

20
2y.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA ENSEÑANZA DE LA PRACTICA COMUNITARIA EN EL PREGRADO DE LA ENEO - UNAM 1997.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :
CARRASCO MONTOYA MATILDE
GOVEA PUEBLA ANGELICA MARIA
GUTIERREZ GUTIERREZ MARICRUZ
HERNANDEZ MENDOZA VERONICA
LOPEZ RABAGO GABRIELA VIRIDIANA
VELAZQUEZ LEON CLAUDIA ELIZABETH

258704

ASESOR: LIC. TERESA SANCHEZ ESTRADA.



MEXICO, D. F.

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES DE TITULACION

1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA ENSEÑANZA DE LA
PRÁCTICA COMUNITARIA EN EL PREGRADO DE LA
ENEO-UNAM 1997

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTAN:

CARRASCO MONTOYA MATILDE
GOVEA PUEBLA ANGÉLICA MARÍA
GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ MARICRUZ
HERNÁNDEZ MENDOZA VERÓNICA
LÓPEZ RÁBAGO GABRIELA VIRIDIANA
VELÁZQUEZ LEÓN CLAUDIA ELIZABETH

CON LA ASESORÍA DE:

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'Teresa Sánchez Estrada', written over a horizontal line.

LIC. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA

MÉXICO, D.F. 1997

MATILDE

DIOS:

Te doy gracias por darme en cada despertar la fortaleza para seguir luchando superando mis derrotas disfrutando mis triunfos, se muy bien que tengo cuanto merezco y que me darías más si yo lo quisiera, por ello recorro a ti, te pido que con esta sola palabra cubra hasta el más pequeño de los motivos que regalados me han sido para vivir.

GRACIAS...

A MIS PADRES:

Por brindarme la oportunidad de distambrar nuevos horizontes siempre acompañándome y tomados de la mano.

A MIS
HERMANOS:

A cada uno de ustedes por su apoyo, confianza y todo aquello que hace que una persona desee superarse día con día.

A MIS AMIGOS:

Por esos momentos cálidos para escucharme, compartir y descubrir un punto de vista y permitiéndome cruzar con ellos en busca de ésta nuestra meta.

A MIS MAESTROS:

Por guiarme en busca del conocimiento dando siempre lo mejor de sí.

**A LA
UNIVERSIDAD:**

Por último, más no menos importante agradezco y dedico este triunfo a la institución que me abrió las puertas, permitió crecer como estudiante para salir profesionalmente y elevar siempre la excelencia académica que con orgullo me otorgó.

**GRACIAS ENCO-
UNAM**

ANGÉLICA
MARÍA

SEÑOR:

Soy quisiera agradecerle por lo mucho que me has dado, por mis padres, por la vida y todos mis seres amados.

Por hacer de mi un ser con virtudes y defectos, con anhelos y esperanzas y sobre todo con proyectos que permitieron darle forma a mis maravillosos sueños y recoger grandiosos frutos después de tantos desvelos.

A MI MADRE:

Mami, gracias a una mujer como tu soy en este momento lo que con tu apoyo, amor y comprensión has logrado hacer de mí. Espero algún día poder recompensar tanta entrega y dedicación a tus hijos.

A MI PADRE:

Papá, con fuerza y sacrificio ante la vida me has hecho comprender que en ti tengo el mejor ejemplo de superación y perseverancia que en ocasiones esto viene acompañado de dolor y tribulaciones, pero el no abandonar el propósito es lo que me permitirá llegar a la meta que nos hemos planteado. Gracias por lo que me has dado de ti, deseo que estés satisfecho con lo que has logrado formar en mí.

A ISMAEL:

Gracias por confiar en mí, por ayudarme cuando las cosas muy mal solían ir y mi camino sólo ofrecía cuevas que subir, por halagar mis pequeños logros y hacerlos tan importantes fomentando con tu amor la esperanza de la vida.

A BRANDON:

Viniste a este mundo a dar alegría y felicidad a mi familia fomentando en mí la necesidad de superación y conocimiento.

A ti bebé te dedico mi tesis.

A MIS GRANDES AMIGAS:

Vero, Eli, Vivi, sólo me resta recordarles que sólo somos caminantes en este mundo estepario y lo mejor que podemos encontrar en esta travosía es un amigo sincero.

Gracias por que con ustedes la amistad es como una flor que se siembra con cariño, se alimenta con respeto y se cuida con honestidad y apoyo.

**A MI ESCUELA Y
MAESTROS:**

A mi escuela formadora hoy
quisiera agradecerte por guiar
con pasos firmes mi vocación al
enforno, por sus grandes
profesores que me fueron
permitiendo encaminar mis metas
en sus conocimientos.

MARJCRIZ

A TU SEÑOR:

Por permitirme ver culminado
este sueño sin perder la
humildad que ésta profesión
exige en la atención de tú
máxima creación: El ser humano.

A LA MUJER:

Que me ha inculcado la valentía
y la entereza necesarias para
cumplir cada faceta en mi vida
cubriendo con la más grandiosa
de las noblezas mis errores...

Gracias MAMÁ

A MI PADRE:

Por ayudarme a descubrir mi
fortaleza interna.

CESAR:

A lo largo de cuatro años has logrado convertir nuestros errores en los cimientos de un verdadero amor, y creyendo en la fuerza de éste sentimiento, has podido inyectarme ánimos para superar los momentos de flaqueza...

Gracias **AMOR**.

A MIS AMIGOS:

Adriana, Maty, Juan
Gabriel, por ser y estar y por
que más que mis amigos son mis
hermanos.

VERÓNICA:

A DIOS:

Por permitirme culminar mis estudios y ser útil en el camino que me has marcado.

Gracias Señor.

A MI PADRE †:

Por ese remanso que curia y por esa luz que siempre me ilumina.

Gracias papá.

A MI MADRE:

Por estar atenta a mis alegrías, tristezas, triunfos y fracasos ya que siempre se encuentra a mi lado.

Te quiero mucho mamá.

A MIS
HERMANOS:

Rubén, Olga, Susy, por su apoyo incondicional para realizar ésta tesis que significa una de las metas más importantes en mi vida.

Gracias.

A MIS AMIGAS:

Angy, Eli, Vivis por su amistad, confianza y apoyo esperando que nuestra amistad trascienda.

VRJONANA.

A DIOS:

Señor no encuentro la forma de agradecer lo que soy hoy. lo único que me llega a la mente es reconocer mi incapacidad de comprender lo grande que eres.

Gracias.

A MIS PADRES:

Papá y Mamá, un día con amor me generaron a la vida, también con amor me guiaron durante la niñez, la adolescencia y en la juventud, aún con la adversidad que el mundo nos ofrece me han seguido amando y apoyando.

La profesión que hoy concluyo es dedicada a Uds. en respuesta a lo mucho que me han dado.

Con cariño y respeto para ustedes.

A JUAN:

Amor, tú nombre místico nos dice puerta a la equidad y justicia. Haciendo honor a tú nombre haz sido justo y equitativo y hombre con hombre, has sido mi sostén para alcanzar la primera etapa de mi formación profesional, la cual te dedico con amor porque también es logro tuyo.

Te quiero.

AMN ENJO:

El compromiso de lucha y superación que me motiva en la vida para predicar con el ejemplo ante ti dan hoy un gran fruto, mismo que te dedico deseando que un día tú llegues al objetivo profesional que en la vida te hayas planteado.

Con amor, tú mamá.

A LA UNIVERSIDAD Y MAESTROS:

Dentro del largo camino que se recorre en la conquista de una meta, se encuentran varias satisfacciones y para mí alguna de ellas es haber encontrado a la U.N.A.M. y a los profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, de quienes pienso son los mejores maestros de la materia.

AMN ASESORA:

Aprovechando la presente oportunidad para hacer constar mi agradecimiento a Ud., por que con su dirección y ayuda desinteresada, hizo posible la culminación del presente trabajo.

CLAUDIA
ELIZABETH

A DIOS:

No comprendo quién eres y sin embargo te dedico estas sencillas líneas en espera de algún día poder entenderlo mejor... se que la luz está al final del camino, hoy permanezco en ésta oscuridad.

A MIS PADRES:

Muchas cosas les agradezco de corazón, como haberme dado la vida recibiendo lo mejor de ambos, la amistad, confianza y apoyo en cada etapa de mi existencia. Hoy alcanzamos una meta que marca un camino en mi ser. Esta es la carrera profesional que dedico a Uds., ya que es logro suyo y con la entrega que para mí han mostrando.

Los amo gorditos.

**A MIS
HERMANOS:**

Con cariño dedico a ustedes este logro. Deseando que en el futuro alcancen los objetivos que en la vida se propongan.

Los quiero mucho.

A MI MAMÁ
MAMA:

Las virtudes humanas en usted son muchas. Soy lo dedico mi carrera profesional porque gracias al amor, entereza, motivación y buen ejemplo, ha proyectado en mi un ideal 'el ser alguien en la vida'.

Gracias mamá.

A MI TIA
TIA:

Dada, la figura de lucha para crecer, que me motiva en la vida eres tú. Soy tú desempeño y la influencia de tus consejos dan un gran fruto, mismo que te dedico por todo lo que en mi camino has puesto.

Gracias Tia.

A MIS AMIGOS:

Siento que puedo presumir de tener buenos amigos, no podré mencionar sus nombres, aunque cada uno de ellos sabe que los estimo y que pueden contar conmigo en cualquier momento.

A LA ENSEÑANZA:

Las instituciones en México, son la proyección de todos y las educativas, son la mística que reclamamos todos los mexicanos. Hoy la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, da a luz una nueva profesional, que muy en alto hará sonar su prestigio y su nombre.

Con reconocimiento y respeto.

A MI ASESOR:

Por el apoyo brindado para poder concluir este manuscrito. Cuya participación en la revisión y sugerencias fue incondicional.

A LOS MAESTROS:

La docencia es la actividad que trasciende en el futuro de toda sociedad. Los maestros con el arte de enseñar lograron formar una base en mi persona para ser un profesional; por lo que les agradezco encarecidamente lo recibido y por siempre los recordaré cumpliendo con ética mi misión.

INDICE

INTRODUCCIÓN

iv

1.	<u>ESTADO DEL ARTE SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA</u>	1
1.1.	Análisis retrospectivo y prospectivo de la salud pública	1
1.2.	Bases conceptuales de la salud pública	8
1.2.1.	Salud y enfermedad	8
1.2.2.	Salud pública	10
1.2.3.	Salud comunitaria	10
1.2.4.	Epidemiología	11
1.2.5.	Principios de epidemiología para el control de enfermedades	12
1.2.6.	Método epidemiológico	13
1.2.7.	Atención primaria a la salud	14
1.2.8.	Conceptos en la formación de enfermeras	16
1.2.9.	Atención multidisciplinaria de la salud	18
1.2.10.	Atención de enfermería a la comunidad	19
1.3.	Planes y programas de salud	20
1.3.1.	OMS/OPS	21
1.3.2.	El caso de las Américas	22
1.3.3.	Países del tercer mundo	25
1.3.4.	El caso de México	26
	1.3.4.1. Diagnóstico de salud de México	28
	1.3.4.2. Programa Nacional de Salud 1990-1994	31
	1.3.4.3. Paquete Básico de Salud	38
	1.3.4.4. Reforma del Sector Salud 1995-2000	38
1.4.	Formación de recursos humanos para la atención comunitaria	45
1.4.1.	Norma internacional de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud	45
1.4.2.	Perfil de enfermería en salud pública	52
1.4.3.	Planes y programas para la formación de recursos	56
1.4.4.	Pregrado en México	57
	- La enseñanza de la Enfermería Comunitaria en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM:	58
	Asignaturas de enfermería del Plan de Estudios de la Licenciatura 1991	58

	- La enseñanza de la Enfermería Comunitaria en la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia. IPN	70
1.4.5.	Posgrado en México	71
	- La formación de recursos para la salud pública en el Instituto Nacional de Salud Pública de México / Escuela de Salud Pública de México	71
1.4.6.	Posgrado en Brasil	72
1.4.7.	Posgrado en Cuba	73
2.	<u>REPLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	75
2.1.	Planteamiento del problema	75
2.2.	Objetivos de investigación	77
	2.2.1. General	77
	2.2.2. Específicos	77
2.3.	Hipótesis Direccional	77
2.4.	Variables e indicadores (operacionalización)	78
3.	<u>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</u>	86
3.1.	Tipo de diseño	86
3.2.	Universo	86
3.3.	Muestra	86
3.4.	Criterios	86
	3.4.1. Inclusión	86
	3.4.2. Exclusión	86
	3.4.3. Eliminación	86
3.5.	Instrumentación estadística de datos	87
	3.5.1. Recolección	87
	3.5.2. Clasificación	87
	3.5.3. Recuento	87
	3.5.4. Presentación	87
	3.5.5. Análisis	87
3.6.	Organización de la Investigación	88
	3.6.1. Asesora del proyecto	88
	3.6.2. Investigadoras	88

3.6.3.	Presupuesto	88
3.6.3.1.	Recursos humanos	88
3.6.3.2.	Recursos materiales	88
3.6.3.3.	Recursos físicos	88
3.6.3.4.	Recursos financieros	88
3.7.	Aspectos ético-legales	89
4.	<u>RESULTADOS (Descripción y discusión)</u>	90
	Fundamentos de Enfermería I	91
	Fundamentos de Enfermería II	126
	Enfermería del Niño	160
	Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I	194
	Enfermería del Adolescente, Adulto y AncianoII	224
	Obstetricia I	261
	Obstetricia II	297
4.1.	Recomendaciones	333
5.	<u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	339
	Cronograma	
	Instrumentos de recolección de datos	
	Bibliohemerografía	

INTRODUCCIÓN

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia busca responder a los imperativos que plantea el formar profesionales útiles a la sociedad orientándolos con conocimientos, habilidades y conciencia para atender y afrontar la problemática de salud que afecta a la población mexicana. Es por esto que la formación de los alumnos en el área comunitaria constituye el punto medular, ya que a través de la adquisición de elementos teóricos, metodológicos y técnicos se fomenta la actividad crítica de los alumnos de manera que sean capaces de observar, analizar, cuestionar y resolver los problemas que se les presentan durante la práctica profesional.

Este estudio diagnóstico es resultado de una intensa búsqueda bibliohemerográfica reflejada en el marco teórico donde se tocan temas tales como el análisis de la salud pública, los planes y programas nacionales de salud de México, y la formación de recursos humanos para la atención comunitaria.

En el esquema metodológico del estudio se incluyen tópicos como el replanteamiento del problema, los objetivos, general y específicos, de la investigación, la hipótesis direccional y las variables e indicadores. Se complementa además con el tipo de diseño, el universo, la muestra, los criterios, la instrumentación estadística de datos, la organización de la investigación así como de los aspectos ético-legales de la misma.

Los hallazgos obtenidos como los referentes al escaso tiempo destinado para la práctica comunitaria, la carencia de recursos para ésta y el limitado conocimiento y aplicación de los programas nacionales específicos del sector salud, entre otros, sirven de base para la formulación de recomendaciones, esperando ser sustento a futuras investigaciones que busquen analizar y evaluar el cumplimiento del perfil del egresado contemplado en el Plan de Estudios de la Licenciatura

Por lo anterior, esta tesis espera haber cumplido con su cometido: contribuir al mejoramiento de la enseñanza de la práctica comunitaria en el pregrado sentando precedente en la institución para que la enfermería comunitaria sea revalorada como la opción más viable para hacerle frente a la problemática de salud mexicana.

1. ESTADO DEL ARTE SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA PRACTICA COMUNITARIA

1.1. ANÁLISIS RETROSPECTIVO Y PROSPECTIVO DE LA SALUD PÚBLICA

Haciendo un análisis retrospectivo sobre los indicios de la enfermería comunitaria, en la literatura de enfermería se encuentran las Diaconisas, entre las que destaca Febe, hacia la mitad del siglo IV; Alfonso Roca cita que San Pablo escribió que ésta visitaba en su casa a los enfermos, por lo que se le consideró la primera enfermera visitadora.

Otra enfermera ilustre surge en pleno oscurantismo, perteneció a la orden de Santo Domingo y fue Santa Catalina de Siene la cual ocupaba su tiempo libre en visitar a los enfermos recomendando las calles en misión de caridad para atender los casos de enfermedades menores, cuidando de que los más graves fueran llevados al hospital.

En la edad media las ordenes religiosas realizaron funciones de enfermera en los hospitales, en Francia, Francisco de Sales y Juana Chantal crearon en 1610 una organización de enfermeras que prestarían sus servicios en los hogares a los enfermos.

San Vicente de Paul crea la fundación religiosa las Hermanas de la Caridad en 1617, considerada impulsora de las enfermeras de Salud Pública. El salto hacia la profesionalización de la enfermería y la aparición de enfermería en Salud Pública se produce en Gran Bretaña hacia la mitad del siglo XIX interviniendo en este proceso la toma de consciencia de los problemas sociales.

Después del informe de las condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña, Edwin Chadwich y gran número de profesionales sintieron interés por las necesidades de actuación a nivel de la población para afrontar problemas de salud y el gobierno empezó a tomar decisiones legislativas para preservar la salud pública.

Las primera enfermeras de salud pública trabajaron dividiendo la Ciudad de Liverpool en 18 distritos cubriendo una de las primeras funciones que fueron definidas por Rathbone, como:

1. "Visita domiciliaria a enfermos
2. Educación sanitaria
3. Asistencia social

Fruto de la correspondencia entre Nigtingale y Rathbone, surgieron los primeros documentos escritos sobre enfermería; el primero de ellos es Propuesta al plan de formación y actividades profesionales de mujeres en enfermería hospitalaria de distrito y privada.

Rathbone en 1862, vio realizado el proyecto de la primera escuela de enfermería en salud pública del mundo".¹

El análisis retrospectivo de la enfermería en América Latina en el período comprendido de 1900 a 1930 la actividad económica se concentraba en los países desarrollados y predominaban las congregaciones religiosas y en menor grado los sirvientes, ambos tenían una preparación deficiente incrementándose poco a poco la enfermera laica con cursos posteriores a la educación primaria hasta la enfermera profesional la cual tenía la práctica de auxiliar en enfermería. Al término de éste período surge la visitadora sanitaria con cursos organizados que abarcaban una cobertura amplia a medio rural y urbano.

El número de escuelas se iba incrementando haciendo hincapié en escuelas de administración con el propósito de preparar personal dirigente. Durante 1950 se prepararon graduadas en Salud Pública destinadas a Centros de salud y labores de supervisión en el área rural.

"En México, en lo que va del siglo, la planificación sanitaria no había recibido toda la atención e importancia que requería; la época inmediata a la revolución conservó las estructuras porfiristas en cuanto a instituciones públicas de salud; el rasgo esencial fue la continuación de acciones asistenciales a través de organismos de beneficencia privada sin que el Estado asumiera nunca el compromiso de organizar servicios públicos de salud que garantizarán el derecho de todo habitante a tener prestaciones de ésta índole.

Hasta casi 20 años después de la revolución empieza a definirse mejor las intervenciones estatales en el Plan Sexenal del gobierno mexicano de 1934 a 1940, formulado por el partido Nacional Revolucionario para la administración del General Lázaro Cárdenas, se establecieron algunas bases con respecto a la salud pública. Al considerar que la dispersión de la población era un obstáculo al progreso del país y que la condición biológica deficiente de muchos grupos de campesinos minimizaba la energía de la gente, se señalaba que había llegado el tiempo de otorgar a la salud pública la importancia que se merecía".²

De 1940 a 1949 la enfermería sanitaria en México continúa su avance técnico se establece la supervisión de los servicios de enfermería y se fijan las necesidades de estos.

En la segunda década de este siglo inició actividades la escuela de Salud Pública en México, en la cual empezó también la preparación de enfermeras en este campo. Igualmente en el puerto de Veracruz se organizó una unidad de Salubridad y Asistencia bajo la dirección del prestigiado médico mexicano Miguel E. Bustamante doctorado en salud pública en la Universidad de Johns Hopkins quien en su iniciativa dio un formidable apoyo para adiestrar al personal de enfermería y participar en programas renovadores de salud pública. Años más tarde, cuando se inició un novedoso proyecto de visitas domiciliarias en los nuevos centros de salud, las enfermeras

¹ Alfonso Roca, Ma. Teresa. et al. Enfermería Comunitaria 1. p.204.

² Yura H. Walsh M. El Proceso de Enfermería. p.82

generaron una acción directiva nacional que marcó la etapa más sobresaliente de su proyección en el campo urbano y rural con la asesoría de enfermeras del exterior.³

En 1980, de las 127 escuelas de enfermería existentes el 86% corresponden al nivel básico y el resto a nivel licenciatura. El tremendo auge en la creación de escuelas de enfermería en esta época no satisface puesto que la oferta ha superado considerablemente a la demanda y el desempleo a hecho su aparición en enfermería ya que se toma también en consideración que el número de enfermeras que desean integrarse al medio rural y comunitario donde se contemplan ingentes carencias es muy reducido.⁴

Mientras que en América Latina este fue el panorama retrospectivo de la enfermería comunitaria, E.U. considera a Francés Rott en 1877 la primera enfermera visitadora la cual proporcionaba cuidados de enfermería en los barrios pobres, ya que reconocía que muchas enfermedades se debían a las malas condiciones económicas y sociales en las que vivían los pacientes.

En 1897 Lillian Wald estableció una agencia de visitadoras; en 1902 se opta por programas de enfermería escolares e industriales.

La organización Nacional de Enfermeras de Salud Pública se fundó en Chicago en 1912 y Lillian Wald fue su primera presidenta. En 1952 la organización se incorporó a la liga Nacional para la enfermería.

Después de la segunda guerra mundial se facilitó el movimiento de organizar agencias de enfermería al servicio de la comunidad pues en el transcurso de esta se originó un aumento en la demanda de médicos y enfermeras y así el trío relativamente simple formado por el doctor, enfermera y paciente paso a la formación de un equipo sanitario multiprofesional.⁵

Posterior a la 2a. Guerra Mundial, la enfermera era la encargada de poner en contacto al paciente con otros miembros del equipo de otras disciplinas y aunque ésta conservó el concepto de asistencia total, paso a ser misión de todo el equipo sanitario siempre reconociendo a la enfermera como defensora y asistente cuidadosa del paciente.

En los 70s en Gran Bretaña aparece el término de medicina comunitaria y en 1972 se define la especialidad en Salud Comunitaria como "aquella que debe promover la integración de los servicios, proporcionar un aporte técnico a las clínicas y facilitar su integración y coordinación con las autoridades locales de salud". Su apoyo técnico consiste en informar las necesidades de salud de la población, la eficiencia de los diferentes enfoques y la promoción de la salud.

³ Ibidem P. 82

⁴ López, Concepción. *Enfermería Sanitaria*; p.p. 2-27

⁵ Leahy Kathleen, et. al. *Enfermería para la salud comunitaria*, p.p 371-374

En países en vías de desarrollo aparecen centros locales y departamentos de salud comunitaria; en los años 60's se da el cambio de políticas de sanidad y la expresión de salud comunitaria se utiliza para designar las actividades de organización comunitaria y participación popular utilizando recursos del medio y formando agentes de salud locales.

Clautier, Pague y Coliene, mencionan que la noción de enfermería comunitaria y de atención primaria han formado siempre parte integral de la práctica de enfermería aunque dichos términos aparecieran en los años 60's y 70's, ya que en Gran Bretaña la primera escuela de enfermería bajo la dirección de Florence Nightingale dedicaba un año entero a la formación de aspectos relacionados con la salud a la comunidad y la promoción de salud.⁶

Un resultado positivo derivado de este desarrollo de la profesión sanitaria lo constituye la aparición de enfermeras que entienden su profesión como una actividad autosuficiente capaz de aportar sus propios recursos para proporcionar asistencia sanitaria a los pacientes bajo la forma de actuación profesional basada en juicios consistentes.⁷

En 1977 los Ministros de Salud de las Américas, de acuerdo con las resoluciones adoptadas por la 31 Asamblea Mundial de la Salud, reconocieron la función cada vez más importante de la enfermería y la partería para alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud y recomendaron que todos los países de América utilizaran a éstas profesionales de una manera más eficaz mediante su intervención en la planificación y administración de la Atención Primaria de la Salud.⁸

Existieron numerosos cambios como:

- 1.- Preparación de las enfermeras y parteras para la aplicación de funciones y atribuciones, arreglo de las necesidades y planes de salud de los países.
- 2.- Negociación de las funciones médicas y de enfermería para reducir la duplicación de la competencia, obtener los mejores aportes por parte de ambas profesiones en provisión de atención en multidisciplinarios de referencia.
- 3.- Prácticas de salud basadas en estudios epidemiológicos y principios de riesgo.
- 4.- Redefinición y nuevo alineamiento de la enfermería y otras funciones de atención a la salud para determinar las que sean apropiadas para el personal de atención primaria y planificar su contratación, adiestramiento, supervisión y apoyo.⁹

⁶ Alfonso Roca, Ma. Teresa. Op.Cit. p.238-243.

⁷ Yura H., Walsh M. Op. Cit. P.222

⁸ Ibidem, p. 222

⁹ Ibidem, P. 222

Otras de las estrategias fundamentales para mejorar la salud de la comunidad es participación de ésta en todos los aspectos del programa de atención a la salud. Estas personas sirven de enlace entre las ciencias de la salud y su aplicación en la vida de la comunidad que representan, aportan una dimensión singular de entendimiento personal y capacidad de interpretación a la atención de la salud y constituyen otro elemento inapreciable para el establecimiento de servicios especialmente en comunidades rurales desatendidas que no responden fácilmente y para la prestación de cuidados elementales de primer nivel.¹⁰

En 1979, la OMS publica la evolución de las tendencias de asistencia sanitaria en las cuales en 1950 la prestación de asistencia sanitaria era empírica basada en la sintomatología, en 1960 es la era de las ciencias elementales o básicas y la atención era de acuerdo a las bacterias o a la enfermedad de los sujetos, en 1970 en la era de las ciencias clínicas el eje principal era el enfermo y se recurría a las ciencias del comportamiento (psicología y sociología) para ayudar a las ciencias médicas, en 1975 la era de la salud pública el eje principal es la colectividad en donde el equipo interdisciplinario buscaba sacar a la luz el papel de los factores culturales, sociales, comportamentales y económicos sobre la salud de la comunidad y en el año 2000 es la era de las políticas de salud en donde el eje principal es la población.

Este panorama general nos permite vislumbrar el marco de referencia en México, del cual se puede citar que la nueva legislación en materia de salud, la administración y técnica permitirán que el país haga frente al compromiso contraído por la OMS de "Salud para todos en el año 2000". En la consolidación y Desarrollo del Sistema Nacional de Salud se ha planteado la necesidad de enfatizar el fortalecimiento de la atención primaria como una fórmula para proveer a toda la población de servicios básicos de salud individual y comunitaria otorgando prioridad a la realización de acciones preventivas, educativas y asistenciales de promoción y fomento al autocuidado de la salud, la preservación y la conservación de condiciones sanitarias y ambientales adecuadas, ya que se ha dado prioridad a los servicios de medicina curativa en perjuicio de los de atención preventiva. Lo anterior revela la duplicidad de actividades en detrimento de la población usuaria.

Se observa que en todas las acciones y estrategias que plantea el Programa Nacional de Salud se contempla la participación de enfermería sanitaria.¹¹

¹⁰ Alfonso Roca, Ma. Teresa. Op. Cit. P. 19-24

¹¹ Rodríguez L., Lorena. et. al. Antología de la introducción a la Salud pública. p.94

En la conferencia internacional reunida en Alma-Ata en 1978, se hace énfasis en que la "Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal como desarrollo socioeconómico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, familias y comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas constituye el primer escalón en un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Una de las reuniones tuvo como finalidad la enfermería de salud comunitaria, la OMS y otras organizaciones pensaban que de acuerdo a los 38 objetivos propuestos por la primera, la enfermería comunitaria era vital para que pudiesen ser alcanzados.

Los objetivos del uno al doce se describen los requisitos fundamentales para que las personas estén sanas y a cuyo logro pueden contribuir las enfermeras.

Su fecha de cumplimiento es el año 2000 tratando de añadir vida a los años, salud a la vida y años a la vida.

En los objetivos del trece al veinticinco tratan cambios necesarios en estilos de vida y atención al medio ambiente y a la salud, las fechas de logro se fijaron entre 1990 y 1995. Las enfermeras deben contribuir a promover estilos de vida que conduzcan a la salud, ambiente saludable y la protección de los trabajadores.

Los objetivos del veintiséis al treinta y uno tratan de la atención adecuada y describen las políticas junto con la necesidad de garantizar la calidad de atención primaria junto con la calidad de la atención en general. Estos objetivos deberían cumplirse en 1990 y enfermería debía intervenir potencialmente en su cumplimiento.

Los objetivos del treinta y dos al treinta y ocho tratan de los tipos de apoyo necesarios para alcanzar estilos de vida sanos, un ambiente saludable y atención adecuada, todos ellos deberían abarcarse en 1996. Las enfermeras deben contribuir en investigación sistemas de información de salud y apoyo de las estrategias nacionales de salud para todos en el año 2000, la planificación de las estrategias de salud y el adecuado uso de la tecnología".¹²

El perfil de salud de América Latina traduce un cuadro grave donde coexisten enfermedades propias de la situación de pobreza en enfermedades caracterizadas de naciones industrializadas y desarrolladas.

Se entiende que la situación de salud es directamente dependiente de las necesarias y urgentes transformaciones sociales; la situación obliga a una definición e implementación de políticas económicas y sociales que sean capaces de impactar los países de América Latina en el próximo siglo.

¹² Caja López, Carmen, et. al. Enfermería Comunitaria III, p.67-111

El sector salud requiere una nueva composición y tecnología que contribuya a dar respuestas a los problemas y necesidades de salud actuales y futuras de la población. Esta nueva composición debe incluir la reorganización de los sistemas de producción de servicios de salud bajo los principios de universalidad, equidad, jerarquización y regionalización estos, utilización de tecnología apropiada a cada nivel de atención que permita promover la salud, prevenir enfermedades, limitar cuando existan y restablecer la salud preparando utilizando y administrando los recursos humanos adecuados en calidad y cantidad y participación de la comunidad en los modelos de prestación de los servicios de salud a través de mecanismos estables y representativo, desarrollar modelos pedagógicos que consideren las características y necesidades educativas de los estudiantes. Definir estrategias para la preparación de docentes y así como reorganizar el trabajo ínter y multiprofesional considerando los criterios de atención oportuna y sin riesgo para la población.

La evolución histórica demuestra que la Enfermería de América Latina ha sufrido importantes transformaciones con la incorporación de la formación de las enfermeras a nivel universitario.

A pesar de reconocer estos avances, enfermería no ha sido capaz de preparar en cantidad y calidad el personal idóneo para participar en la resolución de los problemas de salud y para responder a las exigencias impuestas por el crecimiento de la población y las consecuentes necesidades de ampliación de los servicios de salud.

Los principales problemas de enfermería en América Latina son premisas básicas, según menciona Pulido en 1985, y exigen tomar decisiones en pro de garantizar el bienestar del hombre, la comprensión de la problemática en enfermería, la mejora en la prestación de servicios a la población; la cual requiere del avance y desarrollo de las diferentes profesiones de salud y de la capacidad de liderazgo de sus miembros. Estos problemas deberán ser considerados para establecer directrices y estrategias para el trabajo de enfermería de América Latina, enfatizando el desarrollo institucional de las escuelas de enfermería y la preparación de enfermeras para el liderazgo en atención primaria.¹³

El apoyo de la fundación W. K. Kellogg dado a instituciones y grupos de enfermeras en varios países ha favorecido el desarrollo del liderazgo de enfermería en Latino América, el auge institucional de Escuelas de Enfermería y la ampliación del rol profesional de esta. La OPS, en convenio con a fundación Kellogg, creó el Centro Latinoamericana de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), según Camillo (1989), con la finalidad de contribuir al incremento del personal de enfermería docente, desarrollo curricular y producción de materias instruccionales, basadas en el concepto de integración docente-asistencial, buscando la participación de enfermería en las actividades de atención primaria.¹⁴

¹³ Chompre, R.R.Lauge I de Mouterrosa E. Enfermería del Siglo XXI en América Latina, p.42.

¹⁴ *Ibidem* p 42

1.2. BASES CONCEPTUALES DE LA SALUD PÚBLICA.

Después del análisis retrospectivo de enfermería en Salud pública y debido a la extensa terminología utilizada para definir su proyección en esta área, es necesario considerar los principales fundamentos que enmarcan a esta ciencia.

1.2.1. SALUD Y ENFERMEDAD:

El proceso salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones de trabajo y de vida, vinculando en la forma en que los seres humanos se producen y reproducen; es un proceso social, donde las causas e implicaciones deben buscarse en la estructura y organización de la sociedad; antes se hace necesario conceptualizar salud y enfermedad.

La salud se define como la ausencia de la enfermedad; para la OMS es "un estado de bienestar físico, mental y social completo y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia". El enfoque ecológico de salud según Dubos en 1975 dice "es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en éste".

El movimiento holístico en los años 70 la define como una estructura única, se centra en la compleja interacción del cuerpo, espíritu y entorno de continuo cambio.¹⁵

La enfermedad es más difícil de definir, para que ésta se presente se deben cumplir con 3 criterios:

1. La existencia de un fenómeno patológico es decir, las alteraciones de la estructura o función del cuerpo o de algunos de sus órganos o tejidos.
2. Una alteración manifiesta de la funcionalidad biológica o social del individuo, y
3. La capacidad para poder clasificar la enfermedad en una categoría nosológica determinada.¹⁶

Existen tres niveles de análisis del proceso salud-enfermedad:

1er. Nivel: Aquí la utilización de las ciencias sociales está prácticamente ausente y los datos socioeconómicos de la historia clínica se presentan como abstractos que poco dicen de las verdaderas causas por las que los individuos se enferman o accidentan.

2do. Nivel: el individuo ya no se concibe en forma aislada sino como parte de una comunidad que tiene ciertas características socioeconómicas y culturales y está expuesto a determinados riesgos de enfermedad la cuál se encuentra relacionada a factores sociales, económicos, culturales, físicos y químicos, se adopta un modelo multicausal.

3er. Nivel: busca conocer las causas fundamentales de la enfermedad, la esperanza de vida y muerte, el acceso real a los servicios médicos en los seres humanos, vistos como seres históricos

¹⁵ Alfonso Roca, Ma. Teresa. et. al. Enfermería Comunitaria I p. 42

¹⁶ Mora Carrasco, Fernando. Introducción a la Medicina Social y Salud Pública. p.29-42

que pertenecen a grupos sociales que trabajan, viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y en una sociedad para producir y reproducirse.

De acuerdo con lo anterior, la salud-enfermedad es un proceso vinculado a diversos factores tanto sociales, físicos, químicos y biológicos que se encuentran en constante cambio, es un proceso natural condicionado por circunstancias socio-históricas concretas.¹⁷

La Historia Natural de la Enfermedad es la evolución de esta sin ninguna intervención profesional, puede evolucionar hacia la curación, la persistencia de secuelas o la muerte; los objetivos de la intervención profesional es: hacer que la curación llegue a enfermedades que no curan solas o hacer que las que curan solas llegue antes, reducir la frecuencia de secuelas y sus efectos cualitativos en la calidad de vida y evitar o retrasar la muerte.

Leavell y Clark (1965) citado por Alfonso Roca, basaron en el modelo biomédico la Historia Natural de la Enfermedad y lo dividen en:

1. Período prepatogénico.
2. Período patogénico subclínico.
3. Período clínico.
4. Fase de resultados o consecuencias.

También Leavell y Clark, establecen 3 niveles de prevención de enfermedades, entendiéndose como el conjunto de medidas tomadas para anteponerse a los riesgos que favorecen a producir la enfermedad, con el objeto de impedir que estos actúen o limitar sus efectos nocivos sobre el individuo, grupos o poblaciones, los causales son:

- Prevención primaria: son las medidas en el período prepatogénico, sus intervenciones se clasifican en :
 - Medidas no específicas: como promoción de la salud, educación sanitaria.
 - Medidas específicas: se llevan a cabo para actuar sólo ante el problema específico.
- Prevención secundaria: actos destinados en el período patogénico subclínico basándose en el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, existen 3 estrategias:
 - El autoexamen.
 - Participación de la población en el diagnóstico precoz y tratamiento.
 - Detección precoz en la población aparentemente sana.
- Prevención Terciaria: actos destinados en el período clínico a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población, tiene como objetivo la rehabilitación y la inserción social.¹⁸

¹⁷ Rojas Soriano, Raúl. Consideraciones metodológicas para el estudio del proceso salud-enfermedad, en Capitalismo y Enfermedad, p.p. 13 -25.

¹⁸ Alfonso Roca, Ma. Teresa. Op. Cit. p.p.47-57

1.2.2. SALUD PÚBLICA.

La ciencia particular donde los conocimientos médicos son los elementos de trabajo para descubrir de que manera se instrumenta, distribuye y dispone de la salud a la población es la Salud Pública. Para Winslow la Salud Pública es "el arte y ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de un mecanismo social, que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad"¹⁹

La aplicación de la Salud Pública se produce con base en una sociedad dada en el tiempo y espacio; las necesidades de esa sociedad y el modo de aprovechar los recursos de salud determinan la práctica de la Salud Pública.

El objeto de estudio de la Salud Pública es encontrar la forma de aplicar los conocimientos relativos al proceso salud-enfermedad, para producir y distribuir la salud entre todos los miembros de la población, teniendo en cuenta su modo de vida y sus recursos.

Las funciones principales de la Salud Pública son:

- Educación para la Salud.
- Uso adecuado de los servicios.
- Control sanitario del ambiente.
- La formación de personal en coordinación con el acto educativo, y
- Producción de conocimientos técnicos y satisfactorios.

Los elementos que contribuyen a la estructura de la salud pública son: el proceso salud-enfermedad, el personal de salud, la población demandante, los recursos para la atención de la demanda y la investigación.²⁰

1.2.3. SALUD COMUNITARIA.

La salud de la comunidad viene a ser el punto de reunión de todas las áreas del conocimiento y la actividad profesional relacionadas con la Salud Pública.

"Está determinada por la interacción del hombre con su ambiente y el impacto de los servicios de salud sobre estos. Está es algo más que la suma de la salud de cada uno de sus miembros"²¹

¹⁹ Rodríguez Ruiz, Lorena. Antología de Introducción a la Salud Pública, p.p.30

²⁰ Rev. Fac. Medicina UNAM "El quehacer de la Salud Pública" p.p 89-112

²¹ OPS/OMS Informe del comité del programa de libros de texto de la OPS/OMS para la enseñanza de la Enfermería en Salud Comunitaria, p. 5

El componente básico de la Salud Comunitaria es la Comunidad de la cuál han surgido diferentes conceptos uno de los más completos es el de San Martín y Pastor que dice: "Es el conjunto de grupos de individuos que viven juntos en un lugar urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. Los miembros de la comunidad están ligados, en grados variables, por características, intereses y/o aspiraciones comunes"²²

"Los elementos esenciales del concepto de comunidad son:

Grupo de Personas, estructura, lugar, características comunes, recursos y servicios, y relaciones.

Existen diferentes tipos de comunidades, según Ellen Archer citado por Caja López las clasifica en:

- Comunidades emocionales: su principal característica es el sentido o sensación de comunidad que poseen sus miembros, son por arraigo, se expresa como una familia, comparten un interés determinado.
- Comunidades estructurales: existen relaciones de tiempo y espacio entre sus individuos, su nexo de unión es físico.
- Comunidades Funcionales: son cambiantes en función de problemas o necesidades puntuales. Surgen de una necesidad identificable y pueden desaparecer o cambiar cuando se desaparezca o cambie la necesidad"

1.2.4. EPIDEMIOLOGÍA.

Etimológicamente se deriva de la raíces griegas epi que significa sobre, demos pueblo y logos estudio. Literalmente "estudio de algo que cae sobre la gente".

La definición más aceptada es la de Colorado Spring citado por Aranda Pastor que dice "el estudio de todos los factores y su interdependencia que afecta la frecuencia y el curso de la salud y la enfermedad en una población".

La epidemiología necesita de las ciencias biológicas, matemáticas, sociales, estadística, demografía, microbiología, parasitología, física, química, nutrición, ecología, inmunología, clínica, ciencias sociales, historia de la medicina, genética, metodología, ingeniería sanitaria y cualquier otra que tenga relación directa o indirecta con la salud del grupo humano.

Los usos de la epidemiología son:

- Para el estudio histórico de la salud de la comunidad.
- Para el diagnóstico de salud de la comunidad.
- Para estudiar el funcionamiento de los servicios de salud.
- Para estimar los riesgos individuales de enfermedad, basandose en la experiencia del grupo.
- Para completar el cuadro clínico y describir la historia natural de la enfermedad.

²² Caja López, Carmen. Enfermería Comunitaria III p.77

- Para identificar síndromes, describiendo la distribución, asociación y no asociación de los fenómenos clínicos en la comunidad.
- Para investigar las causas de la salud y la enfermedad, estudiando la incidencia en distintos grupos de población, tomando en cuenta su composición, herencia, modos de vida, ambiente, etc.

1.2.5. PRINCIPIOS DE EPIDEMIOLOGÍA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES.

El servicio de salud debe ser capaz de efectuar mediciones para conocer la frecuencia con que ocurren las enfermedades en la comunidad, mencionaremos las siguientes:

- Tasa de letalidad: es la razón expresada generalmente en forma de porcentaje del número de personas diagnosticadas como víctimas de un determinado padecimiento y número que ha fallecido a consecuencia de las enfermedades.
- Tasa de morbilidad: es una tasa de incidencia que expresa el número de personas de una población determinada que se enferma durante un período especificado.

La incidencia son medidas de morbilidad, entendiéndose por la primera que esta diseñada para medir los casos nuevos que se presentan en un período determinado de tiempo y la prevalencia mide el número de personas que tienen la enfermedad en un momento dado.

- Tasa de mortalidad: es calculada de la misma manera que la tasa de incidencia, que tiene como numerador el número de defunciones ocurridas en la población durante un periodo determinado, generalmente en un año.²³

Es importante mencionar un elemento clave en epidemiología es el factor de riesgo, que se define como la probabilidad de desarrollar una enfermedad por estar expuesto a ciertos factores en una noción estadística que no permite formular previsiones exactas respecto a la salud o enfermedad de una persona o grupo.

- Riesgo: es la probabilidad de que aparezca un acontecimiento en un individuo o grupo de individuos, los factores de riesgo son variables asociados al riesgo.
- Grupo de Riesgo: Es el conjunto de personas con mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad por estar expuestos.

²³ Benanson, Abram. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre, p.p.451-457

Por último mencionaremos que la Vigilancia Epidemiológica es un componente imprescindible de los programas de control de enfermedades y las actividades de esta son las siguientes:

- **Recolección de datos.** es identificar las personas o servicios que puedan proveer datos, establecer instrumentos adecuados para la transmisión de los datos entre los notificantes, el servicio de salud y la frecuencia en que pueden ser notificados, organizar registros simples de datos en el servicio de salud.
- **Análisis e interpretación de datos:** se involucra principalmente un proceso de comparación de datos en relación a características y atributos de tiempo, persona y lugar que tiene el propósito de establecer las tendencias de la enfermedad a fin de detectar los incrementos, descensos y los cambios que puedan ocurrir en su comportamiento, identificar los factores asociados con el posible incremento o descenso de casos y defunciones e identificar los grupos sujetos a mayor riesgo, así como las áreas en que se puedan aplicar las medidas de control.
- **Ejecución de las medidas de prevención y control.**
- **Diseminación de Información.**

Los elementos de la Vigilancia epidemiológica son:

- **Casos y muertes:** debida a determinada enfermedad, número total, fecha, lugar, características de los enfermos.
- **Resultados de laboratorio:** permitir la confirmación de casos.
- **Medidas de prevención o control.**
- **Medio ambiente:** datos sobre las condiciones ambientales.
- **Vectores:** tipo de vectores existentes en el área, su distribución geográfica, nivel de resistencia o susceptibilidad a los insecticidas.
- **Reservorios:** existencia y tipo de portadores humanos y tipo y distribución de los reservorios animales.
- **Población:** datos sobre el tamaño de la población, edad, sexo, y otras características.²⁴

1.2.6. MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO.

Los pasos del método epidemiológico son:

1. **Definición de la naturaleza del problema y clarificación de objetivos:** definir el problema es tener un concepto claro del mismo y demostrar el valor del estudio y aplicar que se va estudiar y porqué. El determinar el objetivo final es dilucidar lo que se espera lograr y las aplicaciones prácticas de estudio, es decir para qué se realiza. El objetivo inmediato es indicar que métodos y procedimientos se utilizaron.

²⁴ OPS/OMS. Principios de Epidemiología para el control de Enfermedades, p.p. 3-17

2. Evaluación de la información existente: consiste en buscar y enterarse de lo que se conoce en relación al estudio, como: recolección de datos, evaluación crítica de la información individual y en conjunto, organización.
3. Formulación de hipótesis: es anticipar una suposición o explicación provisional para explicar los hechos y obtener de ella una consecuencia.
4. Verificación de hipótesis: es la planificación y ejecución de la investigación y análisis de los resultados, el objetivo es probar la hipótesis formulada e intentar llenar las lagunas existentes en los conocimientos.
5. Conclusiones y aplicaciones prácticas: se podrá saber si la hipótesis formulada ha sido comprobada o no y si el estudio se realizó de acuerdo a lo planificado.²⁵

1.2.7. ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

La Atención Primaria de Salud para la OMS es la estrategia para alcanzar la salud para todos en el año 2000; en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud de Alma-Ata 1978 la define como "La Atención Primaria a la Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación"²⁶

La Atención Primaria a la Salud se basa en 5 principios:

- a) distribución equitativa.
- b) participación de la comunidad.
- c) actividad centrada en la prevención.
- d) tecnología apropiada, y
- e) enfoque multisectorial.

En general todos los conceptos de Asistencia Sanitaria, tienen que ver con la forma de pensar y actuar del autor, la siguiente definición es una de las más completas y menciona "La asistencia sanitaria es un encuentro con un paciente y con su familia, mediante el cual la enfermera observa, ayuda, se comunica, atiende y enseña, contribuyendo al mantenimiento de una salud óptima y prodigando cuidados durante la enfermedad hasta que el paciente sea capaz de asumir la necesaria responsabilidad para satisfacer sus propias necesidades humanas básicas, cuando ello es necesario la enfermera proporciona una asistencia compasiva al moribundo."²⁷

²⁵ OPS/OMS. Op. Cit. p.p. 212-218

²⁶ OMS, Guía para la Revisión de los Planes de Estudio Básicos en Enfermería, p.4

²⁷ Yura H, Walsh M. Op. Cit p.13

Los elementos esenciales son:

- La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes.
- La promoción del suministro de alimentos y nutrición apropiada.
- Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
- Asistencia Materno-Infantil, Planificación Familiar e Inmunizaciones.
- Prevención de enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento adecuado de enfermedades y traumatismos comunes.
- Suministro de medicamentos esenciales.

Las características principales de la Atención Primaria a la Salud son:

- El reflejo y consecuencia de las condiciones económicas, sociales, culturales y políticas.
- Se orientan hacia los principales problemas de salud de la comunidad.
- Presta atención de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Se enfoca hacia la participación y coordinación intersectorial.
- Se basa en la autorresponsabilidad, organización, funcionamiento y control de la Atención Primaria a la Salud.²⁸

Como estrategia para alcanzar la salud para todos en el año 2000, tiene como características:

Enfoque positivo de la Salud, esencial, accesible, coordinada y participativa.

Dentro de la Conferencia de Alma-Ata se señala que la comunidad debe contribuir para su desarrollo sanitario, en la planeación, organización y evaluación de la Atención Primaria de Salud:

Por lo que se define la Participación Comunitaria como un instrumento para alcanzar los objetivos de salud; según OPS/OMS es un "Proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de la comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y al de su comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo"²⁹

La participación tiene por funciones:

- Incrementar el valor de libertad del individuo permitiéndole ser su propio patrón.
- Permitir que las decisiones colectivas sean más fácilmente aceptadas por el individuo.
- Incrementar el sentimiento de pertenencia a la comunidad entre los ciudadanos individuales.
- Verificar la adecuación de las actuaciones a las normas y directrices de la política sanitaria y económica.
- Proponer medidas a desarrollar en el área de salud para estudiar los problemas sanitarios específicos de la población.

²⁸ Hevia Rivas, Patricio. "Participación de la Comunidad en la Atención Primaria a la Salud" *Salud Pública de México*, p. 403

²⁹ *Ibidem*, p. 403

Se hace necesario hablar sobre lo que es promoción de la salud, en 1992, en la Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud en Bogotá se destacan 5 metas fundamentales de esta:

1. Satisfacer las necesidades básicas de la población y eliminar la desigualdad.
2. Adoptar nuevas medidas educativas y de participación comunitaria para combatir las enfermedades relacionadas con la urbanización e industrialización.
3. Vencer las barreras políticas que limitan su ejercicio.
4. Eliminar las diferencias de ciertos sectores de la población que limita su acceso al bienestar y
5. Lograr el desarrollo integral y recíproco³⁰

Conceptualmente la promoción de la salud es el "proceso orientado hacia la toma de conciencia de la realidad, la identificación de los problemas prioritarios y la búsqueda de soluciones en salud con la participación plena de individuos, familias y grupos comunitarios"³¹

Otro componente de la Atención Primaria de Salud es la Educación Sanitaria, la OMS 1969 la define como "La educación sanitaria representa esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para conseguir modificar sus comportamientos. De una manera general la educación sanitaria pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de vida sana, que aprendan a usar mejor los servicios de salud que tienen a su disposición y que estén capacitados para tomar individual o colectivamente las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven"³²

Los métodos de la Educación Sanitaria son:

- Métodos Bidireccionales: existe intercambio activo del mensaje como ejemplo la entrevista o la discusión en grupo.

Métodos Unidireccionales: el mensaje se orienta en una sola dirección, como los folletos.³³

1.2.8. CONCEPTOS EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS.

Comenzaremos por definir enseñanza y aprendizaje:

Bleger dice, según Quezada Fox, que " la enseñanza y aprendizaje constituyen pasos dialécticos inseparables, integrantes de un proceso único en permanente movimiento", ambos son vistos como dos instancias jerárquicas, una subordinada a la otra, es una concepción tradicional; donde el aprendizaje se reduce a tres momentos asimilar, memorizar y repetir; en la concepción moderna el aprendizaje es a partir de las experiencias del sujeto.

³⁰ Cerqueira, Ma. Teresa. Promoción de la Salud. Evolución y Nuevos Rubros p.p.342-347

³¹ Hevia Rivas Op. Cit., p.407

³² Caja, López. Op. Cit. p.77

³³ Caja, López. Op. Cit. p.p.209-218.

Las etapas del proceso enseñanza-aprendizaje son:

- a) Primera etapa: práctica inicial, acercamiento al objeto de estudio, es una primera síntesis.
- b) Segunda etapa: teoría, el objeto de estudio va a un nivel más complejo, es análisis-síntesis.
- c) Tercera etapa: práctica, es la concreción de las dos anteriores, síntesis final.

Los momentos de la fase de coordinación son:

- Apertura: inicio de la sesión.
- Desarrollo: desarrollo de la información.
- Culminación o síntesis: recapitulación o síntesis del tema.

El proceso enseñanza-aprendizaje necesita de las técnicas didácticas, que tienen el fin de llevar a la práctica ciertos supuestos teórico-conceptuales que actúan con directrices para la acción educativa, entre ellas se encuentran:

- Exposición: uso de lenguaje oral para presentar una información al grupo.
- Interrogatorio: uso de preguntas y respuestas para obtener información, puntos de vista y aplicación de lo aprendido.
- Discusión en grupo: intercambio de ideas, conocimientos y opiniones que se dan entre los miembros del grupo.
- Demostración: comprueba la veracidad de afirmaciones verbales.
- Dramatización: representación de papeles sobre algún asunto, situación o hecho.
- Entrevista: orienta a las personas de una manera inmediata para enfrentar problemas de salud específicos.

Los recursos didácticos: son los medios en que se apoya el educador para facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje y son:

1. Recursos Visuales:

- Pizarrón, rotafolio, franelógrafo, periódico mural, cartel, laminas, mapas, esquemas, gráficas, folletos, volantes, notas técnicas, transparencias, modelos.

2. Recursos Audiovisuales:

- Grabaciones, película, videograbación.

La tendencia en la formación de Enfermería para el logro de la meta salud para todos, tendrá connotaciones acordes al desarrollo social del país entendiéndose como:

Desarrollo Social: Proceso que va a satisfacer las necesidades humanas y obtener una mejor calidad para los miembros de la sociedad. Los principios en que se rige son:

Autodependencia, interdisciplinariedad, desarrollo gerencial, participación social, articulación y equidad.³⁴

³⁴ Camacho Ospino, Gilma. *Perspectiva de la Educación Médica y Salud*. p.p.373-377

1.2.9. ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE LA SALUD.

Los equipos multidisciplinarios de salud son el punto de partida para el desarrollo de la atención primaria.

Mucchielli en 1984 citado por Caja López define el equipo como "un grupo primario, típico donde las notas dominantes son la unidad de espíritu, la cohesión, los lazos interhumanos y compromiso personal y la adhesión total de sus miembros al grupo restringido con el cuál se identifican".

Existen factores que contribuyen al trabajo en equipo :

1. Conocer sus propias funciones así como las funciones del resto de los miembros del equipo.
2. Poseer las competencias profesionales que permitan la confianza de uno mismo.
3. Precisar el nivel de colaboración que cada miembro está dispuesto a realizar.
4. Desarrollar métodos de trabajo en los que se incluyan reuniones regulares, planificadas y previamente preparadas.
5. Utilizar documentos de trabajo comunes.
6. Establecimiento de objetivos comunes, definir y delimitar los programas a desarrollar estableciendo continua comunicación, expresando en todo momento sus opiniones, dudas y respetando la personalidad y honradez.
7. No olvidar que la población con la que trabajamos es el centro de nuestro objetivo.

Todo lo anterior traerá como ventajas: evitar la duplicación de esfuerzos, dar cohesión al programa, unificar conceptos y técnicas, evitar contradicciones entre los integrantes del equipo.

A pesar de esto pueden existir obstáculos tales como: individualismo, falta de planificación y formulación de programas, autocracia, insuficiencia de recursos y tiempo, subestimación de los conceptos, objetivos, falta de expresión de intereses y necesidades de la población, equipo incompleto, falta de supervisión.

Las actividades específicas de los equipos son:

- Promoción de la Salud: es la más importante y a la que se le dedica más tiempo, su finalidad es capacitar a la población para que incremente su control sobre su salud, y de esta forma la mejore.
- Prevención de la enfermedad: se concreta a acciones dirigidas a problemas específicos , con metodologías propias para cada situación.
- Asistencia: se dirige a la recuperación de la salud, mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y rehabilitación.
- Llevar a cabo el diagnóstico de salud de la comunidad.
- Atención a grupos de riesgo.
- Visitas domiciliarias.
- Investigación en el campo de la salud.

Las funciones y actividades de Enfermería en los equipos multidisciplinarios de atención a la salud se clasifican en 4 áreas:

1. Asistencial: es la prestación de cuidados integrales directos al paciente, familia y comunidad; desempeñando.
2. Función Docente: realiza actividades para: formar a sus propios profesionales en todos los niveles y enseñar a personas y grupos con el fin de alcanzar el más alto nivel de salud posible.
3. Función Administrativa: participa en actividades de planificación, organización y control, encaminadas a cubrir los objetivos propuestos por el centro de salud.
- Función de Investigación: son actividades que pretenden ampliar y profundizar los conocimientos profesionales y buscar la solución a problemas y situaciones de enfermería, mejorar métodos y técnicas que eleven la calidad de la asistencia, y difundir y aplicar las mejoras obtenidas de los resultados de investigación.³⁵

1.2.10. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA COMUNIDAD.

La Enfermería al servicio de la Comunidad es secuencia y desarrollo de una práctica antigua, de visitar a los enfermos. La tendencia sobresaliente en los programas de salud comunitaria es la de establecer un sistema efectivo y completo de cuidado de salud para los ciudadanos de tal manera que reciban la atención de salud que necesitan, sea accesible para todos, y mantengan una relación aceptable con la enfermera comunitaria.³⁶

El personal de enfermería constituye el mayor potencial de recursos para la provisión de la Atención Primaria así como la necesidad de que sus funciones se amplíen siendo la estrategia para conseguir la meta de "salud para todos en el año 2000" para lo que se necesita hacer referencia de los siguientes conceptos:

- Enfermería en Salud Pública: en 1950 la OMS refiere que "Las enfermeras que se dedican a esa especialidad han de poseer además de los conocimientos de enfermería general otros sobre salud pública y sobre ciertos aspectos de la asistencia social; sus funciones se integran en un programa sanitario general de fomento de la salud, mejora de las condiciones del medio social y material, prevención de enfermedades e incapacidades físicas y rehabilitación, sus funciones principales son el asesoramiento sanitario a las familias en general y la asistencia a los enfermos hospitalizados y sus familiares, son de su incumbencia por lo tanto, los problemas sanitarios que afectan a determinados grupos sociales o al conjunto de la colectividad."³⁷

³⁵ Caja, López, Carmen. Op. Cit. p.p. 86-105

³⁶ Leahy, Kathlee et.al. Enfermería para la Salud de la Comunidad. p.p. 374-383

³⁷ Alfonso, Roca Ma. Teresa. Op. Cit. p.19

- **Enfermería de Salud Comunitaria:** se caracteriza por la aplicación de los conocimientos de la enfermería y de la salud pública con el fin de aumentar el nivel de salud de la población mediante la participación de esta y dentro de un equipo multidisciplinario de salud.

En 1973 la Asociación Mexicana de Enfermeras (ANA) dice:

- "La enfermería comunitaria es una síntesis de la práctica de la enfermería y la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población. La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos. No se limita a un grupo de edad o un diagnóstico determinado. Es continua y no es episódica. La responsabilidad dominante es la población como un todo si por lo tanto, la enfermería dirigida a los individuos, las familias o los grupos contribuyen a la salud total, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad del cuidado se utilizan con un enfoque integral de la familia, el grupo y la comunidad. La actuación de la enfermera confirma la necesidad de un planteamiento general de salud reconoce las influencias de tipo social y ecológico, presta atención a las poblaciones en peligro y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen el cambio".³⁸

1.3. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD.

Sin duda algunos cambios en las condiciones de vida se encuentran íntimamente ligadas al desarrollo integral de un país, es por eso que cada vez y en mayor grado los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, buscan mejorar las condiciones de salud de su población a nivel individual y comunitario. Es así como la promoción de la salud favorece el mejoramiento de las condiciones y los estilos de vida mediante planes y programas para lograr comunidades y ciudadanos más saludables.

En el presente capítulo se describen brevemente los modelos de cambio que se han venido implementando no solo a nivel nacional como es el caso de México, sino que se parte de los general, planteado por la Organización Mundial de Salud (OMS) a nivel internacional, y en América por la Organización Panamericana de Salud (OPS).

³⁸ Caja, López Carmen. Op. Cit. p.65-70

1.3.1. OMS/OPS.

En 1978 los países miembros de la OMS, tomando como antecedentes múltiples experiencias desarrolladas prioritariamente en comunidades, países y regiones de América Latina, África y Asia, "en el mundo subdesarrollado, convocan la XXX Asamblea Mundial de la Salud en la URSS nombrando la conferencia de Alma-Ata en la cual se denominó la meta de *Salud para todos en el año 2000*, identificando como estrategia a la Atención Primaria de Salud (APS)³⁹. Tal conferencia internacional se define a la APS según Hevia Rivas como:

"La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados; socialmente aceptables; puestas al alcance de los individuos y familias de la comunidad; mediante su plena participación; a un costo que la comunidad y el país puedan soportar; en todas y cada una de las etapas de su desarrollo; con un espíritu de autoresponsabilidad; y autodeterminación".⁴⁰

Sin embargo después de casi dos décadas tras analizar diversos contextos, se ha observado el riesgo de confundir el concepto inicial con el de Atención Primitiva o Atención Precaria con tecnologías destinadas a países del Tercer Mundo y que esta deja de ser necesaria en aquellos que han consolidado un sistema hospitalario. En otros momento se ha interpretado de formas como lo es dándole la denotación no de estrategia sino como nivel de salud o programa.

Se considera necesario hacer una breve diferenciación entre los anteriores a fin de poder continuar, una vez delimitado el concepto de la estrategia de APS.

Como estrategia; involucra a todo el sistema de salud y a toda la población; cumpliendo con los requisitos de equidad, eficiencia social, articulación intersectorial y coordinación internacional.

Como nivel de atención; es de orden técnico-administrativo, basado en como debe ser el contacto de un individuo en un sistema y su tránsito en él, y como programa tiene el objetivo de satisfacer las necesidades elementales de grupos humanos considerados en pobreza extrema.

Componentes esenciales de la APS:

Enfoque intersectorial, participación comunitaria, uso de tecnologías apropiadas y la articulación de los servicios básicos con la medicina tradicional.

Algunas de las características más importantes de APS:

Se basa en las condiciones económicas, políticas, culturales de cada región, orientándose a sus problemas específicos, brindando atención de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Apoyadas en actividades de Promoción en: la alimentación, nutrición, saneamiento básico, asistencia materno infantil, inmunizaciones, prevención y control de enfermedades endémicas

³⁹ Alvarez Manilla J.M. Atención Primaria la Salud, Revista de Salud Pública p. 32

⁴⁰ Hevia Rivas. Op. Cit. p.403

locales, tratamiento de traumatismos, suministro de medicamentos. Todos lo anterior con la participación intersectorial, multidisciplinaria y comunitaria.

En este marco de referencia se propone que cada gobierno analice las condiciones de su sector salud para reorientar y reestructurarlo a fin de: Identificar las condiciones de vida según la exposición a factores de riesgo de su población y contribuir a disminuir los daños a la salud, ampliando la extensión de cobertura y accesibilidad a los servicios para la salud, tendientes a reducir la desigualdad entre los grupos humanos que integran las sociedades.

En orden nacional la obtención de la meta requiere el incremento del bienestar de los pueblos, mientras que en el orden regional los objetivos fijados es procurar asegurar la contribución específica del sector salud para reducir las desigualdades entre los países y entre los grupos humanos.

1.3.2. EL CASO DE LAS AMÉRICAS.

Durante 30 años y a finales de la década de los 70' un crecimiento de sus económicas, sin una redistribución social del producto nacional es la tendencia de la económica de estos países, en los cuales sigue persistiendo la crisis política, en varios de ellos la estructura productiva y de consumo son altamente dependiente de importaciones, y de financiamientos basado en el endeudamiento externo más que en el ahorro interno, una decreciente capacidad de absorción de la fuerza laboral; una distribución de ingresos altamente inequitativa, concentrada y una fuerte resistencia de los sectores más beneficiados al cambio aunado a la baja participación de los mercados internacionales de inversión, empeorando las condiciones de vida y un empobrecimiento de numerosos sectores de la población deteriorando, servicios públicos como educación y salud, dependientes del gobierno nacional.

Durante la década de los ochenta y a comienzos de los 90' en muchos países se han desarrollado programas coyunturales de compensación social, consistentes generalmente en grupos limitados de intervenciones de alta cobertura y bajo costo combinados con acciones localizadas intensivamente en los sectores considerados vulnerables.

Estos programas compensatorios, junto con las estrategias de sobrevivencia desarrolladas por las poblaciones han amortiguando el impacto del deterioro de las condiciones de vida y de los servicios sobre las situación de salud y sobre todo, sobre la mortalidad.

El desarrollo de la tecnología ha transformado significativamente las formas tradicionales de producción e intercambio de bienes y servicios. Sin embargo, en materia demográfica sigue persistiendo la tendencia a que los países desarrollados tienen crecimientos poblacionales bajos y los pobres los más altos, lo cual es un problema que limita las acciones encaminadas a lograr el bienestar social.

En 1990, 196 millones de personas se encuentran en pobreza extrema en América Latina. En la mayoría de los países pueden identificarse territorios y sectores sociales cuyo porcentaje de población pobre, es considerablemente mayor que el porcentaje a nivel nacional.

A comienzos de los 90' se organizan encuentros subregionales parlamentarios para debatir sobre desarrollo y salud, buscando mejorar el bienestar social, reorientar el gasto público, promover disposiciones legales, proporcionar acciones de protección al medio ambiente, prevención de deforestación y contaminación.

En 1991 se realizó en México la primera Cumbre Iberoamérica en la cual se declaró: realizar todos los esfuerzos necesarios para liberar a nuestro pueblo antes del siglo XXI del flagelo de la miseria; procurando el acceso general a servicios mínimos en el área de salud, nutrición, vivienda, educación y seguridad social fortaleciendo la democracia en nuestra región dando prioridad a la salud preventiva.

En su conjunto *La meta de Salud para todos en el año 2000*, representa la política regional adoptada en la región de la Américas. Hevia Rivas en su documento Atención Primaria a la Salud hace referencia de lo siguiente: "En América en 1980 se definen los objetivos regionales fundamentales orientados a la reducción de las desigualdades sociales y económicas, dando prioridad a las poblaciones rurales y urbanas marginadas y dentro de éstas a las familias y a los trabajadores de alto riesgo"⁴¹.

Promoviendo a la comunidad como agente de su propio desarrollo, en lugar de receptores de atención, ya que para que cada persona sea más sana necesita la comprensión clara de sí misma en relación con los demás y con los factores que influyen sobre el bienestar de la gente, puesto que casi nunca o nunca tienen que ver con lo que se le enseña. La participación de la comunidad demasiadas veces ha llegado a significar, que la gente haga lo que nosotros decimos. Y a los promotores comunitarios se les hace sentir que su responsabilidad es con el sistema de salud y no hacia la comunidad.

La comunidad intervendrá en sus propias decisiones ya que está, cuenta con la capacidad de entender y abordar sus problemas de salud-enfermedad. La institución por su parte debe brindarle reconocimiento y respeto, apoyo logístico, empleando en el proceso su marco de referencia conforme a tradiciones y cultura. Permitiéndole participar democráticamente en todo el desarrollo así como en la búsqueda de soluciones. Ayudando a las personas a obtener los conocimientos, habilidades y conciencia que requiera para hacer frente a las necesidades y desafíos de la vida. Evaluar la calidad del trabajo comunitario y contribuir al cambio real en conocimientos y actitudes prácticas en salud y evaluar sus esfuerzos. A su vez la comunidad podrá formarse, informarse y concientizarse para que conozca mejor su realidad y asuma el papel de sujeto de acción.

⁴¹ Ibidem, p.402

En la reunión de la OPS/OMS de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990 se aprobó el documento titulado *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991 - 1994* en la cual la promoción a la salud concebida como estrategia que ayuda a los países a facilitar cambio en las condiciones de vida de su población y se suscribe en la Carta de Ottawa que: "Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, y para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, y de cambiar o adaptarse al medio ambiente"⁴².

Esta estrategia también plantea capacitar a la gente con los conocimientos necesarios para buscar, optar y comprometerse a vivir sanamente. El contexto para realizar tales actividades de promoción a la salud es considerando a la población en pobreza y desventajas sociales que constituyen el sustrato de América Latina y el Caribe.

El desarrollo de estrategias de promoción y protección a la salud exigen el fortalecimiento de la infraestructura de salud de tal forma que se le garantice a la población que cuando está enferme, tenga a donde acudir.

Las formas de participación social hasta ahora han sido muy variadas, todas ellas han habilitado a la población para tratar de solucionar sus problemas de salud, sin embargo requieren de una evaluación confiable y continua para lograr cambios sostenibles.

En mayo de 1990 en Venezuela se llevo a cabo la conferencia sobre desarrollo de la Enfermería en los sistemas Locales de Salud (SILOS), convocada por la OPS-OMS y la Federación Panamericana de profesionales de Enfermería (FPPEN) en la cual se establece que los SILOS es una política social vinculando la estructura de poder, y las políticas de gobierno con factores financieros, desarrollo económico y organizaciones administrativas del estado, las que son características esenciales en la planeación de actividades para alcanzar la meta de Salud para el año 2000.

Los objetivos de los Sistemas Locales de Salud son de acuerdo a la OPS:

- "Analizar las orientaciones y reorganización de los sistemas nacionales de salud en el marco de la política actual de descentralización de estos sistemas con el fin de redactar propuestas de trabajo intersectoriales que fortalezcan la participación de los profesionales de enfermería en dicho proceso.
- Conceptualizar las políticas de descentralización y sus efectos en la reorganización de los sistemas nacionales de salud.

⁴² OPS-OMS Las condiciones de Salud de América, Vol. I, p.336

- Analizar la participación y el desarrollo de recursos humanos en la prestación de los servicios de salud.
- Impulsar el trabajo de las asociaciones nacionales de enfermería considerándolas como organismos no gubernamentales responsables del desarrollo de las políticas de salud⁴³.

La descentralización y la regionalización, se ha aplicado intensamente en el esfuerzo por transformar los sistemas nacionales de salud definiendo y ejecutando políticas orientadas al desarrollo de los SILOS con tácticas operativas de la estrategia de la APS.

Esta política persigue los requisitos de:

Equidad-calidad es decir; "a los iguales hay que tratarlos igualmente y a los desiguales en función de su desigualdad relevante"⁴⁴, discriminando positivamente al dar respuesta que no son iguales para todos y que son diferentes en grado de necesidad de la población.

Democratización-participación: El derecho de los pueblos a ser protagonistas de su propio destino, "pasando de la democracia representativa a la democracia pariticipativa."⁴⁵

Desarrollo-transformación. "No basta con incrementar los recursos y sus productos, ni efectuar simultáneamente las transformaciones de la estructura distributiva y productiva que permite que el crecimiento contribuya a lograr la justicia social deseada"⁴⁶.

Eficiencia-tecnología apropiada: Obtener calidad de atención al más bajo costo utilizando la tecnología apropiada es decir los conocimientos y materiales disponibles.

Con el fin de lograr la descentralización se plantea definir los problemas y transfiriendo poderes primero a nivel central para identificarlos después a nivel local.

1.3.3. PAÍSES DEL TERCER MUNDO

Hasta hace poco se pensaba que el nivel de vida de estos países mejorarían tras el mayor acceso a la tecnología y medicinas, persiguiendo el modelo occidental, aun cuando las expectativas del nivel de vida se han incrementado también la pobreza lo ha hecho, como resultado de la centralización de los servicios de salud en áreas urbanas prevalece la tendencia de proporcionar servicios médicos baratos a pobres con personal poco capacitado.

Mientras tanto el análisis en Alma-Ata considera que los líderes nacionales debían equilibrar la pobreza transfiriendo, redistribuyendo y promoviendo los recursos al bienestar de los empobrecidos, "Sin embargo en la práctica nadie ofreció sus excedentes a los países pobres"⁴⁷

⁴³ OPS, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, p.627

⁴⁴ Paganni M. José. Sistemas locales de salud; p.431.

⁴⁵ Ibidem, p.432.

⁴⁶ Idem, p. 431

⁴⁷ Brachet. "¿Basta con sobrevivir?...".p.67

Es por ello y no en vano que la Dra.Brachet, en su documento ¡Basta con sobrevivir? Los retos de la integración de la salud y el bienestar en el tercer mundo relata:

- *Estar vivo no significa estar sano.* Una de las tendencias de los países tercermundistas ha sido seguir ofreciendo servicios para la educación, lo cual da mayor oportunidad de desarrollo y por ende de bienestar pero cuando se ha vivido en condiciones de desnutrición poco o nada se aprovecha de una buena educación.

Otra tendencia ha sido abatir la morbi-mortalidad con una reforma educativa, aun cuando la primera acción requiere grandes costos y la segunda habría que seleccionar a la población para otorgarle becas a fin de encontrarse en mejores condiciones nutricionales y bienestar general.

- *Abatir la mortalidad infantil para solo engendrar más familias pobres.* Los organismos internacionales han desarrollado la ilusión de una tendencias mundial progresiva de salud y bienestar, cuando en realidad, han combatido algunas enfermedades más no así la pobreza. "Hemos salvado vidas, pero hemos dejado a los sobrevivientes muy pocas esperanzas de dignidad y autodesarrollo."⁴⁸

Entre los programas binacionales podríamos ejemplificar el caso de la frontera mexicana con los E.U.A. en la cual la APS es otorgada a los migrantes mexicanos por personal norteamericano limitando la calidad de la atención, por tal motivo es necesario favorecer el desarrollo de programas en los cuales se capacite al personal de salud a fin de conocer con mayor profundidad el marco de referencia de los demandantes de servicio así como promover experiencias vivenciales a fin de vislumbrar claramente la necesidad e implementar una respuesta social a estas.

1.3.4. EL CASO DE MÉXICO.

La ley General de salud en el Título primero de las Disposiciones generales capítulo uno, artículo uno declara:

"La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud, señala las bases y establece la concordancia de la Federación y las entidades Federativas en materia de salud general.

Es de aplicación a toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.⁴⁹

Comenzaremos por analizar la participación de la sociedad civil en las tareas de salud, el estado en el cumplimiento del pacto social, la estabilidad política y la sociedad en la gestión de los programas de salud.

El estado es una institución con capacidad de disponer y adquirir los recursos humanos y materiales para brindar asistencia a la población es decir actuar con capacidad extractiva, regular

⁴⁸ Brachet, Op. Cit. p.72

⁴⁹ Ley general de Salud. P p. 115-123

y controlar los recursos humanos, financieros y materiales, distribuir los servicios prestados en los tres niveles de atención en las distintas áreas geográficas con sus diversas poblaciones, utilizar su capacidad receptiva, es decir el hecho de poder dar respuesta a los miembros de un sistema así como la posibilidad de institucionalizar modificaciones y comportamientos de la población y por último la capacidad simbólica que se refiere a aquella que da prestigio y legitimidad a una institución.

En nuestro país, la estabilidad política esta basada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en Materia de Salud en la Ley General de Salud.

En cuanto a la participación social en la Ley General de Salud en el capítulo IV Titulado "Usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad" artículo 58 nos dice que :

"La comunidad podrá participar en los servicios de Salud del Sector público, social y privado a través de las siguientes acciones.

- I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud a solucionar problemas de salud e invención de programa de promoción, mejoramiento de la salud, prevención de enfermedades y accidentes.
- II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud.
- III. Incorporación de tareas simples de atención médica y asistencia social, participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes.
- IV. Notificación de la existencia de personas que requieran servicios de salud, cuando estas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por si mismas.
- V. Formación de sugerencias para mejorar los servicio de salud.
- VI. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se advierten en la prestación de servicios de salud y otras actividades que coadyuven a la protección de la salud.⁵⁰

El Dr. Kumate afirma que " si en México hubiera colaboración plena de la población con los programas del sector salud y los recursos actualmente disponibles podríamos lograr"⁵¹

- Eliminar las enfermedades previsibles por vacunación y en donde hubiera fracaso de la profilaxis el episodio clínico sería menos agresivo y excepcionalmente fatal.
- Reducir la letalidad por enteritis e infecciones agudas de las vías respiratorias.
- Erradicar de cisticercosis y la triquinosis.
- Excluir el cáncer de cuello de uterino, de mama, de pulmón y de próstata.
- Suprimir enfermedades de transmisión sexual (inclusive SIDA).

⁵⁰Manilla, J.M. Corresponsabilidad y participación social, p.p. 65-73

⁵¹ Soberón, A. G. Del análisis a la acción, Revista de Salud, p.p. 165-168

- Reducir las caries dentales.
- Decrecer la letalidad por cardiopatías isquémicas, así como la cirrosis, accidentes y las complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas.

Un punto que no se puede dejar de lado es sin duda el nivel cultural de la población ya que depende de esta la aceptación y comprensión de los programas, para el logro de los objetivos.

El sistema Nacional de Salud hace efectivo el derecho de protección a la salud como garantía social, fundamentándose en los principios de equidad, cobertura, calidad y eficacia.

En México, el problema de la desigualdad social sigue siendo el estilo de desarrollo económico que indudablemente se refleja en el nivel de salud de la población.

"La relación entre desarrollo económico y niveles de salud es un asunto complejo de múltiples dimensiones y a que esta relación surgen cuestionamientos del enfoque determinísticos de que es necesario esperar a obtener los niveles de ingreso de los países desarrollados para acceder a mejores niveles de salud poblacional"⁵².

1.3.4.1. DIAGNÓSTICO DE SALUD DE MÉXICO.

Perfil Epidemiológico

Pese a que actualmente la estructura poblacional de la sociedad mexicana ha mostrado un crecimiento regular, las tasas registradas siguen siendo altas constituyendo un verdadero reto para el sistema nacional de salud.

"En la República Mexicana la población total es de 91, 606,141 habitantes registrada hasta el año de 1995".⁵³

La mortalidad permite conocer el grado de salud que ha alcanzado la población mexicana teniendo un descenso notable en algunas enfermedades, pero aún continúa siendo un problema debido a que muchas de ellas se pueden prevenir si se contara con el presupuesto económico adecuado, así como con la ampliación de la cobertura de salud y la mejor preparación y participación del equipo de salud para transmitir a toda la población mexicana.

En lo que se refiere al perfil epidemiológico respecto a las principales causas de mortalidad, se refleja la transición por la que atraviesa el país. En 1995, las diez principales causas de mortalidad por orden de importancia en la tabla general de la población mexicana es la siguiente:

"Enfermedades de corazón, tumores malignos, accidentes, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, cirrosis hepática, afecciones originadas en el período perinatal, neumonías, homicidios y deficiencia en la nutrición".⁵⁴

⁵² Molina, Salazar. *Desarrollo económico*, p. 223

⁵³ Centro de documentación e Informática en Epidemiología. *Anuario Estadístico, 1995*, p. 546

⁵⁴ Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. *Diario Oficial de la Federación*, p. 3

Las diez principales causas de mortalidad por grupo de edades es la siguiente:

"Mortalidad infantil: Afecciones originadas en el período perinatal, anomalías congénitas, neumonías, enfermedades infecciosas intestinales, deficiencias en la nutrición, accidentes, infecciones respiratorias agudas, septicemia, bronquitis, enfermedades de corazón.

Mortalidad en la edad preescolar: Accidentes, neumonías, enfermedades infecciones intestinales, anomalías congénitas, deficiencia en la nutrición, tumores malignos, bronquitis crónica, infecciones respiratorias agudas, septicemia y anemias.

Mortalidad en edad escolar: Accidentes, tumores malignos, anomalías congénitas, neumonías, homicidios, enfermedades infecciosas intestinales, parálisis cerebral infantil, enfermedades del corazón, deficiencias en la nutrición y nefropatías.

Mortalidad en edad reproductiva: Accidentes, tumores malignos, enfermedades del corazón, cirrosis hepática, diabetes mellitus, homicidios, enfermedades cerebrovasculares, nefropatías, SIDA y neumonías.

Mortalidad en edad posreproductiva: Enfermedades del corazón tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, neumonías, deficiencia en la nutrición, bronquitis crónica, cirrosis, accidentes y nefropatías".⁵⁵

Morbilidad

Las deficiencias que aún existen en el país en cuanto a calidad, cobertura y confiabilidad de las cifras de morbilidad, muestra que ha habido avances significativos. Sin embargo, el sistema de salud se enfrenta actualmente a serios problemas, resultado de los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población, así como de la organización y estructura, debido a que no es capaz de satisfacer con calidad y eficiencia las demandas tan crecientes en la materia, sobre todo, las que habrán de presentarse en los próximos años.

En los últimos años la esperanza de vida al nacimiento rebasa los 72 años, en tanto que la morbilidad infantil ha disminuido a más de la mitad de la que había en años anteriores. También existen cambios en aspectos demográficos, en la última década la tasa de crecimiento de la población es de aproximadamente el "2% en tanto que la tasa global de fecundidad, se ha reducido en más de la mitad en los últimos 25 años"⁵⁶

Lo referente a enfermedades evitables por vacunación, merece referencia particular el Programa Nacional de Inmunizaciones, ha tenido éxito, reduciendo el número de enfermos por Poliomielititis, Sarampión, Tuberculosis; pero aún el Tétanos ha mostrado un nivel elevado principalmente en el período neonatal. Dentro del panorama epidemiológico, existen otras enfermedades transmisibles cuya incidencia ha dado lugar al desarrollo de acciones específicas para prevenir y controlar. De

⁵⁵ ENEO-UNAM. *Antología de Introducción a la Salud Pública. Diagnóstico de la Situación de Salud en México*. p. p. 7-21

⁵⁶ Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Op. Cit. p. 3

estas enfermedades destaca el SIDA, que ha mostrado una tendencia ascendente, que cada día y hasta el presente año, se ha incrementado teniendo un impacto social poco favorable.

Dentro de las enfermedades transmisibles que aún en estos últimos años siguen teniendo una frecuencia elevada es la brucelosis y las enfermedades con frecuencia descendente es el dengue y la lepra.

La prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, son elevadas en un 82% de las personas enfermas por alguna de estas patologías requirió de servicios de salud.

Los accidentes y violencia, en las encuestas realizadas hasta el año de 1986, indican que la población principalmente afectada es del sexo masculino y las causas extremas son las caídas, seguidas por accidentes vehiculares y atropellamientos, de los cuales la incidencia mayor se registra en vía pública, seguida por el hogar y por último en sitios de trabajo.

Las enfermedades bucodentales de mayor importancia son la caries dental que afectan en un 90% a niños mayores de 10 años.

Las desviaciones en la situación nutricional, ya sea desnutrición o por obesidad, significa riesgo importante para la salud, según una encuesta nacional de nutrición practicada en 1988 "indica que en el país existen 2.6 millones niños menores de 5 años que presentan algún grado de desnutrición y la prevalencia de obesidad y sobre peso afectan a mujeres en edad fértil".⁵⁷

Las adicciones como el tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia afectan tanto a las personas que los consumen como a la sociedad en su conjunto.

El ascenso observado en las lesiones y muertes causadas por desastres de origen natural como los asociados a actividades humanas, hace urgente adoptar medidas tendientes a evitar o controlar su presentación, tomando conciencia y capacitando a la comunidad en su conjunto para estar prevenidos en caso de desastres.

Los factores condicionantes que influyen para mejorar la calidad de salud, son los estados financieros que desafortunadamente son la base para la optimización del bienestar de la población. En la educación existe un alto índice de analfabetismo que impide mejorar la calidad de vida; también la vivienda y el saneamiento ambiental son factores que influyen en la optimización de la salud en el país.

La situación actual del sistema de salud a tenido avances en la última década pero aún más de 10 millones de mexicanos no cuentan con acceso regular a los servicios de salud y existen grupos que mantienen condiciones mínimas de salubridad e higiene. Por otro lado el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil, hace que los servicios de salud enfrenen una creciente población de mayor edad, con padecimientos que demandan mayores recursos en cuanto a prevención y tratamiento.

⁵⁷ *Ibidem*, p. 3

La cobertura de salud es un tanto limitada, debido al centralismo que impera en la República Mexicana provocando que muchos ciudadanos se encuentren desprotegidos y no tengan acceso directo a las instituciones de salud, por lo que se ven en la necesidad de recurrir a las instituciones privadas siendo la población de zonas rurales y zonas marginadas las que se encuentran en esta situación.

1.3.4.2. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1990 - 1994.

La respuesta social a los problemas de salud en México se plasma en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 en el cual dice:

"La salud descansa en la esfera de todas las intervenciones económicas, sociales y culturales y es un elemento imprescindible del desarrollo y en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad social, es un derecho esencial de todos"⁵⁸. De este se desprende el objetivo general del Programa Nacional de Salud 1990-1994 comprende el Diagnóstico de la situación de la salud en el país, destacando las causas principales de los daños, analizando los aspectos demográficos más importantes: la magnitud poblacional, tasa de crecimiento, distribución espacial de la población y composición por grupo de edades. Se analiza factores condiciones como son la educación, la vivienda y el ambiente. Así mismo los recursos con los que dispone para atender los problemas de salud que han sido identificados. Destaca lo relativo al fortalecimiento de los servicios locales de salud y se refiere a la modernización administración, descentralización, coordinación intersectorial y participación comunitaria. También cubre lo correspondiente a la atención prioritaria de los grupos vulnerables y las regiones menos protegidas, la ampliación de la cobertura, la implantación eficiente del modelo de atención a la salud con énfasis en la atención médica de primer nivel, al aumento en la capacidad de servicios mediante la rehabilitación de las instalaciones, de la mejoría en la gestión y la participación no profesional.

El objetivo más amplio de la política de salud, asistencia y seguridad social persigue; "Impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanísticos que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el consenso de las comunidades y de los niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos necesarios"⁵⁹.

⁵⁸ Plan Nacional de Desarrollo, 1989-1994, p. 104

⁵⁹ Plan Nacional de Salud, 1990-1994, p. 25

Las políticas por las que se rige el plan son:

- Fomento de la cultura a la salud, impulsar la responsabilidad y educación ciudadana en relación a su salud y cuidado del medio ambiente.
- Acceso universal a los servicios de salud oportunos con equidad y calidad, implementando el modelo de APS dando prioridad a zonas marginadas y población materno infantil.
- Prevención y control de accidentes, desastres y enfermedades infecciosas, parasitarias y crónico degenerativas.
- Protección del medio ambiente y saneamiento ambiental.
- Contribución a la regulación del crecimiento demográfico.
- Impulso a la asistencia social, con el fin de apoyar la integración de los grupos vulnerables a una vida económica y social más equilibrada.

Las estrategias para llevarlo a cabo son:

- Reforzar la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud adecuando el marco jurídico a las condiciones actuales y estableciendo mecanismos de planeación coordinada para hacer el mejor uso de los recursos y evitar duplicidades.
Consolidar el sistema nacional de información sobre infraestructura , programas, productividad, control e impacto de los servicios de salud.
- Reforzar y extender los servicios locales de salud a todo el ámbito nacional, como una estrategia operacional para consolidar la atención primaria y favorecer la participación de la comunidad, con el fin de que estas estructuras sean más sensibles a las necesidades de la población.
- Los servicios de salud en el primer nivel de atención es la acción decisiva para lograr la efectividad y eficiencia del sector, también es la base para operar la referencia y contrareferencia de los pacientes, la colaboración comunitaria y la coordinación intersectorial.
- Continuar con las políticas de descentralización de los servicios de salud y de la regulación, control y fomento sanitarios, y consolidar los avances logrados.
- Fortalecer los sistemas locales de salud, favoreciendo el aumento de capacidad gestión y de toma de decisiones.
- Establecer los mecanismos que ayuden a superar los problemas relacionados con la participación y el desarrollo del personal, el suministro de insumos básicos, la conservación y mantenimiento de las instalaciones y el apoyo logístico.
- Fortalecer la organización y operación de los servicios del Sistema Nacional de Salud y su interrelación con otros campos y sectores de la vida nacional, de acuerdo con el enfoque actual de la salud.

- Impulsar la participación comunitaria para favorecer el éxito de los programas de salud, que se manifieste en la investigación de los problemas, la planeación de las actividades, el desarrollo, supervisión de las acciones, la evaluación de sus resultados y el autocuidado de la salud.

Programas de acción.

Programas para el fomento de la cultura de la Salud.

- Programa de educación para la salud.

Tiene como propósito proporcionar información que corresponda a los adelantos técnicos y científicos y que sea de utilidad para contribuir a modificar los hábitos, costumbre y conductas nocivas para la salud.

- Programa de nutrición y salud.

El desarrollo de este programa es eminente educativo y está dirigido, prioritariamente, al grupo materno-infantil de las áreas urbano, rurales marginales del país, sin descuidar el resto de la población.

Las acciones fundamentales se traduce en orientación nutricional para fomentar la alimentación adecuada durante el embarazo, la lactancia materna, la ablactación oportuna, la higiene y la conservación de alimentos, su producción para el autoconsumo y el consumo de los tradicionales. Asimismo, suministro despensas a familias de áreas marginales que tengan niños o mujeres embarazadas desnutridos.

- Programa contra las adicciones.

Promover la revisión y actualización de la legislación vigente en relación con la promoción, producción, distribución, venta y consumo de sustancias que causan adicción.

Impulsar compañías de información y orientación a través de los medio de comunicación , respecto a daños, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Incluir y divulgar contenidos educativos.

Promover programas de recreación familiar y comunitarias, deportivos sociales, productivos, artísticos y culturales.

Concentrar con los sectores públicos, social o privados la adopción de medidas para la sustitución de sustancias solventes de alta toxicidad.

- Programa de atención médica.

Es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de promover y restaurar la salud. Comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.

Las líneas estratégicas son:

Fortalecer el modelo de atención de salud para la población abierta elevar la productividad.

Dar prioridad a la atención médica de primer nivel.

Alcanzar la suficiencia del primer nivel.

Establecer programas gerenciales de alta eficiencia.

Perfeccionar los sistemas de información, supervisión y evaluación.

- Programas de atención materno infantil.

Se orienta a proteger la salud durante el embarazo, parto, puerperio y del niño desde su etapa intrauterina hasta los cinco años, las acciones son eminentemente preventivas, ya que consisten en la vigilancia del proceso normal de gestación y del parto, así como de la nutrición, el crecimiento y desarrollo del infante de manera primordial detección y atención oportuna de mujeres embarazadas y niños que tienen riesgo elevado de perder la salud física o mental.

- Programas de promoción y cuidado de la salud escolar.

El diagnóstico temprano y la atención oportuna de los problemas de salud que afectan a tan importante núcleo de la población permite evitar la presentación de daños o secuelas.

Las líneas estratégicas son:

Fomentar la participación del magisterio, padres de familia y autoridades sociales.

Diseñar y desarrollar acciones de promoción y cuidados de la salud, a cargo de maestras, alumnos y padres de familia.

Promover la revisión y actualización del contenido de los textos gratuitos en materia de salud.

Establecer modelos de organización y participación en los sistemas locales de salud para incorporar a los escolares en los programas y fomento a la salud.

Utilizar los medios de comunicación para informar, sensibilizar e inducir a la comunidad educativa para participar en cambios de actitudes, hábitos y costumbres.

- Programas de rehabilitación.

Se orienta hacia el manejo de deficiencias, incapacidades e invalidez del aparato locomotor y de la comunicación humana, así como las deficiencias visuales y mentales.

- Programa de atención bucodental.

Se orienta hacia el desarrollo de acciones encaminadas a la prevención y tratamiento de las afecciones bucodentales.

- Programa de extensión de cobertura.

Es un medio para proporcionar servicios básicos de atención primaria de salud a las comunidades menores de 2500 habitantes y a las marginadas urbanas.

- Programa de inmunizaciones.

La Secretaría de Salud debe establecer acciones, en materia de vacunación dirigiéndose a la lucha contra la tosferina, difteria, tétanos, poliomielitis, sarampión, tuberculosis así como de otras enfermedades que en el futuro se estime necesario hacerlo.

- Programa de Control de la Tuberculosis.

La tendencia descendentes se puede acelerar por la aplicación de la vacuna BCG en coberturas superiores a 90%, y por activación de diagnósticos y tratamiento de casos.

- Programa de control de lepra.

Las actividades básicas son el diagnóstico temprano por medio de la revisión de los contactos y grupos de población de riesgo alto, la vigilancia postratamiento para diagnóstico recidivas, la reincorporación del tratamiento y las acciones de prevención de incapacidades.

- Programa de control de la infecciones respiratorias agudas.

Organizar al personal de salud de primer nivel para que puedan identificar a todo paciente que presente un cuadro de infección respiratoria aguda.

Referir a unidades de salud a todo paciente grave.

Desarrollar un programa de comunicación social, que estimule la participación de la familia en la atención de los enfermos.

- Programa de control y prevención de enfermedades diarreicas.

Las acciones que se proponen comprenden medidas preventivas y de control. A través de actividades de promoción y educación para la salud mediante la participación comunitaria así como, identificar y manejar adecuadamente los casos de diarrea y deshidratación, su notificación y registro.

- Programa de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual.

El programa se enfoca hacia el control de la gonorrea, sífilis, chancro blando, linfo granuloma venéreo, herpes genital, condiloma acuminado y las uretritis inespecíficas.

- Programa de prevención y control de SIDA.

Se orienta hacia la epidemiología e investigación del padecimiento, control de las redes de laboratorios para el diagnóstico de la enfermedad, educación de la población, capacitación del personal de salud, control de los bancos de sangre y de los centros de información así como los aspectos legales en relación con la materia.

- Programa de control de enfermedades crónico-degenerativas.

Se desarrolla en el campo de la prevención primaria, específicamente de educación para la salud, y en la prevención secundaria mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de Hipertensión arterial, cirrosis hepática, diabetes mellitus y cáncer.

- Programa de prevención de accidentes.

Las actividades operativas son de tipo preventivo, se apoya en la legislación y regulación y son impulsados por la educación, así como la promoción de mejores dispositivos de seguridad personal.

- Programa de atención a la salud en casos de desastres.

Establecer una coordinación eficiente con el sistema Nacional de Protección Civil.

Mejorar la organización y funcionamiento de atención médica, salud pública y asistencia social.

Fomentar y desarrollar investigaciones epidemiológicas sobre desastres.

Desarrollar programas educativos y de autoprotección, para todas las unidades médicas y administración relacionadas con casos de desastres.

Promover la participación comunitaria antes, durante y después de un desastre.

- Programa de saneamiento básico.

Se orienta prioritariamente a lograr la desinfección de las fuentes de abastecimiento de agua potable, promoción del aumento de dotación de servicios de líquidos a un número cada vez mayor de mexicanos, y establecimiento de medidas de control de calidad del agua de consumo humano.

Asimismo, promover la participación sanitaria de excretas, basura y el combate a la fauna nociva.

- Programa de salud ocupacional.

La Secretaría de salud es responsable de emitir normas sobre la calidad del ambiente laboral, los insumos, procesos y productos de alto riesgo para la salud de los trabajadores.

También es responsable de la vigilancia del cumplimiento de las normas y realización de estudios de riesgo de trabajo, que permitan sustentar las acciones dirigidas a la protección de la salud de los trabajadores.

- Programas de control, vigilancia sanitaria de bienes y servicios.

Se orienta hacia la realización de acciones de carácter preventivo para controlar las condiciones sanitarias del hábitat humano, así como los establecimientos, actividades, productos, equipos, vehículos y personas que puedan representar riesgo o daño para la salud de la población, fomentando paralelamente el cuidado de la salud, a través de la práctica de repercusión personal.

- Programa para la regulación de crecimiento demográfico.

- Programa de planificación familiar.

Difusión a través de los medios de comunicación de mensajes educativos de planificación familiar.

Coordinación con los gobiernos estatales, municipales concretando con los sectores sociales y privados para consolidar y ampliar la prestación de los servicios .

Establecer una coordinación intersectorial para la realización de acciones educativas.

Desarrollar actividades que incrementen la participación de la comunidad en el programa.

Impulsar la formación y desarrollo de recursos humanos que presten servicios de planificación familiar.

- Programa de asistencia social.

Es un servicio de salud que debe prestarse a todas aquellas personas que se encuentran en estado de minusvalía, ya sea física, mental, económica y social, para contribuir a su bienestar e incorporarlas a una vida social satisfactoria y económicamente productiva.

- Programa de financiamiento.

Es un paso esencial para asegurar la ejecución correcta de las políticas de salud. Se debe basar en estimaciones aproximadas de los costos anuales de los programas operativos, para determinar los montos necesarios de recursos para la fuente de ingresos.

- Programa de formación y desarrollo de recursos humanos.

El propósito es mantener la búsqueda de alternativas de formación de recursos de calidad.

- Programa de investigación en salud.

Tiene como propósito estudiar los factores que influyen las causas de enfermedades y las variables que modifican sus manifestaciones, los efectos del medio ambiente sobre la misma, la prevención y curación de las enfermedades, la producción de los insumos para la salud y para la prestación eficiente de servicios de salud de la comunidad.

- Programas de insumos para la salud.

Son recursos indispensables, ya que sin ellos es imposible realizar en forma adecuada los programas instituidos. Comprende vacunas, biológicos, medicamentos, material de curación, de laboratorio, prótesis, órtesis, ayudas funcionales y equipo médico.

- Programa de conservación y mantenimiento.

En el cual se proveen los mecanismos, insumos, personal y recursos necesarios para la preservación y funcionamiento ideal de las unidades y equipos.

Asimismo, organizar programas de mantenimiento ideal de las unidades en operación, en los cuales se enlace adecuadamente cada uno de sus componentes.

- Programa de información y evaluación.

Es un apoyo para todo el Sistema Nacional de Salud y comprende capacitación, producción, procesamiento, sistematización, análisis y divulgación de la información nacional de salud.

- Los programas de prevención y control de enfermedades tales como dengue, paludismo, oncocercosis, en este momento no se mencionarán por considerarse de regiones tropicales.

1.3.4.3. PAQUETE BÁSICO DE SALUD.

El paquete básico de los servicios de Salud en el Distrito Federal es un conjunto de intervenciones en salud que deben ser otorgados a toda la población demandante en respuesta a necesidades prioritarias. Las intervenciones que la conforman agrupan actividades concretas de promoción, prevención, curación y/o rehabilitación dirigidas a individuos, familias, comunidad y al medio ambiente.

A nivel nacional son 12 intervenciones las cuales se adecuan a las características de la población y se integran en tres más que responden a la problemática de salud específica haciendo un total de 15 intervenciones las cuales son:

Saneamiento básico a nivel familiar, Manejo efectivo de casos de diarrea, Tratamiento antiparasitario de la familia, Manejo efectivo de las infecciones respiratorias agudas, Prevención y control de Tuberculosis pulmonar, Prevención y control Diabetes Mellitus, Inmunizaciones, Vigilancia de nutrición y crecimiento del niño, Servicios de planificación familiar, Atención prenatal del parto y puerperio, Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, Participación social, Prevención y control de la rabia, Salud bucal, Enfermedades de transmisión sexual.

1.3.4.4. REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995 - 2000.

El Programa de Reforma tiene como propósito, superar las actuales limitaciones de los servicios de salud, reorganizando el gasto de salud, restableciendo criterios generales más eficientes para los servicios de las instituciones, reforzando el abasto de los medicamentos e insumos especiales, así como los recursos humanos necesarios para la adecuada prestación de servicios; siendo los programas de vacunación, nutrición y salud reproductiva, el eje principal del paquete básico así como el incremento de acciones específicas según sea la necesidad sanitaria regional o local para mejorar la calidad de salud de todos los mexicanos.

El Programa de Reforma de Salud 1995-2000 es "el instrumento mediante el cual, el gobierno de la República, se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que son ampliar la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta".⁶⁰ La Reforma pretende resolver a corto plazo la actual situación por la que atraviesa el país.

⁶⁰ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación Programa de Reforma del Sector Salud . 1995-2000 p. 3

Las estrategias que se deben seguir para enfrentar esta problemática deben permitir introducir incentivos de calidad y eficiencia administrando adecuadamente los recursos para lograr una mayor equidad a través de instrumentos de ampliación a quienes hoy no reciben servicios básicos. Para poder alcanzar los objetivos de equidad y justicia social a través del sector salud reformado, el Programa de Reforma, pretende hacer participe a la población en los programas que se enfocan a la promoción a la salud, a la prevención y al autocuidado; sin menospreciar la atención curativa y de rehabilitación, con el fin de alcanzar a plenitud y sin excepción el derecho constitucional de protección a la salud para todos los mexicanos.

Los programas son:

- Promoción a la salud.

Los cambios en los perfiles epidemiológicos y demográficos demuestran que cada día aumenta la cantidad de enfermedades transmisibles que se caracterizan en general por los largos periodos de evolución, durante los cuales se requiere la provisión de múltiples y diversos servicios de salud.

Se compone de los siguientes subprogramas:

- Salud Familiar.

Se busca generar hábitos saludables en cada uno de los miembros de la familia, haciendo participe a personal de salud en instituciones públicas, privadas y sociales, en educación para la salud familiar en comunidades con menos de 2 500 habitantes.

- Ejercicio para la Salud.

Tiene como objetivo "promover la práctica organizada de actividades físicas"⁶¹ con el propósito de no propagar prácticas riesgosas para la salud.

- Nutrición y salud.

La nutrición adecuada en cantidad y calidad es un elemento esencial para la preservación de la salud, principalmente en edades infantil y escolar; este subprograma pretende disminuir la morbimortalidad asociada a la mala nutrición y a deficiencias de micronutrientes complementándose con actividades realizadas por el DIF a través del Programa de Alimentación y Nutrición familiar.

- Programa de salud infantil y escolar.

Propone favorecer las condiciones de salud de estos grupos de edad a través de acciones concretas agrupadas en cuatro subprogramas:

- Prevención y control de las enfermedades previsibles por vacunación.

Disminuir la morbimortalidad de enfermedades previsibles en las poblaciones infantil y preescolar a través de la vacunación universal y la vigilancia epidemiológica, siendo esta última fundamental para lograr el control y la eventual erradicación de estas patologías.

⁶¹Ibidem. p. 3

- Prevención y control de las enfermedades diarreicas.

Estas actividades requieren de la participación conjunta de instituciones, organismos y la sociedad para mejorar las condiciones de saneamiento e higiene colectiva e individual, reforzando las acciones de promoción y difusión del uso oportuno de suero oral, disminuyendo la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades y reforzando la vigilancia epidemiológica a través del Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica y así actualizar los conocimientos de estas patologías entre el personal de salud y los auxiliares comunitarios para una mejor difusión y actuación.

- Prevención y control de infecciones respiratorias agudas.

Pretende reducir la mortalidad por estas enfermedades, realizando diversas acciones tanto de organización de los servicios de salud como de coordinación interinstitucional y extrasectorial, llevando a cabo estrategias para incrementar su impacto en la prevención y control de infecciones respiratorias agudas.

- Salud en la escuela.

Contribuir a la promoción y cuidado de la salud de los educandos del Sistema Educativo Nacional para mejorar su desarrollo físico, mental y social, así mismo propone la formación de alumnos promotores de salud en la totalidad de las escuelas secundarias e incorporar contenidos temáticos específicos sobre hábitos saludables en los libros de texto, organizar actividades de promoción de la salud intraescolar que aborden temas de saneamiento, práctica de ejercicio, consecuencias de las adicciones a tabaco, fármacos y drogas ilícitas, abuso en el consumo de alcohol, prevención de accidentes y contenidos dietéticos.

- Programa de salud reproductiva.

El sector salud denomina salud reproductiva a "la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgo, con absoluta libertad para decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y esparcimiento de sus hijos".⁶² Desde esa perspectiva, los servicios de salud reproductiva se amplían para incluir los siguientes subprogramas:

- Planificación familiar.

Garantizar el acceso a la población a información, orientación, servicios de alta calidad sobre métodos anticonceptivos efectivos, seguros, aceptables y adecuados para las diversas fases de la vida reproductiva, promoviendo la adopción de actitudes y prácticas de paternidad responsable para reducir la tasa global de fecundidad en la República Mexicana.

⁶² Secretaría de Salud, Op. Cit. p. 24

- Salud reproductiva en los adolescentes.

Fomentar la adopción de actitudes de conducta responsable en los adolescentes para que asuman su sexualidad de manera autónoma, consciente y sin riesgo, estableciendo unidades de servicio de salud reproductiva en el primero y segundo nivel de atención, disminuyendo a incidencia de enfermedades de transmisión sexual, fomentando el uso de métodos anticonceptivos y la provisión de atención integral durante el embarazo, parto y puerperio a menores de 20 años.

- Salud de la madre y el recién nacido.

Reducir lamorbimortalidad garantizando el acceso a información suficiente y apropiada así como atención médica de alta calidad utilizando la estrategia del Hospital Amigo de la Madre y el Niño ampliándolo al primer nivel de atención; capacitando a parteras tradicionales en técnicas de atención del parto limpio, referencia del parto de alto riesgo, aplicación del toxoide tetánico, consejería y prescripción de métodos anticonceptivos.

- Disminución del riesgo preconcepcional.

Detectar y controlar antes del inicio de la gestación, aquellos factores que pueden poner en riesgo la salud de la madre y el producto⁶³ identificando a los grupos de alto riesgo preconcepcionales así como capacitando al personal en el manejo de estos factores tanto en los aspectos médicos como de consejería.

- Detección y control de cáncer cervicouterino y mamario.

Incrementar la detección oportuna de estas patologías para disminuir su impacto en la morbimortalidad femenina estableciendo mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional que refuercen las acciones de prevención y diagnóstico oportuno de displasias de útero y mama. Se considera también el diseño de una estrategia educativa que difunda conocimientos de prevención y autocuidado de estas patologías para con ello incrementar la detección temprana de estos padecimientos.

- Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Disminuir la morbimortalidad difundiendo información adecuada de prevención, mecanismos de transmisión y el reconocimiento de signos y síntomas tempranos enfatizando en incrementar el uso de preservativos para el ejercicio de la sexualidad sin riesgo, detección temprana y tratamiento oportuno de los casos.

- Programa de salud de la población adulta y anciana.

Fomentar la educación para la salud como instrumento para favorecer la identificación, modificación de factores de riesgo, detección y control precoz de las enfermedades llevando a cabo: Prevención y control de la tuberculosis, Detección y control de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus.

⁶³ Secretaría de Salud, Op. Cit. p. 29

Otros programas de salud para la población en general:

- Programa de salud mental.

Promover la salud mental de la población y reducir los efectos sociales, producto de los trastornos psiquiátricos y de la conducta por medio de a promoción, participación de la sociedad y medios de comunicación a través de programas educativos que propicien la identificación temprana y el tratamiento temprano de estas patologías para reducir con ello la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales susceptibles de prevención.

- Programa de salud ambiental.

Identificar los riesgos ambientales promoviendo actividades de investigación y coordinación entre instancias gubernamentales, privadas y sociales, estableciendo corresponsabilidad con la comunidad para controlar y fomentar el saneamiento básico mejorando el ambiente.

- Programa de prevención de accidentes y lesiones.

Disminuir la morbimortalidad ocasionada por accidentes y lesiones en la población en general a través de medidas de prevención que incidan en los factores de riesgo en el hogar, la escuela, el trabajo y las áreas públicas⁶⁴; haciendo participe a las instituciones del sector salud estableciendo puestos centinelas en las mismas y en unidades que reporten las mayores incidencias de accidentes así como la realización de un diagnóstico situacional epidemiológico de éstos y capacitando al personal responsable que participa el programa.

- Programa de salud bucodental.

Tiene como objetivo "abatir la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucodentales más comunes sobre todo en la población menor de 15 años".⁶⁵

- Programa contra las adicciones.

Incorporar la percepción de la comunidad sobre las manifestaciones de estas adicciones, intentando conformar una estrategia de coordinación entre las instituciones y las propias comunidades reduciendo la incidencia de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia difundiendo información sobre las consecuencias de estas adicciones, así como el fortalecimiento de la vigilancia del cumplimiento de la legislación sobre venta de éstos a menores de edad.

- Programa para la disposición de sangre segura.

Garantizar que la disposición de sangre y sus componentes se lleve a cabo con la máxima seguridad, conforme a lo establecido por la legislación sanitaria y de acuerdo con los principios de ética médica, en el intento de reducir los riesgos a los donadores, receptores y personal de salud⁶⁶ consolidando la creación de los Centros Nacional y Estatales de la Transfusión Sanguínea

⁶⁴ Secretaría de Salud. Op. Cit. p. 34

⁶⁵ Secretaría de Salud. Op. Cit. p.35

⁶⁶ Secretaría de Salud. p.36

estableciendo las normas que regulen la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de bancos de sangre, servicios de transfusión y puestos de recolección.

- Programa de trasplantes.

Beneficiar mediante trasplantes a los pacientes, garantizando el más alto grado de seguridad para la función y la vida de los receptores como de los donadores vivos y con total apego a la legislación mexicana aplicable⁶⁷, diseñando estrategias de difusión de información y educación de la población para promover la participación en el programa y el uso correcto de este servicio.

Los programas regionales también cobran mucha importancia debido a que los diversos patrones epidemiológicos, muestran que en cada región existen diversos problemas de salud característicos de las zonas que afectan a la población. Por ello existen programas que incrementan la eficiencia de los recursos para el control de enfermedades, el fortalecimiento inter e intrasectorial de la coordinación en el ámbito local, estos programas son: Programas de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, del cólera, de la rabia, de la brucelosis, de tianiasis/cisticercosis, de lepra y de intoxicaciones por picadura de alacrán; el objetivo general de estos programas es prevenir y controlar las enfermedades anteriormente mencionadas mediante la educación sobre salud concientizando a la población sobre la importancia de su participación en el saneamiento y el autocuidado para evitar estos padecimientos.

El fomento y la vigilancia sanitaria son responsabilidad de la Secretaría de Salud, la cual se encarga de estudiar y proponer los instrumentos legales que productores, industriales y prestadores de servicio deben cumplir para ofrecer a la sociedad productos, servicios seguros y efectivos, para proteger la salud de la población mediante la detección y prevención de riesgos para la salud. La Reforma de Salud tiene contemplado los siguientes programas: Programa de control sanitario de bienes y servicios, de control y vigilancia de medicamentos, de control y vigilancia sanitaria de dispositivos médicos.

En lo referente a la Salud pública el objetivo de ésta es " contribuir de manera significativa en la disminución de los índices de morbimortalidad asociados con ciertos estilos de vida y factores de riesgo específicos a través de acciones de promoción, protección, prevención y control, así como impulsar el desarrollo de una cultura de salud fortaleciendo los conocimientos, actitudes, comportamiento social y su interacción con el medio ambiente en favor del bienestar individual, familiar y social".⁶⁸

Los programas que se implementan son:

Salud reproductiva, Nutrición y salud, Salud escolar, Deporte para la salud, Salud mental, Accidentes y lesiones no intencionales, y Adicciones siguiendo los objetivos antes mencionados.

⁶⁷ Ibidem. p. 36

⁶⁸ Secretaría de Salud. Op. Cit. p. 50

El Programa de Reforma tiene como objetivo ampliar el acceso regular a los servicios básicos de salud ampliando la cobertura a través de un Paquete Básico de Servicios de Salud el cual se define como "el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias (factores de riesgo, lesiones y enfermedades). Se trata de intervenciones clínicas de salud pública y de promoción de la salud factibles de instrumentar, de bajo costo y alto impacto".⁶⁹

El paquete incluye 12 intervenciones que permiten ofrecer una atención integral de salud, atender a las necesidades de los grupos más vulnerables y atacar ocho de las diez principales causas de muerte en el país. Estas intervenciones son las siguientes: "Saneamiento básico a nivel familiar, planificación familiar, atención prenatal, del parto y del puerperio, vigilancia de la nutrición, crecimiento infantil, inmunizaciones, manejo de casos de diarrea en el hogar, tratamiento antiparasitario a las familias, prevención y control de tuberculosis pulmonar, hipertensión arterial, diabetes mellitus, de accidentes, manejo inicial de lesiones y capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud".⁷⁰

En resumen, el Programa de Reforma de Salud 1995-2000 contempla la participación multidisciplinaria y del equipo de salud. Desde nuestra condición de enfermeras, como parte integral del sistema sanitario, nos hemos enfocado más hacia el cuidado individual de la persona enferma que en atender a la familia y comunidad.

"El papel de la enfermera como miembro del equipo multidisciplinario de salud es primordial en el orden de ayudar a que la población cuente con los conocimientos necesarios para desarrollar actitudes de autocuidado del ciclo vital, manteniendo un equilibrio armónico con el entorno en el que interactúan, así como desarrollar las funciones que le son propias"⁷¹

La enfermera puede provocar cambios motivando a la familia en la búsqueda de ayuda sanitaria, cubriendo su déficit de autocuidado, potencializando su desarrollo y realizando acciones de educación sanitaria.

En casi todo los países, las enfermeras constituyen la categoría de agentes de salud con el mayor número de aliados, además de que posee funciones a nivel central en diversas clases de servicios de salud, trabajan generalmente a un nivel inferior a su máximo grado de competencia a causa de restricciones legales, administrativas, educativas y sociales. La reorientación de los mecanismos de reglamentación para atender las necesidades de atención primaria de salud, es de hecho, una estrategia para modificar la enseñanza y la práctica de enfermería.

El compromiso contraído por la OMS en cuanto al establecimiento, la reorientación y el mantenimiento del Sistema de Salud integral basados en el concepto de atención primaria ha

⁶⁹ Ibidem. p.56

⁷⁰ Ibidem. p.p.56-57

⁷¹ Sin Autor. Familias sana para naciones sanas. Nursig 94, abril 5

llevado a examinar las barreras que a menudo impiden que las enfermeras contribuyan al máximo en la prestación de servicios de atención primaria. Las modificaciones más radicales de las actividades de las enfermeras de salud pública constituirá, en primer lugar, enseñar al personal de asistencia primaria muchas de las funciones tradicionales desempeñadas por enfermeras y orientar a este nuevo personal en lo relativo a la localización de casos, la prevención de enfermedades, la asistencia a los enfermos y a las familias, la ejecución del programa de salud pública, la educación sanitaria y las actividades curativas a fines.⁷²

Aunque se pueden reconocer avances es evidente que enfermería como el grupo más grande de trabajadores en el Sector salud, todavía tiene un comportamiento tímido y muy poco activo y consecuentemente, tiene poca participación en la definición de políticas para los sectores de salud y educación.

1.4. FORMACION DE RECURSOS PARA LA ATENCIÓN COMUNITARIA.

1.4.1. NORMA INTERNACIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

La Organización Panamericana de Salud promueve la importancia de la participación de Enfermería en la administración y planificación de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS), para alcanzar la meta propuesta en Alma Ata en 1978 "Salud para todos en el año 2000", promoviendo cambios en la preparación del personal de Enfermería acordes a las necesidades de salud cada país, basando sus actividades en normas y políticas de salud, fundamentadas en el método epidemiológico y atención de riesgo a nivel individual, familiar y colectivo.

Para cumplir con esta meta la educación de Enfermería debe tener ciertas características según los lineamientos del Comité de Programas de Libros de Texto de la OPS - OMS para la enseñanza comunitaria en los que se indican :

"La enfermera en Salud Comunitaria debe estar preparadas para:

1. -Satisfacer necesidades de salud de poblaciones con diversas características socioeconómicas y culturales.
2. -Enseñar en materia de salud, así como dirigir, dar atención en casos de enfermedad o rehabilitación.
3. -Probar nuevas formas de extender los servicios a zonas rurales y marginadas urbanas.
4. -Promover cambios de comportamiento en relación con la salud individual y colectiva.

⁷² OMS. Informe de un grupo de estudios de la OMS. p. 6

5. -Satisfacer las necesidades especiales de salud en todas las etapas de crecimiento y desarrollo de las personas.
6. -Supervisar la atención de salud de los niños normales en crecimiento, así como el cuidado que se brinda al niño física y mentalmente superdotado o incapacitado.
7. -Ayudar a los adultos jóvenes a protegerse contra accidentes, enfermedades crónicas y sus efectos inhabilitantes.
8. -Suministrar atención de apoyo a los adultos mayores que sufren problemas de salud relacionados con la vejez.
9. -Establecer un vínculo entre el personal local de salud y el sistema de atención de salud.
- 10.-Contribuir a institucionalizar los grupos locales y auxiliares voluntarios.
- 11.-Asumir un papel directivo y ejecutivo en el adiestramiento de los auxiliares de salud de todas las categorías.
- 12.-Trabajar en colaboración con otros profesionales que se ocupan de la salud comunitaria.
- 13.-Coordinar la atención de salud proporcionada por un equipo de salud multiprofesional a individuos, familia y grupos de población.
- 14.-Proporcionar una atención segura y eficaz basada en conocimientos amplios y profundos de las ciencias de la salud y de salud pública, (Método epidemiológico, ciencias físicas, biológicas y ciencias de la conducta) utilizando esos conocimientos para comunicarse eficazmente con otros profesionales de la salud comunitaria.
- 15.-Aplicar con destreza las metodologías de las salud pública para identificar y diagnosticar a los grupos de población que sufren riesgos de salud, evaluando los programas de Enfermería en Salud Comunitaria.
- 16.-Desarrollar aptitudes para movilizar los recursos, participación en actividades de desarrollo de la comunidad tendientes a solucionar los problemas de salud".⁷³
- 17.-Mantener los registros de salud actualizados.
- 18.-Compra y almacenamiento de medicamentos y suministros.
- 19.-Evaluar los servicios asistenciales a través de criterios o indicadores de evaluación, vigilancia de servicios, identificación de necesidades nuevas o continuas de las personas y de las colectividades".⁷⁴
- 20.-Utilizar su capacidad potencial en el papel que le corresponde para definir sus propios parámetros de acción (Políticas y Reglamentos de la profesión).
- 21.-Asumir nuevas funciones relacionadas con atención de la salud y renunciar a funciones tradicionales, conforme a necesidades sociales del momento.

⁷³OPS-OMS. Informe del Comité del programa de libros de texto, N° 332. Publicaciones científicas. E.U. 1972 p.p. 258 - 286.

⁷⁴OMS. Informe del grupo de estudios de la OMS. Mecanismos de reglamentación de enseñanza y la práctica de enfermería... Ginebra. 1986 p.p. 40 - 46.

- 22.-Evaluar la salud física y psicosocial de las personas y familias.
- 23.-Diagnósticar las necesidades de salud y suministrar atención atinada a individuos, familias grupos y colectividades de personas que comparten necesidades similares, ya sea en ausencia de enfermedad, en la fase aguda de las enfermedades o en estados crónicos estabilizados.
- 24.-Proyectar las necesidades y recursos de Enfermería en la planificación comunitaria.
- 25.-Interpretar el potencial de Enfermería para los programas de salud comunitaria.
- 26.-Lograr la participación de los usuarios en la planificación, prestación y evaluación de los servicios de salud.
- 27.-Participar eficazmente en todos los niveles de programación inter e intrasectorial para la salud, especialmente a nivel comunitario.
- 28.-Participar con los profesores en los programas de enseñanza para estudiantes de Enfermería.
- 29.-Diseñar estudios de investigación que sean relevantes en la Salud Comunitaria.
- 30.-Aplicar conocimientos de las ciencias de la salud pública y de Enfermería en el desarrollo de programas de Enfermería en Salud Comunitaria según las necesidades de salud detectadas en la población y la capacidad de aprendizaje de los estudiantes.
- 31.-Aplicar conocimientos de psicología del aprendizaje en el desarrollo del currículum de Enfermería en Salud Comunitaria.
- 32.-Aplicar conocimientos en la elaboración de módulos de enseñanza.

Las actividades que el egresado debe tener para ejercer la Enfermería Comunitaria, según Camacho de Ospino son:

- Diagnosticar las necesidades de atención de la población urbana o rural, vigilando las tendencias de ésta.
- Identificar grupos e individuos con factores de riesgos potenciales o con problemas de salud que comparten las mismas necesidades de atención.
- Planificar y ejecutar acciones de prevención en sus tres niveles: incorporando sistemáticamente en su práctica la atención primaria y movilizando los recursos individuales y colectivos en la comunidad para la satisfacción de necesidades de salud.
- Evaluar el impacto de las acciones de Enfermería sobre los grupos de individuos atendidos y sobre la salud de la comunidad como un todo".⁷⁵

Apesar de que estos documento son antiguos, las áreas de actuación de enfermería no difieren mucho de lo actual pues sigue siendo la línea del ejercer profesional en las distintas áreas como la administración, docencia, investigación y asistencia. "La enfermera ha sido una fuerza de trabajo importante en el programa de atención a la salud de familias y comunidades además de ser un elemento clave para cumplir con la meta de salud para todos ".

⁷⁵ Camacho De Ospino, G. Prospectiva de la... Medicina y Salud, 1991 p.p. 370-377

Por ello la formación de recursos en Enfermería debe fundamentarse en filosofías y actitudes basadas en la estrategia de APS, en los recursos que cuenta la comunidad con un enfoque preventivo, además centrar sus acciones en la transformación de actitudes a nivel individual , familiar y colectivo".⁷⁶

Básicamente la formación de estudiantes de Enfermería no debe dejar de lado el significado de comunidad, interdisciplinariedad, independencia, articulación, equidad, participación e investigación ya que de ellas se desprenden muchas de las actividades que pueden hacer transformar la situación de Enfermería principalmente en el área de Salud Pública.

Por otro lado se debe desarrollar en el estudiante una actitud de nueva cultura de salud, competencia, cooperación, liderazgo que le permitan participar en niveles decisorios en relación con definición, planificación y ejecución de políticas de salud y educación acordes al desarrollo social del país.

El estudiante y el personal de Enfermería deberá tener una conciencia crítica, inductora de análisis y transformación, capacidad de actuar en equipos multidisciplinares, dándole el valor significativo a la profesión de enfermería: Para que el trabajo interdisciplinario puede ser fomentado en el estudiante durante el proceso de formación y facilitar la interacción en la comunidad".⁷⁷

"Las actividades de la enfermera comunitaria se clasifican según Margaret y Jacobson en tres tipos citadas por Caja, López:

- Actividades directas.(apoya, escucha, defiende al paciente).
- Actividades semidirectas.(promotora, líder, educadora, consejera , asesora y animadora de grupos)
- Actividades indirectas.(enlace, coordinadora y facilitadora con instituciones y la comunidad).
- De esta clasificación se ejemplifican los siguientes:
- Adiestrar a las familias sobre los cuidados básicos para el mantenimiento y/o recuperación de la salud.
- Ofrecer ayuda a las familias para evitar ingresos y estancias innecesarias en hospitales y residencias.
- Orientar a la familia con hijos R/N y realizar un seguimiento durante su proceso de desarrollo.
- Prestar atención a pacientes en su domicilio, después de una alta hospitalaria, facilitando su inserción en la vida cotidiana.
- Realizar en seguimiento de pacientes con problemas de salud diagnosticados y con pautas terapéuticas protocolizadas.
- Brindar el apoyo y los cuidados necesarios para quien desee morir en su domicilio.

⁷⁶ Ibidem. Op. Cit. , p.p. 370 - 377.

⁷⁷ Idem . Op. Cit. p.p. 370-377.

- Identificar necesidades y demandas de cuidados de enfermería de la población.
- Promocionar la salud mediante actividades de educación sanitaria.
- Coordinar y trabajar con líderes y otros representantes de la comunidad.
- Participar en la programación y evaluación de los servicios de salud comunitarios.
- Participar en el control de calidad de los cuidados prestados".⁷⁸

"La función de Enfermería en los servicios de salud de cualquier país está determinada en gran medida por la legislación nacional o subnacional, sobre el ejercicio de las profesiones afines a la salud.

Por ello en 81 países de las 6 regiones de la OMS cuenta con mecanismos de reglamentación por medio de los cuales la enfermera está autorizada para actividades de la estrategia de APS que son:

Aplicación de inyecciones, administración de medicamentos VO, aplicación de inmunizaciones, ocuparse de traumatismos en casos de urgencias, toma de T/A, efectuar análisis de diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas y comunes.

Las cinco tareas menos comúnmente autorizadas son:

Práctica de cirugías menores, prescripción de anticonceptivos orales, introducción de dispositivos intrauterinos (DIUs), recetar medicamento para efectos comunes y diagnóstico de enfermedades comunes.

En 1974 un Comité de Expertos de la OMS en Enfermería y Salud de la Comunidad especifico sus funciones de enfermería en salud comunitaria:

- Examen del estado y de los hábitos de salud, de los individuos, familia y comunidad.
- Delimitación de los problema sanitarios y de las lagunas o deficiencias de los recursos.
- Prestación de los servicios necesarios y evaluación de los recursos según el tamaño de la población servida y los objetivos del programa alcanzado.

El grupo de estudio concluyó que en el mundo hay una tendencia a la extensión de las funciones de enfermería para poder cumplir con la meta propuesta en Alma Ata, siempre cuando cuente con un marco legal de referencia que respalde su actuar".⁷⁹

Es necesario que la Enfermera rompa con las barreras que durante mucho tiempo se han creado empezando por el sistema de cuidado que de ser individual pase a ser familiar y de grupos tanto a nivel institucional como extramural.

Además debe establecerse criterios de calidad para la atención en relación con la problemática de salud y no perpetuar en antiguos criterios poco válidos. Estos cambios empezarán apartir de que los docentes generen en el estudiante la calidad en la atención através de modelos pertinentes

⁷⁸ Caja, López. Op. Cit. p.p. 66-75

⁷⁹ OMS. Mecanismos de reglamentación de la enseñanza de la práctica comunitaria de enfermería . Satisfacción de necesidades de APS. Ginebra. 1986. p.p. 16-18

que los hagan partícipes y dinámicos en el proceso de aprendizaje, además de utilizar la participación comunitaria como estrategia para el logro de satisfacción de necesidades.

"Así es que la formación de recursos humanos en salud básicamente de enfermería no debe tomarse a la ligera, ni estandarizar modelos o perfiles para cada profesión; ya que esta planificación es errónea, pues se piensa que la universidad es fábrica de mano de obra calificada y como parte del subsistema de formación de recursos que permitirá la reproducción de la fuerza de trabajo para formar los recursos humanos que el país necesita; concepto mágico que supone conocer tal cosa con anticipación, concepción sistemática ahistórica de la educación ya que no alcanza a visualizar todos los problemas reales que existen dentro de la profesión como: cambio de lo habitual es visto como amenaza, la mala distribución geográfica de profesionales de la salud, el debilitamiento académico de las ciencias básicas, los técnicos que han sido utilizados en tareas para las que no han sido formados, las políticas globales de racionalización (reducción) de personal y del peso de la investigación en las universidades representan una complejidad mayor de la asignada para la planificación de recursos humanos"⁴⁰

Por ello la formación de profesionales de la salud ha tratado de ser dinámico, con revisión constante de los planes de estudio haciendo partícipes a los estudiantes para perfilar sus inquietudes y tener mayor visión de la realidad económica y social imperante en las comunidades.

* En México desde agosto de 1987 se ha estado realizando un trabajo sobre perspectivas y planeación estratégica de la enseñanza de la salud para el año 2005 a través de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la asociación Javier Barrios Sierra en donde se explica la situación actual de la formación de recursos humanos en Salud Pública reflejado en un crecimiento acelerado en el N° de instituciones y programas, así como una enorme dispersión de esfuerzos.

Algunos programas que se implementan en algunos planes de estudio se enfocan fundamentalmente a las necesidades de la salud de la población o necesidades del sector salud y pocos contemplan aspectos generales de salud para definir sus programas.

Muchos no responden a las necesidades regionales concretas, o se enfocan a capacitar en tareas específicas perdiendo con ello la visión integral del panorama nacional. Esta situación se deriva de la gran heterogeneidad de perfiles y falta de concordancia entre diferentes programas de posgrado, por el desconocimiento de las necesidades, de los recursos humanos en el campo, lo que repercute en el diagnóstico que da solo una visión parcial de esta problemática.

El CONACYT, hizo un reciente análisis y evaluación de los programas de posgrado a nivel nacional y concluyó: el sistema de estudios de posgrado en salud pública se encuentra

⁴⁰ OPS-OMS. Capacitación avanzada en el desarrollo de recursos humanos. Experiencias de trabajos en las Américas. Revista de Salud Pública de México N° 2 Vol. 26 1992, p.p. 177-192

desvinculado de la problemática relevante del país, académicamente débil, poco productivos y de baja eficiencia terminal".⁸¹

Para el diseño del programa de estudios y el plan curricular así como sus implicaciones en el ámbito de la salud pública se han formado diferentes Comités integrados por especialistas del área de la salud pública de diferentes universidades con el propósito de analizar los cambios sociales y las exigencias que estos cambios ameritan como respuesta social a la comunidad y para su desempeño futuro.

Desafortunadamente existen pocas investigaciones sobre evaluaciones de planes y programas de estudio del pregrado en enfermería por lo que no se corrobora si la enfermería comunitaria y la salud pública son eje de la formación profesional

Según la OPS/OMS, existen grandes diferencias entre los países de América Latina en cuanto al estado de desarrollo de la práctica de Enfermería y se destacan: la composición de la fuerza laboral de Enfermería, estatus social de la profesión, capacidad organizativa de diferentes grupos que conforman el personal de Enfermería, el nivel educativo entre las auxiliares y las ayudantes de Enfermería.

Se aprecia gran distancia entre las declaraciones teóricas y la realidad objetiva; ya que el mayor mercado sigue estando a nivel hospitalario con la consiguiente concentración de recursos, sitios urbanos, modelos de actuación tradicional y escasa participación de Enfermería en el primer nivel de atención (Carrillo 1986).

La falta de identidad y autonomía en el desempeño profesional es resultado de la concentración del poder en la profesión médica, la falta de reconocimiento de la labor de Enfermería como actividad básica y esencial en las instituciones de salud y la predominancia del sexo femenino.

La problemática social en Latinoamérica.

Deficiencia de dotación de equipos y suministros, bajos salarios, inaccesibilidad a programas de educación continua en servicio y dificultad para lograr articulación docente asistencial en el plano operativo.

Estos problemas deben ser tomados en cuenta para establecer directrices y estrategias en el trabajo de Enfermería en América Latina enfatizando el desarrollo institucional de las escuelas de enfermería y la preparación de sus estudiantes, pues equivalen a una importante cantidad de recursos humanos para la salud y goza de privilegios que ningún otro profesional tiene, como el acceso incondicional a los hogares, conocer su forma de vida, hábitos, costumbres, etc..."⁸²

⁸¹ Cardozo, Brum, Hernández Tezoquiapa I, et. al. Educación en Salud Pública 2005. Prospectivas para la planificación estratégica, avances y perspectivas, Revista de Educación Superior en México nº 1. Vol 32. 1990. p.p. 88-97

⁸² OPS-OMS. Las condiciones de salud de América, p.p. 47-53

Existen desafíos que según el Consejo Internacional de Enfermería deben cumplirse para el próximo siglo como son:

- 1) Ampliación del rol que posibilite la actuación en las instituciones tradicionales de salud y en aquellas que en la actualidad están subutilizadas como: escuelas, industrias y el trabajo domiciliario.
- 2) La práctica de Enfermería deberá estar dirigida al control del ecosistema, procesos laborales que generen riesgos para la salud de los trabajadores y/o prevenir o postergar los problemas inherentes al proceso de envejecimiento de la población.
- 3) Deberá ser concebida como parte de la organización de trabajos en salud, y deberá contribuir a los avances científicos y tecnológicos destacando el actual concepto del continuum salud - enfermedad con un fuerte énfasis en la educación para el autocuidado, la promoción a la salud y prevención de enfermedades a nivel individual y familiar de la comunidad.

1.4.2. PERFIL DE ENFERMERIA EN SALUD PUBLICA

La Enfermería es una profesión con gran potencial para atender las necesidades de expansión de los servicios básicos de salud por ello Soberón muestra el perfil de la Enfermería en México elaborado por Enfermeras en puestos claves del sector salud, las cuales utilizaron parámetros como:

- a) Diagnóstico de salud del país.
- b) Política global y regional de salud para todos.
- c) Plan Nacional de Desarrollo.
- d) Programas Nacionales de extensión de cobertura de servicios de salud.
- e) Niveles de atención del sistema regionalizado de los servicios de salud.
- f) Metas en materia de Enfermería.
- g) Situación actual de Enfermería en el país.

El perfil presenta un concepto actualizado de la Enfermería:

Es un servicio dinámico de atención preventiva, promocional, terapéutica, educativa, orientada a dar respuesta a las necesidades de salud de la sociedad, involucrando la asistencia a individuos, familias y grupos comunitarios en el logro de un grado deseable de autodirección en el cuidado de su salud de acuerdo con su potencial.

La enfermera debe ser capaz de participar:

Con múltiples profesionales de salud,

En actividades relacionadas con la planificación, coordinación y administración de la atención primaria de la salud,

Fungir como enlace entre la organización comunitaria y el sistema de salud,

Fuente de apoyo técnico - administrativo cercano y continuados,

Coordinadora de capacitación inicial y continuada del personal de asistencia primaria.

A nivel comunitario, el grupo de Enfermería, en su mayoría del sexo femenino, tiene una aceptación en los domicilios para la realización y orientación de las acciones de atención primaria familiar, gran parte de las acciones corresponden a los elementos esenciales de cuidado primario como educación para la salud, nutrición, saneamiento básico, inmunizaciones y actividades epidemiológicas.

Además debe participar en :

a) Definición de actividades y tareas en el primer nivel de los programas prioritarios de salud y elaborando sus respectivas normas.

b) Apoyar a la organización y desarrollo comunal através de las siguientes acciones:

Identificación de recursos locales, humanos y económicos así como facilidades existentes.

Fortalecimiento de la organización comunal en cuanto aspectos de salud.

Desarrollar en conjunto con el Comité local, agentes de salud y de otros sectores, un plan de atención primaria incluyendo objetivos, metas específicas de operación e indicadores de evaluación.

c) Programación de actividades del primer nivel en su área, lo que implica:

Recolección de información de los promotores de salud o colaboradores voluntarios en realización del censo familiar casa por casa.

Resumen y análisis de los datos del censo de población de las localidades de su área.

Determinación de la población susceptible o expuesta al riesgo en lo que respecta a cada actividad del programa.

Determinación y obtención de material y equipo necesario para el trabajo.

d) Supervisar la ejecución de acciones integrales de primer nivel:

Observación de la congruencia entre las normas establecidas para las actividades en la programación local y los logros alcanzados, aplicando medidas correctivas en casos necesarios.

Capacitación en servicio del personal para el mejoramiento del cumplimiento de las actividades programadas.

Colaboración en la elaboración de manuales técnico - administrativo para el primer nivel.

Disponibilidad para la consulta del personal del primer nivel en cuanto a elección de atención directa.

e) Participar en la selección de los promotores de salud y auxiliares del primer nivel, así como responsabilidad en los programas de capacitación y de educación continua de los mismos.

f) Fungir como enlace entre el primer nivel de atención y otros niveles para facilitar el flujo ascendente y descendente de los procesos de programación, evaluación así como de referencia y contrareferencia de casos".⁸³

"Sólo el 6 % de las Enfermeras adscritas a la Secretaría de Salud y Asistencia de atención de primer nivel son profesionales, lo que revela la dificultad en asegurar un apoyo continuo y cercano de la Enfermera como " profesora, colaboradora y asesora del personal de asistencia primaria" encaminados a ampliar la cobertura de los servicios y garantizar a nivel básico de calidad de los mismos. "⁸⁴

" Es conocido que las escuelas de enfermería del país, en su mayor parte, incluye teoría y práctica en salud comunitaria en sus currículos pero desafortunadamente no existe el impacto que debe tener las actividades en el ámbito comunitario por no ser del interés del estudiante, no contar con docentes especializados y haber restricciones políticas para el ejercer de la profesional entre otros. En los últimos tres años (1980 - 1984) varias escuelas han dado prioridad a la salud comunitaria por medio de programas de integración docente - asistencial.

"Según Briseño la Enfermera debe procurar establecer algunos postulados para llevar acabo la educación sanitaria a individuos, familias o grupos comunitarios, por medio del conocimiento profundo del comportamiento humano y todo lo que implica como sus creencias, hábitos, roles individuales, etc."⁸⁵

Los programas de salud no pueden ser impuestos a la comunidad, debe involucrarse en el tipo de programa de salud que se va llevar acabo.

Es notable que el conocimiento del comportamiento humano hace más fácil la interacción del personal de Enfermería y la comunidad ya que existen documentos donde se refleja la facilidad de la participación comunitaria como "las siete tesis sobre la educación sanitaria para... de Briseño" que dice:

"1.- La educación no solo es lo que se imparte en los programas educativos sino es toda la acción sanitaria.

2.- La ignorancia no es un hueco a ser llenado, si no un lleno a ser transformado.

3.- No hay uno que sabe y otro que no sabe, si no dos que saben cosas distintas.

4.- La educación debe ser dialógica y participativa.

5.- La educación debe reforzar la confianza de la gente en si misma.

6.- La educación debe procurar el modelo de conocimientos entre esfuerzo - logro.

⁸³ Soberón, A.G. Herrera,L.F. La enfermería en Atención primaria en México. Educación Médica y Salud. Nº 7 vol. 18 1984 p.p. 34-45

⁸⁴ *ibidem* p.p. 34-45

⁸⁵ *ibidem* p.p. 34-45

7.- La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva.⁸⁶

Todas estas tesis deben de tomarse en consideración al formar a los estudiantes de Enfermería para que hagan más fácil su integración en las prácticas comunitarias.

"También se debe fomentar actitudes de liderazgo con visión en el proceso salud - enfermedad, condicionantes sociales así como el espíritu de cooperación bajo el concepto de "Red de Enfermería" para actuar en la propia profesión y poder responder a las exigencias de los nuevos retos ante otras profesiones para avanzar rápidamente en la transformación.

Existen problemas en el campo de la Enfermería como:

La falta de; preparación de recursos humanos en Enfermería, desarrollo curricular e institucional así como de la bibliografía latinoamericana de Enfermería y promoción de estudiantes a la carrera de Enfermería.⁸⁷

Según Meleis (1988) para hacer investigación significativa y útil es básico proveer y mejorar el cuidado de Enfermería en todo el mundo. Haciendo investigación que aumente el conocimiento de Enfermería dando credibilidad a ella y sus clientes.⁸⁸

Aunque hay factores impulsores de la contribución de la Enfermera a la atención primaria como:

- 1) La creación del Departamento de Enfermería a nivel Nacional en la Dirección de Enseñanza e Investigación en Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- 2) La participación de Enfermería en el Comité de Enseñanza de Enfermería, del Comité Internacional.
- 3) El Plan Nacional de Desarrollo 1983 - 1988 da prioridad a la formación de recursos de Enfermería "impulsar la formación de personal profesional, técnico y auxiliar, particularmente en el área de Enfermería."
- 4) Existe relación de coordinación informal entre el Colegio Nacional de Enfermeras y las instituciones de salud.
- 5) El impulso dado a la superación de la mujer representa un estímulo para la Enfermería.

Las experiencias recientes de mayor integración docencia - servicio y de la reestructuración de los currículos en siete escuelas de Enfermería con énfasis en el primer nivel de atención han sido exitosas y tienden a extenderse.

⁸⁶ Briseño, León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria, Escola Nacional de Saúde Pública Cuadernos de Saúde Pública Nº1 Vol.12. 1996 p.p. 7-17

⁸⁷ Ibidem. p.p.7-17

⁸⁸ Ibidem. p.p. 47-53

Entre los factores limitantes están:

- 1) El aumento de la población dificulta el logro (por parte de la Enfermera en Salud Pública) de coberturas útiles de acciones preventivo - promocionales.
- 2) La creación de los centros médicos y el aumento del número de camas, originó la concentración del personal de Enfermería en el área asistencial y forjó una imagen de netamente hospitalaria.
- 3) Existe una escasa planificación del Servicio Social como apoyo a los programas de atención primaria.
- 4) La determinación de funciones en los programas de extensión de cobertura de los servicios, circunscribió el papel de enfermería a la ayudantía intramuros, desaprovechándose su potencial para el trabajo comunitario.
- 5) El aumento notable de egresos médicos ha propiciado una presión para la creación de plazas de profesionales de esta rama en el primer nivel de atención en las instituciones del sector.
- 6) Las normas de estructuración reciente han eliminado la organización de enfermería a nivel estatal (SSA) y la supervisión jurisdiccional (IMSS) lo que afecta seriamente las posibilidades de Enfermería, en impulsar la ampliación de cobertura mediante procesos permanentes y articulados de supervisión, educación continua, desde nivel estatal hasta las comunidades.

Por lo anterior es determinante hacer un análisis de los planes y programas de estudio de enfermería retomando la importancia que tiene la salud pública en la formación de nuevos profesionales.

1.4.3. PLANES Y PROGRAMAS PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS.

Inmersa la Enfermería Comunitaria en la concepción de Salud Pública Soberón, Acevedo afirma que "ninguna profesión se adapta mejor a las actividades tan complejas que conforman a ésta"⁸⁹ por lo que la formación de este recurso no se puede circunscribir solo al proceso educativo sino que debe estar articulado al desarrollo económico del país.

La OMS al fijar la meta de salud para todos los pueblos del mundo en el año 2000, en la conferencia de Alma-Ata señaló a la atención primaria de salud como medio para lograrla, y con ello la profesión de enfermería reconoció su función clave en el proyecto.⁹⁰ Se requieren ajustes en los sistemas educativos aún tradicionales para responder a la generación de modelos innovadores en el abordaje de la atención de salud; estos modelos significan la aplicación del conocimiento a la solución de problemas que afectan a la comunidad sin que causen efectos negativos sobre la sociedad, la cultura, la economía y el medio ambiente donde se aplican. Vista

⁸⁹ Soberón Acevedo, G. et.al. Op. Cit. p. 43

⁹⁰ OMS. Mecanismos de reglamentación de la enseñanza..., p.p. 9-10

así, la formación de recursos humanos en enfermería debe llevar al estudiante a ser un ciudadano útil y responsable consigo mismo y con la sociedad, garantizando el respeto a los valores del hombre y de la sociedad.

La formación de recursos humanos en enfermería debe orientarse en gran parte a la prevención primaria (fomento de la salud y prevención de la enfermedad) centrandose acciones sobre el comportamiento del individuo, la familia, las colectividades y el medio ambiente.

La OMS refiere que "aunque casi todas las escuelas de enfermería conocen los conceptos de la práctica preventiva emanados de la apremiante demanda social de servicios, en general han hecho poco por adoptar en sus programas de enseñanza al concepto de atención primaria a la comunidad. Esas escuelas siguen preparando a sus alumnos para el papel tradicional de la enfermera aunque incluyen conceptos escogidos de atención de la salud a la comunidad en algunas de sus asignaturas".⁹¹

Los planes de estudio de enfermería deben revisarse para que las enfermeras adquieran conocimientos clínicos y de otra índole que requieren para convertirse en proveedoras de atención primaria de salud, conocimientos epidemiológicos necesarios para detectar y prevenir la enfermedad, la comprensión de la conducta que se necesita para fomentar un estilo de vida sano, y la capacidad organizativa y administrativa para planificar, manejar y evaluar los programas de salud comunitaria.

El plan de estudios debe impregnarse de la idea de compartir los principios de atención primaria de salud aplicables a la atención impartida en el hogar, en un centro de salud, en una industria y/o en un hospital.

1.4.4. PREGRADO EN MÉXICO

Al analizar los incontables detalles que configuran en la problemática de salud existente, se fundamenta el reclamo de que los profesionales de salud, y en especial de enfermería, tengan una actuación decisiva para contribuir a atenuar los problemas de salud pública formándose académicamente con la mira de agotar los aspectos relacionados al primer nivel de atención y prevención, y así impactar en el gasto público nacional al sustituir el monto de una curación o rehabilitación por la mínima inversión que significa el fomento y la educación a la salud de la comunidad.

⁹¹ OMS. Guía Para La Revisión De Los Planes De Estudio Básicos De Enfermería..., p.p. 8-9

LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. UNAM.

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, considerada como una de las instituciones más importantes en la formación de profesionales de Enfermería en América Latina, hace referencia dentro del Perfil Académico Profesional del Egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia contemplado en el Plan de Estudios 1991, las características que deberán cumplir sus graduados para asumir el papel en los cambios requeridos por México en pro de la meta mundial para el próximo milenio, en la que está implícita la participación del profesional en el primer nivel de atención a favor de la cultura de prevención.⁹² A continuación se hace referencia a los aspectos relacionados con la enfermería comunitaria contemplados a lo largo de las siete asignaturas específicas del área:

ASIGNATURAS DE ENFERMERÍA DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA 1991.

ASIGNATURA FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I

Es una materia obligatoria teórico-práctica que tiene como antecedente la materia de Enfermería y salud en México. Se imparte en el segundo semestre con un valor en créditos de 18 y duración de 208 hrs.: 80 teoría y 128 práctica.

Este programa contiene las bases de la formación del estudiante y futuro profesional de la LEO; ofrece los elementos teóricos, metodológicos y técnicos para su inicio en el desarrollo de las habilidades intelectuales y manuales, encaminadas a realizar la valoración del estado de salud individual y colectivo.

En la Unidad IV se valora el nivel de salud comunitario e inicia al alumno en la aplicación del método epidemiológico, lo introduce en el razonamiento ordenado y coherente de la observación, explicación e interpretación científica del nivel de salud comunitario, utilizando los instrumentos y técnicas necesarias para identificar problemas de salud, riesgos y factores que los condicionan en diversos universos de la población.

Tiene como objetivo que a partir del estudio de tres familias con características de marginalidad urbana, semiurbana y rural, los alumnos expliquen las condiciones del nivel de salud, proponiendo los métodos de control en los problemas detectados.

⁹² ENEO-UNAM. Plan de Estudios de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia 1991, p.p. 11-17. 15-27.

Los contenidos relevantes en esta unidad son:

- El método epidemiológico; Conceptos, etapas y utilización
- Indicadores del nivel de salud de la comunidad; daños a la salud, factores condicionantes y de riesgo, recursos para la salud
- Recolección de datos; Fuentes de obtención de datos: familias, comunidad, registro civil, centro comunitario de salud, hospitales, INEGI y otros
- Técnicas e instrumentos; visita domiciliaria, entrevista y técnica del maletín, aplicación de encuestas, cuestionarios y cédulas
- Identificación de problemas diagnósticos de salud
- Informe
- Métodos de control

Como metodología de trabajo se considera que retomando los conocimientos de Historia de la Enfermería y de Atención a la Salud en México y con apoyo de la investigación documental sobre la concepción holística del ser humano, en la que destaque la influencia de los factores que condicionan la salud-enfermedad del individuo o grupo social, el alumno infiera el significado de esta concepción del ser humano a la práctica de enfermería clínica y comunitaria, al mismo tiempo que utiliza el método epidemiológico para investigar el nivel de salud de la comunidad. Finalmente tras la previa elaboración de una guía el alumno recolectará datos de diferentes familias relacionados con algunos indicadores de daños a la salud, factores condicionantes y de riesgo y los expondrá en sesión plenaria.

Como criterios de acreditación se sugiere la elaboración de un trabajo escrito acerca del estudio de tres familias y la exposición ante el grupo, resaltando las dificultades en su elaboración.

PROGRAMA DE PRÁCTICAS

Esta práctica inicia al estudiante en la aplicación del método clínico y epidemiológico para identificar el nivel de salud del individuo y la comunidad; dicha práctica será orientada por la profesora de enfermería mediante asesoría y retroalimentación en la recolección de datos y la ejecución de procedimientos para obtener los niveles indicadores de salud aplicando los conocimientos necesarios de las materias antecedentes y simultáneas.

Las instituciones y el equipo de salud servirán de apoyo para que el alumno realice sus actividades de aprendizaje, principalmente en los centros comunitarios TIII A en los que se utilizarán los servicios y módulos consultorios de diagnóstico como el laboratorio, Rx, los complementarios de CEYE y los de apoyo: epidemiología y estadística, además las comunidades correspondientes al área de influencia.

Tiene como objetivo que el alumno valore el estado de salud familiar y comunitario para identificar alternativas de solución a los problemas que se presenten.

En la relación del estudiante con individuos, familias y comunidades éste tendrá presente como aprendizaje básico la perspectiva holística integrada a la atención de enfermería comunitaria. Se llevará a cabo el estudio de la comunidad y la valoración del estado de salud de la misma para que el estudiante elabore un diseño de investigación descriptiva con los respectivos instrumentos de recolección de datos y las fuentes de información. Además llevará a cabo mediante estudios a familias e individuos, la aplicación del examen clínico y la transferencia de los casos que lo ameriten a los servicios de salud correspondientes.

La estrategia de trabajo consistirá en la selección de técnicas y dinámicas didácticas que posibiliten a los alumnos intercambiar experiencias vividas a fin de analizar y reflexionar sobre su actuación para ser retroalimentadas por el profesor y el grupo, y en la realización de caracterizaciones y comparaciones entre la atención de enfermería propuesta en los programas y la brindada en las instituciones de salud.

Para acreditar la práctica se requerirá de un ensayo por escrito acerca de la concepción holística del individuo, familia y comunidad, la entrega de por lo menos tres historias clínicas aplicando las técnicas y procedimientos necesarios a familias, proponiendo posibles medidas de solución, y un informe escrito en donde el alumno analice la situación de una comunidad, correlacionando los daños a la salud con los factores de riesgo y condicionantes, estableciendo posibles alternativas de solución.

ASIGNATURA FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II

Es de carácter obligatorio, teórico-práctica, pertenece al área de Enfermería y Salud en México, se implementa en el 3er. Semestre con duración de 240 hrs. 80 teoría y 160 práctica, valor curricular de 20 créditos y le antecede la materia de Fundamentos de Enfermería I.

La asignatura aborda los aspectos conceptuales, metodológicos y técnicos para la atención de enfermería; inicia al alumno en el aprendizaje de los procedimientos que contribuirán a la satisfacción de las necesidades del paciente en el hogar y en el hospital, así como en la atención de enfermería comunitaria a través del conocimiento de los métodos de control, la educación para la salud, el autocuidado y el programa ampliado de inmunizaciones.

Tiene el objetivo de desarrollar en el alumno habilidades en la atención de enfermería al individuo, familia y comunidad para el fomento, la protección específica y restauración de la salud, considerando la metodología de atención de enfermería.

La Unidad III Atención de Enfermería Comunitaria aborda el diagnóstico de salud de una comunidad y las alternativas de solución a la problemática encontrada, tomando como base los métodos de control e inicia al alumno en los procedimientos de la enfermería comunitaria al desarrollar habilidades, así como en la propuesta de acciones de educación para la salud con

enfoque primordial a la nutrición, higiene personal, saneamiento ambiental y autocuidado de la salud.

Los temas en esta unidad son:

-El diagnóstico de salud y los métodos de control. Alternativas de solución

- Detección oportuna de casos
- Tratamiento oportuno y adecuado de los enfermos.
- Protección específica de los contactos.

-Procedimientos de enfermería comunitaria.

-Educación para la salud: nutrición, higiene personal, saneamiento ambiental: desinfección del agua, disposición adecuada de desechos sólidos y líquidos, eliminación de fauna nociva, control de contaminación ambiental, higiene de los alimentos e higiene de la vivienda.

-El autocuidado de la salud.

Se requerirá de la presentación de diagnósticos de salud de diversas comunidades para que los alumnos establezcan alternativas de solución fundamentadas en los métodos de control, para que con base en el diagnóstico de salud de una comunidad, elabore un plan de educación para la salud como criterio de acreditación.

PROGRAMA DE PRÁCTICAS

Inician al alumno en la aplicación de los métodos de control para el fomento, protección específica, conservación y restauración de la salud de los individuos, familias y comunidades. A nivel comunitario, se ejecutarán los procedimientos básicos de atención de enfermería comunitaria y las acciones de educación para la salud con enfoque hacia la nutrición, higiene personal, saneamiento ambiental y el autocuidado de la salud. Las profesoras enfermeras orientarán y retroalimentarán la práctica, la enseñanza planeada o incidental en casos poco frecuentes.

La práctica se efectuará en centros comunitarios TIII A tomando los consultorios y módulos de inmunizaciones, curaciones, urgencias, dental, laboratorio, rayos X, educación para la salud, nutrición, epidemiología y estadística, además de un módulo comunitario con características de marginalidad urbana y semiurbana.

Con base al diagnóstico de salud individual y colectiva el alumno derivará la atención óptima para el fomento, la restauración y protección específica de la salud, aplicando en un primer acercamiento una metodología de trabajo con énfasis en la recolección de datos y la planeación del cuidado de enfermería.

Se requerirá acreditar la práctica a través de la presentación de un diagnóstico situacional comunitario derivado de la planeación de la atención de enfermería que contribuya a satisfacer las necesidades básicas así como algunos lineamientos de evaluación, análisis, la metodología de trabajo utilizada por el personal de enfermería en el centro de salud y la ejecución de los

procedimientos de atención de enfermería comunitaria mostrando creatividad en la integración del equipo y material considerando sus fundamentos científicos.

ASIGNATURA ENFERMERÍA DEL NIÑO

Tiene carácter obligatorio, teórico-práctica, pertenece al área de Proceso Salud Enfermedad en las diferentes etapas evolutivas; se imparte en el 4° semestre con duración de 336 hrs: 80 teoría, 256 práctica, con valor curricular de 26 créditos y le anteceden obligatoriamente las materias de Fundamentos de Enfermería I y II.

Su objetivo es la atención de enfermería en el proceso salud-enfermedad a lo largo de las diferentes etapas evolutivas del niño. El contenido permite al alumno analizar los factores de riesgo que predisponen a la población infantil a enfermar para que proporcione atención a favor de la conservación, mejoramiento y restauración de la salud al favorecer la rehabilitación y reintegración a través de la enseñanza del autocuidado de la salud en forma individual, familiar y colectiva.

Se pretende que el alumno analice el proceso salud-enfermedad para planear, ejecutar y evaluar la atención de enfermería al niño, considerando la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, teniendo en cuenta la problemática de salud del país.

En este programa se toca el fomento y educación a la salud para padres e hijos considerando el panorama epidemiológico del país, pero no como una unidad específica de enfermería comunitaria.

Los puntos que se tratan en la **Unidad II. Atención de Enfermería al niño con problemas infecciosos y parasitarios** son:

- Hábitos y costumbres que repercuten negativamente en la calidad de salud
- Nutrición
- Lactancia Materna
- Manejo higiénico de los alimentos
- Técnica de preparación de biberones
- Purificación y protección del agua de consumo
- Terapia de rehidratación oral
- Higiene personal
- Saneamiento ambiental
- Medidas específicas para prevenir infecciones de vías respiratorias
- La automedicación y sus riesgos
- Esquema de inmunizaciones
- Participación de enfermería en la aplicación de los programas de manejo y control de enfermedades infectocontagiosas y parasitarias

En la Unidad III. Atención de Enfermería en la valoración de las características biológicas, psicológicas y sociales del niño recién nacido, lactante, preescolar y escolar:

-Participación de enfermería en la educación de la familia y la comunidad para fomentar y preservar la salud en el niño abarcando temas como nutrición, hábitos higiénicos, prevención de accidentes y fomento de la higiene mental y del crecimiento y desarrollo.

En la Unidad IV Atención de enfermería al niño con alteraciones del crecimiento y desarrollo desde la etapa prenatal hasta la escolar:

-Educación para la salud a los padres en la etapa prenatal abarcando:

- Consumo de bebidas alcohólicas
- Tabaquismo y otras drogas
- Contacto con personas o animales infectados
- Exposición a sustancias radioactivas, sobre todo en el primer trimestre del embarazo
- Importancia del consumo de dietas equilibradas
- Atención prenatal, natal y posnatal por personal capacitado
- Detección y tratamiento oportuno de alteraciones visuales, auditivas, de lenguaje, motoras y psicológicas.

En la Unidad V Atención de Enfermería al niño con problemas traumáticos y de intoxicación:

-Educación para la salud a los niños y padres para prevenir esta problemática en relación a:

- Fomento de la higiene mental
- Planeación de programas para la prevención de accidentes en el hogar y en la vía pública.

Finalmente, en la **Unidad VI Atención de Enfermería al niño con malnutrición:**

-Educación para la salud a los padres en relación a:

- Educación higiénico-nutricional
- Orientación sobre el aprovechamiento del gasto familiar

PROGRAMA DE PRÁCTICAS

Este programa plantea la necesidad de fomentar el autocuidado de la salud, tanto individual como familiar y colectivo.

Los procedimientos básicos de enfermería pediátrica serán instrumentos de trabajo, tanto en la comunidad como en la unidad asistencial. En comunidad, estancias infantiles o escuelas primarias, el alumno realizará acciones preventivas preponderantemente y aplicará las técnicas aprendidas previamente en el laboratorio, que le permitan integrar los conocimientos para realizar vigilancia epidemiológica en una situación real.

Así con base en los métodos clínico y epidemiológico, el alumno planeará, ejecutará y evaluará la atención de enfermería al niño recién nacido, lactante, preescolar, escolar, en la comunidad, estancias infantiles y escuelas primarias, para el fomento de la salud en los problemas que han afectado a la población infantil al realizar vigilancia epidemiológica tanto en niños sanos como en los que presentan problemas de salud más frecuentes, en una comunidad, estancias infantiles, escuela primaria o unidad asistencial, y se planearán, aplicarán y evaluarán programas resolutivos en una comunidad pediátrica, tomando como referencia los problemas de salud más frecuentes en ella.

Estratégicamente la práctica comunitaria se realizará en comunidad abierta, estancias infantiles o escuelas primarias en donde se dará atención al niño sano y se detectará la problemática de mayor incidencia al integrar conocimientos teóricos con los procedimientos básicos de enfermería realizados en el laboratorio. Además se planearán, implementarán y evaluarán programas de acuerdo a las necesidades encontradas en la población.

Los criterios de acreditación para la práctica comunitaria contemplan la presentación por escrito de dos estudios de familias valorando las características biopsicosociales del niño; la aplicación y el análisis de cédulas de valoración integral para poder detectar la problemática de salud y en base a los resultados obtenidos, planear, implementar y evaluar programas de educación para la salud tendientes a resolver los problemas detectados, y finalmente realizar un informe analítico global respecto a la práctica.

ASIGNATURA ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I

El carácter de la materia es obligatorio, teórico-práctica, pertenece al área de Proceso Salud Enfermedad en las diferentes etapas evolutivas; se imparte en le 5° semestre con una duración de 384 hrs. 64 teoría y 320 práctica y consta de 28 créditos de valor curricular antecedéndole la materia de Fundamentos de Enfermería II.

La materia tiene como objetivo el estudio de la atención de enfermería al adolescente, adulto y anciano proporcionándole al alumno experiencias de aprendizaje que le apoyen en el análisis e integración de los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos estos grupos de edades, para que así él mismo sea capaz de planear, ejecutar y evaluar acciones tendientes a conservar, restaurar y rehabilitar así como fomentar en la población la responsabilidad y el autocuidado de la salud.

El programa contiene dos unidades donde para nuestro fin destaca la primera porque se analizan los factores de riesgo de la población en estudio a fin de identificar, aplicar y evaluar acciones de enfermería que tiendan a la disminución de estos.

El objetivo general del programa es con base en los elementos teóricos y a través del análisis de casos clínicos, estudios familiares y grupales, los alumnos inferan las necesidades de atención integral y progresiva de enfermería para el fomento y autocuidado de la salud física y mental.

En la **Unidad I Acciones de enfermería para el fomento de la salud del adolescente, adulto y anciano a nivel individual y colectivo** se abordan las acciones de enfermería en la identificación de los factores de riesgo y las medidas para conservar y fomentar la salud.

Su contenido incluye los programas y recursos existentes para el fomento de la salud en estos grupos de edad, y las acciones de enfermería para el fomento de la salud, detección de riesgo y prevención de daño en el adolescente, en el adulto y en el anciano a nivel individual y colectivo respecto a:

-Nutrición, salud física, salud mental, sexualidad, salud laboral y deporte, saneamiento ambiental.

En la **Unidad II Atención de Enfermería al adolescente, adulto y anciano, con problemas infecciosos y parasitarios** se abordan contenidos de enfermería comunitaria como los programas específicos para el control de problemas de origen infeccioso y parasitario, así como las acciones de enfermería en la prevención de los problemas infecciosos y parasitarios dirigidos al hombre y al ambiente.

Como metodología de trabajo se sugiere la investigación bibliográfica institucional, comunitaria, familiar, de grupos e individual para presentar y analizar los resultados en una discusión plenaria. Otra estrategia de trabajo consistirá en el análisis de casos clínicos, estudios familiares, grupales y comunitarios presentados en forma oral y escrita.

Para acreditar la materia se requiere de la presentación y análisis de casos para establecer las acciones de enfermería correspondiente, elaboración de un programa de educación para la salud, y la planeación de atención integral y progresiva de enfermería, con base en casos presentados.

PROGRAMA DE PRÁCTICAS

En base a la integración teórico-metodológica el alumno deberá realizar actividades enfocadas a la conservación de la salud, fomento del autocuidado y prevención de las enfermedades más frecuentes en estos grupos, al proporcionar actividades que integren conocimientos para la atención de enfermería en la prevención y diagnóstico de alteraciones de la salud mental y procesos infecciosos y parasitarios en este grupo de pacientes.

La práctica pretende integrar conocimientos adquiridos para identificar los factores de riesgo del adolescente, adulto y anciano que permitan implementar la atención de enfermería en el primer nivel de prevención.

Utilizando el método epidemiológico se realizará un diagnóstico de salud comunitario para elaborar, aplicar y evaluar los programas de educación para la salud en las tres etapas evolutivas

en su ambiente escolar, laboral y social; se elaborará una historia de salud individual y familiar en comunidad a fin de detectar riesgos y daños a la salud, y se realizarán acciones para reducir riesgos en el ámbito laboral, en el deporte y recreación, detectando prácticas inseguras a través de la investigación de accidentes, reducción y manejo del estrés y alteraciones emocionales más frecuentes.

Se propone asignar a cada estudiante un determinado número de familias para realizar un estudio comunitario y detectar factores de riesgo para basarse en los resultados y elaborar programas de promoción y fomento de la salud.

Para el estudio individual el alumno seleccionará un grupo de población para conocer y detectar sus riesgos específicos promoviendo programas de fomento a la salud y atención de enfermería pertinentes sugiriendo en todo momento el intercambio continuo de experiencias del alumno.

Para acreditar se hará necesario un reporte grupal del diagnóstico de salud de la comunidad seleccionada para posteriormente planear, realizar y evaluar un programa de educación para la salud, coherente con los riesgos detectados.

ASIGNATURA ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II

Tiene carácter obligatorio, teórico-práctica, perteneciente al área de Proceso Salud-Enfermedad en las diferentes etapas evolutivas, se imparte en el 6° semestre con duración de 384 hrs. 64 teoría y 320 práctica y cuenta con un valor curricular de 28 créditos antecediéndole obligatoriamente la materia de Fundamentos de Enfermería II.

La asignatura permitirá que el alumno integre y analice los factores de riesgo que se encuentren en el ambiente natural y social para estos grupos de edades, así como los problemas de salud derivados de la exposición a ellos, de tal forma que éste pueda planear, ejecutar y evaluar acciones tendientes a conservar, restaurar y rehabilitar la salud, fomentándola al inculcar la responsabilidad del autocuidado de ésta en la población.

Con base en los elementos teóricos el alumno analizará casos clínicos, estudios familiares y grupales para inferir la atención integral y progresiva de enfermería en los procesos traumáticos y crónico degenerativos más frecuentes en el país en estas etapas evolutivas del individuo.

La **Unidad I Atención de enfermería al adolescente, adulto y anciano con problemas traumáticos** aborda los programas nacionales e institucionales de prevención de accidentes, violencia y desastres así como las acciones de enfermería en la prevención de los mismos.

En la **Unidad II Atención de Enfermería al adolescente, adulto y anciano con procesos crónico-degenerativos** están considerados los programas nacionales e institucionales de control de la población en riesgo de desarrollar padecimientos crónico-degenerativos.

La investigación será bibliográfica institucional, comunitaria, familiar, grupal e individual presentando el análisis en sesión plenaria para discusión, y análisis oral y escrito de casos

clínicos, estudios familiares, grupales y comunitarios serán las directrices metodológicas de trabajo.

La presentación de casos, elaboración de un programa de educación para la salud y el reporte sobre las investigaciones son los criterios de acreditación a seguir.

PROGRAMA DE PRÁCTICAS

Utilizando el método epidemiológico el alumno realizará un diagnóstico de salud comunitario para que a partir de este elabore y aplique programas de educación para la salud enfocándose en la prevención de accidentes, violencia y desastres, primeros auxilios y detección oportuna de problemas crónico degenerativos.

Se propone asignar a cada alumno un número de familias para detectar factores de riesgos.

Para los estudios individuales de salud se sugiere seleccionar diferentes grupos de población en los que se detecten los factores de riesgo y se implementen programas tendientes a resolver la problemática encontrada.

ASIGNATURA OBSTETRICIA I

Es de carácter obligatorio, teórico-práctica, pertenece al área de Proceso Salud-Enfermedad en la Reproducción Humana, se imparte en el 7° semestre con duración de 448 hrs. 128 teoría y 320 práctica, con valor curricular de 36 créditos y la materia antecedente obligatoria es Fundamentos de Enfermería II.

La materia tiene como objetivo de estudio al proceso salud-enfermedad en la reproducción humana, considerando como eje la estrategia de atención primaria que determina utilizar el enfoque de riesgo y anticipar acciones preventivo terapéuticas con el propósito de evitar daños a la salud perinatal.

Pretende identificar la magnitud y trascendencia de la problemática perinatal en el país analizando la estrategia del Programa Nacional de Atención Materno-Infantil a fin de definir la práctica del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en este campo e integrar un marco conceptual para conformar la base del ejercicio profesional en el ámbito hospitalario y comunitario.

Unidad I La problemática Obstétrica en México, conduce al alumno al análisis de las políticas de salud y de los programas de atención materno-infantil de nuestro país en base a estadísticas de morbimortalidad perinatal que permiten reflexionar acerca de la participación de enfermería en la conservación y protección de la salud del grupo expuesto al riesgo. Se abarcan:

- Políticas y estrategias de atención materno-infantil
- Población con riesgo reproductivo. Estadísticas vitales, pirámide poblacional
- Indicadores de salud materno-infantil
- Cálculo y análisis (fecundidad, natalidad, morbimortalidad materna, consulta por embarazo)

-La participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Programa de Salud Materno-Infantil

La **Unidad IV Desarrollo del embarazo y control perinatal con enfoque de riesgo** refiere los factores de riesgo en la evolución del embarazo. Aspectos socioculturales, psicológicos y biológicos.

Se requiere en la lectura básica de cada unidad para reflexión, análisis y síntesis que lleven al alumno a formarse un criterio de participación profesional obstétrica.

La labor del profesor consiste en coordinar los esfuerzos de los participantes, propiciar la dinámica para el logro de los objetivos de aprendizaje y constituirse como guía, asesor e informador de las temáticas que integran el programa, asegurando la discusión sobre la aplicación del conocimiento obstétrico en la práctica real y potencial de la enfermería de acuerdo con la estrategia didáctica participativa. La academia recomienda invitar conferencistas especializados y docentes de enfermería.

La asistencia, participación y elaboración de un ensayo referente al desempeño profesional de la Licenciatura en Enfermería en el campo de la Obstetricia, presentación de 3 casos clínicos, exámenes parciales y final guiarán a la acreditación.

PROGRAMA DE PRÁCTICAS

El alumno deducirá la importancia y necesidad de una atención integral, oportuna, eficiente y de calidad, que deberá ser la norma en su ejercicio profesional futuro y ejecutará la planeación e implementación de actividades de educación para la salud perinatal para acreditar la práctica.

ASIGNATURA OBSTETRICIA II

Es de carácter obligatorio, teórico-práctico, perteneciente al área de Proceso Salud-Enfermedad en la reproducción humana; se imparte en el 8° semestre con duración de 496 hrs. 128 teoría y 368 práctica, con valor curricular de 39 créditos y la materia que la antecede obligatoriamente es Obstetricia I.

Apoyada en los contenidos de las materias antecedentes ésta materia pretende desarrollar en el alumno criterio que le permita identificar los factores de alto riesgo materno-infantil integrando a la vez la etiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento así como la prevención de los problemas derivados del contacto con estos factores.

La **Unidad I Fundamentos de la atención perinatal con enfoque de riesgos** refiere conceptualizar el enfoque de atención primaria perinatal requiere de una delimitando e interpretando la estrategia de riesgo en donde el alumno analice lo que pueda causar un daño potencial en el embarazo desarrollando así un criterio profesional y anticipe acciones que minoren desde el punto de vista individualizado y comunitario constituyendo a la atención primaria perinatal como la base que sustente este fin. Abarca el concepto de riesgo en la atención de la salud

perinatal, los instrumentos epidemiológicos, la cuantificación de riesgo materno-infantil en individuos y en la comunidad, la partera empírica su práctica y su impacto en la comunidad.

La Unidad IX Sistema de Atención primaria en obstetricia bajo el enfoque de la atención primaria se analizan los fundamentos para aplicar un modelo de atención perinatal incluyendo diferentes técnicas para evaluar las acciones preventivas y terapéuticas, el impacto en la comunidad y su repercusión social para así analizar las características de un modelo de atención primaria perinatal, sus criterios de organización y funcionamiento, así como los parámetros para inferir la calidad de sus acciones. Sus contenidos son:

- Criterios para la aplicación de centros perinatales,
- Tecnologías simplificadas para la detección y control de casos,
- Proyección a la comunidad y criterios de control para el autocuidado de la salud,
- Sistema de referencia y contrareferencia,
- Evaluación de la calidad de la atención materno-infantil e
- Indicadores de medición del impacto social de los servicios

La metodología de trabajo consistirá en seleccionar, preparar estudios clínicos de pacientes con alteraciones obstétricas que permitan la reflexión, síntesis buscando propuestas alternativas para su atención, tanto en el ámbito hospitalario como comunitario, promover la investigación y seguimiento de pacientes para su control para las bases de planeación y funcionamiento de un sistema de atención primaria perinatal especificando el enfoque, metodologías y recursos para su aplicación sectorial.

PROGRAMA DE PRÁCTICAS

Este programa centra sus lineamientos en la experiencia práctica intrahospitalaria poniendo énfasis en la experiencia clínica pero también considera a la práctica comunitaria para ambas desarrolla en la estrategia de atención primaria prenatal a partir de la investigación epidemiológica.

Los procedimientos básicos para la práctica de atención primaria perinatal son:

- Estudio del sector hasta integrar un diagnóstico de salud materno-infantil,
- Identificación de grupos y áreas de alto riesgo para la salud perinatal,
- Programación de acciones de atención primaria para disminuir la exposición a riesgos perinatales con base en el diagnóstico,
- Atención en consulta de embarazo, planificación familiar, de crecimiento y desarrollo del niño,
- Atención del parto eutócico con técnica ambulatoria y técnica domiciliaria,
- Promoción y aplicación de métodos de implementación del periodo intergenésico y
- Organización y aplicación de acciones de educación para la salud perinatal

Se consideran 2 momentos metodológicos para la práctica:

El primero en instituciones de segundo nivel donde se sugiere que la permanencia en ésta sede abarque el 60% del tiempo destinado curricularmente a la práctica. En lo referente a la estancia en unidades de primer nivel su eje de acción es la atención primaria en el área perinatal a través de acciones congruentes con funciones preventivas inherentes al sistema de salud sustentándose en las estrategias específicas en el área de investigación, docencia y servicio.

Las acciones deben desarrollarse y realizarse en clínicas de nivel primario o en el propio domicilio de la embarazada. Así mismo, la canalización adecuada de embarazadas que presenten factores de riesgo para que sean atendidas en los niveles secundario y terciario de acuerdo con la complejidad del problema.

Dentro de los criterios de acreditación están:

- Elaboración del diagnóstico de salud comunitario del área asignada
- Informe analítico de la visita domiciliaria de los casos seleccionados para seguimiento y control y
- Diseñar e instrumentar una estrategia de educación para la salud perinatal.

LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. IPN.

La Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia dependiente del Instituto Politécnico Nacional reconocida institución en la formación de profesionales de enfermería, desarrolla desde 1992 un Plan de Estudios para la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. En los tres primeros semestres aborda temas específicos de la enfermería comunitaria, en el séptimo y octavo semestre existen seminarios dentro de los que se considera el relacionado con la enfermería comunitaria pero éste, según fuentes directas de la institución, no se ha puesto en marcha a la fecha por la escasa matrícula que registra.

A través de las materias de Enfermería en el Autocuidado a la Salud en el primero, Enfermería en la Atención Primaria Ambulatoria en el segundo y Enfermería en la Atención Comunitaria en el tercer semestre, se logra visualizar en los programas de estudio directrices para formar a sus recursos humanos con la conciencia de la importancia de la participación que enfermería tiene al alcance de la meta mundial de salud. De manera estratégica ubica los contenidos teórico-prácticos en la línea de atención primaria y aunque por lo extenso y concentrado de estos programas se podría decir que rayan en la saturación, no deja de reconocerse a nivel nacional, lo válido de su objetivo.⁹³

⁹³ ESEO-IPN. Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, 1992

1.4.5. POSGRADO EN MÉXICO

"Nos encontramos a finales del milenio y la salud pública es un tema que no está definido claramente; este dilema constituye un desafío para superar la crisis por la que atraviesa la teoría, y al mismo tiempo nos ofrece la oportunidad de enfrentar el reto".⁹⁴

Los autores al referirse a "la producción de servicios educativos de posgrado dicen que ésta deberá corresponder a las necesidades de la población y la producción será adecuada según sea la utilización de los recursos por parte del usuario quien es el que será capaz de evaluar el avance de estrategias que resuelvan las necesidades de su población".⁹⁵

En el caso especial de Enfermería su enseñanza está reglamentada en casi todos los países de América latina. El posgrado con programas de especialización se ofrecen en la mayoría de los países, las maestrías sólo existen en México, Colombia, Brasil y Chile y los doctorados se ofrecen exclusivamente en dos universidades de Brasil.⁹⁶

LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD PÚBLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. ESPM.

En México es reconocido el papel protagónico que desempeña el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Escuela de Salud Pública de México (ESPM) con 10 y 75 años de existencia respectivamente, en la formación de recursos humanos en el área de salud pública a nivel posgrado con gran tradición y prestigio.

"La misión del INSP es la integración de la investigación y enseñanza.

Los 13 programas de posgrado con que cuenta el INSP/ESPM constituyen el vínculo entre la academia y los servicios de salud. Refiriéndose a los cursos de posgrado, en los cuales la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia está dentro de las características a cumplir en el perfil del egresado:

-Los cursos profesionalizantes que comprenden la Especialización de Enfermería en Salud Pública y la Maestría en Salud Pública.

-Los cursos académicos con el Doctorado en Ciencias en Salud Pública.

A continuación se enlistan los objetivos generales de los cursos de posgrado mencionados que contempla el 75º Programa Académico 1996:

⁹⁴ Tijerina, González L., Santos-Burgoa, C. Hacia la Consolidación del Sistema..., p.p. 405-410

⁹⁵ *Ibidem* p.p. 405-410

⁹⁶ Fundación W.K.Kellog. Enfermería del Siglo XXI en América Latina, p.p. 15-16

Especialidad de Enfermería en Salud Pública:

"Formar profesionales de enfermería en salud pública, desde una perspectiva multidisciplinaria, con la capacidad de responder a las necesidades de los grupos mayoritarios de la población, como integrantes de equipos de salud, actuando en los distintos campos de salud."⁹⁷

Maestría en Salud Pública:

"Formar profesionales de salud pública capaces de identificar e interpretar las necesidades, los riesgos y daños a la salud de la población y los factores que los condicionan, así como de proponer, planear, ejecutar, dirigir y evaluar estrategias de intervención en sistemas, programas o servicios de salud."⁹⁸

Doctorado en Ciencias en Salud Pública:

"Formar profesionales para desarrollar investigación original en salud pública, proporcionándoles facilidades para la profundización en el campo, ya sea para el ejercicio académico, la generación de nuevos conocimientos o la solución de problemas prioritarios."⁹⁹

El instituto a nivel de posgrado busca con las especializaciones, profundizar en el campo de una disciplina y formar recursos humanos para el ejercicio práctico de las técnicas y procedimientos que integran una profesión. Los programas de maestría plantean formar recursos humanos de alto nivel táctico y estratégico, actividades profesionales de servicio y de docencia así como participar en proyectos de investigación. Con el doctorado se pretende formar profesionales en el campo de la salud pública capaces de planear, ejecutar y dirigir investigación de calidad en un área disciplinaria o sustantiva, así como contribuir a la solución de problemas prioritarios de salud.¹⁰⁰

Independientemente de que cada programa de posgrado cuente con requisitos de ingreso específicos del nivel, el INSP/ESPM postula requisitos generales de ingreso en los que destaca el conocimiento amplio del idioma inglés y de computación, capacidad de lectura y redacción, y una basta cultura que exigen en conjunto, la formación de alta calidad en el pregrado del futuro profesional de enfermería.

1.4.7. POSGRADO EN BRASIL.

El análisis de la formación de recursos humanos en salud pública en el Brasil en los últimos 15 años, señala que a pesar de la crisis social y política de los años 60's, se crea una red de cursos descentralizados de especialización y perfeccionamiento formando equipos en todo el país al

⁹⁷ INSP / ESPM. Op. Cit. Programa Académico p.75

⁹⁸ INSP / ESPM. Op. Cit. p.71

⁹⁹ INSP / ESPM. Op. Cit. p.39

¹⁰⁰ INSP / ESPM. Op. Cit. p.35

establecer nexos de trabajo entre universidades y organismos formadores a favor de la implementación del Sistema Único de Salud .

La maestría y doctorado contribuyen en el proceso de preparación de recursos para la docencia y para el servicio, abarcando los campos de salud pública, de salud colectiva y de la epidemiología. En este nivel de formación, se establece en la actualidad un debate tanto sobre la posibilidad y oportunidad de expansión de la red con la creación de nuevos programas en puntos estratégicos aún no cubiertos, como en la definición de su campo de actuación sea en el área de salud colectiva, de salud pública o en la tendencia a la especialización.

En Brasil se percibe al proceso educacional aplicado al papel social y a la educación, como valioso instrumento de preparación para el mercado de trabajo pero que no puede tener sus bases definidas en las fluctuaciones con que éste mercado actúa. Así se cree que la formación de sanitaristas debe contener elementos del campo de la salud colectiva pasando por diferentes fases de profundidad.

Matos, Nuñez asegura que "la expansión del número de maestrías en localidades estratégicas, se constituye ya en un objeto de propuestas de apoyo de la Escuela Nacional de Salud Pública, que visualiza con este proyecto la posibilidad de consolidar estructuras en los diferentes puntos del país. La discusión de la expansión y de la opción de la especialización de doctorados se establece como un complemento en el perfeccionamiento y recolocación del posgrado en un sentido estricto, con probables logros en la producción científica del área."¹⁰¹

1.4.7. POSGRADO EN CUBA

Cuba ha impulsado el desarrollo de la atención primaria desde el inicio de la revolución en 1959. En la actualidad el modelo de atención primaria se constituye como un reto para buscar formas que desarrollen recursos humanos en salud haciendo énfasis en la atención de la comunidad con enfoque epidemiológico, mediante el análisis y evaluación de los problemas (enfermedades crónicas no transmisibles y accidentes) que caracterizan el estado de salud de la población cubana.

Elevar el nivel de salud de la población justifica la necesidad de jerarquizar la educación permanente de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud Pública; éste está conformado por una extensa red de instituciones de las cuales destacan las unidades para la formación y educación permanente de profesionales como lo son los institutos superiores y facultades de ciencias médicas. El eslabón fundamental del Sistema lo constituye el programa del Médico y la Enfermera de la Familia que combina acciones de promoción, prevención, atención médica y

¹⁰¹ Matos Nuñez, T.C. Perspectivas de la Enseñanza en Salud Pública en Brasil, p.p. 72-75

rehabilitación como parte del Programa de Objetivos, Propósitos y Directrices de la Salud Pública Cubana hasta el Año 2000.

Los organismos rectores de la educación en Cuba: Ministerio de Educación Superior y el Ministerio de Salud Pública, se relacionan entre sí íntimamente para lograr los objetivos propios de la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos en salud. Así el país cuenta con una escuela propia que reúne las condiciones óptimas para la formación de estos recursos; a nivel superior (destacándose la Licenciatura en Enfermería) los profesionales se preparan a través del régimen de residencias o de la educación del posgrado, para obtener el título de especialistas de primer nivel, segundo grado, o maestrías y doctorados.

Reconocida labor, según Jardines, "la constituye el perfeccionamiento continuo de los planes de estudio del pregrado, con los objetivos de: alcanzar una mayor correspondencia con las necesidades de salud de la población; poner fin al enfoque biológico de la formación en salud revalorizando el papel de las disciplinas sociomédicas en el terreno de trabajo, dando prioridad a la educación de los estudiantes en las áreas de atención primaria; y estructurar las estancias de tal modo que se ponga énfasis en adiestrar a los educandos en lugares más afines con las habilidades que se desea desarrollar: la comunidad en primer término, las salas de hospital, los cuerpos de guardia o las consultas externas".¹⁰²

La formación de recursos humanos en salud pública (especialmente de enfermería) en Latinoamérica demuestra que no es necesario ni posible esperar al máximo desarrollo económico de nuestros países para emprender medidas de salud y educación destinadas a lograr cambios importantes en el estado de salud de las naciones. Es un reto difícil, pero América Latina ha dado el primer paso para lograrlo: darse cuenta de ello.

¹⁰² Jardines Méndez, J.B. et al: Cuba: Recursos Humanos en la Atención Primaria... p.p. 145-158

2. REPLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la problemática de salud existente en el país, la Práctica Comunitaria de Enfermería es vital dentro del Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Por lo tanto el alumno debe a su egreso, aplicar acciones preventivo - terapéuticas en el individuo, familia y comunidad. Esto significa que tendrá a su cargo el diseño y ejecución de estrategias de aprendizaje que modifiquen los hábitos y estilos de vida de la población en pro de la conservación de la salud y de la autosuficiencia en su cuidado.

La enseñanza de la salud comunitaria se define en la ENEO, en el mapa curricular, a partir de tres áreas:

Área I Enfermería y Salud en México.

Área II Proceso Salud - Enfermedad en las diferentes Etapas Evolutivas.

Área III Proceso Salud - Enfermedad en la Reproducción Humana.

No obstante que se estipula en los programas de las materias de enfermería, la realización de la Práctica Comunitaria requiere de precisiones en la metodología a seguir para la operatividad de los mismos.

De acuerdo a las experiencias presentadas a lo largo de la formación académica, se considera que la Práctica Comunitaria de la materia de Fundamentos de Enfermería I tiende a centrarse exclusivamente en la recopilación de datos para realizar un Diagnóstico de Salud de la comunidad asignada. Tal vez la falta de conocimiento del programa específico y el escaso enlace que existe entre los servicios de salud, docentes, alumnos y comunidad haga que en ocasiones los objetivos planteados se cumplan parcialmente determinando, la inadecuada percepción del alumno sobre la importancia que tienen estas actividades en su desempeño profesional.

La "Feria de la Salud" realizada en la materia de Fundamentos de Enfermería II es una estrategia que pretende dar respuesta al diagnóstico de salud antecedente realizado en la comunidad sin embargo, lo referido por fuentes indirectas, permite suponer que se cubren parcialmente las necesidades reales detectadas en la comunidad aunado a esto el tiempo asignado a la práctica comunitaria limita la supervisión docente-alumno.

En el cuarto semestre el programa de la materia de Enfermería del Niño no aborda específicamente la realización de la Práctica Comunitaria, a pesar de ello se lleva a cabo en estancias infantiles, escuelas primarias y mediante el seguimiento de casos pediátricos a través de visitas domiciliarias, sin un programa institucional específico para ello.

En los semestres de quinto y sexto referentes a Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y II, se percibe que de las tres etapas evolutivas sólo se enfatiza en la que tenga mayor probabilidad de incursión limitando así el campo de acción.

En el séptimo y octavo semestre en las materias de Obstetricia I y II no se estipula dentro del programa de la materia uno específico para la realización de la práctica comunitaria llevándose a cabo a través de la detección de factores de riesgo reproductivo y del binomio madre-hijo haciendo menor hincapié en su seguimiento, en la aplicación del Programa materno-infantil Nacional y en la canalización de los casos a la instancia correspondiente para su atención oportuna.

Finalmente se considera relevante para las prácticas comunitarias es el vínculo integrador entre la enfermería y las materias incluidas en el esquema curricular de la Licenciatura, por lo que la pregunta objeto de estudio de la presente investigación es:

¿Cuál es la situación actual de la enseñanza de la práctica comunitaria en las materias de la enfermería del pregrado en la ENEO-UNAM?

2.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. GENERAL:

- Elaborar un diagnóstico situacional de la enseñanza de la práctica de enfermería comunitaria en el área I, área II y área III a fin de apoyar el proceso enseñanza-aprendizaje en el pregrado.

2.2.2. ESPECÍFICOS:

- Analizar la pertinencia de los contenidos temáticos de Salud Pública en las asignaturas de enfermería en cada área del pregrado.
- Identificar el perfil del docente que imparte las unidades de enfermería comunitaria.
- Evaluar el cumplimiento de los objetivos de los programas de cada asignatura referentes a la práctica comunitaria.
- Identificar el nivel de dominio sobre técnicas y procedimientos de enfermería comunitaria en alumnos y docentes.
- Conocer el perfil del alumno en la realización de la práctica comunitaria.
- Determinar la integración de los conocimientos adquiridos en las materias del Plan de Estudios durante la realización de la práctica comunitaria.
- Establecer la correlación de la teoría y práctica del bloque comunitario.
- Conocer las dinámicas y técnicas de enseñanza impartidas en el bloque teórico de la práctica comunitaria.
- Conocer los criterios de acreditación y evaluación de la práctica comunitaria.
- Identificar los recursos, sedes y tiempo para la realización de la práctica comunitaria.
- Determinar la utilidad de la práctica comunitaria en la formación integral profesional.

2.3. HIPÓTESIS DIRECCIONAL

El rendimiento del alumnado en el área de Enfermería Comunitaria se asocia con:

La calidad del proceso enseñanza - aprendizaje, el tipo de práctica, la participación dentro de Programas Nacionales y la pertinencia y organización de la práctica.

2.4. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
<i>Dominio del contenido temático de las asignaturas</i>	Fundamentos de Enfermería I	Totalmente
	Fundamentos de Enfermería II	Parcialmente
	Enfermería del Niño	No lo domina
Nivel de conocimiento sobre el conjunto de temas respecto a enfermería comunitaria en las asignaturas correspondientes según semestre.	Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I	
	Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II	
	Obstetricia I	
	Obstetricia II	
<i>Cumplimiento de objetivos del programa de las asignaturas</i>	Fundamentos de Enfermería I	SI
<i>referente a la práctica comunitaria.</i>	Fundamentos de Enfermería II	No
Realización de actividades que buscan satisfacer las finalidades del plan que rige las materias en cuanto a la práctica comunitaria.	Enfermería del Niño	
	Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I	
	Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II.	
	Obstetricia I.	
	Obstetricia II.	
<i>Perfil del docente</i>	Dominio de los contenidos	Totalmente
Características que debe tener el profesor para impartir una enseñanza.		Parcialmente
		No los domina
	Actitud ante la práctica	Abierta
		Poco interés
		Aceptación
		Indiferencia
		Interés
		Pasivo
		Evasivo
		Cooperados
		Motivado

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
<i>Perfil del docente</i>	Profundidad en el abordaje temático	Total Parcial Suficiente Inexistente
	Puntualidad	Puntual Después de 15 min. Después de 30 min. Después de 1 hora.
	Tiempo de impartir la materia	
	Tipo de asesoría durante la práctica comunitaria	Demostración práctica Retroalimentación conceptual Incidental Programada Otros
<i>Nivel de dominio sobre técnicas y procedimientos en enfermería comunitaria</i>	Fundamentos de Enfermería I Fundamentos de Enfermería II	Absoluto (Caso alumnos) Regular Deficiente No lo domina
<i>Grado de conocimiento práctico sobre habilidades y destrezas de enfermería relativas a la comunidad.</i>	Enfermería del Niño Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II Obstétrica I Obstétricas II.	Total (Caso docentes) Parcial No abordado
<i>Perfil del alumno en la realización de la práctica comunitaria</i>	Puntualidad	Puntual Después de 15 min. Después de 30 min. Después de 1 hora.
<i>Características del alumno para ejecutar las reglas, principios o conocimientos de técnicas comunitarias.</i>		

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
<i>Perfil del alumno en la realización de la práctica comunitaria</i>	Participación en la práctica comunitaria	Valoración del estado de salud individual Recolección de datos Elaboración del diagnóstico de salud Informe final Educación para la salud Seguimiento de casos Otros
	Agrado por la asignatura	Agradable Poco agradable Desagradable
<i>Integración de los conocimientos adquiridos en las materias del Plan de Estudios durante la realización de la práctica comunitaria</i>	Totalmente Parcialmente No	
Forma de conjuntar la práctica comunitaria a través de los conocimientos previos adquiridos en las materias contempladas en el plan de estudios.		
<i>Correlación de la teoría y práctica del bloque comunitario</i>	Buena Regular	
Relación que guarda el conjunto sistematizado de ideas y la aplicación y ejecución de las reglas referentes al bloque comunitario.	Suficiente Inexistente	
<i>Criterios de acreditación y evaluación de la Práctica comunitaria</i>	Fundamentos de Enfermería I	Trabajo escrito sobre tres familias y exposición
Pautas para certificar los conocimientos a través de una calificación.		Análisis de la situación de salud de una comunidad

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
<i>Dinámicas y técnicas de enseñanza impartidas en el bloque teórico de la práctica comunitaria</i> Diversos modos de enseñanza encaminados a desarrollar en el alumno investigación permanente, momentos de análisis, síntesis, reflexión y discusión.	Exposición del docente	Si
	Exposición del alumno con retroalimentación del docente	No
	Plenarias	
	Discusión de temas	
	Mesa redonda	
	Demostraciones	
	Sociodramas	
	Investigación de campo	
	Investigación bibliográfica	
	Otros	
	Fundamentos de Enfermería II	Diagnóstico de salud individual y comunitario Ejecución de procedimientos de atención de enfermería comunitaria Elaborar un plan de educación para la salud
	Enfermería del niño	Trabajo escrito de dos familias en comunidad valorando características biopsicosociales del niño Aplicación de cedula de valoración integral al niño Elaboración y ejecución de programa de educación para la salud Informe global sobre actividades desarrolladas

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
	Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I	Informe del diagnóstico de salud de la comunidad Planeación, ejecución y evaluación de un programa de educación para la salud Informe de la práctica
	Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II	Informe del diagnóstico de salud de la comunidad Planeación, ejecución y evaluación de un programa de educación para la salud Informe de la práctica
	Obstetricia I	Asistencia y puntualidad 90% Implementación de actividades de educación para la salud perinatal
	Obstetricia II	Asistencia y puntualidad 90% Análisis grupal de casos clínicos Diagnóstico de salud del área asignada Análisis de visitas domiciliarias a casos seleccionados Plan de educación para la salud perinatal Todos los anteriores Otros

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
<i>Recursos para la práctica comunitaria</i>	Económicos	Suficiente
Medios o herramientas disponibles para ejecutar las actividades de la práctica comunitaria.	Humanos	Insuficiente
	Materiales	Inexistente
	Didácticos	
<i>Sede de la práctica comunitaria</i>	Hospital	
Residencia o jurisdicción donde se lleva a cabo la aplicación de los conocimientos adquiridos teóricamente relativos a la comunidad.	Clinica	
	Centros de salud	
	Comunidad asignada	
	Guardería	
	Primaria	
	Secundaria	
<i>Tiempo de la práctica</i>	Menos de 1 semana	
Periodo asignado para aplicar los conocimientos teóricos en la comunidad.	1 semana	
	2 semanas	
	Más de 3 semanas	
<i>Utilidad de la práctica comunitaria en la formación integral profesional</i>	Muy significativa	
Beneficio que se obtiene de la aplicación teórica en la educación completa relativo a la enfermería comunitaria.	Significativa	
	Poco significativa	
<i>Enfoque de la práctica comunitaria de enfermería en área</i>	Curativo	
Manera de considerar la aplicación y ejecución de las reglas o principios relativos a la comunidad.	Preventivo	
	Rehabilitación	
<i>Introducción a la práctica comunitaria</i>	Conocimiento del programa por parte del alumno	Si
Preámbulo a la ejecución de procedimientos comunitarios.		No

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
<i>Práctica basada en el diagnóstico de salud previo</i>	Si No	
Ejecución apoyada en una opinión anticipada del estado de salud de una colectividad	Total	
<i>Satisfacción de las necesidades de la comunidad</i>	Parcial No identificadas	
Solución de carencias de una asociación de personas que tienen un interés en común.		
<i>Técnicas y recursos didácticos utilizados en educación para la salud a la comunidad</i>	Sociodrama Teatro Guiñol Exposición de temas Demostración Perifoneo mural Triptico Pizarrón Franelógrafo Carteles Folleto Rotafolios Videos Juegos didácticos Otros	
<i>Aplicación práctica de medios de enseñanza empleados para la instrucción sanitaria de la comunidad.</i>		
<i>Estrategias implementadas para la solución de las necesidades de la comunidad durante la práctica comunitaria</i>	Programas de educación para la salud utilizados en la práctica comunitaria	
<i>Forma de coordinar las acciones llevadas a cabo para dar respuesta a las carencias de la colectividad durante la práctica comunitaria.</i>	Coordinación interinstitucional Humanos Económicos Materiales Ninguno	
<i>Recursos para la realización de la práctica comunitaria otorgados por la instrucción sede correspondiente</i>		
<i>Medios necesarios para la óptima aplicación y ejecución de actividades de enfermería en una comunidad.</i>		

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
<p>Conocimiento y aplicación de los programas de educación para la salud, de nutrición y Si de promoción a la salud específicos del sector salud, contra las adicciones, de atención médica, de No atención materno-infantil, de promoción y cuidado de la salud del escolar, de rehabilitación, de atención buco-dental, de extensión de cobertura, de inmunizaciones, de control de las infecciones respiratorias agudas, de prevención y control de las enfermedades diarreicas, de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), de control de enfermedades crónico-degenerativas, de prevención de accidentes, de prevención y control sanitario de riesgos ambientales, de saneamiento básico, de salud ocupacional y de planificación familiar</p>	<p>Programa de educación para la salud, de nutrición y Si de promoción a la salud, de atención médica, de No atención materno-infantil, de promoción y cuidado de la salud del escolar, de rehabilitación, de atención buco-dental, de extensión de cobertura, de inmunizaciones, de control de las infecciones respiratorias agudas, de prevención y control de las enfermedades diarreicas, de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), de control de enfermedades crónico-degenerativas, de prevención de accidentes, de prevención y control sanitario de riesgos ambientales, de saneamiento básico, de salud ocupacional y de planificación familiar</p>	
<p>Seguimiento de la práctica comunitaria</p>	<p>Si No</p>	
<p>antecedente</p>	<p>Continuidad de la aplicación de acciones de enfermería comunitaria.</p>	
<p>Propuestas del alumno para mejorar las prácticas comunitarias en la ENEO</p>	<p>Recomendaciones de los estudiantes para acrecentar el desempeño en la práctica comunitaria.</p>	<p>Fundamentos de Enf. I Fundamentos de Enf. II Enfermería del niño Enfermería del A.A.A. I Enfermería del A.A.A. II Obstetricia I Obstetricia II</p>
	<p>2º semestre 3º semestre 4º semestre 5º semestre 6º semestre 7º semestre 8º semestre</p>	

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE DISEÑO

Observacional. En función a que solo se observó el comportamiento de las variables.

Descriptivo.

Transversal. Se examinaron las características del universo en un momento dado, es decir durante un tiempo limitado.

3.2. UNIVERSO

Todos los alumnos de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad nacional Autónoma de México de ambos turnos del ciclo escolar 97-2.

3.3. MUESTRA

Se conformó una muestra de 1321 alumnos del ciclo escolar 97-2 distribuidos de la siguiente manera:

	Respondiendo cuestionarios correspondientes a:
- 227 del 2° semestre	Fundamentos de Enfermería I
- 481 del 4° semestre	Fundamentos de Enfermería II y Enfermería del Niño
- 349 del 6° semestre	Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y II
- 264 del 8° semestre	Obstetricia I y II

que estuvieron presentes el día de la aplicación del instrumento.

3.4. CRITERIOS

3.4.1. Inclusión

Todos los alumnos de 2°, 4°, 6° y 8° semestre que estuvieron presentes el día de la aplicación del instrumento.

3.4.2. Exclusión

Alumnos que no estuvieron inscritos en las listas y alumnos que no desearan colaborar en proporcionar la información requerida.

3.4.3. Eliminación

Alumnos que no estuvieron presentes el día de la aplicación del instrumento.

3.5. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA DE DATOS

3.5.1. Recolección

Se realizó una encuesta a fin de obtener información mediante entrevista directa instrumentada. Para la validación del instrumento de investigación éste se aplicó a pasantes del nivel Licenciatura que hubiesen realizado las prácticas comunitarias correspondientes al Plan de Estudios a fin de evaluar la pertinencia metodológica e instrumental del proyecto y no se llevó a cabo prueba piloto.

Para el proceso de ejecución formal se aplicó el instrumento de recolección de datos validado a los alumnos de 2°, 4°, 6° y 8° semestre del nivel Licenciatura considerando a los de 2° semestre para la aplicación del cuestionario correspondiente a Fundamentos de Enfermería I, a los de 4° para Fundamentos de Enfermería II y Enfermería del Niño, a los de 6° para Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y II, y a los de 8° semestre para Obstetricia I y II.

3.5.2. Clasificación

Para categorizar los datos se clasificaron de acuerdo al tipo de variables, esto es en cualitativas nominales según definición de las mismas.

3.5.3. Recuento

Para cuantificar las observaciones de acuerdo a cada categoría, según la frecuencia de datos de cada indicador estudiado, se realizó el recuento mediante tarjetas simples.

3.5.4. Presentación

Se realizó mediante cuadros y gráficas. Las variables cualitativas se describieron de manera textual.

3.5.5. Análisis

Se llevó a cabo a través de estadística descriptiva mediante porcentajes.

3.6. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

3.6.1. Asesora del proyecto: Lic. Teresa Sánchez Estrada
Coordinadora de Investigación ENEO-UNAM

3.6.2. Investigadoras:

Carrasco Montoya Matilde
Govea Puebla Angélica María
Gutiérrez Gutiérrez Maricruz
Hemández Mendoza Verónica
López Rábago Gabriela Viridiana
Velázquez León Claudia Elizabeth

3.6.3. Presupuesto

3.6.3.1. Recursos Humanos

1 Asesora del Proyecto
6 Pasantes del Servicio Social

3.6.3.2. Recursos Materiales

- a) Computadora
- b) Papelería en general
- c) Lápices
- d) Sacapuntas

3.6.3.3. Recursos Físicos

- a) Unidad de Cómputo de la división de Estudios Superiores ENEO-UNAM
- b) Laboratorio de Cómputo Fundación UNAM. ENEO
- c) Aulas de la ENEO-UNAM

3.6.3.4. Recursos Financieros

\$ 5,000.00

3.7. ASPECTOS ÉTICO LEGALES

La presente investigación no fue de riesgo, por lo tanto no se requirió de elaboración de hojas de consentimiento informado para las unidades de observación, lo cual se establece en los artículos 17 y 23 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. No obstante se consideraron los siguientes principios establecidos en la Ley General de Salud en materia de investigaciones para la salud:

“Artículo 17” INVESTIGACIÓN SIN RIESGO

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental, retrospectivos y en aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se les identifique ni se trate de aspectos sensitivos de la conducta.

“Artículo 23”

En el caso de investigaciones con riesgo mínimo la comisión ética, por razones justificadas podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

4. RESULTADOS

DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN

La opinión sobre la enseñanza de la enfermería comunitaria que aquí se expresa surge de la entrevista realizada a 1321 estudiantes del nivel Licenciatura de la Escuela Nacional de enfermería y Obstetricia. UNAM.

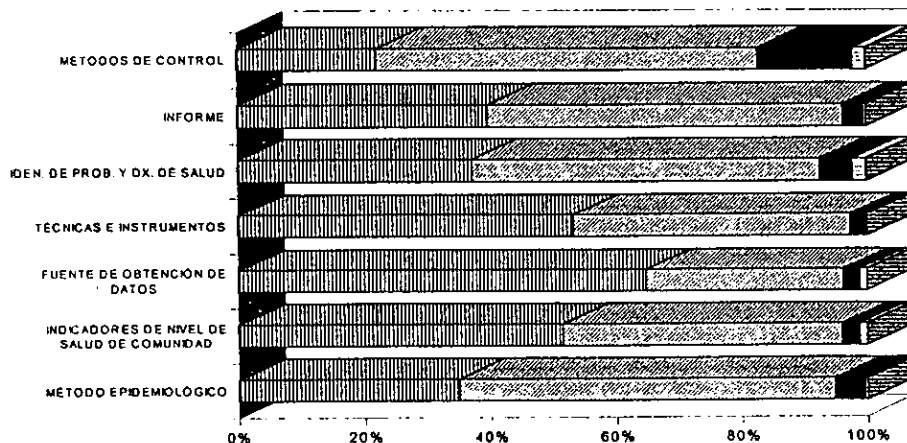
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I

CUADRO No. 1
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENED-UNAM 1997.

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO									
	Totalmente		Parcialmente		No lo domino		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Concepto, etapas y utilización del método epidemiológico	78	34.80	138	59.91*	11	4.85	1	0.44	227	100.00
Indicadores del nivel de salud de la comunidad (datos e la salud, factores condicionantes y de riesgo y recursos para la salud)	118	51.98	102	44.83	4	2.78	3	1.32	227	100.00
Fuentes de obtención de datos para el diagnóstico de salud (familias, comunidad, registro civil, centro comunitario de salud, hospitales, INEGI, otros.)	147	64.76*	71	31.30	6	2.64	3	1.30	227	100.00
Técnicas e instrumentos de: visita domiciliaria, entrevista y técnica del muestreo, aplicación de encuestas, cuestionarios, cálculos y diagnóstico de salud	121	53.30*	100	44.05	6	2.85	0	0.00	227	100.00
Identificación de problemas y diagnóstico de salud	84	37.00	126	55.50	12	5.28	5	2.22	227	100.00
Elaboración del informe	90	39.65	128	56.39	8	3.52	1	0.44	227	100.00
Métodos de control	50	22.06	138	60.80*	34	14.99	5	2.20	227	100.00

FUENTE: Datos procesados por P.S.S. Carrasco, M., Govéa, P., Gutiérrez, G., Hernández, M., López, R., Velázquez, L., de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. ENED-UNAM. 1997

GRÁFICA 1
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I ENED-UNAM 1997



TOTALMENTE
 PARCIALMENTE
 NO LO DOMINO
 SIN RESPUESTA

CUADRO No. 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS
COMUNITARIAS DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEQ-UNAM 1997.

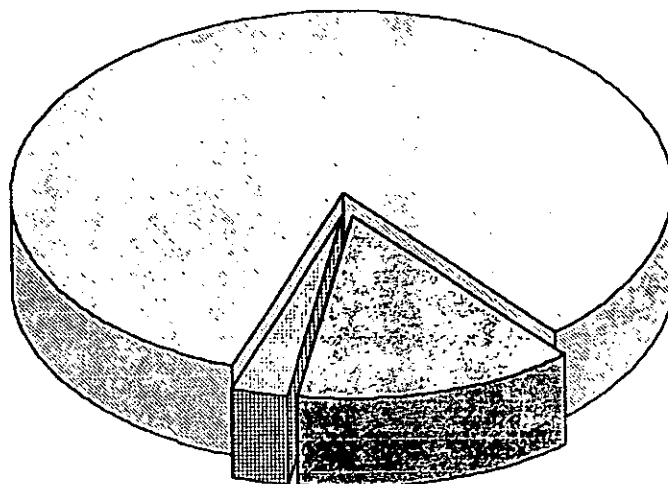
CONOCIMIENTO DE OBJETIVOS	F°	%
Si	189	83.26*
No	32	14.10*
Sin respuesta	6	2.64
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE
LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.

ENEQ-UNAM 1997

SI
83%



SIN RESPUESTA
3%

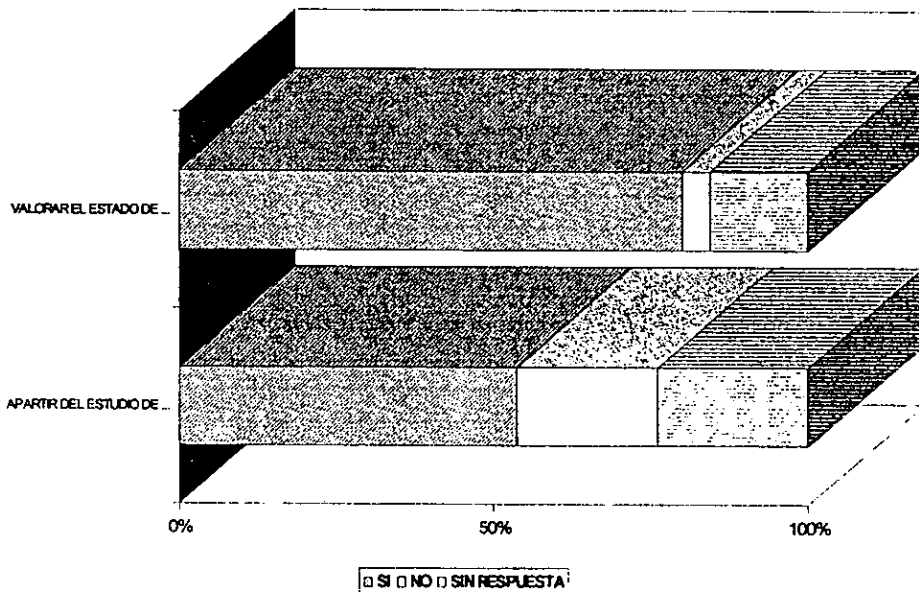
NO
14%

CUADRO No. 3
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2° SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA
DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I
ENEQ-UNAM 1987.

OBJETIVO	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
A partir del estudio de tres familias con características de marginalidad urbana, semiurbana y rural, los alumnos explicarán sus condiciones del nivel de salud proponiendo los métodos de control en los problemas detectados	122	53.74*	51	22.47*	54	23.79	227	100.00
Valorar el estado de salud individual, familiar y comunitario para identificar alternativas de solución a los problemas que se presentan.	182	80.18*	10	4.40	35	15.42	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 1
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2° SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS
COMUNITARIAS DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I
ENEQ-UNAM
1987



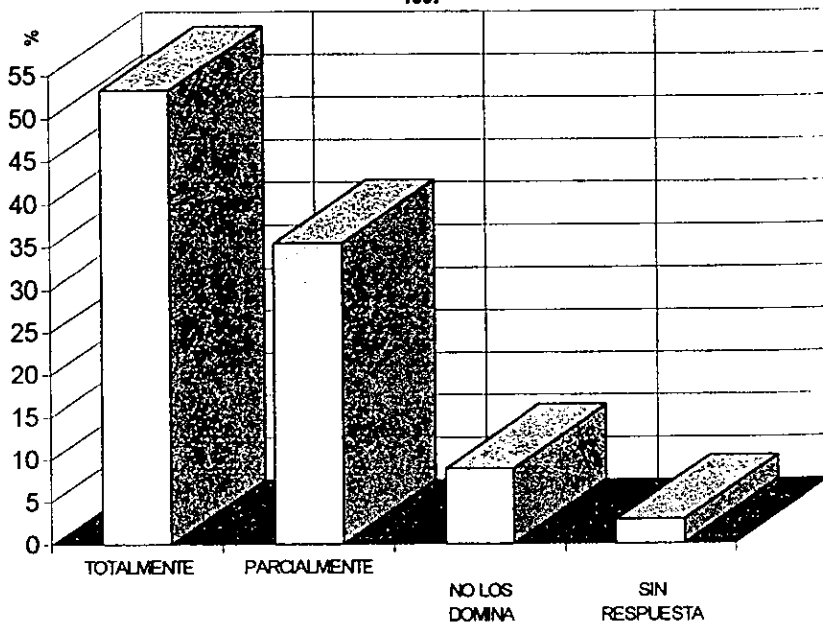
CUADRO No. 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL
PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEQ-UNAM 1997.

DOMINIO	Fº	%
Totalmente	121	53.30*
Parcialmente	80	35.24*
No los domina	20	8.81
Sin respuesta	6	2.65
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE REFERENTE AL
DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEQ-UNAM

1997

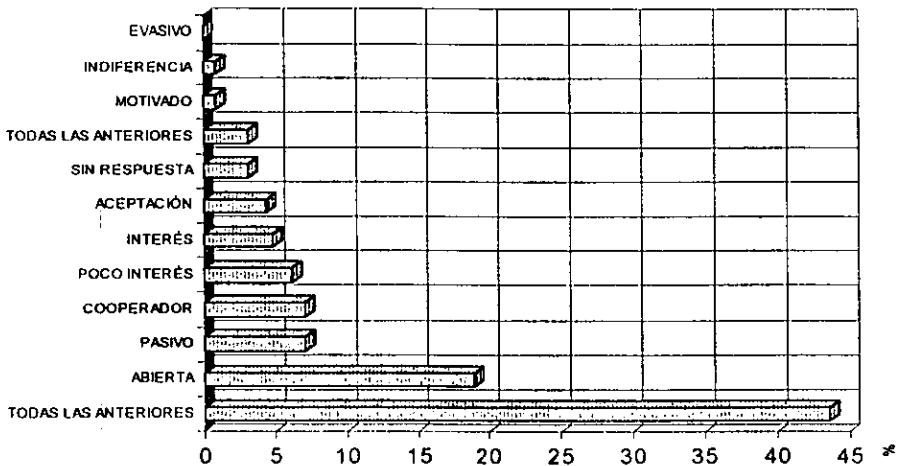


CUADRO No. 5
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS
CONCEPTUALES DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997.

ACTITUD DEL DOCENTE	Fº	%	% Ac
Abierta	43	18.94	18.94
Aceptación	10	4.40	23.34
Interés	11	4.85	28.19
Cooperador	16	7.05	35.24
Motivado	2	0.89	36.13
Todas las anteriores	99	43.61	79.74*
Poco interés	14	6.17	6.17
Indiferencia	2	0.88	7.05
Pasivo	16	7.05	14.10
Evasivo	0	0.00	14.10
Todas las anteriores.	7	3.08	17.18*
Sin respuesta	7	3.08	100.00
TOTAL	227	100.00	

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 5
PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE
SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS
CONCEPTUALES DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE
ENFERMERÍA I. ENEO-UNAM 1997

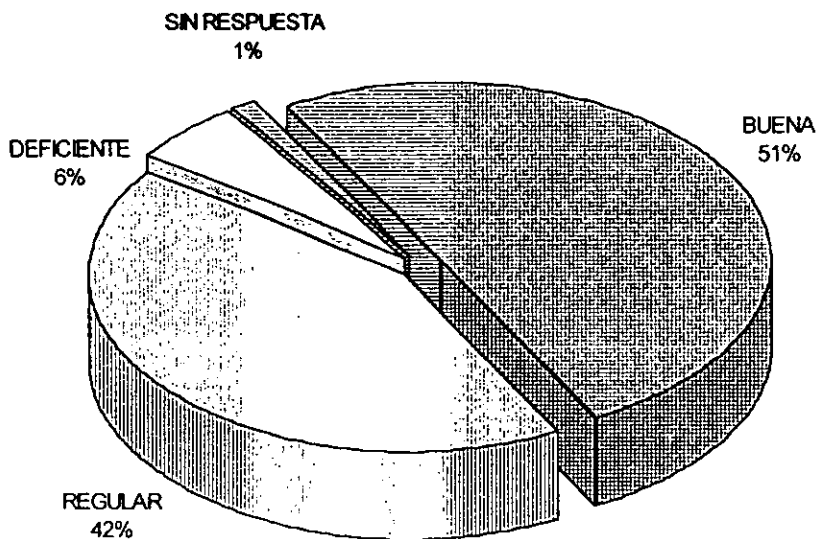


CUADRO No. 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE SOBRE LA PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL
PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997.

PROFUNDIDAD DE ABORDAJE	F°	%
Buena	115	50.66*
Regular	96	42.28*
Deficiente	13	5.73
Sin respuesta	3	1.32
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE SOBRE LA
PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE
PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997

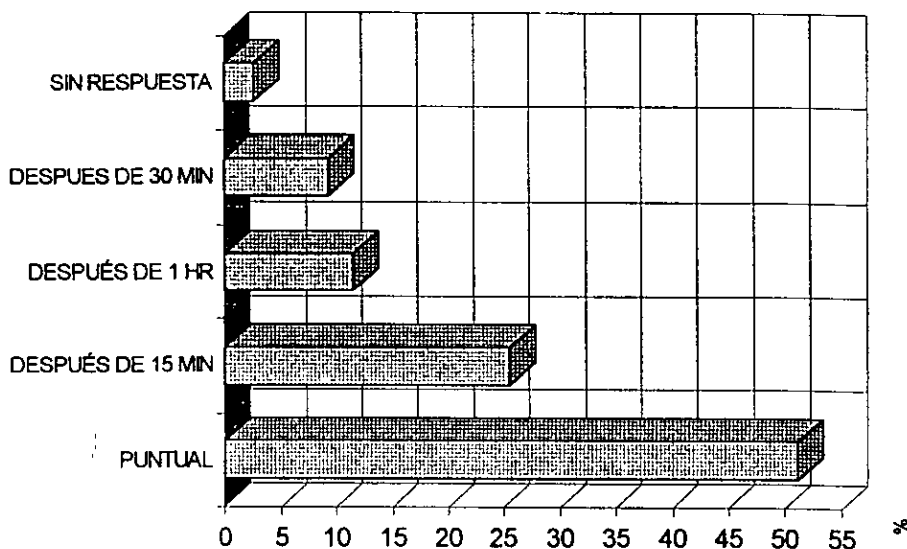


CUADRO No. 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE EN CUANTO A LA PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA
PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997.

PUNTUALIDAD	Fº	%
Puntual	118	51.10*
Después de 15 min.	58	25.58*
Después de 30 min.	21	9.25
Después de 1 hora	26	11.45
Sin respuesta	6	2.64
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE EN CUANTO A LA
PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997

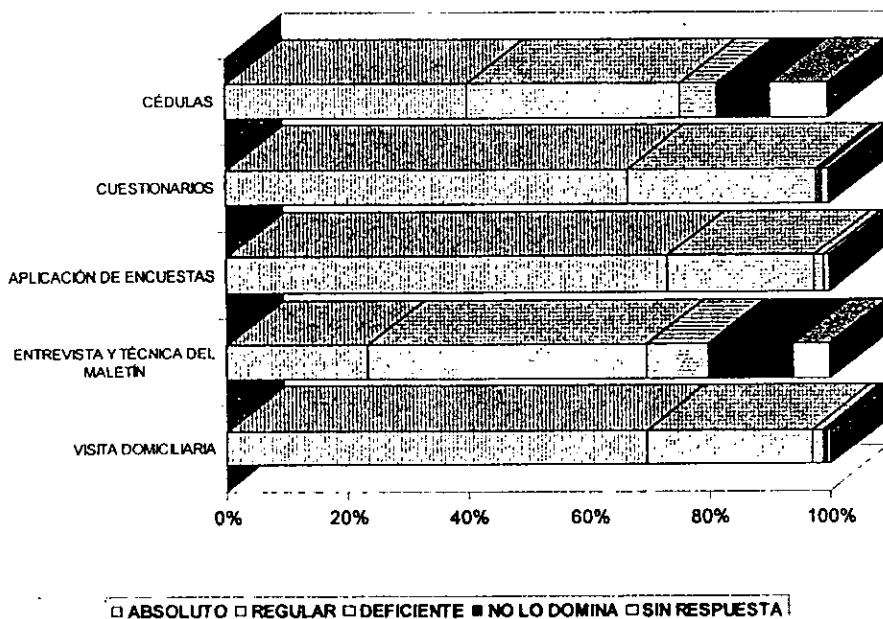


CUADRO No. 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE
ENFERMERÍA I. OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 2º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO											
	Absoluto		Regular		Deficiente		No lo domina		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Visita domiciliaria	158	69.60*	82	27.31	4	1.76	2	0.89	1	0.44	227	100.00
Entrevista y técnica del maletín	53	23.35	105	46.25*	23	10.13	32	14.10	14	6.17	227	100.00
Aplicación de encuestas	186	73.13*	55	24.23	4	1.76	0	0.00	2	0.88	227	100.00
Cuestionarios	151	68.52*	71	31.28	1	0.44	1	0.44	3	1.32	227	100.00
Cédulas	91	40.09*	80	35.24	14	6.17	20	8.81	22	9.69	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA EN
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 2º SEMESTRES.
ENEO-UNAM 1997



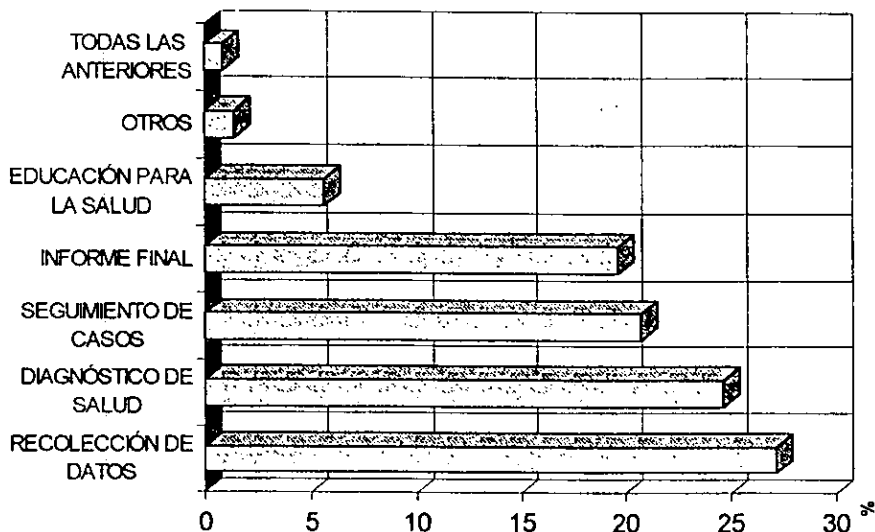
CUADRO No. 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
REFERENCIA EXPRESADA POR LOS ALUMNOS DE 2° SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

PARTICIPACIÓN EN EL DESEMPEÑO	F°	%
Diagnóstico de salud	88	24.65
Recolección de datos	97	27.17
Elaboración del informe final	70	19.61
Educación para la salud	20	5.60
Seguimiento de casos	74	20.73
Todos los anteriores	3	0.84
Otros	5	1.40

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

Nota: % sobre 357 casos

GRÁFICA 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. REFERENCIA
EXPRESADA POR LOS ALUMNOS DE 2° SEMESTRE.
ENEO-UNAM
1997

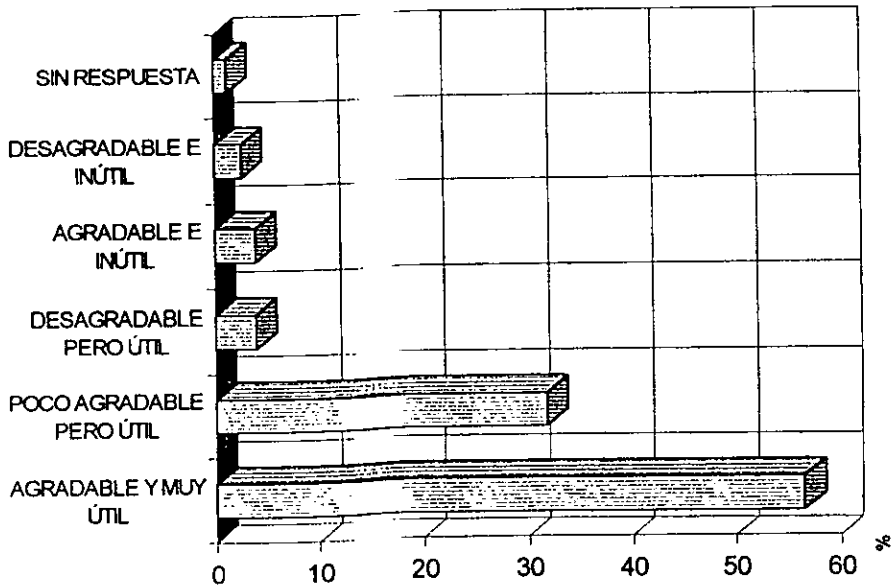


CUADRO No. 10
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I REFERENCIA EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

DESCRIPCIÓN	Fº	%
Agradable y muy útil	128	56.39*
Agradable e inútil	9	3.98
Poco agradable pero útil	72	31.72*
Desagradable e inútil	6	2.64
Desagradable pero útil	9	3.87
Sin respuesta	3	1.32
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 10
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. REFERENCIA EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

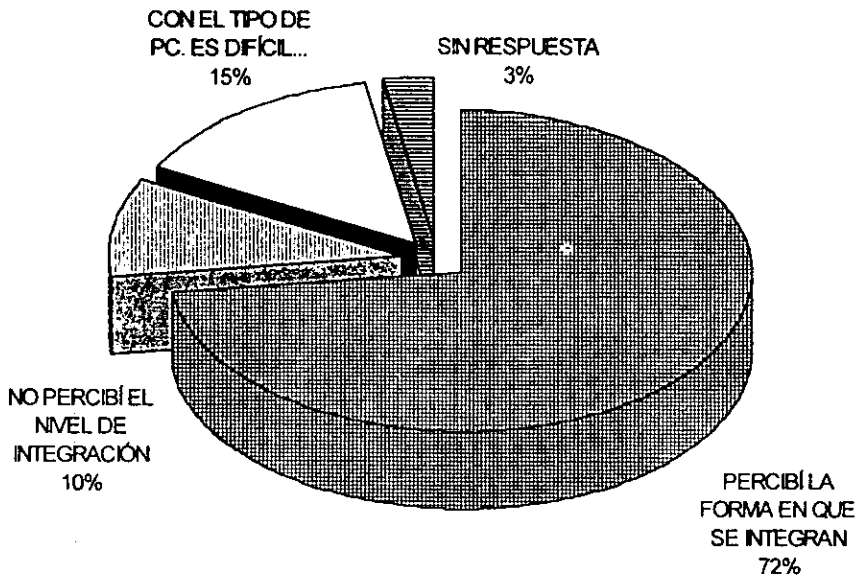


CUADRO No. 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS
DE OTRAS MATERIAS EN LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997.

PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN	F°	%
Percibí claramente la forma en que se integran	165	72.69*
No percibí el nivel de integración	23	10.13*
Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias	33	14.54*
Sin respuesta	6	2.64
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN
DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS MATERIAS EN LA
PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. ENEO-
UNAM 1997

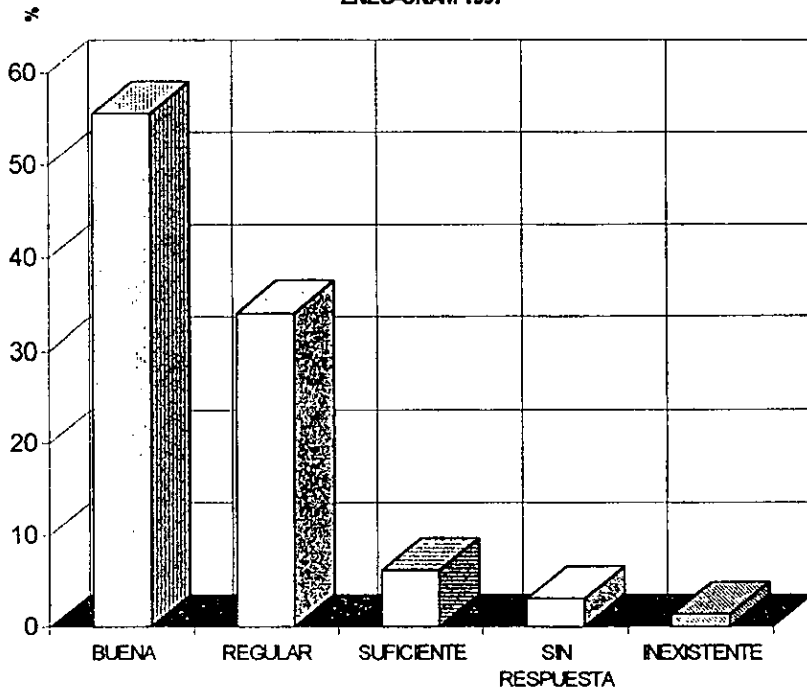


CUADRO No. 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE RESPECTO A LA RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA
DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997.

RELACIÓN	Fº	%
Buena	126	55.51*
Regular	77	33.92*
Suficiente	14	6.17
Inexistente	3	1.32
Sin respuesta	7	3.08
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE RESPECTO A LA
RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I
ENEO-UNAM 1997

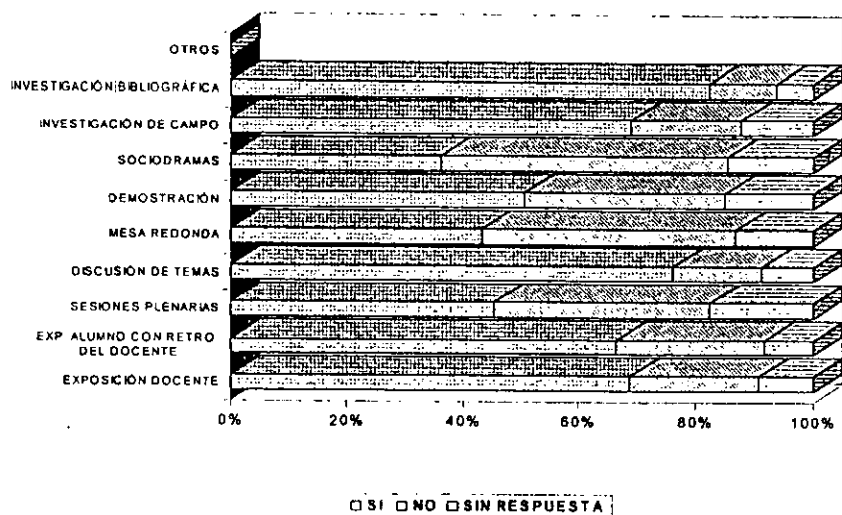


CUADRO No. 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE TEÓRICO DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS
DE 2º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Exposición docente	156	68.72	50	22.03	21	9.25	227	100.00
Exposición del alumno con retroalimentación del docente	151	66.52	57	25.11	19	8.37	227	100.00
Sesiones plenarias	103	45.38	84	37.00*	40	17.62	227	100.00
Discusión de temas	173	76.21*	34	14.98	20	8.81	227	100.00
Mesa redonda	98	43.17	99	43.61*	30	13.22	227	100.00
Demostraciones	115	50.66	78	34.36	34	14.98	227	100.00
Sociodramas	82	36.12	112	49.34*	33	14.54	227	100.00
Investigación de campo	157	69.16*	42	18.50	28	12.34	227	100.00
investigación bibliográfica	187	82.38*	26	11.45	14	6.17	227	100.00
Otros	0	0.00	0	0.00	0	0.00	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE TEÓRICO
DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I ENCUESTA REALIZADA A LOS
ALUMNOS DE 2º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997

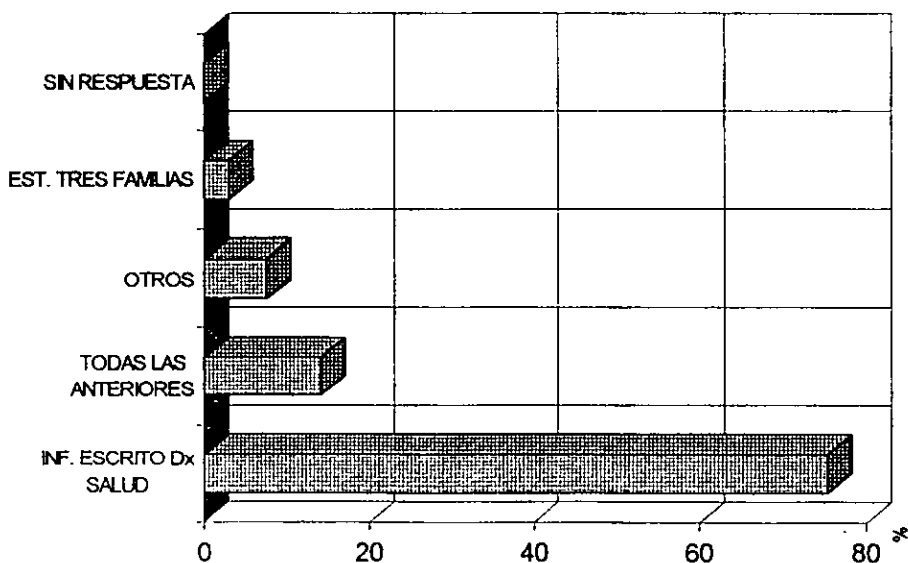


CUADRO No. 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 2º SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN	Fº	%
Trabajo escrito acerca del estudio de tres familias y la exposición ante el grupo.	7	3.08
Un informe escrito del análisis de la situación de salud de una comunidad, correlacionando los daños a la salud, los factores de riesgo y estableciendo alternativas de solución.	171	75.33
Todos los anteriores	32	14.10
Otros	17	7.49
Sin respuesta	0	0.00
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 2º SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE
ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997

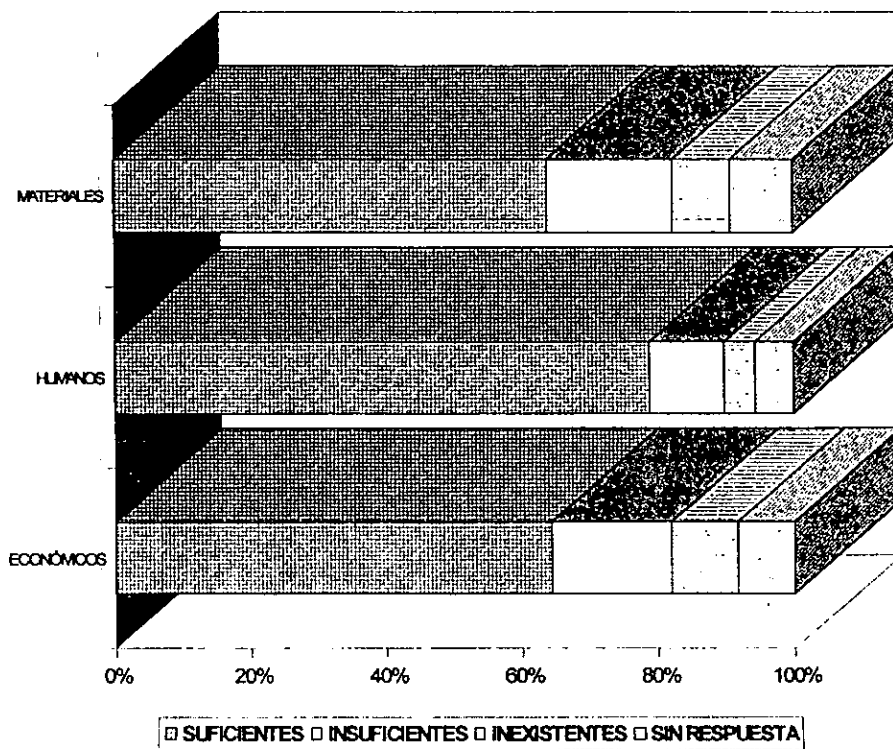


CUADRO No. 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 2º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

RECURSOS	Suficientes		Insuficientes		Inexistentes		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Económicos	146	64.32*	40	17.62	22	9.69	19	8.37	227	100.00
Humanos	179	78.86*	25	11.01	10	4.40	13	5.73	227	100.00
Materiales	145	63.88*	42	18.50	19	8.37	21	9.25	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 2º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

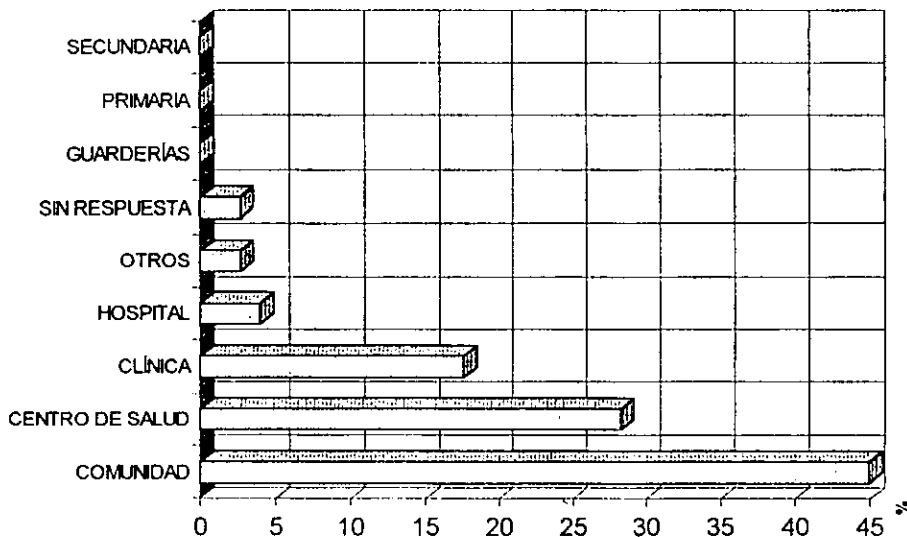


CUADRO No. 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 2º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

SEDE	F°	%
Hospital	9	3.97
Clínica	40	17.82*
Centro de salud	64	28.20*
Guarderías	0	0.00
Primaria	0	0.00
Secundaria	0	0.00
Comunidad	102	44.93*
Otros	6	2.64
Sin respuesta	6	2.64
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE
REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 2º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

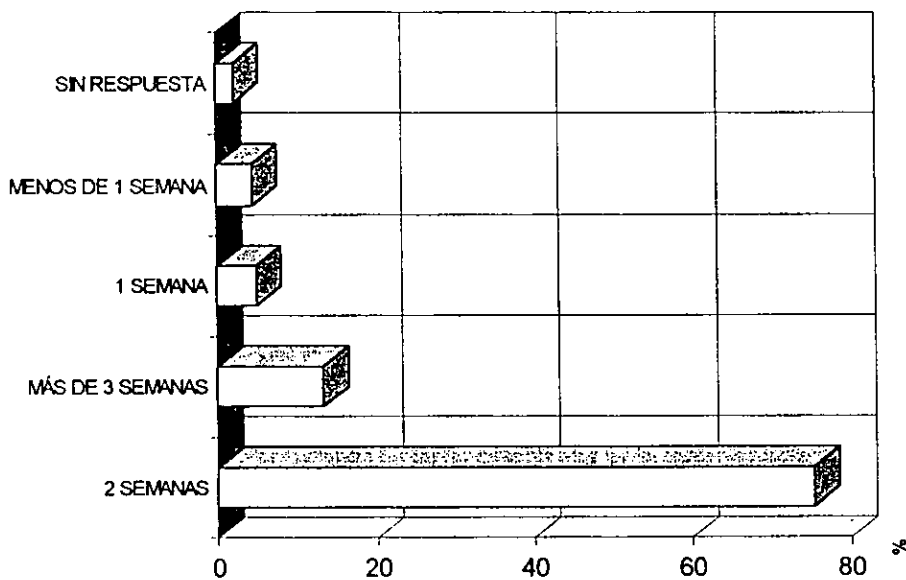


CUADRO No. 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 2º SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997.

TIEMPO ASIGNADO	F°	%
Menos de 1 semana	10	4.40
1 semana	11	4.85
2 semanas	171	75.33*
Más de 3 semanas	30	13.22
Sin respuesta	5	2.20
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 2º SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO
ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997

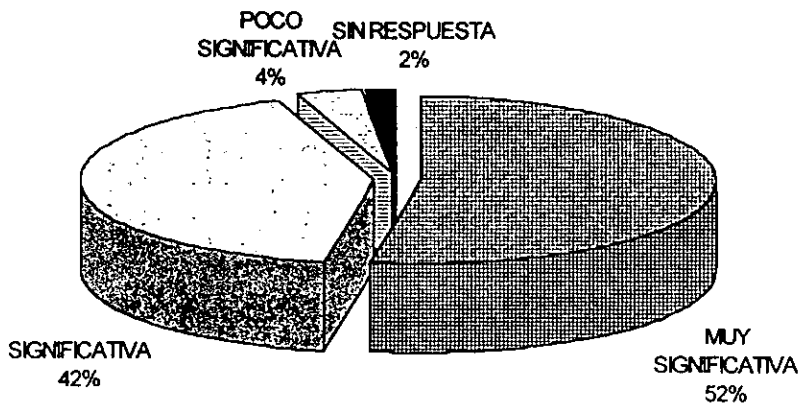


CUADRO No. 18
PERCEPCIÓN DE ALUMNOS DE 2º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA
DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I EN SU FORMACIÓN INTEGRAL
ENEO-UNAM 1987.

SIGNIFICADO	Fº	%
Muy significativa	120	52.88*
Significativa	95	41.85*
Poco significativa	8	3.53
Sin respuesta	4	1.78
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 18
PERCEPCIÓN DEL ALUMNO DE 2º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO
DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I EN
SU FORMACIÓN INTEGRAL.
ENEO-UNAM 1987

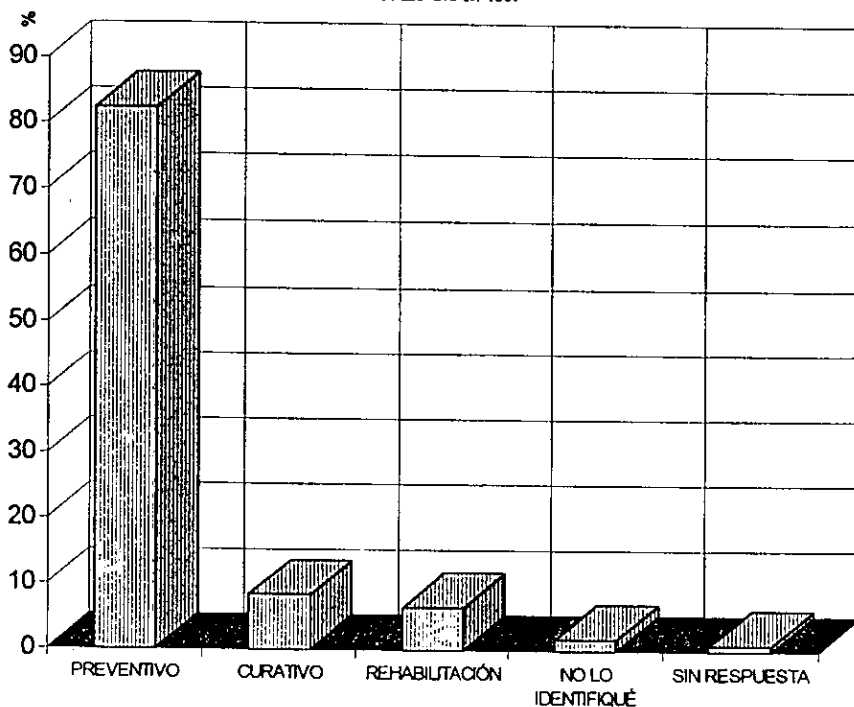


CUADRO No. 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE EN RELACIÓN AL ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEG-UNAM 1997.

ENFOQUE OTORGADO	Fº	%
Curativo	2	0.89
Preventivo	187	82.38*
Rehabilitación	4	1.76
No lo identifiqué	15	6.60
Sin respuesta	19	8.37
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE EN RELACIÓN AL ENFOQUE
OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEG-UNAM 1997

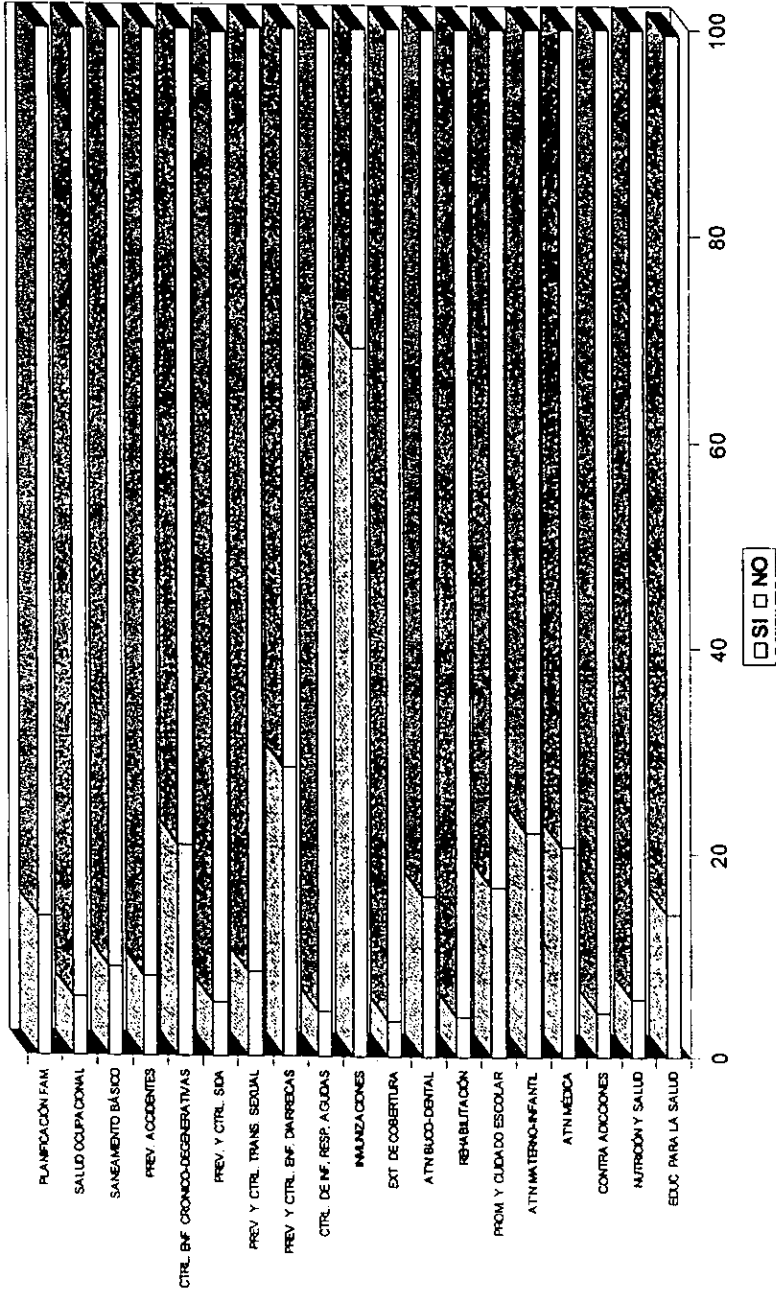


CUADRO No. 20
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ALUMNOS EN LOS PROGRAMAS NACIONALES
DE SALUD EN FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE
ENEU-UNAM 1997.

PROGRAMAS NACIONALES	Sí		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Programa de educación para la salud	32	14.09	184	85.48	0	0.00	227	100.00
Programa de nutrición y salud	13	5.72	214	94.28*	0	0.00	227	100.00
Programa contra las adicciones	10	4.41	217	95.59	0	0.00	227	100.00
Programa de atención médica	47	20.70*	180	79.30	0	0.00	227	100.00
Programa de atención materno-infantil	50	22.03*	177	77.97	0	0.00	227	100.00
Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar	38	16.74	189	83.26	0	0.00	227	100.00
Programa de rehabilitación	9	3.96	218	96.04	0	0.00	227	100.00
Programa de atención buco-dental	36	15.86	181	84.14	0	0.00	227	100.00
Programa de extensión de cobertura	8	3.52	219	96.48*	0	0.00	227	100.00
Programa de inmunizaciones	157	69.16*	70	30.84	0	0.00	227	100.00
Programa de control de infecciones respiratorias agudas	10	4.41	217	95.59*	0	0.00	227	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas	64	28.19	163	71.81	0	0.00	227	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual	18	8.37	208	91.63	0	0.00	227	100.00
Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	12	5.29	215	94.29	0	0.00	227	100.00
Programa de control de enfermedades crónico-degenerativas	47	20.70	180	79.30	0	0.00	227	100.00
Programa de prevención de accidentes	18	7.93	209	92.07	0	0.00	227	100.00
Programa de saneamiento básico	20	8.81	207	91.19	0	0.00	227	100.00
Programa de salud ocupacional	13	5.73	214	94.27	0	0.00	227	100.00
Programa de planificación familiar	31	13.66	196	86.34	0	0.00	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 20
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ALUMNOS EN LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD
 EN FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I, ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE ENEO-UNAM 1987

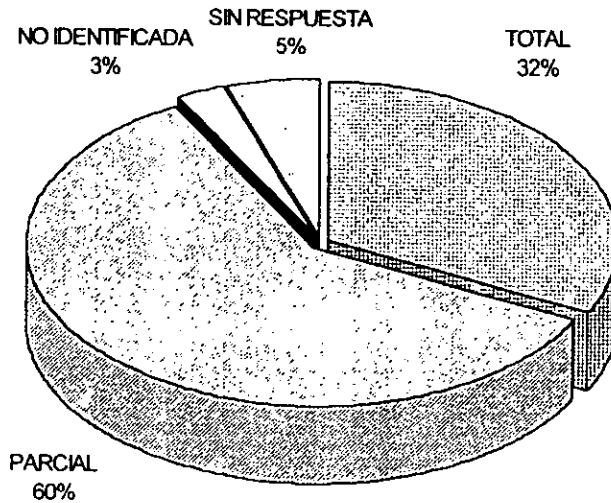


CUADRO NO. 21
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2° SEMESTRE RESPECTO LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS
EN COMUNIDAD DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENEO-UNAM 1997.

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS	F°	%
Total	73	32.16*
Parcial	138	59.91*
No identificada	8	2.64
Sin respuesta	12	5.29
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 21
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 2° SEMESTRE RESPECTO LA
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNIDAD DURANTE
LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. ENEO-
UNAM 1997

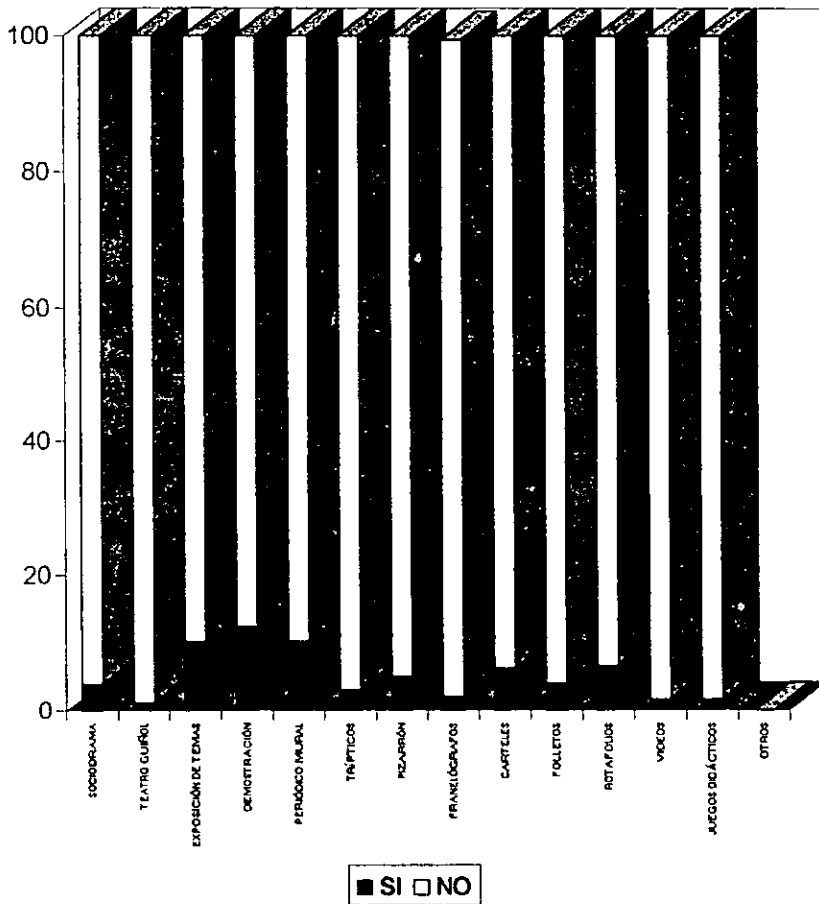


CUADRO No. 22
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS EN FUNDAMENTOS DE
ENFERMERÍA I PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD. ENCUESTA REALIZADA
A ESTUDIANTES DE 2° SEMESTRE.
ENEQ-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI		NO		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Sociodrama	9	3.98	218	96.04	0	0.00	227	100.00
Teatro Guiñol	3	1.32	224	98.68	0	0.00	227	100.00
Exposición de temas	23	10.13	204	89.87	0	0.00	227	100.00
Demostración	28	12.33*	199	87.67	0	0.00	227	100.00
Periódico mural	23	10.13	204	89.88	0	0.00	227	100.00
Tripticos	7	3.09	220	96.91	0	0.00	227	100.00
Pizarrón	11	4.85	216	95.15	0	0.00	227	100.00
Franelografos	05	2.20	222	97.80	0	0.00	227	100.00
Carteles	14	6.17	213	93.83	0	0.00	227	100.00
Folleto	9	3.98	218	96.04	0	0.00	227	100.00
Rotafolios	15	6.61	212	93.39	0	0.00	227	100.00
Videos	4	1.76	223	98.24	0	0.00	227	100.00
Juegos didácticos	4	1.76	223	98.24	0	0.00	227	100.00
Otros	0	0.00	0	0.00	0	0.00	227	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 22
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS
UTILIZADOS EN FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA
SALUD EN LA COMUNIDAD. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997

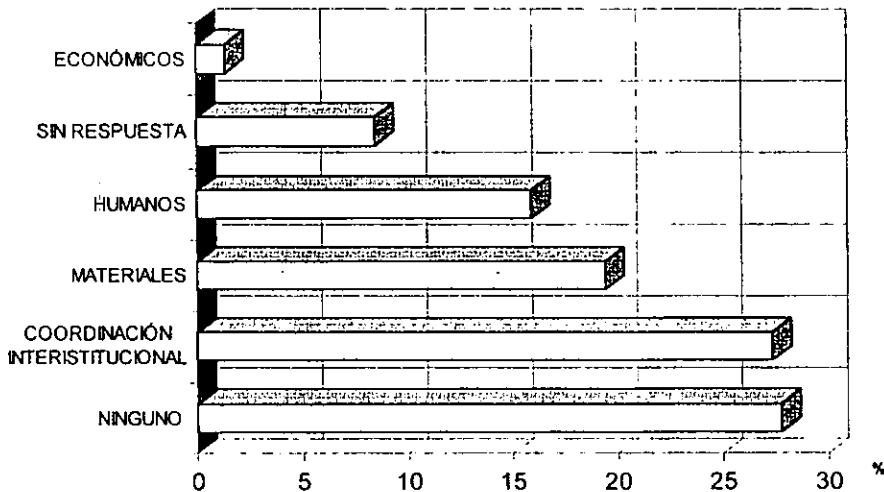


CUADRO No. 23
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.
ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

APOYO POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN	Si	No
	Fº	%
Coordinación interinstitucional	62	27.31*
Humanos	36	15.86
Económicos	3	1.32
Materiales	44	19.39
Ninguno	63	27.75*
Sin respuesta	19	8.37
TOTAL	227	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 23
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. ENCUESTA REALIZADA
A ESTUDIANTES DE 2º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997



PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.

Los resultados que a continuación se presentan reflejan la opinión de 227 estudiantes de 2° semestre de ambos turnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia respecto al bloque comunitario de la materia de Fundamentos de Enfermería I.

Al valorar el dominio que los estudiantes consideran tener sobre los contenidos temáticos de las unidades correspondientes al bloque comunitario, el 64.76% y un 53.30% afirmaron que este es totalmente respecto a los temas de Fuentes de obtención de datos para el Diagnóstico de Salud y Técnicas e instrumentos de visita domiciliaria respectivamente, mientras que de manera parcial es su dominio en temas tales como: Métodos de Control 60.80%, y Conceptos y etapas de utilización del método epidemiológico 59.91%.

El conocimiento de los objetivos del programa de la práctica comunitaria se manifestó como afirmativo en el 83.26% de los alumnos.

Uno de los ejes de la práctica comunitaria en Fundamentos de enfermería I, lo constituye sus dos objetivos plasmados en el Programa de estudios; el primero alusivo al "estudio de tres familias con características de marginalidad urbana, semiurbana y rural, los alumnos explicarán sus condiciones del nivel de salud proponiendo los métodos de control en los problemas detectados", al respecto, solo el 53.74% consideró que se cumplió en la práctica, en cuanto al segundo objetivo de "valoración del estado de Salud individual familiar y comunitario para identificar alternativas de solución a los problemas que se presentaron", un 80.18% afirma que se cumplió.

Respecto al nivel de dominio que consideran los alumnos que tiene el docente de la materia de Fundamentos de Enfermería I, sobre los contenidos temáticos de la práctica comunitaria solo el 53.30% de ellos opinó que el docente los dominaba totalmente, mientras que un 35.24% de los estudiantes dice que este fue dominado solo de forma parcial.

La actitud mostrada por el docente durante la practica fue calificada por un 79.74% de los estudiantes como positiva incluyéndose en está categoría actitudes tales como una postura, abierta, de aceptación, de interés, cooperación y motivado y cabe mencionar que el 17.18% la describe como negativa es decir que mostró poco interés, pasividad, evasividad e indiferencia. según porcentaje acumulado.

Sobre la profundidad en el abordaje de los temas del programa se manifestó como buena en un 50.66% del alumnado, sin embargo no puede dejarse de mencionare que para un 42.29% este fue regular.

El docente asistió a la práctica puntualmente según un 51.10% de los encuestados y solo un 25.56% refirió que se presentó después de 15 minutos.

Otro de los ejes principales de la practica lo constituye las técnicas y procedimientos de enfermería comunitaria, estos son considerados por los alumnos como absolutamente dominados, la Aplicación de encuestas 73.13%, Visita domiciliaria 69.60%, Cuestionarios 66.52% y Cédulas 40.09%, mientras que la Entrevista y técnica del maletín solo un 46.25% lo domina de forma regular.

La participación del estudiantes de segundo semestre en la práctica comunitaria fue de 98.60% según porcentaje acumulado en el; Diagnóstico de Salud, Recolección de datos, Elaboración de informe final, Educación para la salud, seguimiento de casos.

La practica en general se percibe como muy útil en un 88.11% sin embargo de este porcentaje un 56.36% la percibe como agradable y el 31.72% restante como una experiencia desagradable.

En cuanto a la integración de conocimientos de otras materias con la práctica comunitaria un 72.69% afirma haber percibido claramente la forma de integración un 14.54% dice ser difícil integrar los conocimientos de diversas materias mientras que para un 10.33% definitivamente no percibe integración alguna.

Para nosotras como investigadoras fue importante saber como consideraban los alumnos la relación teoría-practica dentro de la materia en estudio y obtuvimos que un 55.51% la considera buena en tanto 33.92% como regular.

Pasando a la metodología de enseñanza de la materia haremos referencia a dinámicas y técnicas de enseñanza más utilizadas por los docentes para impartir el bloque teorico de la práctica resultando ser, un 82.38%, la investigación bibliográfica seguido de Discusión de temas con 76.21% e investigación de campo con 69.16%, mientras que las menos utilizadas fueron soiodramas, mesa redonda y sesión plenaria con 49.34%, 43.61%, 37.00% respectivamente.

Los criterios de acreditación y evaluación de la práctica comunitaria de segundo semestre fue 92.51% según porcentaje acumulado basada en el "Trabajo escrito acerca del estudio de tres familias y la exposición ante el grupo y un informe escrito del análisis de la situación de salud de una comunidad, correlacionando los daños a la salud, los factores de riesgo y estableciendo alternativas de solución".

En una gran mayoría del 78.86% de estudiantes ratificaron que contaron con suficientes recursos humanos al igual que un 64.32% y 63.88% en cuanto a recursos económicos y materiales respectivamente para la realización de la práctica.

La principal sede de la práctica comunitaria la constituyó la comunidad en un 44.93% seguida por centros de salud con 28.20% y de la clínica con 17.62%, refiriéndose a su vez que el tiempo asignado para esta es en promedio de 2 semanas según un 75.33% de estudiantes.

Es importante señalar que según porcentaje acumulado un 94.71% consideran ala práctica como muy significativa y significativa.

El 82.38% identificaron que el enfoque de la práctica fue preventivo.

La mayor participación de los estudiantes de segundo semestre en los Programas Nacionales de Salud ocuparon en 1er lugar un 69.16% el Programa de inmunizaciones, en segundo el de atención materno infantil aunque con solo un 22.03% y en tercero el de Atención médica con un 20.70%. Sin embargo la menor participación de los estudiantes fue en el de Extensión de cobertura 96.48% el de Contra accidentes 95.59% y el de Nutrición y salud 94.28%, entre otros.

En lo referente a la satisfacción de necesidades detectadas en la comunidad el 59.91% de dichas opiniones afirman haberlas cumplido de forma parcial y solamente el 32.16% en su totalidad.

Los estudiantes de 2o. Semestre escasamente participaron en los referente ala educación para la salud utilizarón como técnicas y recursos con un 12.33% la Demostración, 10.13% la exposición de temas y el periódico mural en un porcentaje igual.

Finalmente los alumnos que refieren no haber recibido apoyo por parte de la institución sede correspondiente para la realización de la práctica Comunitaria son solo un 27.72%, mientras que un 27.31% afirmaron haber hecho su práctica en coordinación con la institución sede de cada grupo.

El estudio incluyó algunos ítems de respuesta abierta, estos se consideran como hallazgos cualitativos que expresan la opinión sobre las experiencias y expectativas de los entrevistados, respecto a enfermería comunitaria. La presentación de las opiniones se hace mediante transcripción textual.

La participación del estudiante en actividades específicas fue:

"Además de la realización de la interpretación de datos, hicimos gráficas, cuadros, mecanografía del informe de trabajo"; "Práctica dentro del centro de salud"; "Tomar fotografías"; "Delimitar el área a trabajar mediante un mapa"

La percepción que tiene el alumno al describir la práctica comunitaria es la siguiente:

Agradable y muy útil porque:

"Me sentí muy agusto no me costo trabajo realizar encuestas"; "Permite reconocer claramente que es la comunidad"; "Mediante las visitas se puede uno dar cuenta si se tienen los conocimientos teóricos de como aplicar una encuesta"; "Tuve la oportunidad de llevar a cabo un Dx. de salud"; "Levamos acabo la teoria y la práctica"; "Me parece que es muy importante"; "Tuve contacto con la gente para poder reconocer sus principales necesidades"; "Se identifican riesgos para la salud"; "Nos dan independencia en especial en el SPAPS"; "Podemos comparar las comunidades"; "Fue un buen primer contacto con la comunidad ara aplicar

los conocimientos"; "No tuve ningún inconveniente"; "Tienes oportunidad de brindar atención holística"; "Reforcé y adquirí nuevos conocimientos"; "Al obtener el Dx. de salud podemos trabajar los niveles de prevención"; "Se aprende a ver y tratar a las personas desde otro punto de vista"; "Aprendes muchas cosas que en teoría no se pueden aprender o hacer"; "Así pude hacer otros programas en beneficio de la comunidad"; "Pienso que es necesaria y prácticamente me gusta este tipo de actividades pues pienso que es donde una se puede desarrollar mejor"; "Me permitió conocer más acerca de mi profesión"; "Ya que es la base para todos los trabajos que se realizan durante mi carrera"; "Conocimos factores de riesgos más de cerca"

Poco agradable pero útil, porque:

"Es muy cansado ir de puerta en puerta"; "No me agrado andar en la calle"; "Porque implica recolección de datos"; "No tenemos las bases necesarias"; "Tuvimos algunos problemas al realizar el trabajo final"; "No me resulta interesante"; "No hubo coordinación intergrupal y no se lograron los objetivos"; "La gente no es accesible no cooperan"; "Todo se queda en papeleo"; "Por el gasto económico"; "Por el proceso de elaboración de las cédulas"; "Por las desfavorables condiciones ambientales y nos llevo a suspender la práctica"; "Porque la comunidad se encontraba en el cerro y era muy fatigable las subidas pero agradable porque aprendí, bastante cosas y conocí gente muy amistosa"; "Hubo mucha falta de asesoría"; "Se pierde mucho tiempo en cuestiones sin importancia"; "Es útil hacer un Dx. de salud de esa comunidad pero hay personas desagradables en la comunidad"; "El tipo de comunidad pero nos ayudo a aprender más".

Desagradable e inútil porque:

"Esperaba que fuera diferente"; "No me agrado a zona"; "No tiene caso realizar un Dx. que no se toma en cuenta por las autoridades".

Desagradable pero útil, porque:

"Conocemos las carencias de la comunidad"; "Es monótono pero se da información impórtate"; "No me gusta encuestas"; "Es desagradable soportar groserías de la gente y los datos finales solo quedan trasapelados".

Lo referente a otros criterios de acreditación y evaluación utilizados durante la práctica se mencionan los siguientes:

"Examen, exposición y práctica"; Valorar el estado de salud de la comunidad"; "Asistencia participación y puntualidad"; "Desempeño y disposición en la práctica"

Las Sedes de práctica comunitaria que fueron mencionadas son:

Comunidades: "Centro de salud José Zozaya"; "Sede de practicas de atención primaria a la salud (SPAPS) ENEO-UNAM" ;"Comunidad Beatriz Velazco de A."; "Ramón y Carrillo"; "San Lorenzo Tezonco"; "San Francisco culhuacán"; "Tlacuítlapa"; "San Pedro Zacatenco".

Clínicas: "Gineco U.M.F: 13" "Clínica No. 8"; "U.M.F. 41".

Los programas que el estudiante implemento para la solución de las necesidades de la comunidad en la cual realizaron su práctica fueron:

"Mejoramiento de hábitos de limpieza"; "Saneamiento ambiental"; "Atención médica buco-dental"; "Detección oportuna de hipertensión arterial"; "Detección oportuna de Diabetes Mellitus (Destroxix)"; "Canalización a servicios de salud para atención médica"; "Enfermedades diarreicas. (suero oral y vida)"; "Inmunizaciones"; "Nutrición"; "Lactancia Materna"

Se propusieron únicamente en el dx. pero no se llevaron a cabo:

"Higiene personal y de la vivienda"; "Planificación familiar"; "Recolección de basura"; "Control prenatal"; "Lactancia Materna"; "Nutrición"; "Únicamente se indicaron problemas y necesidades"

Las propuestas que el estudiante de segundo semestre de la licenciatura hizo para mejorar la práctica comunitaria de fundamentos de enfermería I. fueron las siguientes.

"Ver con mayor amplitud los temas de comunidad"; "Que nos proporcionen más conocimientos sobre patologías"; "Apoyar más al alumno en cuanto a temas de interés para la comunidad"; "Hacer énfasis en técnicas y recursos"; "Preparar más al alumno y docente, y que se den a conocer los objetivos antes de que inicie la práctica, así como las actividades a realizar"; "Explicar los objetivos y que sean alcanzables"; "Que la profesor domine los temas que se prepare más"; "Cambiar a los profesores"; "Que el docente no se muestre indiferente ante la práctica, motivar al alumno"; "Que el docente tome un curso de metodología"; "Que los cuatro profesores revisen el Dx. de salud para ver si integramos las materias"; "Que se proponga material didáctico y algunas actividades de salud con la participación de la comunidad"; "Que la comunidad se más grande"; "Campos mejor ubicados, que se respeten, que la escuela no los cambie, que estos se elijan con anticipación"; "Poder realizar el instrumento que se va a utilizar"; "La practica comunitaria requiere mayor tiempo para una mejor participación de nosotros en la atención de observar y detectar las necesidades de la comunidad"; "Implementar programas para dejar algo palpable ala comunidad"; "Buscar ayudar a la gente que lo necesita, siempre y cuando este en nuestras manos"; "Dar propuestas para mejorar el estado de salud de la comunidad"; "Que se ajusten a los recursos necesidades y posibilidades reales del alumno, maestros y el centro de salud"; "Apoyo por parte de la escuela"; "Participar conjuntamente con la delegación para dar posibles soluciones"; "Que nos coordinen con el personal que realmente nos enseñe"; "Elaborar un Dx correctamente ya que se manejaron datos incorrectos y esto no es verídico"; "Modificar el cuestionario que no se establece un Dx. fidedigno"; "Que antes de llevar a cabo las cuestionarios sean revisados aún cuando el alumno refiere, no tener ninguna duda, y sobre todo que se revisen después de haberlos aplicado, es más sugiero que primero se realiza una prueba piloto para verlas dudas que surgen"; "No enfocar demasiado alas estadísticas"; "No tomar tan pocas muestras aleatorias de la población"; "Que se de la teórica de la practica comunitaria desde el primer día del semestre"; "Que se de a conocer la metodología de investigación y realización de un Dx"; "Que todo el grupo participe en la elaboración del informe final"; "Planear la práctica junto con los alumnos para que conozcan los objetivos a alcanzar"; "Que el curso sea en primer semestre para tener más tiempo y salir más seguido"; "Que tengamos un buen fin para la educación de la población no solo el obtener datos"; "Nada porque lo que les ponga les va a valer muy poco, como siempre ha pasado en la escuela"; "Que se elimine y prolongue más la práctica hospitalaria"; "Brindar mayor información sobre las dudas que algunas familias tienen y los

servicios a donde pueden recurrir"; "Que no se realice en tiempo de lluvias ya que esto hace que suspendamos la práctica y nos resta tiempo"; "Que a los alumnos se les haga ver que la practica comunitarias es igual o más importante que la clínica, porque siempre se tiene un concepto equivocado "Que se le de el verdadero valor que tiene que se coordine con otras disciplinas para poder llevar una respuesta a las necesidades detectadas".

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.

Tras el análisis de los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

- a) En cuanto al dominio que el alumno tiene sobre los contenidos temáticos que apoyan a la práctica de Fundamentos de Enfermería I es reducido. Dicha práctica debe estar fundamentada en el método epidemiológico aplicado a nivel individual, familiar y colectivo. Esta materia es la base teórica metodológica de los semestres subsiguientes.
- b) Los objetivos que persigue la practica se dieron a conocer a la mayoría de los estudiantes.
- c) No obstante, la implementación y el cumplimiento de los objetivos fue parcial lo cual podría dar pie a la pérdida de credibilidad en la comunidad al realizar una práctica de este tipo en la cual no se concretiza lo planeado ni beneficia a los involucrados.
- d) En otra línea de análisis el dominio del contenido temático por parte del docente se califica como bajo. Esto, no es un problema exclusivo de nuestra institución, podemos ver como a nivel nacional solo un 6% de Enfermeras adscritas a la Secretaria de Asistencia y Salud son profesionales de Atención de primer Nivel lo cual nos revela la dificultad de asegurar apoyo docente de calidad y cantidad acorde a la formación de recursos de enfermería comunitaria que se necesita en el país.
- e) No obstante, los profesores de la ENEO mantienen actitudes positivas y desarrollan los programas de la práctica comunitaria.
- f) Según opiniones expresadas por el estudiante hay frecuentemente una asignación inadecuada del profesor para impartir la práctica comunitaria. Esto apoya los datos de que el abordaje de los contenidos del programa sean a veces superficiales.
- g) La puntualidad del docente fue motivo para mermar la oportunidad de desarrollo del alumno dentro de la comunidad, aun cuando ésta, se puede considerar algunas veces como indicador indirecto de la eficiencia.
- h) Respecto a las técnicas y procedimientos que se imparten durante el bloque teórico, el alumno obtuvo el dominio absoluto en solo algunos de éstos. El hecho de enfocarse a actividades específicas conduce a la pérdida de una visión integral de los objetivos planeados, ya que aunque la participación del alumno fue dentro de las actividades planeadas en el programa. Esto fragmentan la adquisición de conocimiento y habilidad globales.

- i) El alumno percibió la práctica como una experiencia positiva en la cual pudo retroalimentar sus conocimientos teóricos manteniendo un contacto real con la comunidad. Sobre todo, aplicarlos y es que se puede dejar de lado la gran ventaja de la profesión que es acceder como ningún otro profesional en los hogares, establecimientos, fabricas, escuelas y un sin número de lugares en donde se requiere de servicios de un profesional de enfermería.
- j) En el caso de Fundamentos de Enfermería I , el alumno percibe la integración de las asignaturas complementarias. Esto es trascendente porque la atención primaria atiende las necesidades de la comunidad en materia de salud, esto no sería posible, sin comprender la influencia social que determina el proceso salud-enfermedad. Es por ello necesario que el alumno de enfermería integre los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en otras asignaturas como Atención a la Salud, Socioatropología, Historia y Metodología de la Investigación.
- k) Las dinámicas y técnicas utilizadas en la enseñanza son complemento indispensable para un buen aprendizaje. De esto se puede afirmar que, por una parte, se cumplió con la metodología de trabajo según el programa, además de fomentar el pensamiento crítico del alumno.
- l) Los criterios de acreditación y evaluación fueron acordes a los estipulados en el programa.
- m) Los recursos con los que contó el estudiante, por cuenta propia, para realizar su práctica fueron suficientes, por lo tanto en este semestre debe valorarse el impacto del gasto económico en términos de beneficio real a la comunidad.
- n) Con el recurso humano no existió problema. De hecho los grupos son numerosos y permiten desarrollar las actividades programadas.
- o) Las sedes de práctica que se asigna con mayor frecuencia son la comunidad. No obstante en ocasiones el alumno desconoce los niveles de atención o confunde las sedes de práctica clínica con las comunitarias. Entre otros factores esto se explica porque en dos semanas y que generalmente dura la práctica resulta difícil para el alumno aclarar tal situación, o hay casos en que los cambios repentinos de la sede lleva a desconocer el nombre correcto de la comunidad asignada.
- p) El enfoque que se da a la práctica es mayoritariamente preventivo. Por lo que es percibida como una experiencia significativa que ayuda a mejorar el nivel de salud de la comunidad.
- q) Pasando a la participación que se tiene en los programas nacionales de salud y aun cuando en este nivel en teoría no se aborda ninguno y una porción significativa participa en Inmunizaciones, Atención médica, Materno-infantil, Saneamiento ambiental, prevención de enfermedades crónico-degenerativas, control de enfermedades diarreicas, sistema de referencia y contrarreferencia. Por esto, el alumno debe conocer la

estructura del sistema de salud así como los niveles de atención. Por otro lado la práctica comunitaria el alumno de segundo semestre confronte cuestionamientos respecto a patologías que aún están fuera de su dominio lo cual por un lado frustra su interés y por otro, hace perder credibilidad en la comunidad dejado insatisfechas a gran parte de las necesidades que se pensó cubrir.

- r) Aun y cuando fue un número reducido de alumnos que brindaron educación para la salud en comunidad es importante hacer mención que, para algunos de ellos, la elaboración del material didáctico y la preparación de las exposiciones absorbió gran parte de tiempo, sobre todo, por no contar con los conocimientos para su estructuración.
- s) El apoyo otorgado por la institución sede fue reducida, lo cual es necesario revalorar pues a mayor apoyo de la institución mayor beneficio para ambas partes. Esta última obtendría datos valiosos para mantener un control de su comunidad y al estudiante se le sumaría la credibilidad al ofrecer soluciones posibles y reales a la población estudiada.

Para finalizar, el formato para recolección de datos de comunidad es poco dominado ya que gran parte de los alumnos opina que lo conocen solo antes de aplicarlo. Esto hace difícil su comprensión tanto para la aplicación como para la detección de necesidades y su interpretación, dando como resultado un Dx. de salud poco confiable.

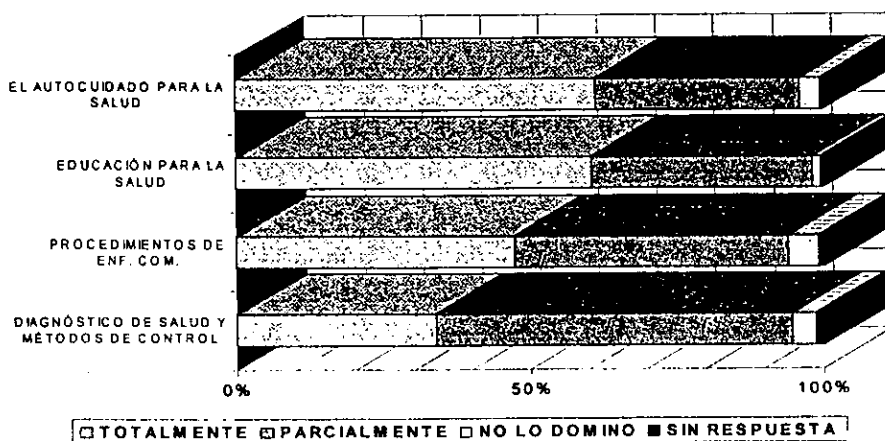
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II

CUADRO No. 1
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO									
	Totalmente		Parcialmente		No lo domino		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Diagnóstico de salud y métodos de control (alternativas de solución, detección oportuna de los casos, tratamiento oportuno y adecuado de los enfermos y protección específica de los contactos)	81	33.81*	147	61.00	10	4.15	3	1.24	241	100.00
Procedimientos de enfermería comunitaria (entrevista personal, visita domiciliaria, uso del maletín, aplicación de vacunas y manejo de la cadena de frío)	114	47.30*	113	46.89	12	4.98	2	0.83	241	100.00
Educación para la salud (nutrición, higiene personal, saneamiento ambiental)	146	60.58*	91	37.76	3	1.24	1	0.42	241	100.00
El autocuidado de la salud.	148	61.41*	84	34.85	8	3.32	1	0.42	241	100.00

FUENTE: Datos procesados por P.S.S. Carrasco, M., Govés, P., Gutiérrez, G., Hernández, M., López, R., Velázquez, L., de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. ENEO-UNAM. 1997

GRÁFICA 1
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997

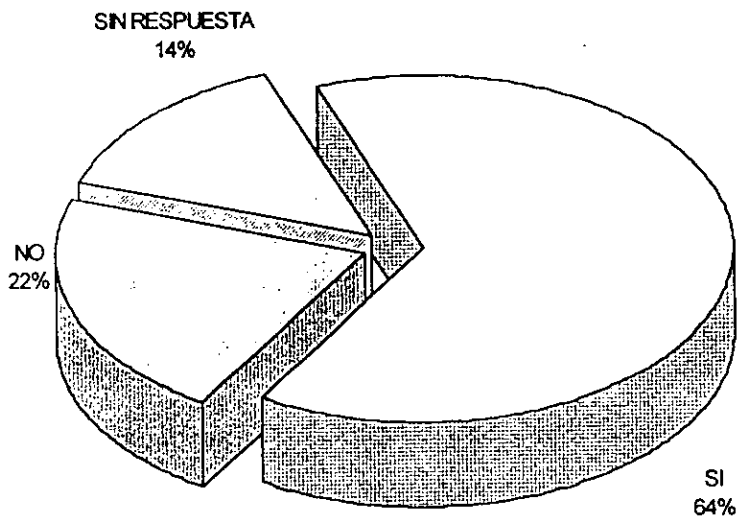


CUADRO No. 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

CONOCIMIENTO DE OBJETIVO	F°	%
Si	155	64.31*
No	62	21.58*
Sin respuesta	34	14.11
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997

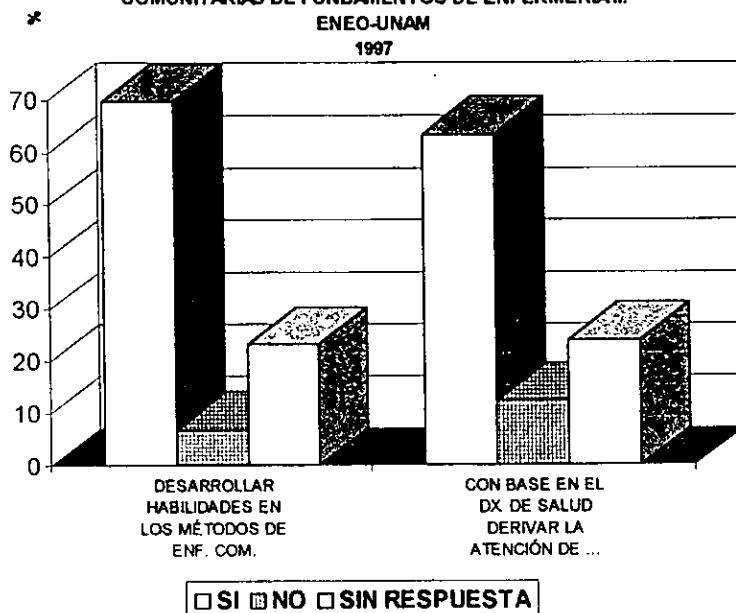


CUADRO No. 3
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

OBJETIVOS	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Desarrollar habilidades en los métodos de control a partir de la ejecución de procedimientos básicos de atención de enfermería comunitaria, así como en la propuesta de acciones de educación para la salud con enfoque primordial a la nutrición, higiene personal, saneamiento ambiental y autocuidado de la salud.	168	69.71*	17	7.05	58	23.24	241	100.00
Con base en los diagnósticos de salud individual y colectiva, derivar la atención de enfermería para el fomento, la restauración y la protección específica de la salud, aplicando en un primer acercamiento una metodología de trabajo con énfasis en la recolección de datos y la planeación del cuidado de enfermería.	153	63.48*	30	12.45	58	24.07	241	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 3
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II.

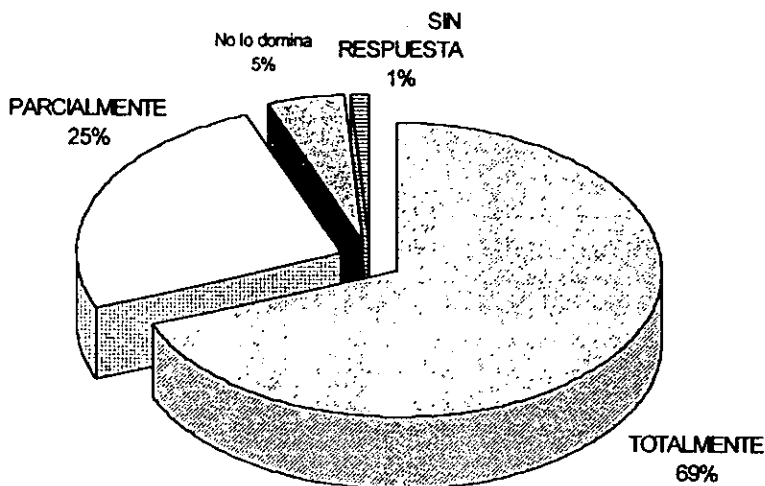


CUADRO No. 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

DOMINIO DE CONTENIDOS	F°	%
Totalmente	166	68.88*
Parcialmente	61	25.31*
No los domina	11	4.57
Sin respuesta	3	1.24
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997



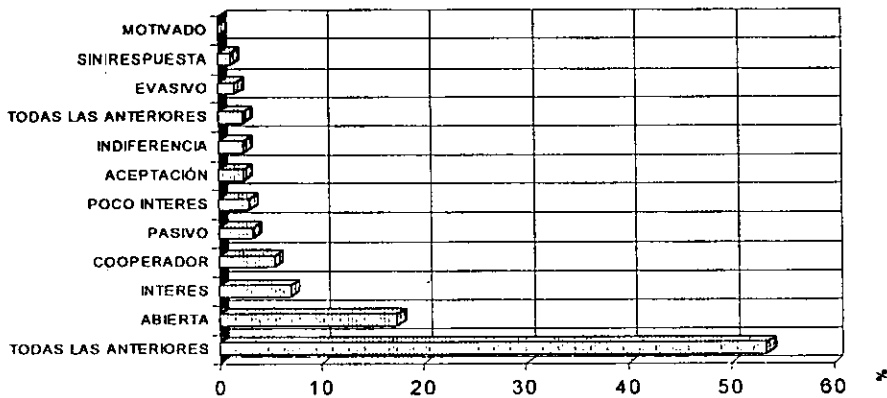
CUADRO No. 5

PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS CONCEPTUALES DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

ACTITUD DEL DOCENTE	F°	%	% Ac
Abierta	42	17.43	17.43
Aceptación	6	2.49	19.92
Interés	17	7.05	26.97
Cooperador	13	5.39	32.36
Motivado	0	0.00	0.00
Todas las anteriores.	129	53.53	85.89*
Poco interés	7	2.90	88.79
Indiferencia	6	2.49	91.28
Pasivo	8	3.32	94.60
Evasivo	4	1.66	96.26
Todas las anteriores	6	2.49	98.75
Sin respuesta	3	1.25	100.00
TOTAL	241	100.00	

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS CONCEPTUALES DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997

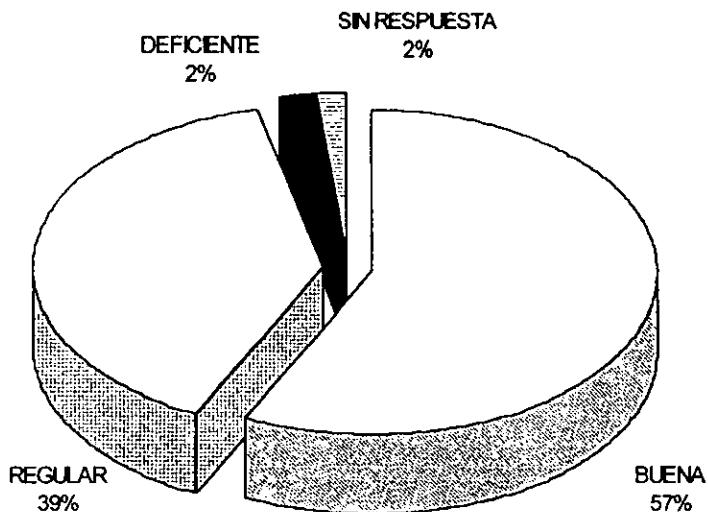


CUADRO No. 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE SOBRE LA PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

PROFUNDIDAD DE ABORDAJE	F°	%
Buena	138	57.26*
Regular	94	39.00*
Deficiente	5	2.08
Sin respuesta	4	1.66
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE SOBRE LA PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997

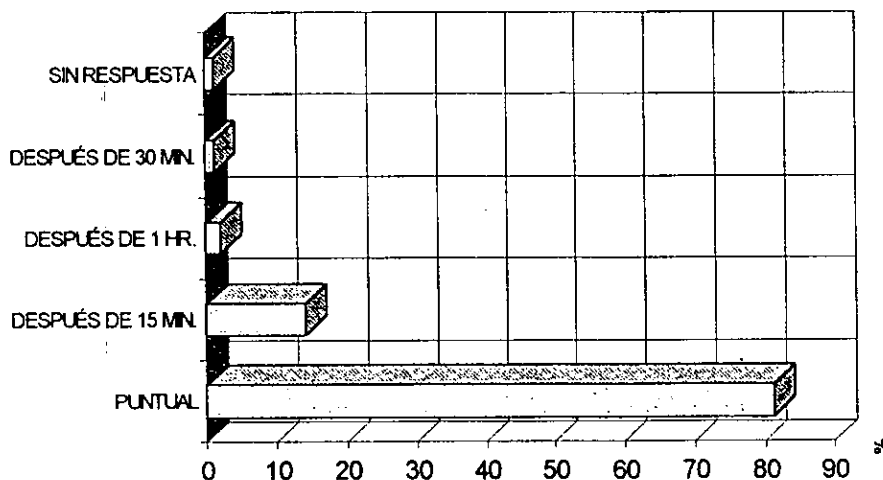


CUADRO No. 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO A LA PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

PUNTUALIDAD	Fº	%
Puntual	196	81.33*
Después de 15 min.	34	14.11
Después de 30 min.	3	1.24
Después de 1 hora	5	2.08
Sin respuesta	3	1.24
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO A LA PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997

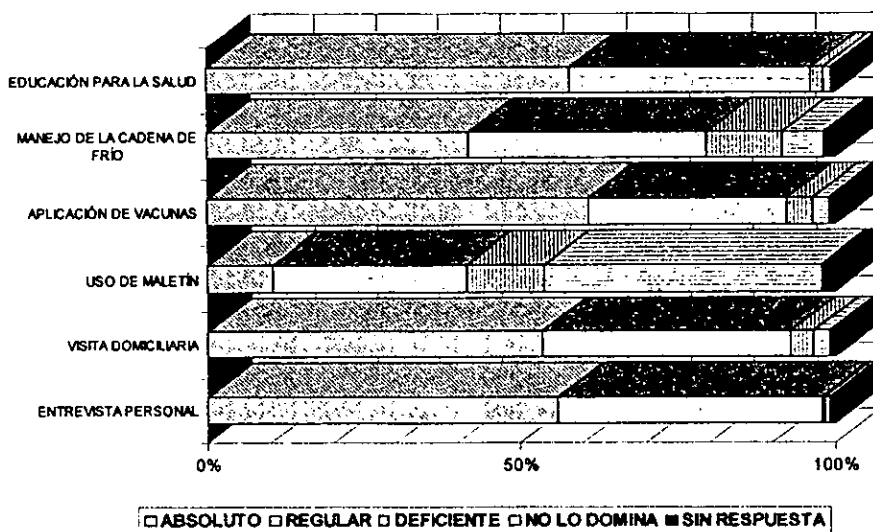


CUADRO No. 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO										TOTAL	
	Absoluto		Regular		Deficiente		No lo domina		Sin respuesta			
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Entrevista personal	135	56.02*	101	41.81	1	0.41	2	0.83	2	0.83	241	100.00
Visita domiciliaria	129	53.55*	95	39.42	9	3.73	6	2.49	2	0.83	241	100.00
Uso del Maletín	25	10.37	31	31.12*	30	12.45	106	43.98*	5	2.08	241	100.00
Aplicación de vacunas	147	61.00*	76	31.53	10	4.15	6	2.49	2	0.83	241	100.00
Manejo de la cadena de frío	101	41.91*	91	37.76	29	12.03	16	6.64	4	1.66	241	100.00
Educación para la salud	140	58.10*	92	38.18	5	2.07	3	1.24	1	0.41	241	100.00

FUENTE: Míama Cuadro No. 1

GRÁFICA 1
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997



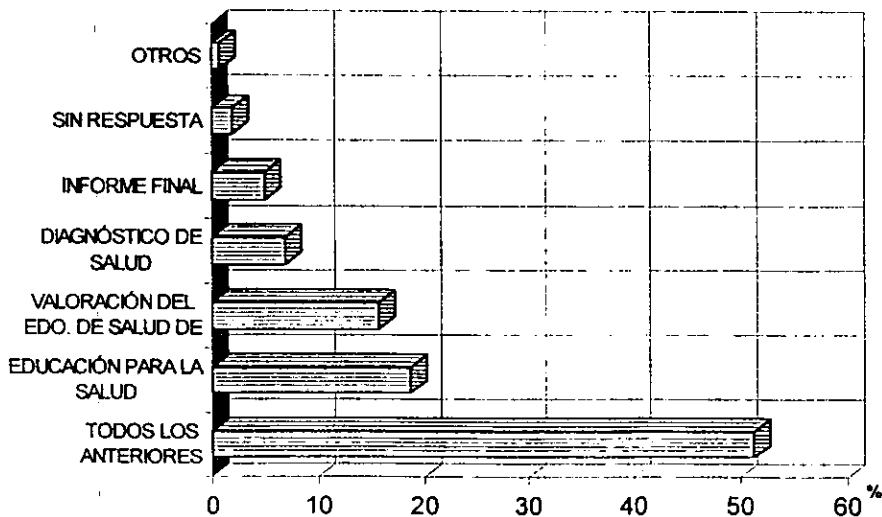
CUADRO No. 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. REFERENCIA EXPRESADA POR LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

PARTICIPACIÓN EN EL DESEMPEÑO	P	%
Valoración del estado de salud de la comunidad	41	15.66*
Elaboración del informe final	13	4.96*
Diagnóstico de salud	18	6.87*
Educación para la salud	49	18.70*
Todos los anteriores	134	51.15*
Otros	2	0.76
Sin respuesta	5	1.91
TOTAL	262	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

Nota: Porcentaje sobre 262 casos

GRÁFICA 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. REFERENCIA EXPRESADA POR LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

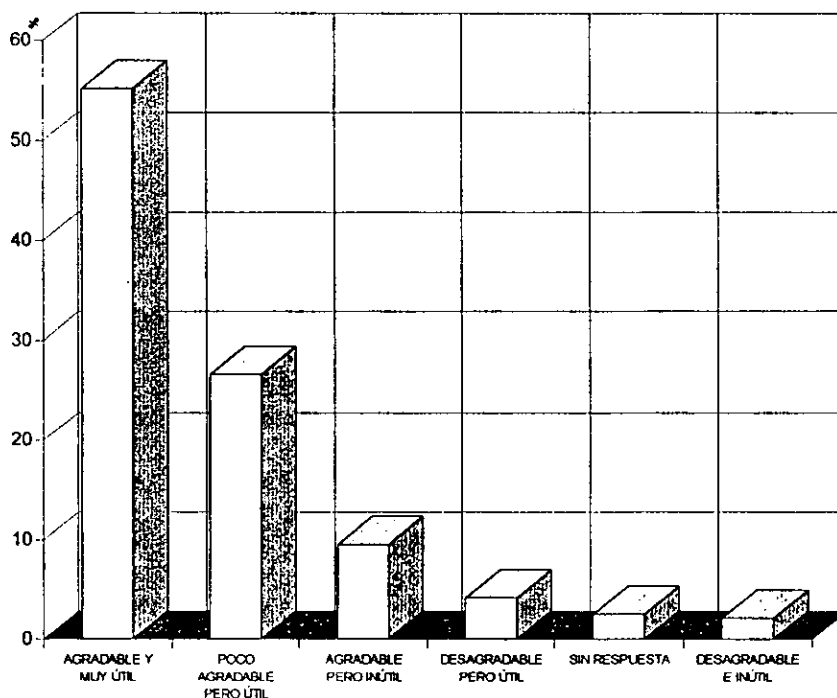


CUADRO No. 10
**DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. REFERENCIA EXPRESADA POR ESTU-
 DIANTES DE 4º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.**

DESCRIPCIÓN	Fº	%
Agradable y muy útil	133	55.19*
Agradable pero inútil	23	9.54
Poco agradable pero útil	64	26.55*
Desagradable e inútil	5	2.08
Desagradable pero útil	10	4.15
Sin respuesta	6	2.49
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 10
**DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. REFERENCIA
 EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997**

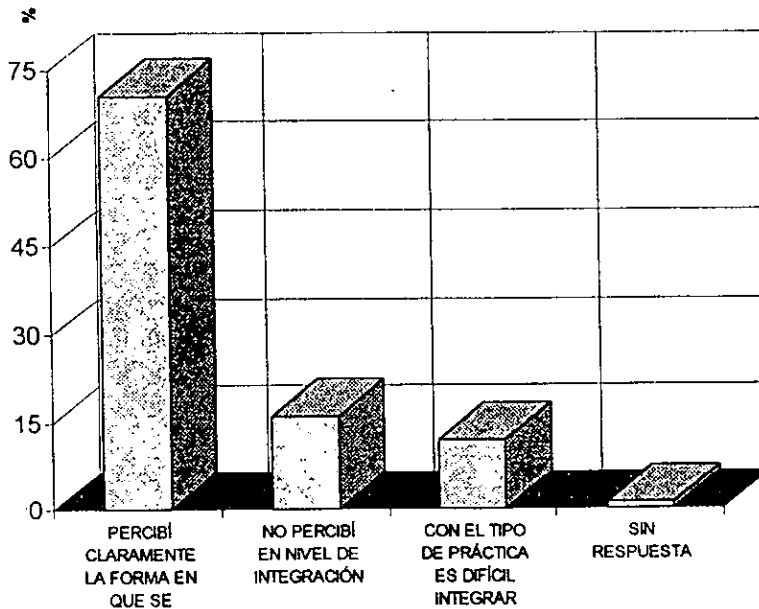


CUADRO No. 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS MATERIAS EN LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN	Fº	%
Percibí claramente la forma en que se integran	170	70.54*
No percibí el nivel de integración	39	16.18*
Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias	29	12.03*
Sin respuesta	3	1.25
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS MATERIAS EN LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997

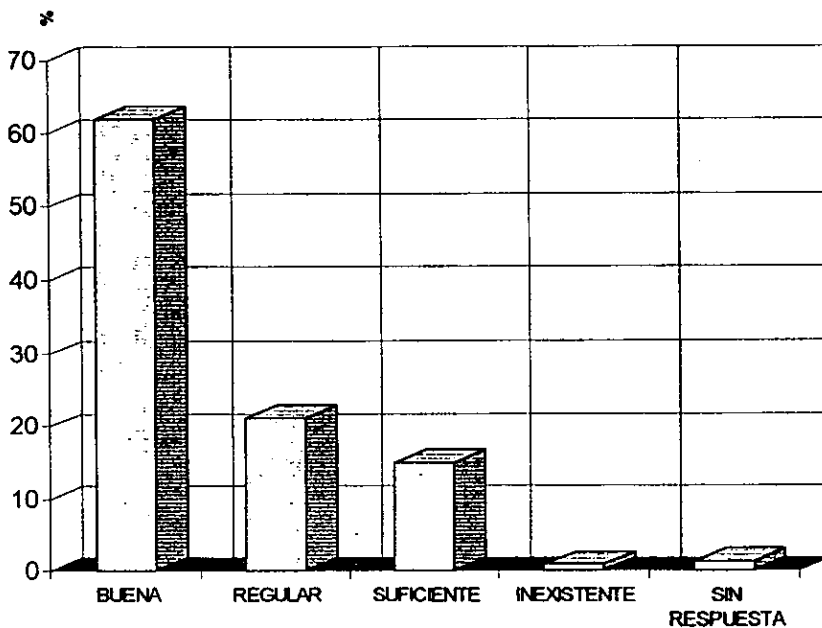


CUADRO No. 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE RESPECTO A LA RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

RELACIÓN	F°	%
Buena	149	61.83*
Regular	51	21.16
Suficiente	38	14.94
Inexistente	2	0.83
Sin respuesta	3	1.24
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE RESPECTO A LA RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II ENEO-UNAM 1997

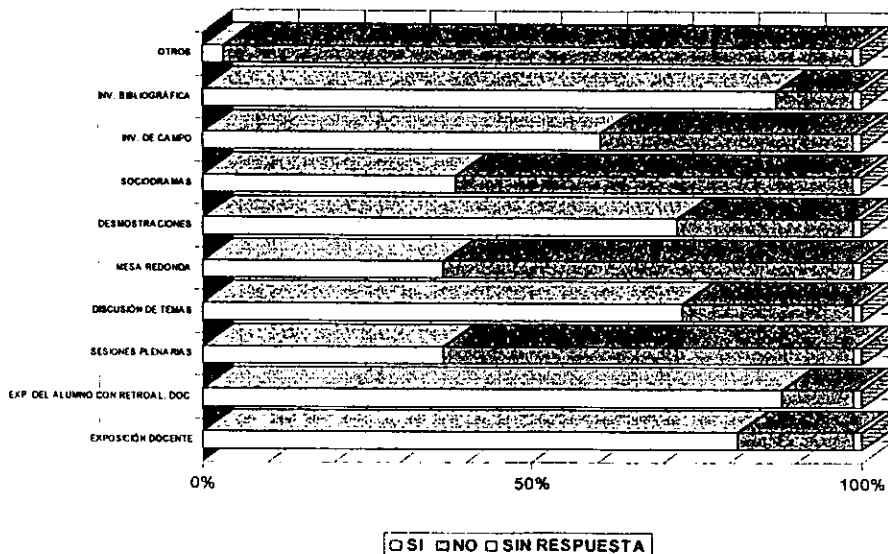


CUADRO No. 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE TEÓRICO DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Exposición docente	196	81.33*	42	17.43	3	1.24	241	100.00
Exposición del alumno con retroalimentación del docente	212	87.97*	26	10.79	3	1.24	241	100.00
Sesiones plenarias	88	36.51	150	62.25	3	1.24	241	100.00
Discusión de temas	176	73.03	62	25.73	3	1.24	241	100.00
Mesa redonda	88	36.51	150	62.25	3	1.24	241	100.00
Demostraciones	174	72.20	64	26.56	3	1.24	241	100.00
Sociodramas	93	38.59	145	60.17	3	1.24	241	100.00
Investigación de campo	146	60.59	92	38.17	3	1.24	241	100.00
Investigación bibliográfica	210	87.14*	28	11.62	3	1.24	241	100.00
Otros	8	3.32	230	95.44	3	1.24	241	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL
BLOQUE TEÓRICO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II.
ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.



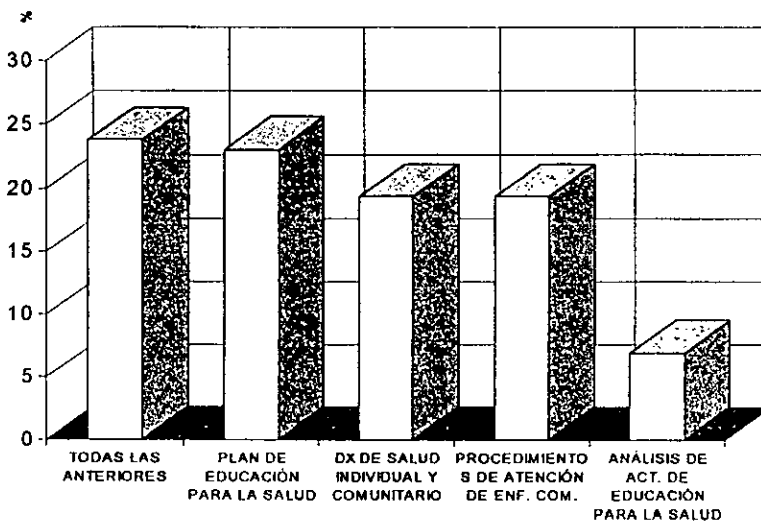
CUADRO No. 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENED-UNAM 1997.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN	F	%
Presentación escrita de un diagnóstico de salud individual y comunitario derivando la planeación de la atención de enfermería que contribuye a satisfacer las necesidades básicas así como algunos lineamientos de evaluación.	53	19.34*
Ejecutar los procedimientos de atención de enfermería comunitaria mostrando creatividad en la integración del equipo y material, considerando sus fundamentos científicos	53	19.34*
Con base en el diagnóstico de salud de la comunidad elaborar un plan de educación para la salud	63	22.99*
En un trabajo analizar las actividades de educación para la salud del personal de enfermería y las efectuadas por él mismo	19	6.93*
Todas las anteriores	65	23.73*
Otros	7	2.56*
Sin respuesta	14	5.11
TOTAL	274	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

Nota: % sobre 274 casos

GRÁFICA 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN
Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II.
ENED-UNAM 1997

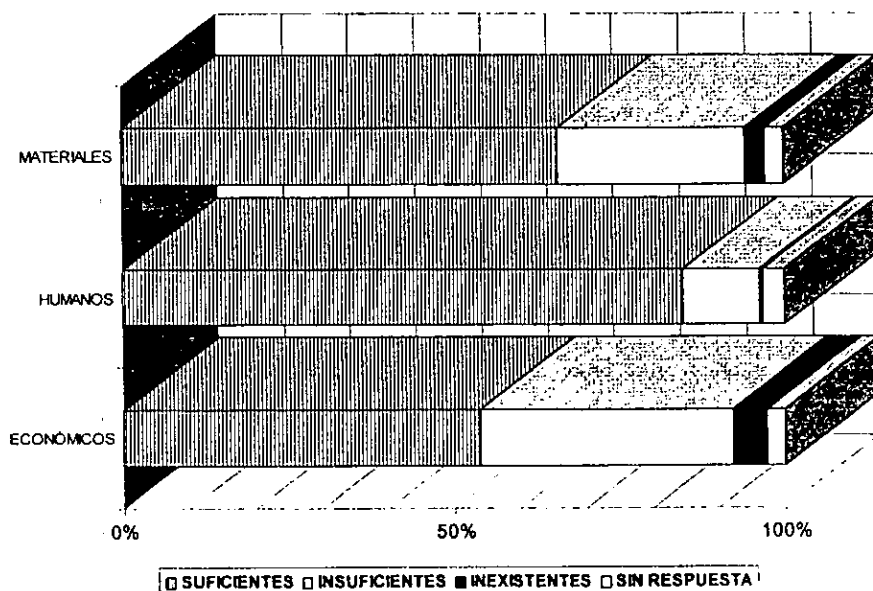


CUADRO No. 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE ENED-UNAM 1987.

RECURSOS	Suficientes		Insuficientes		Inexistentes		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Económicos	130	53.94*	92	38.18	12	4.98	7	2.90	241	100.00
Humanos	204	84.65*	28	11.62	1	0.41	8	3.32	241	100.00
Materiales	159	65.98*	88	28.22	7	2.90	7	2.90	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 16
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA
PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENCUESTA REALIZADA A
LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE ENED-UNAM 1987

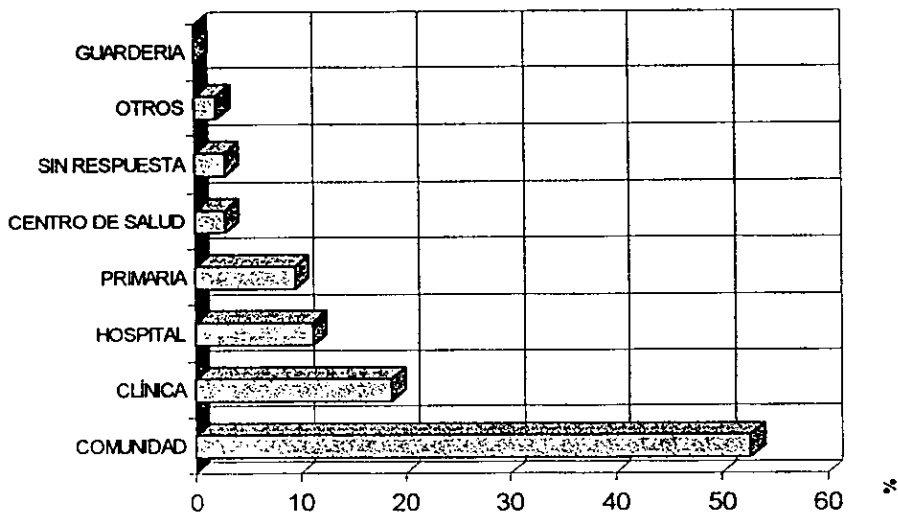


CUADRO No. 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 4° SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

SEDE	F°	%
Hospital	27	11.20
Clínica	45	18.68
Centro de salud	7	2.90
Guarderías	0	0.00
Primaria	23	9.54
Secundaria	0	0.00
Comunidad	127	52.70*
Otros	5	2.08
Sin respuesta	7	2.90
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

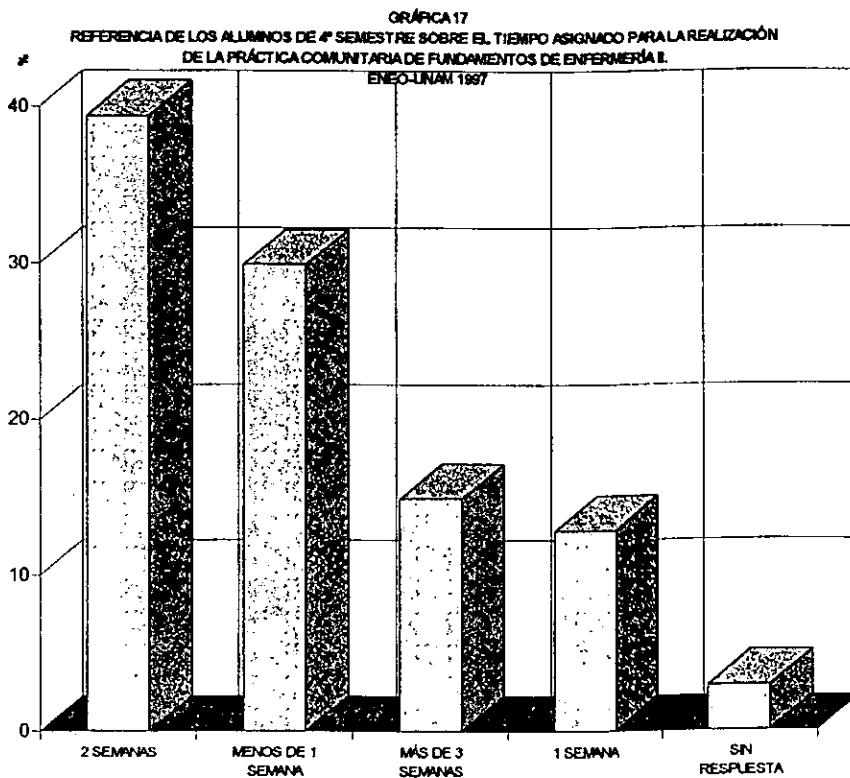
GRÁFICA 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 4° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997



CUADRO No. 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENED-UNAM 1997.

TIEMPO ASIGNADO	Fº	%	% Ac
Menos de 1 semana	72	29.88	29.88
1 Semana	31	12.86	42.74*
2 Semanas	95	39.42	82.16
Más de 3 semanas	36	14.84	97.10
Sin respuesta	7	2.90	100.00
TOTAL	241	100.00	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

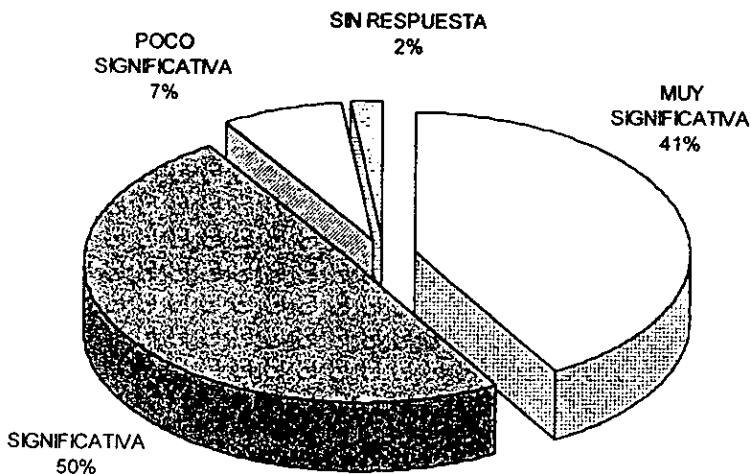


CUADRO No. 18
PERCEPCIÓN DE ALUMNOS DE 4º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMEN-
TOS DE ENFERMERÍA II EN SU FORMACIÓN INTEGRAL. ENEO-UNAM 1997.

SIGNIFICADO	Fº	%	% Ac
Muy significativa	100	41.99	41.49
Significativa	119	49.38	80.87*
Poco significativa	17	7.05	97.92
Sin respuesta	5	2.08	100.00
TOTAL	241	100.00	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 18
PERCEPCIÓN DE ALUMNOS DE 4º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO
DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II EN
SU FORMACIÓN INTEGRAL.
ENEO-UNAM 1997

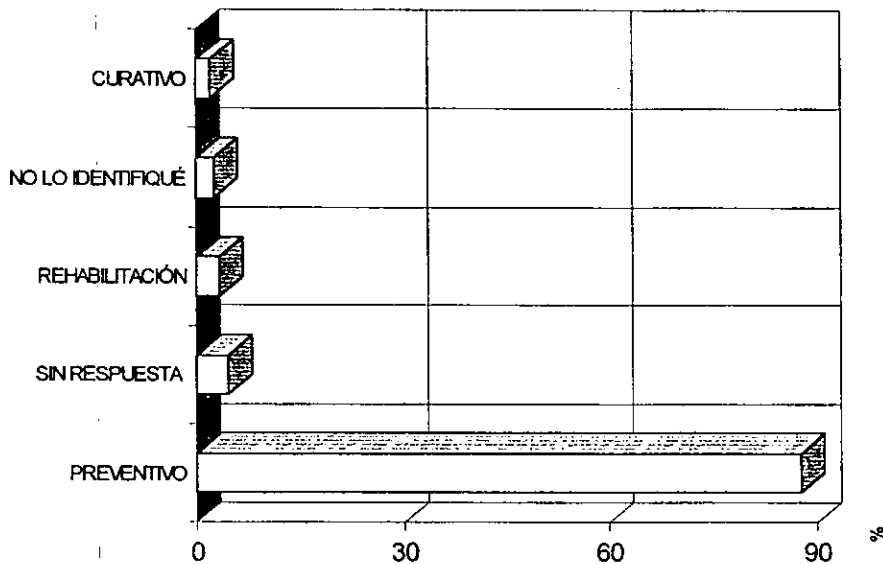


CUADRO No. 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN RELACIÓN AL ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

ENFOQUE OTORGADO	Fº	%
Curativo	5	2.08
Preventivo	211	87.55*
Rehabilitación	8	3.32
No lo identifiqué	6	2.49
Sin respuesta	11	4.58
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN RELACIÓN AL
ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE
ENFERMERÍA II.
ENEO-UNAM 1997

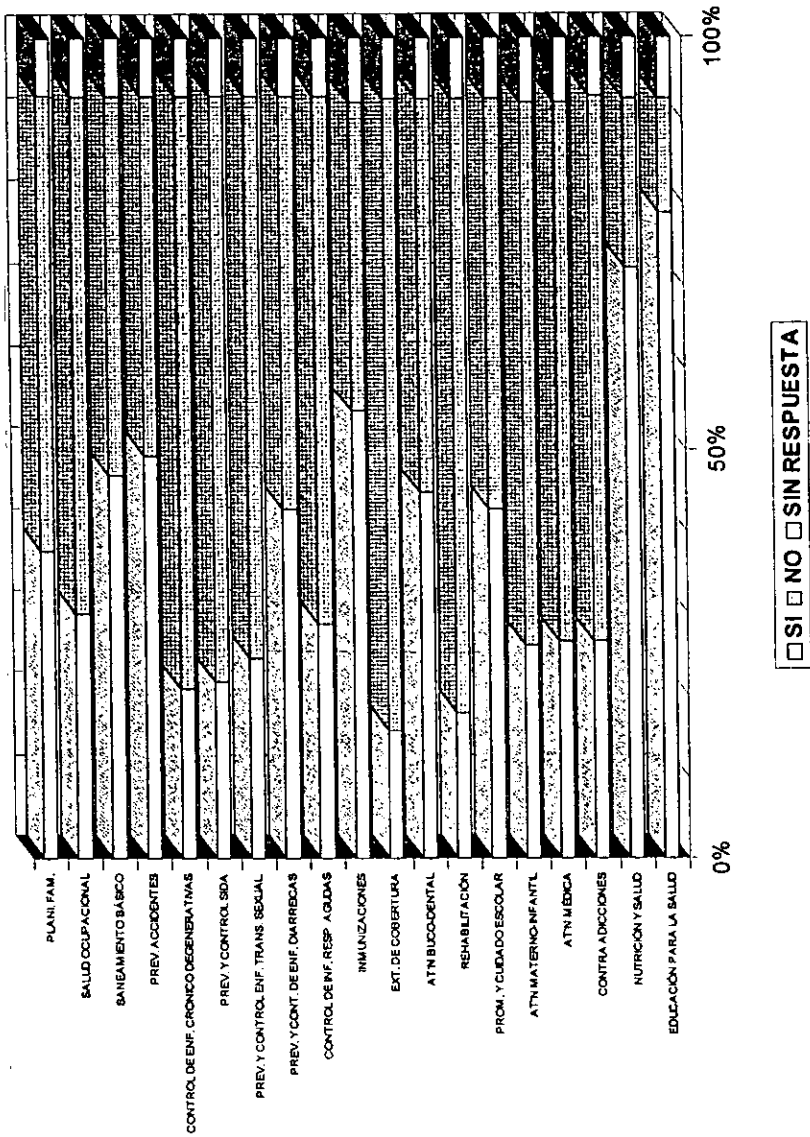


CUADRO No. 20
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ALUMNOS EN LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD
EN FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE ENED-UNAM 1997.

PROGRAMAS NACIONALES	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Programa de educación para la salud	190	78.84*	33	13.69	18	7.47	241	100.00
Programa de nutrición y salud	174	72.20*	49	20.33	18	7.47	241	100.00
Programa contra las adicciones	64	26.56	180	68.39	17	7.05	241	100.00
Programa de atención médica	64	26.56	158	65.56	19	7.88	241	100.00
Programa de atención materno-infantil	63	26.14	159	65.98	19	7.88	241	100.00
Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar	103	42.74	120	49.79	18	7.47	241	100.00
Programa de rehabilitación	43	17.84	180	74.89*	18	7.47	241	100.00
Programa de atención buco-dental	108	44.81	115	47.72	18	7.47	241	100.00
Programa de extensión de cobertura	38	15.77	185	78.76*	18	7.47	241	100.00
Programa de inmunizaciones	132	54.77*	90	37.35	19	7.88	241	100.00
Programa de control de infecciones respiratorias agudas	69	28.63	155	64.32	17	7.05	241	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas	103	42.74	121	50.21	17	7.05	241	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual	59	24.48	165	68.47	17	7.05	241	100.00
Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	52	21.58	172	71.37	17	7.05	241	100.00
Programa de control de enfermedades crónico-degenerativas	50	20.75	174	72.20*	17	7.05	241	100.00
Programa de prevención de accidentes	119	49.38	105	43.57	17	7.05	241	100.00
Programa de saneamiento básico	133	46.89	111	46.06	17	7.05	241	100.00
Programa de salud ocupacional	72	29.88	152	63.07	17	7.05	241	100.00
Programa de planificación familiar	91	37.76	133	55.19	17	7.05	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 20
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD
 EN FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE. ENEO-JUNAM 1997



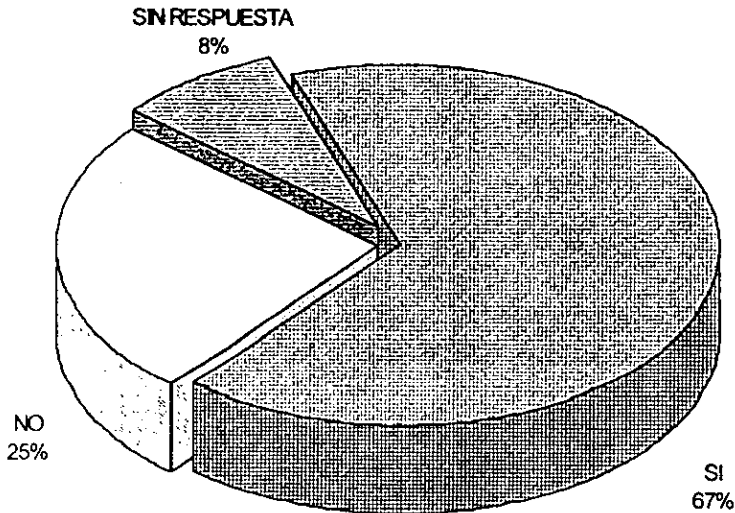
CUADRO NO. 21

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE UN DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ANTECEDENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

PRÁCTICA BASADA EN UN DIAGNÓSTICO DE SALUD ANTERIOR	Fº	%
Si	161	66.80*
No	60	24.90*
Sin respuesta	20	8.30
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 21
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE
SOBRE EL CONOCIMIENTO DE UN DIAGNÓSTICO SITUACIONAL
ANTECEDENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE
ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997

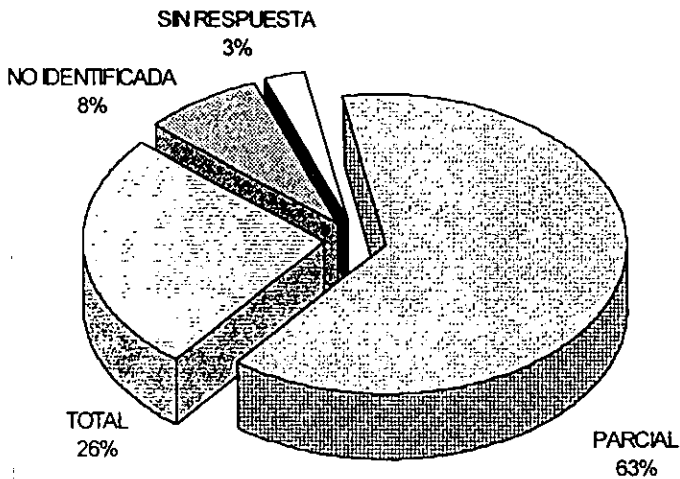


CUADRO No. 22
**OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE RESPECTO LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMU-
 NIDAD DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.**

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS	Fº	%
Total	57	26.65*
Parcial	157	65.15*
No identificada	20	8.30
Sin respuesta	7	2.90
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No.

GRÁFICA 22
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE RESPECTO A LA
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNIDAD DURANTE
LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-
UNAM 1997

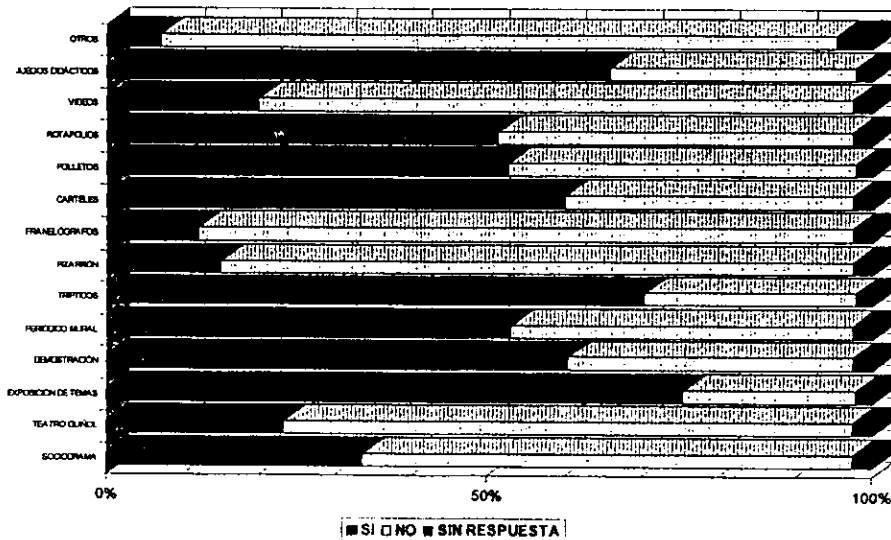


CUADRO No. 23
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS EN FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II, PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI		NO		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Sociodrama	81	33.61	154	63.90	6	2.49	241	100.00
Teatro Guiñol	56	23.24	179	74.27	6	2.49	241	100.00
Exposición de temas	182	75.52*	54	22.41	5	2.07	241	100.00
Demostración	146	60.58	89	36.93	6	2.49	241	100.00
Perifoneo mural	128	53.11	107	44.40	6	2.49	241	100.00
Tripticos	170	70.54*	66	27.39	5	2.07	241	100.00
Pizarrón	38	14.94	189	82.57	6	2.49	241	100.00
Franelografos	29	12.03	206	85.48	6	2.49	241	100.00
Carteles	145	60.16	90	37.35	6	2.49	241	100.00
Folleto	127	52.70	109	45.23	5	2.07	241	100.00
Rotafolios	124	51.45	111	46.06	6	2.49	241	100.00
Video	48	19.92	187	77.59	6	2.49	241	100.00
Juegos didácticos	159	65.98*	77	31.95	5	2.07	241	100.00
Otros	17	7.05	213	88.38	11	4.57	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 23
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS EN FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II, PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997

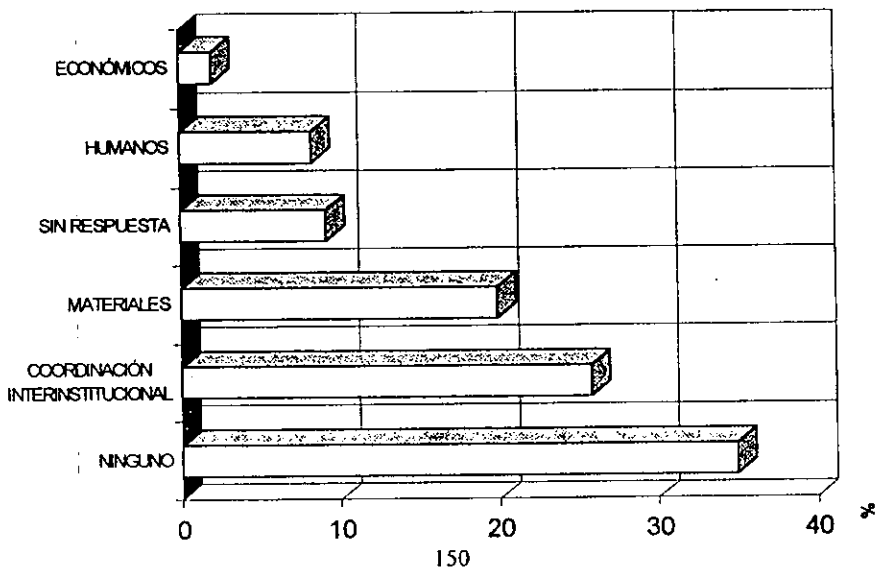


CUADRO No. 24
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II.
ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

APOYO POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN	Fº	%
Coordinación interinstitucional	82	25.73*
Humanos	20	8.30
Económicos	5	2.07
Materiales	48	19.92*
Ninguno	84	34.85*
Sin respuesta	22	9.13
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 24
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENCUESTA REALIZADA
A ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997

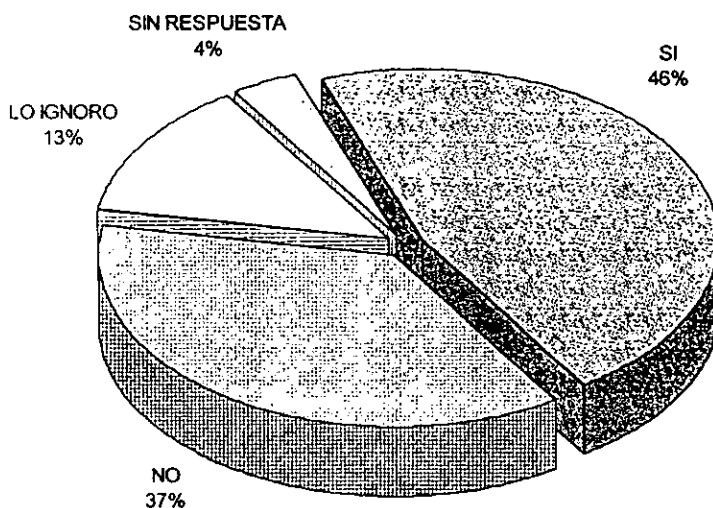


CUADRO No. 25
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE RESPECTO AL SEGUIMIENTO QUE SE LE DA A LA PRÁCTICA COMUNITARIA
ANTECEDENTE A FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. ENEO-UNAM 1997.

SEGUIMIENTO DE LA PRACTICA COMUNITARIA	F	%
Si	122	46.47*
No	89	38.93*
Lo ignoro	31	12.88*
Sin respuesta	9	3.74
TOTAL	241	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 25
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE RESPECTO AL SEGUIMIENTO
QUE SE LE DA A LA PRÁCTICA COMUNITARIA ANTECEDENTE A
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I. ENEO-UNAM 1997



PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II.

Los resultados que a continuación se presentan reflejan la opinión de 241 estudiantes de 4° semestre de ambos turnos de la Licenciatura sobre el bloque comunitario de la materia de Fundamentos de Enfermería II.

Al pedirles su opinión respecto al nivel de dominio que consideraban tener sobre los temas de las unidades correspondientes al bloque comunitario sólo el 33.61% refieren que dominan totalmente el Diagnóstico de Salud y Métodos de Control; el 47.30% manifestaron que dominan totalmente los Procedimientos de Enfermería Comunitaria, destaca un 60.58% de dominio total en Educación para la Salud y un 61.41% en el Autocuidado de la Salud.

El conocimiento de los objetivos del programa de la práctica comunitaria se manifestó como afirmativa en un 64.31% de los estudiantes, pero el 21.58% negó haber conocido los objetivos de la práctica.

El eje de la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II lo constituyen 2 objetivos estipulados en el programa: el primero hace referencia al Desarrollo de habilidades en los métodos de control a partir de la ejecución de procedimientos básicos de atención de enfermería comunitaria, así como en la propuesta de acciones de educación para la salud con enfoque primordial a la nutrición, higiene personal, saneamiento ambiental y autocuidado de la salud al respecto el 69.71% considera haber cumplido con éste objetivo; en base al segundo objetivo que dice: Con base en los diagnósticos de salud individual y colectiva, derivar la atención de enfermería para el fomento, la restauración y la protección específica de la salud, aplicando en un primer acercamiento una metodología de trabajo con énfasis en la recolección de datos y la planeación del cuidado de enfermería, el 63.48% afirmó haber cumplido con este objetivo.

Refiriéndonos al nivel de dominio que consideran los alumnos de 4° semestre tiene el docente sobre los contenidos del programa de la práctica comunitaria el 68.88% de los estudiantes opinó que los dominaba totalmente y para el 25.31% fué parcial el dominio.

En relación a la actitud del docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria el 85.89% de los estudiantes la calificó como positiva es decir, una postura abierta, de aceptación, de interés, cooperador y motivado.

Sobre la profundidad en el abordaje de los temas de la práctica comunitaria el 57.26% de los estudiantes indicaron que fué buena, pero no puede soslayarse que el 39% la percibió como regular.

El docente asistió a la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II puntualmente, según lo manifestado por el 81.33% de los encuestados.

Uno de los puntos centrales de la práctica lo constituyen las técnicas y procedimientos de enfermería comunitaria, tal es el caso de la entrevista personal donde sólo un 56.02% tiene un nivel de dominio absoluto, así, para la Visita domiciliaria el 53.53% lo domina en absoluto; cabe destacar que en el Uso del maletín un 43.98% no lo domina y sólo un 31.12% lo domina regular, mientras que en la Aplicación de Vacunas el 61% lo domina en absoluto, en el Manejo de la cadena de frío sólo en 41.91% lo domina en absoluto y por último en Educación para la Salud sólo el 58.10% tiene un dominio absoluto.

La participación de los estudiantes de 4º semestre en la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II con un 15.65% hizo Valoración del estado de salud de la comunidad, el 4.96% realizó el informe final, el 6.87% elaboró un diagnóstico de salud, el 18.70% impartió educación para la salud y sólo el 51.15% realizó todas las actividades ya mencionadas.

Sólo el 55.19% de las opiniones de los estudiantes calificaron a la práctica comunitaria como agradable y muy útil, y el 26.55% la considera poco agradable pero útil.

El 12.03% de los estudiantes de 4º semestre percibieron que con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias en la práctica comunitaria, el 16.18% no percibió el nivel de integración y cabe destacar que el 70.54% percibió claramente la forma en que se integran los conocimientos de otras materias.

Para el grupo de investigadoras fué importante saber como consideraban los estudiantes la relación teoría-práctica en Fundamentos de Enfermería II obteniéndose que el 61.83% la consideraban buena.

Se hace referencia a las dinámicas y técnicas de enseñanza más utilizadas para impartir el bloque teórico de la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II, resultando ser en un 87.97% exposición del alumno con retroalimentación del docente, 87.14% investigación bibliográfica y finalmente 81.33% exposición del docente. Los criterios de acreditación y evaluación en los que se basa la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II según la opinión de los estudiantes de 4º semestre en un 19.34% es la presentación escrita de un diagnóstico de salud individual y comunitario derivando la planeación de la atención de enfermería que contribuyen a satisfacer las necesidades básicas así como algunos lineamientos de evaluación, con el mismo porcentaje ejecutar los procedimientos de atención de enfermería comunitaria mostrando creatividad en la integración del equipo y material, considerando sus fundamentos científicos, con 22.99% elaboran un plan de educación para la salud, el 6.93% analizan las actividades de educación para la salud del personal de enfermería y las efectuadas por él mismo y sólo el 23.73% realizan conjuntamente todas las actividades ya mencionadas.

Sólo el 53.94% de los estudiantes de 4º semestre calificó como suficientes la disponibilidad de recursos económicos para realizar la práctica comunitaria, el 84.65% y el 65.98% cuentan con una mayor disposición de recursos humanos y materiales respectivamente.

La principal sede de la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II lo constituye la comunidad con 52.70% del total de las opiniones.

De los estudiantes encuestados es relevante señalar que el 42.74% refiere que el tiempo asignado para la realización de la práctica comunitaria fué de 1 semana y menos de 1 semana.

El 91.87% de los estudiantes de 4º semestre perciben la práctica comunitaria como muy significativa y significativa.

El enfoque otorgado a la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II fué en un 87.55% preventivo según estudiantes de 4º semestre.

La mayor participación de los estudiantes de 4º semestre en los Programas Nacionales de Salud fueron: con 78.84% el programa de educación para la salud, con 72.20% el programa de nutrición y salud y con 54.77% el programa de inmunizaciones. Sin embargo la menor participación de los estudiantes en los programas fueron: con 76.76% el programa de extensión de cobertura, con 74.79% el programa de rehabilitación y con el 72.20% el programa de control de enfermedades crónico-degenerativas.

Sólo el 66.80% de los estudiantes de 4º semestre refiere que su práctica comunitaria estuvo orientada a un diagnóstico situacional antecedente y el 24.90% opina no tener labase del Dx.

En lo referente a la satisfacción de necesidades detectadas en la comunidad se destaca que el 65.15% de los estudiantes afirma haberlas cumplido en forma parcial y sólo para el 26.65% la satisfacción fué total.

Las técnicas y recursos didácticos más utilizados por los estudiantes de 4º semestre para brindar educación para la salud en la comunidad durante la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II fueron: con 75.52% exposición de temas, un 70.54% trípticos y 65.98% los juegos didácticos.

Es relevante destacar que el apoyo recibido por parte de la institución sede de la práctica comunitaria a los estudiantes sólo el 25.73% recibió coordinación interinstitucional, el 19.92% recibió apoyo material y el 34.85% negó haber recibido algún tipo de apoyo.

Finalmente según estudiantes de 4º semestre sólo el 46.47% le da seguimiento a la práctica comunitaria antecedente a Fundamentos de Enfermería II, el 36.93% no le da seguimiento y el 12.86% lo ignora.

El estudio incluyó algunas interrogantes de respuesta abierta, estos se consideran como hallazgos cualitativos que expresan las experiencias y expectativas de los entrevistados, respecto a enfermería comunitaria. La presentación de las opiniones se hace mediante transcripción textual.

Lo referido por los estudiantes de 4° semestre respecto al agrado por la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II es:

Agradable y muy útil porque:

"La gente mostró mucho interés"; "Se dio educación para la salud"; "Por el acercamiento con las familias directamente"; "Se identifica los problemas que afecta a la comunidad"; "Aprendes a relacionarte con todas las personas en su medio ambiente"; "Se dio alternativas de solución a la problemática de la comunidad"; "Adquieres experiencia"; "Se conoce la realidad de su situación"; "Hubo cooperación por parte del docente"; "Nos ha permitido ampliar nuestros conocimientos".

Agradable pero inútil porque:

"No podemos ayudar a la gente como nos gustaría"; "Falta comunicación"; "Los programas que se aplican no se les da un seguimiento y todo se queda a medias"; "Agradable lo que haces pero inútil por la pérdida de tiempo y gastos"; "La gente sólo iba por los regalos"; "Falta de tiempo".

Poco agradable pero útil porque:

"No se lleva un seguimiento, no se alcanza a lograr los objetivos planeados"; "Es cansado visitar casa en casa convenciendo a la gente"; "Por el poco tiempo para preparar la Feria de la Salud"; "Gastas mucho"; "Las personas no lo toman con seriedad y sólo acuden a ver que les regala uno"; "No me agrada la práctica comunitaria".

Desagradable e inútil porque:

"Por falta de interés de la gente y del docente".

En cuanto a las sedes de la práctica comunitaria a las que acudieron los estudiantes de 4° semestre fueron:

Comunidades: "Barrio Norte"; "Delegación Tlalpan"; "Colonia Doctores"; "La Joya"; "San Nicolás Tolentino Tlalpan"; "Tlatelolco"; "Colonia Guerrero"; "Colonia del Mar"; "Triángulo de las Agujas"; "Colonia Bondonjito"; "Tixco Contreras"; "Santa María la Ribera"; "San Rafael Chichicospa".

Según estudiantes de 4° semestre la práctica comunitaria estuvo basada en un diagnóstico de salud realizado con anterioridad, *porqué:*

"Se tomó el diagnóstico de los alumnos del anterior semestre"; "Para llevar un seguimiento"; "Para tener bases y antecedentes de los problemas de la comunidad"; "De acuerdo a las necesidades se elaboró las pláticas y actividades".

Según los estudiantes de 4° semestre la práctica comunitaria no estuvo basada en un diagnóstico,

porqué.

"La zona que nos tocó no estaba estudiada"; "Sólo se realizó la feria de la salud con los temas más relevantes de nuestra actualidad"; "Fué un desorden por tener 2 maestros"; "Se realizó en una comunidad diferente".

Los programas que se implementaron para dar solución a las necesidades de la comunidad donde se realizó la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II según opiniones de 4º semestre.

"Programa de prevención de quemaduras"; "Detección oportuna de H.A. S. y D.M "Los derechos de los niños"; "Información por medio de folletos y trípticos"; "Seguridad Social"; "Alimentación y Salud Mental"; "Higiene bucal y personal"; "Higiene de la vivienda"; "Juegos Didácticos"; "Prevención de accidentes" "Recolección de Basura"; "Higiene de los Alimentos"; "Feria de la Salud"; "Programa de Saneamiento Básico"; "Cloración y desinfección del agua"; "Eliminación de fauna nociva".

Según los estudiantes de 4º semestre si se le dio seguimiento a la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería I. *porque:*

"Fue la misma comunidad de 2º semestre"; "Se tomó el diagnóstico para realizar la Feria de la Salud"; "Era necesario cubrir las necesidades detectadas".

Según los estudiantes de 4º semestre no se le dio seguimiento a la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II. *porque:*

"Por falta de tiempo"; "No fué la misma comunidad de Fundamentos de Enfermería I"; "Por pertenecer a un grupo distinto"; "Cambie de turno".

Las propuestas de los estudiantes de 4º semestre para mejorar la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II son :

"Que los profesores enfoquen mejor los temas hacia la práctica comunitaria"; "No proponer lugares tan lejanos"; "Más tiempo y cooperación comunitaria"; "Más apoyo de las instituciones"; "Que se mande a la misma comunidad desde 2º semestre para dar apoyo integral al individuo, familia y comunidad "Mayor organización"; "Que no se haga la Feria de la Salud, ya que es un gasto extremo"; "Que quitarán del programa la práctica comunitaria"; "Mayor interés del profesor"; "Evaluar a los profesores de Fundamentos"; "Que los campos no sean tan peligrosos"; "Que el programa marque con más claridad los objetivos deseados"; "Apoyo económico"; "Que se ayude a la comunidad y no sólo se utilice para pasar una materia"; "Que las prácticas no se lleven a cabo de una manera que los estudiantes estén caminando"; "Hacer específico la recolección de necesidades y no hacerlo de forma general ya que así no se observan los problemas"; "Capacitar a los docentes en Salud Pública"; "Que la ENEO nos permita realizar actividades para recolectar dinero y sustentar la práctica"; "Apoyo de la comunidad"; "Seguir igual"; "Que se realice la Feria de la Salud más días ya que sólo se hace en dos".

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II.

Después de haber realizado el análisis general de los resultados, de la asignatura se concluye que:

- a) En cuanto al nivel de dominio que poseen los alumnos sobre los temas del bloque comunitario de la materia éste, es parcial y por lo tanto el nivel de profundidad es superficial. Cabe recordar que las temáticas clave para cumplir con lo propuesto en el Plan de Estudios de la Licenciatura pretende que el egresado: actúe en el 1er. nivel de atención, ayude a la comunidad a identificar sus problemas de salud y proporcione alternativas de solución.
- b) Refiriéndonos al dominio de contenidos por parte del docente se califica como parcial, debido a que en su mayoría no son docentes especializados en Salud Pública.
- c) En relación a las técnicas y procedimientos de enfermería comunitaria estipulados en el programa, el nivel de dominio general que poseen los alumnos es parcial, por ejemplo en la técnica del uso del maletín alcanza un dominio bajo, no obstante que el principal fin de la asignatura es desarrollar habilidades en la atención del individuo, familia y comunidad, para fomentar, proteger o restaurar la salud.
- d) La participación que tienen los estudiantes en la práctica comunitaria se enfoca principalmente a brindar educación para la salud ,aunque más de la mitad de los estudiantes colabora en otras actividades como valoración del estado de salud de la comunidad, diagnóstico de salud y elaboración del informe final. Cabe recordar que el diagnóstico de salud es un medio, no un fin de la práctica.
- e) No obstante, el agrado, utilidad y significado de la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II para los alumnos es evidente.
- f) Con base en la forma como integran los alumnos los conocimientos de otras materias en la práctica comunitaria se concluye que el nivel de integración en el mayor de los casos es claro, aunque la relación teoría-práctica se califica como regular por lo que desafortunadamente no existe el impacto que deben tener las actividades en el ámbito comunitario.
- g) Las dinámicas y técnicas de enseñanza utilizadas por el docente para impartir el bloque teórico de la práctica es tradicional, utilizando principalmente la exposición del docente, exposición del alumno con retroalimentación del docente y la investigación bibliográfica. Es deseable que la formación de los profesionales de la salud sea más dinámica, haciéndolos participes a los estudiantes al asumir el liderazgo en las comunidades.

- h) Las técnicas y recursos didácticos utilizados por el alumno para brindar educación para la salud son: exposición, trípticos y juegos didácticos, por ser los más factibles y económicamente mejor subsidiados, éstas técnicas no aseguran un cambio de actitud en la población.
- i) En la aplicación de criterios de acreditación y evaluación se concluye que sólo unos cuantos docentes se basan en todos los parámetros estipulados en el programa y gran parte de ellos utilizan un sólo criterio, dejando de lado la integración y afectando con esto el proceso enseñanza-aprendizaje en los alumnos.
- j) En relación a la sede donde se realiza la práctica comunitaria, ésta cumple con los objetivos, al realizarse principalmente en comunidades, donde se proporciona información útil para contribuir en la modificación de hábitos, costumbres y conductas nocivas para la salud. Obviamente el alumno no observa el impacto ejercido en las comunidades debido al poco tiempo en que se realiza la práctica. A pesar de tener un enfoque inminentemente preventivo la falta de seguimiento del diagnóstico de salud en algunos de los casos origina que se lleven a cabo estrategias que cubren sólo parcialmente las necesidades creando a veces, situaciones de manipulación ya que es común que la población se interese en participar a cambio de un obsequio.
- k) Una gran parte de los alumnos expresa no contar con ningún tipo de apoyo por parte de la institución sede para desarrollar la práctica y sólo unos cuantos mencionan la coordinación interinstitucional como único apoyo, la cual no siempre establece un vínculo entre la comunidad y el Sistema Nacional de Salud.
- l) En cuanto a la participación que tienen los estudiantes en los Programas Nacionales de Salud se destacan los de Educación para la salud, Nutrición y salud y el Programa de Inmunizaciones, se concluye que apesar de su participación, el alumno no puede analizar críticamente los programas ni ubicar su papel en el nivel estratégico, táctico y operativo.

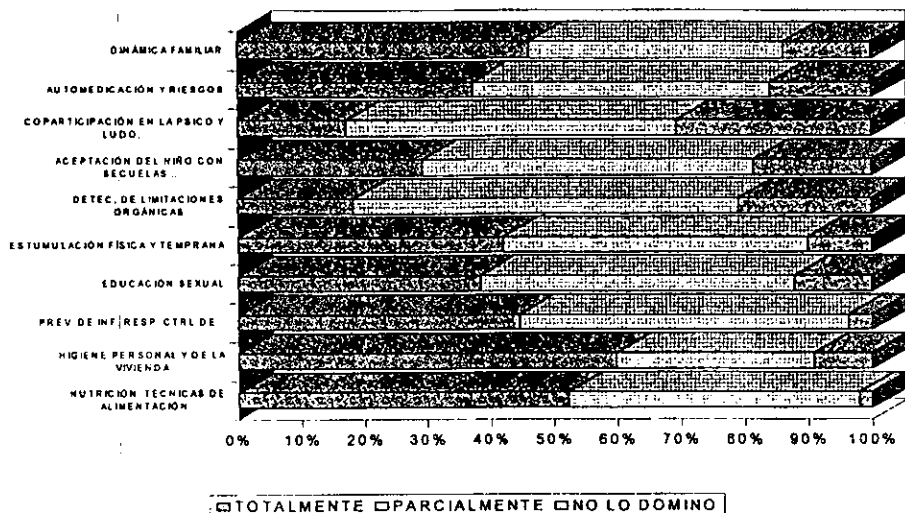
ENFERMERÍA DEL NIÑO

CUADRO No. 1
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997.

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO									
	Totalmente		Parcialmente		No lo domino		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Nutrición: Técnicas de alimentación y ablactación; Manejo higiénico de los alimentos; Técnicas de preparación de biberones	125	52.08*	109	45.47	6	2.50	0	0.00	240	100.00
Higiene personal y de la vivienda	143	59.58*	74	30.83	23	9.60	0	0.00	240	100.00
Medidas de prevención; Infecciones respiratorias; Control de padecimientos infectocontagiosos; Accidentes	107	44.58*	124	51.67	9	3.75	0	0.00	240	100.00
Educación sexual	92	38.33*	119	49.58	29	12.10	0	0.00	240	100.00
Estimulación física y temprana	101	42.08*	115	47.92	24	10.00	0	0.00	240	100.00
Detección oportuna de limitaciones orgánicas	44	18.33*	146	60.84	50	20.83	0	0.00	240	100.00
Aceptación del niño con lesiones y secuelas invalidantes	71	29.60*	125	52.08	44	18.33	0	0.00	240	100.00
Coparticipación en la psico y ludoterapia	42	17.50*	125	52.08	73	30.42	0	0.00	240	100.00
Automedicación y riesgos	90	37.50*	112	46.67	38	15.83	0	0.00	240	100.00
Dinámica familiar	111	46.25*	96	40.00	33	13.75	0	0.00	240	100.00

FUENTE: Datos procesados por P.S.S. Carrasco, M., Govéa, P., Gutiérrez, G., Hernández, M., López, R., Velázquez, L., de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. ENEO-UNAM. 1997

GRÁFICA 1
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997

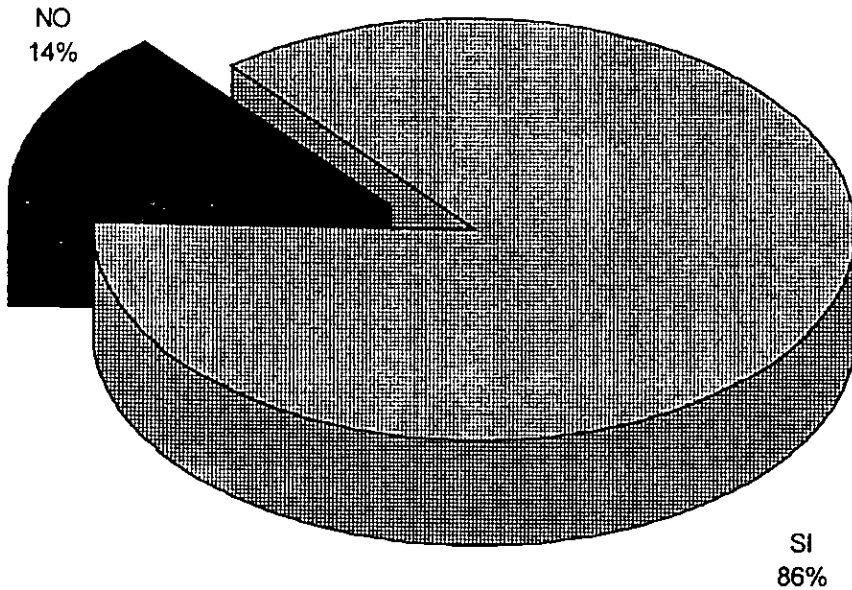


CUADRO No. 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997.

CONOCIMIENTO DE OBJETIVOS	F°	%
Si	207	86.25*
No	33	13.75*
Sin respuesta	0	0.00
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE
LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE
ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997

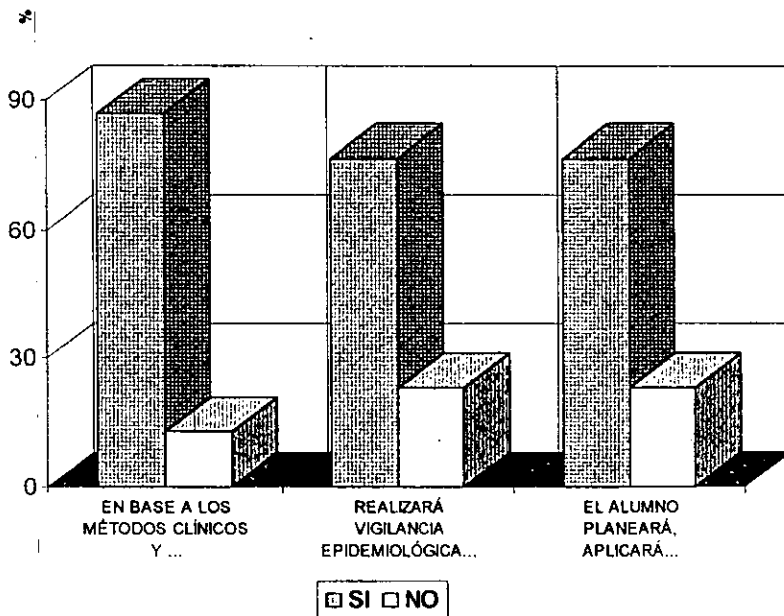


CUADRO No. 3
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE LA
PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO, ENEO-UNAM 1997.

OBJETIVO	SI		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
En base a los métodos clínicos y epidemiológicos, el alumno planeará, ejecutará y evaluará la atención de enfermería al recién nacido, lactante, preescolar y escolar, en la comunidad, estancias infantiles, escuelas primarias o en una unidad asistencial para el fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud que afectan a la población infantil.	180	86.96*	27	13.04	0	0.00	207	100.00
El alumno realizará vigilancia epidemiológica tanto en niños sanos como en los que presentan problemas de salud más frecuentes, en una comunidad, estancia infantil, escuela primaria o unidad asistencial.	159	78.81	48	23.19*	0	0.00	207	100.00
El alumno planeará, aplicará y evaluará programas resolutivos en una comunidad pediátrica tomando como referencia los problemas de salud más frecuentes.	159	78.81	48	23.19	0	0.00	207	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 3
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO AL
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO, ENEO-UNAM 1997

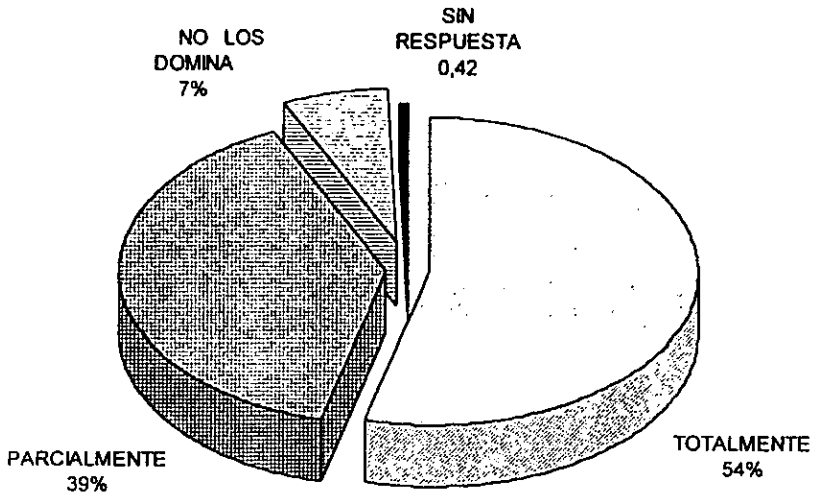


CUADRO No. 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO, ENEO-UNAM 1997.

DOMINIO DOCENTE	F°	%
Totalmente	129	53.75*
Parcialmente	94	39.17*
No los domina	16	6.66
Sin respuesta	1	0.42
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO, ENEO-UNAM 1997

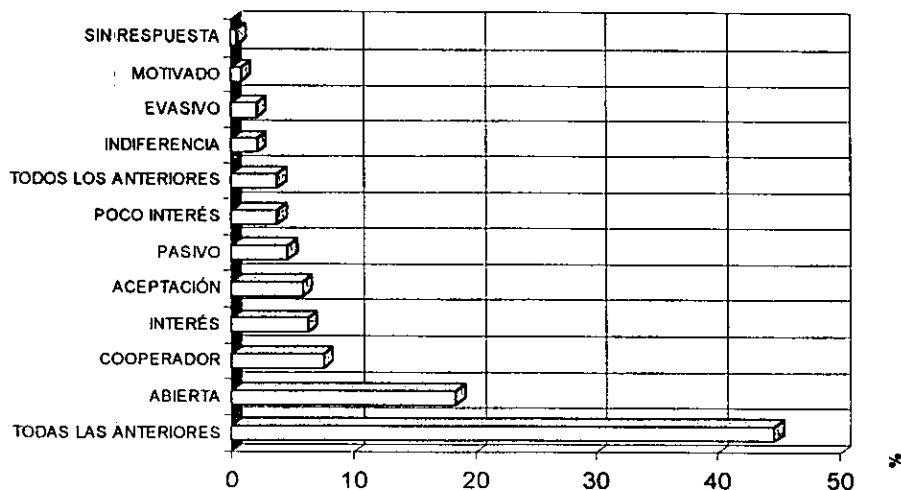


CUADRO No. 5
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS CONCEP-
TUALES DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997.

ACTITUD DOCENTE	F°	%	% Ac
Abierta	44	18.33	18.33
Aceptación	14	5.83	24.16
Interés	15	6.25	30.41
Cooperador	18	7.50	37.91
Motivado	2	0.83	38.74
Todas las anteriores	107	44.58	83.32*
Poco interés	9	3.75	3.75
Indiferencia	5	2.08	5.83
Pasivo	11	4.60	10.43
Evasivo	5	2.08	12.51
Todas las anteriores	9	3.75	16.26*
Sin respuesta	1	0.42	100.00
TOTAL	240	100.00	

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 5
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL
DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS CONCEPTUALES DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA
DE ENFERMERÍA DEL NIÑO.
ENEO-UNAM 1997

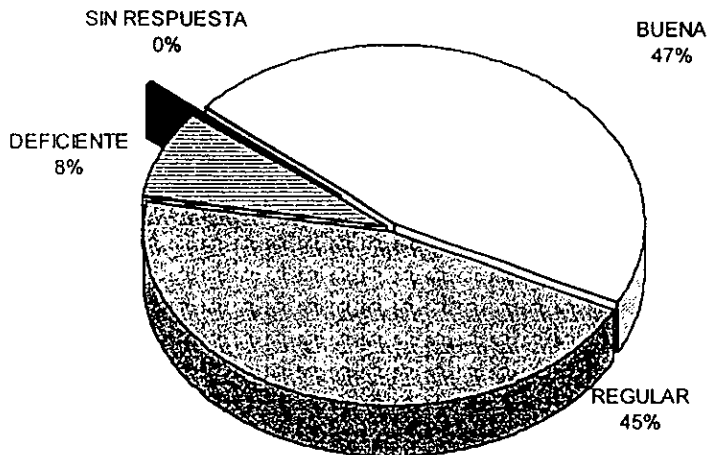


CUADRO No. 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE SOBRE LA PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997.

PROFUNDIDAD DE ABORDAJE	Fº	%
Buena	111	48.25*
Regular	108	45.00*
Deficiente	20	8.33
Sin respuesta	1	0.42
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE SOBRE LA PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997

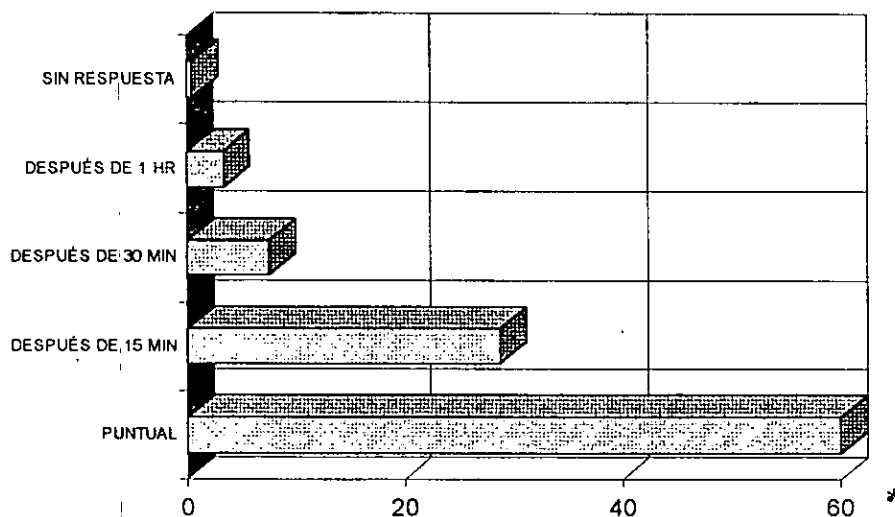


CUADRO No. 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO A LA PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DE NIÑO. ENEO-UNAM 1987.

PUNTUALIDAD DOCENTE	Fº	%
Puntual	144	60.00*
Después de 15 min.	69	28.75*
Después de 30 min.	18	7.50
Después de 1 hr.	8	3.33
Sin respuesta	1	0.42
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE EN CUANTO A LA PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997

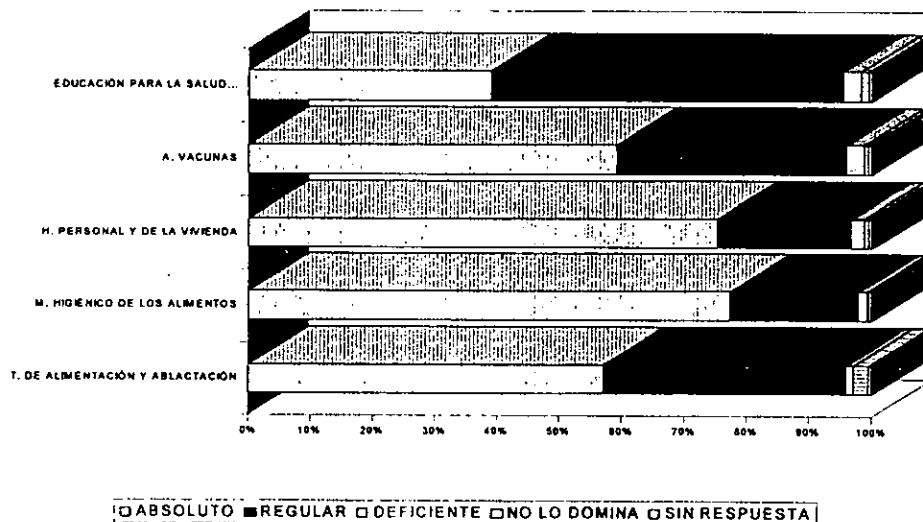


CUADRO No. 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE
ENFERMERÍA DEL NIÑO. OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 4° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO											
	Absoluto		Regular		Deficiente		No lo domina		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Técnicas de alimentación y ab lactación	137	57.08*	83	38.75	3	1.25	6	2.50	1	0.42	240	100.00
Manejo higiénico de los alimentos	186	77.50*	49	20.42	3	1.25	1	0.42	1	0.42	240	100.00
Higiene personal y de la vivienda	181	75.42*	51	21.25	5	2.08	2	0.83	1	0.42	240	100.00
Aplicación de vacunas	142	59.17*	88	36.67	7	2.92	2	0.83	1	0.42	240	100.00
Educación para la salud sobre: prevención de infecciones de vías respiratorias, accidentes, educación sexual, estimulación física temprana, educación prenatal.	94	39.17*	135	56.25	7	2.92	3	1.25	1	0.42	240	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE
ENFERMERÍA DEL NIÑO. OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 4° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

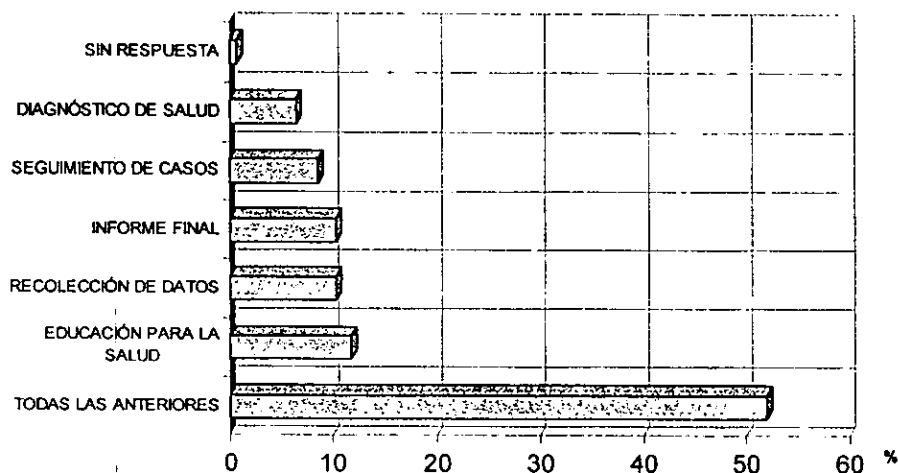


CUADRO No. 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO.
REFERENCIA EXPRESADA POR LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

PARTICIPACIÓN EN EL DESEMPEÑO	Fº	%
Diagnóstico de salud	18	6.41*
Recolección de datos	29	10.32*
Elaboración de informe final	29	10.32*
Educación para la salud	33	11.74*
Seguimiento de casos	24	8.54*
Todos los anteriores	148	51.96*
Otros	0	0.00
Sin respuesta	2	0.71

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1
 Nota: % sobre 281 casos

GRÁFICA 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO.REFERENCIA EXPRESADA POR
LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997

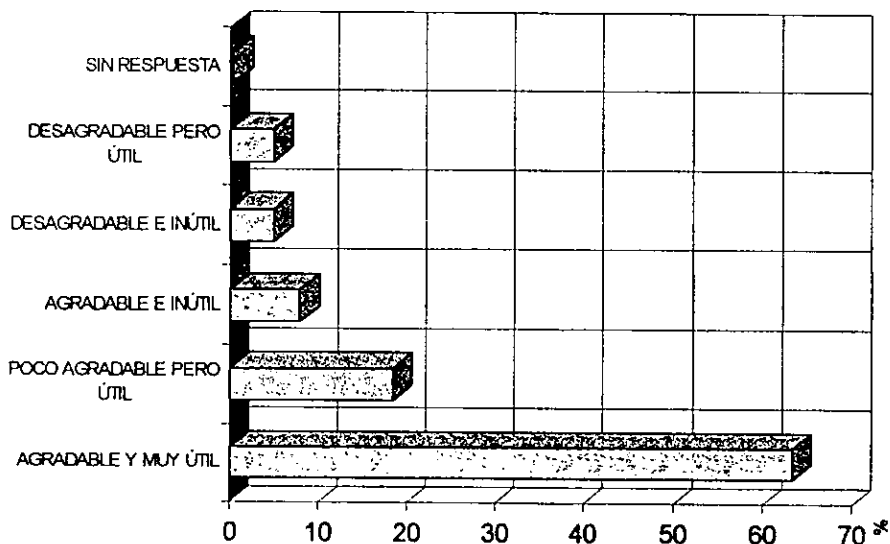


CUADRO No. 10
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. REFERENCIA EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE 4º
SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA	F°	%
Agradable y muy útil	152	63.33*
Agradable e inútil	19	7.92
Poco agradable pero útil	44	18.33*
Desagradable e inútil	12	5.00
Desagradable pero útil	12	5.00
Sin respuesta	1	0.42
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 10
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO.
REFERENCIA EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE. ENEO-
UNAM 1997



CUADRO No. 11

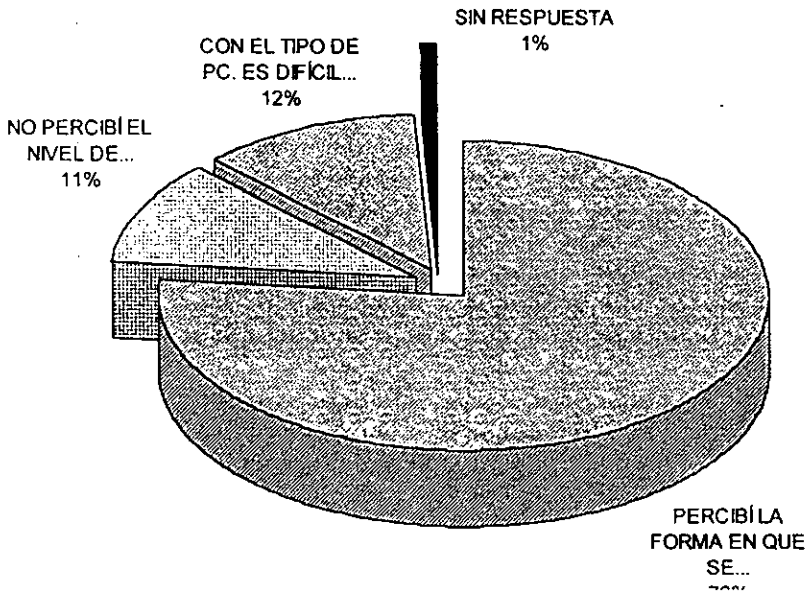
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS MATERIAS EN LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997.

PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN	Fº	%
Percibí claramente la forma en que se integran	184	78.87*
No percibí el nivel de integración	26	10.83
Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias	28	11.67*
Sin respuesta	2	0.83
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 11

OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS MATERIAS EN LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997

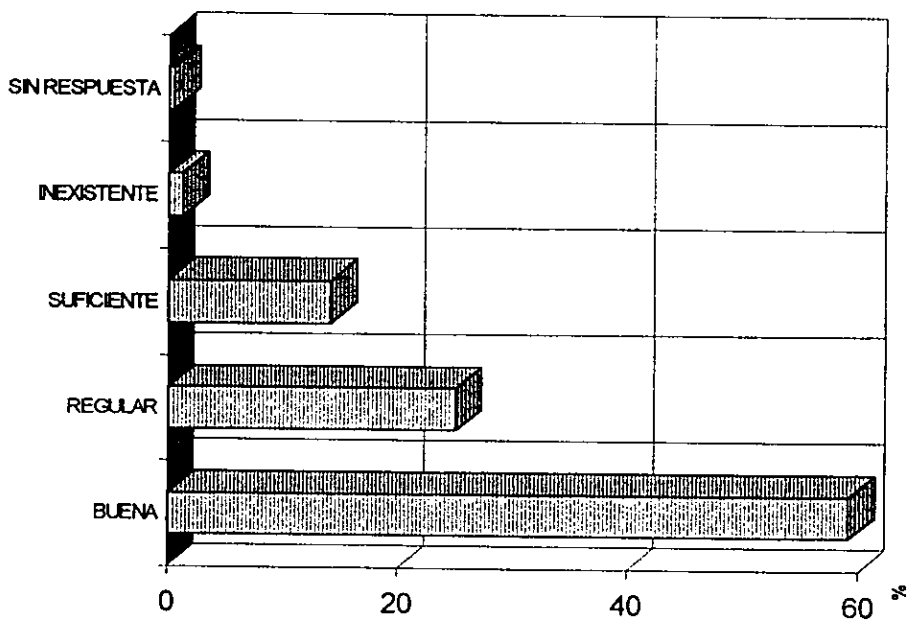


CUADRO No. 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE RESPECTO A LA RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA DE
ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997.

RELACIÓN TEORÍA-PRÁCTICA	Fº	%
Buena	142	59.17*
Regular	60	25.00*
Suficiente	34	14.16*
Inexistente	3	1.25
Sin respuesta	1	0.42
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE RESPECTO A LA
RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997

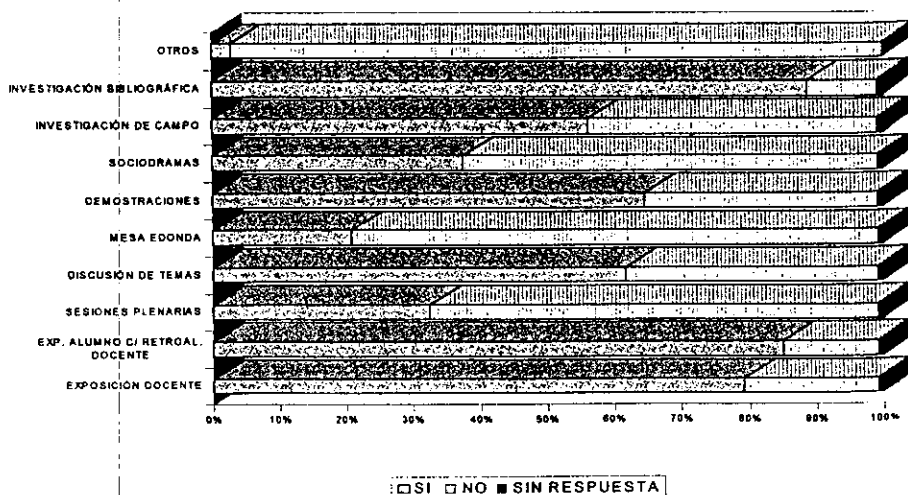


CUADRO No. 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE TEÓRICO DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

DINÁMICAS Y TÉCNICAS	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Exposición docente	190	79.17*	48	20	2	0.83	240	100.00
Exposición del alumno con retroalimentación del docente	204	85.00*	34	14.17	2	0.83	240	100.00
Sesiones plenarias	78	32.50	160	66.87	2	0.83	240	100.00
Discusión de temas	149	62.10	89	37.08	2	0.83	240	100.00
Mesa redonda	50	20.84	188	78.33	2	0.83	240	100.00
Demostraciones	155	64.60	83	34.60	2	0.83	240	100.00
Sociodramas	90	37.50	148	61.67	2	0.83	240	100.00
Investigación de campo	135	56.25	103	42.92	2	0.83	240	100.00
Investigación bibliográfica	213	88.75*	25	10.42	2	0.83	240	100.00
Otros	7							

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE
TEÓRICO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENCUESTA REALIZADA A LOS
ALUMNOS DE 4º SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997



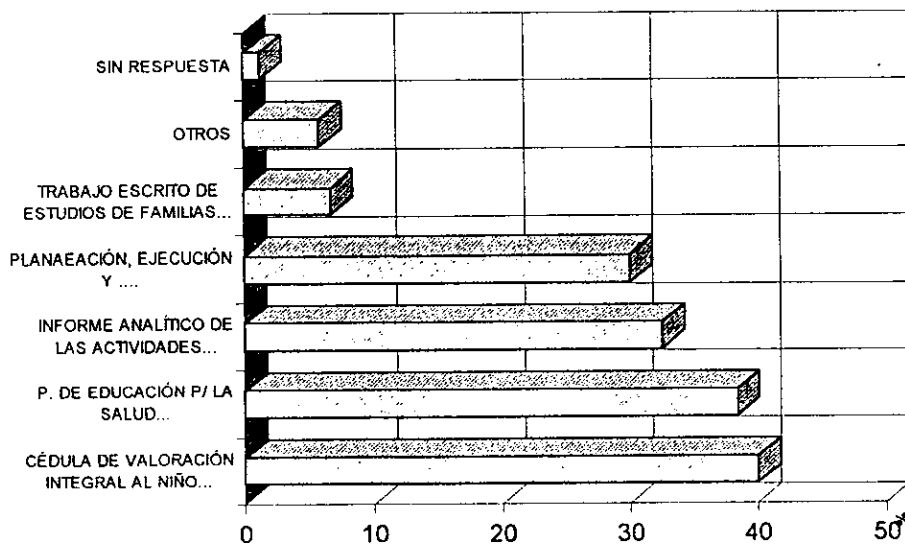
CUADRO No. 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 4° SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN	F°	%
Trabajo escrito de dos estudios de familias realizadas en comunidad para valorar las características biopsicosociales del niño	16	6.67*
Aplicación y entrega por escrito de la cédula de valoración integral al niño para detectar la problemática de salud de la población pediátrica en estudio	98	40.00*
Planeación, ejecución y evaluación de programas resolutivos a la problemática encontrada	72	30.00
Entrega por escrito de los programas de educación para la salud	82	38.33*
Informe analítico global de todas las actividades desarrolladas en la práctica comunitaria	78	32.50
Otros	14	5.83
Sin respuesta	3	1.25

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

Nota: % sobre 371 casos

GRÁFICA 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 4° SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN
Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM
1997

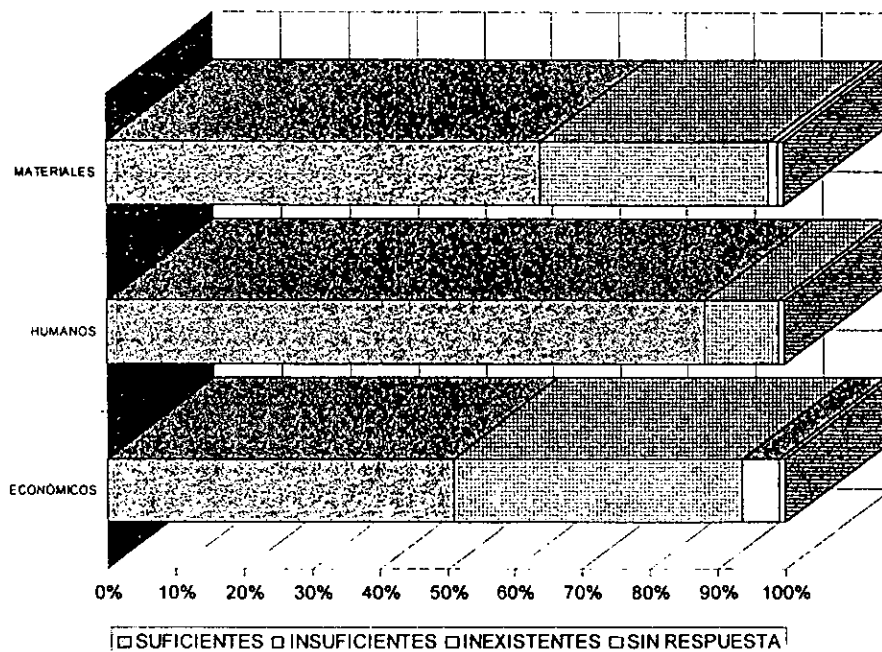


CUADRO No. 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE, ENEO-UNAM 1997.

RECURSOS	DISPONIBILIDAD									
	Suficientes		Insuficientes		Inexistentes		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Económicos	122	50.83	103	42.92*	13	5.42	2	0.83	240	100.00
Humanos	212	88.34*	26	10.83	0	0.00	2	0.83	240	100.00
Materiales	154	64.17	81	33.75	3	1.25	2	0.83	240	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997

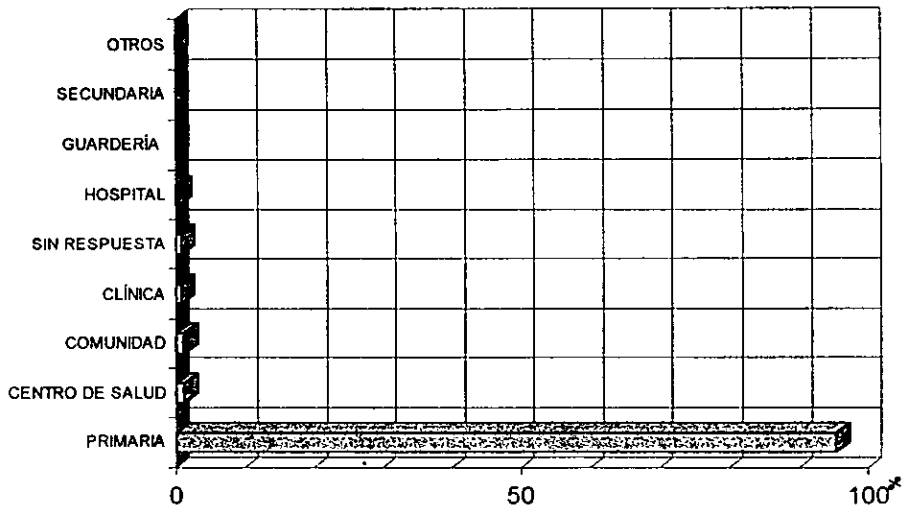


CUADRO No. 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

SEDE	Fº	%
Hospital	1	0.42
Clínica	2	0.83
Centro de salud	3	1.25
Guarderías	0	0.00
Primaria	229	95.42*
Secundaria	0	0.00
Comunidad	3	1.25
Otros	0	0.00
Sin respuesta	2	0.83
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 4º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

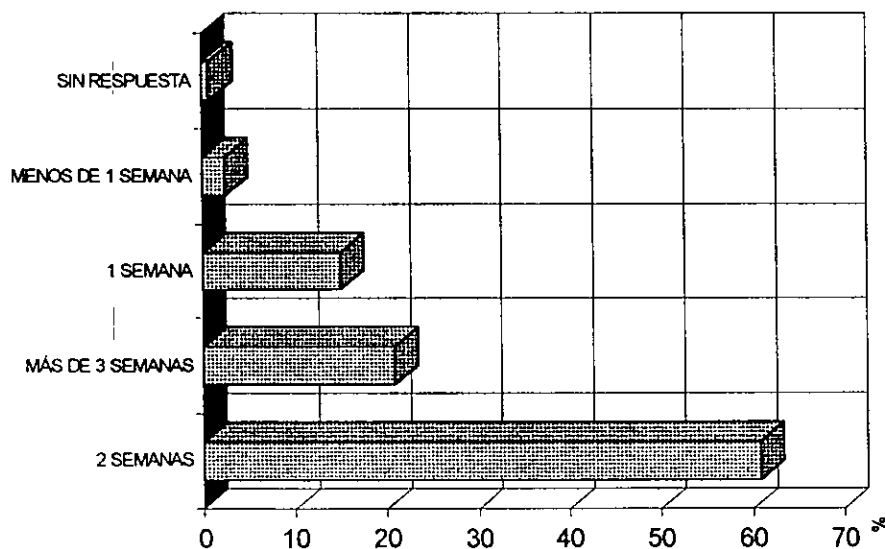


CUADRO No. 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 4° SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA CO-
MUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997.

TIEMPO ASIGNADO	F°	%
Menos de 1 semana	6	2.5
1 semana	38	15.00*
2 semanas	148	60.84*
Más de 3 semanas	50	20.83*
Sin respuesta	2	0.83
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 4° SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO
ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997

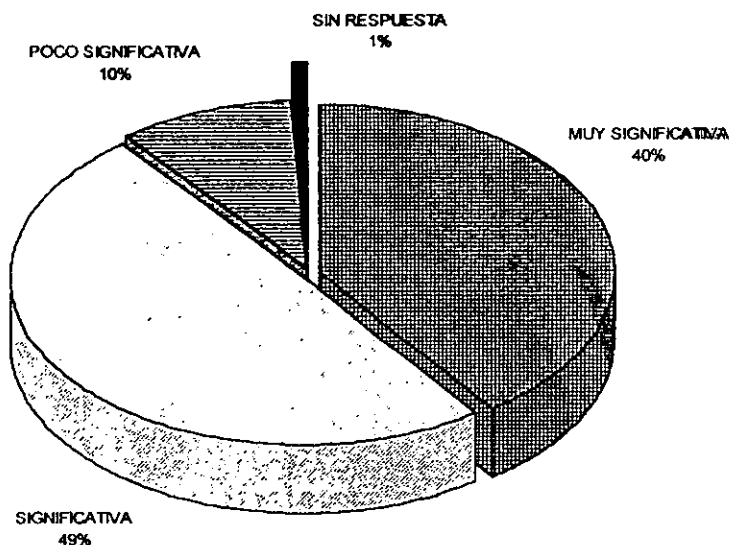


CUADRO No. 18
PERCEPCIÓN DE ALUMNOS DE 4º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO EN SU FORMACIÓN INTEGRAL. ENEO-UNAM 1997.

SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA	Fº	%
Muy significativa	96	40.00*
Significativa	119	49.60*
Poco significativa	23	9.60*
Sin respuesta	2	0.83
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 18
PERCEPCIÓN DEL ALUMNO DE 4º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO EN SU FORMACIÓN INTEGRAL. ENEO-UNAM 1997

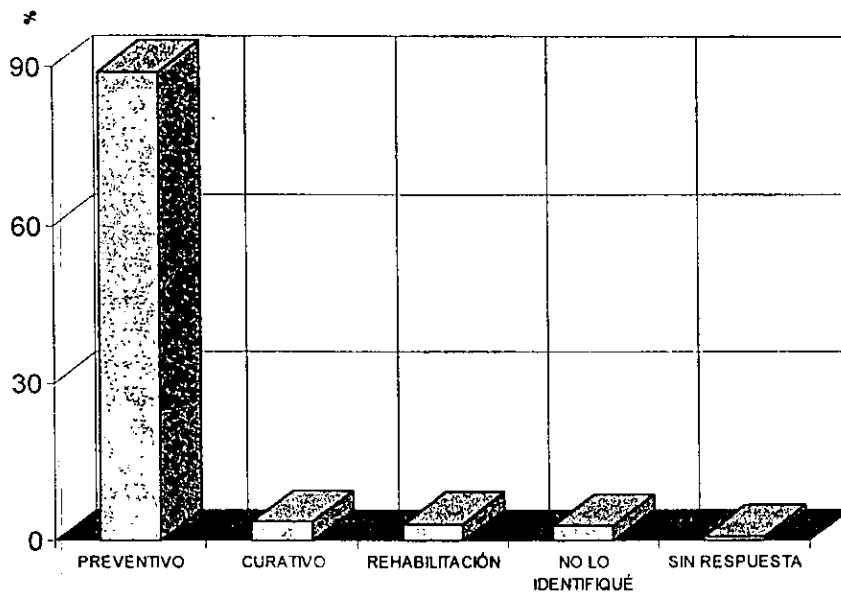


CUADRO No. 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° EN RELACIÓN AL ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997.

ENFOQUE OTORGADO	F°	%
Curativo	9	3.75
Preventivo	214	89.17*
Rehabilitación	8	3.33
No lo identifiqué	7	2.92
Sin respuesta	2	0.83
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE EN RELACIÓN AL ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997

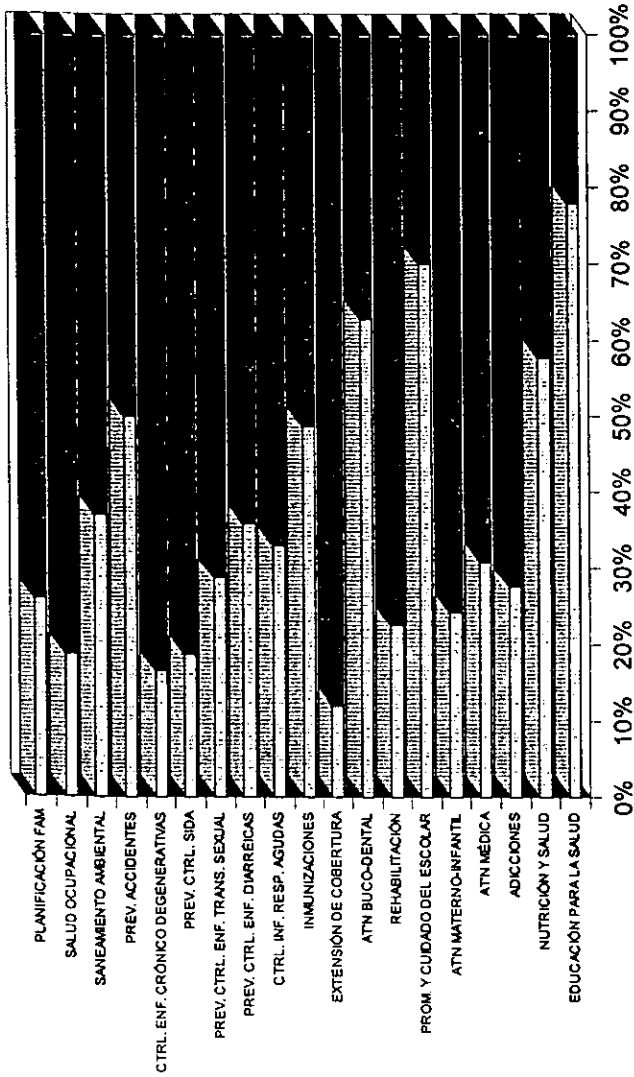


CUADRO No. 20
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN LOS PROGRAMAS NACIONALES DE
SALUD EN ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE, ENEO-UNAM 1997.

PROGRAMAS NACIONALES	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Programa de educación para la salud	187	77.92*	52	21.67	1	0.42	240	100.00
Programa de nutrición y salud	139	57.92	100	41.67	1	0.42	240	100.00
Programa contra las adicciones	66	27.50	173	72.08*	1	0.42	240	100.00
Programa de atención médica	74	30.83	165	68.75	1	0.42	240	100.00
Programa de atención materno-infantil	58	24.17	181	75.42	1	0.42	240	100.00
Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar	188	70.00*	71	29.58	1	0.42	240	100.00
Programa de rehabilitación	53	22.08	186	77.50	1	0.42	240	100.00
Programa de atención buco-dental	151	62.92*	88	36.67	1	0.42	240	100.00
Programa de extensión de cobertura	29	12.08	210	87.50	1	0.42	240	100.00
Programa de inmunizaciones	117	48.75	122	50.83	1	0.42	240	100.00
Programa de control de infecciones respiratorias agudas	79	32.92	160	66.67	1	0.42	240	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas	88	35.83	153	63.75	1	0.42	240	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual	69	28.75	170	70.83	1	0.42	240	100.00
Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	45	18.75	194	80.83*	1	0.42	240	100.00
Programa de control de enfermedades crónico-degenerativas	40	16.67	199	82.92	1	0.42	240	100.00
Programa de prevención de accidentes	120	50.00	119	49.58	1	0.42	240	100.00
Programa de saneamiento ambiental	89	37.08	150	62.50*	1	0.42	240	100.00
Programa de salud ocupacional	45	18.75	194	80.83	1	0.42	240	100.00
Programa de planificación familiar	62	25.83	177	73.75	1	0.42	240	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 20
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ALUMNOS EN LOS PROGRAMAS
NACIONALES DE SALUD EN ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE
4º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997



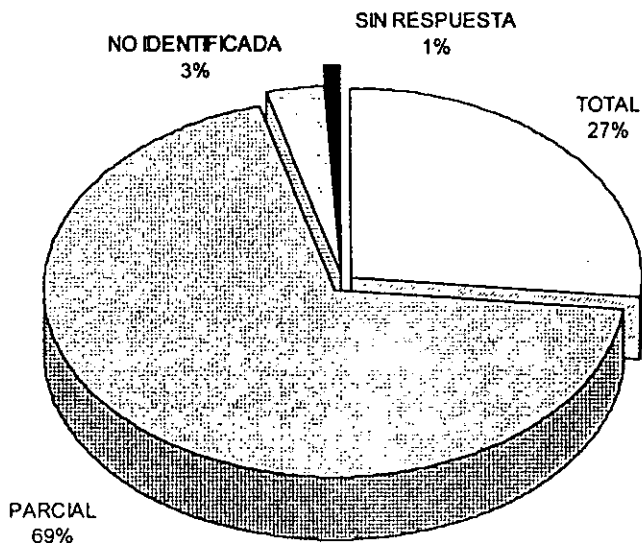
SI NO SIN RESPUESTA

CUADRO No. 21
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE RESPECTO LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNIDAD DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997.

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS	F°	%
Total	64	28.67*
Parcial	166	69.17*
No identificada	8	3.33
Sin respuesta	2	0.83
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 21
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE RESPECTO LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNIDAD DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENEO-UNAM 1997

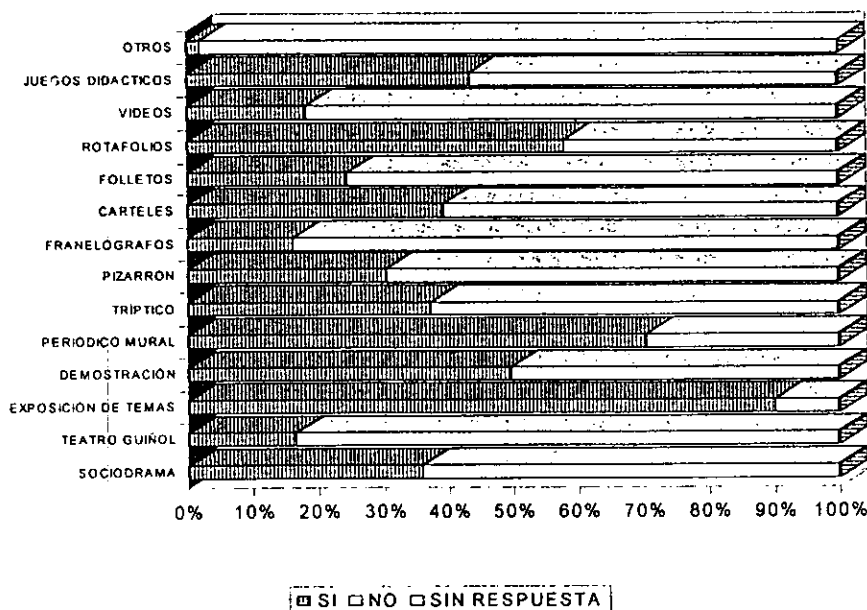


CUADRO No. 22
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS EN ENFERMERÍA DEL NIÑO PARA
BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y RECURSOS	Sí		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Sociodrama	86	35.83	153	63.75	1	0.42	240	100.00
Teatro guiñol	40	16.67	199	82.92	1	0.42	240	100.00
Exposición de temas	216	90.00*	23	9.58	1	0.42	240	100.00
Demostración	119	49.58*	120	50.00	1	0.42	240	100.00
Periódico mural	169	70.42*	70	29.17	1	0.42	240	100.00
Tripticos	90	37.50	149	62.08	1	0.42	240	100.00
Pizarrón	73	30.41	166	69.17	1	0.42	240	100.00
Franelógrafos	39	16.25	200	83.33	1	0.42	240	100.00
Carteles	94	39.17	145	60.42	1	0.42	240	100.00
Folleto	59	24.58	180	75.00	1	0.42	240	100.00
Rotafolios	139	57.92*	100	41.67	1	0.42	240	100.00
Videos	44	18.33	195	81.25	1	0.42	240	100.00
Juegos didácticos	104	43.33	135	56.25	1	0.42	240	100.00
Otros	5							

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 22
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS
UTILIZADOS EN ENFERMERÍA DEL NIÑO PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EN LA COMUNIDAD. ENCUESTA REALIZADA A LOS ESTUDIANTES DE 4º SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997

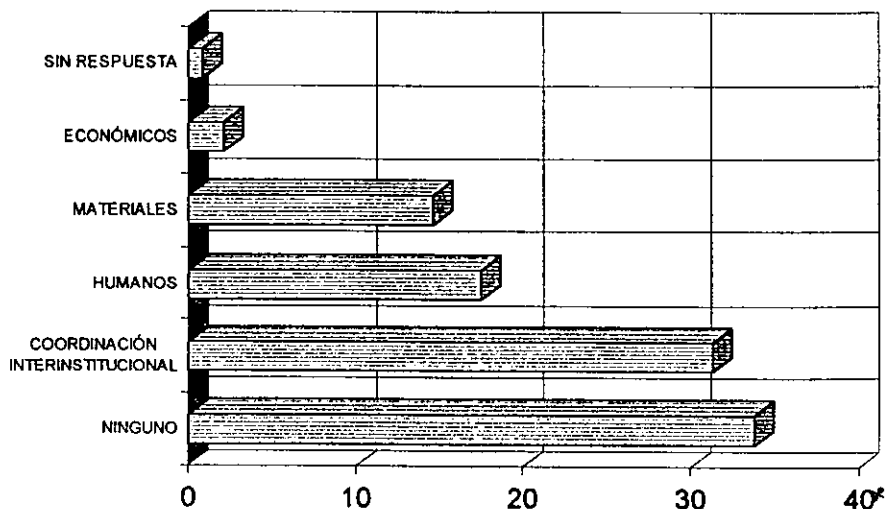


CUADRO No. 23
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO.
ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

APOYO POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN	F°	%
Coordinación interinstitucional	75	31.25*
Humanos	42	17.50
Económicos	5	2.08
Materiales	35	14.60
Ninguno	81	33.75*
Sin respuesta	2	0.83
TOTAL	240	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 23
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO. ENCUESTA REALIZADA A
ESTUDIANTES DE 4° SEMESTRE ENEO-UNAM 1997



PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO.

Los resultados que a continuación se presentan reflejan la opinión de 240 estudiantes de 4° semestre de ambos turnos de la Licenciatura sobre el bloque comunitario de la materia de Enfermería del Niño.

Al pedirles su opinión respecto al nivel de dominio que consideraban tener sobre los temas de la unidades del bloque comunitario manifestaron dominar totalmente en primer término el tema de higiene personal y de la vivienda con 59.58% de las opiniones, nutrición 52.08%, dinámica familiar con 46.25%, medidas de prevención 44.58%, estimulación física y temprana con 42.08%, educación sexual 38.33%, automedicación y riesgos con 37.50%, aceptación del niño con lesiones y secuelas invalidantes 29.60%, detección oportuna de limitaciones orgánicas con 18.33% y por último, 17.50% de los alumnos dominan totalmente el tema de coparticipación en la psico y ludoterapia.

El conocimiento de los objetivos del programa de la práctica comunitaria, según la opinión de los estudiantes de 4° semestre, resultó afirmativo en un 86.25% de los casos, pero el 13.75% negó haberlos conocido.

El eje de la práctica comunitaria de Enfermería del Niño lo constituyen 3 objetivos estipulados en el programa, el primero hace alusión a que en base a los métodos clínico y epidemiológicos el alumno sistematice la atención de enfermería para dar solución a los problemas de salud que afecten a la población infantil en cualquiera de sus etapas evolutivas, al respecto 86.96% consideró haber cumplido este objetivo mientras que el 23.19% hizo referencia a que la realización de la vigilancia epidemiológica y la implementación de programas resolutivos a problemas de salud frecuentes en comunidades pediátricas, que constituyen los dos objetivos restantes, no se cumplieron.

Refiriéndonos al nivel de dominio que, los alumnos consideraron, tenía el docente sobre los contenidos del programa de la práctica comunitaria sólo 53.75% opinó que los dominaba totalmente, mientras que el dominio parcial destaca con 39.17%.

En relación a la actitud del docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria el 83.32% la calificó como positiva incluyéndose en esta categoría una postura abierta, de aceptación e interés, de cooperación y motivación, pero cabe mencionar que 16.26% la captó como negativa es decir pasivo, con poco interés, indiferente e incluso evasivo.

Sobre la profundidad en el abordaje de los temas del programa de la práctica comunitaria el 46.25% indicó que fue buena pero no puede soslayarse que el 45% la percibió como regular.

El docente asistió a la práctica comunitaria puntualmente según lo manifestado por el 60% de los encuestados mientras que el 28.75% opinó que después de 15 min.

Uno de los puntos centrales de la práctica lo constituyen las técnicas y procedimientos de enfermería comunitaria que fueron calificadas con el nivel de dominio absoluto por el 77.50% en el caso de manejo higiénico de los alimentos, por 75.42% en higiene personal y de la vivienda, por el 59.17% en aplicación de vacunas, por 57.08% en técnicas de alimentación y ablactación, y el 39.17% domina absolutamente la educación para la salud.

La participación del estudiante de 4° semestre en la práctica comunitaria fue integral en solo 51.96% de las referencias, 11.74% llevó a cabo actividades de educación para la salud, 10.32% realizó la recolección de datos y la elaboración de informe final respectivamente, el 8.54% se abocó al seguimiento de casos y el 6.41% lo hizo al diagnóstico de salud.

A pesar de que 63.33% de las opiniones se inclinaron a calificar a la práctica comunitaria como agradable y muy útil, extraña que 18.33% tras reconocer la utilidad no dejan de percibirla como poco agradable.

En el 11.67% de los datos recabados se afirmó que con el tipo de práctica realizada es difícil integrar los conocimientos de otras materias en la práctica comunitaria; hubo un 10.83% que opinó no haber recibido el mínimo nivel de integración en tanto que el 76.67% percibieron claramente la forma en que se integran tales conocimientos.

Para el grupo de investigadoras fue importante saber cómo consideraban los alumnos la relación teoría-práctica en Enfermería del Niño obteniéndose que 59.17% de ellos la consideraron buena, en tanto que 25% dijeron que era regular y 14.16% la calificaron sólo como suficiente.

Se hace referencia a que las dinámicas y técnicas de enseñanza más utilizadas para impartir el bloque teórico de la práctica comunitaria resultan ser, según los estudiantes de 4° semestre en un 88.75% la investigación bibliográfica siguiéndole con 85% la exposición del alumno con retroalimentación del docente y finalmente la exposición docente con el 79.17% de las opiniones recabadas.

Los criterios de acreditación y evaluación en los que se basa la práctica comunitaria resultaron ser en primer término la aplicación y entrega por escrito de la cédula de valoración integral al niño según el 40% de los 240 casos registrados, y la entrega por escrito de programas de educación para la salud con 38.33% de las opiniones a favor. Contrastante fue el hecho de que sólo el 6.67% hizo referencia como criterio del trabajo escrito de dos estudios de familias realizados en comunidad para valorar las características biopsicosociales del niño.

El 42.92% ratificó la insuficiente disponibilidad de recursos económicos para realizar la práctica comunitaria contrariamente a que los recursos humanos son suficientes por lo expresado en el 88.34% de las encuestas.

Las escuelas primarias se constituyeron como la principal sede de prácticas comunitarias de Enfermería del Niño según el 95.42% de los estudiantes.

De acuerdo al 60.84% registrado se dispuso de dos semanas para llevar a cabo la práctica en tanto que 20.83% la realizó en más de 3 semanas y el 15% en una semana.

Es importante señalar que el 89.60% de los alumnos perciben que en su formación integral la práctica comunitaria es de muy significativa a significativa mientras que 9.60% la valoró como poco significativa.

De los estudiantes de 4° semestre abordados el 89.17% identificó que el enfoque otorgado a la práctica comunitaria de Enfermería del Niño fue preventivo.

La mayor participación de los estudiantes en los Programas Nacionales de Salud la ocupa en primer lugar con 77.92% el de educación para la salud, en segundo lugar con 70% el de promoción y de cuidado de la salud del escolar, y en tercer lugar el de atención bucodental con 62.92% de opiniones a favor. Conviene destacar aquí que los programas en que menos participan, a pesar de ser importantes por el tipo de población a la que estuvo dirigida la práctica, son los de prevención y control del SIDA (80.83%), contra las adicciones (72.08%) y el programa de saneamiento ambiental con 62.50%.

En lo referente a la satisfacción de necesidades detectadas en la comunidad al implementar la práctica, el 69.17% de las opiniones afirman haberlas cumplido de forma parcial y solamente fue calificada como total por el 26.67% de los alumnos.

A pesar de la amplia variedad de técnicas y recursos didácticos existentes que favorecerían la educación para la salud en la comunidad pediátrica, el interés de los estudiantes se centró principalmente en tres: con 90% la exposición de temas, con 70.42% el periódico mural y los rotafolios con 57.92%.

Finalmente el 33.75% de los alumnos encuestados refirieron no haber recibido algún tipo de apoyo por parte de la institución correspondiente para la realización de la práctica comunitaria, en tanto que solo el 31.25% calificó a la coordinación interinstitucional como único patrocinio otorgado por la dependencia.

El estudio incluyó algunos ítems de respuesta abierta, estos se consideran como hallazgos cualitativos que expresan el sentir respecto a experiencias y expectativas de los entrevistados, respecto a enfermería comunitaria. La presentación de las opiniones se hace mediante transcripción textual.

Uno de los aspectos que resaltaron al llevar a cabo esta investigación fue el referente a la opinión de los alumnos cuando se les cuestionó sobre como describirían a la práctica comunitaria de Enfermería del Niño, al respecto hubo quienes la calificaron de Agradable y muy útil; a continuación se manifiestan textualmente las razones por la que se le fue otorgada esa categoría:

"Aprendemos cuáles son las carencias que requiere la población escolar"; "Enfermería está encaminada precisamente a la prevención de enfermedades y a la atención de necesidades"; "Así puedo mejorar el buen trato y cuidado a pacientes pediátricos"; "Transmitimos lo que sabemos y conocemos las interrogantes más comunes"; "Fue el primer contacto con los niños y me permitió cumplir con los objetivos de la materia aumentando así mi aprendizaje"; "Se pudieron localizar a los niños con algún problema de salud y fueron canalizados para darles atención, aunque no todos asistieron"; "Es un reto porque es casi imposible cambiar los hábitos del escolar, para pretender esto es necesario trabajar también con los padres de familia"; "Es importante que nuestra participación tenga seguimiento de los casos que se detectan, además de la convivencia e interrelación con las personas"; "Es una forma de detectar casos fuera del alcance de algunas instituciones"; "Así podemos aplicar medidas preventivas o correctivas antes de que empeore la situación"; "Se conoce más a los niños porque aprendes a elaborar un diagnóstico de salud según necesidades"; "Nos enseña realmente los problemas que se tiene y nos da un panorama más amplio"; "Uno de los principales papeles de nuestra carrera es prevenir la enfermedad y en la práctica comunitaria es como se logra parte de este objetivo"; "Es importante canalizar bien a los niños a las instituciones de salud"; "Durante todo nuestro desarrollo educativo y profesional estaremos en contacto con muchas personas de todas edades y los niños requieren de atención especial"; "Es un buen comienzo con los niños saber su comportamiento y problemas".

Hubo quienes la calificaron de *Agradable pero inútil porque*:

"Hace falta darle más tiempo a la práctica comunitaria"; "Los padres no llevan a sus hijos a consulta en caso de ser necesario"; "Es bonito estar con niños pero no veo el -para qué-; "No se da el seguimiento adecuado a los resultados; "El tiempo y los recursos son pocos"; "No se hace de manera seria".

Los que la describieron como *Poco agradable pero útil fue debido a que*:

"No hubo cooperación por parte de los padres de los niños"; "Falta un poco de interés por parte del alumnado"; "Es muy difícil trabajar con niños y se necesita información más fiable y profunda de la familia y no solo del niño lo cual puede limitar"; "No hay cooperación total por parte de los directivos de las primarias en donde se realizan las prácticas"; "El ambiente interpersonal en el grupo la hizo poco agradable"; "No me gusta a pesar de ser importante para nuestra población"; "Es mucho tiempo asignado para esta práctica siendo que lo podemos hacer en menos"; "Sería más interesante evaluar aspectos que a los niños les interese y no temas previamente seleccionados"; "Ya no se abarcaron muchas cosas que se debieron, y es algo a que ni la gente ni los niños hacen caso"; "No se tiene secuencia".

Fue para algunos *Desagradable e inútil ya que:*

"Se me hace pérdida de tiempo y a la gente no le importa lo que digas"; "No se dan verdaderas opciones ni real seguimiento para los casos detectados"; "Son muchos gastos inútiles"; "Te sirve para practicar pero no llevas a cabo lo poco que te enseñan en la teoría de comunidad".

Finalmente, la opinión de haber sido *Desagradable pero útil fue expresada porque:*

"Dificulta todo el poco tiempo y la falta de recursos"; "A veces no se toma con la seriedad requerida por nosotros o las instituciones"; "Pienso que la profundidad fue leve"; "Personalmente, no me gusta del todo la atención comunitaria"; "La sede estaba muy lejos".

Se destacó con anterioridad que la sede principal de las prácticas comunitarias de Enfermería del Niño fueron las escuelas primarias: "Augusto Cesar Sandino"; "Italia"; "Ezequiel A. Chávez"; "Dr. Belisario Domínguez"; "Francisco González Bocanegra"; "Andrés Bello"; "Dr. Manuel Flores"; "Fray Luis de León"; "Independencia Económica de México, esta última fue sede de 2 grupos del turno vespertino".

Al cuestionar a los alumnos sobre los programas implementados para la solución de las necesidades de la comunidad durante la práctica, la mayoría de ellos coincidió en hacer mención de cinco que son:

"Valoración del estado nutricional del escolar"; "Salud bucal"; "Detección y rehabilitación de problemas de agudeza visual"; "Detección de trastornos auditivos"; "Detección de problemas posturales".

Estos programas se implementaron en todos los grupos por ser parte del "Plan Cuauhtémoc" que rige el desarrollo de las prácticas comunitarias de Enfermería del Niño por acuerdo de academia correspondiente. Cabe hacer mención de los programas secundarios que se llevan a cabo por los grupos según necesidades propias de la comunidad atendida como lo fueron los relacionados a:

"Prevención de accidentes"; "Integración familiar"; "Educación Sexual"; "Saneamiento ambiental" e "Hidratación oral".

Las sugerencias hechas por los alumnos para mejorar la práctica fueron conjuntadas en las siguientes categorías:

"Otomar más tiempo para llevar a cabo la práctica"; "Seleccionar campos apropiados donde las necesidades existentes en la población permitan de manera integral poner en práctica los conocimientos de enfermería comunitaria"; "Llevar a cabo el seguimiento de casos para valorar la eficacia de las actividades realizadas en cada periodo de prácticas"; "Realizar un diagnóstico de salud real de la comunidad pediátrica asignada con el fin de que los programas que se implementen respondan a las necesidades detectadas"; "No generalizar la aplicación de programas preestablecidos sin previo conocimiento de la comunidad".

A continuación se presentan las propuestas formuladas por los estudiantes de 4° semestre de la materia de Enfermería del Niño para que la práctica comunitaria correspondiente mejore:

"Destinar más tiempo ya que el perfil de la carrera es preventivo mas no curativo"; "Un poco más de coordinación tanto de alumnos como de docentes y disponibilidad de todos los integrantes"; "Facilitar el apoyo

material"; "Dar a conocer muy específicamente los objetivos, que la práctica sea preventiva y que den más tiempo para detectar los problemas que se presentan"; "Que la práctica no solo se enfoque al niño de forma individual sino como parte de una familia que también tiene necesidades"; "Fomentar la continuidad en los casos, que se dé un enfoque más amplio"; "Que los alumnos de la primaria elijan los temas según necesidades y que exista mejor organización por parte de los docentes encargados"; "Mejor asesoría por parte de las profesoras y más coordinación entre ellas"; "Planear el semestre adecuadamente"; "Que el alumno salga mejor preparado tanto teórica como prácticamente para evitar tantos inconvenientes"; "La verdad, siento que la práctica comunitaria es inútil porque la gente sigue tomando la misma actitud y nosotros solo trabajamos sin que nos tomen realmente en cuenta"; "Más coordinación y más recursos"; "Apoyo económico por parte de la escuela"; "Encontrar campos más cooperadores"; "Que exista una verdadera alternativa para los casos detectados con alguna deficiencia y así sentiría que vale la pena el esfuerzo que se realiza por parte de nosotros"; "Que todos los maestros de la ENEO estén o trabajen en conjunto para llegar a una sola idea"; "Mayor organización para que nosotros estemos más preparados y las instituciones muestren más interés"; "Mayor motivación por parte de la profesora"; "Realizar cuestionarios bien elaborados para identificar los casos problema"; "Comunicación de los maestros de Didáctica y Enfermería para que no se contradigan"; "Más orientación acerca del llenado de las hojas de cédula de valoración del niño"; "Que los docentes profundicen un poco más sobre los temas de enfermería comunitaria"; "Apoyo económico, apoyo por parte de las instituciones, explicaciones completas sobre objetivos y metas a alcanzar"; "Trabajar con la misma comunidad cada semestre"; "Que los profesores estén más capacitados y dominen más el tema y además que se les dé un verdadero seguimiento a la práctica hecha por los alumnos anteriores"; "Elegir para la práctica zonas accesibles y no tan peligrosas"; "El apoyo total de maestros y alumnos para poder lograr una finalidad que es muy importante: la atención a niños y adolescentes"; "La práctica comunitaria no nos sirve de gran cosa ya que cuando trabajamos por lo regular casi nunca se lleva a cabo"; "Dar mayor información a los padres de familia así como a los maestros"; "Permitir hacer eventos en la ENEO para recolectar fondos para dicha práctica"; "Mayor participación de los compañeros a las actividades que se realizan en la comunidad"; "Que sea con un objetivo específico dependiendo de las necesidades de la comunidad"; "Proponer otro plan más enfocado profesionalmente"; "Permitirle a los docentes actuar con verdadera libertad en este aspecto y que la presidenta de la Academia de Enfermería del Niño no sea prepotente con algunos docentes y parcial con otros"; "Menos tiempo de planeación y más de ejecución"; "Llevar planes más específicos y benéficos para la detección de problemas y que haya una asesoría completa"; "Hacerla más objetiva en cuanto a la determinación de los programas"; "Dar un campo con una población más extensa y constante"; "Que se considere una zona del campo comunitario más cercano al campo hospitalario ya que el grupo eligió el campo por su proximidad y facilidad de transporte"; "Enfocar la atención a temas actuales de interés para el niño pues aunque los problemas de nutrición, higiene dental y agudeza visual son importantes en el desarrollo y en su rendimiento escolar hay temas especialmente de orientación sexual que los pequeños requieren además no hay seguimiento a la evaluación efectuada"; "Cambiar la forma de evaluación"; "Que los motivos para estudiar una comunidad sean más enfocados a la prevención y en un momento dado al tratamiento de la misma, y que los temas a desarrollar sean más interesantes"; "No mandar demasiados grupos a la escuela sede para que se pueda conocer la problemática de los niños de todas las edades"; "Tuvimos nada mas temas de nutrición,

higiene personal y bucal; sería bueno que se nos permitiera implementar algún otro tema de importancia como desintegración familiar"; "Que en realidad desaparezca"; "Contar con un medio de transporte para poder llegar y salir con facilidad de la comunidad"; "Que las clínicas correspondientes nos dieran apoyo material (cepillo, flúor, suero oral, etc.)"; "Que colaboremos en el diagnóstico de salud desde un principio"; "Que sean más temas o que sean temas diferentes en cada grupo"; "Que la participación con el grupo sea más libre"; "Que haya más prácticas comunitarias"; "Cubrir zonas rurales"; "Se valoren los lugares donde nos mandan para que haya reales necesidades en los niños"; "Adelantar la preparación didáctica con tiempo suficiente para realizarla sin contratiempos"; "Estructurar un buen plan de estudios para las materias de tal manera que sirva y que sea implementado después de haber salido estas generaciones"; "Fomentar la continuidad y hacer algo real para resolver las necesidades"; "Que sea mejor en contenidos y que los maestros pongan mayor interés".

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO.

Tras analizar los resultados de la investigación se concluye que:

- a) Los alumnos del 4° semestre de la asignatura de Enfermería del Niño tienen un dominio parcial sobre los contenidos temáticos del bloque comunitario. Ésto coincide con la situación expuesta por la OMS en la que manifiesta que el problema más común al que se enfrenta enfermería a nivel comunitario lo constituye el hecho de no respaldar sus actividades con la aplicación de conocimientos bien cimentados en la preparación académica.
- b) Los objetivos del programa de la práctica se cumplen de manera parcial debido a que las acciones llevadas a cabo en comunidad son previamente establecidas. Es decir el alumno es mano de obra en actividades que no coinciden con sus objetivos de aprendizaje.
- c) El nivel de dominio que tienen los docentes sobre los contenidos de la práctica comunitaria se califica como parcial, situación originada no necesariamente en la carencia de conocimientos sino porque la atención en la formación del alumnado se centra en la asistencia en el medio hospitalario atendiendo al modelo funcionalista y curativo.
- d) A pesar de lo anterior los profesores mantienen actitudes positivas y resuelven los cuestionamientos conceptuales de los estudiantes respecto al bloque comunitario pero esto no garantiza que la profundidad en el abordaje de los temas sea óptima.
- e) La puntualidad de los docentes en el desarrollo de la práctica esta dentro de los límites de tolerancia permitidos aunque no puede soslayarse que en el menor de los casos ésta sobrepasa dichos límites.
- f) Las técnicas y procedimientos de enfermería comunitaria que se estipulan en el Plan de Estudios son calificadas por los alumnos con el nivel de dominio satisfactorio. Sin embargo no se llevan a cabo durante la práctica porque son sustituidas por las establecidas en los subprogramas del "Plan Cuauhtémoc", rector de las prácticas comunitarias en este semestre y éste sólo cubre las áreas de valoración del estado nutricional del escolar, salud bucal, detección y rehabilitación de problemas de agudeza visual, detección de trastornos auditivos y detección de problemas posturales.
- g) La práctica comunitaria de esta asignatura es favorable ya que es a través de la interacción con los niños que los alumnos llevan a cabo acciones útiles a favor de la creación de una cultura de prevención en las futuras generaciones. Por lo anterior es útil considerar de manera especial la trascendencia de la práctica con estos grupos etáreos.

- h) En lo que respecta a la enseñanza de la práctica comunitaria se percibe, para este caso, como satisfactoria la integración de conocimientos adquiridos en otras materias lo que trae consigo que se favorezca la relación teoría-práctica y por ende el aprendizaje
- i) Dominan las tendencias tradicionalistas en lo referente a la utilización de dinámicas y técnicas didácticas, y a la aplicación de los criterios de acreditación y evaluación que se llevan a cabo.
- j) Durante la ejecución de la práctica se identifican los aspectos que obstaculizan los alcances que ésta pudiese tener dentro de los que están la carencia de recursos económicos y materiales, la elección como campos de prácticas sólo de las escuelas primarias dejando de lado otras sedes que concentran de igual forma un alto índice de población infantil,
- k) En el desarrollo de la práctica existe escasez de tiempo ya que en dos semanas se desarrolla la totalidad de actividades haciendo a un lado con ello la primumia de no limitar el desarrollo de la atención comunitaria.
- l) A pesar de reconocer el enfoque preventivo de la práctica comunitaria y la importancia que tiene en la formación profesional de los alumnos, la tendencia dominante está en dar mayor y mejor significado a la práctica hospitalaria
- m) Lo anterior explica el bajo nivel de conocimiento y participación de los alumnos en los Programas Nacionales de Salud y por consiguiente la satisfacción parcial de las necesidades detectadas en la comunidad infantil olvidando tal vez con esto que los programas están diseñados contemplando los cambios en las condiciones de vida ligándolas íntimamente a la base del desarrollo de México, es decir a la población infantil.
- n) Las técnicas y recursos didácticos utilizados en dar educación para la salud a la comunidad se estandarizan realizándose las que, sin dejar de reconocer sus beneficios, son económicamente más factibles como lo son los rotafolios y el periódico mural.
- o) Las instituciones sedes de las prácticas no otorgan ningún tipo de apoyo que favorezca el desarrollo de éstas fungiendo sólo como prestadoras de sus instalaciones y de la población a atender por lo que hará falta establecer un vínculo de coordinación entre la ENEO y las sedes, y se ayude a los alumnos a solventar la necesidad de apoyo en la realización de la práctica.

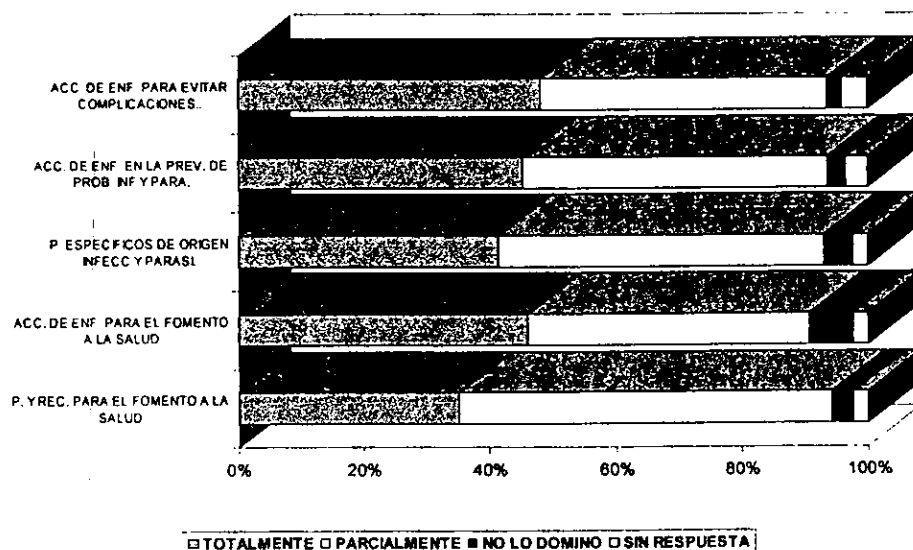
**ENFERMERÍA DEL
ADOLESCENTE, ADULTO
Y ANCIANO I**

CUADRO No. 1
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. ENEO-UNAM 1997.

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO									
	Totalmente		Parcialmente		No lo domino		Sin respuesta		TOTAL	
	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%
Programas y recursos para el fomento a la salud en el adolescente, adulto y anciano: Nutrición, salud física, salud mental, sexualidad, salud laboral y del deporte, saneamiento ambiental	81	35.06*	103	59.20	6	3.45	4	2.30	174	100.00
Acciones de enfermería para el fomento a la salud	80	45.98*	78	44.83	12	6.90	4	2.30	174	100.00
Programas específicos para el control de problemas de origen infeccioso y parasitario: Dirigidos al hombre y al ambiente	72	41.38*	90	51.72	8	4.60	4	2.30	174	100.00
Acciones de enfermería en la prevención de problemas infecciosos y parasitarios	79	45.41*	84	48.29	5	2.88	6	3.45	174	100.00
Acciones de enfermería para evitar complicaciones y fomentar el autocuidado	84	42.28*	79	45.40	4	2.30	7	4.02	174	100.00

FUENTE: Datos procesados por P.S.S. Carrasco, M., Goveá, P., Gutiérrez, G., Hernández, M., López, R., Velázquez, L. de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. ENEO-UNAM. 1997

GRÁFICA 1
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DEL DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE A.A.A. I. ENEO-UNAM 1997

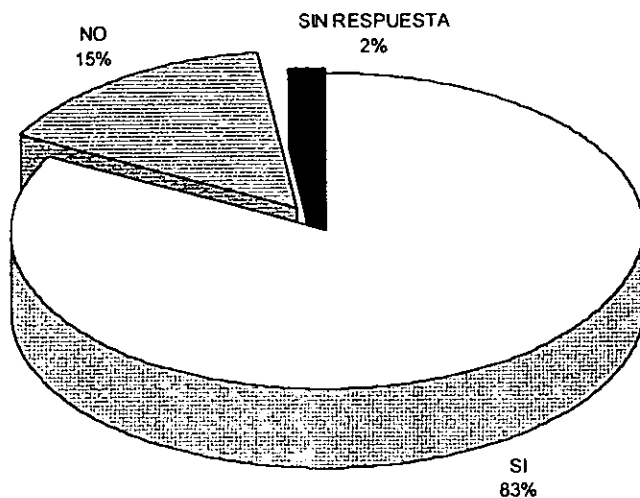


CUADRO No. 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. ENEO-UNAM 1997.

CONOCIMIENTO DE OBJETIVOS	F°	%
SI	144	82.76*
No	27	15.52
Sin respuesta	3	1.72
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE
LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
ENFERMERÍA DEL AAA I.
ENEO-UNAM 1997

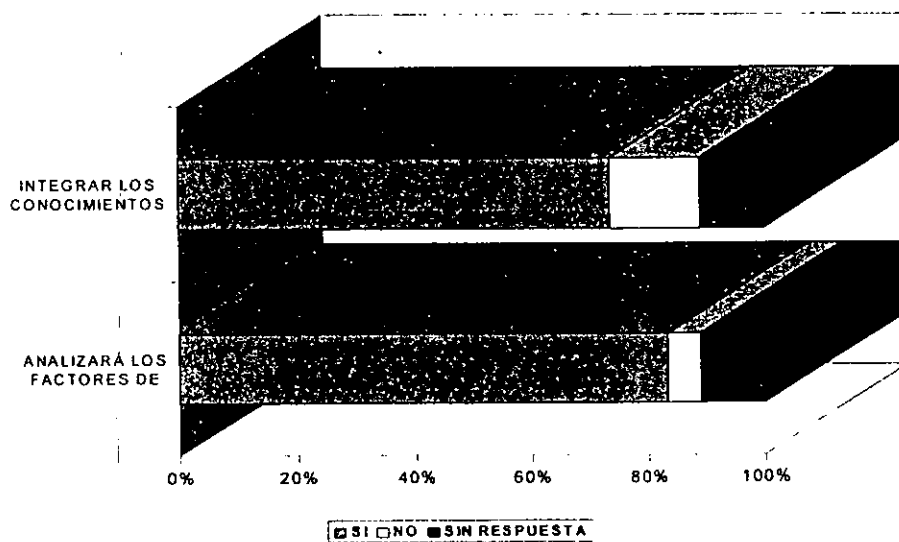


CUADRO No. 3
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. ENEO-UNAM 1997.

OBJETIVO	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Analizará los factores de riesgo en el adolescente, en el adulto y en el anciano, infiriendo las acciones de enfermería para el fomento de la salud y prevención de las enfermedades	145	83.33*	10	5.75	19	10.92	174	100.00
Integrar los conocimientos adquiridos para la identificación de factores de riesgo del adolescente, adulto y anciano que permitan planear, ejecutar y evaluar la atención de enfermería a nivel individual y colectivo, en la promoción y fomento del autocuidado de la salud, en la prevención y diagnóstico de enfermedades más frecuentes así como en el tratamiento y rehabilitación	128	73.57*	27	15.52	19	10.92	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 3
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A. A. A. I. ENEO-UNAM 1997

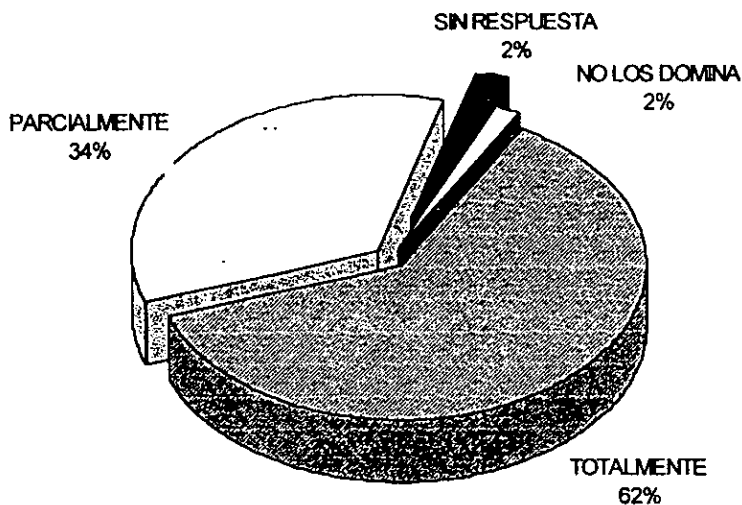


CUADRO No. 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. ENEO-UNAM 1997.

DOMINIO	F°	%
Totalmente	107	61.50*
Parcialmente	60	34.48*
No los domina	4	2.30
Sin respuesta	3	1.72
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL AAAI. ENEO-UNAM 1997

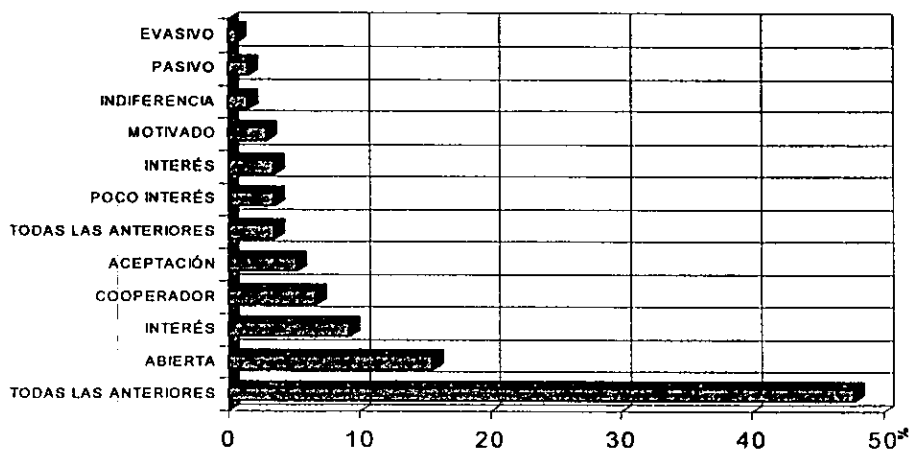


CUADRO No. 5
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS CONCEPTUALES DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I.
ENED-UNAM 1997.

ACTITUD	F°	%	% Ac
Abierta	27	15.52	15.52
Aceptación	9	5.17	20.69
Interés	6	3.45	24.14
Cooperador	18	9.20	33.34
Motivado	5	2.87	36.21
Todas las anteriores	83	47.70	83.91*
Poco interés	6	3.45	87.36
Indiferencia	2	1.45	88.45
Pasivo	2	1.45	90.26
Evasivo	1	0.57	80.83
Todas las anteriores	6	3.49	94.32
Sin respuesta	11	6.62	100.00
TOTAL	174	100.00	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS CONCEPTUALES DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A. A. I. ENED-UNAM 1997

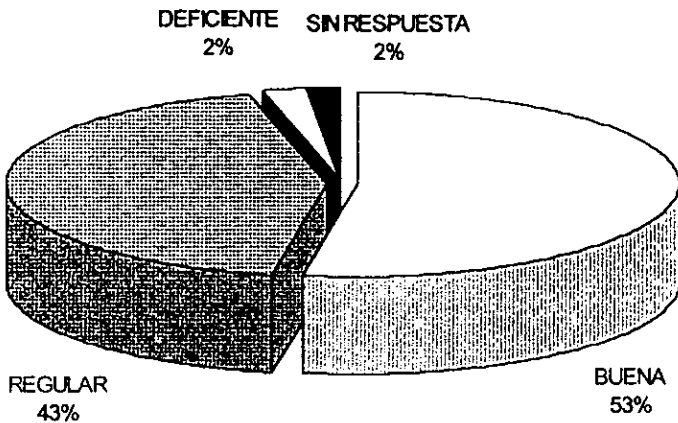


CUADRO No. 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE LA PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA
DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. ENEO-UNAM 1997.

PROFUNDIDAD DE ABORDAJE	F°	%
Buena	82	52.82*
Regular	75	43.10*
Deficiente	4	2.30
Sin respuesta	3	1.72
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE LA
PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE
PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL. A.A. I.
ENEO-UNAM
1997

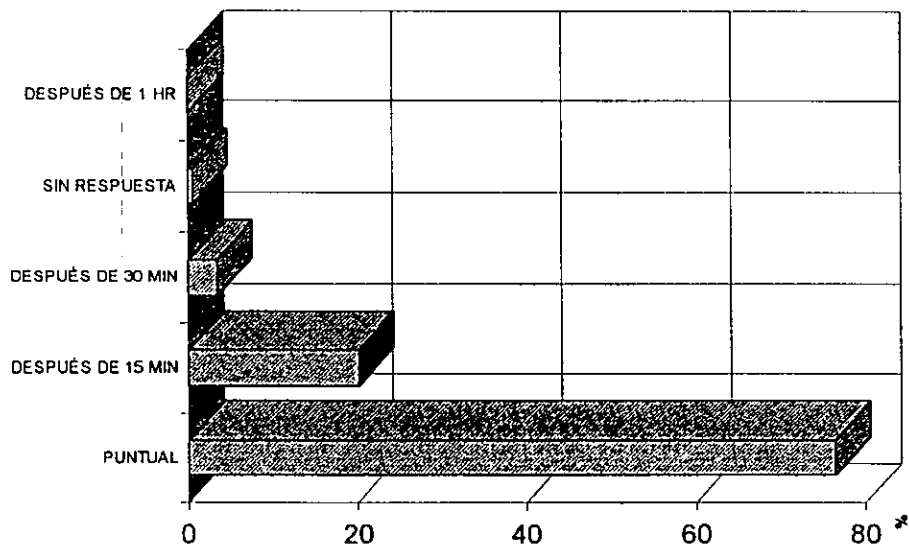


CUADRO No. 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE EN CUANTO A LA PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. ENEO-UNAM 1997.

PUNTUALIDAD	F°	%
Puntual	133	76.44*
Después de 15 min.	35	20.11
Después de 30 min.	6	3.45
Después de 1 hora	0	0.00
Sin respuesta	1	0.57
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE EN CUANTO A LA PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A. A. I. ENEO-UNAM 1997

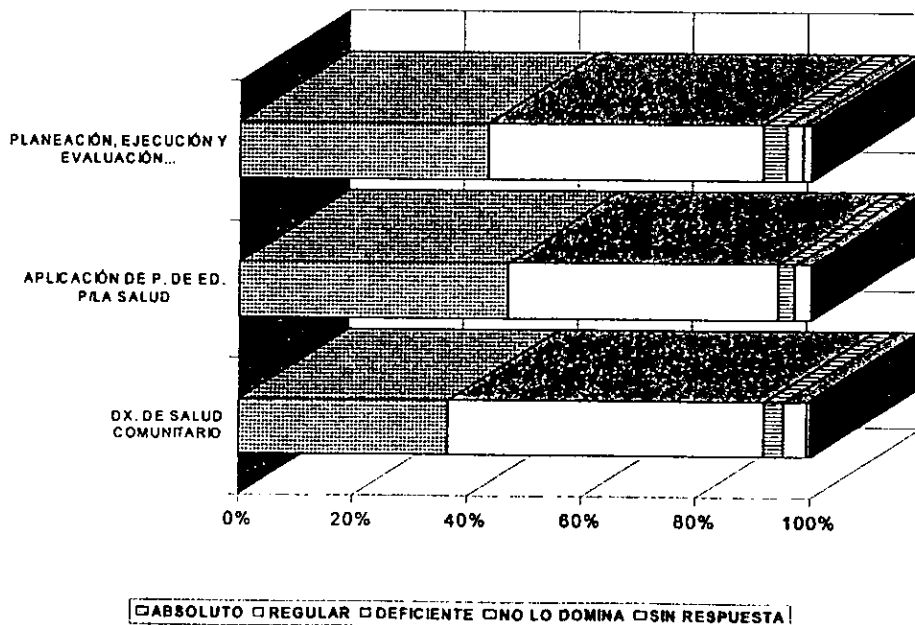


CUADRO No. 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL
ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO L OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO											
	Absoluto		Regular		Deficiente		No lo domina		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Realizar un diagnóstico de salud comunitario	64	36.79*	96	55.17	8	3.45	7	4.02	1	0.57	174	100.00
Aplicación de programas de educación para la salud del adolescente, adulto y anciano en su ambiente escolar, laboral y social, a partir del diagnóstico de salud	82	47.13*	82	47.13	5	2.88	5	2.88	0	0.00	174	100.00
Planeación, ejecución y evaluación de acciones específicas para el control de riesgos y daños a la salud a nivel colectivo	76	43.68*	84	48.28	7	4.02	5	2.88	2	1.45	174	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A. A. A. L OPINIÓN
DE LOS ALUMNOS DE 8° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997



CUADRO No. 9

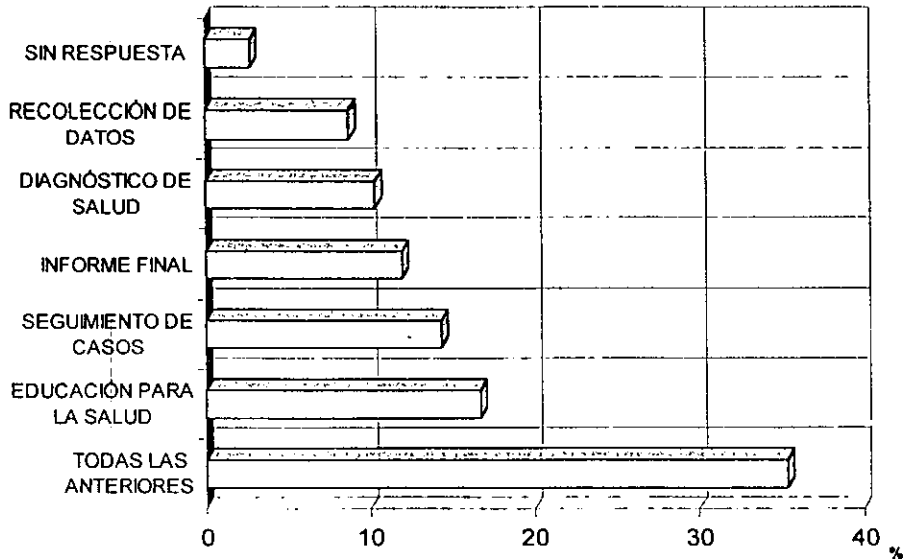
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. REFERENCIA EXPRESADA POR LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

PARTICIPACIÓN EN EL DESEMPEÑO	F°	%
Diagnóstico de salud	26	10.31*
Recolección de datos	22	8.73*
Elaboración de informe final	30	11.90*
Educación para la salud	42	16.67*
Seguimiento de casos	36	14.28*
Todos los anteriores	89	35.33*
Otros	0	0.00
Sin respuesta	7	2.78

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Nota: % sobre 252 casos

GRÁFICA 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A. II.REFERENCIA EXPRESADA POR
LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

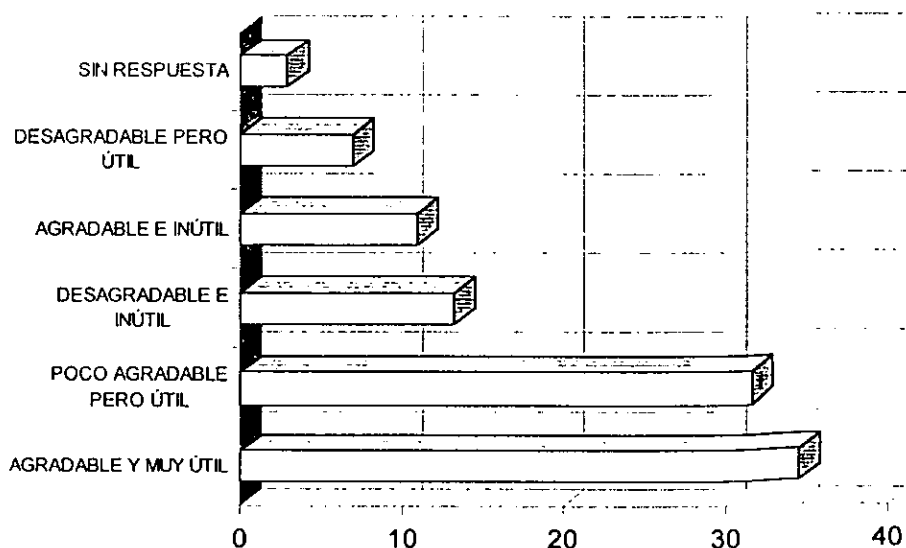


CUADRO No. 10
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. REFERENCIA EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

DESCRIPCIÓN	F°	%
Agradable y muy útil	60	34.48*
Agradable e inútil	19	10.92*
Poco agradable pero útil	55	31.61*
Desagradable e inútil	23	13.22*
Desagradable pero útil	12	6.90
Sin respuesta	5	2.87
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 10
DESCREIPTION DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A. A. A. I. REFERENCIA EXPRESADA POR LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

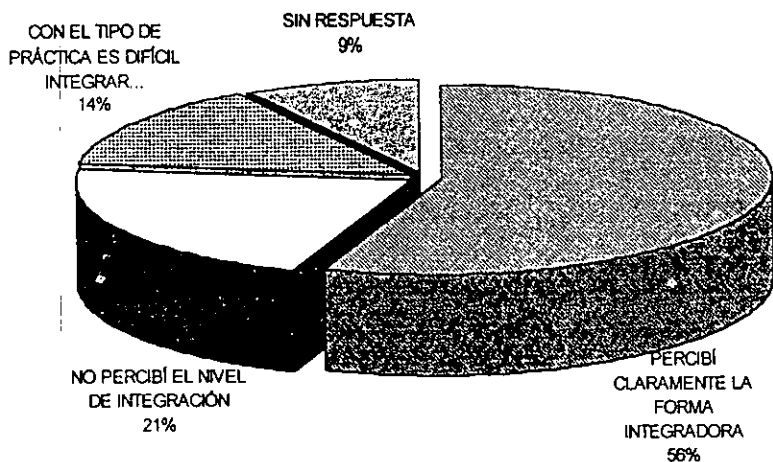


CUADRO No. 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS
MATERIAS EN LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I.
ENEQ-UNAM 1997.

PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN	F°	%
Percibí claramente la forma en la que se integran	97	55.75*
No percibí el nivel de integración	37	21.26*
Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias	25	14.33*
Sin respuesta	15	8.63
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA
INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS MATERIAS EN LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A. I.
ENEQ-UNAM
1997

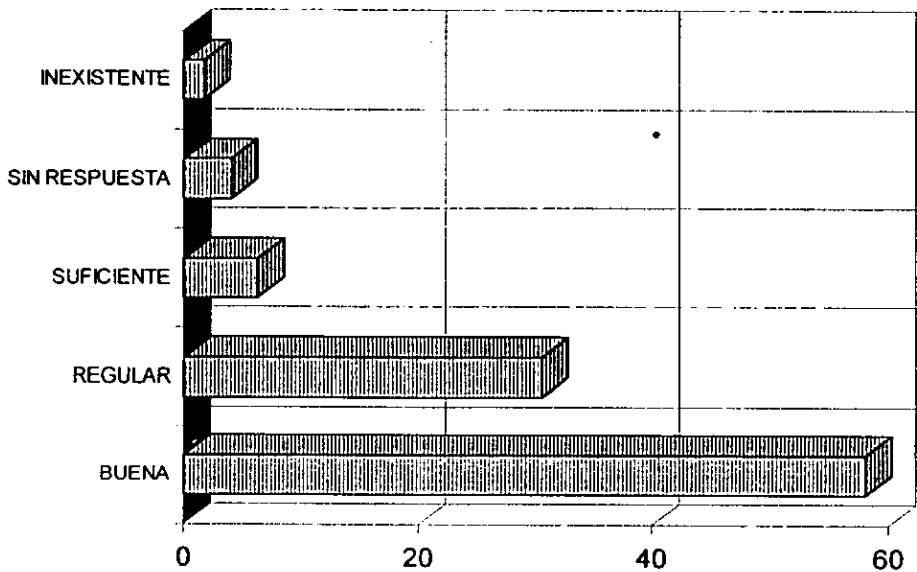


CUADRO No. 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE RESPECTO A LA RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. ENEO-UNAM 1997.

RELACIÓN	Fº	%
Buena	101	58.04*
Regular	53	30.46*
Suficiente	11	6.32
Inexistente	3	1.72
Sin respuesta	7	4.02
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE RESPECTO A LA RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA DEL A. A. I. ENEO-UNAM 1997

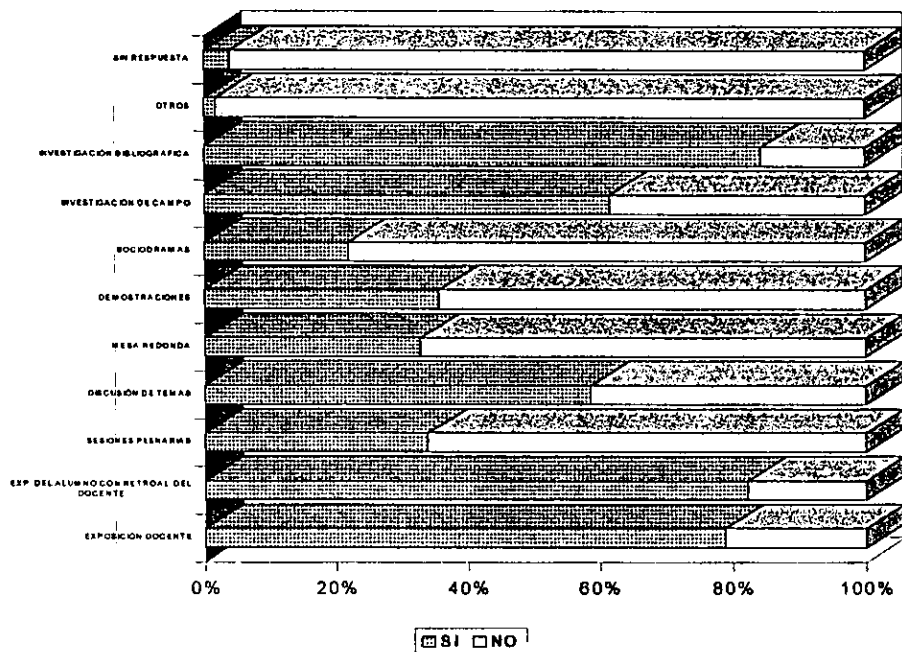


CUADRO No. 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE TEÓRICO DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE
6º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	Sí		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Exposición docente	137	78.74*	37	21.26	0	0.00	174	100.00
Exposición del alumno con retroalimentación del docente	143	82.18*	31	17.82	0	0.00	174	100.00
Sesiones plenerias	59	33.91	115	66.09	0	0.00	174	100.00
Discusión de temas	102	58.62	72	41.38	0	0.00	174	100.00
Mesa redonda	57	32.76	117	67.24	0	0.00	174	100.00
Demostraciones	62	35.63	112	64.38	0	0.00	174	100.00
Sociodramas	38	21.84	138	78.16	0	0.00	174	100.00
Investigación de campo	107	61.48	67	38.51	0	0.00	174	100.00
Investigación bibliográfica	147	84.48*	27	15.52	0	0.00	174	100.00
Otros	3	1.73	171	98.27	0	0.00	174	100.00
Sin respuesta	7	4.02	168	96.55	0	0.00	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE
TEÓRICO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y
ANCIANO I. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 6º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

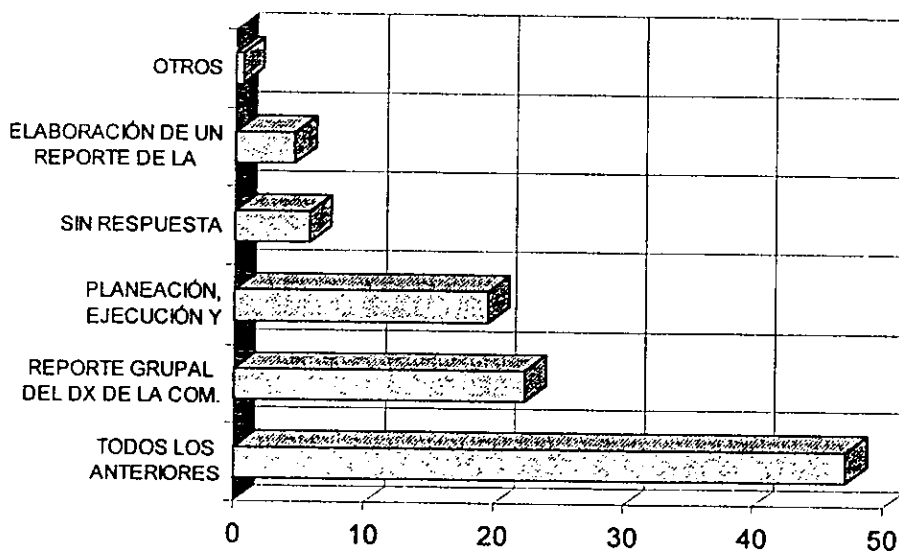


CUADRO No. 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO L ENEO-UNAM 1997.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN	F°	%
Presentar un reporte grupal del diagnóstico de salud de la comunidad seleccionada	39	22.41*
Planeación, ejecución y evaluación de un programa de educación para la salud coherente con los riesgos detectados	34	19.54*
Elaborar un reporte de la práctica	8	4.60*
Todos los anteriores	82	47.13*
Otros	1	0.57
Sin respuesta	10	5.75
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE
ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
ENFERMERÍA DEL A. A. I. ENEO-UNAM 1997

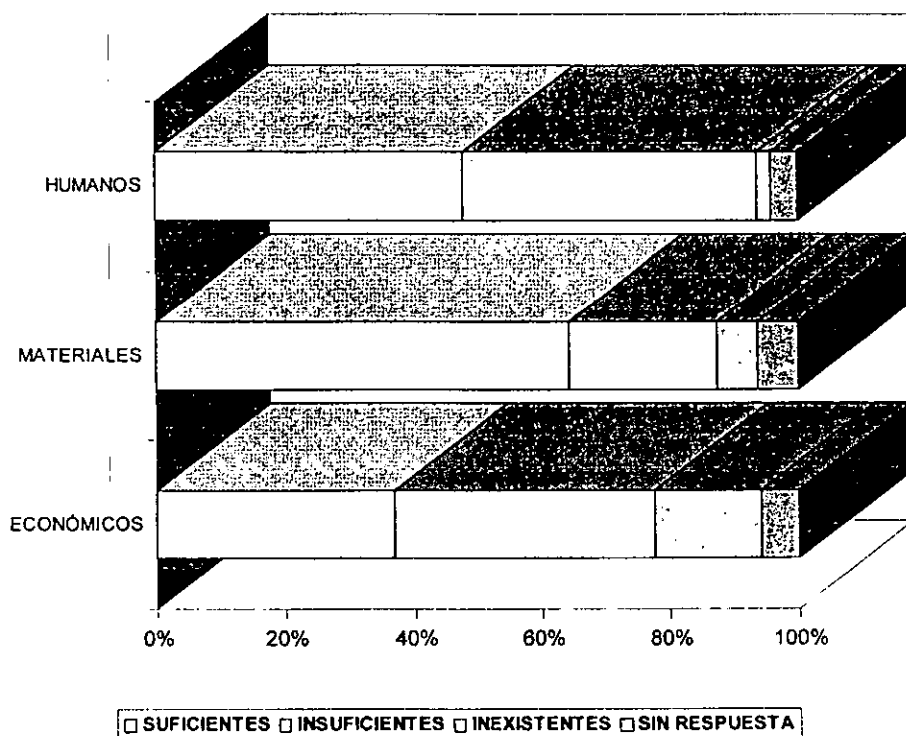


CUADRO No. 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE EN-
FERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO L ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8° SEMESTRE.
ENEQ-UNAM 1997.

RECURSOS	Suficientes		Insuficientes		Inexistentes		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Económicos	64	36.78	71	40.80*	29	16.67*	10	5.75	174	100.00
Humanos	112	64.37*	40	22.99	11	6.32	11	6.32	174	100.00
Materiales	83	47.70*	80	45.98	4	2.30	7	4.02	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR
LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A. A. A. L ENCUESTA REALIZADA A LOS
ALUMNOS DE 8° SEMESTRE. ENEQ-UNAM 1997

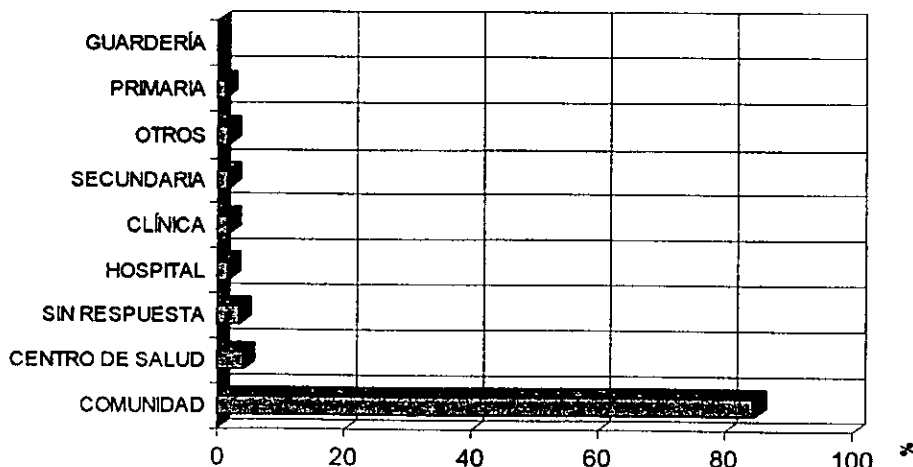


CUADRO No. 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA
DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997.

SEDE	F°	%
Hospital	3	1.72
Clínica	3	1.72
Centro de salud	7	4.02
Guarderías	0	0.00
Primaria	2	1.15
Secundaria	3	1.72
Comunidad	147	84.49*
Otros	3	1.72
Sin respuesta	6	3.45
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE
SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A.
I. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE.
ENEO-UNAM
1997

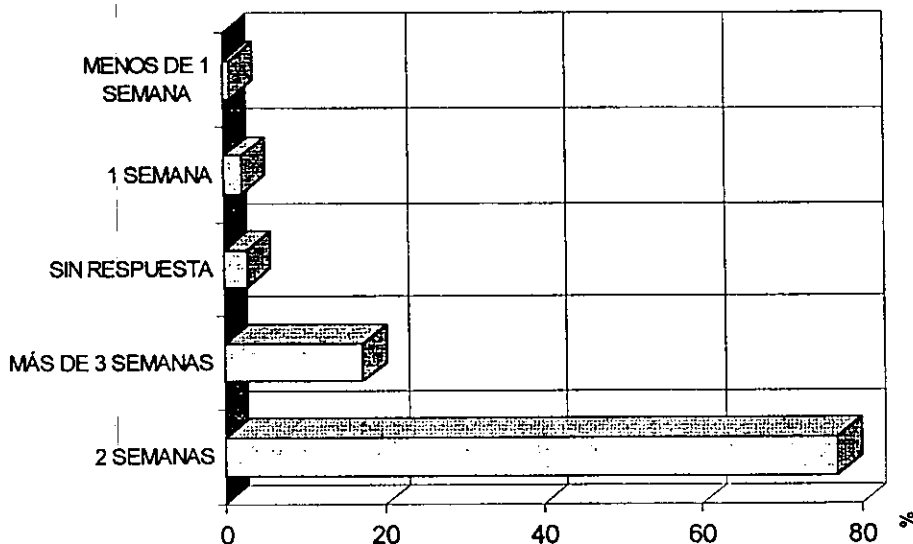


CUADRO No. 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 6º SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I.
EMEQ-UNAM 1997.

TIEMPO ASIGNADO	Fº	%
Menos de 1 semana	1	0.75
1 semana	4	2.30
2 semanas	134	77.01*
Más de 3 semanas	30	17.24
Sin respuesta	5	2.88
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 6º SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A. I.
ENEO-UNAM
1997

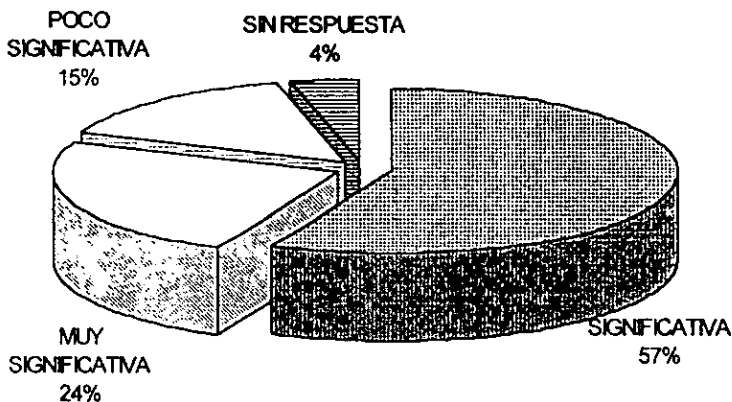


CUADRO No. 18
PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS DE 6º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I EN SU FORMACIÓN INTEGRAL.
ENEO-UNAM 1997.

SIGNIFICADO	Fº	%
Muy significativa	42	24.14*
Significativa	99	56.80*
Poco significativa	26	14.94*
Sin respuesta	7	4.02
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 18
PERCEPCIÓN DEL ALUMNO DE 6º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A. I EN SU FORMACIÓN INTEGRAL.
ENEO-UNAM
1997

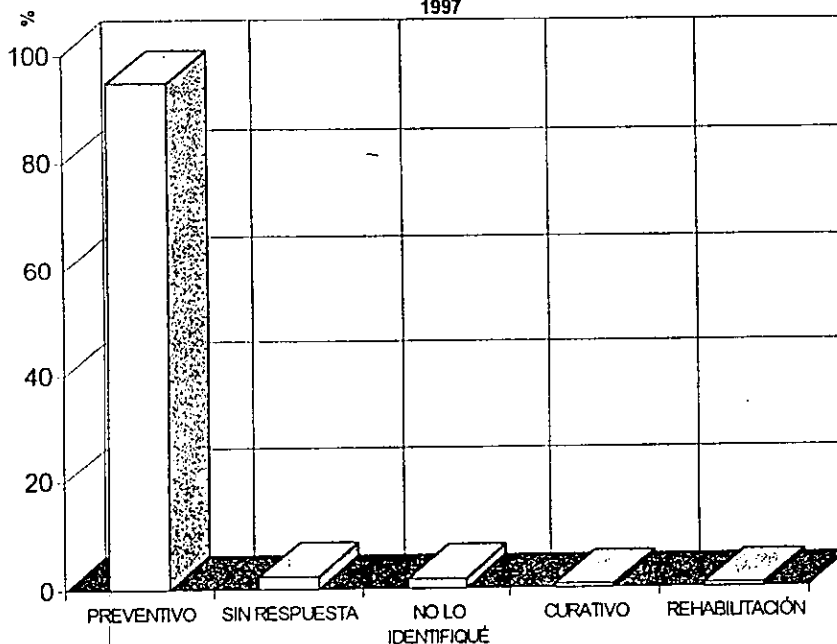


CUADRO No. 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8° SEMESTRE EN RELACIÓN AL ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I.
ENED-UNAM 1997.

ENFOQUE OTORGADO	F°	%
Curativo	1	0.67
Preventivo	165	94.84*
Rehabilitación	1	0.57
No lo identifiqué	3	1.72
Sin respuesta	4	2.30
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE EN RELACIÓN AL
ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL
AAA I.
ENEO-UNAM
1997

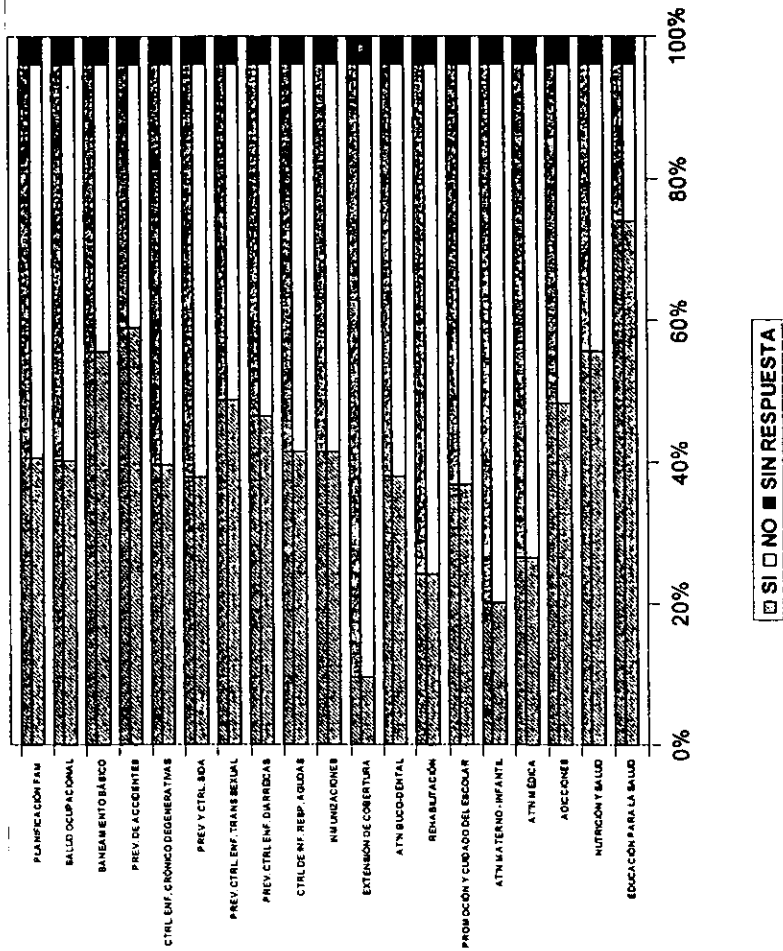


CUADRO No. 20
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN LOS PROGRAMAS NACIONALES DE
SALUD EN ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE
6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

PROGRAMAS NACIONALES	Sí		No		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Programa de educación para la salud	129	74.14*	38	21.84	7	4.02	174	100.00
Programa de nutrición y salud	97	55.75*	70	40.23	7	4.02	174	100.00
Programa contra las adicciones	84	48.28	83	47.71	7	4.02	174	100.00
Programa de atención médica	46	26.44	121	69.54	7	4.02	174	100.00
Programa de atención materno infantil	35	20.12	132	75.86*	7	4.02	174	100.00
Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar	64	38.78	103	59.20	7	4.02	174	100.00
Programa de rehabilitación	42	24.14	125	71.84*	7	4.02	174	100.00
Programa de atención buco-dental	66	37.94	101	58.04	7	4.02	174	100.00
Programa de estimación de cobertura	17	9.77	150	88.21*	7	4.02	174	100.00
Programa de inmunizaciones	72	41.38	95	54.60	7	4.02	174	100.00
Programa de control de infecciones respiratorias agudas	72	41.38	95	54.60	7	4.02	174	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas	81	46.55	86	49.43	7	4.02	174	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual	85	48.85	82	47.13	7	4.02	174	100.00
Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	66	37.93	101	58.05	7	4.02	174	100.00
Programa de control de enfermedades crónico-degenerativas	69	39.68	98	56.32	7	4.02	174	100.00
Programa de prevención de accidentes	103	59.20*	64	36.78	7	4.02	174	100.00
Programa de saneamiento básico	97	55.75*	70	40.23	7	4.02	174	100.00
Programa de salud ocupacional	70	40.30	97	55.75	7	4.02	174	100.00
Programa de planificación familiar	70	40.30	96	55.17	7	4.02	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 20
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN LOS
 PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD EN ENFERMERÍA DEL A.A.A.I. ENCUESTA REALIZADA A
 ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE. ENEO-JUNAM 1987

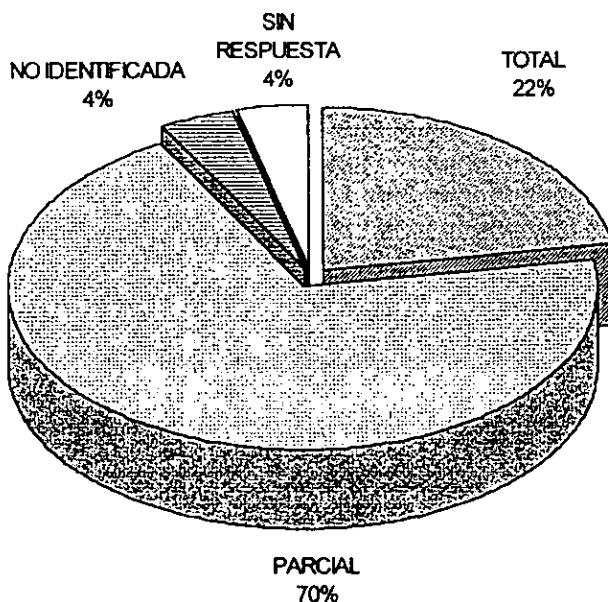


CUADRO No. 21
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE RESPECTO LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNI-
DAD DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I,
ENEO-UNAM 1997.

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE LA COMUNIDAD	F°	%
Total	39	22.42*
Parcial	121	69.54*
No identificada	7	4.02
Sin respuesta	7	4.02
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 21
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE RESPECTO LA
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNIDAD DURANTE
LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL AAA I. ENEO-UNAM 1997

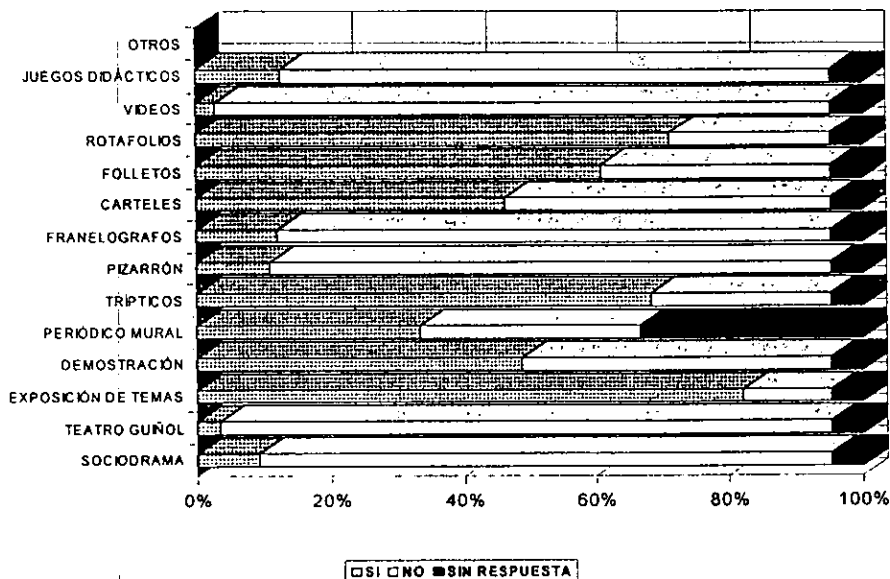


CUADRO No. 22
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS EN ENFERMERÍA DEL
ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD. ENCUESTA
REALIZADA A ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI		NO		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Sociodrama	16	9.20	150	88.21	8	4.60	174	100.00
Teatro guiñol	6	3.45	160	91.95	8	4.60	174	100.00
Exposición de temas	143	82.18*	23	13.22	8	4.60	174	100.00
Demostración	85	48.85	81	46.55	8	4.60	174	100.00
Periódico mural	54	31.03	112	64.38	8	4.60	174	100.00
Trípticos	119	68.39*	47	27.01	8	4.60	174	100.00
Pizarrón	19	10.92	147	84.48	8	4.60	174	100.00
Franelógrafos	21	12.07	145	83.33	8	4.60	174	100.00
Carteles	81	46.55	86	49.43	8	4.60	174	100.00
Folleto	106	60.92	60	34.48	8	4.60	174	100.00
Rotafolios	124	71.26*	42	24.14	8	4.60	174	100.00
Videos	5	2.87	161	92.53	8	4.60	174	100.00
Juegos didácticos	22	12.64	144	82.76	8	4.60	174	100.00
Otros	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 22
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS EN
ENFERMERÍA DEL A.A.A. I PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD. ENCUESTA
REALIZADA A ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997

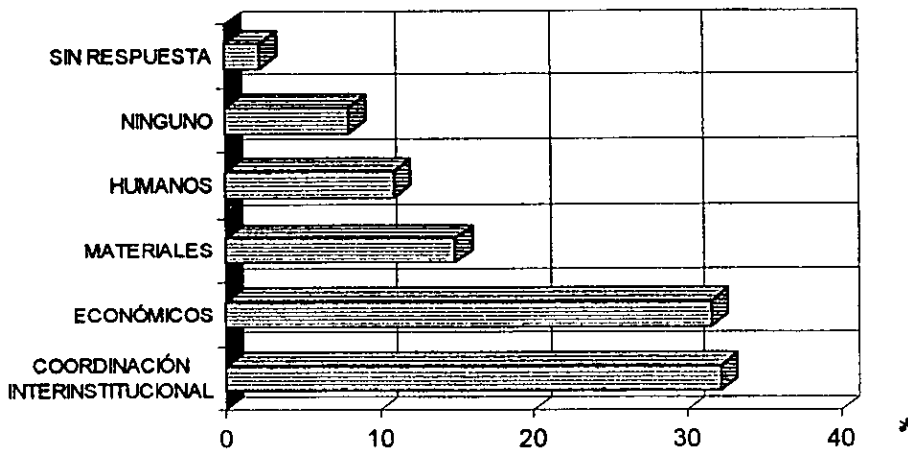


CUADRO No. 23
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE.
ENEQ-UNAM 1997.

APOYO	F°	%
Coordinación interinstitucional	58	32.18*
Humanos	19	10.92
Económicos	55	31.61*
Materiales	28	14.94*
Ninguno	14	8.05
Sin respuesta	4	2.30
TOTAL	174	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 23
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL AAA I. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE
ENEQ-UNAM
1997



PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I

Los resultados que a continuación se presenta corresponden a la encuesta realizada a 174 estudiantes de 6° semestre de ambos turnos de la Licenciatura sobre el bloque comunitario de la materia de Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I.

Al pedirles su opinión respecto al nivel de dominio que consideraban tener en los temas de las unidades del bloque comunitario sólo el 35.06% domina totalmente programas y recursos para el fomento a la salud en el A.A.A: nutrición, salud física, salud mental, sexualidad, salud laboral y del deporte y saneamiento ambiental, sólo el 45.98% domina totalmente las acciones de enfermería para el fomento a la salud, el 41.38% domina totalmente los programas específicos para el control de problemas de origen infeccioso y parasitario: dirigidas al hombre y al ambiente, un 45.41% domina totalmente las acciones de enfermería en la prevención de problemas infecciosos y parasitarios y por último sólo el 42.28% domina totalmente las acciones de enfermería para evitar complicaciones y fomentar el autocuidado.

El conocimiento de los objetivos del programa de la práctica comunitaria según la opinión de los estudiantes de 6° semestre resultó ser afirmativa en un 82.76% y el 15.52% negó haber conocido los objetivos del programa.

El eje de la práctica comunitaria de Enfermería del A.A.A. lo constituyen los objetivos estipulados en el programa, en el que el 83.33% cumplió con el análisis de los factores de riesgo en el Adolescente, Adulto y Anciano, infiriendo en las acciones de enfermería para el fomento de la salud y prevención de las enfermedades y el 73.57% cumplió con la integración de los conocimientos adquiridos para la identificación de factores de riesgo en el Adolescente, Adulto y Anciano que permitan planear, ejecutar y evaluar la atención de enfermería a nivel individual y colectivo, en la promoción y fomento del autocuidado de la salud, en la prevención y diagnóstico de enfermedades más frecuentes así como el tratamiento y rehabilitación.

Refiriéndose al nivel de dominio que consideraban los estudiantes de 6° semestre tenía el docente sobre los contenidos del programa de la práctica comunitaria sólo el 61.50% opinó que es totalmente y se destaca que 34.48% domina los contenidos parcialmente.

En relación a la actitud del docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria el 83.91% de los estudiantes la calificó de positiva es decir, una actitud abierta, de interés, cooperadora, motivada y de aceptación.

Sobre la profundidad de abordaje de los temas de la práctica comunitaria sólo el 52.82% de los estudiantes opinó ser buena pero no puede soslayarse que el 43.10% la percibió como regular.

El docente asistió a la práctica comunitaria puntualmente según el 76.44% de la opinión estudiantil mientras que el 20.11% después de 15 min.

Uno de los puntos centrales de la práctica comunitaria lo constituyen las técnicas y procedimientos de enfermería comunitaria tal es el caso del diagnóstico de salud que sólo el 36.79% lo domina de forma absoluta, la aplicación de programas de educación para la salud del Adolescente, Adulto y Anciano en su ambiente escolar, laboral y social, a partir de un diagnóstico de salud, sólo el 47.13% lo domina de forma absoluta y la planeación, ejecución y evaluación de acciones específicas para el control de riesgos y daños a la salud a nivel colectivo sólo el 43.68% lo domina de forma absoluta..

La participación del estudiante en la práctica comunitaria de enfermería del A.A.A I fué en un 16.94% diagnóstico de salud, el 15.70% realizó educación para la salud, el 13.67% hizo recolección de datos, el 6.61% elaboró informe final y solamente el 39.66% hizo de manera conjunta todas las actividades ya descritas.

La descripción de la práctica comunitaria de enfermería del A.A.A. I según los estudiantes de 6° semestre sólo el 34.48% la califica como agradable y muy útil, el 31.61% la considera poco agradable pero útil. Cabe señalar que el 10.92% y el 13.22% la consideran agradable o desagradable pero inútil.

El 14.33% de los encuestados opinó que con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias en la práctica comunitaria de 6° semestre, el 21.26% no percibió el nivel de integración y sólo el 58.04% percibió claramente la forma en que se integran los conocimientos.

Para el grupo de investigadoras fué importante saber como consideraban los estudiantes la relación teoría-práctica en enfermería del A.A.A. I y se encontró que sólo el 58.04% la consideró buena, en tanto que el 30.46% opinó que fué regular.

Se hace referencia a las dinámicas y técnicas de enseñanza más utilizadas para impartir el bloque teórico de la práctica comunitaria según los estudiantes de 6° semestre resultaron ser en un 84.48% investigación bibliográfica, con 82.18% exposición de temas con retroalimentación del docente y con 78.74% exposición del docente.

Los criterios de acreditación y evaluación en los que se basa la práctica comunitaria según los estudiantes de 6° semestre es en un 22.41% solo presentan un reporte grupal del diagnóstico de salud de la comunidad seleccionada, el 19.54% planean, ejecutan y evalúan un programa de educación para la salud coherente con los riesgos detectados, el 4.60% elabora un reporte de la práctica y solamente el 47.13% hace conjuntamente todas las actividades ya descritas para evaluar la práctica.

El 40.80% y el 16.67% de las opiniones de los estudiantes de 6° semestre ratificaron que los recursos económicos son insuficientes e inexistentes para realizar la práctica comunitaria, contrariamente los recursos humanos y materiales son suficientes según el 64.37% y el 47.70% respectivamente.

La sede de la práctica comunitaria la constituyó la comunidad obteniéndose el 84.49% de las opiniones estudiantiles.

El tiempo asignado a la práctica comunitaria de enfermería del A.A.A. I según los estudiantes de 6° semestre fué en un 77.01% dos semanas.

Es importante señalar que el 56.90% y el 24.14% de los estudiantes de 6° semestre perciben la práctica comunitaria como significativa y muy significativa en su formación integral, sin embargo el 14.94% la consideran poco significativa.

El 94.84% de los estudiantes de 6° semestre identificó que el enfoque otorgado a la práctica comunitaria fué preventivo.

La mayor participación de los estudiantes de 6° semestre en los programas nacionales de salud fueron: con 74.14% el programa de educación para la salud, con 59.20% el programa de prevención de accidentes y con 55.75% los programas de nutrición y salud y saneamiento básico, en cambio la menor participación de los estudiantes en los programas fueron: con 86.21% el programa de extensión de cobertura, con 71.84% el programa de rehabilitación y con 69.54% el programa de atención médica.

La satisfacción de necesidades detectadas en comunidad durante la práctica comunitaria de enfermería del A.A.A. I según los estudiantes de 6° semestre fué solamente en un 22.42% total y en un 69.54% de forma parcial.

Las técnicas y recursos didácticos más utilizados por los estudiantes de 6° semestre para brindar educación para la salud en la comunidad durante la práctica comunitaria fueron: con un 82.18% exposición de temas, rotafolios con 71.26% y trípticos con 68.39%.

Finalmente los estudiantes encuestados refieren haber recibido apoyo por parte de la institución sede de la práctica comunitaria apoyo interinstitucional registrándose en un 32.18% , con recursos económicos el 31.61% y con recursos materiales el 14.94%.

El estudio incluyó algunas preguntas de respuesta abierta, estos se consideran como hallazgos cualitativos que expresan el parecer respecto a sus experiencias y expectativas de los entrevistados, respecto a enfermería comunitaria. La presentación de las opiniones se hace mediante transcripción textual.

La descripción de la práctica comunitaria de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I según los estudiantes de 6º semestre es:

Agradable y muy útil porque:

"Permite englobar los conocimientos teóricos y enfatizar en la educación para la salud partiendo del autocuidado"; "Nos ayuda a conocer los padecimientos más comunes en la comunidad"; "Por el contacto con la gente"; "Se detectan casos con el diagnóstico de salud para prevenir enfermedades"; "Se puede aplicar programas de educación para la salud en la comunidad en base al diagnóstico"; "Se logran los objetivos"; "Se aplica el perfil del Licenciado en Enfermería y Obstetricia sobre la prevención".

Agradable e inútil porque:

"Muchas veces las condiciones psicosociales nos desfavorecen"; "Por ser poco el tiempo y la gente no está sensibilizada con especialistas de la salud a nivel comunitario"; "No hay aporte de empresarios"; "Existen tiempos muertos"; "Hay problemas que no se solucionan en una semana";

Poco agradable pero útil porque:

"Por ser peligrosa la comunidad"; "Las personas son poco cooperadoras"; "No existe interés por parte de la comunidad"; "Escogen comunidades muy cerradas y no les informan de nuestras visitas"; "Falta organización académica"; "Siempre se realiza lo mismo"; "No se lleva la práctica como debe de ser"; "El asesor no era accesible".

Desagradable e inútil porque:

"Sería más conveniente abarcar el hospital"; "Es mucha pérdida de tiempo"; "Nos deben permitir trabajar en equipos y nosotros seleccionar la comunidad y no que no las asignen"; "No nos abren las puertas"; "No nos beneficia en nada"; "Las personas necesitan ayuda económica no charlas absurdas", "Las personas ya no se interesan"; "Es muy cansado, se esfuerza uno mucho, invierte uno dinero y no hay resultados de la gente"; "No se realiza seguimiento óptimo de los casos encontrados".

Desagradable pero útil porque:

"Te atan muchos días pudiéndola realizar en dos o tres días"

Las sedes donde se realizaron las prácticas comunitarias de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I según los estudiantes fueron:

Comunidades de: "Santa María la Rivera", "San Luis Tlaxaltemalco", "San Gregorio Atlapulco"; y la "Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud".

Los programas que implementaron los estudiantes de 6° semestre para solucionar las necesidades de la comunidad fueron:

"Programa de prevención de hipertensión arterial sistémica, de prevención de diabetes mellitus, de prevención de SIDA, de prevención de stress, de prevención de enfermedades diarreicas, de prevención de accidentes, de prevención de Ca Cu, de prevención de Ca mamario, de prevención de delito y seguridad social, de prevención de tabaquismo, de prevención de desastres, de prevención de alcoholismo, de prevención de desintegración familiar, de prevención de enfermedades de vías respiratorias, de inmunizaciones, planificación familiar, de higiene de los alimentos, de higiene mental y familiar, de higiene personal y del hogar, de higiene del agua, de higiene buco-dental, de salud laboral, de educación sexual, de nutrición, de manejo de excretas, de adolescencia, de saneamiento ambiental, materno-infantil, de educación para la salud, de control de fauna nociva, de prevención de violencia en el hogar, de seguridad pública, osteocorporales e higiene de columna, sobre complicaciones crónico-degenerativa, de Apoyo psicosocial y emocional al paciente anciano.

Las propuestas para mejorar la práctica comunitaria de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II según los estudiantes de 6° semestre son:

"Asignarnos comunidades más abiertas y cooperadoras"; "Apoyo directo al estudiante y dejarse de mediocridades"; "Que haya más seriedad, y se realice las pláticas en centros de salud para las personas interesadas"; "Contar con más tiempo y preparar bien los temas que se van a dar a conocer"; "Eliminarla pues no se obtienen resultados"; "Mejorar la preparación del docente"; "Que se de más importancia a la práctica"; "Que se haga en lugares bien establecidos y con características de marginalidad, rurales o provincia, además de tener maestros responsables"; "Que la ENEO, la UNAM y las instituciones de salud tengan convenios para aportar los recursos necesarios para la realización de la práctica y así se tengan mejores resultados"; "Que se planeen bien las cosas"; "Que se nos apoye económicamente"; "Que haya una introducción de la comunidad a la que se va a asistir"; "Que cuando se realice el diagnóstico de salud ese mismo grupo se encargue de darle seguimiento en el semestre posterior"; "Que se nos de a conocer con anterioridad los temas y objetivos de la práctica para poder planear bien las actividades"; "Que los profesores o coordinadores nos acompañen a la práctica, nos oriente y supervise las actividades además que indiquen el lugar donde vamos a llegar"; "Que sea en menos tiempo y que se haga seguimiento de casos"; "Que se haga la práctica comunitaria cada año"; "Que se diseñe y elabore la práctica comunitaria unificando criterios de los académicos"; "Ampliar las actividades a desempeñar en la comunidad e identificar mejor los factores de riesgo"; "Llevar acabo otros programas de salud ya que los actuales no despiertan interés en la comunidad ni en nosotros"; "Que se formulen mejor las encuestas familiares para identificar más fácilmente los factores de riesgo"; "Que se lleve acabo más ferias de la salud y que el presidente municipal de a conocer a la comunidad los objetivos y lo que esperamos de ellos así como nos ayuden económicamente y con material"; "Que se realice en lugares más seguros y que en verdad le interese a la comunidad"; "Que se haga un proyecto donde no solo el LEO participe en la comunidad sino que haya más profesionales de la salud y nos enseñen a trabajar en equipo para mejorar la atención"; "Que capaciten a los profesores en epidemiología y salud pública y se les enseñe a facilitar la enseñanza del como se realiza el diagnóstico de salud"; "Ir a colonias más cercanas de la escuela".

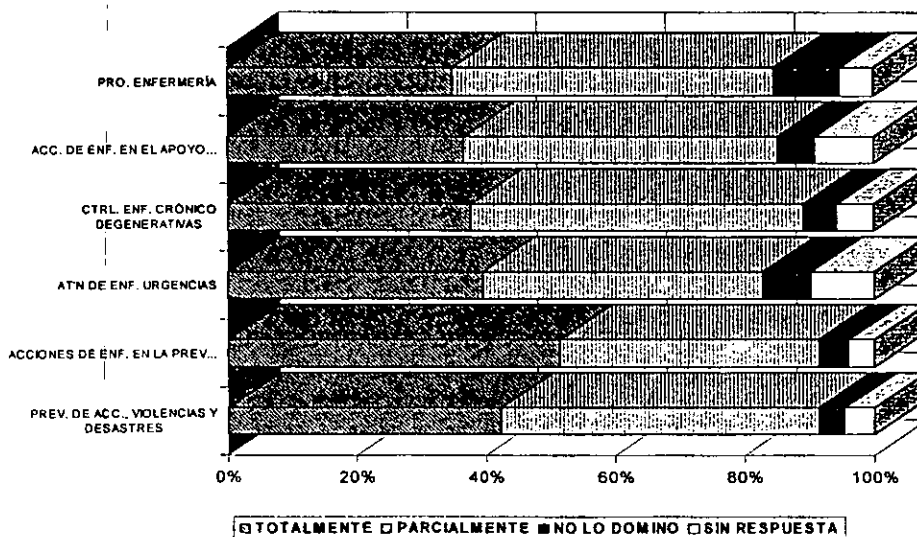
**ENFERMERÍA DEL
ADOLESCENTE, ADULTO
Y ANCIANO II**

CUADRO No. 1
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMENTARIO DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. ENEO-UNAM 1997.

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO									
	Totalmente		Parcialmente		No lo domino		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Programas nacionales e institucionales de prevención de accidentes, violencias y desastres	74	42.28*	88	49.19	7	4.00	8	4.60	175	100.00
Acciones de enfermería en la prevención de accidentes, violencias y desastres	90	51.40*	70	40.00	8	4.60	7	4.00	175	100.00
Atención de enfermería en caso de urgencias colectivas y desastres	69	39.42*	76	43.42	13	7.42	17	9.74	175	100.00
Programas nacionales e institucionales de control de la población de riesgo de desarrollar padecimientos crónico-degenerativos	66	37.72*	90	51.40	9	5.14	10	5.74	175	100.00
Acciones de enfermería en el apoyo psicosocial al paciente con afecciones crónico-degenerativas y a su familia: Asistencia durante la fase terminal	64	36.56*	85	48.56	10	5.74	16	9.14	175	100.00
Procedimientos de enfermería para la rehabilitación física, mental de pacientes con afecciones crónico-degenerativas: educación a la familia y a la comunidad para la aceptación del paciente con secuelas invalidantes; educación sobre las actividades de la vida diaria; plan de alta y autocuidado	61	34.86*	87	49.71	18	10.29	9	5.14	175	100.00

FUENTE: Datos procesados por P.S.S. Carrasco, M., Góvía, P., Gutiérrez, G., Hernández, M., López, R., Velázquez, L., de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. ENEO-UNAM. 1997

GRÁFICA 1
OPINIÓN DEL ESTUDIANTE DE 6° SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE ENFERMERÍA DEL A.A.A. & ENEO-UNAM 1997

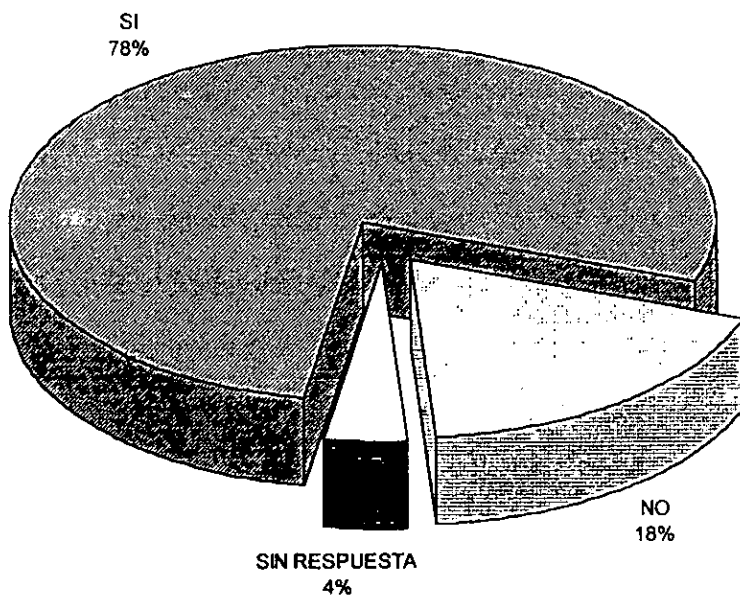


CUADRO No. 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. ENEO-UNAM 1997.

CONOCIMIENTO DE OBJETIVOS	F°	%
Si	138	77.72*
No	32	18.28
Sin respuesta	7	4.00
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE
OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
ENFERMERÍA DEL A. A. II. ENEO-UNAM 1997



CUADRO No. 3

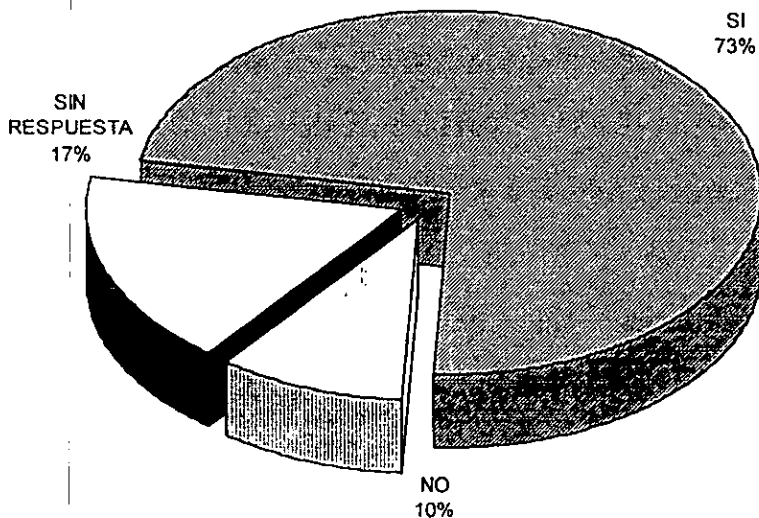
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8° SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. ENEO-UNAM 1997.

OBJETIVO	SI		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Integrar los conocimientos adquiridos para identificar los factores de riesgo de adolescente, adulto y anciano, que permitan planear, ejecutar y evaluar la atención de enfermería a nivel individual y colectivo, en la prevención y diagnóstico de los problemas crónico-degenerativos, así como en el tratamiento y rehabilitación de los mismos	128	73.13*	17	9.74	30	17.14	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 3

OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A. A. II. ENEO-UNAM 1997

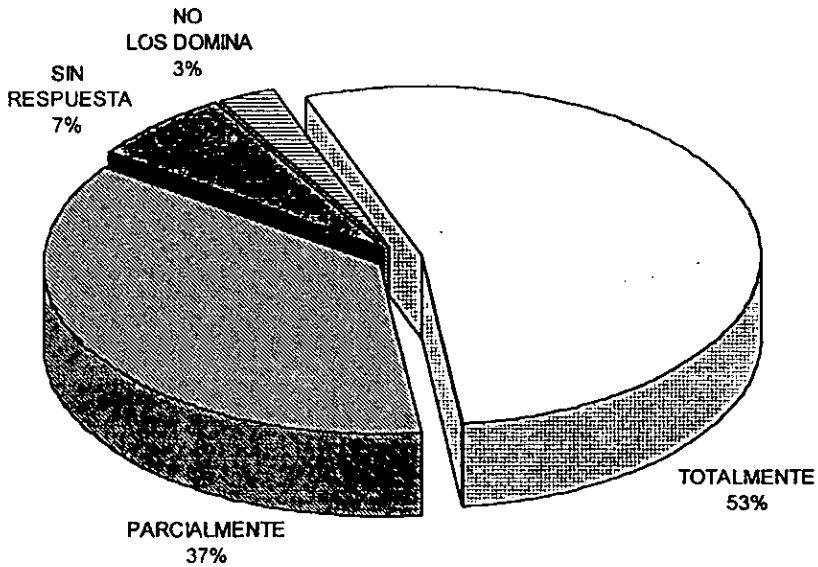


CUADRO No. 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II.
ENEO-UNAM 1997

DOMINIO	Fº	%
Totalmente	94	53.72*
Parcialmente	64	36.56*
No los domina	5	2.86
Sin respuesta	12	6.86
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A. II.
ENEO-UNAM 1997

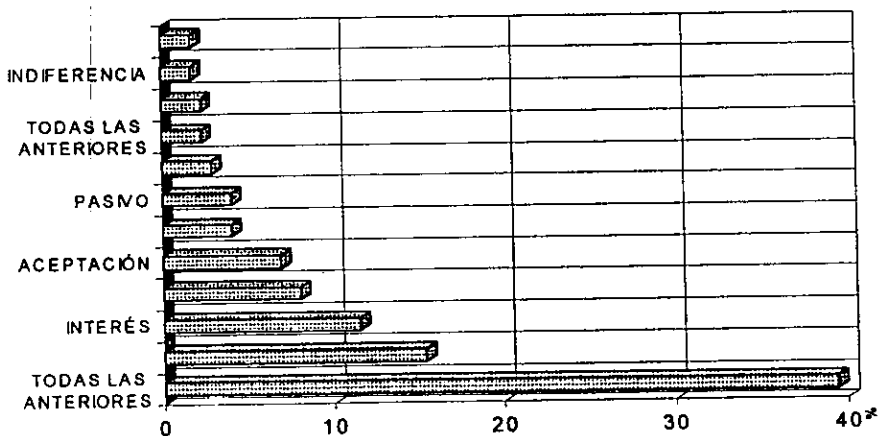


CUADRO No. 5
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS CONCEPTUALES DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. ENEO-UNAM 1997.

ACTITUD	Fº	%	% Ac
Abierta	27	15.40	15.40
Aceptación	12	8.88	22.26
Interés	20	11.48	33.74
Cooperador	14	8.00	41.74
Motivado	4	2.28	44.02
Todas las anteriores	69	39.42	83.44
Poco interés	7	4.00	87.44*
Indiferencia	3	1.71	89.15
Pasivo	7	4.00	94.15
Evasivo	3	1.71	95.86
Todas las anteriores	4	2.28	98.74
Sin respuesta	5	2.86	100.00
TOTAL	175	100.00	

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS CONCEPTUALES DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A. II. ENEO-UNAM 1997

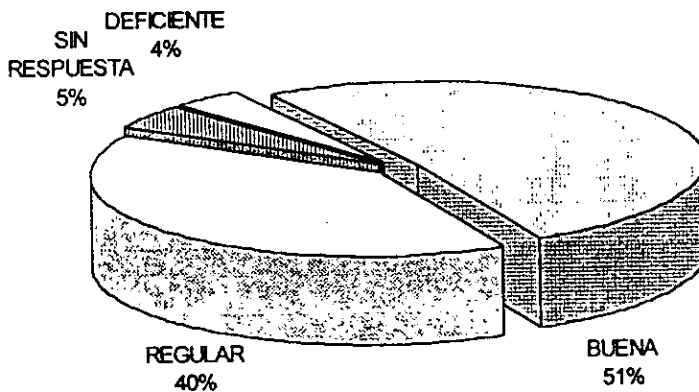


CUADRO No. 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE SOBRE LA PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL
PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II.
ENEO-UNAM 1997.

PROFUNDIDAD DE ABORDAJE	Fº	%
Buena	90	51.40*
Regular	70	40.00*
Deficiente	7	4.00
Sin respuesta	8	4.60
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE SOBRE LA
PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE
PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL AAA II.
ENEO-UNAM 1997

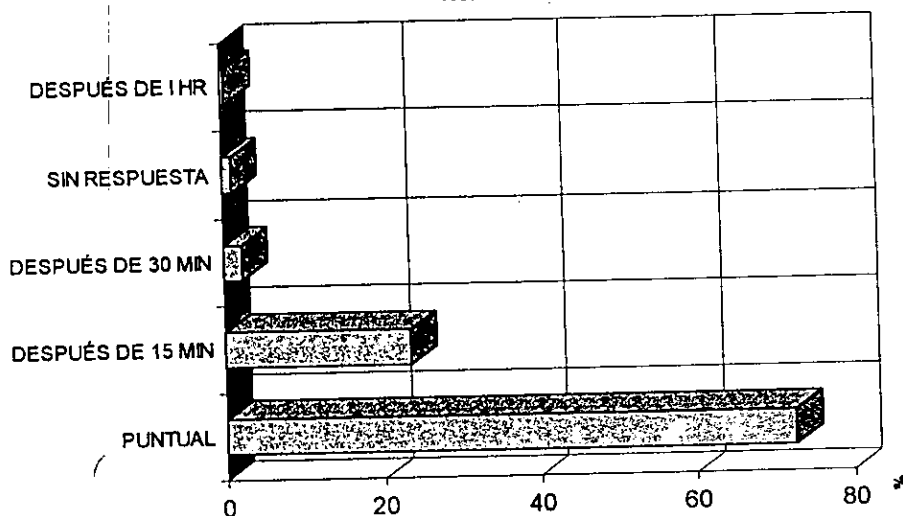


CUADRO No. 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE EN CUANTO A LA PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A
LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II.
ENEO-UNAM 1997.

PUNTUALIDAD	F°	%
Puntual	127	72.58*
Después de 15 min.	41	23.43*
Después de 30 min.	4	2.28
Después de 1 hora	1	0.57
Sin respuesta	2	1.14
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE EN CUANTO A LA
PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL AAA II.
ENEO-UNAM
1997

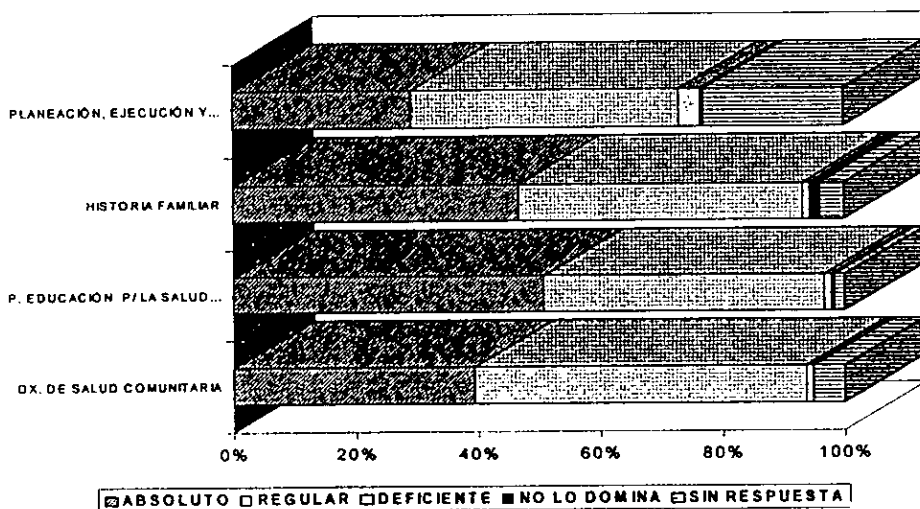


CUADRO No. 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO											
	Absoluto		Regular		Deficiente		No lo domina		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Realizar un diagnóstico comunitario	69	39.42*	85	54.29	2	1.14	0	0.00	9	5.15	175	100.00
Aplicación de programas de educación para la salud del adolescente, adulto y anciano en la prevención de accidentes, violencias y desastres, primeros auxilios y detección oportuna de problemas crónico-degenerativos	89	50.86*	80	45.72	2	1.14	1	0.57	3	1.71	175	100.00
Elaboración de una historia familiar para detección de riesgos y daños a la salud en estas etapas del ciclo vital	82	46.87*	81	46.28	2	1.14	3	1.71	7	4.00	175	100.00
Planeación, ejecución y evaluación de acciones específicas para el control de riesgos y daños a la salud a niveles colectivos	51	29.14*	77	44.00	6	3.43	1	0.57	40	22.86	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA #
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A. A. R. OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997



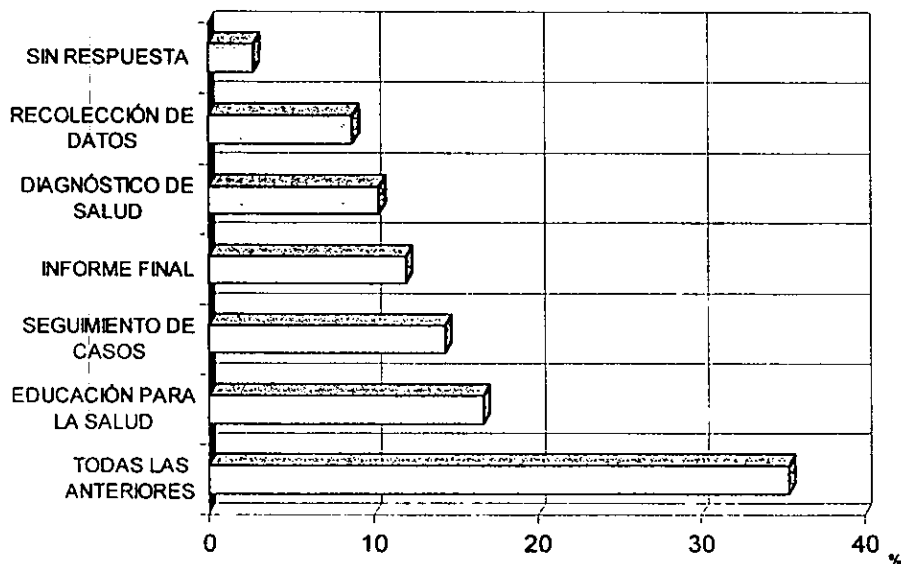
CUADRO No. 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. REFERENCIA EXPRESADA POR LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

PARTICIPACIÓN EN EL DESEMPEÑO	F°	%
Diagnóstico de salud	28	10.31*
Recolección de datos	22	8.73*
Elaboración de informe final	30	11.90*
Educación para la salud	42	16.67*
Seguimiento de casos	36	14.28*
Todos los anteriores	89	35.33*
Otros	0	0.00
Sin respuesta	7	2.78

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Nota: % sobre 252 casos

GRÁFICA 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A. II.REFERENCIA EXPRESADA POR LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

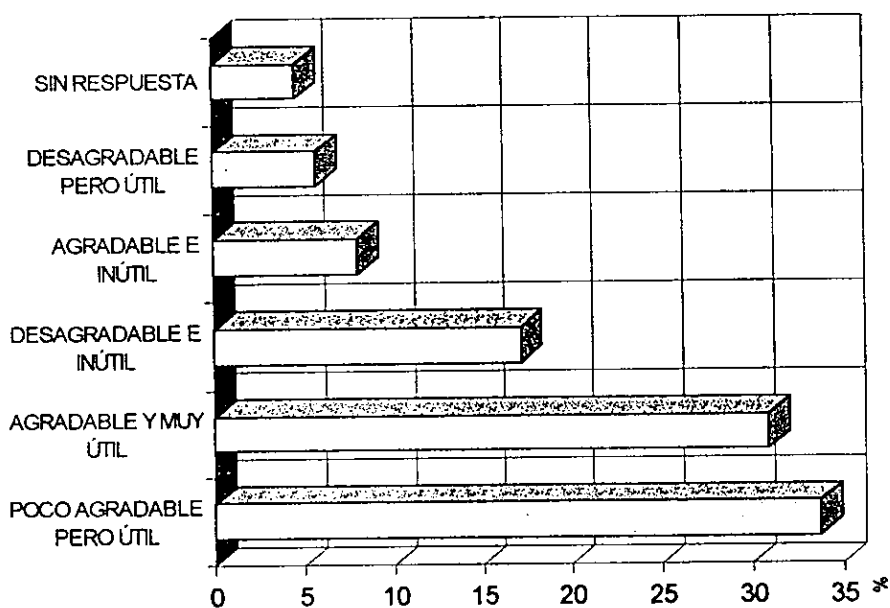


CUADRO No. 10
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO IL REFERENCIA EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

DESCRIPCIÓN	F°	%
Agradable y muy útil	54	30.83*
Agradable e inútil	14	8.00*
Poco agradable pero útil	59	33.69*
Desagradable e inútil	30	17.14*
Desagradable pero útil	10	5.74
Sin respuesta	8	4.60
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 10
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A. IL REFERENCIA EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

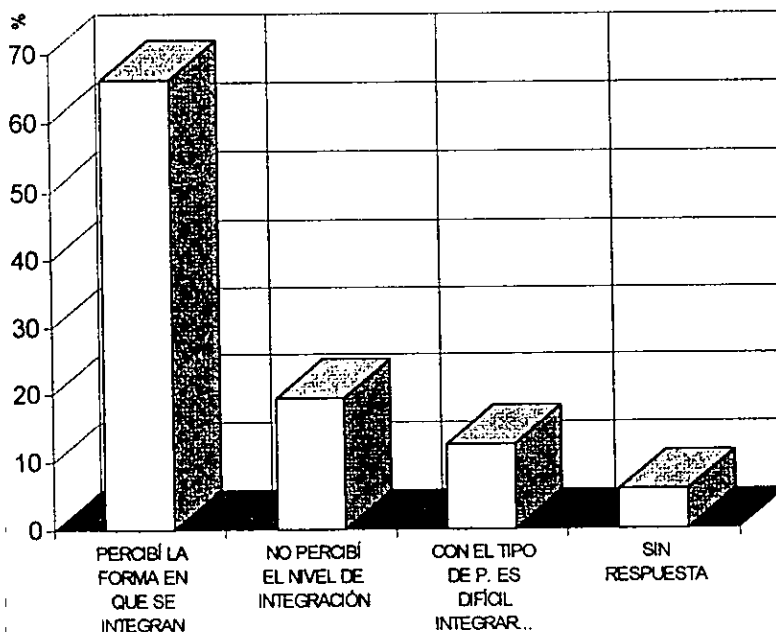


CUADRO No. 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS
MATERIAS EN LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II.
ENEO-UNAM 1997.

PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN	F°	%
Percibí claramente la forma en la que se integran	109	62.29*
No percibí el nivel de integración	34	19.42*
Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias	22	12.57*
Sin respuesta	10	5.74
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN
DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS MATERIAS EN LA
PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL AAA II. ENEO-UNAM 1997

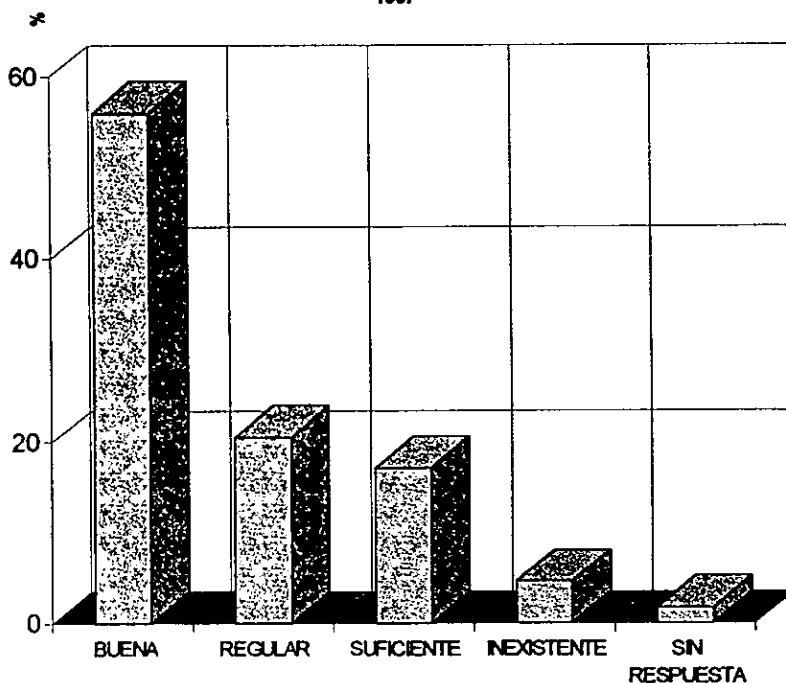


CUADRO No. 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE RESPECTO A LA RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. ENEO-UNAM 1997.

RELACIÓN	Fº	%
Buena	98	58.00*
Regular	36	20.55
Suficiente	30	17.14
Inexistente	8	4.60
Sin respuesta	3	1.71
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE RESPECTO A LA RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A. II. ENEO-UNAM 1997

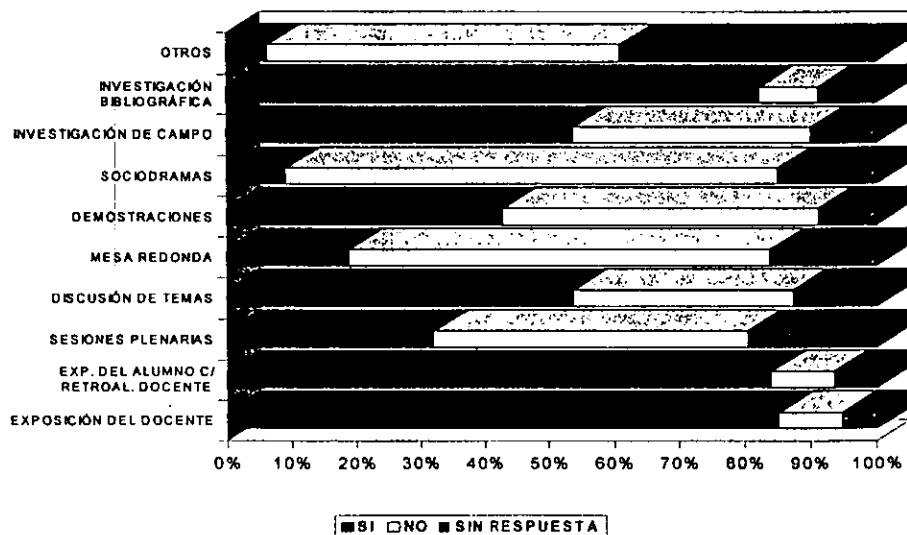


CUADRO No. 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE TEÓRICO DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE
8° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	Sí		No		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Exposición docente	149	85.14*	17	9.72	9	5.14	175	100.00
Exposición del alumno con retroalimentación del docente	147	84.00*	17	9.72	11	6.28	175	100.00
Sesiones plenarias	58	32.00	85	48.57	34	19.43	175	100.00
Discusión de temas	94	53.71	59	33.72	22	12.57	175	100.00
Mesa redonda	33	18.88	114	65.14	28	16.00	175	100.00
Demstraciones	75	42.88	85	48.56	15	8.58	175	100.00
Sociodramas	18	9.14	133	76.00	26	14.86	175	100.00
Investigación de campo	94	53.71	64	36.57	17	9.72	175	100.00
Investigación bibliográfica	144	82.29*	19	9.14	15	8.57	175	100.00
Otros	11	6.28	96	54.88	68	38.88	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL
BLOQUE TEÓRICO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE,
ADULTO Y ANCIANO II ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8° SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997



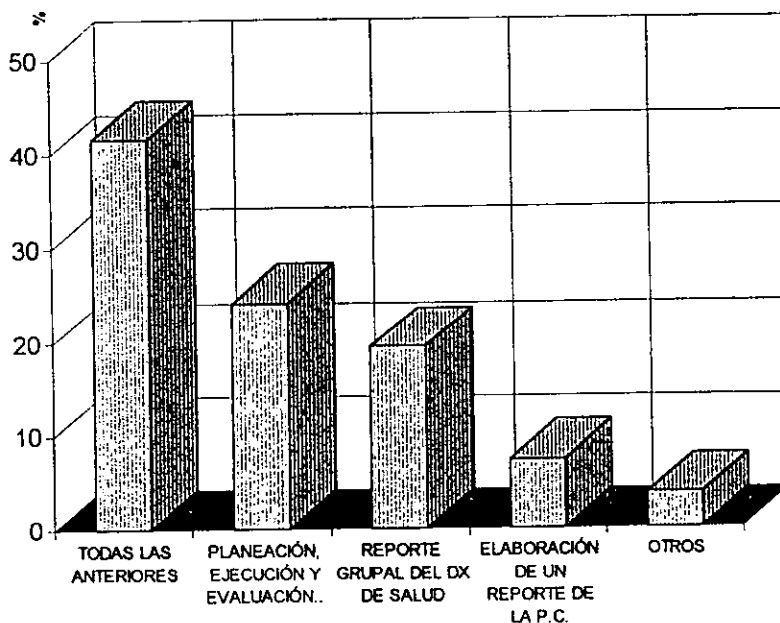
CUADRO No. 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. ENEO-UNAM 1997.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN	Fº	%
Presentar un reporte grupal del diagnóstico de salud de la comunidad seleccionada	37	19.47*
Planeación, ejecución y evaluación de un programa de educación para la salud coherente con los riesgos detectados	46	24.22*
Elaborar un reporte de la práctica	14	7.37*
Todos los anteriores	79	41.58*
Otros	7	3.68
Sin respuesta	7	3.68
TOTAL	190	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

Nota: % sobre 190 casos

GRÁFICA 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL AAA II. ENEO-UNAM 1997

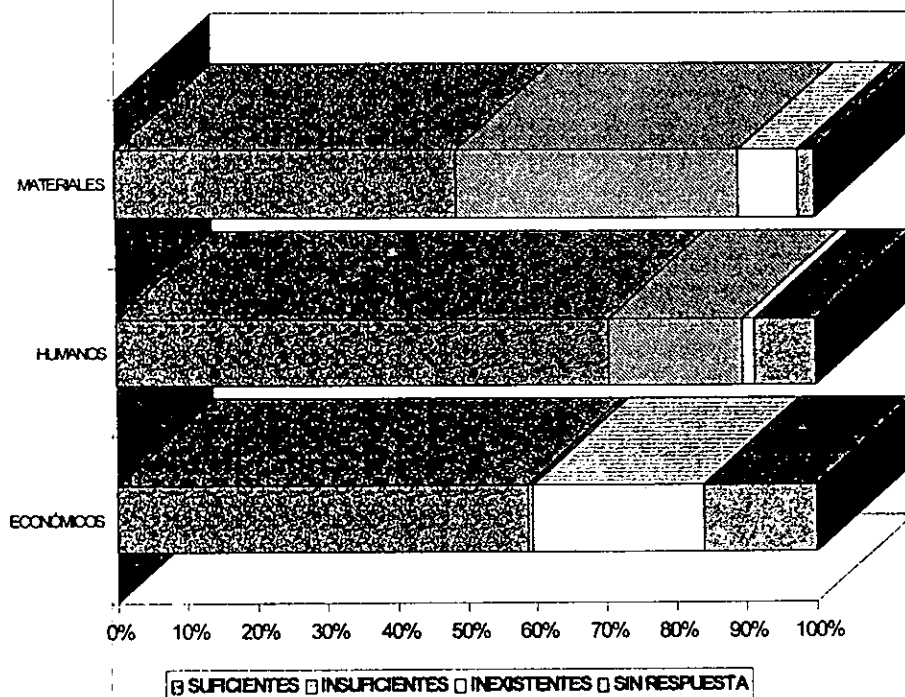


CUADRO No. 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE.
ENEQ-UNAM 1997.

RECURSOS	Suficientes		Insuficientes		Inexistentes		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Económicos	62	35.42	70	40.00*	26	14.86*	17	9.72	175	100.00
Humanos	122	69.71*	33	18.86	3	1.71	15	8.57	175	100.00
Materiales	85	48.58*	71	40.57	15	8.57	4	2.28	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA
PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A. A. II ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE
8º SEMESTRE. ENEQ-UNAM 1997

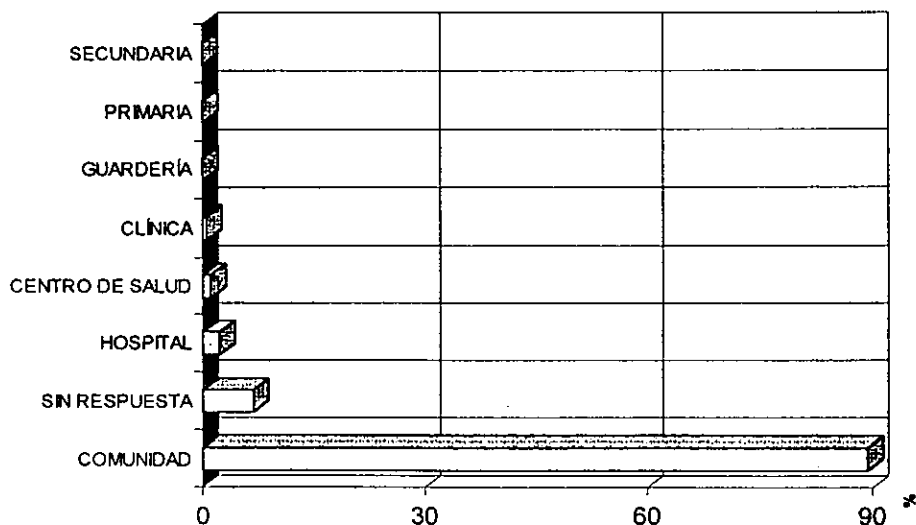


CUADRO No. 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

SEDE	F°	%
Hospital	4	2.28
Clínica	1	0.57
Centro de salud	2	1.14
Guarderías	0	0.00
Primaria	0	0.00
Secundaria	0	0.00
Comunidad	156	89.19*
Otros	0	0.00
Sin respuesta	12	6.86
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL AAA II. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

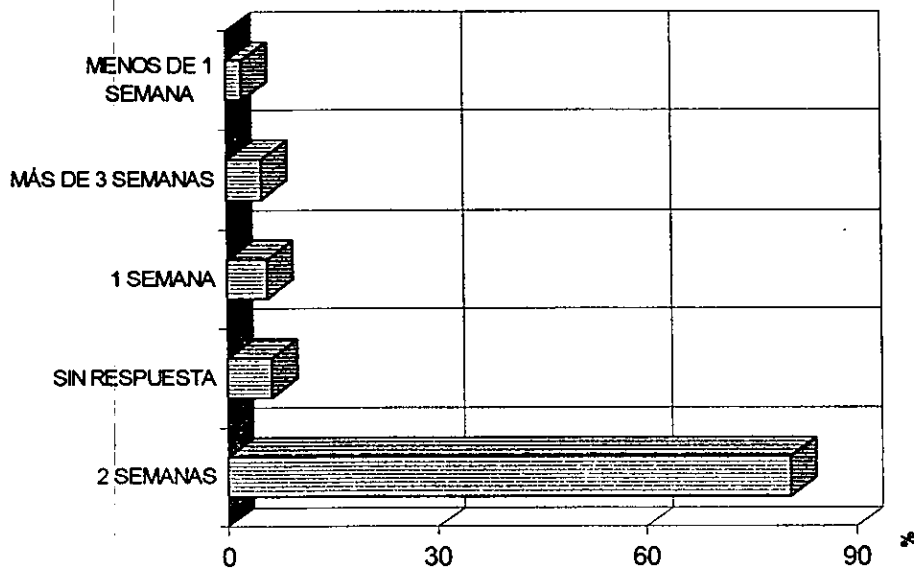


CUADRO No. 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA CO-
MUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. ENEO-UNAM 1997.

TIEMPO ASIGNADO	F°	%
Menos de 1 semana	4	2.28
1 semana	10	5.74
2 semanas	141	80.58*
Más de 3 semanas	9	5.14
Sin respuesta	11	6.28
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 6° SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO
ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
ENFERMERÍA DEL A.A.A. II. ENEO-UNAM 1997

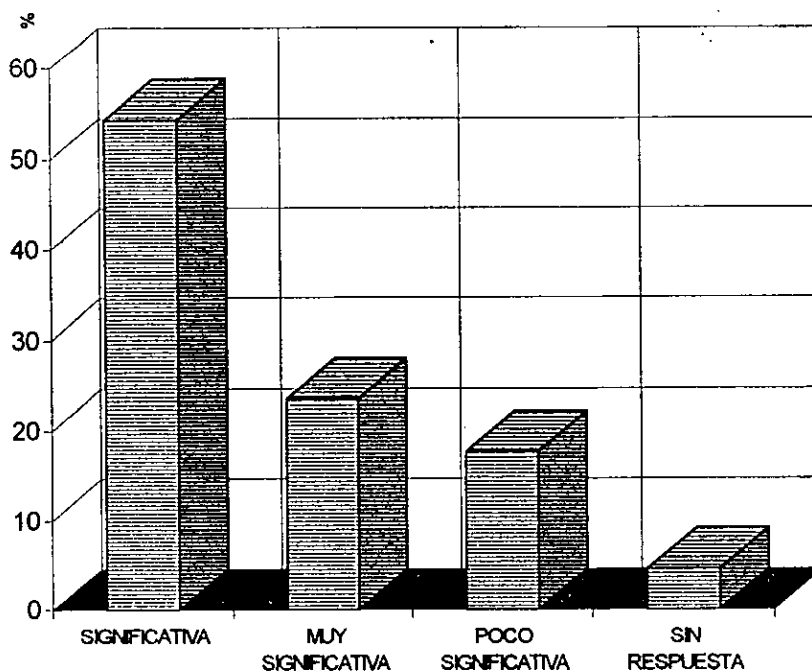


CUADRO No. 18
PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS DE 6º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II EN SU FORMACIÓN INTEGRAL. ENEO-UNAM 1997.

SIGNIFICADO	Fº	%
Muy significativa	41	23.41*
Significativa	95	54.28*
Poco significativa	31	17.71*
Sin respuesta	8	4.60
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 18
PERCEPCIÓN DEL ALUMNO DE 6º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL AAA II EN SU FORMACIÓN INTEGRAL. ENEO-UNAM 1997

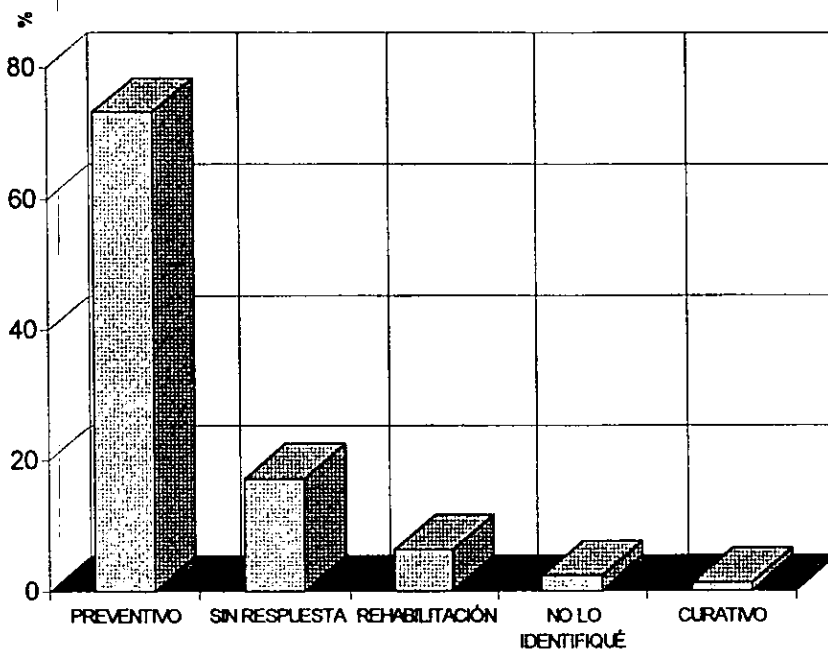


CUADRO No. 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE EN RELACIÓN AL ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. ENEO-UNAM 1997.

ENFOQUE OTORGADO	Fº	%
Curativo	2	1.14
Preventivo	128	73.16*
Rehabilitación	11	6.28*
No lo identifiqué	4	2.28
Sin respuesta	30	17.14
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE EN RELACIÓN AL ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL AAA. II. ENEO-UNAM 1997

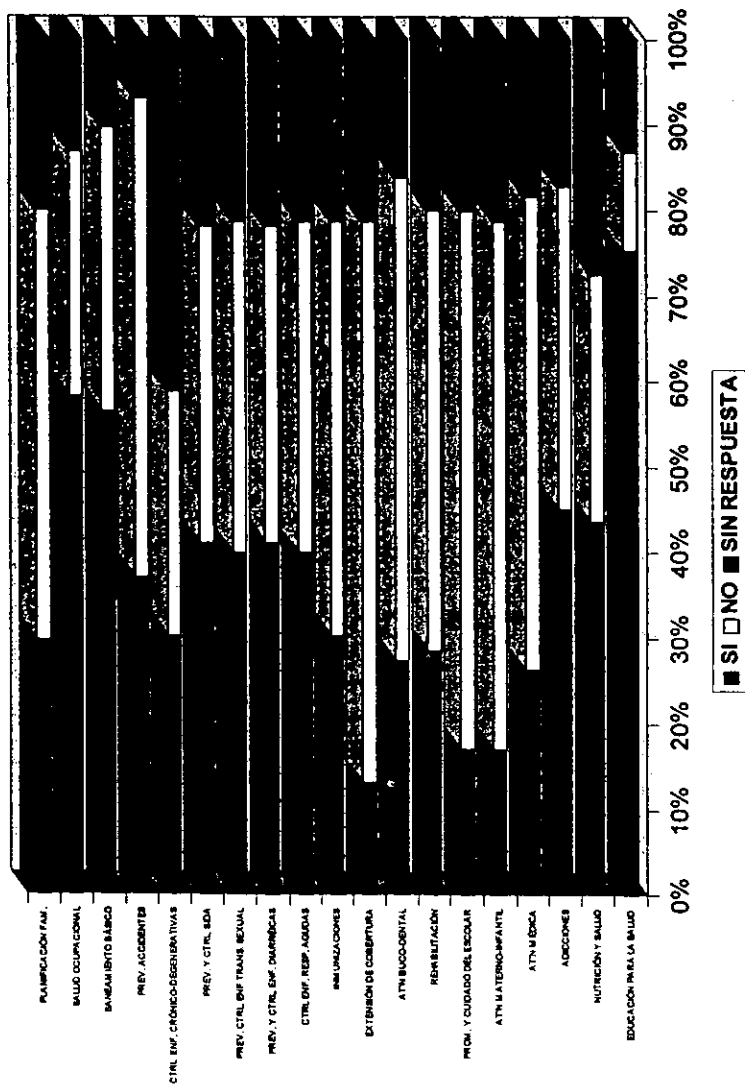


CUADRO No. 20
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN LOS PROGRAMAS NACIONALES DE
SALUD EN ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE
8º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997.

PROGRAMAS NACIONALES	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Programa de educación para la salud	132	75.38*	20	11.48	23	13.14	175	100.00
Programa de nutrición y salud	84	48.00	57	32.00	20	30.00	175	100.00
Programa contra las adicciones	79	45.14	66	37.72	30	17.14	175	100.00
Programa de atención médica	46	28.28	97	55.44	32	18.28	175	100.00
Programa de atención materno infantil	30	17.14	108	61.72*	37	21.14	175	100.00
Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar	30	17.14	110	62.86*	35	20.00	175	100.00
Programa de rehabilitación	50	28.60	90	51.40	35	20.00	175	100.00
Programa de atención buco-dental	48	27.43	99	56.57	28	16.00	175	100.00
Programa de extensión de cobertura	23	13.14	115	65.72*	37	21.14	175	100.00
Programa de inmunizaciones	53	30.28	85	48.58	37	21.14	175	100.00
Programa de control de infecciones respiratorias agudas	70	40.00	88	38.86	37	21.14	175	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas	72	41.14	65	37.14	38	21.72	175	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual	70	40.00	68	38.86	37	21.14	175	100.00
Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	72	41.14	65	37.14	38	21.72	175	100.00
Programa de control de enfermedades crónico-degenerativas	72	41.14	68	38.86	38	56.00	175	100.00
Programa de prevención de accidentes	65	37.14	98	56.00	12	8.86	175	100.00
Programa de saneamiento básico	99	58.57*	58	33.15	18	10.28	175	100.00
Programa de salud ocupacional	102	58.28*	50	28.57	23	13.15	175	100.00
Programa de planificación familiar	52	29.72	88	50.28	35	20.00	175	100.00

FUENTE: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICA 20
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ALUMNOS EN LOS
 PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y
 ANCIANO II. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997



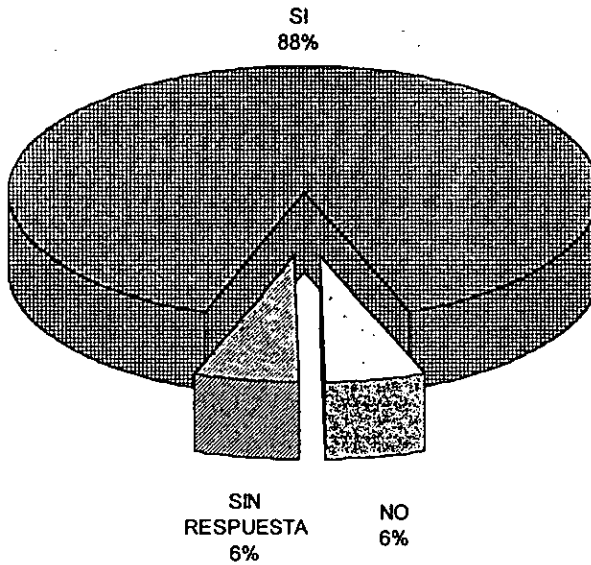
CUADRO No. 21

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE UN DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ANTEREDENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. ENEO-UNAM 1997.

PRÁCTICA BASADA EN UN DIAGNÓSTICO DE SALUD ANTERIOR	F°	%
Si	155	88.50*
No	10	5.75
Sin respuesta	10	5.75
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 21
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE RESPECTO A LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNIDADES DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A.II. ENEO-UNAM 1997

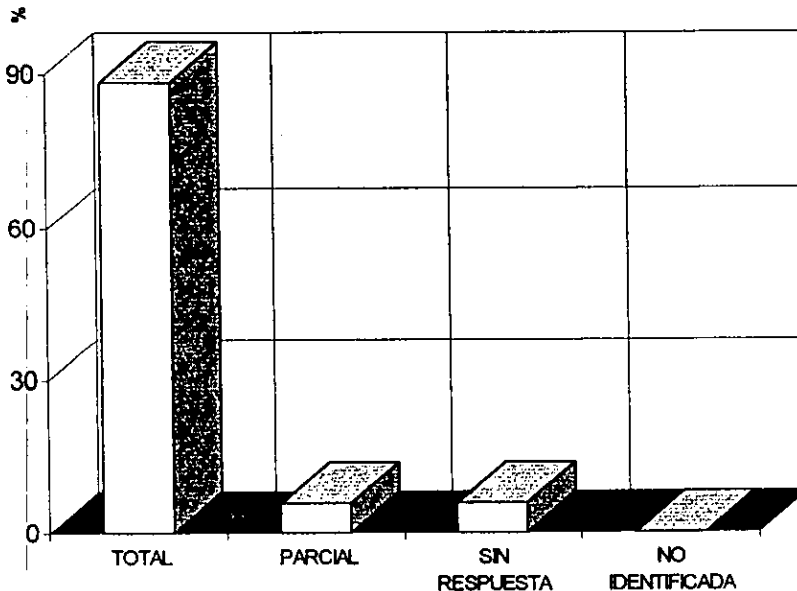


CUADRO No. 22
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE RESPECTO LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN
COMUNIDAD DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II.
ENEO-UNAM 1997.

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE LA COMUNIDAD	Fº	%
Total	155	88.50*
Parcial	10	5.75
No identificada	0	0.00
Sin respuesta	10	5.75
TOTAL	176	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 22
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE RESPECTO A LA
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNIDAD DURANTE
LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A. II. ENEO-UNAM
1997

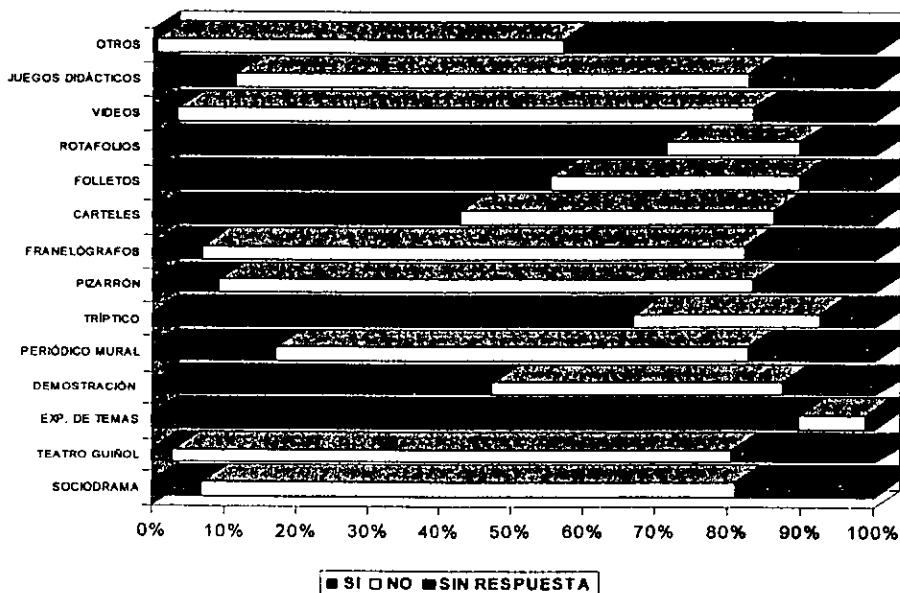


CUADRO No. 23
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS EN ENFERMERÍA DEL
ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD.
ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE. ENED-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI		NO		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Sociodrama	12	6.88	130	74.28	33	18.88	175	100.00
Teatro guiñol	5	2.88	138	77.71	34	19.43	175	100.00
Exposición de temas	157	89.72*	16	9.14	2	1.14	175	100.00
Demostració	83	47.43	70	40.00	22	12.57	175	100.00
Periódico mural	30	17.14	115	65.72	30	17.14	175	100.00
Tripticos	117	66.86*	45	25.71	13	7.43	175	100.00
Pizarrón	16	9.14	130	74.29	29	16.57	175	100.00
Franelógrafos	12	6.86	132	75.43	31	17.71	175	100.00
Carteles	75	42.86	78	43.43	24	13.71	175	100.00
Folleto	97	55.43	60	34.28	18	10.28	175	100.00
Rotafolios	125	71.44*	32	18.28	18	10.28	175	100.00
Videos	6	3.43	140	80.00	29	16.57	175	100.00
Juegos didácticos	20	11.43	125	71.43	30	17.14	175	100.00
Otros	1	0.57	99	56.57	75	42.86	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 23
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS
EN ENFERMERÍA DEL A. A. II PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA
COMUNIDAD. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE. ENED-UNAM 1997

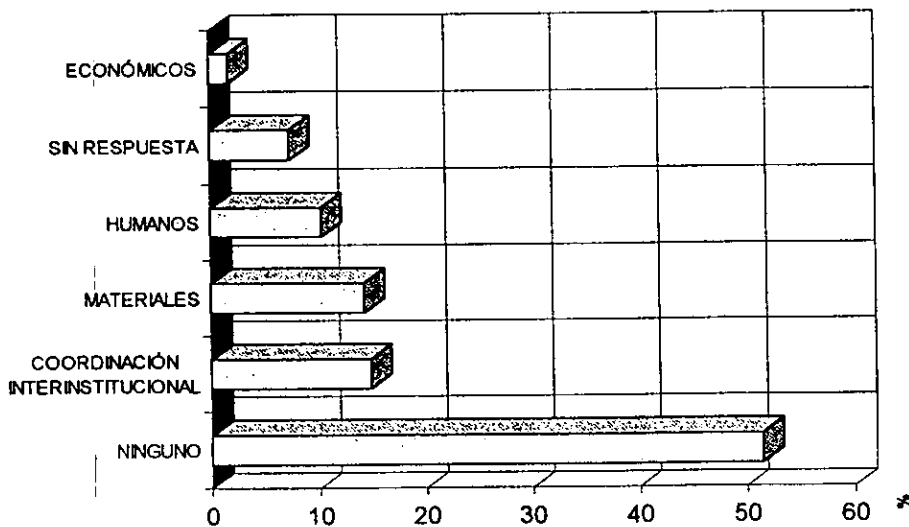


CUADRO No. 24
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL
ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997.

APOYO	F°	%
Coordinación interinstitucional	28	14.87*
Humanos	18	10.28*
Económicos	3	1.71
Materiales	25	14.28*
Ninguno	90	51.43*
Sin respuesta	13	7.43
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 24
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A. II. ENCUESTA REALIZADA A
ESTUDIANTES DE 6° SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997

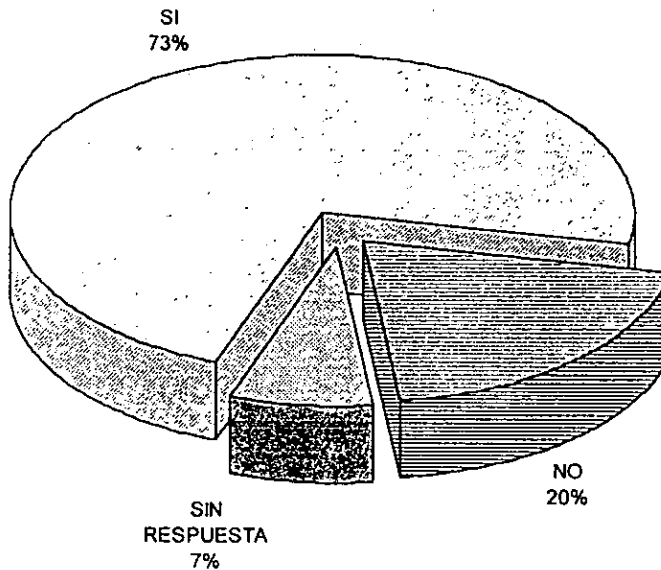


CUADRO No. 25
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE RESPECTO AL SEGUIMIENTO QUE SE LE DA A LA PRÁCTICA COMUNITARIA
ANTECEDENTE A ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II.
ENEO-UNAM 1997.

SEGUIMIENTO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA	Fº	%
Si	127	72.57*
No	35	20.00*
Sin respuesta	13	7.44
TOTAL	175	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICA 25
OPINIÓN DEL ESTUDIANTE DE 6º SEMESTRE RESPECTO AL SEGUIMIENTO
QUE SE LE DA A LA PRÁCTICA COMUNITARIA ANTECEDENTE A ENFERMERÍA
DEL A.A.A. II. ENEO-UNAM 1997



PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO II.

Los resultados que a continuación se presentan corresponden a la encuesta realizada a 175 estudiantes de 6° semestre de la Licenciatura sobre el bloque comunitario de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II.

Al pedirles su opinión respecto al nivel de dominio que consideraban tener sobre los temas de la asignatura sólo el 42.28% domina totalmente los programas nacionales e institucionales de prevención de accidentes, violencias y desastres, el 51.40% domina totalmente las acciones de enfermería en la prevención de accidentes, violencias y desastres, sólo el 39.42% domina totalmente la atención de enfermería en casos de urgencias colectivas y desastres, el 37.72% sólo domina totalmente los programas nacionales e institucionales de control de la población de riesgo de desarrollar padecimientos crónico-degenerativos, sólo el 36.56% domina totalmente las acciones de enfermería en el apoyo psicosocial al paciente con afecciones crónico-degenerativas y a su familia: Asistencia durante la fase terminal y finalmente en el tema de procedimientos de enfermería para la rehabilitación física, mental de pacientes con afecciones crónico-degenerativas: educación a la familia y a la comunidad para la aceptación del paciente con secuelas invalidantes; educación sobre las actividades de la vida diaria; plan de alta y autocuidado sólo el 34.86% lo domina totalmente.

El conocimiento de los objetivos según la opinión de los estudiantes de 6° semestre resultó afirmativo en un 77.72% y en un 18.28% negó haber conocido los objetivos de la práctica.

El eje de la práctica comunitaria de enfermería del A.A.A. II lo constituye el objetivo estipulado en el programa y sólo el 73.13% consideró haberlo cumplido.

Refiriéndose al nivel de dominio que consideraban los estudiantes de 6° semestre tenía el docente sobre los contenidos del programa de la práctica comunitaria sólo el 53.72% opinó que los dominaba totalmente mientras que el 36.56% lo dominó parcialmente.

En relación a la actitud del docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria el 83.44% la calificó como positiva, es decir, una actitud abierta, de interés, cooperadora, motivada y de aceptación.

Sobre la profundidad de abordaje en los temas del programa de práctica comunitaria de enfermería del A.A.A. El 51.40% indicó que fué buena pero no puede soslayarse que el 40% la percibió como regular.

El docente asistió a la práctica comunitaria puntualmente según lo manifestado por el 72.58% de los estudiantes.

Uno de los puntos centrales de la práctica comunitaria lo constituyen las técnicas y procedimientos de enfermería comunitaria tal es el caso del diagnóstico de salud comunitario que lo domina de forma absoluta el 39.42%, la aplicación de programas de educación para la salud en el Adolescente, Adulto y Anciano en la prevención de accidentes, violencias y desastres, primeros auxilios y detección oportuna de problemas crónico-degenerativos sólo el 50.86% lo domina de forma absoluta, la elaboración de una historia familiar para detección de riesgos y daños a la salud en estas etapas del ciclo de vida sólo un 46.87% lo domina de forma absoluta y por último la planeación, ejecución y evaluación de acciones específicas para el control de riesgos y daños a la salud a nivel colectivo sólo el 29.14% lo domina de forma absoluta.

La participación del estudiante de 6° semestre en la práctica comunitaria de enfermería del A.A.A. fué con 10.31% realizan un diagnóstico de salud, el 14.28% hace seguimiento de casos, el 16.67% realiza educación para la salud, el 11.90% elabora informe final, el 8.73% recolecta datos y solamente el 35.33% realiza conjuntamente todas las actividades ya mencionadas.

Sólo el 30.83% de los estudiantes de 6° semestre considera a la práctica comunitaria como agradable y muy útil, el 33.69% la considera poco agradable pero útil. Cabe destacar que el 17.14% y el 8% la considera desagradable o agradable pero inútil.

El 12.57% de los estudiantes de 6° semestre opina que con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias en la práctica comunitaria, el 19.42% no percibe el nivel de integración y el 62.29% percibe claramente la forma en que se integran los conocimientos.

Para el grupo de investigadoras fué importante saber como consideraban los estudiantes la relación teoría-práctica en enfermería del A.A.A. El obtuviéndose que sólo el 56% la considera buena .

Se hace referencia a las dinámicas y técnicas de enseñanza más utilizadas para impartir el bloque teórico de la práctica comunitaria según los estudiantes de 6° semestre y resultó ser que en un

85.14% expone el docente, 84% expone el alumno con retroalimentación del docente y el 82.29% investigación bibliográfica.

Los criterios de acreditación y evaluación de la práctica comunitaria de enfermería del A.A.A. II son: en 19.44% un reporte grupal del diagnóstico de salud de la comunidad seleccionada, el 24.22% planea, ejecuta y evalúa un programa de educación para la salud coherente con los riesgos detectados, el 7.37% elabora un reporte de la práctica y solamente el 41.58% realiza conjuntamente todas las actividades ya mencionadas..

El 40% y el 14.86% de las opiniones de los estudiantes de 6° semestre calificaron de insuficientes e inexistentes los recursos económicos para realizar la práctica comunitaria, contrariamente los recursos humanos y materiales son suficientes según el 69.71% y el 48.58% respectivamente.

La sede de la práctica comunitaria la constituyó la comunidad según la opinión del 89.19% de los estudiantes.

El tiempo asignado a la práctica comunitaria de enfermería del A.A.A. II fué de dos semanas según el 80.56% de las opiniones de los estudiantes.

Es importante señalar que sólo para el 23.41% de los estudiantes de 6° semestre la práctica comunitaria la consideran como muy significativa en su formación integral, el 54.28% la percibe como significativa ; sin embargo no debe omitirse que para el 17.71% la práctica comunitaria tiene poco significado.

El 73.16% de los estudiantes de 6° semestre indentificó que el enfoque otorgado fué preventivo y el 6.28% sólo le dió el enfoque de rehabilitación.

La mayor participación de los estudiantes de 6° semestre en los programas nacionales de salud fueron: con 75.38% el programa de educación para la salud, con el 58.28% el programa de salud ocupacional y con el 56.57% el programa de saneamiento básico. Sin embargo la menor participación de los estudiantes en los programas fueron: con 65.72% el programa de extensión de cobertura, con 62.86% el programa de promoción y cuidado de la salud del escolar y con 61.72% el programa de atención materno-infantil.

El 88.50% de los estudiantes de 6° semestre afirmó haber conocido el diagnóstico situacional antecedente a la práctica comunitaria de enfermería del A.A.A. II .

Las técnicas y recursos didácticos más utilizados por los estudiantes para brindar educación para la salud en la comunidad durante la práctica comunitaria fueron: con 89.72% exposición de temas, con 71.44% rotafolios y con 66.86% trípticos.

El apoyo otorgado por parte de la institución sede de la práctica comunitaria a los estudiantes de 6° semestre fué solamente en un 14.87% coordinación interinstitucional y el 51.43% no recibió ningún apoyo por parte de la institución.

Finalmente sólo el 72.57% de los estudiantes de 6° semestre opinó que efectivamente se le da seguimiento a la práctica comunitaria antecedente a enfermería del A.A.A. II y un 20% no lo hace.

El estudio incluyó algunos ítems de respuesta abierta, estos se consideran como hallazgos cualitativos que expresan el sentir respecto a experiencias y expectativas de los entrevistados, respecto a enfermería comunitaria. La presentación de las opiniones se hace mediante transcripción textual.

La descripción de la práctica comunitaria de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II según los estudiantes de 6° semestre es:

Agradable y muy útil porque:

"Aplicas tus conocimientos adquiridos"; "Dan oportunidad de desarrollarse con la gente más que nada hablar"; "Sirve para la formación"; "Hay un contacto con la gente y es real", "Se ha sensibilizado la gente aceptar educación para la salud"; "La comunidad nos recibe calurosamente".

Agradable e inútil porque:

"La población no se interesa por el primer nivel de atención"; "Por falta de tiempo"; "No se presta la gente a las pláticas";

Poco agradable pero útil porque:

"No se tiene los medios y nos exponemos demasiado en la comunidad"; "El trato de la población no fué buena"; "No se tiene seguimiento adecuado"; "No se implementaron todos los programas"; "Es donde se pueden prevenir complicaciones desfavorables".

Desagradable e inútil porque:

"No participa la gente"; "Las encuestas que se realizaron anteriormente no cuentan con las direcciones correctas"; "Nunca me ha gustado la práctica comunitaria pero la creo de gran importancia"; "No hay organización"; "No me beneficia en nada".

Desagradable pero útil porque:

"Es fastidioso y pocos quieren escuchar"; "No hay buena planeación".

Las sedes en donde se realizaron las prácticas comunitarias de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II según los estudiantes de 6° semestre fueron:

Comunidades de: "Santa María la Rivera"; "San Luis Tlaxaltemalco"; "Col. La curva"; "San Gregorio Atlapulco".

"Escuela secundaria Diurna N° 1"; "Escuela secundaria escuadrón N° 34".

"Hospital Balbuena", "Hospital Juárez".

"Casa de la Cultura"

"Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud".

Según las opiniones de los estudiantes de 6° semestre la práctica comunitaria estuvo basada en un diagnóstico de salud anterior.

¿ porqué?

"Así se tenía contemplado en el programa".

La práctica comunitaria de 6° semestre no estuvo basada en el diagnóstico anterior

porque:

"No coinciden los datos de las familias"; "Nos cambiaron de comunidad"; "Se cambiaron de domicilio las gentes a las que se iban a visitar"; "Se volvieron hacer cédulas por tener datos erróneos".

Los programas que implementaron para dar solución a las necesidades de la comunidad en la práctica comunitaria de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II los estudiantes de 6° semestre fueron:

"Programa de prevención de Ca Cu, de prevención y detección de hipertensión arterial sistémica, de prevención y detección de diabetes mellitus, de prevención de enfermedades diarreicas, de prevención de enfermedades de transmisión sexual, de prevención de drogadicción, de prevención de obesidad, de prevención de osteoporosis, de prevención de accidentes, de

prevención de alcoholismo, de prevención de tabaquismo, de prevención de enfermedades bronquiales y asmáticas", "Programa de prevención de hacinamiento"; "Programa de prevención de Ca mamario, de desintegración familiar, de prevención de enfermedades parasitarias, de prevención de colitis nerviosa, de prevención de artritis reumatoide, de prevención de violencia en el hogar, de prevención de úlceras varicosas, de planificación familiar, de higiene de los alimentos, de higiene personal, de higiene en el hogar, de saneamiento ambiental, de educación para la salud, de seguridad social, de estimulación temprana, de atención médica, de manejo de stress, de salud laboral y salud deportiva, de rehabilitación, de toxoplasmosis, de lugares de recreación, de inmunizaciones, de control de fauna nociva, de cuidado bucodental en el hogar, de higiene postural, de Apoyo a las 14 necesidades de Maslow y Pláticas domiciliarias".

Según los estudiantes de 6º semestre si se le dió seguimiento a la práctica comunitaria antecedente a la de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II *porque*.

"En base a ello se implementaron los programas"; "De los casos detectados se les dió una solución parcial"; "Para poder llevar la continuidad de los casos y detectar nuevos factores de riesgo"; "Visitamos a las familias que fueron canalizadas"; "Para observar que las acciones llevadas acabo hayan sido efectivas"; "Estaba programado dentro del plan de estudios"; "Es complemento del diagnóstico de salud"; "Se siguió el caso más significativo"; "Fué la manera en que nos coordinaron"; "Para mejorar el nivel de atención en el área preventiva".

Los que no realizaron el seguimiento de la práctica comunitaria *porque*:

"Nos cambiaron de comunidad"; "No corresponden las direcciones del diagnóstico anterior"; "Se tuvo que hacer el llenado de cédulas otra vez."; "No se utilizaron los mismos temas"; "Faltó tiempo"; "Se cambiaron de domicilio"; "Negación del docente".

Las propuestas para mejorar la práctica comunitaria de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II según los estudiantes de 6º semestre son:

"Tomar una comunidad donde haya necesidades y realizar cada semestre su diagnóstico de salud y no tomar el atrasado ni tomar en cuenta una comunidad con todos los servicios"; "Realizar pláticas en lugares concentrados como clínicas y escuelas", "Tener más coordinación con otras comunidades"; "Que se otorgue más tiempo"; "Que los datos de la comunidad sean veraces y que se realice un croquis para agilizar las actividades"; "Que se ocupe menos tiempo"; "Que nos brinde apoyo el docente llendo con nosotros a las visitas además de proporcionarnos las instituciones apoyo económico"; "Que el seguimiento sea en la misma comunidad"; "Que los objetivos del seguimiento sea a largo plazo"; "Mayor coordinación en el momento de asignar la sede de la práctica y no que nos la cambien de un día para otro"; "Que sea una comunidad no estudiada y

que en verdad lo necesite"; Mejor asesoría del docente"; "Que se nos asigne en la comunidad un lugar donde nos podamos reunir para discutir temas y las actividades que vayamos a realizar"; "Que se elimine y se aumente el bloque teórico de la clínica ya que no sabemos muchas cosas en el momento de enfrentarnos al hospital, aunque se que la prevención es una de las funciones de enfermería en México, pero en este país no se tiene la infraestructura y por lo tanto la práctica resulta nula, costosa y sin resultados"; "Que la ENEO o las instituciones de salud nos proporcionen recursos materiales o económicos para realizar la práctica comunitaria"; "Evitar exponer a los estudiantes a problemas sociales, marginales de la comunidad"; "Que el alumno le de mayor importancia a la práctica comunitaria para que así la gente perciba el interés que tiene éste y no nos cierren las puertas"; "Que se forme un equipo entre toda la escuela aunque seamos de diferentes grupos pero tratar de coordinarnos y regresar a la zona asignada por primera vez"; "Distribuir mejor las actividades que se van a realizar en la comunidad"; "En realidad considero que sólo en un semestre se puede hacer el diagnóstico de salud y la implementación de programas y así utilizar el tiempo que sobra de este semestre en la práctica administrativa"; "Que la ENEO haga campañas de publicidad en la comunidad que vayamos a visitar"; "Que el presidente municipal otorgue información a la comunidad sobre nuestra práctica así como el préstamo de una área física para realizar reuniones de retroalimentación entre nosotros"; "Que se otorguen cédulas avaladas por la UNAM o la delegación en donde quede bien especificado nuestra importancia como promotores de la salud para que las personas nos acepten mejor además de quitar la filipina."

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I Y II.

Después de haber realizado el análisis general de los resultados obtenidos en las asignaturas de Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y II se concluye que:

- a) Ha sido bajo el nivel de dominio de temas y el cumplimiento de objetivos contemplados en ambas asignaturas para formar al alumno en salud comunitaria. Esto coincide con las recientes investigaciones del CONACyT y del Instituto Nacional de Salud Pública indican la desvinculación existente entre la salud pública y la problemática relevante del país como factor decisivo para formar profesionales académicamente débiles y poco productivos.
- b) En la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia existe rezago sobre actualidades en salud pública y el proceso enseñanza-aprendizaje de ésta. Cabe destacar no necesariamente con fines de comparación que en América Latina en países como Cuba y Brasil el docente asume el liderazgo para promover en el alumno la capacidad y disponibilidad de trabajar con la comunidad procurando hacer de la participación comunitaria, la promoción a la salud y los recursos existentes ejes para la consolidación de una cultura de salud en la población.
- c) En lo que respecta al dominio que tiene el alumno en las técnicas y procedimientos de enfermería comunitaria del Adolescente, Adulto y Anciano I y II es imperante la parcialidad con la que son manejados, pues se observa desarticulación en la práctica haciéndola poco agradable e inútil sus esfuerzos realizados en la comunidad.
- d) Haciendo referencia a la percepción del alumno sobre la integración de conocimientos de otras materias en la práctica comunitaria de 5º y 6º semestre según lo observado se percibe una disociación entre los conocimientos previos de materias como socio antropología, atención de la salud, metodología de la investigación, ecología y salud, nutrición, psicología, didáctica de educación para la salud que mejorarían el desempeño en la práctica comunitaria.
- e) En relación a la integración teoría-práctica en el alumno se observó la misma tendencia de disociación. No obstante que en México se ha intentado a través de las políticas de salud hacer de la estrategia de Atención Primaria y el modelo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) extender el papel de enfermería comunitaria; sin embargo la deficiencia existente en la formación de recursos que prevalece en el pregrado ha sesgado su intervención.

- f) En las dinámicas y técnicas de enseñanza utilizadas para impartir el bloque teórico comunitario se sigue observando la tendencia tradicionalista de emisor-receptor con enfoque biológico-curativo, este aspecto se hace notar en el programa de las asignaturas de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y II en las horas dedicadas a la práctica clínica y al tratamiento de enfermedades.
- g) En cuanto a la acreditación y evaluación del desempeño del alumno en la práctica comunitaria es fragmentada y quizá incompleta la forma de constatar los conocimientos adquiridos. No podemos olvidar que solo en Brasil y Cuba la forma de apoyar los conocimientos adquiridos en los posgrados de enfermería comunitaria son a través una red de cursos descentralizados de especialización y perfeccionamiento formando equipos en todo el país al establecer nexos de trabajo entre universidades y organismos formadores a favor de la implementación del sistema único de salud. En el caso de Cuba el Sistema Nacional de Salud Pública forma recursos humanos a través de residencias y posgrados con capacidad de analítica para cumplir con las necesidades de salud de la población. Tal es el caso del programa del Médico y la Enfermera de la familia que combina acciones de promoción, prevención, atención médica y rehabilitación. Lo anterior puede ser aplicado para el pregrado inclusive.
- h) Refiriéndose a las sedes de la práctica comunitaria de Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y II se observó que sólo se trabaja con una de las tres etapas contempladas en la asignatura quedando insatisfecha la interacción con las demás y cumplir de esta manera con el principio de equidad que dicta la estrategia de Atención Primaria a la Salud y el Programa de Extensión de Cobertura.
- i) Quizá el mayor problema detectado fue el poco tiempo brindado a la práctica comunitaria pues no se puede llevar acabo las actividades de detección, planeación, ejecución y evaluación además de conocer a la comunidad punto clave para mejorar su participación en el proceso según hace referencia Briseño en su documento "las siete tesis de educación sanitaria".
- j) Lo anterior ha creado en el alumno tener poco significado para su formación integral y a fomentado el desagrado por la salud comunitaria pues no se reeditúa su esfuerzo.
- k) En lo referente a la participación en los Programas Nacionales de Salud se comprobó la incongruencia entre las necesidades de salud reales de la población y lo que el alumno llevó acabo. Lo contemplado en las asignaturas de enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y II es: Programas de fomento a la salud en lo referente a nutrición, salud física, salud mental, sexualidad, salud laboral y deporte, saneamiento ambiental, el programa específico para el control de problemas de origen infeccioso y parasitario, el programa de prevención de accidentes, violencias y desastres, programa de prevención de enfermedades crónico-degenerativas y el programa de rehabilitación y de acuerdo al perfil epidemiológico prevaleciente en estas tres etapas evolutivas las principales causas de morbimortalidad son: enfermedades del corazón y cerebrovasculares, cirrosis hepática, neumonías, homicidios, accidentes, nefropatías, SIDA y los altos índices de embarazos no deseados y de alto riesgo en adolescentes .

- l) La mayor intervención del alumno está en los programas de educación para la salud, prevención de accidentes, saneamiento básico y nutrición y salud, situación que provoca la insatisfacción de las necesidades comunitarias, a pesar de que el enfoque otorgado a la atención es preventiva y las acciones se basan en un diagnóstico de salud previo. Cabe mencionar que la amplitud de los programas impiden su manejo total, pero no debe olvidarse que el alumno de 5° y 6° semestre conozca el "Paquete Básico de los Servicios" para la población desprotegida, en el que de hecho no se tuvo participación.
- m) Es importante mencionar que las técnicas y recursos didácticos utilizados por el alumno para brindar educación para la salud siguen siendo indirectos y carentes de dinamismo y motivación. Estos no son suficientes para asegurar la transformación de actitudes en los usuarios. Además de carecer principalmente económicos factor decisivo para la creación de material didáctico de calidad.
- n) Finalmente el apoyo otorgado por la institución sede para realizar la práctica comunitaria es insuficiente en recursos pero principalmente cuanto a la coordinación interinstitucional; herramienta básica para cumplir con el seguimiento, canalización de casos y el sistema de referencia de alto riesgo.

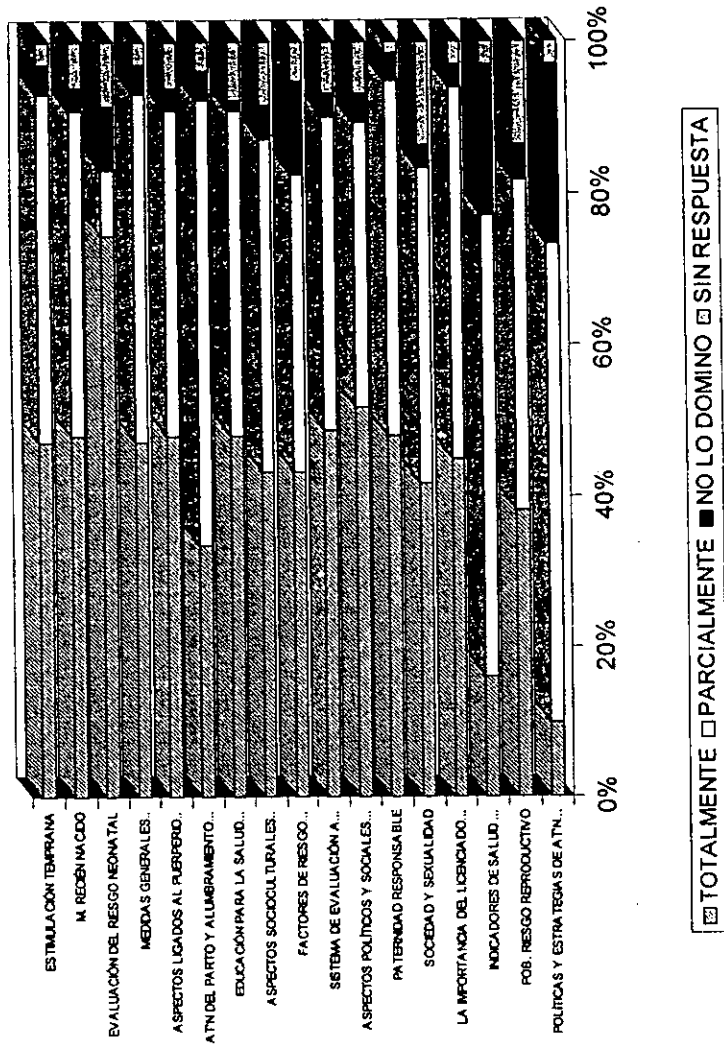
OBSTETRICIA I

CUADRO No. 1
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DEL 8o. SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS
TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE OBSTETRICIA I.
ENED-UNAM 1997.

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO									
	Totalmente		Parcialmente		No lo domino		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Políticas y estrategias de atención materno-infantil. Estadísticas vitales, Pirámide poblacional.	13	8.82*	83	63.38	31	23.67	4	3.05	131	100.00
Población con riesgo reproductivo.	50	38.16*	57	43.51	6	4.58	18	13.74	131	100.00
Indicadores de salud materno-infantil. Cálculo y análisis de fecundidad, natalidad, morbilidad materna, consultas por embarazos, etc.	21	16.03*	80	61.07	26	19.85	4	3.05	131	100.00
La importancia del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el programa de salud materno-infantil.	59	45.04*	84	48.88	4	3.05	4	3.05	131	100.00
Sociedad y sexualidad.	55	41.89*	54	41.22	4	3.05	18	13.74	131	100.00
Paternidad responsable, conceptualización. Aspectos políticos y sociales del programa de planificación familiar, la regulación de la fertilidad humana, desde el enfoque de riesgo reproductivo; Métodos anticonceptivos (mecanismos de acción, ventajas y desventajas). Sistema de evaluación a los usuarios.	63	48.09*	61	46.57	5	3.82	2	1.52	131	100.00
Factores de riesgo en la evolución del embarazo. Aspectos socioculturales, psicológicos y biológicos.	68	51.90*	49	37.40	5	3.82	9	6.88	131	100.00
Educación para la salud. Medidas e indicadores generales; Valoración del riesgo en la evolución del embarazo.	84	48.85*	54	41.22	4	3.05	9	6.88	131	100.00
Atención del parto y alumbramiento en el hogar.	57	43.52*	51	38.93	16	12.21	7	5.34	131	100.00
Aspectos socioculturales ligados al parto.	57	43.51*	57	43.51	6	4.58	11	8.39	131	100.00
Medidas generales: Higiénico dietéticas; Control de la fertilidad; Actividad sexual. Factores de riesgo.	63	48.09*	56	42.75	2	1.53	10	7.63	131	100.00
Evaluación del riesgo neonatal.	44	33.58*	77	58.78	5	3.82	5	3.82	131	100.00
Manejo integral del recién nacido eutrófico.	63	48.09*	56	42.75	4	3.06	8	6.10	131	100.00
Estimulación temprana.	62	47.32*	60	45.80	5	3.83	4	3.05	131	100.00

FUENTE: Datos procesados por las P.S.S. Carrasco, M., Govéa, P., Gutiérrez, G., Hernández, M., López, R., Velázquez, L., de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. ENED-UNAM. 1997

GRÁFICA 1
 OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE
 POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE OBSTETRICIA I.
 ENEO-UNAM 1997

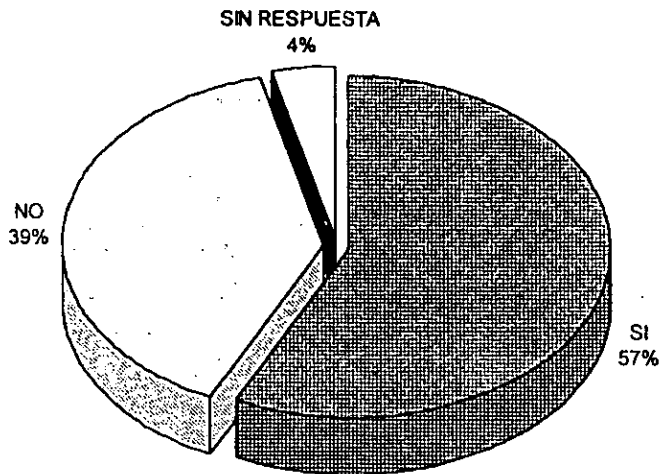


CUADRO No. 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS
COMUNITARIAS DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997.

CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS	Fº	%
Si	75	57.25*
No	51	38.93*
Sin Respuesta	5	3.82
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE EL
CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS
COMUNITARIAS DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997

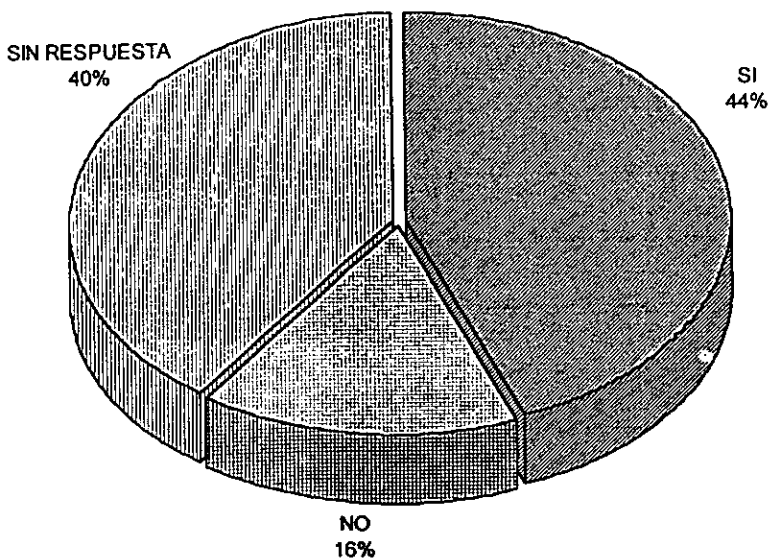


CUADRO No. 3
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE
PRACTICAS COMUNITARIAS DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997.

OBJETIVO	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Con base en el análisis de la problemática de salud del grupo materno-infantil de la sociedad mexicana, el alumno inferirá la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en los Programas Nacionales de atención a la salud.	58	44.28*	21	16.03	52	39.69	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 3
OPINION DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE EN CUANTO AL
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS
COMUNITARIAS DE OBSTETRICIA I
ENEO-UNAM 1997

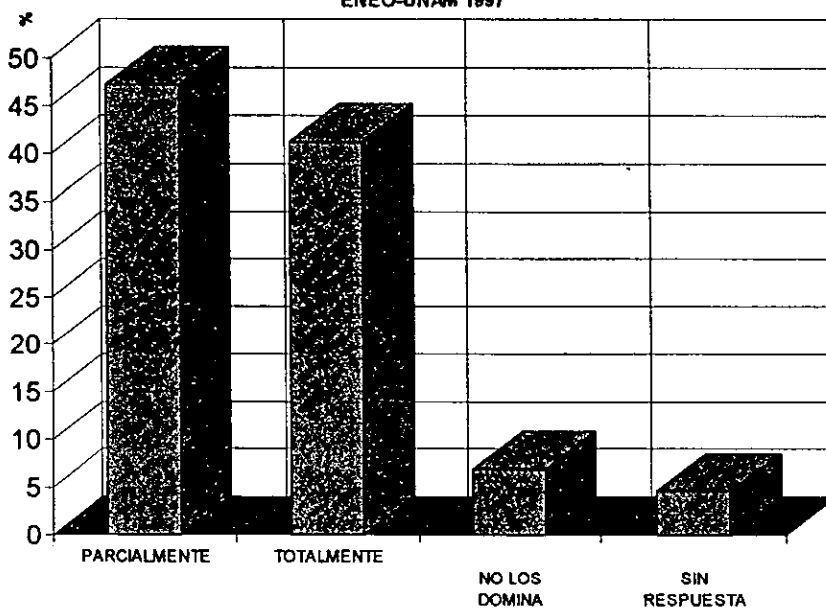


CUADRO No. 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL
PROGRAMA DE PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I
ENEO-UNAM 1997.

DOMINIO	F°	%
Totalmente.	54	41.22*
Parcialmente.	62	47.33
No los domina .	9	6.87
Sin respuesta.	8	4.58
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8° SEMESTRE REFERENTE AL
DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICA
COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I
ENEO-UNAM 1997

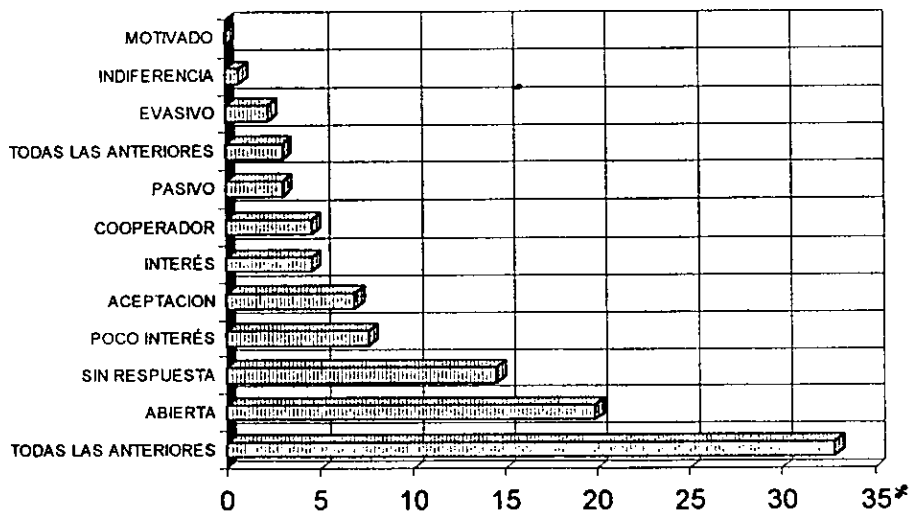


CUADRO No. 5
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS
CONCEPTUALES DE LA PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997.

ACTITUD	Fº	%	Fº Ac.
Abierta.	26	19.86	19.86
Aceptación.	9	6.87	26.73
Interés.	6	4.58	31.31
Cooperador.	6	4.58	35.89
Motivado.	0	0	35.89
Todas las anteriores.	43	32.83	68.72*
Poco interés.	10	7.63	76.35
Indiferencia.	1	0.76	77.11
Pasivo.	4	3.05	80.16
Evasivo.	3	2.29	82.45
Todas las anteriores.	4	3.05	85.50
Sin Respuesta.	19	14.50	100.00
TOTAL	131	100.00	

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 5
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD
DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS CONCEPTUALES DE LA
PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997

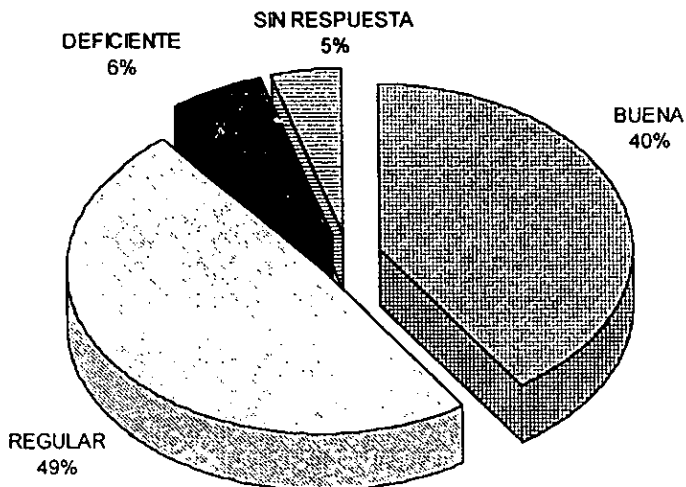


CUADRO No. 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6º SEMESTRE SOBRE LA PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL
PROGRAMA DE PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997.

PROFUNDIDAD DE ABORDAJE	Fº	%
Buena.	53	40.85*
Regular.	64	48.85*
Deficiente.	8	6.11
Sin Respuesta.	6	4.58
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 7º SEMESTRE SOBRE LA
PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE
PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997

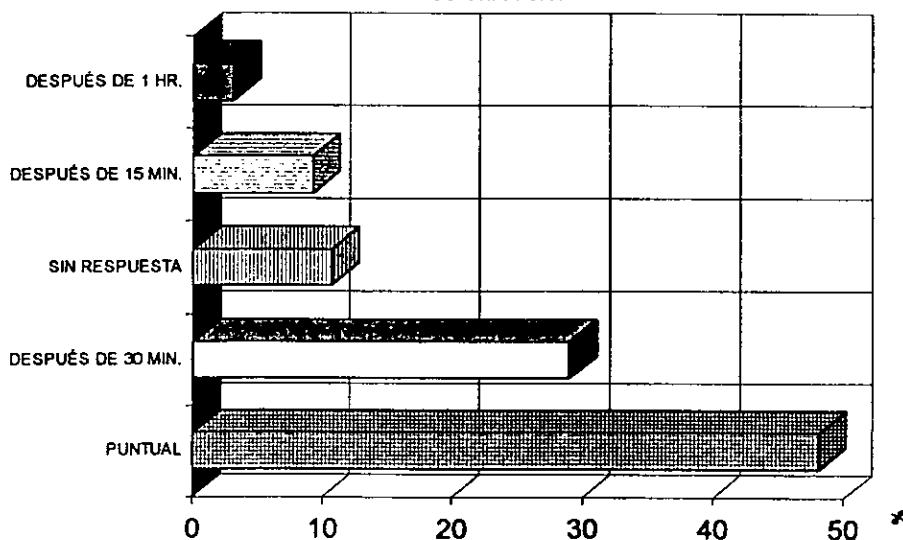


CUADRO No. 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE EN CUANTO A LA PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA
PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997.

PUNTUALIDAD	F°	%
Puntual.	63	48.08*
Después de 30 minutos.	38	29.00*
Después de 15 minutos.	12	9.17
Después de 1 hora.	4	3.08
Sin Respuesta.	14	10.69
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE EN CUANTO A LA
PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA
DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997

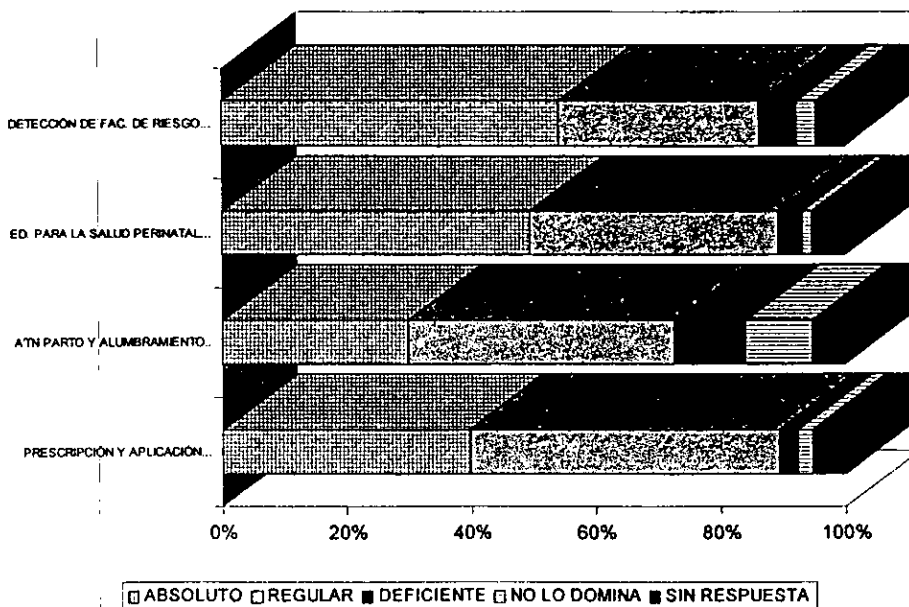


CUADRO No. 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE
ENEQ-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO											
	Absoluto		Regular		Deficiente		No lo domina		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.	52	39.70*	65	49.62	4	3.05	3	2.29	7	5.34	131	100.00
Atención del parto y alumbramiento en el hogar.	39	29.78*	56	42.75	15	11.45	14	10.68	7	5.34	131	100.00
Educación para la salud perinatal tendiente al autocuidado en el proceso reproductivo.	65	49.62*	52	39.70	5	3.82	2	1.52	7	5.34	131	100.00
Detección de factores de riesgo e indicación de medidas de control.	71	54.19*	42	32.08	8	6.10	4	3.08	7	5.34	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8° SEMESTRE.
ENEQ-UNAM 1997

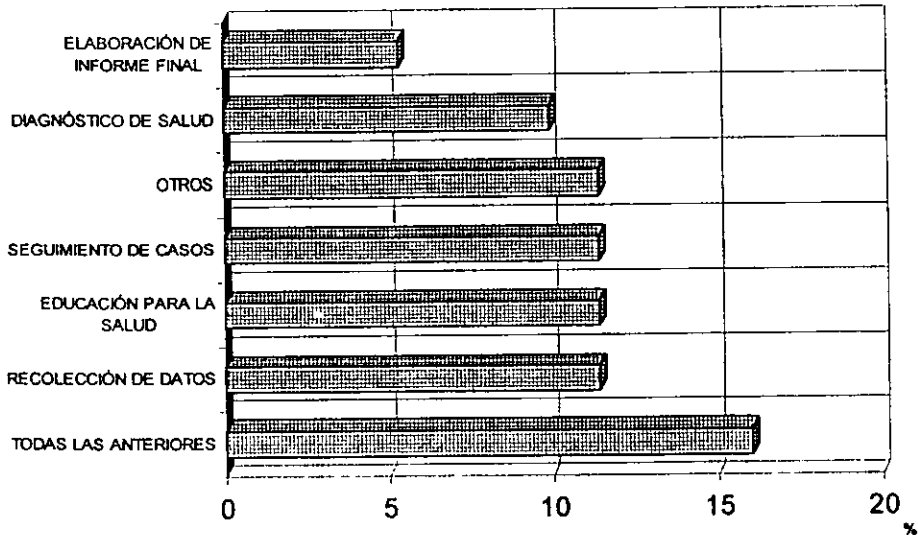


CUADRO No. 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
REFERENCIA EXPRESADA POR LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE
ENEO-UNAM 1987.

PARTICIPACIÓN EN EL DESEMPEÑO	F°	%
Diagnóstico de salud.	13	9.93*
Recolección de datos	15	11.45*
Elaboración del informe final	7	5.34*
Educación para la salud	15	11.45*
Seguimiento de casos	15	11.45*
Todas las anteriores	20	16.03*
Otros	15	11.45
Sin Respuesta	30	22.90
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRACTICA
COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.REFERENCIA EXPRESADA POR LOS
ALUMNOS DE 7° SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997

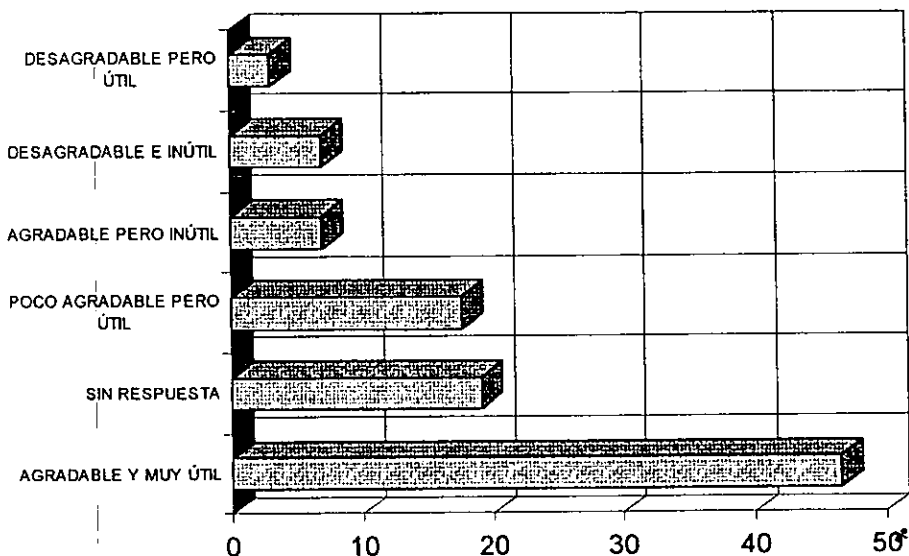


CUADRO No. 10
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I. REFERENCIA EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE
8o. SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

DESCRIPCIÓN	Fº	%
Agradable y muy útil.	61	48.57*
Agradable pero inútil.	9	8.87
Poco agradable pero útil.	23	17.55*
Desagradable e inútil.	9	8.88
Desagradable pero útil.	4	3.05
Sin Respuesta	25	19.08
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 10
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
REFERENCIA EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997

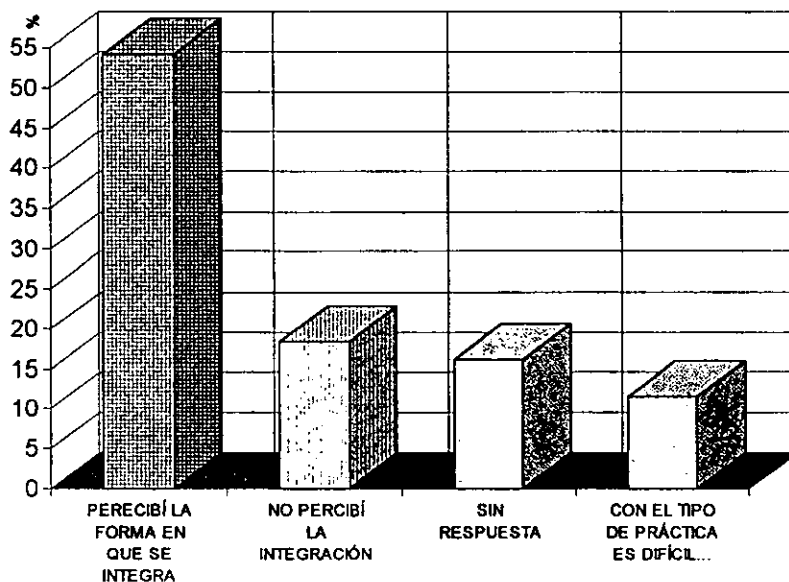


CUADRO No. 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE
OTRAS MATERIAS EN LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997.

PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN	F°	%
Percibí claramente la forma en que se integran.	71	54.19*
No percibí el nivel de integración.	24	18.32*
Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias.	15	11.48*
Sin Respuesta	21	16.03
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8° SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN
DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS MATERIAS EN LA
PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997

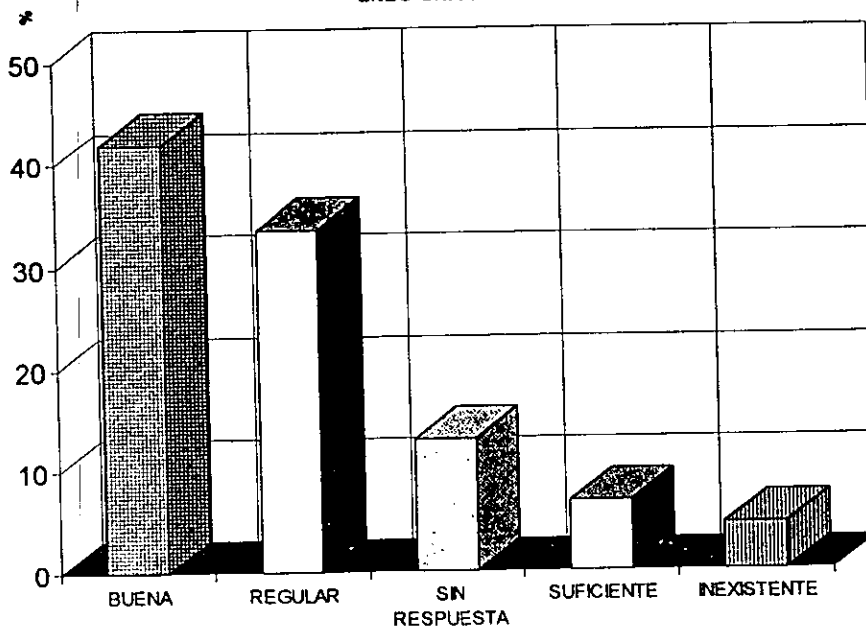


CUADRO No. 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE RESPECTO A LA RELACIÓN TEORÍA PRACTICA DE OBSTETRICIA I.
ENEQ-UNAM 1997.

RELACIÓN	Fº	%
Buena.	55	41.98*
Regular.	44	33.58*
Suficiente.	9	6.87
Inexistente.	6	4.58
Sin respuesta.	17	12.99
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE RESPECTO A LA
RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA D E OBSTETRICIAL
ENEQ-UNAM 1997

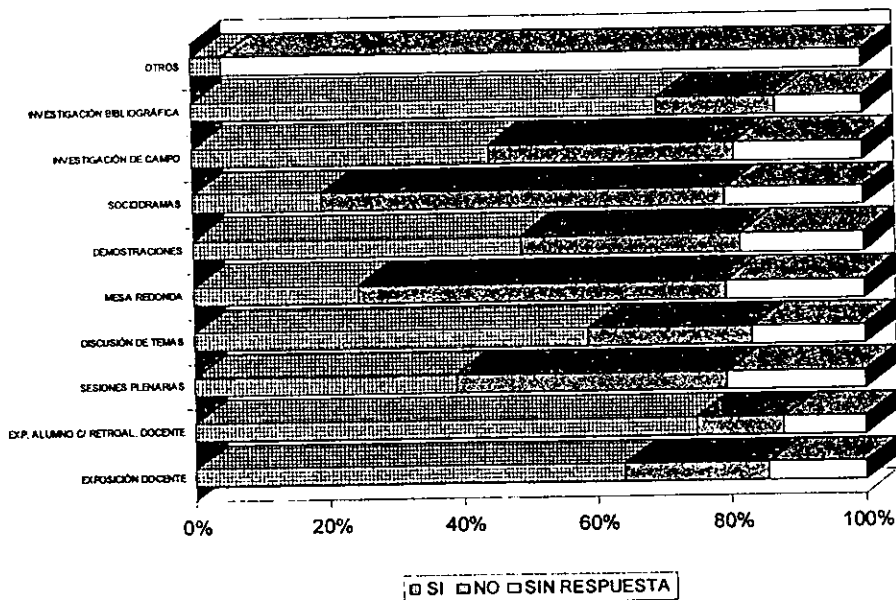


CUADRO No. 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE TEÓRICO DE LA
PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 6o. SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Exposición docente.	84	64.12*	28	21.38	19	14.50	131	100.00
Exposición del alumno con retroalimentación del docente.	98	74.80*	17	12.98	16	12.22	131	100.00
Sesiones plenarias.	51	38.93	53	40.45	27	20.61	131	100.00
Discusión de temas.	77	58.78	32	24.42	22	16.79	131	100.00
Mesa redonda.	32	24.42	72	54.97	27	20.61	131	100.00
Demostraciones.	64	48.86	43	32.82	24	18.32	131	100.00
Sociodrama.	25	18.09	79	60.30	27	20.61	131	100.00
Investigación de campo.	58	44.27	48	36.64	25	19.09	131	100.00
Investigación Bibliográfica.	91	69.48*	23	17.56	17	12.98	131	100.00
Otros	6	4.58	0	0	125	95.42	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE
TEÓRICO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS
DE 6° SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997

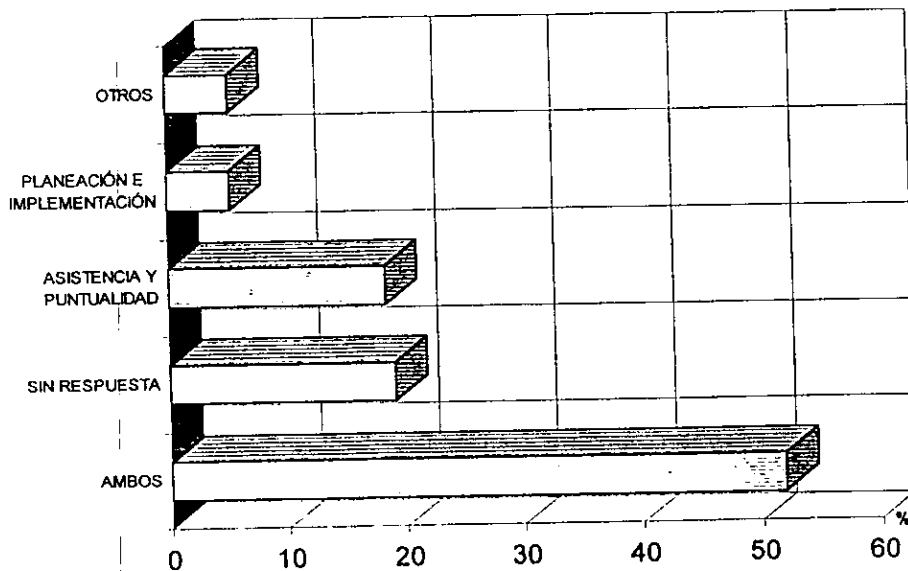


CUADRO No. 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA
PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997.

CRÉDITOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN	F°	%
Asistencia y puntualidad.	24	18.33
Planeación e implementación de actividades de educación para la salud perinatal.	07	5.34
Ambos.	68	51.90*
Otros.	7	5.34
Sin Respuesta	25	19.09
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE
ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997

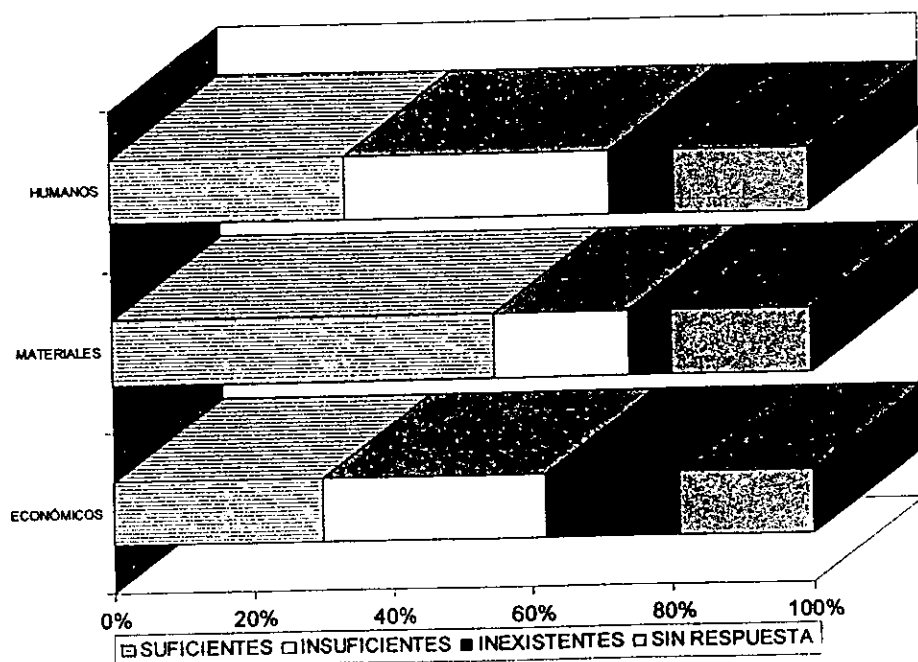


CUADRO No. 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
OBSTETRICIA I ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

RECURSOS	Suficientes		Insuficientes		Inexistentes		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Económicos.	39	29.88	42	32.07	25	19.10	25	19.95	131	100.00
Humanos.	72	54.96*	25	19.09	8	6.10	28	19.85	131	100.00
Materiales.	44	33.59	50	38.17*	12	9.18	25	19.06	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA
PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8º
SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

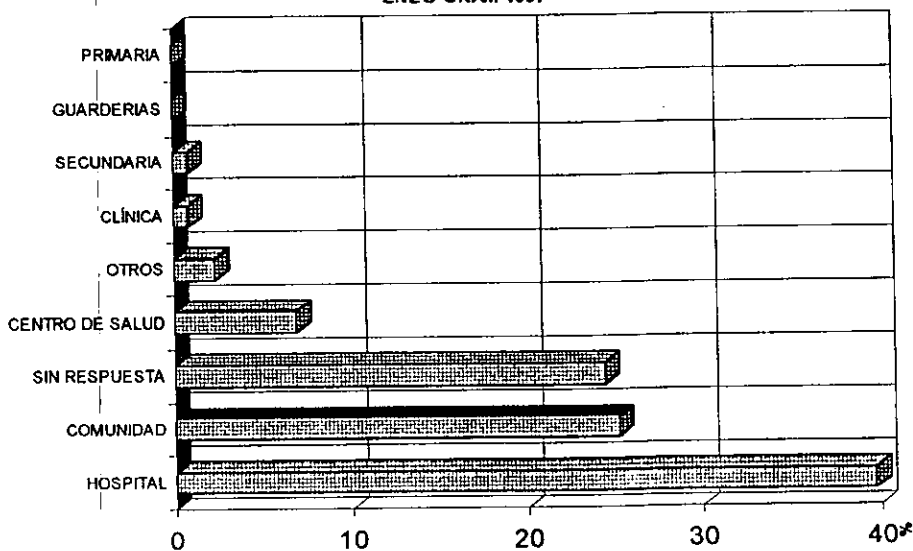


CUADRO No. 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
OBSTETRICIA I. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

SEDE	Fº	%
Hospital.	52	39.69*
Clínica.	1	0.77
Centro de Salud.	9	6.87
Guarderías.	0	0
Primaria.	0	0
Secundaria.	1	0.77
Comunidad.	33	25.19*
Otros.	3	2.29
Sin Respuesta	32	24.42
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE
REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I. ENCUESTA
REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997

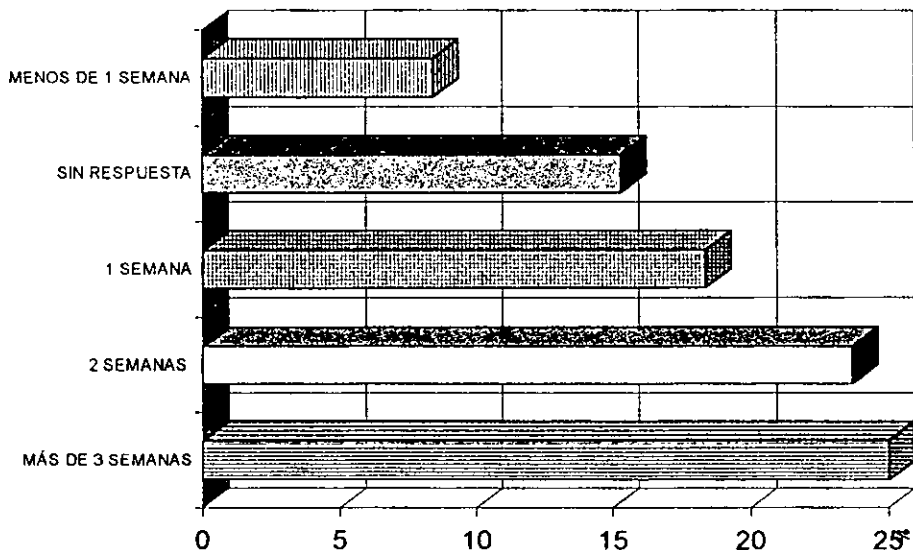


CUADRO No. 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997.

TIEMPO ASIGNADO	F°	%
Menos de 1 semana.	11	8.39*
1 semana.	24	18.33*
2 semanas.	31	23.66
Más de 3 semanas.	45	34.38*
Sin Respuesta	20	15.26
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO
ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997

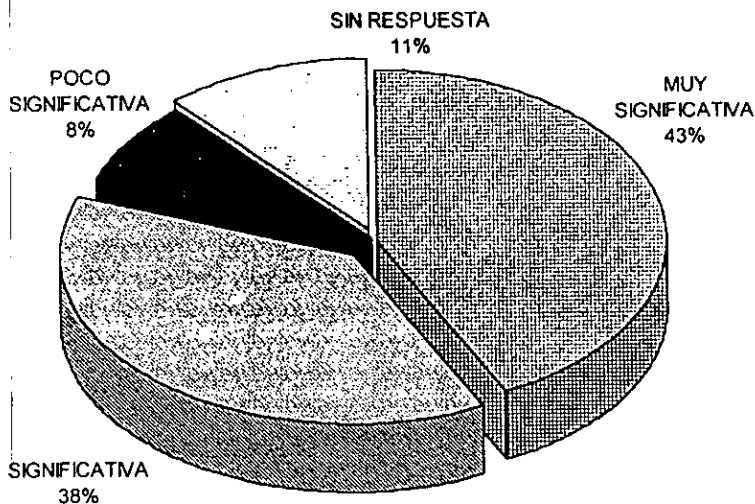


CUADRO No. 18
PERCEPCIÓN DE ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
OBSTETRICIA I. EN SU FORMACIÓN INTEGRAL
ENE0-UNAM 1997.

SIGNIFICADO	Fº	%
Muy significativa.	56	42.75*
Significativa.	50	38.16
Poco significativa.	10	7.63*
Sin Respuesta	15	11.46
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 18
PERCEPCIÓN DEL ALUMNO DE 8º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO
DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I EN SU FORMACIÓN
INTEGRAL
ENE0-UNAM 1997

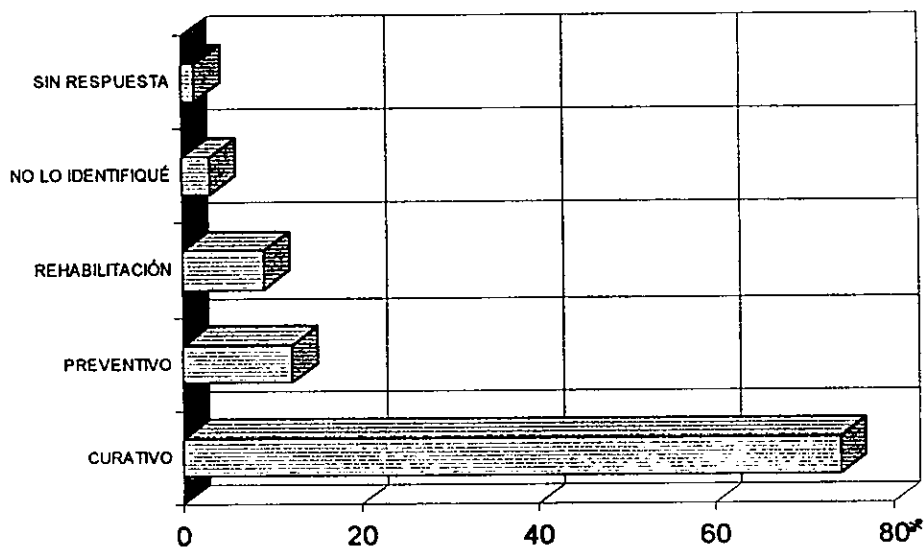


CUADRO No. 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º. EN RELACIÓN AL ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA
DE OBSTETRICIA I. ENEO-UNAM 1997.

ENFOQUE OTORGADO	Fº	%
Curativo.	4	3.08
Preventivo.	97	74.04*
Rehabilitación.	2	1.52
No lo identifiqué.	12	9.18
Sin Respuesta	16	12.22
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE EN RELACIÓN AL
ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997

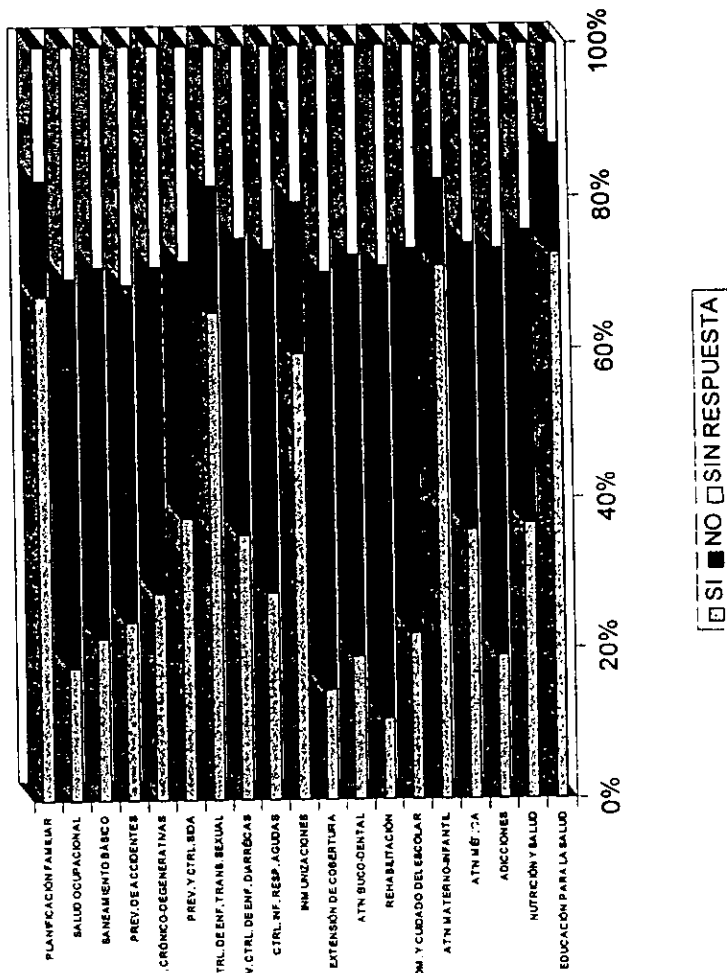


CUADRO No. 20
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN LOS PROGRAMAS NACIONALES DE
SALUD EN OBSTETRICIA I. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

PROGRAMAS NACIONALES	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Programa de educación para la salud.	95	72.52*	19	14.50	17	12.88	131	100.00
Programa de nutrición y salud.	48	36.64	51	38.94	32	24.42	131	100.00
Programa contra adicciones.	25	19.09	71	54.19	35	26.72	131	100.00
Programa de atención médica.	47	35.88	50	38.16	34	25.98	131	100.00
Programa de atención materno-infantil.	83	70.89*	15	11.45	23	17.56	131	100.00
Programa de promoción y cuidado de la salud escolar.	29	22.13	67	51.15	35	26.72	131	100.00
Programa de rehabilitación.	14	10.69	79	60.31*	38	29.00	131	100.00
Programa de atención buco-dental.	25	19.08	70	53.43	36	27.49	131	100.00
Programa de extensión de cobertura.	19	14.50	73	55.74	39	29.76	131	100.00
Programa de inmunizaciones.	78	59.54	26	19.84	27	20.62	131	100.00
Programa de control de infecciones respiratorias agudas.	36	27.49	60	45.80	35	26.71	131	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas.	46	35.12	52	39.69	33	25.19	131	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión.	85	64.89	22	16.79	24	18.32	131	100.00
Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA).	49	37.40	45	34.38	37	28.24	131	100.00
Programa de control de enfermedades crónico degenerativas.	36	27.49	57	43.51	38	28.00	131	100.00
Programa de prevención de accidentes.	31	23.67	59	45.04	41	31.29	131	100.00
Programa de saneamiento básico.	28	21.38	65	49.62	38	29.00	131	100.00
Programa de salud ocupacional.	23	17.58	68	51.90	40	30.54	131	100.00
Programa de planificación familiar.	88	67.18*	20	15.27	23	17.55	131	100.00

FUENTE: Mismo del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 20
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ALUMNOS EN LOS PROGRAMAS
 NACIONALES DE SALUD EN OBSTETRICIA I. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE. ENEO-
 UNAM 1997

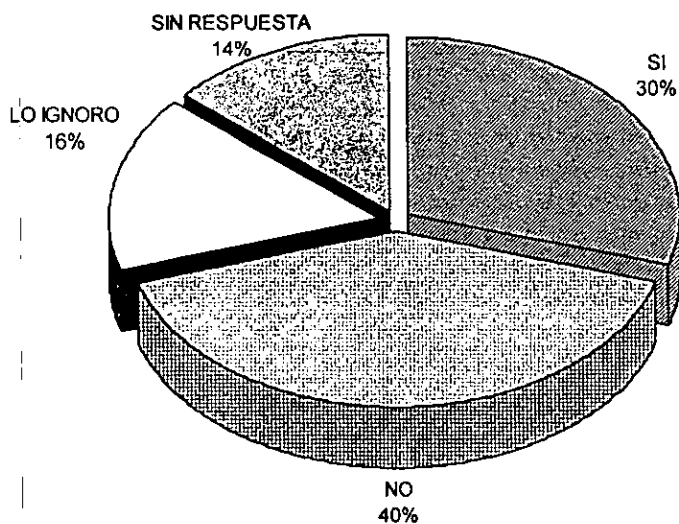


CUADRO NO. 21
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE UN DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL ANTECEDENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997.

	Fº	%
SI.	39	29.78
No.	53	40.45*
Lo ignora.	21	16.03
Sin Respuesta	18	13.74
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 21
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE
EL CONOCIMIENTO DE UN DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ANTECEDENTE A LA
PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENEO-UNAM 1997

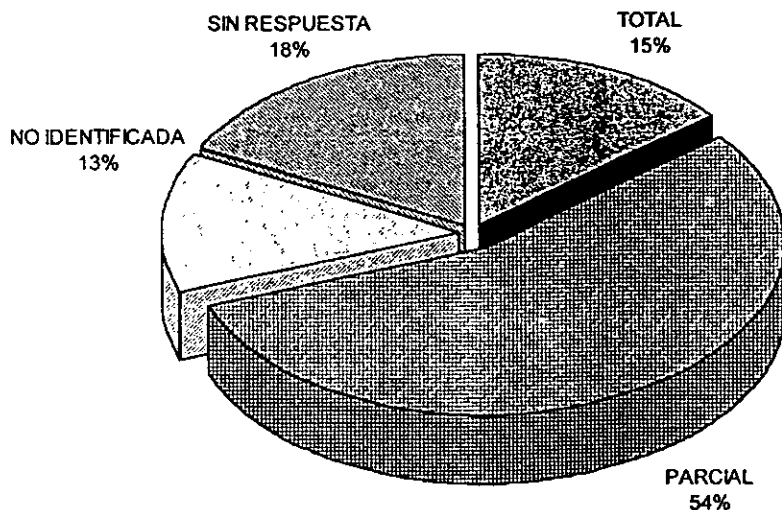


CUADRO No. 22
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE RESPECTO A LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS
EN COMUNIDAD DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I
ENEQ-UNAM 1997.

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS	F°	%
Total.	19	14.50
Parcial.	72	54.96*
No identificada.	17	12.88*
Sin Respuesta	23	17.56
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 22
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE RESPECTO LA
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNIDAD DURANTE
LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIAL ENEQ-UNAM 1997

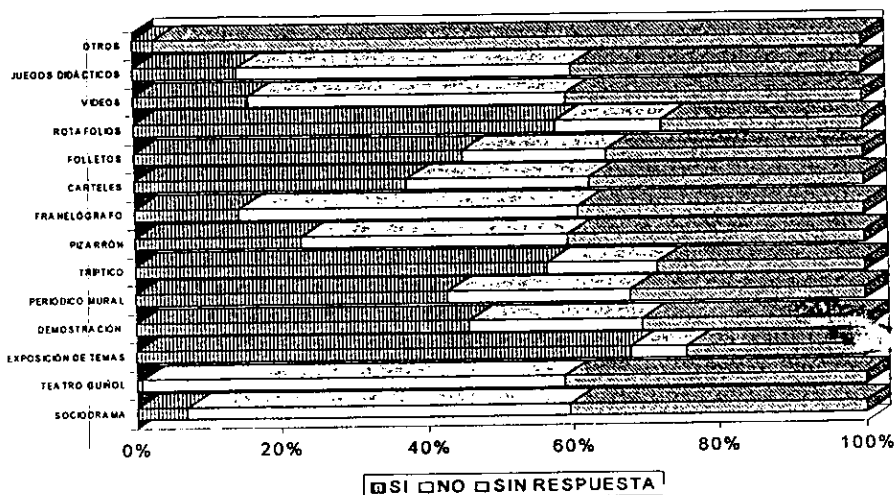


CUADRO No. 23
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS EN OBSTETRICIA I PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE
ENEQ-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI		NO		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Sociodrama.	9	6.91	69	52.68	53	40.43	131	100.00
Teatro Guiñol.	1	0.76	76	58.01	54	41.23	131	100.00
Exposición de temas.	89	67.94*	10	7.64	32	24.42	131	100.00
Demostración.	60	45.80	31	23.67	40	30.53	131	100.00
Periódico mural.	56	42.74	33	25.19	42	32.07	131	100.00
Tripticos.	74	56.49*	20	15.27	37	28.24	131	100.00
Pizarrón.	30	22.96	48	36.64	53	40.48	131	100.00
Franelógrafo.	19	14.50	61	46.58	51	38.94	131	100.00
Carteles.	49	37.40	33	25.19	49	37.41	131	100.00
Folleto.	59	45.04	26	19.85	46	35.11	131	100.00
Rotafolios.	78	59.01*	19	14.50	36	27.49	131	100.00
Videos.	21	16.03	57	43.51	53	40.48	131	100.00
Juegos didácticos.	19	14.51	60	45.80	52	39.69	131	100.00
Otros.	4	3.06	0	0	127	96.94	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 23
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS
EN OBSTETRICIA I PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD.
ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 8° SEMESTRE.
ENEQ-UNAM 1997

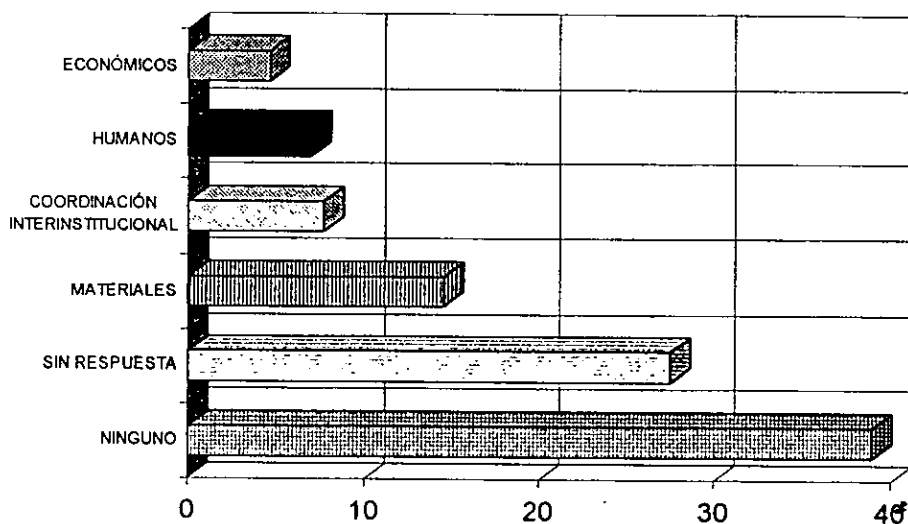


CUADRO No. 24
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.
ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997.

APOYO	Fº	%
Coordinación Interinstitucional.	10	7.63
Humanos.	9	6.87
Económicos.	6	4.58
Materiales.	19	14.50
Ninguno.	51	38.93*
Sin Respuesta	36	27.49
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICA 24
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES
DE 8º SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997



PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.

Los resultados que a continuación se presentan corresponden a la encuesta realizada a 131 estudiantes de 8° semestre de ambos turnos de Licenciatura respecto al bloque comunitario de la materia de Obstetricia I.

Al pedir la opinión a los encuestados respecto al nivel de dominio que consideraban tener sobre los temas de la asignatura, manifestaron tener un total dominio en primer término sobre Factores de riesgo en la evolución del embarazo; Aspectos socioculturales, psicológicos y biológicos otorgando 51.90% de las opiniones; Educación para la salud: Medidas e indicadores generales; Valoración del riesgo en la evolución del embarazo con 48.85%;

Paternidad responsable, conceptualización: Aspectos políticos y sociales del programa de planificación familiar, la regulación de la fertilidad humana, desde el enfoque de riesgo reproductivo; Métodos anticonceptivos mecanismos de acción, ventajas y desventajas). Sistema de evaluación de los usuarios, así como Medidas generales: Higiéneo dietéticas; Control de la fertilidad; Actividad sexual, Factores de riesgo y Manejo integral del recién nacido eutrófico con 48.09% cada uno; Estimulación temprana con 47.32%; La importancia del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Programa de salud materno-infantil, 45.04%; Atención del parto y alumbramiento en el hogar 43.52%; Aspectos socioculturales ligados al puerperio 43.51%; Sociedad y sexualidad 41.99%; Población con riesgo reproductivo con 38.16% de las opciones; Evaluación de del riesgo neonatal 33.58%; Indicadores de salud materno-infantil. Calculo y análisis de fecundidad, natalidad, morbilidad materna, consultas por embarazo, etc. 16.03%; y por último 9.92% de los alumnos dominan totalmente el tema de Políticas y estrategias de atención materno-infantil. Estadísticas vitales, pirámide poblacional.

El conocimiento de objetivos del programa de práctica comunitaria se manifestó como afirmativo en un 57.25% de los casos, destaca que un 38.93% negó haber conocido los objetivos de la práctica comunitaria.

El eje de la práctica comunitaria de Obstetricia I lo constituye un objetivo estipulado en el programa, el cual hace alusión a que en base en el análisis de la problemática de salud del grupo materno-infantil de la sociedad mexicana, el alumno inferirá la participación del Licenciado en Enfermería y Obstericia en los Programas Nacionales de atención a la salud; al respecto sólo 44.28% consideró haber cumplido con este objetivo.

En cuanto al nivel de dominio que consideraban los alumnos de octavo semestre tenía el docente sobre los contenidos del programa de práctica comunitaria sólo un 41.22% de los opinó que los dominaban totalmente.

En relación a la actitud del docente ante cuestionamientos conceptuales de la Práctica Comunitaria 68.72% de los estudiantes calificó como positiva, incluyéndose en esta categoría una postura abierta, de interés, cooperador y motivado.

La profundidad de abordaje de temas del programa de práctica comunitaria sólo 40.46% indicaron que fué buena, aunque no puede soslayarse que 48.85% la percibió como regular.

El docente asistió a la práctica de forma puntual de acuerdo a la opinión de 48.08% y 29.00% opinan que después de 30 minutos.

Enfoques esenciales de la práctica comunitaria lo constituyen las técnicas y procedimientos de enfermería comunitaria de obstetrica I, como detección de factores de riesgo e indicadores de medidas de control del cual 54.19% opinan tener un dominio absoluto, educación para la salud perinatal tendiente al autocuidado en el proceso reproductivo y prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos otorgando un 49.62% al primero y 39.70% al segundo caso, y por último 29.78% opino tener dominio absoluto sobre la atención del parto y alumbramiento en el hogar.

La participación de estudiantes de octavo semestre en la práctica comunitaria de Obstetricia I, fué en un 9.93% en diagnóstico de salud, el 11.45% recolección de datos así como también educación para la salud y seguimiento de casos con el mismo porcentaje; el 5.34% elaboración del informe final y sólo un 16.03% realiza conjuntamente todas las actividades ya mencionadas.

A pesar de que 46.57% de las opiniones se inclinan a calificar a la práctica comunitaria como agradable y muy útil, se detectó que 17.55% si bien dice que es útil, la califica como poco agradable pero útil.

54.19% de los encuestados percibieron claramente la forma en que se integran los conocimientos de otras materias con la práctica comunitaria, sin embargo cabe destacar que el 11.46% considera que con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias y el 18.32% no percibió el nivel de integración.

Para el grupo de investigadoras fué importante saber como consideraban los alumnos la relación teoría-práctica en Obstetricia I: obtuvimos que 41.98% de ellos lo consideran como buena; no obstante hay 33.58% que dijeron percibirla como regular.

Las dinámicas y técnicas de enseñanza teórica de la práctica más utilizadas para la práctica comunitaria resultaron ser según los encuestados con un 74.80% exposición del alumno con retroalimentación del docente, seguida de un 69.46% para investigación bibliográfica y la exposición docente con más del 64.12%.

Los criterios de acreditación y evaluación en los que tiene sus bases la práctica comunitaria, resultaron ser asistencia y puntualidad así como planeación e implementación de actividades de educación para la salud prenatal a los cuales se les otorgó un 51.90% de las respuestas.

El 38.17% de los encuestados ratificó la insuficiente disponibilidad de recursos materiales para realizar la práctica comunitaria, no obstante un 54.96% opina que los recursos son suficientes y un 32.07% opino que los recursos económicos son insuficientes.

Sólo un 25.19% de los encuestados realizó la práctica comunitaria, mientras que un 39.19% opinó haberla realizado en hospital.

Sólo un 34.36% afirman que el tiempo asignado a la práctica comunitaria fué de 3 semanas, un 18.33% opinan que se realizó en una semana y 8.59% en menos de una semana.

A pesar de que la relevancia que se supone debería tener la práctica comunitaria en la formación integral del alumno encontramos que sólo un 42.75% de éstos la consideran como muy significativa y sólo el 38.16% la considera significativa. Aunque parece poco un 7.63% dice que es poco significativa.

El 74.04% de los estudiantes de octavo semestre opinó que el enfoque otorgado a la práctica comunitaria de Obstetricia I fué preventivo.

En cuanto al rubro de Programas Nacionales de Salud en participación mayor de los estudiantes de octavo semestre, opinan que 70.99% participó en el Programa de atención materno-infantil, en tanto que 72.52% lo hizo en el Programa de educación para la salud, un 67.18% en planificación familiar, el 60.31% opinó que el Programa en el que menos participó fué el de rehabilitación.

Opinión de los alumnos de octavo semestre según el conocimiento de un Diagnóstico Situacional antecedente a la práctica comunitaria, señala que un 40.45% no conoce dicho estudio.

El 54.96% señala que se satisficieron de manera parcial las necesidades detectadas y un 12.98% no identificaron que el nivel de satisfacción se alcanzó.

Las técnicas y recursos didácticos más utilizados por los alumnos fué la exposición de temas con 67.94%, rotafolios con 58.01% así como la utilización y manejo de trípticos con 56.49%.

El estudio incluyó algunos items de respuesta abierta, estos se conideran como hallazgos cualitativos que expresan la opinión respecto a experiencias y expectativas de los entrevistados en cuanto a enfermería comunitaria. La presentación de las opiniones se hace mediante transcripción textual.

Los alumnos de 8º semestre opinaron que durante el desempeño de la práctica comunitaria de obstetricia I tuvieron también participación en:

"Lactancia materna"; "Orientación sobre preclamsia y eclamsia"; "Colaboración en cosultorios y educación para la salud"; "Atención de parto y todos sus procedimientos"; "Elaboración de programas de atención para la salud en el nucleo familiar".

La descripción de la práctica comunitaria de los alumnos de 8º semestre fué *Agradable y muy útil porque:*

"Es de vital importancia para detección de factores de riesgo"; "Pudimos canalizar y prevenir enfermedades a personas en edad reproductiva"; "Es la población más necesitada de educación para la salud perinatal"; "Hicimos seguimiento en el hogar del paciente y explicamos diversas cuestiones"; "Siempre es interesante conocer creencias y costumbres y aportar tus conocimientos"; "Se reafirman conocimientos adquiridos en la teoría"; "Te encuentras con personas muy accesibles y que están dispuestas a aprender por lo que te llena de satisfacción además de saber que enseñas a la gente a cuidarse"; "Es necesario para la formación de enfermería".

Poco agradable pero útil porque:

"Te enfrentas a muchos problemas para obtener información".

Agradable pero inútil porque:

"No contamos aveces con el suficiente conocimiento, material y apoyo para poder hacer verdaderamente una práctica comunitaria de calidad"; "La gente aveces no está conciente de lo

que damos y nuestro trabajo no es valorado"; "En ocasiones por no existir supervisión se falsean los datos y se bloquea el trabajo de quien si está interesado en el área"; "Me gustaría que fuera una práctica comunitaria verdadera y no relleno de la práctica hospitalaria"; "No hay seguimiento de casos detectados"; "Los pacientes que se canalizaron para su control no se presentaron a la cita"; "Te emociona encontrar los factores de riesgo pero el no poder canalizarlos adecuadamente es frustrante".

Desagradable e inútil porque:

"Dependiendo a la comunidad que vayas siempre se arriesga uno como mujer y el pandillerismo que existe en las comunidades a las que generalmente nos mandan por ser de bajos recursos es peor"; "La gente aveces no es tan conciente de lo que les damos y nuestro trabajo se va a la basura por ejemplo folletos, etc..."; "Aun no es reconocida la Licenciatura en esta área de trabajo, no se reconoce la especialidad"; "La sede fué CIMIGEN y sólo fuimos hacerle promoción a la institución"; "Al final la carga de trabajo es mucho"; "Encierra una serie de problemáticas"; "No es de mi interés"; "Por los recorridos en las comunidades preguntando cuestiones que no venian al caso"; "Es fastidioso estar tocando puertas y que no te abran".

Los criterios de acreditación y evaluación de la práctica comunitaria de 8º semestre que se manejaron en el apartado de otros fueron:

"Exámen evaluatorio"; "Exámen oral, asistencia y puntualidad a las guardias asignadas"; "Participación directa con la población"; "Cantidad de la población abarcada"; "Tareas y exposiciones"; "Participación"; "No fué evaluada"; "Planeación de actividades de forma extra-escolar".

La sedes de la práctica comunitaria de 8º semestre fueron:

Hospitales: Materno-Infantil Topilejo, Cuautitlán ISEM Vicente Villada Ford, de la Mujer, Materno-Infantil Inguaran, Gregorio Salas DDF, La Raza Gineco No. 3, H.R.G Iztapalapa, Pediátrico Tacubaya, General Zaragoza

Comunidades: Col. Tenorios, San Lorenzo, Ejercito de oriente, San Gregorio de las flores, San Luis Tlaxattemalco

Centro de Investigación Materno-Infantil CIMIGEN

La práctica comunitaria no estuvo basada en un diagnóstico de salud previo porqué: "En realidad no se especificó de esa manera"; "Nos dedicamos a obtener información de la comunidad en la que trabajamos"; "No realicé práctica comunitaria"; "Hicimos recopilación de datos"; "No conocí ni los objetivos y algún anteproyecto"; "No tenían nada los profesores"; "Nunca se contempló la comunidad anterior"; "Sólo realizamos seguimiento de casos"; "No por ser una comunidad nueva";

"Sólo nos enviaron a realizar encuestas, tabular y promocionar a la institución"; "No, y considero que es sumamente importante para mejorar la atención específica de la población"; "Son sedes antiguas y no conocemos si se realizó o no dicho diagnóstico"; "Solo se tomaron las características y necesidades de la comunidad"; "Nunca no lo dieron a conocer".

Los programas que se implementaron para dar solución de las necesidades detectadas de la comunidad donde se realizó la práctica comunitaria de 8° semestre fueron:

"Fomento a la salud"; "Prevención de accidentes"; "Planificación familiar"; "Atención Materno-Infantil"; "Prevención de infecciones de vías urinarias"; "Prevención de Ca de mama"; "Higiene personal"; "Programa de atención perinatal en el adolescente"; "Programa de detección de factor de riesgo reproductivo en las mujeres gestantes y en edad reproductiva"; "Prevención de enfermedades de transmisión sexual"; "Cuidados al recién nacido"; "Lactancia materna"; "Prevención de diabetes"; "Inmunizaciones"; "Prevención de infecciones cervico-vaginales"; "Nutrición e higiene de los alimentos"; "Prevención de Ca Cu en mujeres de edad reproductiva"; "Alojamiento conjunto"; "Exploración de mama"; "No me toco participar en ellos".

Las propuestas de los alumnos de 8° semestre para mejorar la práctica comunitaria fueron:

"Que se realice si está en el programa"; "Mejor supervisión, mayor planeación y motivación"; "Mejor planeación de la práctica en los temas acordes al programa"; "Que los profesores se integren más con los alumnos ya que muchas veces nos dejan solos y acargo de todo"; "Que realmente a el alumno se haga participe de la realización del diagnóstico situacional y de la atención de necesidades detectadas"; "Responsabilizar al personal del hospital en la participación y realización de programas y de investigación propia del hospital"; "Que haya un lugar específico y objetivos claros para realizar o llevar acabo un adecuado planteamiento de las prácticas comunitarias"; "Que se elabore por la academia un programa formal de prácticas comunitarias de Obstetricia"; "Que se unifique la implementación de la práctica comunitaria en todos los grupos con un mismo programa"; "No me interesa este tipo de prácticas"; "Propongo que el profesor evalúe si vale la pena o no realizar la práctica comunitaria"; "Que se otorgue mayor tiempo a la práctica comunitaria"; "Que se lleve acabo el seguimiento de casos en el hospital ya que no se realizó"; "Que la práctica esté bien planeada y que se realice un diagnóstico de salud para que sea dirigido en base a problemas reales"; "Preparar mejor material didáctico y con mayor tiempo"; "En especial que el docente sea una persona madura y que actúe de acuerdo al raciocinio y no a su ego y machismo"; "Cambiar el campo de la práctica comunitaria"; "Que realmente se abarque el bloque teórico en la comunidad y se pongan en práctica"; "Sinceramente no estoy muy de acuerdo con las prácticas comunitarias, ya que siempre las colonias a las que nos mandan existe pandillerismo, alcohólicos, drogadictos y sentimos atenta nuestra seguridad aunque vayamos de dos en dos pues no descartamos que nos ataquen verbal o físicamente"; "Que sea lo mas

accesible para poder trabajar muy bien"; "El tiempo que utilizamos para la práctica comunitaria lo deberías utilizar en la práctica clínica"; "Que se busquen problemas reales, no inventados ni que sea tomado en cuenta como mero requisito"; "Proporcionar el material de fotocopiado"; "Que desaparezca"; "Mayor apoyo por parte de las instituciones"; "Mejorar la preparación de los docentes. Valorar los objetivos"; "Mayor interés por parte de nosotros y de las instituciones"; "Profundizar en la detección de factores de riesgo prenatal y el uso de formatos de valoración de riesgo reproductivo, exploración física a las embarazadas"; "Propongo que no solo nos tomen como objetos para obtener información de la comunidad si no que realmente nos hagan partícipes de los programas implementados para la prevención de la comunidad"; "Que se asigne a un maestro titular de la práctica comunitaria que sea especialista de la salud pública y que sobre todo le agrade las actividades que se desempeñan para que nos pueda transmitir ese gusto por las cosas, además de hacernos partícipes en la planeación real de los programas que se implementarán en la comunidad y no solo les sirvamos de material humano para llevar acabo los programas y obtener resultados"; "Promover más los programas del Sistema Nacional de Salud enfocados a la vida reproductiva"; "Integrar más bien los conocimientos de patologías en el embarazo y ayudar a la comunidad a detectarlos y resolverlos o mitigarlos"; "Que se tenga un convenio con la institución de salud para canalizar los casos detectados con algun riesgo y no se les cierre la atención pues así no sirve de nada nuestro trabajo y la gente ya no creará en nosotros"; "Que el personal interinstitucional se esmere en la calidad del servicio a la comunidad"; "Apoyo económico por parte de la ENEO para realizar material didáctico de calidad para dar educación a la comunidad y que ese material sea de base para otros grupos"; "Que se le proporcione a la comunidad atención médica por ejemplo: toma de signos vitales, somatometría, prueba de detección de DM, atención prenatal, etc., y que los casos detectados tengan seguimiento",

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA I.

Las conclusiones realizadas respecto a Enfermería Comunitaria de la asignatura de Obstetricia I son:

- a) Apesar de que los temas y objetivos contemplados en el programa de Obstetricia Y son acordes a la problemática y necesidades de la población materno-infantil del país el dominio y cumplimiento que posee el alumno de éstos, es insuficiente para respaldarlos académicamente. Lo anterior adquiere relevancia si se asocia con la evaluación realizada por el CONACYT, sobre los programas de posgrado a nivel nacional, en los cuales menciona que el sistema de estudios en Salud Pública se encuentra desvinculado de la problemática relevante del país, académicamente débil, poco productiva y de baja eficiencia terminal reflejada en un franco rezago que se trae desde la formación del pregrado.
- b) El nivel de dominio y el abordaje que tienen los docentes sobre contenidos temáticos de la práctica comunitaria es parcial, situación que repercute de manera directa en la formación académica específica en ésta área que se postula como práctica independiente.
- c) En otro orden de ideas se puede reconocer que las técnicas y procedimientos enfocados a enfermería comunitaria requieren de un nivel de dominio absoluto por parte del alumno de 8° semestre; entre otras se menciona la prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, atención del parto y alumbramiento en el hogar, educación para la salud perinatal tendientes al autocuidado en el proceso reproductivo y detección de factores de riesgo e indicaciones de medidas de control.
- d) Se vislumbró que la participación del alumno en el desempeño de la práctica comunitaria no es integral, ya que se ven fragmentadas sus funciones dentro del medio comunitario especialmente en el proceso de planeación de la práctica y el tiempo otorgado a la misma.
- e) La práctica comunitaria de Obstetricia I, la percibió el alumno como agradable y muy útil pues su interacción con el binomio madre e hijo permite integrar conocimiento de otras materias antecedentes como Pediatría, Nutrición, Psicología del niño. Ésto favorece la óptima relación de la teoría-práctica alcanzado con ello un impacto favorable en su formación integral.
- f) Se sigue observando a lo largo de la formación académica la tendencia tradicional en el proceso enseñanza aprendizaje..

- g) Los criterios de acreditación y evaluación contemplados en el programa de Obstetricia Y , son insuficientes para constatar el aprendizaje que el Licenciado en Enfermería debe tener en el ámbito comunitario. De acuerdo al perfil del egresado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia deberá asumir el papel en los cambios requeridos en México en pro de la meta mundial para el próximo milenio en la que está implícita su participación en el primer nivel de atención a favor de la cultura de prevención.
- h) El hecho de que las principales sedes de la práctica sean hospitales hace que reste posibilidad de trabajar dentro de las comunidades y centros de atención primaria. El argumento para seleccionar sedes es que éstas cumplan con la estrategia de Atención Primaria que permita ampliar la cobertura materno-infantil para ser atendida por los alumnos de Obstetricia.
- i) La participación del alumno de Obstetricia I en los Programas Nacionales de Salud es óptima ya que participa en programas que le permiten desarrollar una actitud de lo que es la cultura de salud, competencia, cooperación y liderazgo a favor de la población materno-infantil.
- j) Las técnicas y recursos didácticos utilizados por el alumno siguen siendo pasivos, impidiendo el impacto de las acciones para modificar la actitud en la comunidad.
- k) Finalmente se observó que los recursos económicos y materiales así como el desconocimiento diagnóstico situacional de las sede de práctica comunitaria impidió la satisfacción de necesidades de la comunidad. Esto es un problema de planeación que puede resolverse en corto plazo mediante convenios interinstitucionales en los que hayan aportes simultáneos.

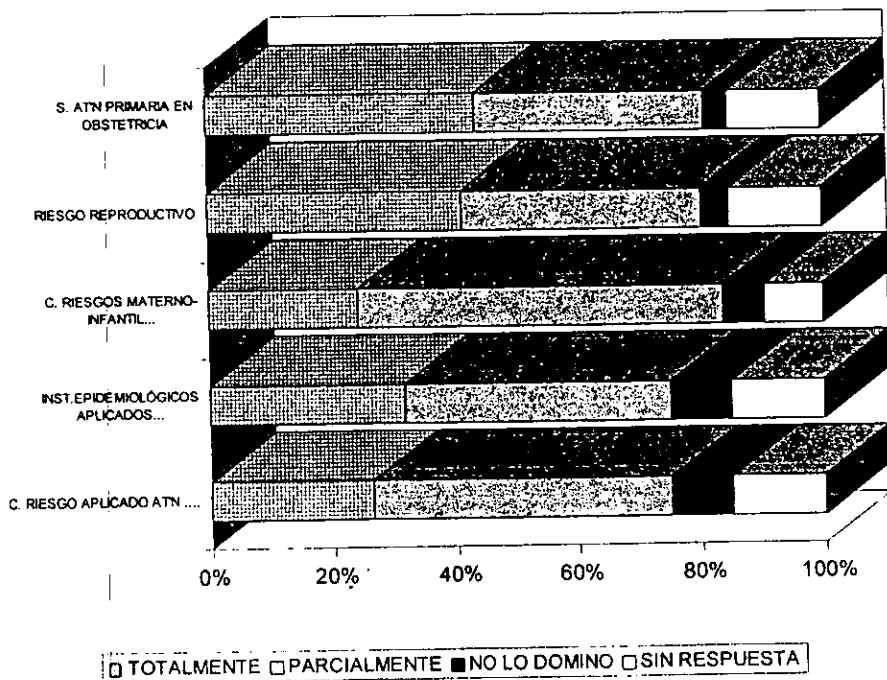
OBSTETRICIA II

CUADRO No. 1
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DEL 8º SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE OBSTETRICIA II, ENEO-UNAM 1997.

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO									
	Totalmente		Parcialmente		No lo domino		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Concepto de riesgo aplicado en la atención perinatal.	35	26.32*	65	48.87	13	9.78	20	15.03	133	100.00
Instrumentos epidemiológicos empleados en el enfoque de riesgo.	42	31.58*	58	43.61	13	9.78	20	15.03	133	100.00
Cuantificación de los riesgos materno-infantil, en el individuo y la comunidad.	48	36.09*	53	39.83	13	9.78	19	14.30	133	100.00
Riesgo para la reproducción.	55	41.36*	52	39.10	6	4.51	20	15.03	133	100.00
Situación de atención primaria en Obstetricia.	58	43.61*	50	37.60	5	3.76	20	15.03	133	100.00

FUENTE: Datos procesados por las P.S.S. Carrasco, M., Govêa, P., Gutiérrez, G., Hernández, M., López, R., Velázquez, L., de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. ENEO-UNAM. 1997

GRÁFICA 1
OPINIÓN DEL ESTUDIANTE DE 8º SEMESTRE EN CUANTO AL NIVEL DE DOMINIO QUE POSEEN SOBRE LOS CONTENIDOS TEMÁTICOS DEL BLOQUE COMUNITARIO DE OBSTETRICIA II, ENEO-UNAM 1997

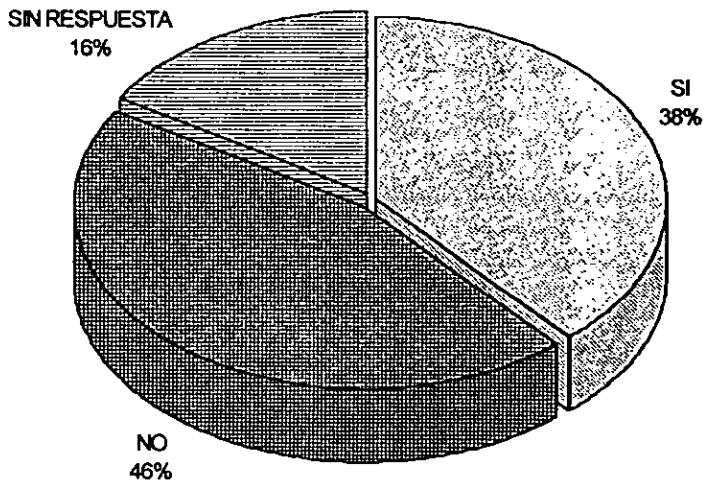


CUADRO No. 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS
COMUNITARIAS DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

CONOCIMIENTO DE OBJETIVOS	Fº	%
Si	51	38.34
No	60	45.12*
Sin Respuesta	22	16.45
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 2
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE
LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE
OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997



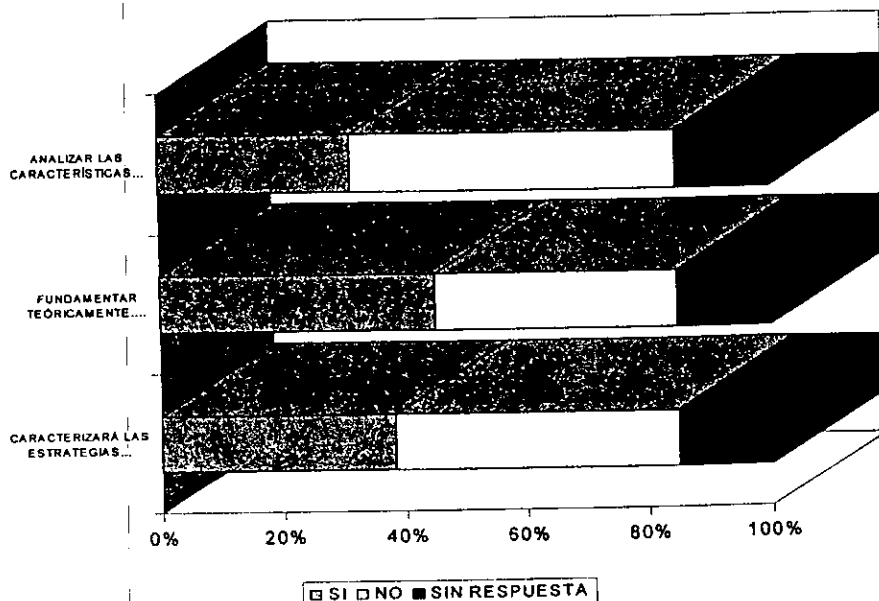
CUADRO No. 3

OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

OBJETIVO	Sí		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
A partir de los conceptos estudiados en la unidad, el estudiante caracterizará las estrategias de atención primaria perinatal como alternativa para incidir en la problemática materno-infantil.	51	8.35	62	48.82*	20	15.03	133	100.00
Fundamentar teóricamente los criterios que se asignen para evaluar el estado de riesgo del proceso de la reproducción humana.	60	45.13*	53	39.84	20	15.03	133	100.00
Analizar las características de un modelo de atención primaria perinatal, sus criterios de organización y funcionamiento, así como los parámetros para inferir la calidad de sus acciones.	42	31.58	71	53.39*	20	15.03	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRÁFICAS
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997

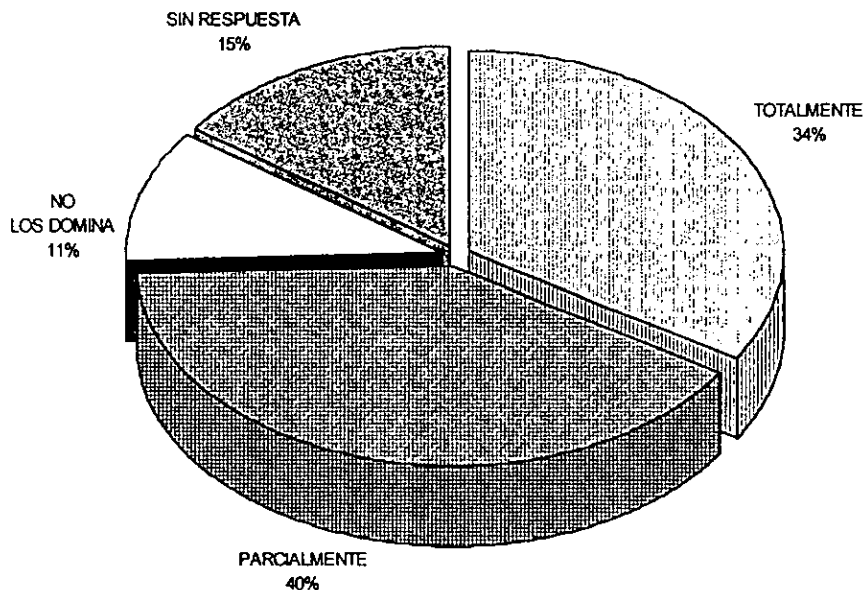


CUADRO No. 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II ENEO-UNAM 1997.

DOMINIO	Fº	%
Totalmente	45	33.84*
Parcialmente	54	40.61*
No lo domino	14	10.52
Sin respuesta	20	15.03
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 4
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE REFERENTE AL DOMINIO DEL DOCENTE EN CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997



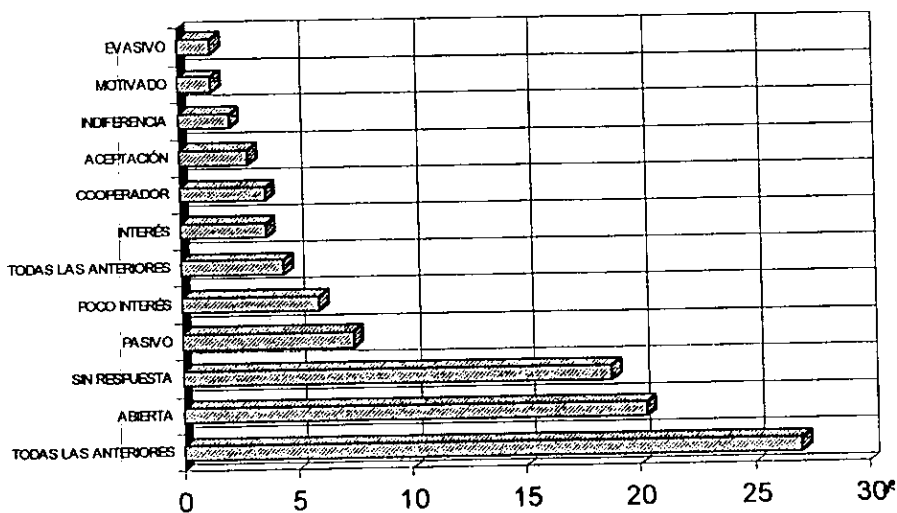
CUADRO No. 5

PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS CONCEPTUALES DE LA PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

ACTITUD	Fº	%	Fº Ac.
Abierta	27	20.30	20.30
Aceptación	4	3.01	23.31
Interés	5	3.78	27.07
Cooperador	5	3.76	30.83
Motivado	2	1.50	32.33
Todas las anteriores	36	27.07	59.40*
Poco interés	8	6.02	65.42
Indiferencia	3	2.25	67.67
Pasivo	10	7.52	75.19
Evasivo	2	1.50	76.69
Todas las anteriores	6	4.51	81.20
Sin Respuesta	25	18.80	100.00
TOTAL	133	100.00	

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 5
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE LA ACTITUD DEL DOCENTE ANTE CUESTIONAMIENTOS CONCEPTUALES DE LA PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997

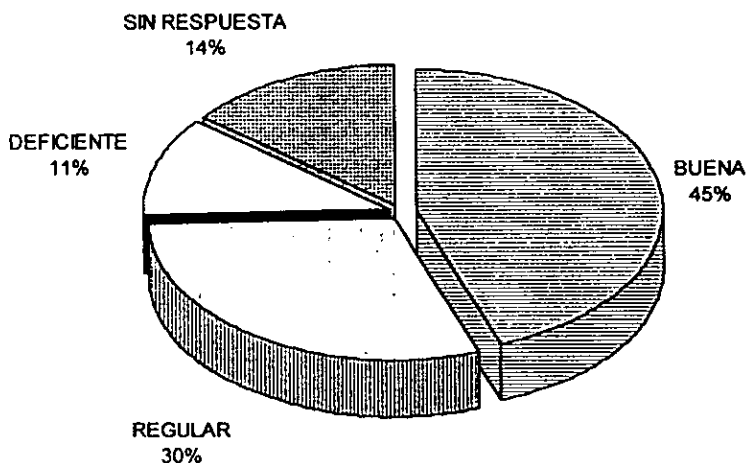


CUADRO No. 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE LA PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

PROFUNDIDAD DE ABORDAJE	F°	%
Buena	59	44.36*
Regular	40	30.08*
Deficiente	15	11.28*
Sin Respuesta	19	14.28*
TOTAL	131	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 6
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE LA PROFUNDIDAD DE ABORDAJE DE LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997

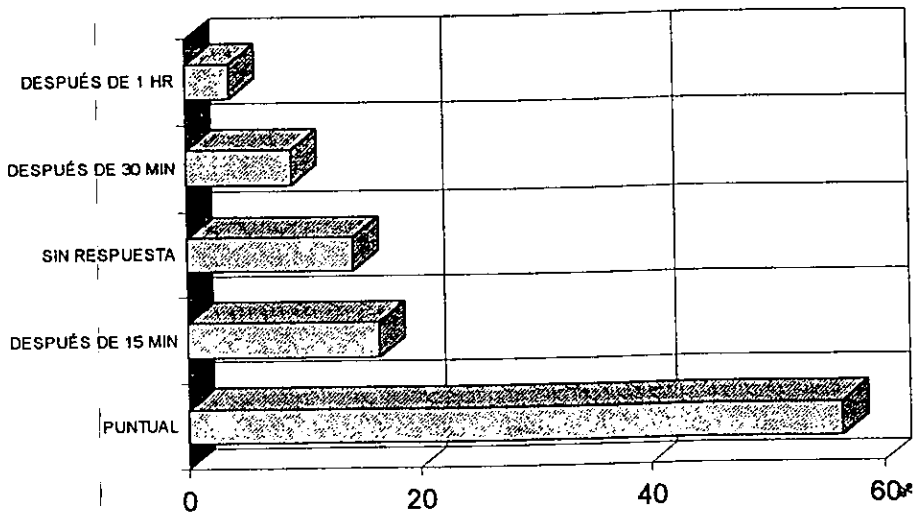


CUADRO No. 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE EN CUANTO A LA PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

PUNTUALIDAD	F°	%
Puntual	75	58.39*
Después de 15 minutos	22	18.54
Después de 30 minutos	12	9.02
Después de 1 hora	5	3.75
Sin Respuesta	19	14.30
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 7
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE EN CUANTO A LA PUNTUALIDAD CON QUE ASISTE EL DOCENTE A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997

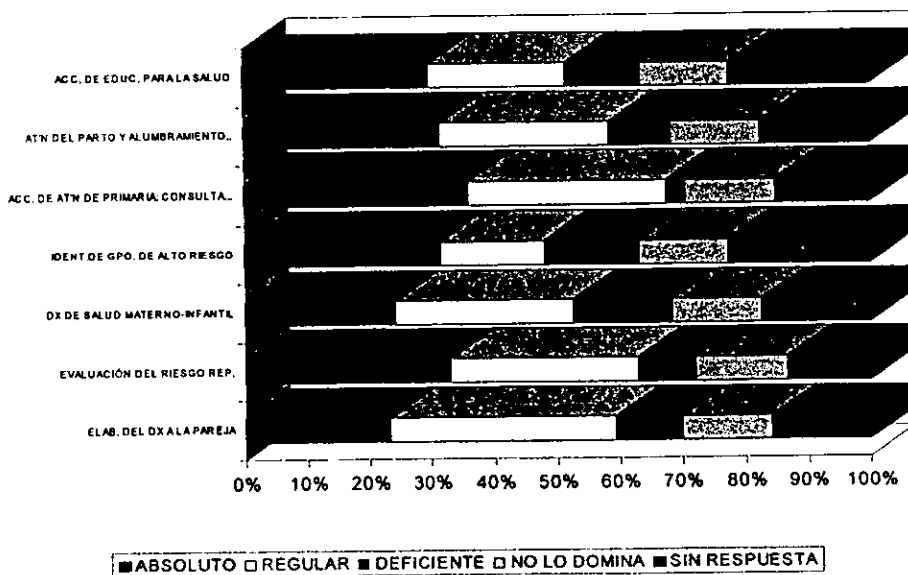


CUADRO No. 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 6o. SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO										TOTAL	
	Absoluto		Regular		Deficiente		No lo domina		Sin respuesta			
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Elaboración del diagnóstico integral del riesgo reproductivo.	31	23.21*	48	36.09	14	10.53	19	14.29	21	15.78	133	100.00
Evaluación del riesgo reproductivo.	43	32.34*	39	29.33	12	9.00	19	14.29	20	15.04	133	100.00
Diagnóstico de Salud materno-infantil.	32	24.08*	38	28.58	21	15.78	19	14.29	23	17.29	133	100.00
Identificación de grupo de alto riesgo.	42	31.58*	22	16.54	20	15.03	19	14.29	30	22.56	133	100.00
Acciones de atención primaria: consulta de embarazo, planificación familiar y crecimiento y desarrollo del RN.	48	36.09*	42	31.58	4	3.00	19	14.29	20	15.04	133	100.00
Atención del parto y alumbramiento.	42	31.58*	36	27.06	13	9.78	19	14.29	23	17.29	133	100.00
Acciones de educación para la salud perinatal.	40	30.07*	28	22.05	16	12.03	19	14.29	30	22.56	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 8
NIVEL DE DOMINIO SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA. OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 6º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

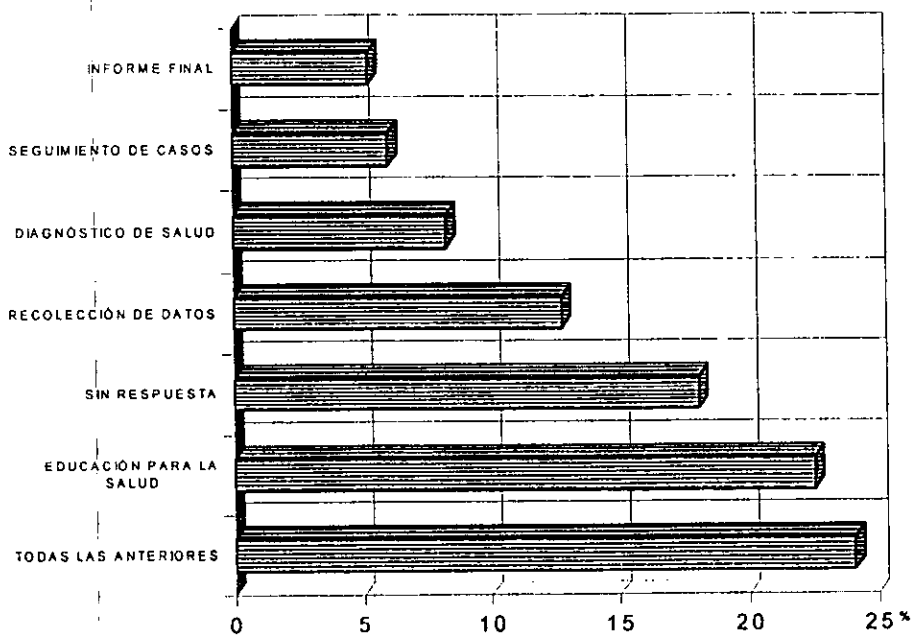


CUADRO No. 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. REFERENCIA EXPRESADA
POR LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

PARTICIPACIÓN EN EL DESEMPEÑO	Fº	%
Diagnóstico de salud	11	8.27*
Recolección de datos	17	12.78*
Elaboración del informe final	7	5.26*
Educación para la salud	30	22.55*
Seguimiento de casos	8	8.01*
Todos los anteriores	32	24.07*
Otros	4	3.0
Sin Respuesta	24	18.06
TOTAL	133	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 9
PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. REFERENCIA EXPRESADA POR LOS
ALUMNOS DE 8º SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997

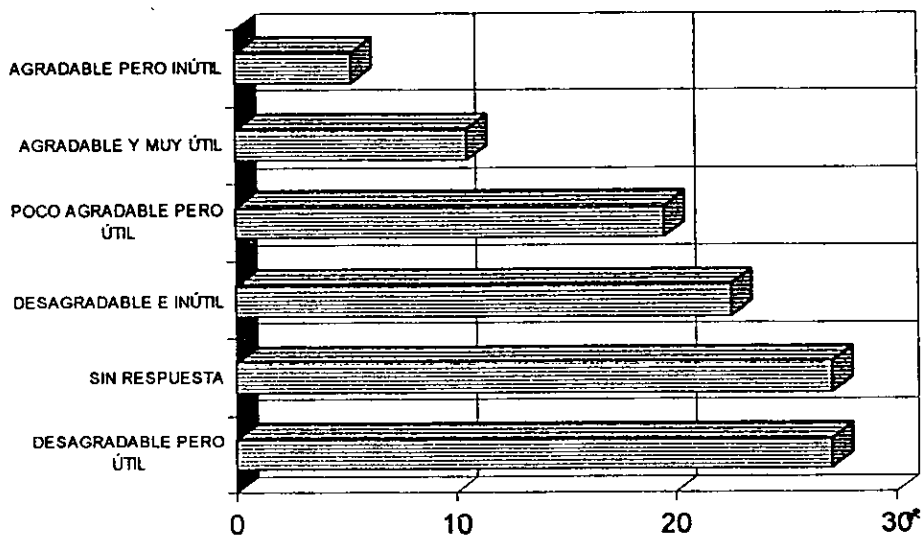


CUADRO No. 10
DESCRIPCIÓN DE LA PRACTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. REFERENCIA EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

DESCRIPCIÓN	F°	%
Agradable y muy útil	4	10.53*
Agradable pero inútil	7	5.28
Poco agradable pero útil	26	19.55*
Desagradable e inútil	30	22.55*
Desagradable pero útil	38	27.07
Sin Respuesta	36	27.07
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Mismo del Cuadro No. 1

GRÁFICA 10
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II.
REFERENCIA EXPRESADA POR ESTUDIANTES DE 8° SEMESTRE.
ENEO-UNAM 1997

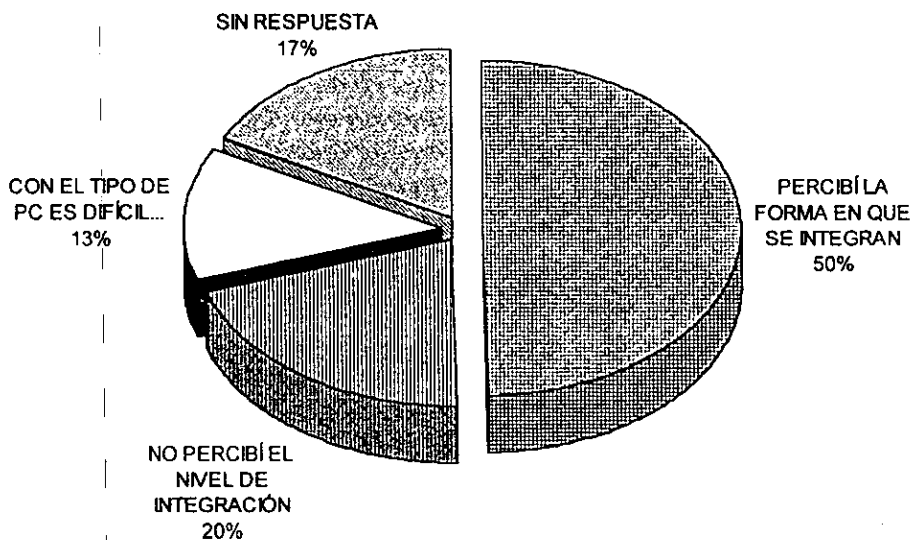


CUADRO No. 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS
MATERIAS EN LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

PERCEPCIÓN DE LA INTEGRACIÓN	Fº	%
Percibí claramente la forma en que se integran	66	49.63*
No percibí el nivel de integración	27	20.30*
Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias	17	12.78*
Sin Respuesta	23	17.29
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 11
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA
INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE OTRAS MATERIAS EN LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II.
ENEO-UNAM 1997

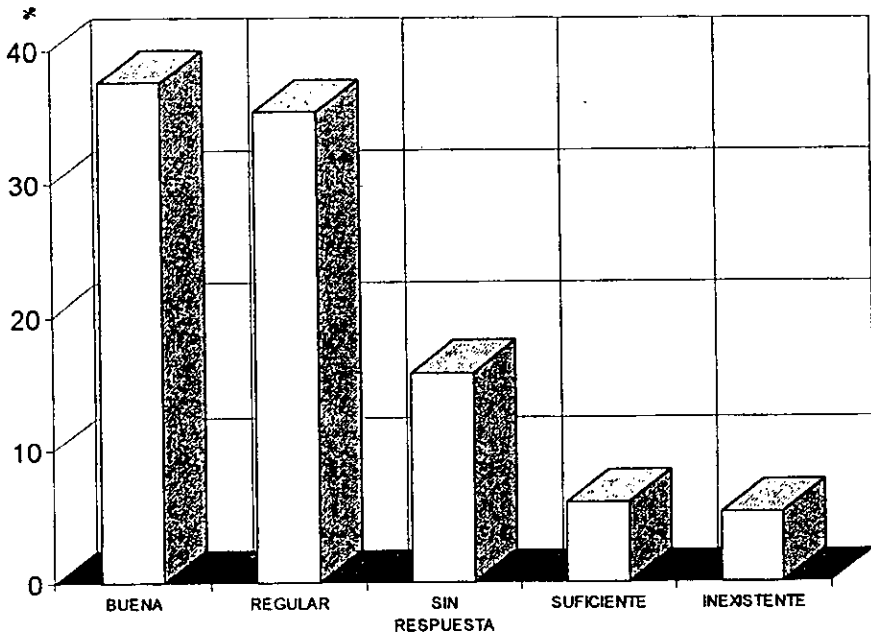


CUADRO No. 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE RESPECTO A LA RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

RELACIÓN	F°	%
Buena	50	37.59*
Regular	47	35.33*
Suficiente	8	6.01
Inexistente	7	5.28
Sin respuesta	21	15.78
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 12
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE RESPECTO A LA RELACIÓN TEORÍA PRÁCTICA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997

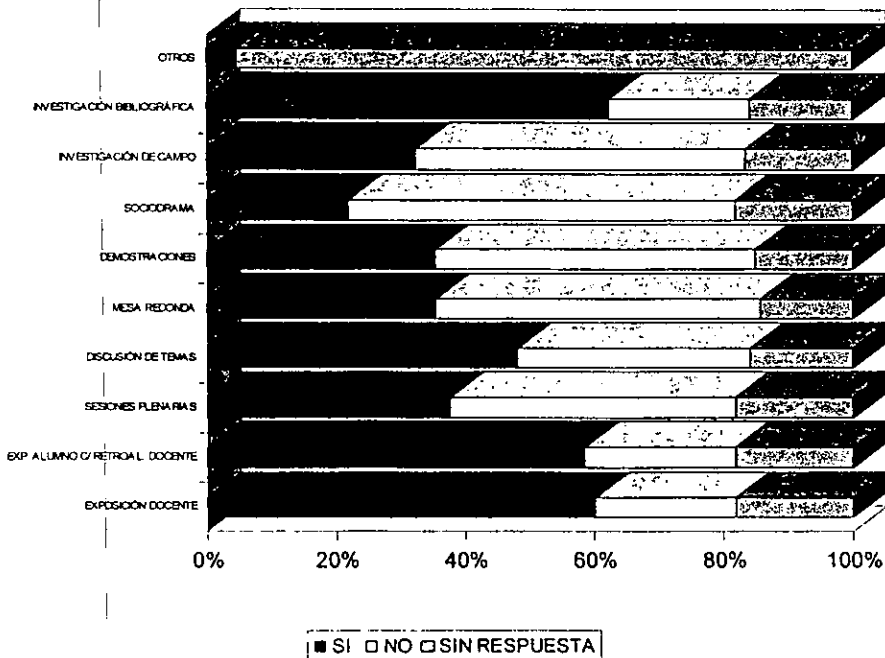


CUADRO No. 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE TEÓRICO DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	SI		No		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Exposición docente	80	60.15*	29	21.80	24	18.05	133	100.00
Exposición del alumno con retroalimentación del docente	78	58.64*	31	23.31	24	18.05	133	100.00
Sesiones plenarias	50	37.59	59	44.36	24	18.05	133	100.00
Discusión de temas	64	48.13	48	38.09	21	15.78	133	100.00
Mesa redonda	47	35.35	67	50.37	19	14.28	133	100.00
Demostraciones	47	35.35	68	49.62	20	15.03	133	100.00
Sociodrama	29	21.80	80	60.15	24	18.05	133	100.00
Investigación de campo	43	32.33	68	51.13	22	16.54	133	100.00
Investigación Bibliográfica	83	62.33*	29	21.81	21	15.78	133	100.00
Otros	6	4.52	0	0	127	95.48	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 13
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE DINÁMICAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DEL BLOQUE
TEÓRICO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENCUESTA REALIZADA A LOS
ALUMNOS DE 8º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

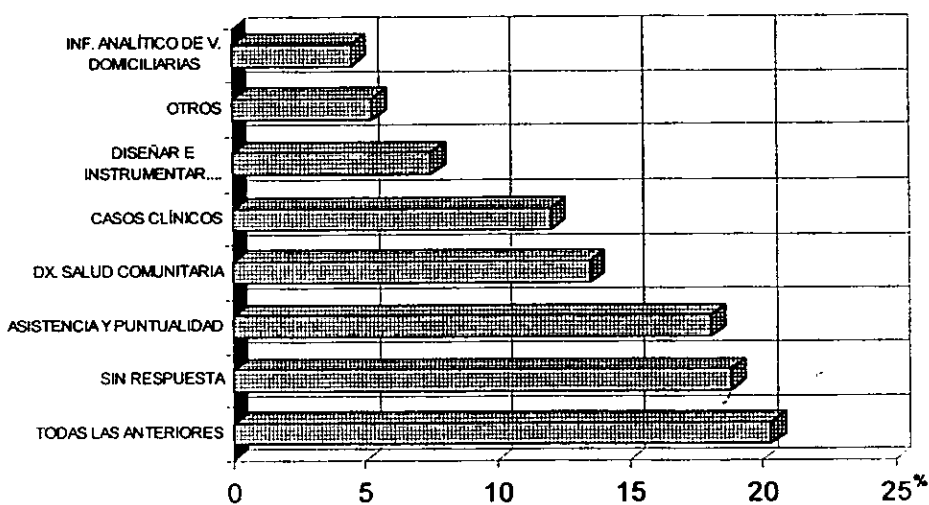


CUADRO No. 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

CRÉDITOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN	Fº	%
Asistencia y puntualidad.	24	18.04*
Casos clínicos que incluyen instrumento de evaluación de riesgo para su análisis grupal	16	12.03*
Elaboración de Diagnóstico de Salud Comunitaria del área asignada.	18	13.52*
Informe analítico de las visitas domiciliarias del área asignada.	6	4.52*
Diseñar e instrumentar una estrategia de educación para la salud perinatal.	10	7.51*
Todas las anteriores.	27	20.30*
Otros.	7	5.29
Sin Respuesta	25	18.79
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 14
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE SOBRE LOS CRITERIOS DE
ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997

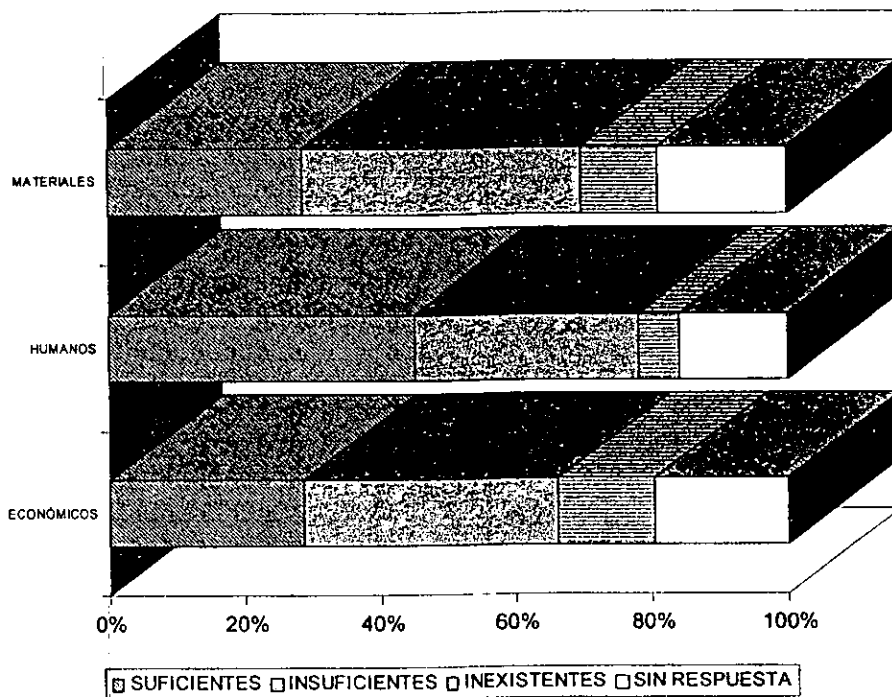


CUADRO No. 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

RECURSOS	Suficientes		Insuficientes		Inexistentes		Sin respuesta		TOTAL	
	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%	Fº	%
Económicos	38	28.58	50	37.59*	19	14.28	26	19.55	133	100.00
Humanos	60	45.12	44	33.09*	8	6.01	21	15.78	133	100.00
Materiales	38	28.58	55	41.35*	15	11.28	25	18.79	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 15
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS CON QUE CUENTAN LOS ESTUDIANTES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

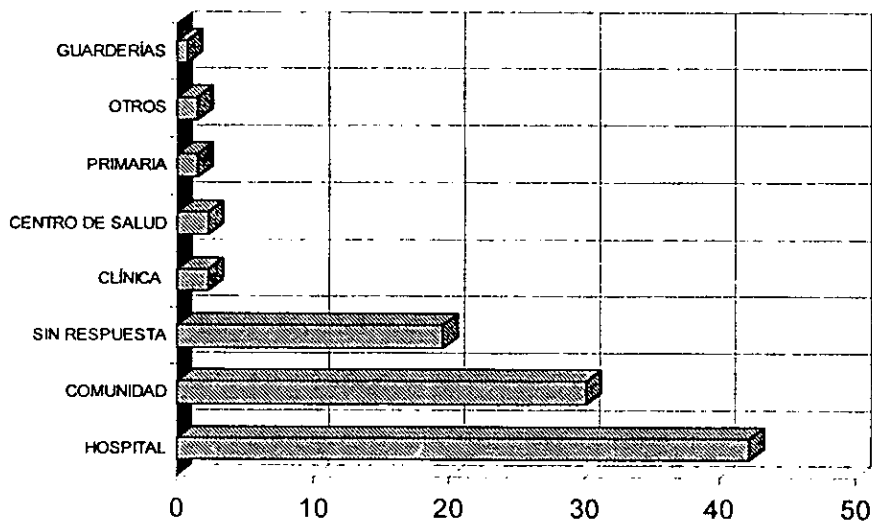


CUADRO No. 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

SEDE	Fº	%
Hospital	56	42.10*
Clínica	3	2.28
Centro de Salud	3	2.28
Guarderías	1	0.75
Primaria	2	1.50
Secundaria	0	0
Comunidad	40	30.08*
Otros	2	1.50
Sin Respuesta	26	19.55
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 16
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN A LAS SEDES DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE. ENEO-UNAM 1997

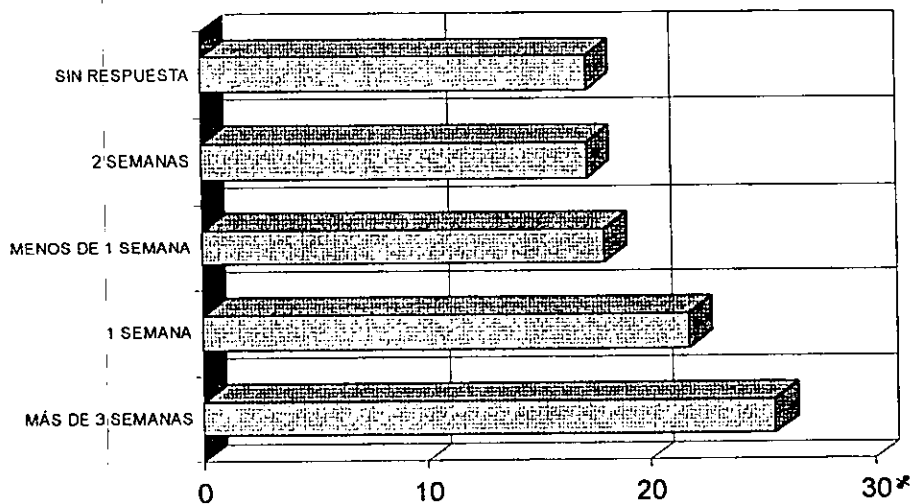


CUADRO No. 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

TIEMPO ASIGNADO	F°	%
Menos de 1 semana	24	18.04*
1 semana	29	21.80*
2 semanas	23	17.28
Más de 3 semanas	34	25.58
Sin Respuesta	23	17.29
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 17
REFERENCIA DE LOS ALUMNOS DE 8° SEMESTRE SOBRE EL TIEMPO
ASIGNADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
OBSTETRICIA II.
ENEO-UNAM 1997

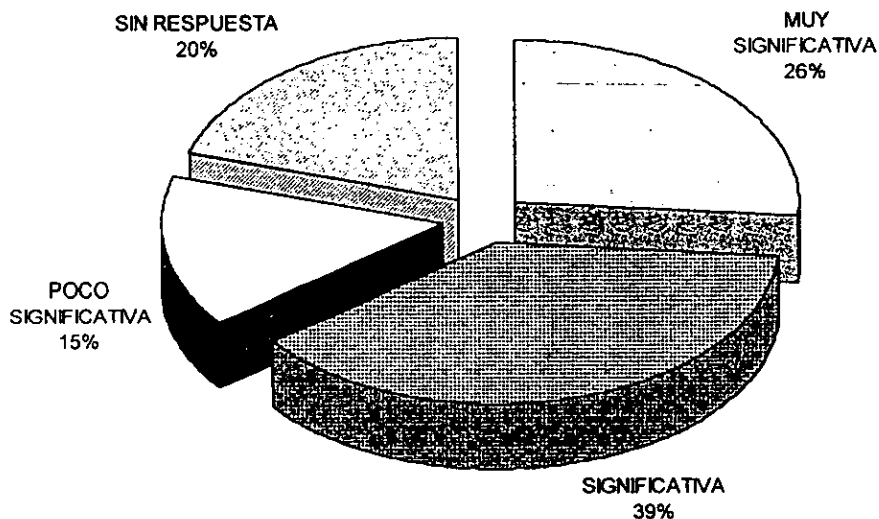


CUADRO No. 18
PERCEPCIÓN DE ALUMNOS DE 8º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II
EN SU FORMACIÓN INTEGRAL ENEO-UNAM 1997.

SIGNIFICADO	F°	%
Muy significativa	35	28.31*
Significativa	51	38.35*
Poco significativa	20	15.04*
Sin Respuesta	27	20.30
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 18
PERCEPCIÓN DEL ALUMNO DE 8º SEMESTRE RESPECTO AL SIGNIFICADO
DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II EN SU FORMACIÓN
INTEGRAL. ENEO-UNAM 1997

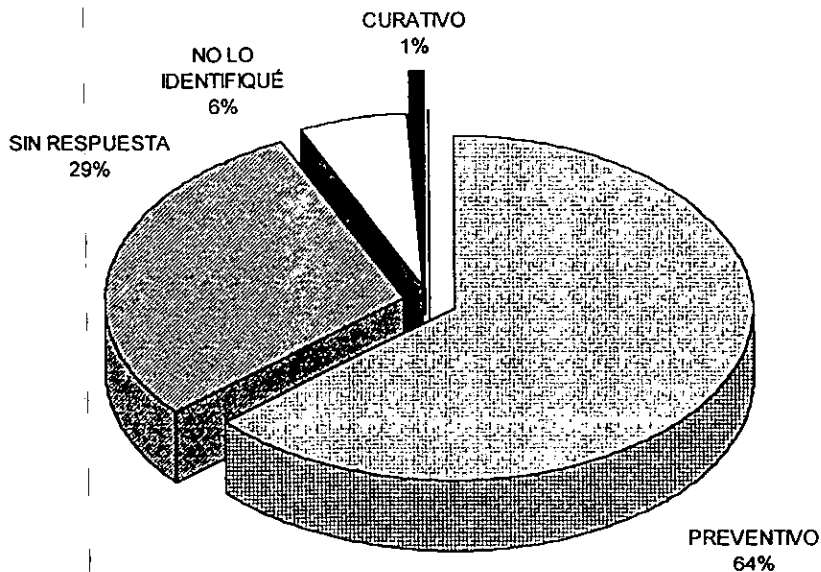


CUADRO No. 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8o. EN RELACIÓN AL ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE
OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

ENFOQUE OTORGADO	Fº	%
Curativo	1	0.75
Preventivo	85	83.91*
Rehabilitación	0	0
No lo identifiqué	8	6.01
Sin Respuesta	39	29.33
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 19
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE EN RELACIÓN AL
ENFOQUE OTORGADO A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II.
ENEO-UNAM 1997

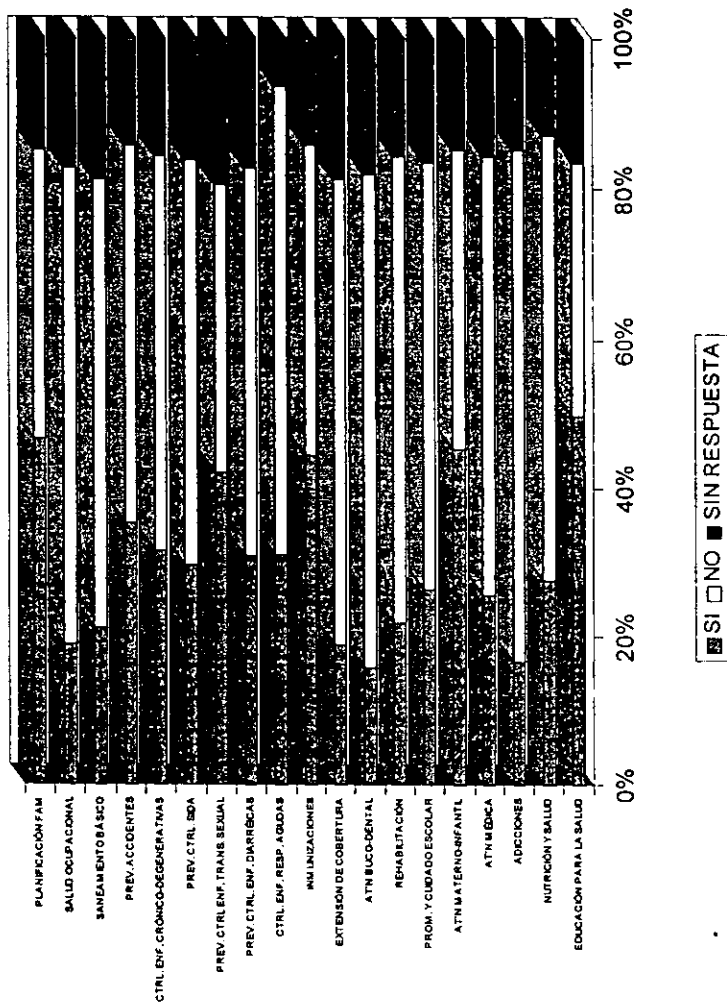


CUADRO No. 20
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN LOS PROGRAMAS NACIONALES DE
SAUD EN OBSTETRICIA II. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

PROGRAMAS NACIONALES	Si		No		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Programa de educación para la salud.	68	49.62*	45	33.83	22	16.55	133	100.00
Programa de nutrición y salud.	27	30.30	87	65.40	19	14.30	133	100.00
Programa contra adicciones.	22	16.54	91	68.43	20	15.03	133	100.00
Programa de atención médica.	34	25.57	78	58.65	21	15.78	133	100.00
Programa de atención materno-infantil.	60	45.12*	53	39.85	21	15.03	133	100.00
Programa de promoción y cuidado de la salud escolar.	35	26.32	78	57.14	22	16.50	133	100.00
Programa de rehabilitación.	28	21.81	83	62.41	21	15.78	133	100.00
Programa de atención buco-dental.	21	15.78	88	66.18	24	18.04	133	100.00
Programa de extensión de cobertura.	25	18.80	83	62.40	25	18.80	133	100.00
Programa de inmunizaciones.	59	44.36*	55	41.34	19	14.30	133	100.00
Programa de control de infecciones respiratorias agudas.	37	27.83	75	56.39	21	5.78	133	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas.	41	30.83	69	51.87	23	17.30	133	100.00
Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión.	56	42.11	51	38.34	26	19.55	133	100.00
Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA).	38	28.58	70	52.62	21	15.78	133	100.00
Programa de control de enfermedades crónico degenerativas.	42	31.58	70	52.62	21	15.78	133	100.00
Programa de prevención de accidentes.	47	35.34	67	50.36	19	14.30	133	100.00
Programa de saneamiento básico.	28	21.05	80	60.15	25	18.80	133	100.00
Programa de salud ocupacional.	25	18.80	85	63.90	23	17.30	133	100.00
Programa de planificación familiar.	62	46.63*	51	38.34	20	15.03	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 20
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ALUMNOS EN
 PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD EN OBSTETRICIA II ENCUESTA REALIZADA A
 ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE, ENEO-UNAM 1997

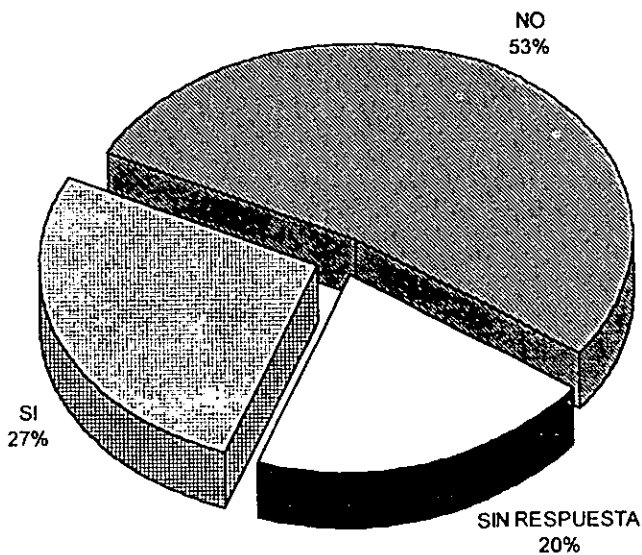


CUADRO NO. 21
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE UN DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ANTERIOR A LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

	Fº	%
Si.	36	27.07
No.	70	52.83*
Sin Respuesta	27	20.30
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 21
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE RESPECTO A LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNIDADES DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997



CUADRO No. 22

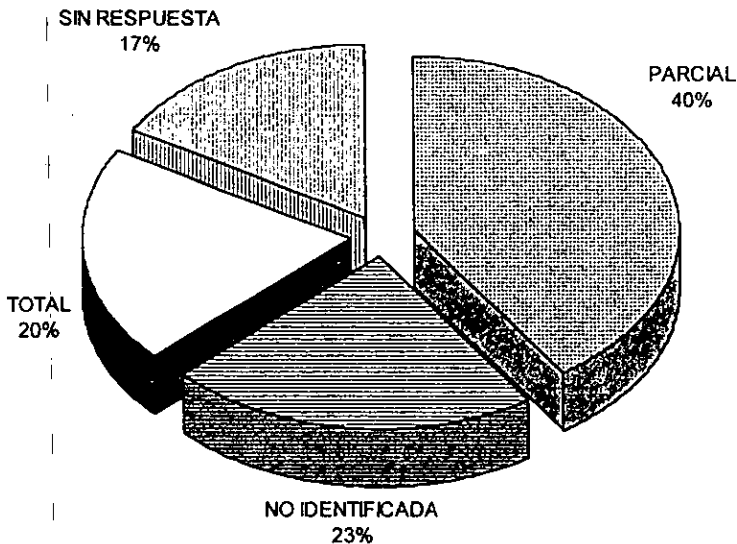
OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE RESPECTO A LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNIDAD DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA IL ENEO-UNAM 1997.

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS	Fº	%
Total.	27	20.30
Parcial.	54	40.60*
No identificada.	30	22.56*
Sin Respuesta	22	16.54
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 22

OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 8º SEMESTRE RESPECTO A LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN COMUNIDAD DURANTE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA IL ENEO-UNAM 1997

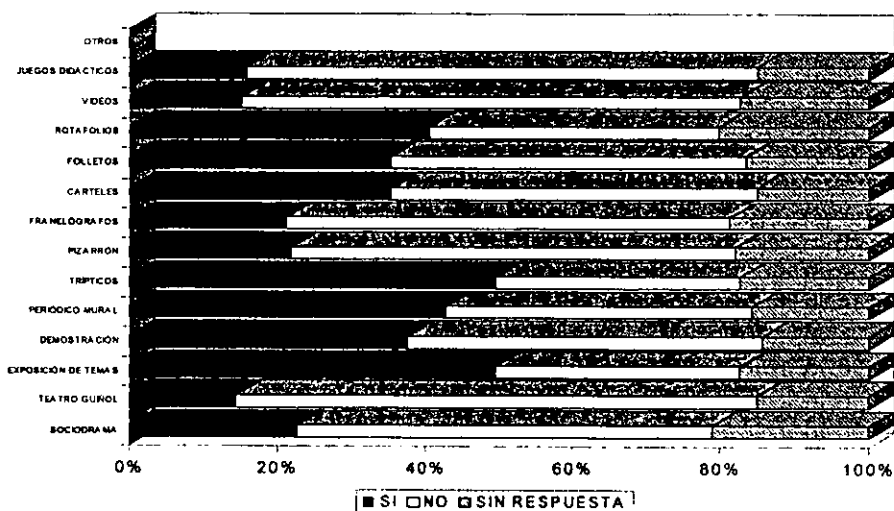


CUADRO No. 23
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS EN OBSTETRICIA II PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE ENED-UNAM 1997.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI		NO		Sin respuesta		TOTAL	
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%
Sociodrama.	30	22.58	75	56.39	28	21.05	133	100.00
Teatro Guiñol.	18	14.29	94	70.67	20	15.04	133	100.00
Exposición de temas.	66	49.61*	44	33.09	23	17.30	133	100.00
Demostración.	50	37.60	64	48.11	19	14.29	133	100.00
Periódico mural.	57	42.88*	55	41.36	21	15.78	133	100.00
Trípticos.	86	49.61*	44	33.07	23	17.30	133	100.00
Pizarrón.	29	21.81	80	60.15	24	18.04	133	100.00
Franelógrafo	28	21.05	80	60.15	25	18.80	133	100.00
Carteles.	47	35.35	68	49.61	20	15.04	133	100.00
Folletos.	47	35.35	64	48.11	22	16.54	133	100.00
Rotafolios.	54	40.60*	32	39.10	27	20.30	133	100.00
Videos.	20	15.04	90	67.66	23	17.30	133	100.00
Juegos didácticos.	21	15.78	92	69.18	20	15.04	133	100.00
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 23
DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LAS TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS UTILIZADOS EN OBSTETRICIA II PARA BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 8° SEMESTRE. ENED-UNAM 1997

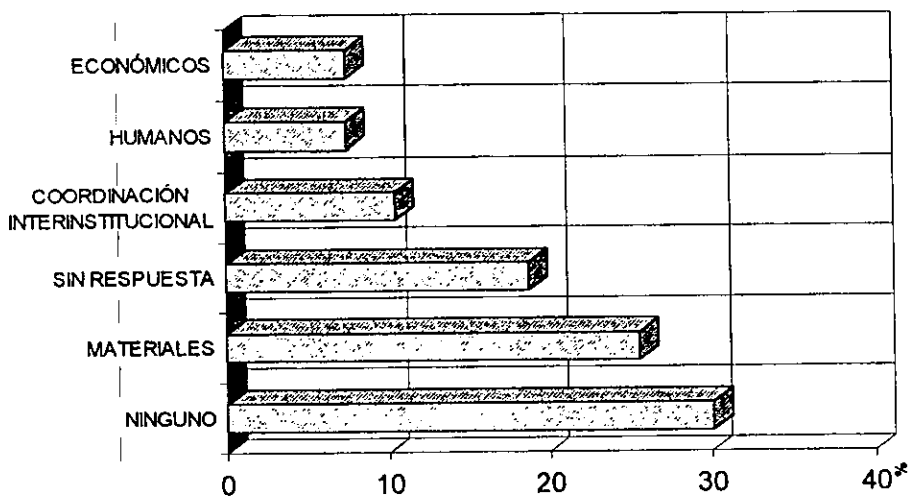


CUADRO No. 24
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II.
ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE ENEO-UNAM 1997.

APOYO	F°	%
Coordinación Interinstitucional.	14	10.53*
Humanos.	10	7.52
Económicos.	10	7.52
Materiales.	34	25.56*
Ninguno.	40	30.07
Sin Respuesta	25	18.80
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 24
APOYO OTORGADO POR LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA PRÁCTICA
COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II. ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES
DE 8° SEMESTRE
ENEO-UNAM 1997

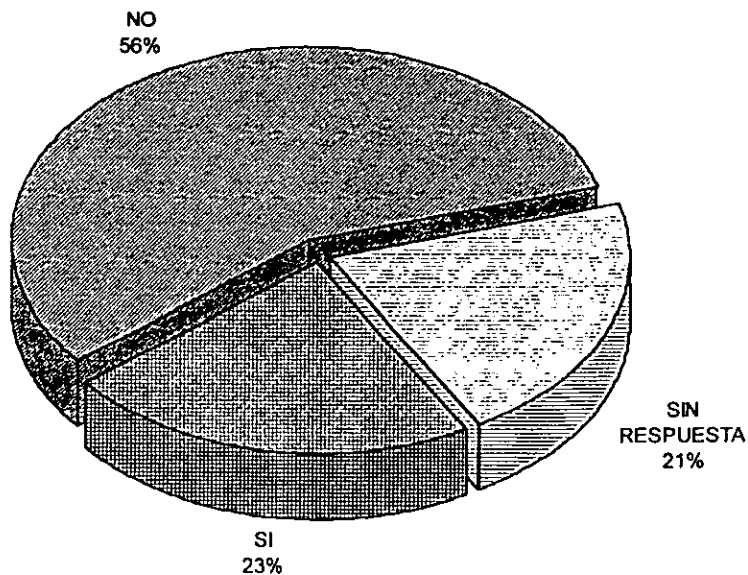


CUADRO No. 25
OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE 8o. SEMESTRE RESPECTO AL SEGUIMIENTO QUE SE LE DA A LA PRÁCTICA COMUNITARIA AN-
TECEDENTE A OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997.

SEGUIMIENTO DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA	F°	%
Si.	30	22.55*
No.	75	56.40*
Sin respuesta	28	21.06
TOTAL	133	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

GRÁFICA 25
OPINIÓN DEL ESTUDIANTE DE 8° SEMESTRE RESPECTO AL
SEGUIMIENTO QUE SE LE DA A LA PRÁCTICA COMUNITARIA
ANTECEDENTE A OBSTETRICIA II. ENEO-UNAM 1997



PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II.

La descripción de resultados que a continuación se presenta, corresponde a la encuesta realizada a 133 estudiantes de 8° semestre de ambos turnos de la Licenciatura, respecto al bloque comunitario de la materia de Obstetricia II.

Al pedir su opinión a los encuestados respecto al nivel de dominio que consideraban tener sobre los temas de la asignatura manifestaron tener un total dominio en primer término sobre Situación de atención primaria en Obstetricia con un 43.61%; Riesgo reproductivo un 41.36%; Cuantificación de los riesgos materno-infantil, en el individuo y la comunidad un 36.09%; Instrumentos epidemiológicos empleados en el enfoque de riesgo un 31.58%; y por último Concepto de riesgo aplicado en la atención perinatal con un 26.32%.

El conocimiento de los objetivos del programa de la práctica comunitaria se manifestó como negativo en un 45.12% de los casos.

El eje de la práctica comunitaria de Obstetricia II, lo constituyen tres objetivos estipulados en el Programa: el primero hace alusión a que a partir de los conceptos estudiados en la unidad, el estudiante caracterizará las estrategias de atención primaria como alternativa para incidir en la problemática materno-infantil, al respecto 46.62% de los encuestados consideró no haberlos cumplido; mientras que el 45.13% hizo referencia a que fundamentar teóricamente los criterios que se asignen para evaluar el estado de riesgo del proceso de la reproducción humana si se cumplió y el 53.39% considera que el objetivo de analizar las características de un modelo de atención perinatal, sus criterios de organización y funcionamiento, así como los parámetros para inferir la calidad de sus acciones no se cumplieron.

En cuanto al nivel de dominio que consideraban los alumnos del octavo semestre que tenía el docente sobre los contenidos del Programa de la práctica comunitaria, sólo el 33.84% de los encuestados opinó que lo domina totalmente y parcialmente destaca el 40.61% de las respuestas.

En relación a la actitud del docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria el 59.40% de los encuestados, la calificó como positiva, es decir, una postura abierta, de interés, cooperación, aceptación y motivado.

La profundidad de abordaje de temas del programa de la práctica comunitaria sólo el 44.36% de los entrevistados indicaron que fué buena, aunque no puede soslayarse que el 30.08% la percibió como regular y que un 11.28% inclusive la califica como deficiente.

El docente asistió a la práctica comunitaria de forma puntual de acuerdo a la opinión de 53.39% de los encuestados.

Enfoques esenciales de la práctica, lo constituyen las técnicas y procedimientos de enfermería comunitaria de Obstetricia II; de los cuales los entrevistados califican tener dominio absoluto en acciones de atención primaria: consulta de embarazo, planificación familiar y crecimiento y desarrollo del recién nacido con 36.09%; Evaluación del riesgo reproductivo un 32.34%; identificación de grupos de alto riesgo y atención del parto y alumbramiento en el hogar un 31.58%; en acciones de educación para la salud perinatal un 30.07%; en el diagnóstico de salud materno-infantil un 24.08% y en la elaboración del diagnóstico integral a la pareja un 23.21%.

La participación de los estudiantes durante la práctica comunitaria de Obstetricia II fué según lo expresado por los encuestados de un 22.55% en educación para la salud; 12.78% en la recolección de datos; 8.27% en el Diagnóstico de Salud; 6.01% en el seguimiento de casos y un 5.26% en la elaboración del informe final; y sólo un 24.07% realiza conjuntamente las actividades ya mencionadas.

A pesar de que sólo el 10.53% de las opiniones se inclinan a calificar a la práctica comunitaria como agradable y muy útil y el 19.55% la califica como poco agradable pero útil; se destacó que el 22.55% la perciben como desagradable pero útil.

49.63% de los encuestados percibieron claramente la forma en que se integran los conocimientos de otras materias con la práctica comunitaria; sin embargo, cabe destacar que el 20.30% no percibe el nivel de integración y un 12.78% considera que con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias.

Para el equipo de investigadoras, fué importante saber como consideraban los alumnos la relación teoría-práctica en Obstetricia II: obtuvimos que sólo el 37.59% de ellos la considera buena, en tanto que el 35.33% dijeron percibirla como regular.

Las dinámicas y técnicas de enseñanza más utilizadas por los docentes para impartir el bloque teórico de la práctica comunitaria, resultaron ser según los encuestados en un 62.33% investigación bibliográfica; un 60.15% exposición del docente y un 58.64% exposición del alumno con retroalimentación del docente.

Los criterios de acreditación y evaluación en los que tiene su base la práctica comunitaria resultaron ser con un 18.04% asistencia y puntualidad; elaboración de Diagnóstico de Salud comunitario del área asignada con 13.52%; casos clínicos que incluyen instrumento de evaluación de riesgo para su análisis grupal con un 12.03%, diseñar e instrumentar una estrategia de educación para la salud perinatal con un 7.51% e informe analítico de las visitas domiciliarias del área asignada con un 4.52%; y sólo en un 20.30% se acredita y evalúa con todos los criterios antes mencionados.

La disponibilidad de recursos con los que se realiza la práctica comunitaria, expresada por los encuestados, es suficiente con un 37.59% en recursos económicos; un 33.09% en recursos humanos y un 41.35% en recursos materiales.

La principal sede de la práctica comunitaria la constituyó el hospital obteniendo el 42.10% de las opiniones; cabe destacar que sólo el 30.08% de los encuestados opinan que la sede de la práctica comunitaria fué la propia comunidad.

Sólo un 18.04% de los encuestados afirma que el tiempo asignado para la realización de la práctica comunitaria es de menos de una semana y el 21.80% dice que es de una semana.

A pesar de que la relevancia que se supone debería tener la práctica comunitaria en la formación integral del alumno encontramos que un 38.35% la consideran significativa; 26.31% muy significativa y sólo el 15.04% la considera poco significativa.

El 63.91% de los encuestados de octavo semestre opinó que el enfoque otorgado a la práctica comunitaria de enfermería de Obstetricia II fué preventivo.

En cuanto al rubro de Programas Nacionales de Salud, la participación de los estudiantes fué de 49.62% en el Programa de educación para la salud; un 46.63% en el Programa de planificación familiar; 45.12% en el Programa de atención materno-infantil y un 44.36% en el Programa de inmunizaciones.

La distribución de respuestas otorgadas al cuestionamiento formulado sobre los conocimientos de un diagnóstico situacional antecedente a la práctica de Obstetricia II, se destaca que un 52.63% desconoce la existencia de un estudio previo.

Es relevante señalar que un 40.60% de la población encuestada indica que las necesidades detectas en la comunidad fué sólo de manera parcial y el 22.56% no la identificó.

Se ratificó que los datos procesados de la amplia variedad de técnicas y recursos didácticos existentes, la educación para la salud en la comunidad materno-infantil, se abocó principalmente a la exposición de temas y elaboración de trípticos, ambos con un 49.86%, así como el manejo de periódico mural con un 42.86% y un 40.60% utilizó rotafolios.

El 30.07% de los alumnos encuestados negó que exista algún tipo de apoyo otorgado por la institución sede en la realización de las prácticas comunitarias; el 25.56% opina que existen apoyos materiales y sólo el 10.53% opina que exista coordinación interinstitucional.

Finalmente se destaca que el 56.40% de los alumnos encuestados opinan que no se le da seguimiento a la práctica comunitaria antecedente y sólo el 22.55% opina que si hay continuidad de un semestre a otro.

El estudio incluyó algunos cuestionamientos de respuesta abierta, estos se consideran como hallazgos cualitativos que expresan las experiencias y expectativas de los entrevistados, respecto a enfermería comunitaria. La presentación de las opiniones se hace mediante transcripción textual.

La descripción de la práctica comunitaria de Obstetricia II, la consideran los estudiantes de 8° semestre como *Agradable y muy útil porque:*

"Es vital en el desempeño de la atención preventiva y es el principal campo de acción del Licenciado en enfermería y obstetricia"; "Permite identificar grupos de riesgo y actuar de manera preventiva"; "Permite tener una visión más clara de la situación de la comunidad"; "Se puede dar una cuenta de la falta de educación para la salud de nuestra población"; "Es la base fundamental para el acercamiento de la atención perinatal"; "Te enfrentas a situaciones diversas y tienes que adoptarte a los casos"; "Puedes resolver dudas de diferentes temas que inquietan a la población"; "La gente te acepta muy bien y te agradece sinceramente, además no estas bajo la sombra de los médicos y enfermeras de las instituciones"; "Se tienen pocos obstáculos para alcanzar los objetivos de la práctica".

Agradable pero inútil porqué:

"Nunca se han dado los datos verdaderos, siempre son falsos"; "La práctica se toma en forma de investigación y no se va a la comunidad; por lo tanto no funciona de esa manera".

Poco agradable pero inútil porque:

"Existe mucho riesgo de los estudiantes al realizar la práctica en zonas de altos índices de delincuencia"; "No somos realmente practicantes", "La distancia del lugar afecta las actividades del estudiante"; " Hay que caminar mucho, pero sirve para identificar los riesgos de la comunidad"; "No se requiere la práctica comunitaria en Enfermería"; "No me gusta la comunidad".

Desagradable e inútil porque:

"Sólo practicamos recolectando datos en los cuales no se llevó a cabo el desarrollo de lo investigado": "La práctica no se enfocó a obstetricia, sino a otras áreas": "No se apega a un programa bien definido": "No realizamos práctica comunitaria".

Las Sedes de la práctica comunitaria de Obstetricia II, según referencias de los alumnos de 8° semestre fueron:

Hospitales: Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE, Hospital General Comunidad Económica Europea Iztapalapa, Materno-infantil Topilejo, de la Mujer, Materno-infantil de Tlahuac, Vicente Villada, La Raza, General Milpalta.

Comunidades: Mixquic, José López Portillo, San Miguel Topilejo, Col Ejercito Constitucionalista, San Luis Tlaxialtemalco.

La opinión de los alumnos del 8° semestre respecto a que si su práctica comunitaria estuvo basada en un diagnóstico de salud antecedente fué la siguiente:

Si porque.

"Fué continuación de un trabajo ya establecido por el hospital"; "Existe un seguimiento de casos"; "Hay cinco años de estudio previo;" "Se realizó en Obstetricia I"; "Para identificar necesidades" "Debido a que quedaron pendientes cubrir más casos"; "Es Sede antigua de prácticas".

No porque:

"Fué el primer bloque de octavo semestre que hicimos pláticas de atención según un estudio diagnóstico por parte de los profesores"; "Se utilizó un instrumento para identificar los casos en el momento"; "No se organizan adecuadamente, todo es al aventón"; "El hospital recibe a la población abierta"; "No hubo estudio previo"; "No se dió ese dato"; "No se contó nungún tipo de investigación"; "Nosotros lo hicimos"; "No hubo práctica comunitaria"; "Se utilizó un instrumento para identificar los casos en el momento"; "Todo es a la mera hora"; "Se realiza una investigación bibliográfica en lugar de presentarse en la comunidad".

Los programas que se implementaron para la solución de las necesidades de la comunidad según los estudiantes de 8° semestre fueron:

"Detección de factores de riesgo en el embarazo"; "Programa Hospital Amigo del niño y de la Madre"; "Control del Niño sano"; "Prevención de CACU y de mama"; "Control Prenatal"; "Prevención de Enfermedades de Transmisión sexual, riesgo reproductivo, madre adolescente y enfermedades crónico-degenerativas"; "Saneamiento ambiental"; "Programa de educación nutricional, de alcoholismo y drogadicción".

La opinión de los alumnos del 8° semestre respecto a que si se dió seguimiento a la práctica comunitaria antecedente fué:

No porque.

"Se realiza la práctica sólo como requisito"; "No se encontró un informe", "No hubo práctica comunitaria antecedente"; "Se hace otro tipo de trabajo comunitario"; "No conocíamos ningún dato previo"; "Se asignó otro campo"; "Debido a que carecemos de tiempo y de apoyo interinstitucional"; "Nosotros hicimos la detección de riesgos"; "No sabíamos que tipo de práctica se llevó en el semestre anterior"; "Dimos el primer paso para realizar seguimiento", "No era el el objetivo, además hay mala organización"; "Perdieron los datos de la práctica comunitaria anterior"; "No se conocía el campo y su problemática"; "Nos cambiamos de campo hospitalario y no nos quedaba cerca"; "Se hizo una investigación en lugar de la práctica comunitaria"; "No supimos cuál fué".

Si Porque:

"La práctica comunitaria no se queda únicamente en aplicar cuestionarios, sino que va más allá"; "Hay continuación para detectar mejor los problemas de la comunidad"; "Fué un tema similar y se dieron pláticas sobre carencias que se detectaron"; "Ya se había establecido".

Las propuestas para mejorar la práctica comunitaria de obstetricia II, según los estudiantes de 8° semestre son:

"Buscar nuevas técnicas para llevarlas a cabo, porque la gente se harta de lo mismo y los estudiantes también al utilizar los mismos métodos didácticos"; "Que se realice un Diagnóstico Situacional previo detectando realmente las necesidades de la comunidad y con ello implementar educación en base a esas necesidades"; "Darle mayor importancia y seriedad a la práctica comunitaria así como el compromiso del docente por mejorar y motivar a los alumnos para la realización de ésta"; "Que cada uno de los alumnos tengan la oportunidad de diseñar una investigación, y además que la lleve a la práctica en la comunidad, ya que es importante que el licenciado en enfermería y obstetrica se enseñe a laborar en su verdadero campo de acción"; "Planear lo que realmente se realizará en el transcurso de la práctica para que no sea pérdida de

tiempo", "Si se lleva a cabo un Programa para hacer un diagnóstico de salud éste debe ser desarrollado totalmente por un grupo, no repartir temas"; "Se de una orientación profunda a nivel grupal sobre las características de la comunidad y las actividades que se realizarán dentro de ella para realizar adecuadamente un plan de atención y realmente ayudar a la población"; "Que se incluya en el plan de estudios la materia de Salud Pública desde el segundo semestre hasta que termine la carrera"; "Que los grupos que vayan a la comunidad sean los mismos del semestre anterior para poder continuar con el seguimiento de la comunidad y no perdier la continuidad"; "Darle una visión real e importante y no hacerla ver como un requisito para aprobar la materia"; "Que se difunda a los alumnos con mayor interés para que éstos la asimilen de forma positiva y le encuentren el gusto"; "Que se tenga una mejor coordinación, planeación y ejecución para que realmente tenga exito la práctica comunitaria"; "Es mucho la práctica comunitaria que se ha realizado durante los semestres y el haberla emitido el profesor en este último, fué positivo, porque así, adquirimos más destreza en brindar orientación a los pacientes de los hospitales y no sólo en comunidades"; "Que se proporcionen mayores recursos económicos y didácticos por parte de la institución sede o la escuela para poder realizar adecuadamente la educación para la salud a las pacientes obstetricas"; "Que desaparesca o se organice adecuadamente desde el primer semestre"; "Que se implemente la práctica comunitaria en el turno vespertino "; "Se actualice a los docentes, y que realmente verifiquen que éstos lleven a cabo las prácticas comunitarias"; "Que verdaderamente se lleve un seguimiento materno-infantil desde el séptimo semestre hasta el octavo, ya que sólo así vale la pena la práctica comunitaria"; " Nunca se va a mejorar la práctica comunitaria ya que los docentes y los estudiantes no valoramos la importancia de esta por lo tanto se debería eliminar del plan de estudios".

DISCUSIÓN DE RESULTADOS DE LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE OBSTETRICIA II

Después de haber realizado un análisis general de los resultados obtenidos en la asignatura de Obstetricia II, se concluye que:

- a) El dominio de técnicas y procedimientos de enfermería en Obstetricia II que tiene el alumno, es mínimo. Debido a que el abordaje de los contenidos es parcial; de tal manera que su participación en el desempeño de la práctica no es de manera integral impidiendo así la conjunción del aprendizaje. Es por ello que al alumno le resulta poco agradable e inútil el esfuerzo que realiza en la comunidad
- b) La percepción del alumno sobre la integración de conocimientos de otras materias en la práctica comunitaria de obstetricia II, se observa que el alumno, no percibe la integración de conocimientos de otras materias.
- c) En cuanto a las dinámicas y técnicas de enseñanza utilizadas para impartir el bloque teórico-comunitario, se observa que sigue siendo predominante la enseñanza de emisor-receptor, enfocándose al nivel curativo, aspecto que debe de cambiar para mejorar las estrategias de educación para la salud en la población materno-infantil, en este caso.
- d) De la gran variedad de técnicas y recursos didácticos utilizados por el alumno para brindar educación para la salud, sólo se utilizan una minoría de ellos, ya que estos son financiados por ellos mismos y dada su limitación económica, el acceso es restringido. Por lo tanto no son suficientes para proyectar en la comunidad actitudes positivas en su salud.
- e) La forma de acreditación y evaluación en el desempeño del alumno, es quizá incompleta ya que no se valora en forma global los conocimientos importantes que se adquieren para la realización de la práctica comunitaria.
- f) Refiriéndose a la sede de las prácticas comunitarias de Obstetricia II, las instituciones que patrocinan éstas, deben tratar de contribuir de una manera positiva y directa, en el conocimiento y determinación de las necesidades de la comunidad materno-infantil.
- g) Uno de los problemas que se detectaron fué el poco tiempo se le asigna a la realización de la práctica comunitaria, debido a este no se puede llevar a cabo la vigilancia epidemiológica en

forma completa, además es indispensable conocer a la comunidad para que los alumnos mejoren su participación en el proceso de enseñanza aprendizaje.

- h) Lo anterior ha provocado que el alumno le tome poco significado y desagrado a la salud comunitaria.
- i) Se comprobó que los alumnos participan parcialmente en los programas nacionales de salud; por lo cual, no se satisfacen las necesidades comunitarias de la población materno-infantil. A pesar de que el enfoque otorgado a la atención es de tipo preventivo.
- j) De la gran variedad de técnicas y recursos didácticos utilizados por el alumno para brindar educación para la salud, sólo se utilizan en una minoría de ellos, ya que estos son financiados por ellos mismos y dada su limitación económica, el acceso es restringido. Por lo tanto no son suficientes para proyectar en la comunidad actitudes positivas para salud.
- k) Finalmente el apoyo otorgado por la institución sede para realizar la práctica comunitaria es insuficiente en cuanto a coordinación interinstitucional, siendo que es una herramienta básica para cumplir con el seguimiento y canalización de casos de alto riesgo.
- l) A pesar de los esfuerzos realizados por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, para el mejoramiento del plan de estudios, no se ha logrado conscientizar a la población estudiantil del papel que desempeñan en el primer nivel de atención como futuros profesionistas.

4.1.RECOMENDACIONES

Establecer un vínculo entre Metodología de la Investigación y Fundamentos de Enfermería I para la planeación e implementación de proyectos orientados hacia el método epidemiológico que faciliten la elaboración del diagnóstico de salud.

Se considera suprimir en el 2° semestre la realización de la práctica comunitaria para aumentar el tiempo y nivel de profundidad con que se abordan los aspectos conceptuales y metodológicos del bloque comunitario de Fundamentos de Enfermería I. Además, en Fundamentos de Enfermería II se deberá profundizar en el abordaje de los aspectos teóricos de enfermería comunitaria destinando 40 Hrs para teoría y 80 Hrs para práctica, favoreciendo con ello la profundidad en todos los temas contemplados en el programa.

Es necesario delimitar en los programas de las asignaturas de Enfermería del Niño, Enfermería del adolescente, adulto y anciano I y II, y Obstetricia I y II un bloque teórico específico para la práctica comunitaria considerando de igual manera que el tiempo destinado para el bloque comunitario contemple el 50% del tiempo total de teoría y práctica.

Así mismo, se deberá responsabilizar a personal docente especializado en Salud Pública para impartir el bloque teórico y práctico comunitario de las asignaturas de Fundamentos de Enfermería I y II, Enfermería del Niño, Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y II y Obstetricia I y II, o en su defecto propiciar la actualización en Salud Pública del personal ya existente para garantizar con ello el dominio de contenidos.

Se requiere realizar una práctica análoga donde se puedan supervisar las habilidades y destrezas que el alumno debe dominar en la comunidad por asignatura:

- Fundamentos de Enfermería I - Visita domiciliaria, entrevista, técnica del maletín, aplicación de encuestas, cuestionarios y cédulas.
- Fundamentos de Enfermería II - Manejo de la cadena de frío, aplicación de vacunas, educación para la salud y realización de un diagnóstico de salud de la comunidad en estudio.
- Enfermería del Niño - Técnicas de alimentación y ablactación, manejo higiénico de los alimentos, higiene personal y de la vivienda y actualización del diagnóstico de salud ya existente.
- Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I - Actualización del diagnóstico de salud de la comunidad asignada; aplicación de programas de educación para la salud a grupos específicos de adolescentes, adultos y ancianos previa coordinación de las instituciones; planeación, ejecución y evaluación de acciones específicas para el control de riesgos y daños a la salud a nivel colectivo.

- Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II - Aplicación de programas de educación para la salud en la prevención de accidentes, violencias, desastres, primeros auxilios y detección oportuna de problemas crónico degenerativos y elaboración de una historia familiar para la detección de riesgos y daños a la salud.
- Obstetricia I - Prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, atención del parto y alumbramiento en el hogar, educación para la salud perinatal tendiente al autocuidado en el proceso reproductivo, detección de factores de riesgo e indicaciones de medidas de control.
- Obstetricia II - Elaboración de un diagnóstico integral de riesgo reproductivo, identificación de grupos de alto riesgo, acciones de atención primaria, consulta de embarazo, planificación familiar y crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Cabe destacar que la participación del alumno en Fundamentos de Enfermería I será únicamente a nivel teórico para que en Fundamentos de Enfermería II se implementen los conocimientos adquiridos realizando el diagnóstico de salud comunitario, eliminando en este semestre, la estrategia de la Feria de la Salud cuyos logros son subjetivos y representan una inversión económica importante en el alumno. Sugerimos que esta actividad se lleve a cabo en 8° semestre haciendo partícipes a los alumnos de los semestres anteriores tratando de que en los stands se aborden las actividades contempladas en cada uno de los programas correspondientes a cada grado.

En Enfermería del Niño, a través y en base al diagnóstico de salud actualizado de las comunidades determinadas, se implementarán programas resolutivos acordes a las necesidades detectadas en la población infantil.

Respecto a Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y II, a través del diagnóstico de salud actualizado de las comunidades determinadas, se elaborarán programas de atención a la salud acordes a las necesidades detectadas en grupos específicos; siendo importante el seguimiento de los casos.

En las asignaturas de Obstetricia I y II se requerirá de la participación de los alumnos en la atención directa del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo, crecimiento y desarrollo del recién nacido, detección oportuna de embarazos de alto riesgo, salud reproductiva y planificación familiar a través de la integración del alumno a centros de atención primaria para incrementar su habilidad práctica.

Además se debe reforzar en el alumno la importancia que enfermería tiene a nivel comunitario y su impacto en la solución de las necesidades detectadas, especialmente en los alumnos de 5°, 6°.

7° y 8° semestre que es donde se observa disminución del agrado y utilidad hacia la práctica comunitaria. Esto será a través de la asistencia a eventos en Salud Pública, sesiones con expertos, acercamiento a fuentes directas como plantas de tratamiento de agua y basura, comunidades, hospitales tipo en donde se practique la medicina tradicional y otras alternativas, así como la visita a parteras empíricas.

También se requiere responsabilizar en la planeación y ejecución de la práctica comunitaria a los docentes de las asignaturas complementarias de todos los semestres, de manera que se propicie una práctica integradora teniendo como estrategia la coordinación interacadémica y multidisciplinaria.

Pertinente es asegurar la congruencia en la relación teoría-práctica en los semestres en que se imparte la enfermería comunitaria, considerando la posibilidad de la existencia de supervisores comunitarios especialistas en Salud Pública siguiendo el criterio establecido para la práctica clínica.

Así mismo debe considerarse la posibilidad de que en cada materia de enfermería se asigne a un docente responsable de la práctica clínica y otro de la práctica comunitaria de tal manera que éstas no sean simultáneas

Necesario es el hecho de incrementar la utilización, en todos los semestres, de las técnicas y dinámicas que inducen al alumno a una actitud analítica como es el caso de los sociodramas, las mesas redondas, la discusión de temas, las sesiones plenarias, las demostraciones, las sesiones con expertos y especialmente la asistencia a eventos de esta índole.

Habrà que definir los criterios de acreditación y evaluación que constaten realmente los conocimientos adquiridos por los alumnos como es el caso de un examen teórico-práctico en 2° semestre, y para 3° a 8° semestre, además del examen, reconsiderar los parámetros ya estipulados en los programas de prácticas comunitarias como reporte grupal del diagnóstico de salud de las comunidades seleccionadas, planeación, ejecución y evaluación de programas de educación para la salud coherentes con los riesgos detectados, elaboración del reporte de la práctica, asistencia, puntualidad, etc.

Las prácticas comunitarias se desarrollarán en lugares afines a los objetivos de cada una de las asignaturas de enfermería comunitaria; siendo en 3er. semestre centros de salud, en 4° las estancias infantiles, jardín de niños, albergues infantiles, casas de cuna y escuelas primarias, 5° y 6° escuelas secundarias, preparatorias, centros de rehabilitación como neuróticos y alcohólicos

anónimos, fabricas, centros recreativos, asilos y centros gerontológicos, y en 7° y 8° semestre centros de atención materno infantil y comunidades rurales y/o marginadas con altas tasas de natalidad y poblaciones de alto riesgo.

En la planeación de los tiempos de práctica se deberá considerar, en primera instancia la asistencia a la práctica clínica y después a la práctica comunitaria para que el alumno adquiera conocimientos, habilidades y experiencia que le permitan actuar con mayor seguridad en los casos que se puedan presentar en la comunidad.

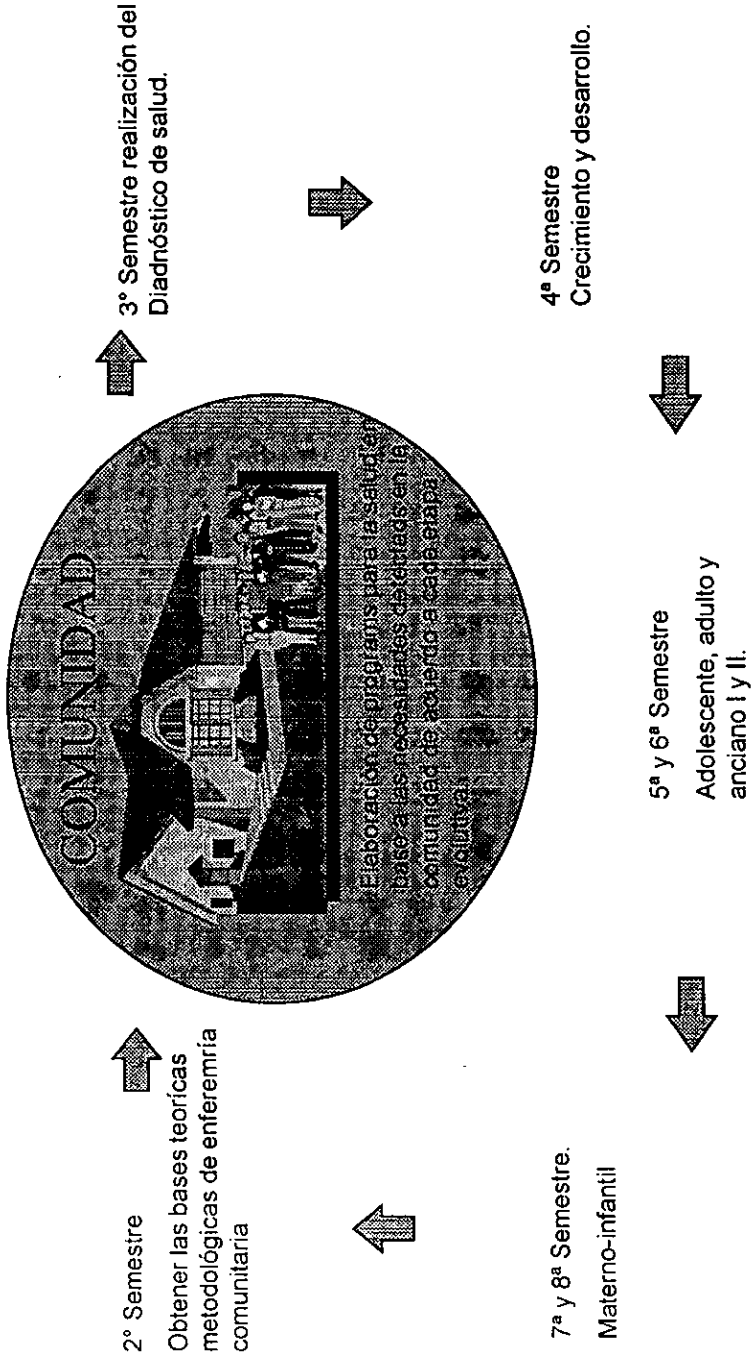
Para el grupo de investigadoras es fundamental sugerir que la planeación de los programas y actividades de educación para la salud deberá estar fundamentada en los Programas Nacionales de Salud, de acuerdo a las necesidades de la comunidad y a la etapa evolutiva contemplada en cada asignatura.

Las técnicas y recursos didácticos utilizados por los alumnos para proporcionar educación para la salud a la comunidad en todos los semestres, deberán ser pensadas para hacer a ésta participe a través de la investigación-acción, procesos grupales y formas de coparticipación con tendencias al autocuidado.

Habrà de contemplarse dentro del mapa curricular la posibilidad de transferir la materia de Didáctica de Educación para la Salud impartida en 4° semestre hacia el 2° semestre; de tal forma, que el alumno adquiera la habilidad manual e intelectual desde el principio para elaborar los recursos que le serán útiles en las prácticas comunitarias.

A los docentes de las prácticas comunitarias se les habrá de responsabilizar para actuar como enlace entre la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y las instituciones sedes de la práctica; y dado que serán expertos, agilizarán y optimizarán el desarrollo de ésta, estableciendo mecanismos de planeación y haciendo el uso adecuado de los recursos para evitar duplicidades al referir adecuadamente a los casos detectados.

Finalmente se propone el siguiente esquema para optimizar el desarrollo de las prácticas comunitarias en el pregrado de la ENEO-UNAM:



**ANEXOS
Y
APÉNDICES**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

FOLIO _____ A _____

OBJETIVO: EN BASE A LA OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES, CONOCER CUAL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA EN EL PREGRADO DE LA ENEO-UNAM.

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA A SU EXPERIENCIA EN LA MATERIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I (BLOQUE COMUNITARIO). ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

i.- De los temas de Fundamentos de Enfermería I (bloque comunitario) que aparecen en el cuadro, califica el nivel de dominio que consideras tener.

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO	
	Totalmente	No lo domino
a) Concepto, etapas y utilización del método epidemiológico		
b) Indicadores del nivel de salud de la comunidad (daños a la salud, factores condicionantes y de riesgo y recursos para la salud)		
c) Fuentes de obtención de datos para el diagnóstico de salud (familias, comunidad, registro civil, centro comunitario de salud, hospitales, INEGI, otros)		
d) Técnicas e instrumentos de: visita domiciliaria, entrevista y técnica del maletín, aplicación de encuestas, cuestionarios, cédulas y diagnóstico de salud		
e) Identificación de problemas y diagnóstico de salud		
f) Elaboración del informe		
g) Métodos de control		

2.- ¿Conoces los objetivos del programa para la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería I?

- a) Si
b) No

Si tu respuesta fue NO pasa a la pregunta No. 4

3.- De los siguientes objetivos, ¿cuáles se cumplieron?

OBJETIVOS	SI	NO
a) A partir del estudio de tres familias con características de marginalidad urbana, semiurbana y rural, los alumnos explicarán sus condiciones del nivel de salud proponiendo los métodos de control en los problemas detectados		
b) Valorar el estado de salud individual, familiar y comunitario para identificar alternativas de solución a los problemas que se presentan.		

4.- ¿Cómo consideras que el docente que te impartió la materia de Fundamentos de Enfermería I (bloque comunitario) domina los contenidos del programa de la práctica?

- a) Totalmente
b) Parcialmente
c) No los domina

5.- ¿Cuál es la actitud de tu docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria?

- a) Abierta
b) Aceptación
c) Interés
d) Cooperador
e) Motivado
f) Todas las anteriores
- g) Poco interés
h) Indiferencia
i) Pasivo
j) Evasivo
k) Todas las anteriores.

6.- La profundidad de abordaje en los temas del programa fue:

- a) Buena
b) Regular
c) Deficiente

7.- La puntualidad del docente en las prácticas comunitarias fue:

- a) Puntual
b) Después de 15 min.
c) Después de 30 min.
d) Después de 1 hora.

8.- De las técnicas y procedimientos de Enfermería comunitaria enlistados, menciona el nivel de dominio que posees.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO		
	ABSOLUTO	REGULAR	DEFICIENTE NO LO DOMINA
a) Visita domiciliaria			
b) Entrevista y técnica del método			
c) Aplicación de encuestas			
d) Cuestionarios			
e) Cédulas			

9.- Tu participación durante el desempeño de la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería I fue:

- a) Diagnóstico de salud
- b) Recolección de datos
- c) Elaboración de informe final
- d) Educación para la salud
- e) Seguimiento de casos
- f) Todos los anteriores
- g) Otros _____
- h) Cuales? _____

10.- La práctica comunitaria la describirías como

- a) Agradable y muy útil
- b) Agradable e inútil
- c) Poco agradable pero útil
- d) Desagradable e inútil
- e) Desagradable pero útil
- f) Porque? _____

11.- En la práctica comunitaria ¿cómo percibiste la integración de los conocimientos adquiridos en otras materias?

- a) Percibí claramente la forma en que se integran
- b) No percibí el nivel de integración
- c) Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias.

12.- Consideras que la correlación teoría-práctica fue:

- a) Buena
- b) Regular
- c) Suficiente
- d) Insuficiente

13.- Marca con una "x" las dinámicas y técnicas de enseñanza utilizadas por tu docente para el bloque teórico de la práctica comunitaria

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	SI	NO
a) Exposición docente		
b) Exposición del alumno con retroalimentación del docente		
c) Sesiones plenarias		
d) Discusión de temas		
e) Mesa redonda		
f) Demostraciones		
g) Sociodramas		
h) Investigación de campo		
i) Investigación bibliográfica		
j) Otros _____		

14.- ¿Cuales fueron los criterios de acreditación y evaluación de la práctica comunitaria?

- a) Trabajo escrito acerca del estudio de tres familias y la exposición ante el grupo.
- b) Un informe escrito del análisis de la situación de salud de una comunidad, correlacionando los daños a la salud, los factores de riesgo y estableciendo alternativas de solución.
- c) Todos los anteriores
- d) Otros _____

15.- Los recursos con los que contaste para realizar la práctica comunitaria fueron:

RECURSOS	SUFICIENTES	INSUFICIENTES	INEXISTENTES
a) Económicos			
b) Humanos			
c) Materiales			

16.- ¿Cuál fue la sede de tu práctica comunitaria?

- a) Hospital
- b) Clínica
- c) Centro de salud
- d) Guarderías
- e) Primaria
- f) Secundaria
- g) Comunidad
- h) Otros _____

17.- El tiempo asignado para la práctica comunitaria fue:

- a) menos de 1 semana
- b) 1 semana
- c) 2 semanas
- d) más de 3 semanas

18.- ¿Qué significado consideras que tiene la práctica comunitaria en tu formación integral?

- a) Muy significativa b) Significativa c) Poco significativa

19.- ¿Cuál consideras que fue el enfoque otorgado a la práctica comunitaria?

- a) Curativo b) Preventivo
c) Rehabilitación d) No lo identifiqué

20.- Señala los Programas Nacionales en los que has participado:

PROGRAMAS NACIONALES	SI	NO
a) Programa de educación para la salud		
b) Programa de nutrición y salud		
c) Programa contra las adicciones		
d) Programa de atención médica		
e) Programa de atención materno-infantil		
f) Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar		
g) Programa de rehabilitación		
h) Programa de atención buco-dental		
i) Programa de extensión de cobertura		
j) Programa de inmunizaciones		
k) Programa de control de infecciones respiratorias agudas		
l) Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas		
m) Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual		
n) Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)		
o) Programa de control de enfermedades crónico degenerativas		
p) Programa de prevención de accidentes		
q) Programa de saneamiento básico		
r) Programa de salud ocupacional		
s) Programa de planificación familiar		

21.- Durante la práctica comunitaria la satisfacción de las necesidades detectadas en la comunidad fue:

- a) Total b) Parcial c) No identificada

22.- Marca con una "x" las técnicas y recursos didácticos que utilizaste para dar educación para la salud a la comunidad.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI	NO
a) Sociodrama		
b) Teatro Guiño!		
c) Exposición de temas		
d) Demostración		
e) Periódico mural		
f) Tripticos		
g) Pizarra		
h) Franclografos		
i) Carteles		
j) Folletos		
k) Rotafolios		
l) Videos		
m) Juegos didácticos		
Otros		

23.- ¿Qué Programas implementaste para la solución de las necesidades de la comunidad donde realizaste la práctica comunitaria?

24.- El apoyo recibido por parte de la institución correspondiente para la realización de tu práctica comunitaria, consistió en:

- a) Coordinación interinstitucional b) Recursos humanos
c) Recursos económicos d) Recursos materiales
e) Ninguno

25.- ¿Qué propones para mejorar la práctica comunitaria en este semestre?

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

FOLIO _____

OBJETIVO: EN BASE A LA OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES, CONOCER CUAL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA EN EL PREGRADO DE LA ENEO-UNAM.

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA A SU EXPERIENCIA EN LA MATERIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II (BLOQUE COMUNITARIO). ELIJA SÓLO UNA OPCIÓN.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

1.- De los temas de Fundamentos de Enfermería II (bloque comunitario) que aparecen en el cuadro, califica el nivel de dominio que consideras tener.

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO	
	Totalmente	Parcialmente
a) Diagnóstico de salud y métodos de control (alternativas de solución, detección oportuna de los casos, tratamiento oportuno y adecuado de los enfermos y protección específica de los contactos)		
b) Procedimientos de enfermería comunitaria (entrevista personal, visita domiciliaria, uso del maletín, aplicación de vacunas y manejo de la cadena de frío)		
c) Educación para la salud (nutrición, higiene personal, saneamiento ambiental)		
d) El autocuidado de la salud.		

2.- ¿Conoces los objetivos del programa para la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II ?

a) Si

b) No

Si tu respuesta fue NO pasa a la pregunta No. 4

3.- De los siguientes objetivos ¿cuáles se cumplieron?

OBJETIVOS	SI	NO
a) Desarrollar habilidades en los métodos de control a partir de la ejecución de procedimientos básicos de atención de enfermería comunitaria, así como en la propuesta de acciones de educación para la salud con enfoque primario a la nutrición, higiene personal, saneamiento ambiental y autocuidado de la salud.		
b) Con base en los diagnósticos de salud individual y colectiva, derivar la atención de enfermería para el fomento, la restauración y la protección específica de la salud, aplicando en un primer acercamiento una metodología de trabajo con énfasis en la recolección de datos y la planeación del cuidado de enfermería.		

4.- ¿Cómo consideras que el docente que te impartió la materia de Fundamentos de Enfermería II (bloque comunitario) domina los contenidos del programa de la práctica?

a) Totalmente

b) Parcialmente

c) No los domina

5.- ¿Cuál es la actitud de tu docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria?

a) Abierta

b) Aceptación

c) Interés

d) Cooperador

e) Motivado

f) Todas las anteriores

g) Poco interés

h) Indiferencia

i) Pasivo

j) Evasivo

k) Todas las anteriores.

6.- La profundidad de abordaje en los temas del programa fue:

a) Buena

b) Regular

c) Deficiente

7.- La puntualidad del docente en las prácticas comunitarias fue:

a) Puntual

b) Después de 15 min.

c) Después de 30 min.

d) Después de 1 hora.

8.- De las técnicas y procedimientos de Enfermería comunitaria enlistados, menciona el nivel de dominio que posees.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO			
	ABSOLUTO	REGULAR	DEFICIENTE	NO LO DOMINA
a) Entrevista personal				
b) Visita domiciliaria				
c) Uso del maletín				
d) Aplicación de vacunas				
e) Manejo de la cadena de frío				
f) Educación para la salud				

9.- Tu participación durante el desempeño de la práctica comunitaria de Fundamentos de Enfermería II fue:

a) Valoración del estado de salud de la comunidad b) Recolección de datos
 c) Elaboración del informe final d) Diagnóstico de salud
 e) Educación para la salud f) Seguimiento de casos
 g) Todos los anteriores
 h) Otros _____
 i) Cuales? _____

10.- La práctica comunitaria la describirías como

a) Agradable y muy útil b) Agradable e inútil
 c) Poco agradable pero útil d) Desagradable e inútil
 e) Desagradable pero útil Porque? _____

11.- En la práctica comunitaria ¿cómo percibiste la integración de los conocimientos adquiridos en otras materias?

a) Percibí claramente la forma en que se integran
 b) No percibí el nivel de integración
 c) Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias.

12.- Consideras que la correlación teoría-práctica fue:

a) Buena b) Regular c) Suficiente d) Inexistente

-3-

13.- Marca con una "x" las dinámicas y técnicas de enseñanza utilizadas por tu docente para el bloque teórico de la práctica comunitaria

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	SI	NO
a) Exposición docente		
b) Exposición del alumno con retroalimentación del docente		
c) Sesiones plenarias		
d) Discusión de temas		
e) Mesa redonda		
f) Demostraciones		
g) Sociodramas		
h) Investigación de campo		
i) Investigación bibliográfica		
j) Otros _____		

14.- ¿Cuales fueron los criterios de acreditación y evaluación de la práctica comunitaria?

a) Presentación escrita de un diagnóstico de salud individual y comunitario derivado la planeación de la atención de enfermería que contribuye a satisfacer las necesidades básicas así como algunos lineamientos de evaluación.
 b) Ejecutar los procedimientos de atención de enfermería comunitaria mostrando creatividad en la integración del equipo y material, considerando sus fundamentos científicos
 c) Con base en el diagnóstico de salud de la comunidad elaborar un plan de educación para la salud
 d) En un trabajo analizar las actividades de educación para la salud del personal de enfermería y las efectuadas por el mismo
 e) Todas las anteriores
 f) Otros _____

15.- Los recursos con los que contaste para realizar la práctica comunitaria fueron:

RECURSOS	SUFICIENTES	INSUFICIENTES	INEXISTENTES
a) Económicos			
b) Humanos			
c) Materiales			

16.- ¿Cuál fue la sede de tu práctica comunitaria?

a) Hospital b) Clínica c) Centro de salud
 d) Guarderías e) Primaria f) Secundaria
 g) Otros _____
 Nombre: _____

-4-

17.- El tiempo asignado para la práctica comunitaria fue:

- a) menos de 1 semana
b) 1 semana
c) 2 semanas
d) más de 3 semanas

18.- ¿Qué significado consideras que tiene la práctica comunitaria en tu formación integral?

- a) Muy significativa
b) Significativa
c) Poco significativa

19.- ¿Cuánto consideras que fue el enfoque otorgado a la práctica comunitaria?

- a) Curativo
b) Preventivo
c) Rehabilitación
d) No lo identifiqué

20.- Señala los Programas Nacionales en los que has participado:

PROGRAMAS NACIONALES	SI	NO
a) Programa de educación para la salud		
b) Programa de nutrición y salud		
c) Programa contra las adicciones		
d) Programa de atención médica		
e) Programa de atención materno-infantil		
f) Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar		
g) Programa de rehabilitación		
h) Programa de atención buco-dental		
i) Programa de extensión de cobertura		
j) Programa de inmunizaciones		
k) Programa de control de infecciones respiratorias agudas		
l) Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas		
m) Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual		
n) Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)		
o) Programa de control de enfermedades crónicas degenerativas		
p) Programa de prevención de accidentes		
q) Programa de saneamiento básico		
r) Programa de salud ocupacional		
s) Programa de planificación familiar		

21.- La práctica comunitaria, ¿Estuvo basada en un diagnóstico de salud realizado con anterioridad?

- a) Si
b) No

Porqué? _____

22.- Durante la práctica comunitaria la satisfacción de las necesidades detectadas en la comunidad fue:

- a) Total
b) Parcial
c) No identificado

23.- Marca con una "x" las técnicas y recursos didácticos que utilizaste para dar educación para la salud a la comunidad.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI	NO
a) Sociodrama		
b) Teatro Guiñol		
c) Exposición de temas		
d) Demostración		
e) Periódico mural		
f) Trípticos		
g) Pizarra		
h) Franelogramas		
i) Carteles		
j) Folletos		
k) Rolafotos		
l) Videos		
m) Juegos didácticos		
n) Otros		

24.- ¿Qué Programas implementaste para la solución de las necesidades de la comunidad donde realizaste la práctica comunitaria? _____

25.- El apoyo recibido por parte de la institución correspondiente para la realización de tu práctica comunitaria consistió en:

- a) Coordinación interinstitucional
b) Recursos humanos
c) Recursos económicos
d) Recursos materiales
e) Ninguno

26.- ¿Diste seguimiento a la práctica comunitaria antecedente?

- a) Si
b) No

¿Porqué? _____

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

FOLIO _____

OBJETIVO: EN BASE A OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES, CONOCER CUAL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA EN EL PREGRADO DE LA ENEO-UNAM.

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA A SU EXPERIENCIA EN LA MATERIA DE ENFERMERÍA DEL NIÑO (BLOQUE COMUNITARIO). ELIJA SÓLO UNA OPCIÓN.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

1.- De los temas de Enfermería del Niño (bloque comunitario) que aparecen en el cuadro, califique el nivel de dominio que consideras tener

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO	
	Totalmente	No lo domino
a) Nutrición: Técnicas de alimentación y ablactación; Manejo higiénico de los alimentos; Técnicas de preparación de biberones.		
b) Higiene: Personal, de la vivienda.		
c) Medidas de prevención; Infecciones respiratorias; Control de padecimientos infectocontagiosos; Accidentes.		
d) Educación sexual.		
e) Estimulación física y temprana.		
f) Detección oportuna de limitaciones orgánicas		
g) Aceptación del niño con lesiones y secuelas invalidantes		
h) Coparticipación en la psico y ludoterapia.		
i) Aunediación y riesgos		
j) Dinámica familiar		

2.- ¿Conoces los objetivos del programa para la práctica comunitaria de Enfermería del Niño?

- a) SI
 b) No
 Si tu respuesta fue NO pasa a la pregunta No. 4

3.- De los siguientes objetivos ¿cuáles se cumplieron?

OBJETIVOS	SI	NO
a) En base a los métodos clínicos y epidemiológicos, el alumno planeará, ejecutará y evaluará la atención de enfermería al recién nacido, lactante, preescolar y escolar, en la comunidad, estancias infantiles, escuelas primarias o en una unidad asistencial para el fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud que afectan a la población infantil.		
b) El alumno realizará vigilancia epidemiológica tanto en los niños sanos como en los que presenten problemas de salud más frecuentes, en una comunidad, estancia infantil, escuela primaria o unidad asistencial.		
c) El alumno planeará aplicará y evaluará programas resolutivos en una comunidad pediátrica tomando como referencia los problemas de salud más frecuentes en ella.		

4.- ¿Cómo consideras que el docente que te impartió la materia de Enfermería del Niño (bloque comunitario) domina los contenidos del programa de la práctica?

- a) Totalmente
 b) Parcialmente
 c) No los domina

5.- ¿Cuál es la actitud de tu docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria?

- a) Abierta
 b) Aceptación
 c) Interés
 d) Cooperador
 e) Motivado
 f) Todas las anteriores
 g) Poco interés
 h) Indiferencia
 i) Pasivo
 j) Evasivo
 k) Todas las anteriores.
 l) Todas las anteriores

6.- La profundidad de abordaje en los temas del programa fue:

- a) Buena
 b) Regular
 c) Deficiente

7.- La puntualidad del docente en las prácticas comunitarias fue:

- a) Puntual
 b) Después de 15 min.
 c) Después de 30 min.
 d) Después de 1 hora.

8.- De las técnicas y procedimientos de Enfermería comunitaria enlistados, menciona el nivel de dominio que poseses:

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO			
	ABSOLUTO	REGULAR	DEFICIENTE	NO LO DOMINO
a) Técnicas de alimentación y ablactación				
b) Manejo higiénico de los alimentos				
c) Higiene personal y de la vivienda				
d) Aplicación de vacunas				
e) Educación para la salud sobre: prevención de infecciones de vías respiratorias, accidentes, sexual, educación estimulación física temprana, educación prenatal.				

9.- Tú participación durante el desempeño de la práctica comunitaria de Enfermería del Niño fue:

- a) Diagnóstica de salud
- b) Recolección de datos
- c) Elaboración del informe final
- d) Educación para la salud
- e) Seguimiento de casos
- f) Todos los anteriores
- g) Otros _____
- h) Cuales? _____

10.- La práctica comunitaria la describirías como:

- a) Agradable y muy útil
- b) Agradable e inútil
- c) Poco agradable pero útil
- d) Desagradable e inútil
- e) Desagradable pero útil

Porque? _____

11.- En la práctica comunitaria ¿cómo percibiste la integración de los conocimientos adquiridos en otras materias?

- a) Percibí claramente la forma en que se integran
- b) No percibí el nivel de integración
- c) Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias.

12.- Consideras que la correlación teoría-práctica fue

- a) Buena
- b) Regular
- c) Suficiente
- d) Inexistente

13.- Marca con una "X" las dinámicas y técnicas de enseñanza utilizadas por tu docente para el bloque teórico de la práctica comunitaria

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	SI	NO
a) Exposición docente		
b) Exposición del alumno con retroalimentación del docente		
c) Sesiones plenarias		
d) Discusión de temas		
e) Mesa redonda		
f) Demostraciones		
g) Sociodramas		
h) Investigación de campo		
i) Investigación bibliográfica		
j) Otros _____		

14.- ¿Cuales fueron los criterios de acreditación y evaluación de la práctica comunitaria?

- a) Trabajo escrito de dos estudios de familias realizadas en comunidad para valorar las características biosociosociales del niño.
- b) Aplicación y entrega por escrito de la cédula de valoración integral al niño para detectar la problemática de salud de la población pediátrica en estudio.
- c) Planeación, ejecución y evaluación de programas resolutivos a la problemática encontrada.
- d) Entrega por escrito de los programas de educación para la salud.
- e) Informe analítico global de todas las actividades desarrolladas en la práctica.
- f) Otros _____

15.- Los recursos con los que contaste para realizar la práctica comunitaria fueron:

RECURSOS	SUFICIENTES	INSUFICIENTES	INEXISTENTES
a) Económicos			
b) Humanos			
c) Materiales			

16.- ¿Cual fue la sede de tu práctica comunitaria?

- a) Hospital
 - b) Clínica
 - d) Guarderías
 - e) Primaria
 - g) Comunidad
 - h) Otros _____
 - c) Centro de salud
 - f) Secundaria
- Nombre: _____

17.- El tiempo asignado para la práctica comunitaria fue:

- a) menos de 1 semana
- b) 1 semana
- c) 2 semanas
- d) más de 3 semanas

18.- ¿Qué significado consideras que tiene la práctica comunitaria en tu formación integral?

- a) Muy significativa b) Significativa c) Poco significativa

19.- ¿Cuál consideras que fue el enfoque otorgado a la práctica comunitaria?

- a) Curativo
b) Preventivo
c) Rehabilitación
d) No lo identifiqué

20.- Señala los Programas Nacionales en los que has participado:

PROGRAMAS NACIONALES	SI	NO
a) Programa de educación para la salud		
b) Programa de nutrición y salud		
c) Programa contra las adicciones		
d) Programa de atención médica		
e) Programa de atención materno-infantil		
f) Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar		
g) Programa de rehabilitación		
h) Programa de atención buco-dental		
i) Programa de extensión de cobertura		
j) Programa de inmunizaciones		
k) Programa de control de infecciones respiratorias agudas		
l) Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas		
m) Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual		
n) Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)		
o) Programa de control de enfermedades crónico degenerativas		
p) Programa de prevención de accidentes		
q) Programa de saneamiento básico		
r) Programa de salud ocupacional		
s) Programa de planificación familiar		

21.- Durante la práctica comunitaria la satisfacción de las necesidades detectadas en la comunidad fue:

- a) Total b) Parcial c) No identificada

22.- Marca con una "X" las técnicas y recursos didácticos que utilizaste para dar educación para la salud a la comunidad.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI	NO
a) Sociodrama		
b) Teatro Guiñol		
c) Exposición de temas		

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

FOLIO _____

OBJETIVO: EN BASE A LA OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES, CONOCER CUAL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA EN EL PREGRADO DE LA ENEQ-UNAM.

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA A SU EXPERIENCIA EN LA MATERIA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A. I (BLOQUE COMUNITARIO). ELIJA SOLO UNA OPCIÓN. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

1.- De los temas de Enfermería del A.A.A.I (bloque comunitario) que aparecen en el cuadro, califica el nivel de dominio que consideras tener

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO	
	Totalmente	Parcialmente No lo domino
a) Programas y recursos para el fomento a la salud en el adolescente, adulto y anciano: Nutrición, salud física, salud mental, sexualidad, salud laboral y del deporte, saneamiento ambiental.		
b) Acciones de enfermería para el fomento a la salud.		
c) Programas específicos para el control de problemas de origen infeccioso y parasitarios. Dirigidas al hombre y al ambiente.		
d) Acciones de enfermería en la prevención de problemas infecciosos y parasitarios.		
e) Acciones de enfermería para evitar complicaciones y fomentar el autocuidado.		

2.- ¿Conoces los objetivos del programa para la práctica comunitaria de Enfermería del A.A.A. I?

a) Si _____ b) No _____

Si tu respuesta fue NO pasa a la pregunta No. 4

3.- De los siguientes objetivos ¿cuáles se cumplieron?

OBJETIVOS	SI	NO
a) Analizará los factores de riesgo en el adolescente, en el adulto y en el anciano, infiriendo las acciones, de enfermería para el fomento de la salud y prevención de las enfermedades.		
b) Integrar los conocimientos adquiridos para la identificar los factores de riesgo del adolescente, adulto y anciano que permitan planear, ejecutar y evaluar la atención de enfermería a nivel individual y colectivo, en la promoción y fomento del autocuidado de la salud, en la prevención y diagnóstico de las enfermedades más frecuentes así como en el tratamiento y rehabilitación.		

4.- ¿Cómo consideras que el docente que le impartió la materia de Enfermería del A.A.A. I (bloque comunitario) domina los contenidos del programa de la práctica?

a) Totalmente _____ b) Parcialmente _____ c) No lo domina

5.- ¿Cuál es la actitud de tu docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria?

- a) Abierta _____ g) Poco interés _____
- b) Aceptación _____ h) Indiferencia _____
- c) Interés _____ i) Pasivo _____
- d) Cooperador _____ j) Evasivo _____
- e) Motivado _____ k) Todas las anteriores.
- f) Todas las anteriores

6.- La profundidad de abordaje en los temas del programa fue:

a) Buena _____ b) Regular _____ c) Deficiente _____

7. La puntualidad del docente en las prácticas comunitarias fue:
- Puntual
 - Después de 15 min.
 - Después de 30 min.
 - Después de 1 hora.

8. De las técnicas y procedimientos de Enfermería comunitaria enlistados, menciona el nivel de dominio que posees.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO			
	ABSOLUTO	REGULAR	DEFICIENTE	NO LO DOMINO
a) Realizar un diagnóstico de la salud comunitaria.				
b) Aplicación de programas de educación para la salud del adolescente, adulto y anciano en su ambiente escolar, laboral y social, a partir del diagnóstico de salud.				
c) Planeación y ejecución y evaluación de acciones específicas para el control de riesgos y daños a la salud a nivel colectivo.				

9. Tu participación durante el desempeño de la práctica comunitaria de Enfermería del A.A.A. fue:
- Diagnóstico de salud
 - Elaboración del informe final
 - Seguimiento de casos
 - Otros _____
- ¿Cuales? _____

10. La práctica comunitaria la describirías como
- Agradable y muy útil
 - Poco agradable pero útil
 - Desagradable pero útil
 - Porque? _____

11. En la práctica comunitaria ¿cómo percibiste la integración de los conocimientos adquiridos en otras materias?
- Percibi claramente la forma en que se integran
 - No percibi el nivel de integración
 - Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias.

12. Consideras que la correlación teoría-práctica fue
- Buena
 - Regular
 - Suficiente
 - Inexistente

13. Marca con una "x" las dinámicas y técnicas de enseñanza utilizadas por tu docente para el bloque teórico de la práctica comunitaria

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	SI	NO
a) Exposición docente		
b) Exposición del alumno con retroalimentación del docente		
c) Sesiones plenarias		
d) Discusión de temas		
e) Mesa redonda		
f) Demostraciones		
g) Sociodramas		
h) Investigación de campo		
i) Investigación bibliográfica		
j) Otros _____		

14. ¿Cuales fueron los criterios de acreditación y evaluación de la práctica comunitaria?
- Presentar un reporte grupal del diagnóstico de salud de la comunidad seleccionada.
 - Planeación, ejecución y evaluación de un programa de educación para la salud coherente con los riesgos detectados.
 - Elaborar un reporte de la práctica.
 - Todos los anteriores.
 - Otros _____

15.- Los recursos con los que contaste para realizar la práctica comunitaria fueron:

RECURSOS	SUFICIENTES	INSUFICIENTES	INEXISTENTES
a) Económicos			
b) Humanos			
c) Materiales			

16.- ¿Cuál fue la sede de tu práctica comunitaria?

- a) Hospital
 b) Clínica
 c) Centro de salud
 d) Guarderías
 e) Primaria
 f) Secundaria
 g) Comunidad
 h) Otros

Nombre:

17.- El tiempo asignado para la práctica comunitaria fue:

- a) menos de 1 semana
 b) 1 semana
 c) 2 semanas
 d) más de 3 semanas

18.- ¿Qué significado consideras que tiene la práctica comunitaria en tu formación integral?

- a) Muy significativa
 b) Significativa
 c) Poco significativa

19.- ¿Cuál consideras que fue el enfoque otorgado a la práctica comunitaria?

- a) Curativo
 b) Preventivo
 c) Rehabilitación
 d) No lo identifiqué

20.- Señala los Programas Nacionales en los que has participado:

PROGRAMAS NACIONALES	SI	NO
a) Programa de educación para la salud		
b) Programa de nutrición y salud		
c) Programa contra las adicciones		
d) Programa de atención médica		
e) Programa de atención materno-infantil		
f) Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar		
g) Programa de rehabilitación		
h) Programa de atención buco-dental		
i) Programa de extensión de cobertura		
j) Programa de inmunizaciones		
k) Programa de control de infecciones respiratorias agudas		
l) Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas		

PROGRAMAS NACIONALES	SI	NO
m) Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual		
n) Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)		
o) Programa de control de enfermedades crónicas degenerativas		
p) Programa de prevención de accidentes		
q) Programa de saneamiento básico		
r) Programa de salud ocupacional		
s) Programa de planificación familiar		

21.- Durante la práctica comunitaria la satisfacción de las necesidades detectadas en la comunidad fue:

- a) Total
 b) Parcial
 c) No identificada

22.- Marca con una "x" las técnicas y recursos didácticos que utilizaste para dar educación para la salud a la comunidad.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI	NO
a) Sociodrama		
b) Teatro Guiñol		
c) Exposición de temas		
d) Demostración		
e) Periódico mural		
f) Trípticos		
g) Pizarra		
h) Franelogramas		
i) Carteles		
j) Folletos		
k) Rotafolios		
l) Videos		
m) Juegos didácticos		
n) Otros		

23. ¿Qué Programas implementaste para la solución de las necesidades de la comunidad donde realizase la práctica comunitaria?

24. El apoyo recibido por parte de la institución correspondiente para la realización de tu práctica comunitaria consistió en:

- a) Coordinación interinstitucional
- b) Recursos humanos
- c) Recursos económicos
- d) Recursos materiales
- e) Ninguno

25. ¿Qué propones para mejorar la práctica comunitaria en este semestre?

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

FOLIO _____

OBJETIVO: EN BASE A LA OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES, CONOCER CUÁL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA EN EL PREGRADO DE LA ENFO-UNAM.

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA A SU EXPERIENCIA EN LA MATERIA DE ENFERMERÍA DEL A.A.A. II (BLOQUE COMUNITARIO) ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

1.- De los temas de Enfermería del A.A.A. II (bloque comunitario) que aparecen en el cuadro, califica el nivel de dominio que consideras tener

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO	
	Totalmente	Parcialmente No domino
a) Programas nacionales e institucionales de prevención de accidentes, violencias y desastres.		
b) Acciones de enfermería en la prevención de accidentes, violencias y desastres.		
c) Atención de enfermería en caso de urgencias colectivas y desastres.		
d) Programa nacionales e institucionales de control de la población de riesgo de desarrollar padecimientos crónico-degenerativos.		
e) Acciones de enfermería en el apoyo psicosocial al paciente con afecciones crónico-degenerativas y su familia. Asistencias durante la fase terminal.		
f) Procedimientos de enfermería para la rehabilitación física mental de pacientes con afecciones crónico-degenerativas. Educación a la familia y a la comunidad para la aceptación del paciente con secuelas invalidantes; Educación sobre las actividades de la vida diaria. Plan de alta y autocuidado.		

2.- ¿Conoces los objetivos del programa para la práctica comunitaria de Enfermería del A.A.A. II?

- a) Si b) No

Si tu respuesta fue NO pasa la pregunta No. 4

3.- ¿Se cumplió el siguiente objetivo?

OBJETIVOS	SI	NO
Integrar los conocimientos adquiridos para identificar los factores de riesgo de adolescente, adulto y anciano, que permitan planear, ejecutar y evaluar la atención de enfermería a nivel individual y colectivo, en la prevención y diagnóstico de los problemas crónico-degenerativos, así como en el tratamiento y rehabilitación de los mismos.		

4.- ¿Cómo consideras que el docente que te impartió la materia de Enfermería del A.A.A. II (bloque comunitario) domina los contenidos del programa de la prácticas?

- a) Totalmente b) Parcialmente c) No los domina

5.- ¿Cuál es la actitud de tu docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria?

- a) Abierta b) Poco interés
 b) Aceptación h) Indiferencia
 c) Interés i) Pasivo
 d) Cooperador j) Evasivo
 e) Motivado k) Todas las anteriores
 f) Todas las anteriores

6.- La profundidad de abordaje en los temas del programa fue:

- a) Buena b) Regular c) Deficiente

7.- La puntualidad del docente en las prácticas comunitarias fue:

- a) Puntual b) Después de 15 min.
 c) Después de 30 min. d) Después de 1 hora.

8 - De las técnicas y procedimientos de Enfermería comunitaria entisladados, menciona el nivel de dominio que posees.

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS	NIVEL DE DOMINIO			
	ABSOLUTO	REGULAR	DEFICIENTE	NO LO DOMINA
a) Realizar un diagnóstico de salud comunitaria.				
b) Aplicación de programas de educación para la salud del adolescente, adulto y anciano en la prevención de accidentes, violencia y desastres, primeros auxilios y detección oportuna de problemas crónico-degenerativos.				
c) Elaboración de una historia familiar para detección de riesgos y daños a la salud en estas etapas del ciclo vital.				
d) Planación, ejecución y evaluación de acciones específicas para el control de riesgos y daños a la salud a niveles colectivos.				

9 - ¿Tu participación durante el desempeño de la práctica comunitaria de Enfermería del A.A.A.II fue:

- a) Diagnóstico de Salud
 b) Recolección de datos
 c) Elaboración del informe final
 d) Educación para la salud
 e) Seguimiento de casos
 f) Todos los anteriores
 g) Otros _____
 Cuáles?

10 - La práctica comunitaria la describirías cómo?

- a) Agradable y muy útil
 b) Agradable e inútil
 c) Poco agradable pero útil
 d) Desagradable e inútil
 e) Desagradable pero útil
 Porque? _____

11 - En la práctica comunitaria ¿cómo percibiste la integración de los conocimientos adquiridos en otras materias?

- a) Percibí claramente la forma en que se integran
 b) No percibí el nivel de integración
 c) Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias.

12 - Consideras que la correlación teoría-práctica fue:

a) Buena
 b) Regular
 c) Suficiente
 d) Inexistente

13 - Marca con una "X" las dinámicas y técnicas de enseñanza utilizadas por tu docente para el bloque teórico de la práctica comunitaria

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	SI	NO
a) Exposición docente		
b) Exposición del alumno con retroalimentación del docente		
c) Sesiones plenarias		
d) Discusión de temas		
e) Mesa redonda		
f) Demostraciones		
g) Sociodramas		
h) Investigación de campo		
i) Investigación bibliográfica		
j) Otros _____		

14.- ¿Cuáles fueron los criterios de acreditación y evaluación de la práctica comunitaria?

- a) Presentar un reporte grupal del diagnóstico de la salud de la comunidad seleccionada.
 b) Planación, ejecución y evaluación de un Programa de educación para la salud coherente con los riesgos detectados.
 c) Elaborar un reporte de la práctica.
 d) Todos los anteriores.
 e) Otros _____

15 - Los recursos con los que contaste para realizar la práctica comunitaria fueron:

RECURSOS	SUFICIENTES	INSUFICIENTES	INEXISTENTES
a) Económicos			
b) Humanos			
c) Materiales			

16.- ¿Cuál fue la sede de tu práctica comunitaria?

- a) Hospital
- b) Clínica
- c) Centro de salud
- d) Guarderías
- e) Primaria
- f) Secundaria
- g) Comunidad
- h) Otros

Nombre: _____

17.- El tiempo asignado para la práctica comunitaria fue:

- a) menos de 1 semana
- b) 1 semana
- c) 2 semanas
- d) más de 3 semanas

18.- ¿Qué significado consideras que tiene la práctica comunitaria en tu formación integral?

- a) Muy significativa
- b) Significativa
- c) Poco significativa

19.- ¿Cuál consideras que fue el enfoque otorgado a la práctica comunitaria?

- a) Curativo
- b) Preventivo
- c) Rehabilitación
- d) No lo identificó

20.- Señala los Programas Nacionales en los que has participado:

PROGRAMAS NACIONALES	SI	NO
a) Programa de educación para la salud		
b) Programa de nutrición y salud		
c) Programa contra las adicciones		
d) Programa de atención médica		
e) Programa de atención materno-infantil		
f) Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar		
g) Programa de rehabilitación		
h) Programa de atención buco-dental		
i) Programa de extensión de cobertura		
j) Programa de inmunizaciones		
k) Programa de control de infecciones respiratorias agudas		
l) Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas		
m) Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual		
n) Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)		
o) Programa de control de enfermedades crónico degenerativas		
p) Programa de prevención de accidentes		
q) Programa de saneamiento básico		
r) Programa de salud ocupacional		
s) Programa de planificación familiar		

21.- La práctica comunitaria, ¿Estuvo basada en un diagnóstico de salud realizado con anterioridad?
 Porque? _____
 a) Si
 b) No

22.- Durante la práctica comunitaria la satisfacción de las necesidades detectadas en la comunidad fue: _____
 a) Total b) Parcial c) No identificada

23.- Marca con una "x" las técnicas y recursos didácticos que utilizaste para dar educación para la salud a la comunidad.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI	NO
a) Sociodrama		
b) Teatro Guiño		
c) Exposición de temas		
d) Demostración		
e) Periódico mural		
f) Tripticos		
g) Pizarra		
h) Francógrafos		
i) Carteles		
j) Folletos		
k) Rotafolios		
l) Videos		
m) Juegos didácticos		
n) Otros		

24.- ¿Qué Programas implementaste para la solución de las necesidades de la comunidad donde realizaste la práctica comunitaria? _____

25.- El apoyo recibido por parte de la institución correspondiente para la realización de tu práctica comunitaria consistió en:

- a) Coordinación interinstitucional
- b) Recursos humanos
- c) Recursos económicos
- d) Recursos materiales
- e) Ninguno

26.- ¿Diste seguimiento a la práctica comunitaria antecedente?

- a) Si
- b) No

27.- ¿Qué propones para mejorar la práctica comunitaria en este semestre? _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

FOLIO _____ A

OBJETIVO: EN BASE A OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES, CONOCER CUAL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA EN EL PREGRADO DE LA ENEO-UNAM.

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA A SU EXPERIENCIA EN LA MATERIA DE OBSTETRICIA I (BLOQUE COMUNITARIO) ELIJA SÓLO UNA OPCIÓN.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

1.- De los temas de Obstetricia I (bloque comunitario) que aparecen en el cuadro, califica el nivel de dominio que consideras tener

TEMAS	NIVEL DE DOMINIO		No lo domino
	Totalmente	Parcialmente	
a) Políticas y estrategias de atención materno-infantil: Estadísticas vitales; Pirámide poblacional.			
b) Población con riesgo reproductivo.			
c) Indicadores de salud materno-infantil: Cálculo y análisis de fecundidad, natalidad, morbi-mortalidad materna, consultas por embarazos, etc.			
d) La importancia del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el programas de salud materno-infantil.			
e) Sociedad y sexualidad.			
f) Paternidad responsable, conceptualización: Aspectos políticos y sociales del programa de planificación familiar, La regulación de la fertilidad humana, desde el enfoque de riesgo reproductivo; Métodos anticonceptivos (mecanismos de acción, ventajas y desventajas); Sistema de evaluación a los usuarios.			
g) Factores de riesgo en la evolución del embarazo: Aspectos socioculturales, psicológicos y biológicos.			

TEMAS	Totalmente	Parcialmente	No lo domino
h) Educadores para la salud: Medidas e Indicadores generales; Valoración del riesgo en la evolución del embarazo.			
i) Atención del parto y alumbramiento en el hogar.			
j) Aspectos socioculturales ligados al puerperio.			
k) Medidas generales: Higiéneo dietéticas; Control de la fertilidad; Actividad sexual; Factores de riesgo.			
l) Evaluación del riesgo neonatal			
m) Manejo integral del recién nacido eutrófico.			
n) Estimulación temprana.			

2.- ¿Conoces los objetivos del programa para la práctica comunitaria de Obstetricia I?
a) SI
Si tu respuesta fue NO pasa a la pregunta No. 4

OBJETIVO	SI	NO
	Con base en el análisis de la problemática de salud del grupo materno-infantil de la sociedad mexicana, el alumno inferirá la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en los programas nacionales de atención a la salud.	

3.- ¿Se cumplió el siguiente objetivo?
a) Totalmente
b) Parcialmente
c) No los domina

4.- ¿Cómo consideras que el docente que te impartió la materia de Obstetricia I (bloque comunitario) domina los contenidos del programa de la práctica?
a) Totalmente
b) Parcialmente
c) No los domina

- 5.- ¿Cuál es la actitud de tu docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria?
a) Abierta
b) Aceptación
c) Interés
d) Cooperador
e) Motivado
f) Todas las anteriores
g) Poco interés
h) Indiferencia
i) Pasivo
j) Evasivo
k) Todas las anteriores

6.- La profundidad de abordaje en los temas del programa fue:
a) Buena
b) Regular
c) Deficiente

- 7 - La puntualidad del docente en las prácticas comunitarias fue:
- Puntual
 - Después de 30 min.
 - Después de 15 min.
 - Después de 1 hora.

8 - De las técnicas y procedimientos de Enfermería comunitaria enlistados, menciona el nivel de dominio que poseses.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO			
	ABSOLUTO	REGULAR	DEFICIENTE	NO LO DOMINO
a) Prescripción y aplicación de métodos anticoncepción				
b) Atención del parto y alumbramiento en el hogar.				
c) Educación para la salud perinatal tendiente al autocuidado en el proceso reproductivo.				
d) Detección de factores de riesgo e indicación de medidas de control.				

9 - Tu participación durante el desempeño de la práctica comunitaria de Obstetricia fue:

- Diagnóstico de Salud
- Elaboración del informe final
- Seguimiento de casos
- Otros
- Cuales?

10 - La práctica comunitaria la describirías cómo?

- Agradable y muy útil
- Poco agradable pero útil
- Desagradable pero útil
- Por qué?

11 - En la práctica comunitaria ¿cómo percibiste la integración de los conocimientos adquiridos en otras materias?

- Percibi claramente la forma en que se integran
- No percibi el nivel de integración
- Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias.

12 - ¿Consideras que la correlación teoría-práctica fue?

- Buena
- Regular
- Suficiente
- Inexistente

13 - Marca con una "x" las dinámicas y técnicas de enseñanza utilizadas por tu docente para el bloque teórico de la práctica comunitaria

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	SI	NO
a) Exposición docente		
b) Exposición del alumno con retroalimentación del docente		
c) Sesiones plenarias		
d) Discusión de temas		
e) Jefes redonda		
f) Demostraciones		
g) Sociodramas		
h) Investigación de campo		
i) Investigación bibliográfica		
j) Otros _____		

14 - ¿Cuales fueron los criterios de acreditación y evaluación de la práctica comunitaria?

- Asistencia y puntualidad al 90%.
- Planeación e implementación de actividades de educación para la salud perinatal.
- Ambos
- Otros _____

RECURSOS	SUFICIENTES	INSUFICIENTES	INEXISTENTES
a) Ixondónicos			
b) Humanos			
c) Materiales			

16 - ¿Cuál fue la sede de tu práctica comunitaria?

- Hospital
- Clinica
- Primaria
- Comunidad
- Otros _____
- Nombre: _____

17 - El tiempo asignado para la práctica comunitaria fue:

- menos de 1 semana
- 1 semana
- 2 semanas
- mas de 3 semanas

18 - ¿Qué significado consideras que tiene la práctica comunitaria en tu formación integral?

- Muy significativa
- Significativa
- Poco significativa

19 - ¿Cuál consideras que fue el enfoque otorgado a la práctica comunitaria?

- Curativo
- Preventivo
- Rehabilitación
- No lo identifiqué

PROGRAMAS NACIONALES	SI	NO
b) Programa de rehabilitación		
h) Programa de atención buco-dental		
i) Programa de extensión de cobertura		
j) Programa de inmunizaciones		
k) Programa de control de infecciones respiratorias agudas		
l) Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas		
m) Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual		
n) Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)		
o) Programa de control de enfermedades crónicas degenerativas		
p) Programa de prevención de accidentes		
q) Programa de saneamiento básico		
r) Programa de salud ocupacional		
s) Programa de planificación familiar		

21.- La práctica comunitaria, ¿es un diagnóstico de salud realizado con anterioridad?
a) Si
b) No
Porque? _____

22.- Durante la práctica comunitaria la satisfacción de las necesidades detectadas en la comunidad fue:
a) Total
b) Parcial
c) No identificada

23.- Marca con una "x" las técnicas y recursos didácticos que utilizaste para dar educación para la salud a la comunidad.

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI	NO
a) Sociodrama		
b) Teatro Guiñol		
c) Exposición de temas		
d) Demostración		
e) Periódico mural		
f) Tripticos		
g) Pizarra		
h) Francografos		
i) Carteles		
j) Folletos		
k) Rotafolios		

TÉCNICAS Y RECURSOS	SI	NO
l) Videos		
m) Juegos didácticos		
n) Otros		

24.- ¿Qué Programas implementaste para la solución de las necesidades de la comunidad donde realizaste la práctica comunitaria?

25.- El apoyo recibido por parte de la institución correspondiente para la realización de tu práctica comunitaria consistió en:

- a) Coordinación interinstitucional
- b) Recursos humanos
- c) Recursos económicos
- d) Recursos materiales
- e) Ninguno

26.- ¿Diste seguimiento a la práctica comunitaria antecedente?

- a) Si
 - b) No
- Porque? _____

27.- ¿Qué propones para mejorar la práctica comunitaria en este semestre?

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

FOLIO _____

OBJETIVO: EN BASE A LA OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES, CONOCER CUÁL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA EN EL PREGRADO DE LA ENEO-UNAM.

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA A SU EXPERIENCIA EN LA MATERIA DE OBSTETRICIA II (BLOQUE: COMUNITARIO). ELIJA SOLO UNA OPCIÓN.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

1.- De los temas de Obstetricia II (bloque comunitario) que aparecen en el cuadro, califica el nivel de dominio que consideras tener.

TEMAS	Totalmente	Parcialmente	No lo domino
a) Conceptos de riesgo aplicado en la atención perinatal.			
b) Instrumentos epidemiológicos empleados en el enfoque de riesgo.			
c) Cuantificación de los riesgos materno - infantil, en el individuo y la comunidad.			
d) Riesgos para la reproducción.			
e) Sistema de atención primaria en Obstetricia.			

2.- ¿Conoces los objetivos del programa para la práctica comunitaria de Obstetricia II ?

- a) Si
b) No
Si tu respuesta fue NO pasa a la pregunta No. 4

3.- De los siguientes objetivos, ¿cuáles se cumplieron?

OBJETIVOS	SI	NO
a) A partir de los conceptos estudiados en la unidad, el estudiante encicerrará la estrategia de atención primaria perinatal como alternativa para incidir en la problemática materno-infantil.		
b) Fundamentar técnicamente los criterios que se asignen para evaluar el estado de riesgo del proceso de la reproducción humana.		
c) Analizar las características de un modelo de atención primaria perinatal, sus criterios de organización y funcionamiento, así como los parámetros para inferir la calidad de sus acciones.		

4.- ¿Cómo consideras que el docente que te impartió la materia de Obstetricia II (bloque comunitario) domina los contenidos del programa de la práctica?
a) Totalmente
b) Parcialmente
c) No los domina

5.- ¿Cuál es la actitud de tu docente ante cuestionamientos conceptuales de la práctica comunitaria

- a) Abierta
b) Aceptación
c) Interés
d) Cooperador
e) Motivado
f) Todas las anteriores
g) Poco interés
h) Indiferencia
i) Pasivo
j) Evasivo
k) Todas las anteriores

6.- ¿La profundidad de abordaje en los temas del programa fue:

- a) Buena
b) Regular
c) Deficiente

7.- La puntualidad del docente en las prácticas comunitarias fue:

- a) Puntual
b) Después de 15 min.
c) Después de 30 min.
d) Después de 1 hora.

8.- De las técnicas y procedimientos de Enfermería comunitaria enlistados, menciona el nivel de dominio que posees.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	NIVEL DE DOMINIO		
	Absoluto	Regular	No lo domino
a) Elaboración del diagnóstico integral a la pareja.			
b) Evaluación del riesgo reproductivo.			
c) Diagnóstico de salud materno-infantil.			
d) Identificación grupos de alto riesgo.			
e) Acciones de atención primaria: consulta de embarazo, planificación familiar y crecimiento y desarrollo del recién nacido.			
f) Atención del parto y alumbramiento en el hogar.			
g) Acciones de educación para la salud perinatal.			

9. - Tu participación durante el desempeño de la práctica comunitaria de Observancia II
- Diagnóstico de salud
 - Recolección de datos
 - Elaboración del informe final
 - Educación para la salud
 - Seguimiento de casos
 - Todos los anteriores
 - Otros
- ¿Cuáles? _____

10. - La práctica comunitaria la describirías como:
- Agradable y muy útil
 - Agradable e inútil
 - Poco agradable pero útil
 - Desagradable e inútil
 - Desagradable pero útil
 - Desagradable e inútil
- Porqué? _____

11. - En la práctica comunitaria ¿cómo percibiste la integración de los conocimientos adquiridos en otras materias?
- Percibi claramente la forma en que se integran
 - No percibi el nivel de integración
 - Con el tipo de práctica realizada es difícil integrar conocimientos de otras materias

12. - ¿Consideras que la correlación teoría-práctica fue?
- Buena
 - Regular
 - Suficiente
 - Inexistente

13. - Marca con una "x" las dinámicas y técnicas de enseñanza utilizadas por tu docente para el bloque teórico de la práctica comunitaria

DINÁMICAS Y TÉCNICAS DIDÁCTICAS	SI	NO
a) Exposición docente		
b) Exposición del alumno con retroalimentación del docente		
c) Sesiones plenarias		
d) Discusión de temas		
e) Mesa redonda		
f) Demostraciones		
g) Sociodramas		
h) Investigación de campo		
i) Investigación bibliográfica		
j) Otros _____		

14. - ¿Cuales fueron los criterios de acreditación y evaluación de la práctica comunitaria?
- 90% mínimo de asistencia y puntualidad.
 - Casos clínicos que incluyan instrumento de evaluación de riesgo para su análisis grupal.
 - Elaboración de diagnóstico de salud comunitario del área asignada.
 - Informe analítico de la visita domiciliaria de los casos seleccionados para seguimiento y control.
 - Disear e instrumentar una estrategia de educación para la salud perinatal.
 - Todos los anteriores.
 - Otros _____

15. - Los recursos con los que contaste para realizar la práctica comunitaria fueron:

RECURSOS	SUFICIENTES	INSUFICIENTES	INEXISTENTES
a) Económicos			
b) Humanos			
c) Materiales			

16. - ¿Cuál fue la sede de tu práctica comunitaria?
- Hospital
 - Clinica
 - Guarderías
 - Comunidad
 - Primaria
 - Otros
 - Centro de salud
 - Secundaria
- Nombre: _____

17. - El tiempo asignado para la práctica comunitaria fue:
- menos de 1 semana
 - 1 semana
 - 2 semanas
 - más de 3 semanas

18. - ¿Qué significado consideras que tiene la práctica comunitaria en tu formación integral?
- Muy significativa
 - Significativa
 - Poco significativa

19. - ¿Cuál consideras que fue el enfoque otorgado a la prácticas comunitaria?
- Curativo
 - Preventivo
 - Rehabilitación
 - No lo identifique

20. - Señala los Programas Nacionales en los que has participado:

PROGRAMAS NACIONALES	SI	NO
a) Programa de educación para la salud		
b) Programa de nutrición y salud		
c) Programa contra las adicciones		
d) Programa de atención médica		
e) Programa de atención materno-infantil		
f) Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar		

20.- Señala los Programas Nacionales en los que has participado:

PROGRAMAS NACIONALES		SI	NO
a)	Programa de educación para la salud		
b)	Programa de nutrición y salud		
c)	Programa contra las adicciones		
d)	Programa de atención médica		
e)	Programa de atención materno-infantil		
f)	Programa de promoción y cuidado de la salud del escolar		
g)	Programa de rehabilitación		
h)	Programa de atención buco-dental		
i)	Programa de extensión de cobertura		
j)	Programa de inmunizaciones		
k)	Programa de control de infecciones respiratorias agudas		
l)	Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas		
m)	Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual		
n)	Programa de prevención y control del síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA)		
o)	Programa de control de enfermedades crónicas degenerativas		
p)	Programa de prevención de accidentes		
q)	Programa de saneamiento básico		
r)	Programa de salud ocupacional		
s)	Programa de planificación familiar		

21.- Durante la práctica comunitaria la satisfacción de las necesidades detectadas en la comunidad fue:

- a) Total
- b) Parcial
- c) No identificada

22.- Marca con una "x" las técnicas y recursos didácticos que utilizaste para dar educación para la salud a la comunidad.

TÉCNICAS Y RECURSOS		SI	NO
a)	Sociodrama		
b)	Teatro Guñol		
c)	Exposición de temas		
d)	Demostración		
e)	Perifoneo mural		
f)	Trípticos		
g)	Pizarrón		
h)	Francisgrafos		
i)	Carteles		
j)	Folleto		

TÉCNICAS Y RECURSOS		SI	NO
k)	Rotafolios		
l)	Videos		
m)	Juegos didácticos		
n)	Otros		

23.- ¿Qué Programas implementaste para la solución de las necesidades de la comunidad donde realizaste la práctica comunitaria?

24.- El apoyo recibido por parte de la institución correspondiente para la realización de tu práctica comunitaria consistió en:

- a) Coordinación interinstitucional
- b) Recursos humanos
- c) Recursos económicos
- d) Recursos materiales
- e) Ninguno

25.- ¿Qué propones para mejorar la práctica comunitaria en este semestre?

BIBLIOHEMEROGRAFÍA.

"Actitud de las enfermeras hacia la Atención Primaria". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. OPS. No. 1 Vol. 117 Año 73 Junio, 1994. P.p. 58

"Administración de Enfermería para la Atención Primaria de Salud". Colegio Nacional de Enfermeras. ENEP-Zaragoza. Año XXIX. Septiembre-Diciembre, 1990. P.p. 215-217.

AGUDELO, C. Carlos A.

"Características de la Participación Comunitaria en Programas Urbanos de Atención Primaria". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. No. 9 Vol. 1987. P.p. 43-52.

ALATORRE Winter Edda.

"Origen y Desarrollo de la Partera, la Enfermería Clínica y la Enfermera Sanitarista en México". Enfermera al Día. No. 9 Vol. 15 México., 1990. P.p. 14-17

ALFONSO, Roca Ma. Teresa; Álvarez Dardet, Díaz Carlos.

Enfermería Comunitaria I. Ed. Salvat. México., 1992. P. 204

ALVAREZ, Manilla José Manuel.

"Corresponsabilidad y Participación Social". Revista de Salud Pública de México. Vol. 34 Marzo 1992. P.p. 65-73

"Atención Primaria a la Salud". Revista de Salud Pública en México. INSP/ESPM No. 5 Vol.30 Septiembre-Octubre 1988. P.p. 160-164

BRACHET, Márquez Iviane.

"¿Basta con Sobrevivir?. Los retos de la integración de la Salud y el Bienestar en el 3er. Mundo". Revista de Salud Pública de México. Vol. 34 Marzo. 1992. P.p. 65-73.

CAMACHO DE OSPINO, Gilma.

"Perspectivas de Enfermeras en el Contexto de la Meta de Salud para todos en el año 2000". Revista de Salud Pública de México. OPS-OMS. No. 4 Vol. 25. Octubre- Diciembre. 1991.P.p. 372-377.

CARDOZO, Brum Myriam, Hernández Tezoquiapa Isabel, Et. Al.

"Educación Superior en Salud: Educación en Salud Pública 22005. Prospectivas para la planeación estratégica, avances y perspectivas". Revista de Salud Pública de México, No.1 Vol. 32 Enero-Febrero, 1990 P.p. 88-97

Dirección General de Servicios de Salud.

Guía de Unidades y Servicios de Salud (Primer Nivel), México., 1994.

ELLEN, Archer Sarah.

Enfermería de Salud Comunitaria. Ed. OPS. México, 1982.P 591

ENEO-UNAM.

Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. México., 1991. P.337

Antología de Introducción a la Salud Pública, Compilado por: RODRIGUEZ, Ruiz Lorena; Toribio, Hernández Yaqueline. México. 1994.

Programa y Antología de Salud Pública y Epidemiología.

Compilado por: GUTIERREZ, Raigosa Addy; Pacheco, Arce Ana Laura. México 1994.

ESCOBEDO, de la Peña Jorge, Hernández Hernández Dulce María. Et. Al.

"El curso de Especialización en Salud Pública en la Seguridad Social". Revista de Salud Pública de México. OPS-OMS. No. 4 Vol. 26. Octubre-Diciembre. 1992. P.p. 550-562.

ESEO-IPN.

Plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. México, 1992.

Fundación W:K: Kellogg.

Enfermería del Siglo XXI en América Latina. P.p. 7-42

HEVIA, Rivas P.

"Participación de la Comunidad en la Atención Primaria a la Salud". Salud Pública de México. No. 5 Vol.27 Septiembre- Octubre. 1985. P.p. 402-409.

INSP/ESPM.

75° Programa Académico. México., 1996.

JARDINES, Méndez José B. Et. Al.

"Cuba: Recursos Humanos en Atención Primaria de Salud y su Estrategia de Desarrollo". Revista de Salud Pública en México. No. 2 Vol. 27 Abril-Junio 1993. P.p. 145-158.

KURI, Rame Emilio.

"El quehacer de la Salud Pública". Facultad de Medicina UNAM. Julio-Agosto. 1988. P.p. 89-106.

LEAHYKATHLEE, Coob Margarite; Et. Al

Enfermería para la Salud de la Comunidad. Ed. Prensa Médica Mexicana. México., 1980. P . 445

MARTINEZ, García María, Luna Rodríguez Blanca.

"Evaluación de la Atención de Enfermería en la Atención Primaria a la Salud". Enfermería del IMSS. No. 2 y 3 Vol. 4. Mayo-Diciembre 1991. P.p. 101-103.

MOMNA, Salazar Raúl Enrique, Romero Velázquez Rogelio, Et. Al.

"Desarrollo Económico y Salud". Revista de Salud Pública Mexicana. No. 3 Vol. 33. Mayo-Junio. 1991. .P.p. 227-234.

MOTAS, Nunes Tania Celeste.

"Perspectivas de la Enseñanza en Salud Pública en el Brasil". Revista de Salud Pública de México. OPS-OMS. No. 1 Vol. 25 Enero-Marzo, 1991. P.p. 72-75.

OMS.

"Guía para la revisión de los Planes de Estudio Básicos de Enfermería. Orientada hacia la Atención Primaria y la Salud de la Comunidad". Ginebra (España), 1985. P.p. 5-12

OMS/OPS.

Las condiciones de Salud en las Américas. Ed. Publicaciones Científicas. Vol. I. USA. Washington 1994.

"Tercer Jornada de Enfermería en Salud Pública". Revista de Salud Pública de México. 1987. P.p. 206.

"Para la Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria". Publicación Científica. No. 332. Julio-Agosto. 1976. P.p. 4-19.

OVIEDO, Arce Jorge G, Lea Pellet, Pb. Et. Al.

"Educación Superior en salud: Necesidades de Educación para el Desarrollo de Programas Binacional de Atención a la Salud".
Revista de Salud Pública de México, Vol. 34 no.5 Septiembre-Octubre. 1992. P.p. 562-568.

PALENCIA, Martha, Cardozo, Brum Myriam. Et. Al.

"Educación superior en salud: Criterios para definir los niveles académicos en Salud Pública. " Revista de Salud Pública de México, No. 6 Vol.31 Noviembre-Diciembre 1989. P.p. 793-799.

ROVERE, Mario R.

"Capacitación Avanzada en Desarrollo de Recursos Humanos".
Revista de Salud Pública de México, OPS-OMS. No.2 Vol. 26. Abril-Junio 1992. P.p. 177-190.

RUIZ, Matuz Cuahtémoc, Dickinson Eloisa. Et. Al.

"Experiencias de México en el Adiestramiento de Personal en Epidemiología aplicada". Revista de Salud Pública de México. OPS-OMS. No. 3 Vol. 24 Julio-Septiembre. 1990 P.p. 222-236.

S/A

"Familias Sanas para Naciones Sanas". Nursing, No. 94. Abril 1990. P. 5

S/A

"Ampliación del Rol de la Enfermera en Salud Comunitaria".
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, OMS-OPS No. 2 Vol. LXXX. Febrero 1976. P.p.160-164.

SALINAS, Portillo Hugo, Silva Rojas Patricio.

"La Planificación estratégica en el desarrollo de los Servicios de Salud en Chile". Revista de Salud Pública en México. OPS-OMS. No. 2 Vol. 26 Abril-Junio 1992. P.p. 191-193.

SAN MARTIN, Hernán; Pastor, Vicente.

Salud Comunitaria Teoría y Práctica, 2a. ed. Ed Díaz de Santos. P. 475

Secretaría de Salud.

Mortalidad 1995. Dirección General de Estadística e Informática. México., 1996.
Anuario Estadístico 1995. Dirección General de Estadística e Informática. México. 1995. P.546

La formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos de la Secretaría de Salud 1988-1994. Dirección General de Enseñanza de Salud. México., 1994.

Informe de Labores 1994-1995. México 1995.

Ley General de Salud. 11a. ed. Ed. Porrúa. México, 1994. P. 1178

SIIVOLA, Villa Martikainen, Tyne.

"La Enfermera de Salud Pública: Eje de la Atención Primaria de Salud". Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. No.1 Vol. II Ginebra. 1990 P.p. 102-107.

SOBERÓN, Acevedo G. Et.Al.

"La enfermería y la Atención Primaria en México". Educación Médica y Salud. No. 1 Vol.18. México, 1984. P.p. 34-45.

SOBERÓN, Acevedo Guillermo, Frank Julio. Et. Al.

"Del Análisis a la acción: Algunas Conclusiones del Foro". Revista de Salud Pública de México. Vol. 34. 1992 P.p. 165-168.

TIJERINA, González Liliانا Burgoa Carlos.

"Hacia la Consolidación del Sistema Nacional de Enseñanza de la Salud Pública". Revista de Salud Pública en México. No. 3 Vol. 28. Julio-Septiembre, 1994. P.p. 405 -418.

WALSH, Yura; Et Al.

El proceso de enfermería. Ed. Alhambra. España., 1982.P. 222

WHITE, Franklin.

"La Epidemiología y el Fomento ala Salud una Perspectiva Canadiense". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. OPS: No. 1 Vol. 108. Enero, 1990. P.p. 1-13.

ZACUS, David.

"La Participación Comunitaria en los Programas de Atención Primaria a la Salud en el 3er Mundo". Revista de Salud Pública de México. No. 2. Vol. 30. Marzo-Abril. 1988. P.p. 151-174.