalarse el Programa Nacional de Salud, cuyo propósito fundamental fué elevar el nivel de salud de la población tratanto de aumentar la cobertura de los servicios de salud a población marginada, por medio de la regionalización y niveles escalonados para la atención de la salud, estableciendo como estrategia básica la atención primaria, cuyas acciones son dirigidas al individuo y comunidad, perdiendo la enfermera de Salud Pública su proceso histórico al quedar subordinada a un modelo de atención médica, que le cambia su denominación a enfermera Comunitaria, responsabilizándola en la promoción y restauración y vigilancia de la salud, en el primer nivel de atención.⁽⁴²⁾

2.3.2. Concepto de Enfermería Comunitaria.

La definición de la Enfermería Comunitaria, depende del marco de referencia en que se opera el grupo definido. La siguiente proposición es un concepto que se adapta al momento actual de crisis por la cual atraviesa el país.

42) Cuaderno Técnico de Trabajo. op. cit. p. 10

"La enfermería comunitaria, es una disciplina de servicio, cuyos propósitos es contribuir, en lo individual, y como integrante del equipo interdisciplinario de salud, a promover el nivel funcional óptimo (NFO) del cliente mediante la enseñanza y prestación de la atención".⁽⁴³⁾

Esta definición se inspira con la descripción clásica que hace Winslow sobre la Salud Pública.

Independientemente del contenido específico inherente al cargo de la enfermera comunitaria, las actividades se dirigen a ayudar a los clientes a alcanzar su nivel funcional óptimo de salud, mediante la prevención primaria, que trata de la promoción de la salud y de la protección específica; en la -- prevención secundaria, que se encarga de realizar el diagnóstico precoz y la pronta intervención para reducir las incapacidades y la rehabilitación.

Utilizamos el término de cliente, no sólo para referirse al individuo, en sentido genérico se incluye a una familia a una variedad de grupos y a la misma comunidad. El término supone que los clientes no necesariamente tienen que estar

43) Kahteen Leahy W. Enfermería para la salud de la Comunidad. Ed. La Prensa Médica Mexicana. Ira. ed. en español. México 1980. p. 7

enfermos, pero que si necesitan del servicio, para evitar el riesgo de enfermarse, o corregir algún factor que pudiera en algún momento dado afectar la salud.

La Dirección General de Salud Pública en el D.F. en 1981, la define así:

- " En el conjunto de acciones de enfermería que están enfocados primordialmente, hacia los niveles de promoción, prevención y curación, de la comunidad, a través del módulo.
- Con la responsabilidad de colaborar en investigaciones epidemiológicas.
 - En la consulta médica, orientando a la población sobre su tratamiento.
 - Y la organización de grupos en la comunidad, logrando responsabilizar a la propia comunidad del cuidado de la salud." (44)

2.3.3. Filosofía de la Enfermería.

La filosofía de la Enfermería Comunitaria, como la de toda la Enfermería, siempre se ha basado sobre el ---

44) Secretaría de Salud. Manual de Técnica y Procedimientos de Enfermería en Sector. Dirección General de Salud Pública en el D.F. México, 1981. p 9

concepto del "valor del individuo".

La práctica de la enfermería ayuda a los individuos y a la familia a resolver sus necesidades de salud.

Cada enfermera desarrolla su propia filosofía, de acuerdo a sus antecedentes familiares, experiencias y personalidad.

Una condición básica es la formulación de conceptos y principios filosóficos que fundamenten la orientación de las actividades de salud hacia la comunidad. De acuerdo con estas bases filosóficas se debe contemplar los siguientes objetivos y actividades:

- Desarrollar el juicio crítico y la capacidad de iniciativa entre las necesidades de salud de la población.
- Actuación interdisciplinaria docencia-alumno.
- Incorporar a la enseñanza, experiencias de aprendizaje centradas en la comunidad, en las que se ponga en práctica docencia-asistencia.

- Y aprendiendo haciendo situaciones reales de prestación de servicio.⁽⁴⁵⁾

2.3.4. Preparación de la Enfermera.

La enfermera comunitaria constituye el mayor potencial al alcance del país, su iniciativa la llevará a la adopción de modelos innovadores para la atención de la salud, y hacer realidad el derecho a la atención de la salud. Por ello surge la necesidad de revisar - los programas del Plan de Estudios de la carrera de Enfermería, para que el egresado pueda responder a las necesidades de salud de la población, y su perfil sea acorde con el Plan Nacional de Salud.

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, propone "que de acuerdo a la estructura política, social y económica del país, se requiere de la formación de tres niveles de preparación para el personal de enfermería":

- Auxiliar de enfermería
 - Enfermera Nivel técnico
-

45) Organización Mundial de la Salud.- Oficina Sanitaria- Sanitaria Panamericana. El papel de la Enfermera en la Atención Primaria a la Salud. Publicación Científica No. 348. Washington, D.C. 20037, 1977. p. 9

- Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Todas instituciones que contratan personal de enfermería se ven precisados a organizar y ejecutar programas de orientación al puesto para el personal solicitante, y será su responsabilidad preparar al personal auxiliar.

Los egresados de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, han pasado por un proceso de aprendizaje que los "prepara", para proporcionar cuidados de enfermería para el segundo y tercer nivel, hecho que se fundamenta por el número de horas práctica en las instituciones hospitalarias.⁽⁴⁶⁾

La realidad es que en el primer nivel de atención se necesita mejorar la calidad de atención que se proporciona, al individuo y su comunidad. En este nivel hay necesidad de recursos humanos, no importa que categoría tengan, lo único que se necesita es el deseo de querer trabajar, y servir, se buscará la forma de organizar los diferentes niveles de enfermería en los Centros Co

46) Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Plan de Estudios de la carrera de Enfermería y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. U.N.A.M. México, 1978. pp. 9-11

munitarios de Salud.

2.3.5. Posición de la Enfermera.

Las limitaciones del mercado de trabajo para enfermería en el primer nivel de atención, acentúan el distanciamiento de enfermería y la comunidad.

Enfermería necesita tener mejores incentivos económicos que satisfagan sus necesidades personales y sociales, con la inflación los costos de vida se han elevado, lo anterior impide a la enfermera actualizar sus conocimientos científicos en cursos post-básicos, solamente lo puede hacer mediante becas otorgadas por las instituciones oficiales del sector salud.

Otro problema que surge en el primer nivel de atención es, que enfermería perdió su modelo histórico formado por su trayectoria en la atención a la salud, por un modelo médico que surge por una política de salud, donde la enfermera se subordina a la toma de decisiones realizadas por el médico, sin tomar en cuenta el criterio de enfermería que trabaja en la comunidad, sobre todo ante la solución de problemas.

2.3.6. El nuevo papel de la Enfermera en la Comunidad.

Las enfermeras están llamadas a diseñar nuevos modelos en la prestación de servicios a la comunidad, basados en la realidad de la crisis por la que atraviesa el país, repercutiendo en la escasez de recursos y elementos humanos, aumentando los problemas sobre todo los de salud, el terremoto de 1985, hecho que dejó una huella indeleble en la población.

La enfermera en comunidad debe optimizar su horario contratado, y proporcionar una mejor atención, sobre todo en los siguientes problemas:

- Forma de actuar individual y colectiva entre el siniestro.
- En el incremento y la transición demográfica.
- Ante las nuevas epidemias como el SIDA
- Formas de aumentar la cobertura a población marginada.
- La adecuación de los servicios de salud ante la crisis.
- Orientación nutricional con nuevos nutrientes.
- Enseñanza de nuevas técnicas de germinación y

producción de alimentos.

- Fomentar la formación de grupos para el intercambio de ideas en relación al aspecto económico-social.

Son algunos de los aspectos que lograrán reivindicar a la enfermería en México.

2.4. APRENDIZAJE.

El aprendizaje consiste en asimilar todas las experiencias ocurridas en la vida y que de alguna manera producen el cambio, lo importante del aprendizaje no consiste en tener experiencias, sino en vivirlas en tal forma que éstas puedan ser asimiladas e incorporadas a la vida, por esto se dice que aprender es cambiar.

2.4.1. Concepto de aprendizaje.

El aprendizaje, es un proceso que se realiza en el interior del individuo, mediante el cual se obtienen nuevos conocimientos, habilidades, o actitudes, a través de experiencias vividas que producen algún cambio en el modo de ser o de actuar.

El aprendizaje, da la oportunidad de crecer, de asimilar la realidad y aún de transformarla, en tal forma

ma que se logre una existencia más plena y más profunda.⁽⁴⁷⁾

Los cambios producidos en el individuo no son siempre positivos, hay experiencias que traen cambios negativos en la conducta.

El hombre está en posibilidad de aprender siempre en todo lugar, puesto que la vida es una continua sucesión de experiencias que pueden ser significativas.

2.4.2. Teorías del aprendizaje.

Existen diez teorías del aprendizaje y cada una de ellas ha dado valiosas aportaciones para dirigir el aprendizaje.

Las cuatro primeras se desarrollaron antes del Siglo XX, y siguen ejerciendo una gran influencia en las escuelas de la actualidad, son las teorías de la:

Familia mentalista:

- Disciplina mental teísta
- Disciplina mental humanista
- Desarrollo natural.

47) Guillermo Michel. Aprende a Aprender. Ed. Trillas, 9a. ed. México, 1985. p. 18

- La apercepción.⁽⁴⁸⁾

La "Disciplina Mental", de los dos tipos, significa que el aprendizaje consiste en disciplinar o adiestrar la mente.

"El desenvolvimiento natural", es un procedimiento en el que los niños desarrollan lo que la naturaleza le ha dado.

"La apercepción", es un proceso en el cual nuevas ideas se asocian con las antiguas que ya constituían la mente.

Las teorías del Siglo XX, pueden clasificarse dentro de dos familias: las teorías de condicionamiento, estímulo respuesta (ER), de la familia conductista y las teorías cognoscitivistas de la familia de la Gestalt.

Familia Conductista:

- | | | |
|---|---|----------------|
| - Asociación E.R. | = | Conexionismo |
| - Condicionamiento sin reforzamiento. | = | Conductismo |
| - Condicionamiento con reforzamiento. ⁽⁴⁹⁾ | = | Reforzamiento. |

Para los teóricos conductistas o del condicionamiento, el aprendizaje es un cambio conductual, se produce por medio de estímulos y respuestas, que se relacionan de acuerdo con -

48) Ibidem. p. 23

49) Ibidem. p. 26

estímulos mecánicos. Los estímulos son agentes ambientales - que actúan sobre un organismo, para que respondan o emitan una respuesta de un tipo dado, las respuestas o efectos son las reacciones físicas de un organismo ante la estimulación interna o externa.

Familia del campo de la Gestalt

- Introspección Psicológica de la Gestalt
- Insight de metas configuracionalismo.

Campo cognoscitiva = Psicología del campo o
Relativismo Positivo.

Para los "teóricos del campo de la Gestalt", el aprendizaje es un proceso o modificación de insight, perspectivas o patrones de pensamiento. Al pensar en los procesos de aprendizaje de los alumnos, dichos teóricos prefieren los términos de persona a organismo, ambiente psicológico a medio físico o biológico, e interacción a acción o reacción, tienen la convicción de que los conceptos de que persona, ambiente psicológico e interacción, le permitan a un maestro ver inmediatamente a una - persona, su ambiente, y su interacción con el medio; éste es el significado de la palabra campo.⁽⁵⁰⁾

50) Ibidem. p. 27

Para resumir la diferencia entre las dos familias sobre el aprendizaje diremos, en consecuencia para un maestro conductista querrá modificar las conductas de sus alumnos, un profesor del campo de la Gestalt, ayudará a sus discípulos a cambiar el modo en que comprendieron diversos problemas.

2.4.3. Principios del Aprendizaje.

El progreso científico se debió a la sistematización del pensamiento, como sucede en el área de la física con la teoría de la relatividad. Sin embargo, la mayoría de los científicos reconocen también un diferente nivel de principio, lo que se denomina "principio de trabajo", - debido a su aplicabilidad inmediata en la práctica. La condición primordial que debe satisfacer un principio de trabajo es que no sea incompatible con los principales sistemas a los que se adhiere quienes los practican; - sin embargo, pueden ser igualmente consistentes con varios sistemas en competencia.

Los nombres de los principios de trabajo fueron tomados por el material analizado en el Centro de Didáctica de la U.M.A.M.

Si consideramos al aprendizaje como un proceso que obviamente debe seguir una secuencia, agruparemos a los principios del aprendizaje en tres grupos según la etapa en que se tomaron en cuenta; nos referimos al aprendizaje intensivo y sistemático que se promueve en las instituciones escolares. (51)

En la fase preparatoria rigen principios de:

- Realidad
- Satisfacción
- Preparación
- Finalidad

En la fase de realización principios de:

- Adecuación
- Clima propicio
- Objetividad
- Ejercicio activo.

Durante todo el proceso:

- Principios de verificación.

Realidad:

El aprendizaje, debe partir de la realidad del -

51) Ibidem. p. 326

alumno, del grupo y la comunidad, utilizando fuentes de intereses.

Satisfacción:

La persona desea repetir experiencias satisfactorias el aprendizaje debe planearse de acuerdo a esas necesidades e intereses.

Preparación:

Todo nuevo aprendizaje debe basarse, en los aprendizajes previos y en los posteriores, para darle una secuencia y un valor en el aprendizaje del individuo.

Finalidad:

El alumno debe conocer el alcance de los objetivos de aprendizaje que se pretenden alcanzar, colabora en su elaboración; llega al éxito porque no desperdicia esfuerzos.

Adecuación:

El aprendizaje tratará de ser adaptado a las necesidades de cada alumno y a sus circunstancias.

Clima propicio:

Para propiciar el aprendizaje hay que crear un am--

biente de cordialidad, cooperación, el trabajo debe desarrollarse, en un ambiente físico adecuado.⁽⁵²⁾

Objetividad:

El aprendizaje se logra a medida que aumentan las experiencias multisensoriales, hacer objetivo el aprendizaje, es propiciar esas experiencias, para facilitar la comprensión.

Ejercicio activo:

Vivir una experiencia significativa puede propiciar el cambio, vivir experiencias similares, promueve el aprendizaje con mayor seguridad, es beneficio buscar esas experiencias.

Ritmo:

El conocimiento, la comprensión, y la asimilación son diferentes niveles de profundización del aprendizaje, para llegar a la asimilación, establecer las pautas indispensables.

Verificación:

Todo logro en el aprendizaje necesita ser confrontado con los objetivos propuestos, la verificación estimula al alumno cuando los logros son positivos, y de rectificar el camino

52) Ma. Guadalupe Moreno Bayado. Didáctica Fundamental y Práctica. Ed. Progreso. 2a. ed. México, 1983. p. 25

del alumno que lo hizo equivocado.

El aprendizaje se ajusta a varios de los principios de trabajo antes mencionados.⁽⁵³⁾

2.4.4. Aprendizaje y Enseñanza.

Tradicionalmente, enseñar era esencialmente un proceso de transmisión (acción de dar), y aprender un proceso de recepción (acción de recibir), que se daba normalmente entre dos sujetos: el mastro (trasmisor), y el alumno (receptor).

Reflexionemos primero ¿cómo manifiesta una persona que ha aprendido algo?, esencialmente cuando proyecta que se ha realizado en ella un cambio, o bien sea: la adquisición de una -- destreza, una actitud nueva, la adquisición de un conocimiento.

Los cambios que manifiesta que ha habido aprendizaje no ocurrieron por si solos; se debe a la presencia de agentes diversos: un instructor, la observación directa, un consejo, un deseo de superación, la lectura de un libro, etc.

53) Ibidem. p. 26

El cambio se realiza en el interior del individuo y sólo con la aceptación de éste, aunque no en todos los casos son conscientes de que se está efectuando un cambio interno.

Promover a la persona en la adquisición de conocimientos hábitos, actitudes, habilidades y destrezas traerá como consecuencia la verdadera formación integral.

Enseñar no es un proceso de dar sino de promover. Aprender no es un proceso de recibir, sino de transformar la conducta. (54)

2.4.5. La Transferencia del aprendizaje.

Se ha explicado la transferencia del aprendizaje como el hecho de aplicar lo adquirido: conocimientos, hábitos habilidades, capacidades, etc. , para el dominio de otro problema de aprendizaje.

También se le ha definido como "la aplicación de experiencias previas a nuevas situaciones". (55)

La importancia de transferir lo aprendido como un medio para resolver problemas nuevos, se capta si nos --

54) Ibidem. p. 15

55) Tomás Villareal Canseco. Didáctica General. Ed. Secretaría de Educación Pública. Instituto Federal de Capacitación del Magisterio. Libro No. 49 México, 1986, p. 53.

concepto que de ella se tiene, ha influido en la elaboración de programas y en la aplicación de métodos y procedimientos didácticos.

La importancia de la transferencia, se capta en el concepto que de ella se tiene, ha influido en la elaboración de programas y en la aplicación de métodos y procedimientos didácticos.

La transferencia del aprendizaje da a lo aprendido - funcionalidad, lo extiende, lo transporta, lo hace aplicable, a nuevas situaciones que tanto se multiplican en la vida escolar y extraescolar del educando.⁽⁵⁶⁾

El valor de lo aprendido, de la medida en que se ha ya logrado su posibilidad de transferencia, La habilidad para transferir lo aprendido no se forma tan espontáneamente como pudiéramos decirlo, también se debe fomentar.

2.4.6. Evaluación del Aprendizaje.

En los medios educativos hay consenso respecto a - que la evaluación, más que un tema es un problema; todo profesor al analizar el tema de la evaluación, es puntualizar con toda precisión, no los instrumentos o técnicas para llevarlo

56) Ibidem. p. 54

a cabo, sino del concepto de aprendizaje de que se parte, --
 tanto de su fundamentación como de su instrumentación. (57)

Todo aprendizaje consiste en una serie de acciones orientadas a determinadas metas , estas acciones o conductos son todas reacciones del ser humano ante estímulos externos e internos en su permanente adaptación al medio.

Otro concepto importante para explicar la evaluación es la conducta. Bleger dice: "Que la conducta del ser humano es siempre molar, es decir, total con la que el individuo se expresa en todo momento con un todo integrado. En estas circunstancias, debemos ser conscientes de que no es posible captar una manifestación de aprendizaje, dada la complejidad de este proceso mental, es un hecho que el aprendizaje se objetiva y se convierte en el área del mundo externo, esta manifestación no agota el fenómeno.

En este contexto, el profesor antes de seleccionar el método y la técnica para cualquier acción evaluatoria, necesita cuestionarse sobre la naturaleza del objeto de estudio de la evaluación: el aprendizaje como proceso, concibe al alumno

57) Margarita Panza. et al. Operatividad de la Didáctica. Ed. Ediciones Gernika. 1a. ed. Tomo No. 2. México, 1986. p. 106

como una totalidad, y sobre todo, que parta de la complejidad del ser humano.

La evaluación constituye un proceso, amplio, complejo y profundo, que abarca todo el acontecer de un grupo: sus problemas, miedos, evaciones, ansiedades y satisfacciones, etc., que le hacen ser una realidad distinta a las demás. La acreditación se refiere a aspectos más concretos relacionados con ciertos aprendizajes importantes planteados en los planes y programas de estudios y que tiene que ver con el problema de los resultados y eficacia de un curso.

Se concibe a la evaluación y a la acreditación como - dos procesos paralelos, aunque con diferente complejidad e independientes, que tienen lugar en una experiencia grupal. (59)

2.4.7. Evaluación de la Enseñanza-Aprendizaje.

La docencia como actividad sistemática y como objeto de investigación, debe ser evaluada con fines de explicación, comprensión y retroalimentación permanentes, en lo que respecta al plan de estudios, a la prá-

58) Ibidem. p. 106

tica pedagógica y a los efectos de la formación de los participantes para su inserción en el mercado laboral.

Concebir a la evaluación como proceso, es necesario señalar algunos lineamientos metodológicos y pensar en los instrumentos seleccionados, para la evaluación deben ser sistemáticos, flexibles y dinámicos.

Es indispensable que desde la primera sesión de trabajo se realice con todo el rigor metodológico, un análisis de expectativas de los principiantes en el curso con respecto al evento en cuestión, de tal manera que permita diagnosticar intereses, inquietudes y aspiraciones personales y profesionales y confrontar e intercambiar experiencias de su quehacer docente y/o práctica educativa que coadyuve a la conformación de un marco de referencia hasta cierto punto compartido que propicie el abordaje de las tareas y el logro de los objetivos del curso. (59)

Es decir, se ponen las bases y reglas del juego que van a normar el trabajo grupal, un contrato que participantes y -- coordinador se comprometen cumplir.

Este encuadre se planea en dos niveles:

59) Ibidem. p. 114

- Institucional, se refiere a horario, número y duración de las sesiones, asistencias, criterios de acreditación.
- Grupal, discusión del programa, explicación de tareas, metodología de trabajo, responsabilidades de los participantes y del coordinador, criterios y momentos de evaluación.

Bajo estas condiciones la evaluación se plantea como una revisión constante del proceso grupal, con la flexibilidad que se estime pertinente. Al finalizar de cada sesión se revisará lo más significativo de la vivencia y analizar los problemas surgidos que pudieran entorpecer la dinámica del grupo en el trabajo y el aprendizaje. Cada determinado número de sesiones se puede seguir con la misma tónica, obviamente dependerá de las necesidades del grupo.

Al término del curso. Como etapa de culminación, se recomienda realizar a manera de recapitulación una sesión de evaluación grupal, como un balance histórico del acontecer más significativo que vivió el curso.

Estas sesiones de evaluación grupal, tanto las parciales como las finales, involucran a los participantes como el coordinador.

La evaluación, a manera de síntesis final, se realizará en dos líneas de análisis:

- Lo relacionado con el proceso grupal: para que se autoanalicen y autocritiquen y el desempeño en el trabajo grupal y como observó el participante el trabajo de los demás.
- El coordinador: señala como percibió al grupo y a cada uno de ellos y como se percibió así mismo dentro de dicho proceso. (60)

60) Ibidem. p.115

3.- METODOLOGIA.

3.1. HIPOTESIS.

3.1.1. Hipótesis General.

H_1 : La necesidad de aprendizaje de Enfermería Comunitaria y la necesidad de una guía de aprendizaje de Enfermería Comunitaria, de los alumnos de la carrera de Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en la asignatura de Introducción a la Salud Pública, se solucionaría con la elaboración de un Manual de Enfermería - Comunitaria.

3.1.2. Hipótesis de Trabajo.

H_2 : A mayor necesidad de aprendizaje de enfermería comunitaria, de los alumnos de la carrera de enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en la asignatura de Introducción a la salud Pública, mayor necesidad de una guía de aprendizaje de enfermería Comunitaria.

H_0 : No existe ninguna relación entre la necesidad - de aprendizaje de Enfermería Comunitaria de los

alumnos en la asignatura de Introducción a la Salud Pública de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y las prácticas de enfermería comunitaria realizadas.

3.2. VARIABLES

3.2.1. Independiente.

Necesidad de aprendizaje en enfermería comunitaria.

Indicadores:

- Asistir a la práctica de Enfermería Comunitaria.
- Manifestar sus dudas.
- Preparar el material indicado.
- Realizar las observaciones.
- Puntualidad en la práctica
- Elaboración del informe diario.
- Participar con el equipo.
- Realización de procedimientos en la comunidad.
- Identificarse con la comunidad.
- Logro de objetivos de la práctica.
- Aceptación de la comunidad.
- Actitud de participación con el grupo .

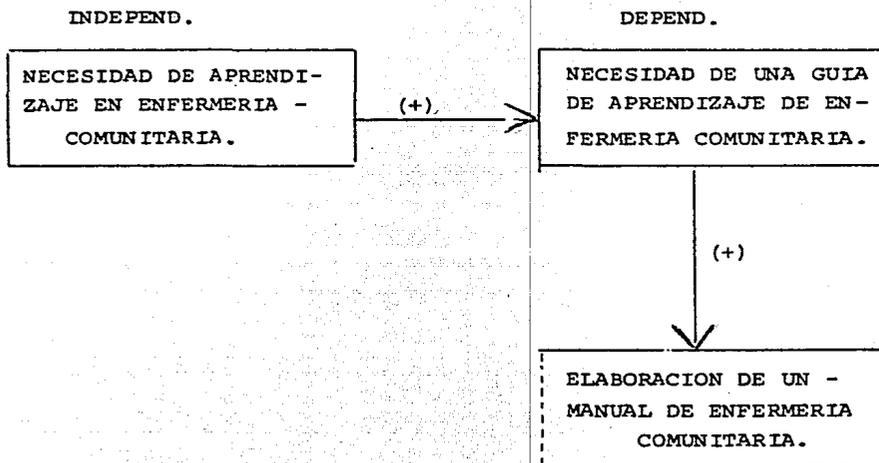
2.2. Dependientes.

Necesidad de una guía de aprendizaje de enfermería comunitaria (Manual de Enfermería Comunitaria).

Indicadores:

- Inseguridad en el manejo de las técnicas.
- Miedo de atender a la comunidad.
- Dudas en el manejo de técnicas
- Expresión en el lenguaje técnico
- Manejo bibliográfico inmediato.
- Consulta gráfica inmediata
- Dificultad de abordar a la comunidad.
- Pasividad en la participación grupal
- Ausentismo del alumno
- Torpeza en el trabajo
- Dificultad en la redacción del informe final.
- Dificultad de lograr los objetivos de la práctica.

3.2.3. MODELO DE RELACION CAUSAL.



3.3. TIPO Y DISEÑO.

3.3.1. Tipo de investigación.

El tipo de investigación se considera empírica por que parte de un Marco Teórico de referencia que apo ya las hipótesis y se basa en datos recabados a -- través de la aplicación de cuestionarios y la ob-- vación directa. Además es causal porque utiliza -- la relación causa-efecto de dos variables, una in-- dependiente y otra dependiente.

Se utiliza el método analítico porque descompone el todo en las partes que lo integran para explicar las causas del fenómeno.

Se considera que ésta investigación está relacionada con el proceso enseñanza-aprendizaje, porque existe necesidad de que los alumnos aprendan mejor la materia de enfermería Comunitaria.

Las hipótesis son de relación y se trata de un problema multivariable.

3.3.2. Diseño

Para la recopilación del marco teórico, se utilizaron los fundamentos teórico-metodológicos de las investigaciones relacionadas en torno al problema y las variables.

Para recolectar los datos, se utilizaron como instrumentos la aplicación de cuestionarios y la observación y para el recuento de datos, las tarjetas simples.

Para desarrollar la investigación se utilizaron los alumnos de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que cursan la asignatura de Salud Pública.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE OBSERVACION UTILIZADOS.

Observación: la observación directa permitió detectar el fenómeno estudiado y también apoyar el establecimiento de las hipótesis.

Cuestionarios: se diseñaron por una pregunta para cada indicador de la variable, con respuesta cerrada.

Fichas de trabajo: para realizar el acopio de los contenidos encontrados en las fuentes bibliográficas, se utilizaron las fichas de trabajo. En ellas se tienen concentrados los planteamientos y razonamientos emitidos por los autores consultados para cada una de las variables.

4.- INSTRUMENTACION ESTADISTICA.

4.1. UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA.

El universo de trabajo está constituido por todos - los alumnos de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, que hacen un total de 2041, la población en estudio está integrada por los alumnos de nivel Licenciatura y nivel técnico son 551. Se tomó una muestra representativa de 90 alumnos de dos grupos de Licenciatura y dos de - nivel técnico, que cursaron la asignatura de Introducción a la Salud Pública.

La muestra determina estudiar dos grupos de la población la cual se eligió por muestreo aleatorio simple - sin reemplazo.

4.2. METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION.

El método empleado para la recolección de los datos es la encuesta, mediante cuestionarios estructurados, se diseñó el instrumento utilizado y la técnica de recopilación de la información, se llevó a cabo a través de la - aplicación de dichos cuestionarios.

4.3. PROCESAMIENTO DE DATOS.

4.3.1. Clasificación y Recuento.

Para la clasificación de los datos se utilizó el -- método de tarjetas simples, se asignó un código para cada respuesta, una vez obtenida la información, se procedió - a efectuar las operaciones de codificación y recuento de los datos.

4.3.2. Presentación y Tabulación Gráfica.

Para la presentación de la información obtenida se utilizaron cuadros estadísticos y gráficas de barras simples y sectoriales que a continuación se presentan.

CUADRO No. 1

ALUMNOS QUE FALTARON A LA PRACTICA COMUNITAROA

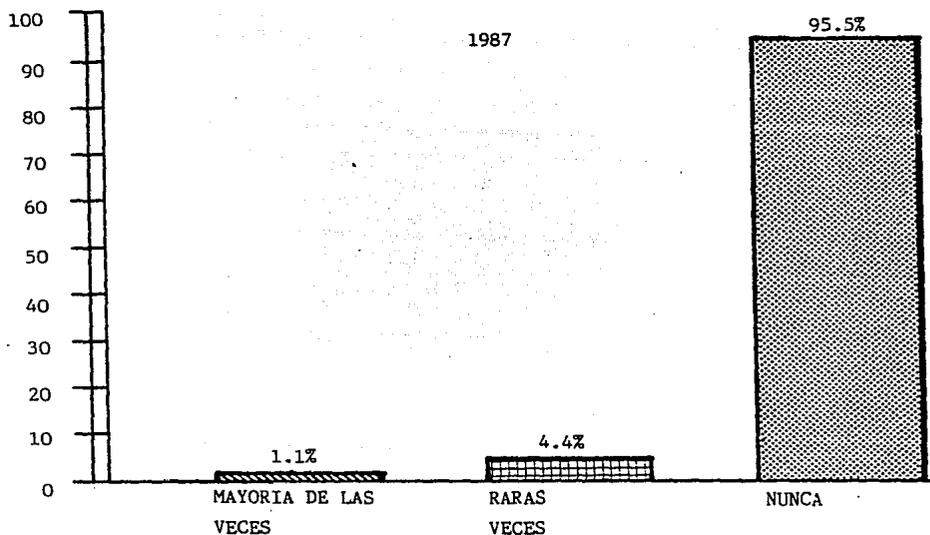
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	1	1.1
RARAS VECES	4	4.4
NUNCA	86	95.5
TOTAL	90	100.0

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A LOS ALUMNOS DE LA E.N.E.O.
 U.N.A.M. QUE CURSARON LA ASIGNATURA DE INTRODUCCION
 A LA SALUD PUBLICA; SOBRE LA NECESIDAD DE APRENDIZAJE
 DE ENFERMERIA COMUNITARIA, EL 26 DE MAYO DE 1987

GRAFICA No. 1

ALUMNOS QUE FALTARON A LA PRACTICA COMUNITARIA



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: LA GRAFICA MUESTRA QUE EL 95.5% DE LOS ALUMNOS NUNCA FALTO A LA PRACTICA, Y SOLAMENTE FALTARON EL 1.1%

CUADRO No. 2

ALUMNOS QUE LLEGARON CON PUNTUALIDAD A LA PRACTICA

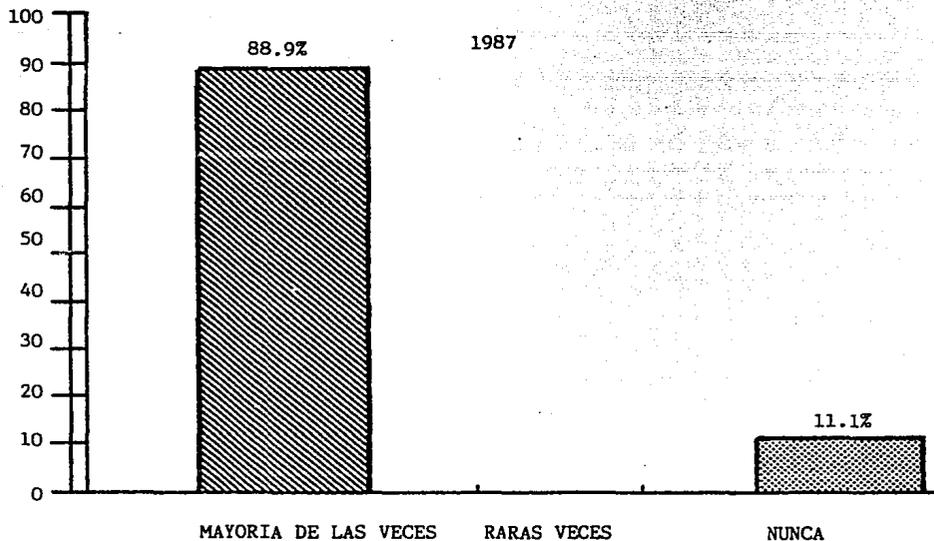
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	80	88.9
RARAS VECES	00	00
NUNCA	10	11.1
TOTAL	90	100.0

FUENTE : LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 2

ALUMNOS QUE LLEGARON CON PUNTUALIDAD A LA PRACTICA



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 88.9% DE LOS ALUMNOS LLEGO PUNTUALMENTE A SU PRACTICA.

CUADRO No. 3

ALUMNOS QUE PREGUNTARON AL MAESTRO SUS DUDAS

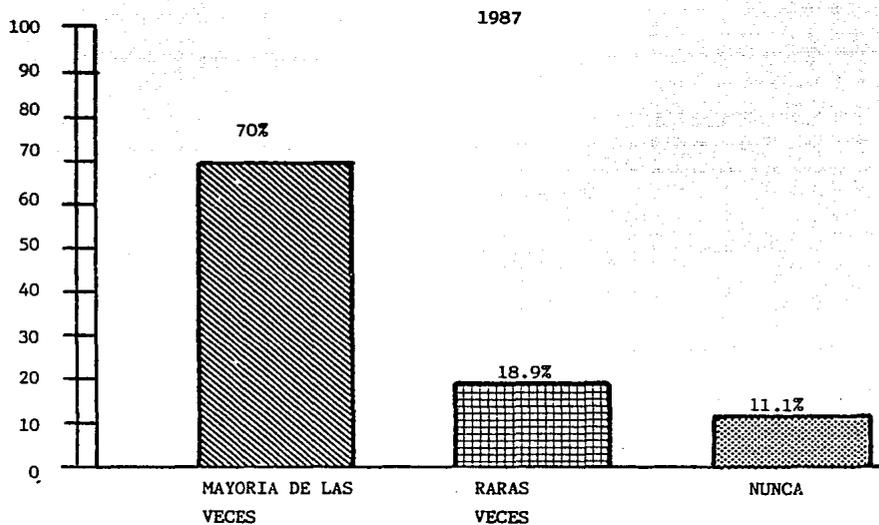
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	63	70.0%
RARAS VECES	17	18.9%
NUNCA	10	11.1%
TOTAL	90	100.0%

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 3

ALUMNOS QUE PREGUNTARON AL MAESTRO SUS DUDAS



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 70% DE LOS ALUMNOS PREGUNTO AL MAESTRO SUS DUDAS.

CUADRO No. 4

ALUMNOS QUE REALIZARON SUS OBSERVACIONES EN LA COMUNIDAD

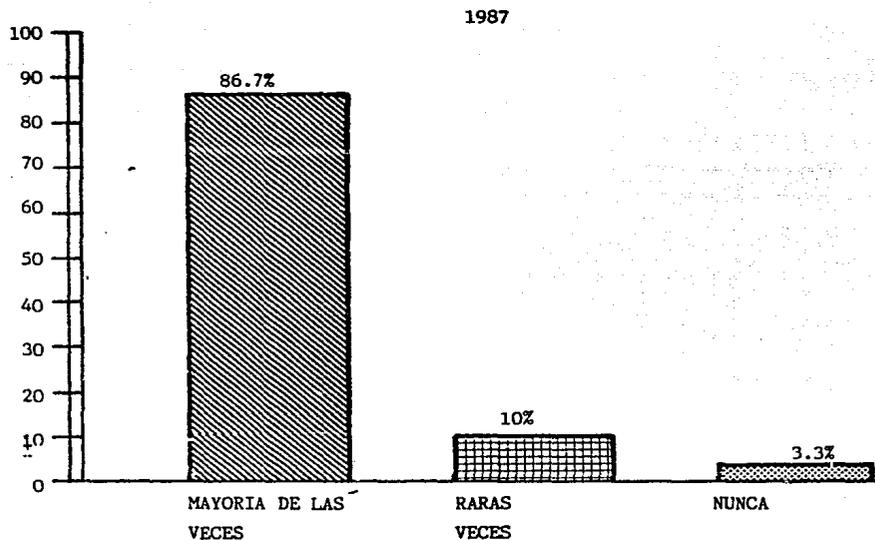
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	78	86.7
RARAS VECES	9	10.0
NUNCA	3	3.3
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 4

ALUMNOS QUE REALIZARON SUS OBSERVACIONES EN LA COMUNIDAD



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO NO. 1

DESCRIPCION: EL 86.7% DE LOS ALUMNOS REALIZARON SUS OBSERVACIONES EN LA COMUNIDAD.

CUADRO No. 5

ALUMNOS QUE CUMPLIERON CON EL MATERIAL PARA LA PRACTICA

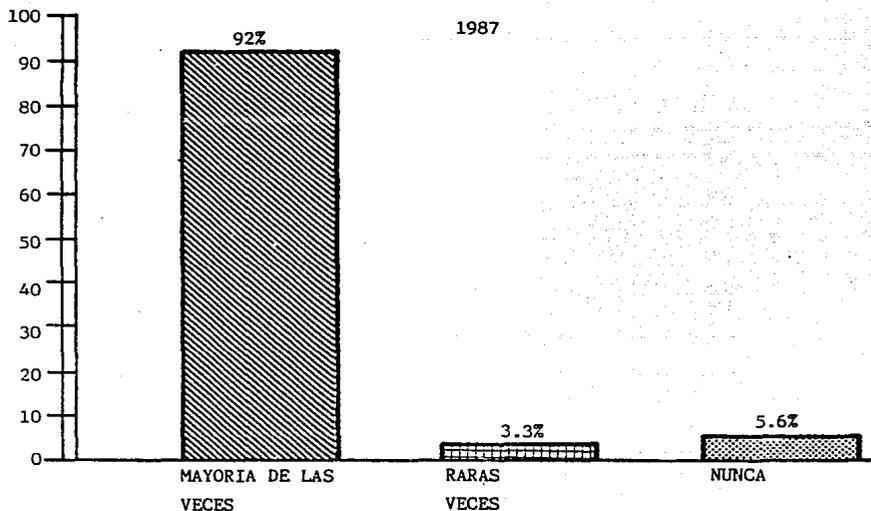
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	82	92.0
RARAS VECES	3	3.3
NUNCA	5	5.6
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 5

ALUMNOS QUE CUMPLIERON CON EL MATERIAL PARA LA PRACTICA



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 92% DE LOS ALUMNOS CUMPLIERON LLEVANDO EL MATERIAL PARA REALIZAR LA PRACTICA DE CAMPO.

CUADRO No. 6

ALUMNOS QUE SUPIERON REDACTAR EL INFORME DIARIO

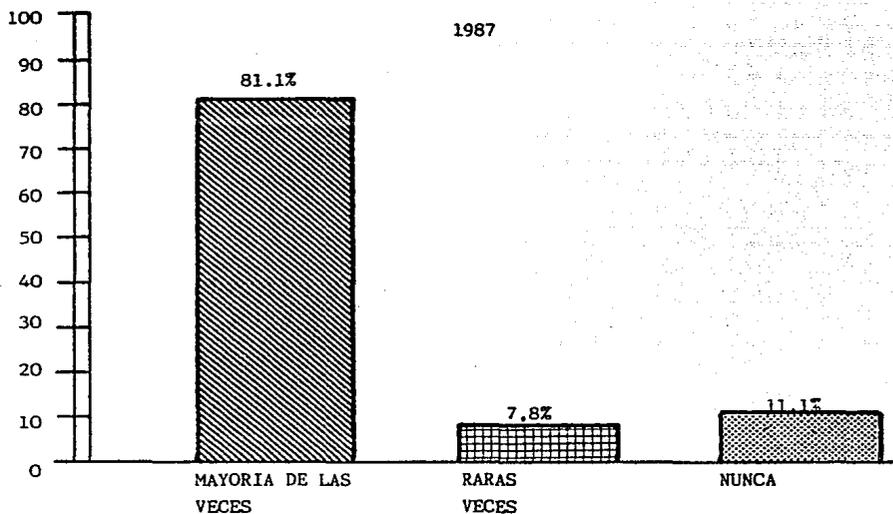
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	73	81.1
RARAS VECES	7	7.8
NUNCA	10	11.1
TOTAL	90	100.0%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 6

ALUMNOS QUE SUPIERON REDACTAR EL INFORME DIARIO



FUENTE: LAMISMA DEL CUADRO NO. 1

DESCRIPCION: COMO SE PUEDE OBSERVAR EL 81.1% DE LOS ALUMNOS ESTUVIERON POSIBILIDAD DE REDACTAR EL INFORME DIARIO.

CUADRO No. 7

PARTICIPACION DE LOS ALUMNOS EN LA REALIZACION DEL TRABAJO GRUPAL

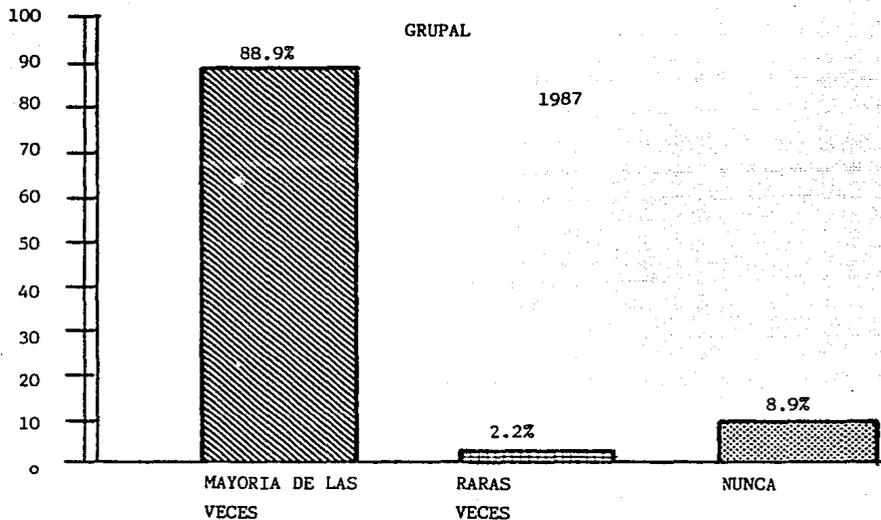
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	80	88.8'
RARAS VECES	2	2.2'
NUNCA	8	8.9'
TOTAL	90	100.0'

FUENTE LA MISMA DEL CUADRO No, 1

GRAFICA No. 7

ALUMNOS QUE PARTICIPARON EN LA REALIZACION DEL TRABAJO



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 88.9% DE LOS ALUMNOS COOPERO EN LA PRODUCCION DEL TRABAJO GRUPAL.

CUADRO No. 8

ALUMNOS QUE REALIZARON PROCEDIMIENTOS EN LA COMUNIDAD

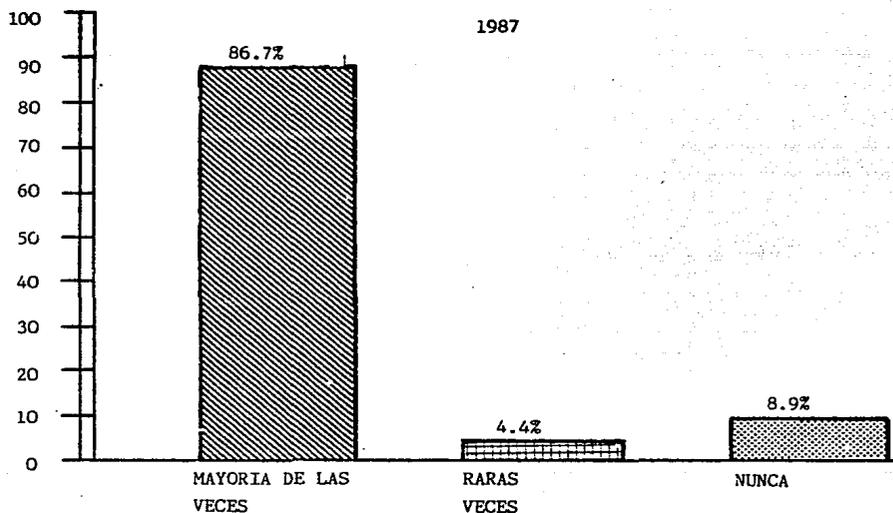
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	78	86.7
RARAS VECES	4	4.4
NUNCA	8	8.9
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA NO. 8

ALUMNOS QUE REALIZARON PROCEDIMIENTOS EN LA COMUNIDAD



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO NO. 1

DESCRIPCION: COMO SE OBSERVA EL 86.7% DE LOS ALUMNOS PUDO REALIZAR PROCEDIMIENTOS EN LA COMUNIDAD.

CUADRO No.9

ALUMNOS QUE FUERON ACEPTADOS POR LA COMUNIDAD AL REALIZAR LA PRACTICA

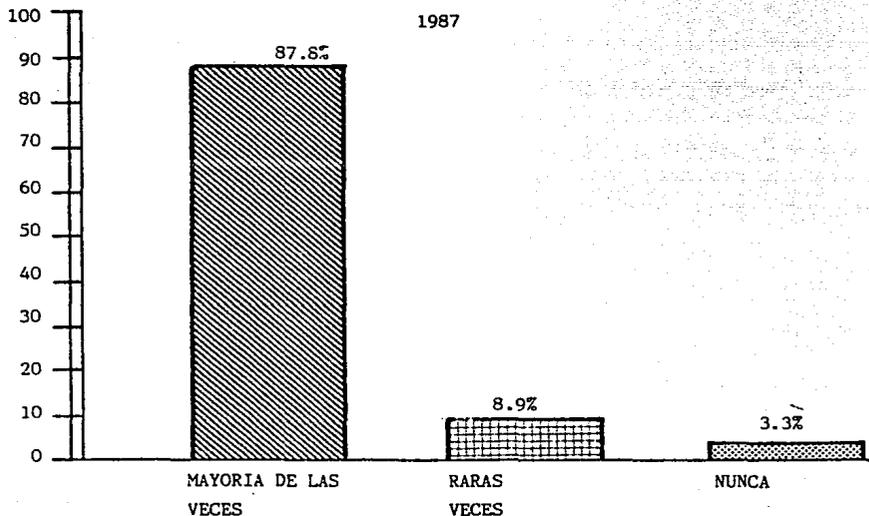
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	79	87.8
RARAS VECES	8	8.9
NUNCA	3	3.3
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 9

ALUMNOS QUE FUERON ACEPTADOS POR LA COMUNIDAD AL REALIZAR SU PRACTICA



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: LA COMUNIDAD ACEPTO AL 87.8% DE LOS ALUMNOS CUANDO REALIZABAN SU PRACTICA.

CUADRO No. 10

ALUMNOS QUE SE IDENTIFICARON CON LA COMUNIDAD AL REALIZAR LA PRACTICA

1987

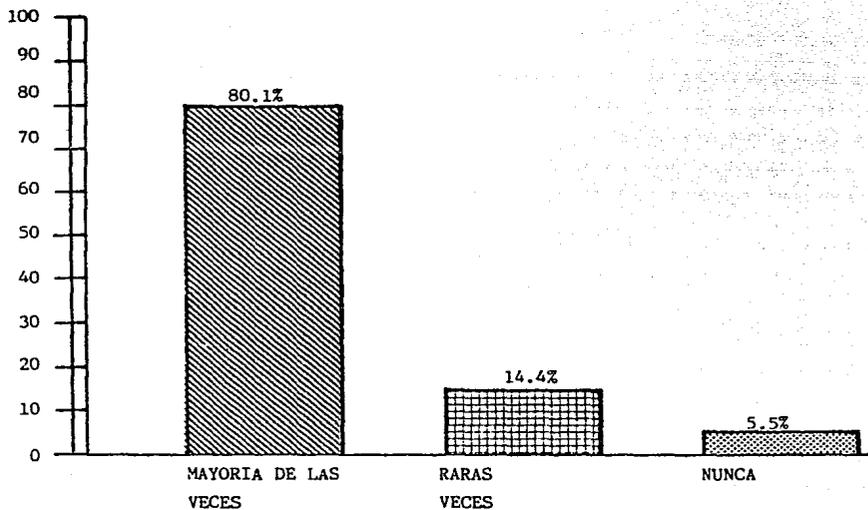
OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	80	88.9
RARAS VECES	2	2.2
NUNCA	8	8.9
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 10

ALUMNOS QUE SE IDENTIFICARON CON LA COMUNIDAD AL REALIZAR SU
PRACTICA

1987



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 80.1% DE LOS ALUMNOS SE IDENTIFICO CON LA COMUNIDAD AL
REALIZAR SUS PRACTICAS DE CAMPO.

CUADRO NO. 11

ALUMNOS QUE LOGRARON LOS OBJETIVOS DE LA PRACTICA COMUNITARIA

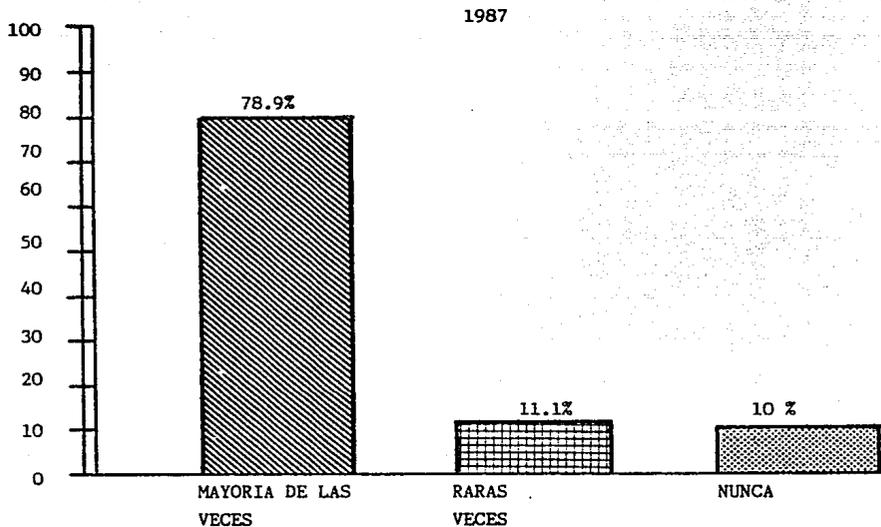
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	71	78.9
RARAS VECES	10	11.1
NUNCA	9	10.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 11

ALUMNOS QUE LOGRARON LOS OBJETIVOS DE LA PRACTICA



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 78.9% DE LOS ALUMNOS ESTUVO EN POSIBILIDADES DE LOGRAR LOS OBJETIVOS DE LA PRACTICA

CUADRO No. 12

ALUMNOS QUE PARTICIPARON ACTIVAMENTE CON EL GRUPO

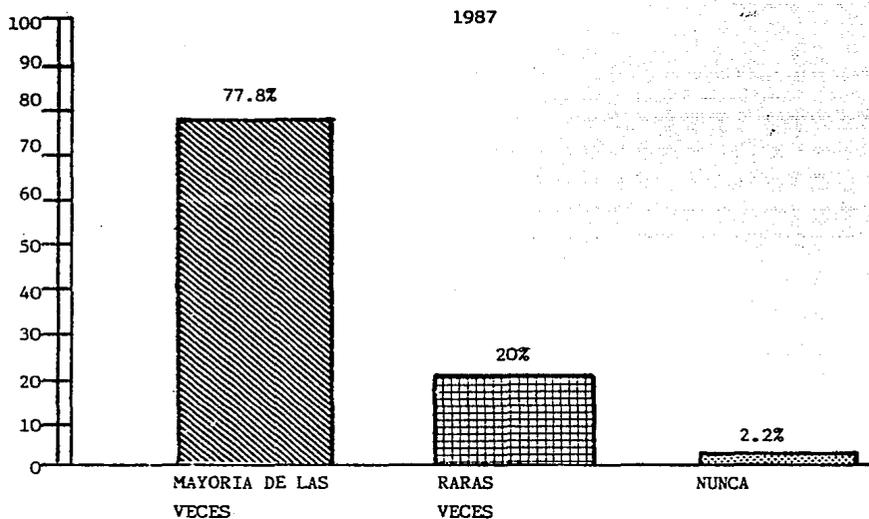
1937

OPCIONES	F.O	%
MAYORIA DE LAS VECES	70	77.8
RARAS VECES	18	20.0
NUNCA	2	2.2

FUENTE LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 12

ALUMNOS QUE PARTICIPARON ACTIVAMENTE CON EL GRUPO



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 77.8% DE LOS ALUMNOS PARTICIPO ACTIVAMENTE EN EL TRABAJO GRUPAL DURANTE LA PRACTICA COMUNITARIA.

CUADRO No 13

ALUMNOS QUE DESARROLLARON TECNICAS EN LA COMUNIDAD

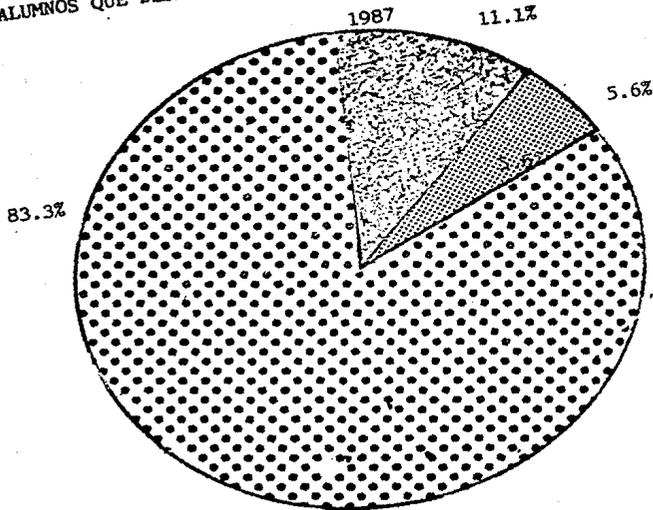
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	75	83.3
RARAS VECES	10	11.1
NUNCA	5	5.6
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No, 1

GRAFICA No. 13

ALUMNOS QUE DESARROLLARON TECNICAS EN LA COMUNIDAD



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: COMO SE PUEDE OBSERVAR EN LA GRAFICA EL 83.3 % DE LOS ALUMNOS PUDO REALIZAR TECNICAS DE ENFERMERIA COMUNITARIA.

EL 11.1% RARAS VECES Y EL 5.6 LAS REALIZO.

CUADRO No. 14

ALUMNOS QUE SUPIERON ORIENTAR A LA COMUNIDAD EN SU PRACTICA

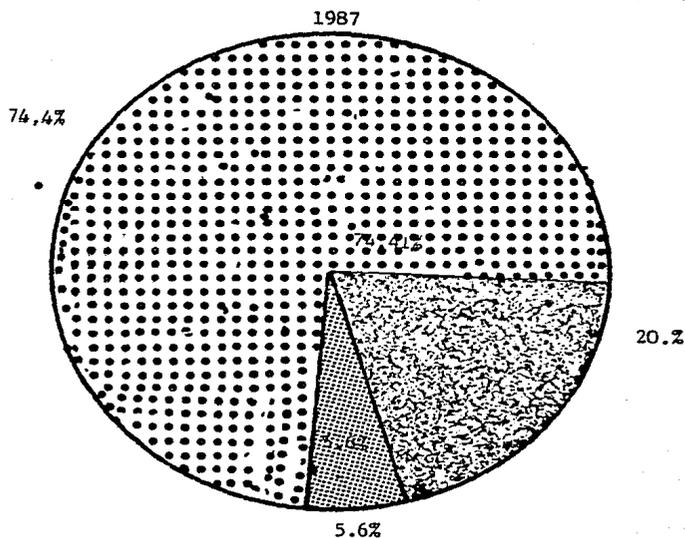
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	67	74.4
RARAS VECES	18	20.0
NUNCA	5	5.6
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 14

ALUMNOS QUE SUPIERON ORIENTAR A LA COMUNIDAD EN SU PRACTICA



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: ESTA GRAFICA INDICA QUE 74.41% DE LOS ALUMNOS ESTUVO EN POSIBILIDADES DE ORIENTAR A LA COMUNIDAD.

EL 20% DE LOS ALUMNOS RARAS VECES, Y EL 5.65 NUNCA LO LOGRARON.

CUADRO No. 15

ALUMNOS QUE MANEJARON BIBLIOGRAFIA SEGUN EL CASO EN LA COMUNIDAD

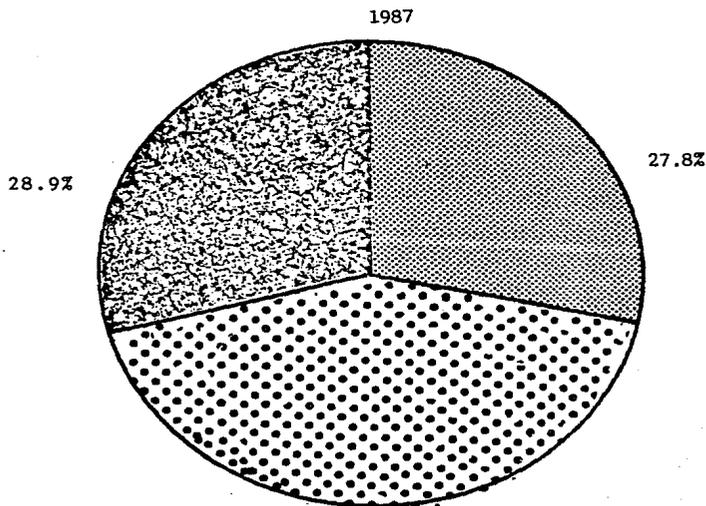
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	39	43.3
RARAS VECES	26	28.9
NUNCA	25	27.8
TOTAL	90	100.0

FUENTE : LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No, 15

ALUMNOS QUE MANEJARON BIBLIOGRAFIA SEGUN EL CASO EN LACOMUNIDAD



43.3%

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO NO, 1

DESCRIPCION: EN LA GRAFICA SE OBSERVA QUE EL 43.3% DE LOS ALUMNOS MANEJARON BIBLIOGRAFIA SEGUN EL CASO QUE VISITARON EN COMUNIDAD 28.9% RARAS VECES LO HIZO EL 27.8% NUNCA REALIZO.

CUADRO No. 16

ALUMNOS QUE UTILIZARON APOYOS DEL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD

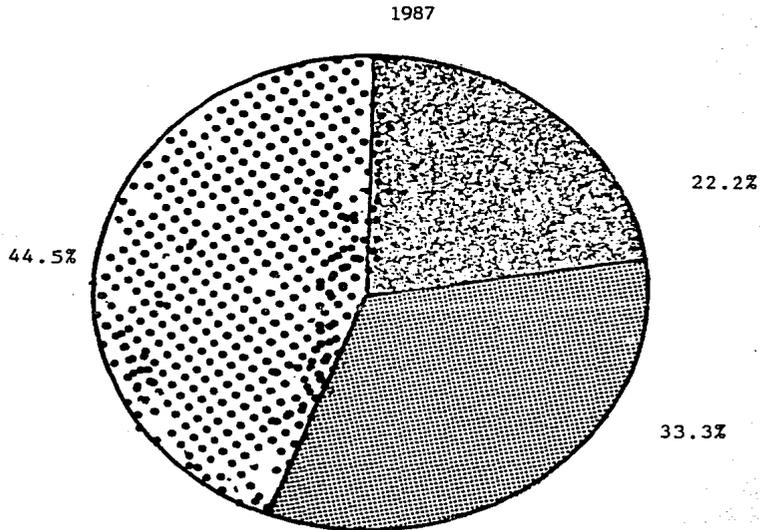
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	40	44.5
RARAS VECES	20	22.2
NUNCA	30	33.3
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 16

ALUMNOS QUE UTILIZARON APOYOS DEL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No, 1

DESCRIPCION: SE OBSERVA EN LA GRAFICA QUE EL 44.5% DE LOS ALUMNOS UTILIZO LOS APOYOS GRAFICOS DISPONIBLES EN EL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD 22.2 % RARAS VECES LO HIZO Y EL 33.3% NUNCA LO REALIZO.

CUADRO No. 17

SEGURIDAD DE LOS ALUMNOS AL ABORDAR A LA COMUNIDAD

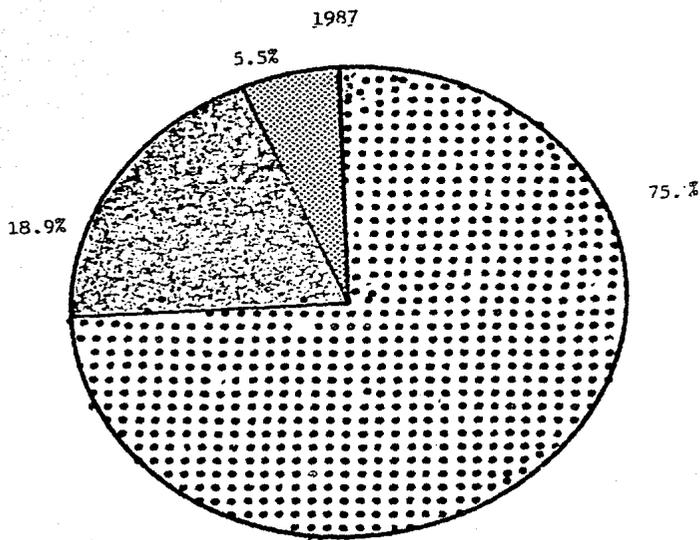
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	68	75.6
RARAS VECES	17	18.9
NUNCA	5	5.5
TOTAL	90	100.0

FUENTE : LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 17

SEGURIDAD DE LOS ALUMNOS AL ABORDAR A LA COMUNIDAD



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: LA GRAFICA INDICA QUE EL 75.6% DE LOS ALUMNOS TUVO SEGURIDAD AL ABORDAR A LA COMUNIDAD EL 18.9% DE ELLOS RARAS VECES LO HIZO, EL 5.5% NUNCA LO PUDO HACER.

CUADRO No. 18

ALUMNOS QUE SE MOSTRARON PASIVOS EN LA PRACTICA GRUPAL

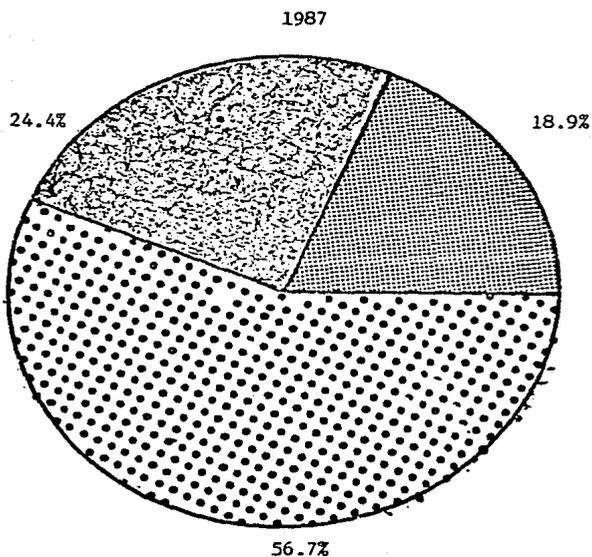
1987

OPCIONES	F.O	%
MAYORIA DE LAS VECES	51	56.7
RARAS VECES	22	24.4
NUNCA	17	18.9
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No 18

ALUMNOS QUE SE MOSTRARON PASIVOS EN LA PRACTICA GRUPAL



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No, 1

DESCRIPCION: EN LA GRAFICA SE PUEDE OBSERVAR QUE EL 56.7% DE LOS ALUMNOS SE MOSTRO PASIVO EN LA PARTICIPACION GRUPAL EL 24.4% RARAS VECES Y EL 18.9% NUNCA.

CUADRO No. 19

ALUMNOS INSEGUROS EN LA PRACTICA COMUNITARIA DE ENFERMERIA

1987

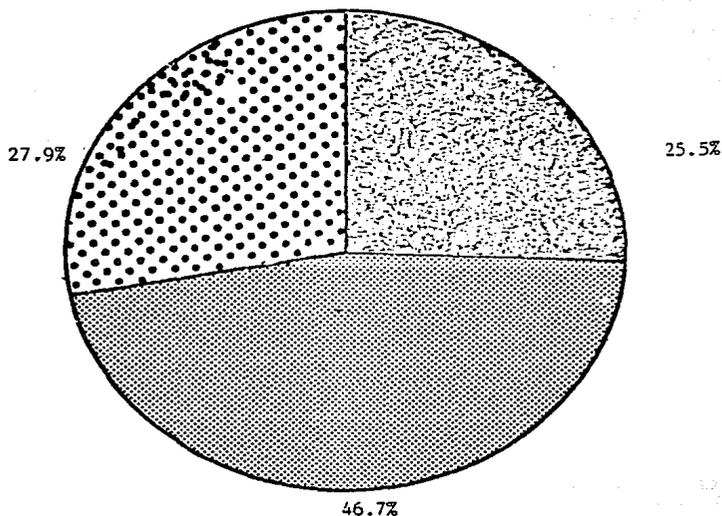
OPCIONES	F.O	%
MAYORIA DE LAS VECES	25	27.9
RARAS VECES	23	25.5
NUNCA	42	46.7
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No 19

ALUMNOS INSEGUROS EN LA PRACTICA COMUNITARIA DE ENFERMERIA

1987



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EN LA GRAFICA SE OBSERVA QUE EL 27.9% LA MAYORIA DE LAS VECES FUE INSEGURO EN SU PRACTICA COMUNITARIA EL 25.5% RARAS VECES LO FUE Y EL 46.7% NUNCA.

CUADRO No. 20

ALUMNOS QUE SUPIERON REDACTAR EL INFORME FINAL DE LA PRACTICA

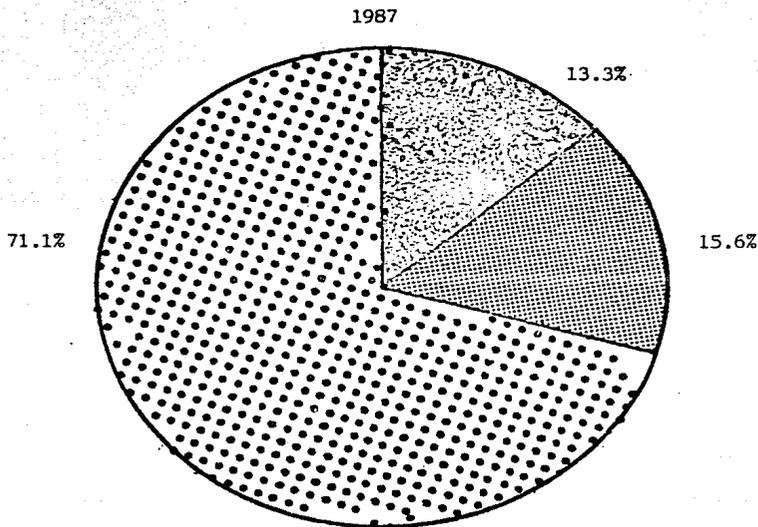
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	64	71.1
RARAS VECES	12	13.3
NUNCA	14	15.6
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No 20

ALUMNOS QUE SUPIERON REDACTAR EL INFORME FINAL DE LA PRACTICA



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No, 1

DESCRIPCION: EN LA GRAFICA INDICA QUE EL 71.1% DE LOS ALUMNOS SUPO REDACTAR EL INFORME FINAL.
EL 13.3% DE ELLOS RARAS VECES LO HIZO Y EL 15.6% NUNCA LO LOGRO.

CUADRO No. 21

ALUMNOS QUE TUVIERON DIFICULTAD EN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS

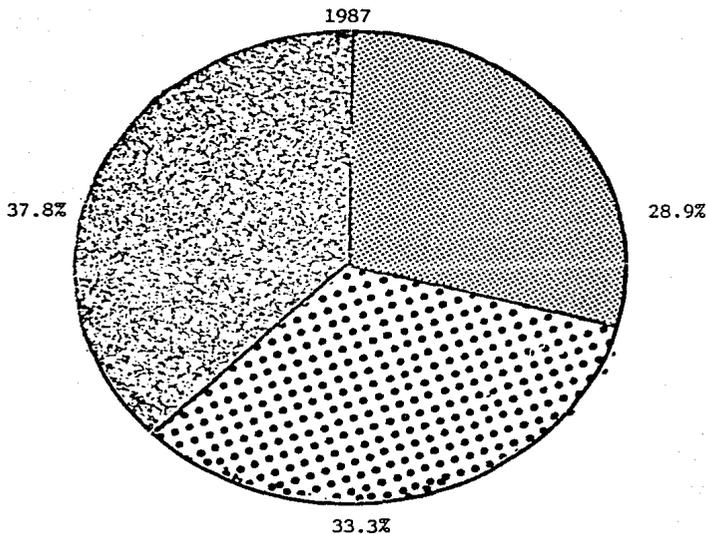
1987

OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	30	33.3
RARAS VECES	34	37.8
NUNCA	26	28.9
TOTAL	90	28.9

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 21

ALUMNOS QUE TUVIERON DIFICULTAD EN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No, 1

DESCRIPCION: SE OBSERVA EN LA GRAFICA QUE LA MAYORIA DE LOS ALUMNOS TUVO DIFICULTADES PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS EL 37.8% RARAS VECES Y EL 28.9% NUNCA.

CUADRO No. 22

ALUMNOS QUE REALIZARON EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAS

1987

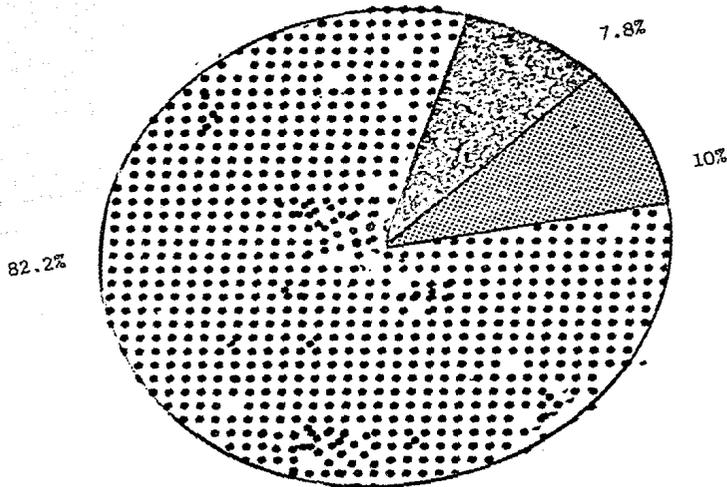
OPCIONES	F.O	%
MAYORIA DE LAS VECES	74	82.2
RARAS VECES	7	7.8
NUNCA	14	10.6
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 22

ALUMNOS QUE REALIZARON EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD

1987



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: LA MAYORIA DE LAS VECES QUE REPRESENTA. EL 82.2%
LOS ALUMNOS REALIZARON EDUCACION PARA LA SALUD,
EL 7.8% RARAS VECES LO PUDO REALIZAR Y EL 10.6%
NUNCA LO LOGRO.

CUADRO No. 23

ALUMNOS QUE UTILIZARON LENGUAJE TECNICO EN LA COMUNIDAD

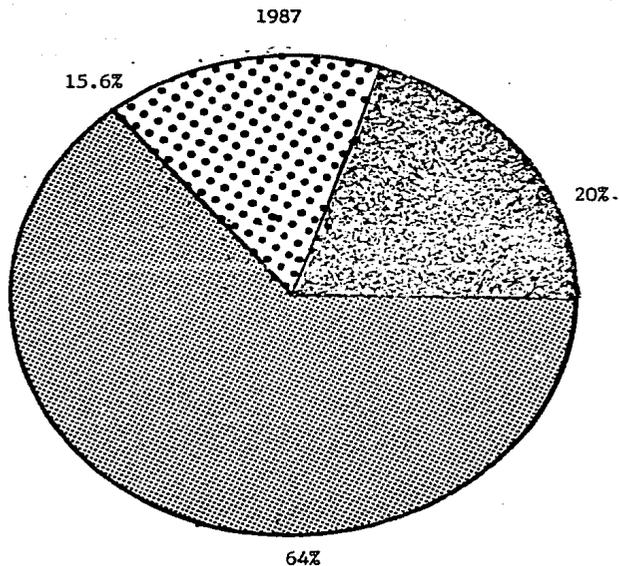
1987

OPCIONES	F.O	%
MAYORIA DE LAS VECES	14	15.6
RARAS VECES	18	20.0
NUNCA	58	64.4
TOTAL	90	100.0

FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No.1

GRAFICA No. 23

ALUMNOS QUE UTILIZARON LENGUAJE TECNICO EN LA COMUNIDA



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: LA GRAFICA MUESTRA QUE LA MAYORIA DE LAS VECES LOS ALUMNOS UTILIZARON LENGUAJE TECNICO EN UN 15.6% RARAS VECES EN UN 20% NUNCA EN UN 64.4%.

CUADRO No. 24

ALUMNOS QUE DESEAN SE CUENTE CON UM MANUAL DE ENFERMERIA COMUNITARIA

1987

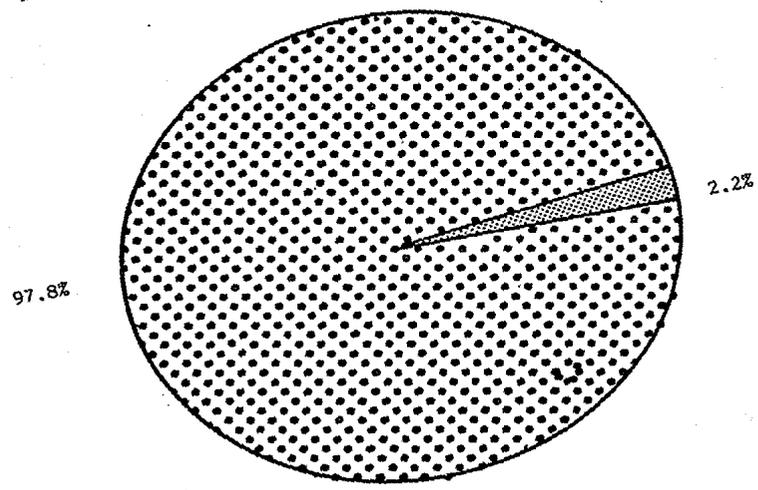
OPCIONES	F.O.	%
MAYORIA DE LAS VECES	88	97.8
RARAS VECES	2	2.2
NUNCA	0	0
TOTAL	90	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 24

ALUMNOS QUE DESEAN SE CUENTE CON UN MANUAL DE ENFERMERIA COMUNITARIA

1987



FUENTE: LA MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 97.8% DE LOS ALUMNOS MANIFESTO LA NECESIDAD DE CONTAR CON UN MANUAL DE ENFERMERIA COMUNITARIA PARA REALIZAR SUS PRACTICAS DE CAMPO CON SEGURIDAD

4.4. COMPROBACION DE HIPOTESIS.

El análisis propuesto para esta investigación es - una prueba de coeficiente de correlación de Pearson, con un coeficiente de .05 de confiabilidad, a continuación se presenta:

TABLA MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS

	X	X ²	Y	Y ²	XY
1	1	1	5	25	5
2	80	6400	67	4489	5360
3	3	289	25	625	425
4	78	6084	30	900	2340
5	82	6724	68	4624	5576
6	7	49	51	2601	357
7	80	6400	25	625	2000
8	78	6084	64	4096	4992
9	79	6241	30	900	2370
10	72	5184	9	81	648
11	71	5041	14	196	994
12	70	4900	80	6400	5600
TOTAL	715	53397	468	25562	30667

Que utilizando la fórmula de Pearson:

$$r = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(N\sum X^2 - (\sum X)^2)(N\sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Y aplicando a los datos obtenidos:

$$r = \frac{90(30667) - (715)(468)}{\sqrt{90(53397) - (715)^2(90(25562) - (463)^2)}}$$

$$r = \frac{2760030 - 334620}{\sqrt{(4805730 - 511225)(2300580 - 219024)}}$$

$$r = \frac{2425410}{\sqrt{4294505 \times 2081556}}$$

$$r = \frac{2425410}{\sqrt{8.9392526512}}$$

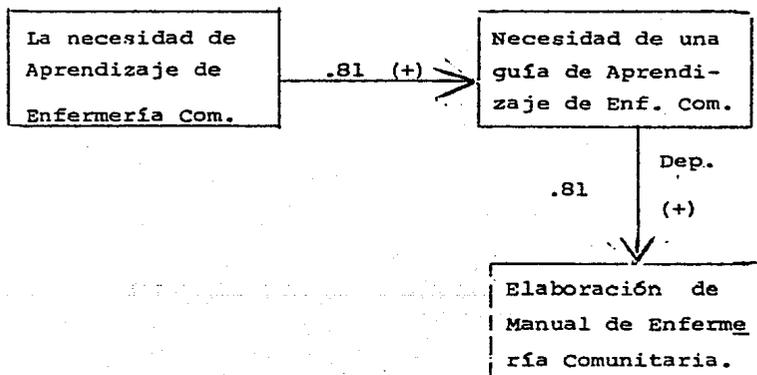
$$r = \frac{24\ 25\ 410}{29\ 89\ 858}$$

Da como resultado una correlación fuertemente positiva

de: $Y = .81$ con $.05$ de confiabilidad

Por tanto:

Se considera que:



Se comprueba el modelo de relación causal de las variables independiente y dependiente.

4.5. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

En este apartado se analizan los datos y se interpretan los resultados obtenidos para encontrar el significado de las respuestas obtenidas.

En el cuadro número uno, se observa que los alumnos cumplieron con la práctica, lo que significa que raras veces faltaron. Esto podría interpretarse que asistir a la práctica - resulta de interés para ellos.

En el cuadro número dos, se puede ver que en su mayoría - los alumnos llegaron a la práctica a la hora indicada, lo que significa que raras veces llegaron tarde, podemos interpretar que los alumnos que llegaron tarde, no pudieron cumplir con el plan de trabajo.

El siguiente cuadro número tres, muestra que la mayoría de las veces los alumnos preguntaron al maestro sus dudas, esto significa que si contaron con una guía de aprendizaje, ellos podrían resolver sus dudas sin la ayuda del maestro.

El cuadro número cuatro, demuestra que la mayoría de las veces los alumnos realizaron sus observaciones, pero hay estudiantes que nunca las hicieron, probablemente por ser el primer contacto del alumno con la comunidad, no es fácil, se re-

quiere de un apoyo teórico-práctico, que lo encauce en el trabajo de campo.

El siguiente cuadro, el cinco, se puede observar que la mayoría de las veces los alumnos cumplieron llevándose el material para realizar la práctica, hay alumnos que nunca lo llevaron, podemos interpretar que ellos no supieron como elaborarlo, o por desconocer la importancia del mismo.

El cuadro siguiente, indica que la mayoría de las veces los alumnos redactaron el informe diario, hay alumnos que nunca lo hicieron, esto se puede interpretar que faltó una demostración para su elaboración, o bien en el manual de Enfermería Comunitaria se indica como elaborarlo.

El cuadro número siete, se refiere al número de alumnos que participaron en el trabajo grupal, y la mayoría de las veces destacó su participación, hay alumnos que nunca cooperaron probablemente por falta de comprensión del trabajo comunitario, por la falta de una guía de aprendizaje llamada Manual de Enfermería Comunitaria.

El cuadro siguiente explica, que en su mayoría los alumnos realizaron procedimientos en la comunidad, sin embargo, hay estudiantes que nunca los realizó, podemos deducir, que esos -

estudiantes no tienen seguridad en sus conocimientos, para -- realizar los procedimientos. Si contaran con un Manual de procedimientos todos los alumnos hubieran estado en condiciones de realizarlos.

El cuadro número nueve, demuestra que la mayoría de los alumnos fueron aceptados por la comunidad, hay estudiantes que nunca lo lograron, esto se puede interpretar que para realizar trabajo comunitario, se requiere de conocimientos teórico-prácticos para proyectarlos a la comunidad y una guía que dé apoyo en la realización de estos procedimientos.

El siguiente cuadro, demuestra que en la mayoría de - las veces los alumnos se identificaron con la comunidad, también hay estudiantes que nunca lo lograron, significando que esos estudiantes, no supieron explicar a la comunidad los objetivos de su práctica.

El cuadro siguiente, indica que en la mayoría de las veces, los alumnos lograron los objetivos planeados para la práctica, y por tanto la orientación de los maestros fué muy buena sin embargo, hay alumnos que nunca lograron los objetivos, -- probablemente porque desconocían los objetivos planeados para cada una de las funciones realizadas.

El cuadro número doce, demuestra que la mayoría de las veces los alumnos participaron activamente con el grupo, también hay alumnos que nunca participaron, esto se puede interpretar que dichos estudiantes tienen necesidad de aprendizaje para poder participar activamente con el grupo, por ello se necesita que los alumnos cuenten con el Manual de Procedimientos de Enfermería Comunitaria.

El siguiente cuadro estadístico, se observa que la mayoría de las veces los alumnos realizaron técnicas en la comunidad, hay alumnos que manifestaron inseguridad en sus conocimientos por ello no realizaron las técnicas señaladas en la práctica, esto se puede solucionar si les proporcionamos un Manual de Procedimientos.

El cuadro número catorce, confirma que la mayoría de los alumnos supieron orientar a la comunidad, sin embargo, el 5.6.% de los estudiantes no lo lograron, esto se puede interpretar que dichos alumnos les faltó seguridad en sus conocimientos para poderlos transferir a la comunidad.

Los datos que se presentan en el cuadro número dieciseis, confirman que la mayoría de los estudiantes utilizaron apoyos gráficos del Centro comunitario de Salud para la atención

de la comunidad, también hay alumnos que nunca utilizaron, la interpretación de estos datos sirven para apoyar el comentario del cuadro anterior.

El siguiente cuadro señala la seguridad que la mayoría de los estudiantes demostró al abordar a la comunidad, sin embargo, hay alumnos que nunca lo pudieron realizar, esto se interpreta que para abordar a la comunidad se requiere de conocimientos teórico-prácticos, que le den al alumnos confianza en si mismos y puedan abordar a la comunidad.

El siguiente cuadro, el número dieciocho, señala que la mayoría de las veces los estudiantes, se mostraron pasivos en la participación grupal, por lo tanto podemos deducir que la inseguridad en los procedimientos se traduce en una actitud pasiva del estudiante ante el trabajo grupal.

El cuadro número diecinueve, se puede complementar con los datos del cuadro anterior, se observa que el 27.9% de los estudiantes, la mayoría de las veces, demostraron inseguridad en el trabajo comunitario, esto confirma la necesidad de contar con una guía de aprendizaje que oriente todas las acciones de los alumnos en su trabajo de comunidad.

Con el cuadro número veinte, que la mayoría de los alumnos no sabía redactar el informe final, esto se puede interpretar como falta de conceptos y definiciones operativas propias del trabajo comunitario, si los estudiantes contaran con un Manual que les informará como elaborar ese informe, todos hubieran estado en posibilidad de elaborar el informe final.

El cuadro número veintinno, señala que la mayoría de las veces los alumnos tuvieron dificultades para el logro de los objetivos, esto se puede interpretar como: desconocimiento de los objetivos de la práctica y falta de fundamentación de los mismos, esto se puede resolver con un manual de Enfermería Comunitaria.

El siguiente cuadro, señala que la mayoría de los estudiantes realizaron educación para la salud, también se observa que hay alumnos que nunca lo hicieron, lo anterior repercute que dichos alumnos no tuvieron seguridad para abordar a la comunidad, la seguridad la encontrarán en el manual de Enfermería Comunitaria.

Con el cuadro siguiente se demuestra que la mayoría de los estudiantes no utilizaron lenguaje técnico al realizar su educación en comunidad, además se observa que hay alumnos que si utilizaron lenguaje técnico, seguramente estos estudiantes

diantes no supieron traducir el lenguaje técnico por lenguaje común y corriente que la comunidad pueda comprender y acepte colaborar.

En el último cuadro, se demuestra que los alumnos en la mayoría de las veces al entrevistar y trabajar con la comunidad, manifestaron la necesidad de contar con una guía que los oriente paso a paso en su trabajo comunitario, además que les ayude a resolver todos los problemas encontrados y sientan la satisfacción de haber contribuido en el mejoramiento de la comunidad trabajada.

5.- PROPUESTA DE UN MANUAL DE ENFERMERIA COMUNITARIA.

INTRODUCCION.

5.1. ANTECEDENTES.

5.1.1. Organización

5.1.1.1. Jurisdicción Sanitaria

5.1.1.2. Funciones generales.

5.1.2. Centros Comunitarios de salud.

5.1.2.1. Medicina general familiar

5.1.2.2. Objetivos de la medicina general
familiar.

5.2. ORGANIZACION DE UN CENTRO COMUNITARIO DE SALUD TIPO III-A.

5.2.1. Justificación

5.2.2. Objetivos

5.2.3. Filosofía

5.2.4. Organización

5.2.4.1. Estructura

5.2.4.2. Funciones generales

5.2.4.3. Servicios que proporciona

5.2.4.4. Servicios sustantivos

5.2.4.5. Paramédicos y auxiliares de diagnóstico.

5.2.4.6. Servicios de apoyo logístico.

5.2.4.7. Requisitos de admisión.

5.2.5. DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.

5.2.5.1. Concepto.

5.2.5.2. Objetivos

5.2.5.3. Funciones del departamento

5.2.5.4. Personal de enfermería

5.2.5.5. Funciones de la jefe de enfermeras.

5.2.5.6. Funciones de las supervisoras

5.2.5.7. Enfermera de campo.

5.2.5.8. Enfermera de clínica.

5.2.5.9. Enfermera de curaciones y vacunas,

5.2.5.10 Enfermera de central de equipos y esterilización.

5.2.5.11 Ubicación de enfermería.

5.2.5.12 Organigrama de enfermería.

5.2.5.13. Planta física

5.3. ESTUDIO DE COMUNIDAD.

5.3.1. Elementos de la comunidad.

5.3.2. Concepto de comunidad

5.3.3. Desarrollo de la comunidad.

5.3.4. Estudio de comunidad.

5.3.4.1. Investigación bibliográfica o indirecta.

5.3.4.2. Investigación directa

5.3.4.3. Entrevista

5.3.4.4. Personas claves de la comunidad.

5.3.4.5. Métodos e instrumentos de recolección.

5.3.4.6. Procesamiento de datos.

5.3.4.7. Análisis e interpretación de resultados.

5.3.4.8. Diagnóstico de la comunidad.

5.3.5 PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA COMUNIDAD.

5.3.5.1. Según su ámbito geográfico.

5.3.5.2. Según el alcance de sus objetivos.

5.3.5.2.1. Para resolver problemas

5.3.5.2.2. Programas generales.

5.3.5.3. Según la zona en que se realiza.

5.3.5.3.1. Según su origen

5.3.5.3.2. Programas gubernamentales

5.3.5.3.3. Programas comunales

5.4. GENERALIDADES DEL TRABAJO DE SECTOR.

5.4.1. Concepto.

5.4.2. Sectorización

5.4.3. Sector

5.4.4. Objetivos

5.4.5. Actividades

5.5. ORGANIZACION Y TRABAJO DE GRUPO.

5.5.1. Generalidades

5.5.2. Objetivos

5.5.3. Lineamientos para la organización de grupos.

5.5.3.1. Técnicas más usadas

5.5.3.2. Plática

5.5.3.3. Demostración

5.5.3.4. Sociodrama

5.6. DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD.

5.6.1. Concepto

5.6.2. Objetivos

5.6.3. Dinámica del diagnóstico de salud.

5.6.4. Areas a cubrir para realizar el diagnóstico:

5.6.5. La sistematización para el diagnóstico de las áreas.

5.6.6. Participación de la enfermera en el diagnóstico de salud.

5.6.6.1. Introducción

5.6.6.2. Objetivos

5.6.7. Guía para la elaboración del diagnóstico de salud.

5.7. TECNICAS DE ENFERMERIA.

5.7.1. Entrevista.

5.7.1.1. Concepto.

5.7.1.2. Objetivos

5.7.1.3. Estrategia

5.7.1.4. Técnica

5.7.2. ESTUDIO DE CASO (FAMILIA)

5.7.2.1. Concepto

5.7.2.2. Objetivos

5.7.2.3. Generalidades

5.7.2.4. Guía para el estudio del grupo familiar

5.7.2.5. Diagnóstico de enfermería

5.7.2.6. Atención domiciliaria.

5.7.3. TECNICA DE LA VISITA DOMICILIARIA

5.7.3.1. Concepto.

5.7.3.2. Objetivos

5.7.3.3. Estrategias

5.7.3.4. Planeación

5.7.3.5. Ejecución

5.7.3.6. Informe

5.7.3.7. Utilización

5.7.4. TECNICA BASICA DE MALETIN.

5.7.4.1. Concepto

5.7.4.2. Objetivos

5.7.4.3. Características del maletín

5.7.4.4. Principios para su manejo.

5.7.4.5. Manejo del maletín

5.7.4.6. Contenido del maletín

5.7.4.7. Técnica

5.7.5. TECNICA DE LA VISITA DOMICILIARIA EN CASO PRENATAL.

5.7.5.1. Concepto.

5.7.5.2. Objetivos

5.7.5.3. Generalidades

5.7.5.4. Procedimientos

5.7.5.5. Guía para el interrogatorio de la embarazada.

5.7.5.6. Revisión de la embarazada

5.7.5.7. Contenido educativo

5.7.5.8. Informe

5.7.6. TECNICA DE LA VISITA EN EL CASO DE PUERPERIO Y RECIEN NACIDO.

5.7.6.1. Concepto.

5.7.6.2. Objetivos

5.7.6.3. Generalidades

5.7.6.4. Procedimiento

5.7.6.5. Revisión de la madre.

5.7.6.6. Revisión del niño

5.7.6.7. Contenido educativo

5.7.6.8. Informe

5.7.7. TECNICA DE BAÑO DEL NIÑO.

5.7.7.1. Concepto

5.7.7.2. Objetivos

5.7.7.3. Recomendaciones

5.7.7.4. Equipo

5.7.7.5. Procedimientos

5.7.7.6. Contenido educativo

5.7.8. ALIMENTACION AL SENO MATERNO.

5.7.8.1. Objetivos

5.7.8.2. Generalidades

5.7.8.3. Equipo

5.7.8.4. Procedimientos

5.7.8.5. Contenido educativo.

5.7.9. ALIMENTACION DE BIBERON.

- 5.7.9.1. Objetivos
- 5.7.9.2. Generalidades
- 5.7.9.3. Equipo
- 5.7.9.4. Procedimiento
- 5.7.9.5. Contenido educativo.

5.7.10. LECHE DE VACA.

- 5.7.10.1. Leche homogeneizada
- 5.7.10.2. Leche pasteurizada
- 5.7.10.3. Leche evaporada
- 5.7.10.4. Leche condensada
- 5.7.10.5. Leche en polvo
 - 5.7.10.5.1. Entera
 - 5.7.10.5.2. Semidescremada
 - 5.7.10.5.3. Acida y fermentada
 - 5.7.10.5.4. Maternizada
 - 5.7.10.5.5. Descremada.

5.7.11. TECNICA DE PREPARACION DE BIBERONES.

- 5.7.11.1. Equipo
- 5.7.11.2. Procedimiento

5.7.12. TECNICA DE LA VISITA DOMICILIARIA EN EL CASO DE LACTANTE MAYOR Y/O INFANTIL.

- 5.7.12.1. Objetivos.

5.7.12.2. Generalidades

5.7.12.3. Revisión del niño

5.7.12.4. Contenido educativo.

5.7.12.5. Informe

5.7.13. TECNICA DE TOMA DE TEMPERATURA AXILAR.

5.7.13.1. Concepto.

5.7.13.2. Preparación psíquica y física.

5.7.13.3. Procedimiento.

5.7.14. TECNICA DE TOMA DE TEMPRATURA CON TIRA TERMICA

5.7.14.1. Concepto.

5.7.14.2. Preparación

5.7.14.3. Procedimiento.

5.7.15. TECNICA DE LAVADO DE MANOS.

5.7.15.1. Concepto.

5.7.15.2. Procedimiento.

5.7.16. TECNICA DE LA VISITA EN CASO PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR.

5.7.16.1. Generalidades

5.7.16.2. Objetivo

5.7.16.3. Contenido educativo.

5.7.17. TECNICA DE LA VISITA EN CASO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

5.7.17.1. Objetivo

5.7.17.2. Procedimientos

5.7.17.3. Equipo

5.7.17.4. Contenido educativo.

5.7.18. VACUNACION

5.7.18.1 Objetivos

5.7.18.2. Metodología

5.7.18.3. Organización de una clínica de vacunación

5.7.18.4. Vacunación casa a casa

5.7.18.5. Visita domiciliaria para aplicación de productos.

5.7.18.6. Identificación de biológicos

5.7.18.7. Precauciones generales en el manejo de biológicos.

5.8. VACUNACION

5.8.1. 1. Objetivos

5.8.1. 2. Metodología

5.8.1. 3. Organización de una clínica de vacunación.

5.8.1. 4. Vacunación casa a casa

5.8.1. 5. Visita domiciliaria para aplicación de proctos.

5.8.1. 6. Identificación de biológicos.

5.8.1. 7. Precauciones generales en el manejo de biológicos.

5.8.2. VACUNACION ANTIPOLIOMIELITICA.

5.8.2.1. Generalidades de la enfermedad.

5.8.2.2. Objetivos

5.8.2.3. Presentación del biológico

5.8.2.4. Manejo y conservación

5.8.2.5. Indicaciones

5.8.2.6. Contraindicaciones

5.8.2.7. Dosis y vía de aplicación

5.8.2.8. Equipo

5.8.2.9. Técnica

5.8.2.10. Recomendaciones.

5.8.3. VACUNACION D.P.T.

5.8.3.1. Generalidades de la enfermedad.

5.8.3.1.1. Difteria

5.8.3.1.2. Tosferina

5.8.3.1.3. Tétanos

5.8.3.2. Objetivos

5.8.3.3. Manejo y conservación

5.8.3.4. Indicaciones

5.8.3.5. Contraindicaciones

5.8.3.6. Dosis y sitio de aplicación

5.8.3.7. Equipo

5.8.3.8. Técnica

5.8.3.9. Recomendaciones.

5.8.4. VACUNA ANTISARAMPION

5.8.4.1. Generalidades de la enfermedad.

5.8.4.2. Objetivo

5.8.4.3. Presentación del producto.

5.8.4.4. Manejo y conservación

5.8.4.5. Indicaciones

5.8.4.6. Contraindicaciones

5.8.4.7. Dosis, vía de aplicación

5.8.4.8. Equipo

5.8.4.9. Técnica

5.8.4.10 Recomendaciones.

5.8.5. VACUNA B.C.G.

5.8.5.1. Generalidades de la enfermedad.

5.8.5.2. Objetivo

5.8.5.3. Presentación del producto.

5.8.5.4. Manejo y conservación

5.8.5.5. Indicaciones

5.8.5.6. Contraindicaciones

5.8.5.7. Dosis y vía de aplicación

5.8.5.8. Equipo.

5.8.5.9. Reconstrucción de la vacuna.

5.8.5.10 Técnica

5.8.5.11. Reacciones post-vacuna

5.8.5.12. Recomendaciones.

5.8.6. VACUNA ANTITIFOIDICA.

5.8.6.1. Generalidades de la enfermedad.

5.8.6.2. Objetivos

5.8.6.3. Presentación del producto.

5.8.6.4. Manejo y conservación

5.8.6.5. Indicaciones

5.8.6.6. Contraindicaciones

5.8.6.7. Dosis y vía de aplicación

5.8.6.8. Equipo

5.8.6.9. Técnica

5.8.6.10 Reacciones post-vacuna

5.8.6.11 Recomendaciones.

5.8.7. TOXOIDE TETANICO.

5.8.7.1. Objetivos

5.8.7.2. Presentación del producto.

5.8.7.3. Manejo y conservación

5.8.7.4. Indicaciones

5.8.7.5. Contraindicaciones

5.8.7.6. Dosis y vía de aplicación

5.8.7.7. Equipo

5.8.7.8. Técnica

5.8.7.9. Reacciones post-vacunas

5.8.7.10 Recomendaciones.

5.8.8. APLICACION DE P.P.D.

5.8.8.1 Objetivo

5.8.8.2. Presentación del producto.

5.8.8.3. Manejo y conservación

5.8.8.4. Indicaciones.

5.8.8.5. Contraindicaciones

5.8.8.6. Dosis y vía de aplicación

5.8.8.7. Equipo

5.8.8.8. Lectura e interpretación

5.8.8.9. Recomendaciones

5.8.8.10 Medidas de control del producto.

5.8.9. TECNICA PARA EL MANEJO DEL TERNO.

5.8.9.1. Concepto.

5.8.9.2. Equipo

5.8.9.3. Preparación del terno.

5.8.9.4. Procedimientos

5.8.10. CARTILLA NACIONAL DE VACUNACION**5.8.10.1. Concepto.****5.8.10.2. Objetivo****5.8.10.3. Portada****5.8.10.4. Contraportada****5.8.10.5. Talonario****5.9. PROGRAMAS VIGENTES EN EL CENTRO DE SALUD.****5.9.1. Planificación familiar.****5.9.1.1. Objetivos****5.9.1.2. Actividades****5.9.2. NUTRICION****5.9.2.1. Objetivos****5.9.2.2. Actividades****5.9.3. Prevención y tratamiento de la tuberculosis****5.9.3.1. Prevención****5.9.3.2. Diagnóstico****5.9.3.3. Tratamiento****5.9.3.4. Actividades****5.9.4. FIEBRE REUMATICA****5.9.4.1. Objetivos****5.9.4.2. Tratamiento****5.9.4.3. Actividades**

5.9.5. ENFERMEDADES VENEREAS.**5.9.5.1. Objetivos****5.9.5.2. Tratamiento****5.9.5.3. Actividades****5.9.6. DETECCION DE ENFERMEDADES CRONICAS.****5.9.6.1 Cáncer cérvico y mamario****5.9.6.1.1. Objetivos****5.9.6.1.2. Tratamiento****5.9.6.1.3. Actividades****5.9.6.2. Diabetes mellitus****5.9.6.2.1. Objetivos****5.9.6.2.2. Tratamiento****5.9.6.2.3. Control****5.9.6.2.4. Actividades****5.9.6.3. Hipertensión arterial****5.9.6.3.1. Objetivos****5.9.6.3.2. Control****5.9.6.3.3. Actividades.****5.9.7.4. TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA RABIA HUMANA.****5.9.7.4.1. Referente al animal****5.9.7.4.2. Referente al individuo**

5.9.7.3. Esquema de vacunación;

5.9.8. Desertores de tratamiento y control.

5.9.8.1. Objetivos

5.9.8.2. Contenido educativo

5.9.8.3. Informe

5.9.9. Saneamiento ambiental.

5.9.9.1. Objetivos

5.9.9.2. Contenido educativo

5.9.9.3. Agua potable

5.9.9.4. Alimentos

5.9.9.5. Disposición de excretas.

5.9.9.6. Basura

5.9.9.7. Vivienda

5.9.9.8. Fauna transmisora

6.- CONCLUSIONES.

Después del análisis de las respuestas emitidas por los alumnos encuestados, se concluyen los siguientes puntos:

- Se identificaron las necesidades de aprendizaje de los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en la asignatura de Introducción a la Salud Pública, y se concluye que es necesaria la elaboración de un Manual de Procedimientos de Enfermería Comunitaria.
- El desarrollo del Marco teórico, contiene la fundamentación teórica de la Salud Pública y proporciona los conocimientos científicos que sirven de base en el desarrollo de las funciones y actividades de Enfermería Comunitaria, todo este contenido se presenta en el Manual que servirá de guía para el desarrollo de las prácticas en comunidad.
- En cuanto a la hipótesis propuesta en el desarrollo de la investigación y que dice: la necesidad de aprendizaje de Enfermería Comunitaria, de los alumnos de la carrera de Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obs

tetricia en la Asignatura de Introducción a la Salud Pública, se soluciona con la elaboración de un Manual de Procedimientos de Enfermería Comunitaria. La hipótesis se comprobó mediante la aplicación de cuestionarios y al analizar las respuestas de los alumnos encuestados emiten como respuestas la elaboración del manual.

- El trabajo de comunidad requiere de decisión y conocimientos que pueden ser diferidos a la comunidad, para ello se requiere de un instrumento de trabajo para que el aprendizaje de los alumnos se proyecte a la comunidad, este instrumento de el Manual de Procedimientos de Enfermería Comunitaria.
- Para que el estudiante de la carrera de Enfermería y de licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, puedan realizar sus prácticas en la comunidad, se hace necesario contar con un apoyo teórico-práctico que encauce al estudiante en el trabajo de comunidad y al mismo tiempo se encuentre en posibilidades de orientar al individuo y su familia en todos los problemas relacionados con la salud.
- Metodológicamente también se comprobó la hipótesis general propuesta, mediante la prueba de coeficiente de correlación

de Pearson dando como resultado .81 de confiabilidad. Por lo tanto para mejorar la necesidad de aprendizaje de los estudiantes en la Asignatura de Introducción a la Salud Pública se debe elaborar el Manual de Procedimientos de Enfermería Comunitaria.

- La falta de conceptos y definiciones operativas propias de la Salud Pública, impidió a los alumnos la elaboración del informe final sin la ayuda del maestro, referente a las -- prácticas de campo, esas carencias demostradas, se solucionan con el contenido del glosario de términos.

- La Bibliografía propuesta en el manual, son referencias que los alumnos pueden consultar para aumentar su acervo de conocimientos, relacionados con la salud Pública.

7.- APENDICES.

CUESTIONARIO PROPUESTO PARA LA INVESTIGACION

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

Identificar las necesidades de aprendizaje de los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, en la asignatura Introducción a la Salud Pública, que permite un Manual de Enfermería Comunitaria.

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO:

Obtener datos que permita comprobar la necesidad de elaborar un Manual de Enfermería Comunitaria, para los alumnos de la E.N.E.O.

- 1.- Cada una de las preguntas tienen tres posibilidades de respuesta que son: la mayoría de las veces, raras veces y nunca, coloca un signo positivo en el cuadrado que selecciones como la contestación correcta.
- 2.- Como es una encuesta confidencial no se requiere el nombre, solamente el nivel de la carrera que cursas.
- 3.- Puede llenarse a lápiz o con tinta.

GRACIAS POR TU COLABORACION

ESTE CUESTIONARIO ESTA DIRIGIDO A LOS ALUMNOS QUE CURSARON
LA ASIGNATURA DE INTRODUCCION A LA SALUD PUBLICA.

NIVEL _____

	Mayoría de las veces	Raras veces	Nunca
1.-¿Faltaste a las prácticas de campo en Comunidad?			
2.-¿Llegaste a la práctica a -- tiempo?			
3.-¿Preguntaste al maestro tus - dudas?			
4.-¿Te diste cuenta de los puntos relevantes observables?			
5.-¿Cumpliste con el material - para la práctica de campo?			
6.-¿ Supiste redactar el informe del trabajo?			
7.-¿cooperaste con tu equipo en la realización del trabajo grupal?			
8.-¿Realizaste procedimientos en comunidad? (entrevista, visita domiciliar).			
9.-¿Crees que fuiste aceptado por la comunidad?			

- 20.-¿ Supiste redactar el informe final?
- 21.-¿Tuviste dificultad en el logro de los objetivos?
- 22.-¿Supiste realizar las técnicas en la comunidad? (Educa-
ción para la Salud).
- 23.-¿ Utilizaste el lenguaje difícil de entender por la comunidad?
- 24.-¿Crees que contar con un Manual de Prácticas de Enfermería Comunitaria, mejorará tu práctica de campo?

Mayoría de las veces	Raras veces	Nunca

México, D.F. Mayo 26 de 1987.

ELABORADO POR:

MARIA DEL CARMEN HERRERA MARTINEZ

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA:

CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

8.- GLOSARIO DE TERMINOS.**A.-**

ABCESO: Acumulación localizada de material purulento, generalmente es necesario drenar.

ABLACTACION:

Supresión de la lactancia, destete, administración de otros alimentos.

AGENTE INFECCIOSO:

Microorganismo que es capaz de producir infección.

AISLAMIENTO:

Separación de las personas infectadas, durante el período de transmisibilidad, en lugares y bajo condiciones que eviten la transmisión del agente infeccioso.

ANTICUERPO:

Substancia específica de la sangre y líquidos de los animales inmunes, producida como reacción a la introducción de un antígeno y que ejerce una acción antagónica específica, es el agente de la inmunidad adquirida.

- ANTIGENO:** Término general para toda sustancia que introducida en el organismo provoca la formación de anticuerpos.
- ANTIPIRETICO:** Medicamento que se emplea para bajar la hipertermia, generalmente en los niños.
- ANTISEPTICO:** Sustancia que destruye, impide o inhibe la reproducción de microorganismos, como el iodine, tintura de banzalconia.
- ANTISEPSIA:** Conjunto de procedimientos o prácticas encomendadas a evitar al máximo la reproducción, diseminación y transmisión de microorganismos.
- ASEPSIA:** Ausencia de material séptico; estado libre de infección.

B

- BIOLOGICO:** Compuesto medicinal, preparado a base de organismos vivos, incluye, sueros, vacunas, antígenos y antitoxinas.

C

- ANALIZAR:** Orientar hacia una dirección, canalizar a un enfermo a otro nivel de atención.

CONTACTO: Individuo u objeto expuesto con un infectado y es capaz de transmitir una infección.

CONTAGIO: Literalmente, la transmisión de infecciones, por contacto indirecto o directo, incluye la diseminación en el aire, y la transmisión por fomites.

CONTAMINACION: Es la presencia de un agente infeccioso en la superficie del cuerpo, objetos substancias y alimentos.

D.

DESINFECCION: Es la destrucción de los agentes patógenos fuera del organismo con substancias o medios físicos aplicados directamente.

DESINFECCION CONCURRENTE:

Desinfección que se realiza inmediatamente después de la expulsión de la materia infecciosa del cuerpo de una persona infectada, se realizan diariamente.

DESINFECCION TERMINAL:

Medidas tomadas para destruir bacterias en un á-

rea, cuando el enfermo la abandona, y dicho enfermo padecía una enfermedad transmisible.

DESINFECTANTE: Substancia que se emplea para destruir o neutralizar los agentes infecciosos en el medio ambiente, superficies y objetos; no es aplicable.

E

ENFERMEDAD: Estado de disfunción que se manifiesta subjetiva u objetivamente, por signos y síntomas.

ENFERMEDAD TRANSMISIBLE:

Enfermedad causada por un agente infeccioso específico o por sus productos tóxicos, su transmisión puede ser de un reservorio al huésped susceptible.

EPIDEMIA: Término para referirse a la existencia de una serie de casos de padecimientos transmisibles - cuyo número excede la frecuencia normal y que deriva de una fuente común, propagándose por diseminación.

ERITEMA: Enrojecimiento difuso o manchas en la piel, producido por la congestión de los capilares, que

desaparece momentáneamente con la presión.

ETIOLOGIA: Causa, origen de una enfermedad, el término se aplica a un padecimiento transmisible.

F

FOMITES: Artículos personales íntimos, contaminados por el ~~enfermo~~ infeccioso: tales como pañuelos, - loza, ropa, juguetes.

H

HACINAMIENTO: Amontonar, acumular, amontonar el término se refiere cuando en una habitación vive mucha gente.

HOMOGENEIZAR: Hacer una mezcla uniforme de una substancia, medicamento o producto biológico.

I

INCIDENCIA: Número de nuevos casos de una enfermedad, generalmente transmisible en un espacio de tiempo.

INFECCION: Es todo de un organismo que se encuentra bajo la influencia de las toxinas producidas por -

bacterias, hongos o cualquier agente patógeno.

INSTRUMENTO: Aparato, utensilio, o herramienta para realizar el trabajo diario.

M

MICROORGANISMOS: Gérmen generalmente patógeno, que puede verse únicamente con microscopio.

MORTALIDAD: Número de muertes ocurridas en una población en un período determinado, y puede ser: general, infantil o bien específica.

MORBILIDAD: Número de enfermos de un solo padecimiento, en una población y en un tiempo determinado, pueden ser transmisibles y no transmisibles.

P

PARASITO: Organismo animal o vegetal, que vive a expensas de otro, dentro o fuera de él.

PATOGENICIDAD: Dícese de la facultad de los microorganismos de provocar enfermedades en individuos susceptibles.

PATOGENO: Agente generalmente infeccioso, capaz de causar enfermedad en un huésped susceptible.

PERIODO DE INCUBACION:

Intervalo entre la exposición efectiva al agente infeccioso y al inicio de la enfermedad.

PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD:

Tiempo durante el cual un paciente con una enfermedad transmisible, es una fuente de infección.

PORTADOR:

Persona sana que alberga y excreta un agente infeccioso, por un tiempo indefinido.

POTABLE:

Término que se aplica al agua, indicando que puede servir para la ingestión de las personas.

PROMISCUIDAD:

Vida conjunta y heterogénea de personas de sexos diferentes, en condiciones diversas, - también se aplica a las personas que vienen juntas y son de diferente nacionalidad.

S

SANEAMIENTO AMBIENTAL: Mejorar las condiciones sanitarias del medio inmediato que nos rodea, creando condiciones ecológicas que favorezcan la salud.

SECUELA: Lesión, parcial o total, temporal o permanente, consecutiva a un padecimiento, más o menos grave, accidentes y quemaduras.

SINTOMA: Fenómeno revelador de una enfermedad, se refiere a las molestias que manifiestan los enfermos.

V

VACUNA: Preparación de origen biológico, que introducida en el organismo, provoca en éste la inmunidad adquirida en forma activa.

VACUNACION: Acción de vacunar, procedimiento propio de la prevención específica.

VECTOR: El vehículo por medio del cual se transporta de un huésped a otro, un agente infeccioso.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

ABURTO GALVAN, César. Elemento de Bioestadística. Ed. Addison-Wesley. Iberoamericana, S.A. 1a. ed. México 1986. p. 225

ANDER EGG, Ezequiel. Desarrollo de la Comunidad. Ed. Humanitas. 2a. ed. Argentina, 1981. 192 p.

BALSEIRO ALMARIO, Lasty. Departamento de Enfermería. Planeación de Actividades y Métodos de trabajo. México, impresión de la E.N.E.O.. México, 1983. 48.pp.

----- Dinámica Administrativa de la Etapa de la Organización. Impresión de la E.N.E.O.. México, 1985. 50 pp.

BENSON C., Ralph. et. al. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétrico. Ed. El Manual Moderno. 1a. ed. México, 1979. 1080 pp.

BUSTOS CASTRO, René. et. al. Administración en Salud. Ed. Francisco Méndez Otero. 2a. ed. México, 1983. 342 pp.

CANTU SANCHEZ, Arturo. Necesidades esenciales en México. Ed. Siglo Veintiuno. 2a. ed. México, 1983. 446 pp.

CERVANTES GARCIA, Luis. et. al. Medicina Preventiva. Ed. Francisco Méndez Otero. 1a. ed. México, 1983. 339 pp.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. Plan de Estudios de la carrera de Enfermería y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. México, 1978. 377 pp.

ESPINOSA Y DE LEON, Victor Manuel. Prevención para la Salud. Ed. Francisco Méndez Otero. 1a. ed. México, 1983. 133 pp.

FOX P. Jhon. Epidemiología el Hombre y la Enfermedad. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 2a. reimpresión. México 1984. 371 pp.

FUERST V., Elimar. et al. Principios Fundamentales de Enfermería. La Prensa Médica Mexicana. 2a. ed. en español. traductora Esperanza Terres México, 1984 523 pp.

GONZALEZ SALDAÑA, Napoleón. et. al. Infectología Clínica. Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1984. 641 pp.

GRIFFITH V., Janet. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. El Manual Moderno. 1a. ed. en español traductora Carsolio P. Ma. del Rosario. México, 1986. 406 pp.

HANLON, J. , Jhon. Principios de Administración Sanitaria. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.-OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Publicación Científica No. 11 Washington 6, D.C. 20037 E.U.A. 1954, 590 pp.

HERRERA MARTINEZ, Ma. del Carmen. Apuntes de Enfermería Sanitaria. Elaborados para la asignatura de Enfermería Sanitaria mimeografiados. México, 1968. 75 pp.

HUERTA IBARRA, José. Organización lógica de las experiencias de Aprendizaje. Ed. Trillas. 4a. reimpresión. México, 1982. 175 pp.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Historia Natural de la Enfermedad. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE LOS SERVICIOS MEDICOS. México, 1983. 120 pp.

KEMPE C., Henry. et al. Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico. Ed. El Manual Moderno. 4a. ed. México, 1981. 1156 pp.

LEARY W., Kathleen. Enfermería y Salud Pública. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1968, 196 pp.

----- .et. al. Enfermería para la Salud de la Comunidad. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1ra. ed. en español. México, 1980. 445 pp.

LOPEZ ACUÑA, Leopoldo. La Salud Desigual en México. Ed. Siglo Veintinno, 4a. ed. México, 1983. 550 pp.

L. VERNE WOLFF, lewis. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla. 2a. ed. en español México, 1983. 650 pp.

MARGOTTA, Roberto. Historia de la Medicina. Ed. Organización - Novaro. 1a. ed. México, 1972. 304 pp.

MICHEL, Guillermo. et. al. El Mundo como Escuela, Manual para el aprendizaje autodirigido. Ed. Trillas 2a. ed. México, 1982. 154 pp.

MORRIS L., Bigger. Teorías del Aprendizaje para Maestros. Ed. Trillas. 9a. ed. México, 1986. 413 pp.

MORENO BAYARDO, Guadalupe. Didáctica Fundamental y Práctica. Ed. Progreso. 2a. ed. México, 1983. 90 pp.

MUSTARD S., Harry. Introducción a la Salud Pública. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 3a. ed. México, 1980. 304 pp.

NAVARRO, Margarita y SOSA, Esperanza. Evolución de la Enfermera de Salud Pública en los últimos Cincuenta años. Trabajo Presentado en el Primer Congreso de Salud Pública del 3 al 9 de Diciembre México, 10 pp.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD-OFICINA SANITARIA PANAMERICANA Educación para la Salud. Discurso Pronunciado en la IX, Conferencia, sobre educación para la Salud. Publicación Científica No. 360, Washington, D.C. 20037 E.U.A. 1976. 68 pp.

El papel de la Enfermera en la Atención Primaria a la Salud. - Publicación Científica No. 348. Washington, D. C. 20037. E.U.A. 1977. 25 pp.

Estrategias de Enseñanza-Aprendizaje en la Atención Primaria a la Salud. Publicación Científica No. 433 Washington, D.C. --- 20037 E.U.A. 1982. 150 pp.

PANZA GOMEZ, Margarita. et. al. Operatividad de la Didáctica. Ed. Gernika. Tomo No. 2. 1ra. ed. México, 1983. 312 pp.

SANCHEZ ROSADO, Manuel. Elementos de Salud Pública. Ed. Francisco Méndez Cervantes. 1a. ed. México, 1983. 312 pp.

SAN MARTIN, Hernán. Salud y Enfermedad. Ed. La Prensa Médica - Mexicana, 4a. ed. México, 1981. 892 pp.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Manual de Organización de la Dirección Jurisdiccional Sanitaria. SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA. DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA EN EL D.F. UNIDAD DE PROGRAMAS Y CONTROL. México, 1982. 150 pp.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Manual de Organización de los Módulos de Medicina General familiar en los Centros -- Comunitarios de Salud. DIRECTORA GENERAL DE SALUD PUBLICA EN EL D.F. México, 1981. 165 pp.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Cuaderno Técnico de -- Planeación. Vol. I, No. 6. PLAN NACIONAL DE SALUD. México, 1984-1988. 215 pp.

SECRETARIA DE SALUD. Vacunas Antisueros Hemoderivados. DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA EN EL D.F. GERENCIA GENERAL DE BIOLOGICOS Y REACTIVOS. México, 1985. 20 pp.

TINKHAN V., Catherine. Enfermería Social. Ed. Limusa. 1a. ed. México, 1981. 342 pp.

VFGA FRANCO, Leopoldo. Bases esenciales de la Salud Pública. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 6a. reimpresión. México, 1982. 99 pp.

VILLARREAL CANSECO, Tomás. Didáctica General. Ed. SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA. INSTITUTO FEDERAL DE CAPACITACION DEL -- MAGISTERIO. Libro No. 49. México, 1986. 150 pp.

VILLE A., Claude. Biología. Ed. Interamericana. 7a. ed. México 1982. 801 pp.