



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



INFORME DE SERVICIO SOCIAL RURAL
COMUNIDAD DE “**ROBERTO BARRIOS**”
MUNICIPIO DE CINTALAPA CHIAPAS MEXICO
2006 – 2007

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA:
TERESITA CHAVEZ ROSAS.

No. CUENTA: 40301266-8

DIRECTORA DEL TRABAJO: M.S.P. SOFIA SANCHEZ PIÑA.

OCTUBRE, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

"Ante todo a Dios por su amor, fuerza, fe y fidelidad, en mi camino, por permitirme alcanzar esta meta tan deseada y que hoy forma parte de una nueva etapa de mi vida. GRACIAS SEÑOR."

A mis padres y hermanas por ser los pilares primordiales de mi vida y los más amados, por impulsarme a salir adelante, por apoyarme en cada decisión y ser mis compañeros en cada paso que doy, por confiar en mi.

A mis amigas por su infinita ayuda moral y laboral en todo momento, por creer en mi y darme ánimos en los momentos difíciles, gracias por tenerme en su pensamiento.

A la población de la comunidad Roberto Barrios, por la confianza de cada uno y la esperanza que me demostraron al ver en mi a alguien que puede ayudar a resolver algunos de sus problemas, por brindarme su apoyo ya que fueron parte primordial para conseguir este logro.

"AQUELLO QUE TE PROPONGAS PARA EL MEJOR ENCAUSAMIENTO DE TU VOLUNTAD, PARA LA SUPERACION DE TU ESPIRITU, PARA EL MAS COPIOSO RENDIMIENTO DE TU ACCION, EQUIVALE A TRIUNFAR POR EL PROPIO MERECIMIENTO O LO QUE ES LO MISMO EQUIVALE A VIVIR."

Ada Negri

GRACIAS A TODOS Y QUE DIOS LOS BENDIGA.

INDICE

Introducción.....	04
Objetivo General.....	05
Objetivo Especifico.....	05
Descripción del programa.....	06
1.- Diagnostico de Salud de Comunidades de Cintalapa Chiapas 2006-2007	
1.1 Antecedentes Geográficos e Histórico-Sociales de Cintalapa.....	08
1.2 Demografía.....	09
1.3 Factores socioeconómicos	
1.3.1 Características de la vivienda.....	10
1.3.2 Religión.....	13
1.3.3 Estado civil.....	14
1.3.4 Ingresos Económicos.....	15
1.3.5 Escolaridad.....	16
1.3.6 Alimentación.....	17
1.4 Respuesta social organizada	
1.4.1 Planificación Familiar.....	18
1.4.2 Control Prenatal.....	21
1.4.3 DOCACU y Exploración de Mamas.....	22
1.5 Riesgos y daños a la salud	
1.5.1 Morbilidad.....	23
1.5.2 Mortalidad.....	24
1.5.3 Higiene.....	25
Conclusiones.....	26
2.- Comunidad Roberto Barrios	
2.1 Antecedentes históricos.....	27
2.2 Limites Geográficos.....	27
2.3 Clima.....	27
2.4 Organización social.....	27
2.5 Religión.....	28
2.6 Actividades productivas.....	28
2.7 Flora y fauna.....	28
2.8 Servicios.....	29
2.9 Costumbres.....	29
3.- Actividades de Enfermería en comunidad	
3.1 Descripción de la población atendida.....	31
3.2 Visita domiciliaria.....	32
3.3 Consultoría de Atención primaria.....	36
3.4 IEC Información, Educación, Comunicación.....	40
3.5 Resultados del Autocuidado.....	42
3.6 Trabajo Multidisciplinario a través de Casa Salud Génesis Berriozabal A.C....	46
Conclusiones.....	51
Bibliografía.....	53

INTRODUCCIÓN

El Plan de Desarrollo 2003-2007 de la ENEO plantea Programas Estratégicos , con objetivos y acciones concretas; en el Programa de fortalecimiento de la extensión académica y la vinculación con la sociedad , la ENEO considera la extensión académica como la responsabilidad de difundir el conocimiento de enfermería fuera del ámbito universitario, para lo cual incorpora las innovaciones educativas de la Universidad abierta y a distancia en los procesos de actualización en servicio, para cumplir con su compromiso social , emprende estrategias para fortalecer las capacidades locales de las comunidades en la promoción y fomento de la salud .

En su Objetivo 8.2 que se refiere a: Gestionar convenios para vincular a la ENEO con el entorno nacional para fortalecer las capacidades locales de las comunidades en la promoción y fomento de la cultura en salud.

Las acciones derivadas de ello son entre otras el aprovechamiento de la infraestructura de la escuela para la creación de programas de extensión a la comunidad, así como la coordinación con el nivel jurisdiccional para acciones sistematizadas de trabajo comunitario en áreas que requieren apoyo al bienestar social.

En el marco del convenio de colaboración con la asociación CASA SALUD GÉNESIS A.C. que dio origen al programa de Servicio Social Atención de Enfermería en Comunidades Rurales y de acuerdo con las bases de instrumentación, se realizó el servicio social en comunidades del municipio de Cintalapa Chiapas, México. Se integró un equipo de pasantes en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia con capacitación previa sobre aspectos antropológicos y culturales así como conocimientos básicos de manejo con plantas medicinales.

El presente informe recupera inicialmente la descripción del programa de Servicio Social, posteriormente el Diagnostico de Salud de las comunidades de Cintalapa considerando antecedentes históricos y geográficos, demografía, daños a la salud, factores socioeconómicos y respuesta social organizada. Posteriormente se realiza una descripción de las actividades realizadas durante el año de servicio social en la comunidad de San Marcos y los resultados se presentan con testimonios de la población atendida así como la descripción del beneficio de las familias.

Las conclusiones reflejan las percepciones del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y la contribución de nuestra participación en el cuidado de la salud. Por ultimo se integra la bibliografía concretada.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la situación de salud de individuos y familias del medio rural con carencias de servicio de salud en la consolidación del perfil profesional en el ámbito comunitario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la situación de salud de comunidades rurales.
2. Conocer los factores que condicionan el Proceso-Salud-Enfermedad en la comunidad, a través de una entrevista familiar a fin de integrar un diagnóstico de necesidades.
3. Realizar actividades de enfermería dirigidas a mejorar las condiciones de salud individual y familiar.
4. Fortalecer la formación profesional con conciencia de solidaridad y compromiso social.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A POBLACIÓN DESPROTEGIDA EN COMUNIDADES RURALES.

De acuerdo con las bases para la instrumentación del Servicio Social que dice “Colaborar en el desarrollo de la comunidad especialmente cual medio rural, en las zonas marginadas urbanas y aquellas de mayores carencia de servicio para la salud”¹ y en el marco de los convenios de colaboración académica entre la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y la asociación Civil Casa Salud Génesis, se propone el presente programa como estrategia de colaboración y apoyo a comunidades desprotegidas.

“Chiapas es uno de los estados más marginados en cuanto a salud y educación en la República Mexicana ya que se observan problemas importantes de medicina preventiva y curativa”², pudiendo observar que los municipios que se encuentran cerca de la capital chiapaneca no cuentan con un servicio de salud eficiente en cuanto a cantidad y calidad, citamos como referencia el municipio de Berriozabal y Cintalapa, mismo que no cuenta con un servicio de salud de calidad, resulta aún mas interesante tratar de explicar el por que la salud aun es un privilegio en algunos municipios y comunidades de nuestro estado. Por lo tanto es notorio que esta oportunidad la tienen solo aquellos que viven en cabeceras municipales, quedando desprotegidas las comunidades que se encuentran en áreas rurales y de acceso limitado, las pocas unidades médicas que se encuentran en estas comunidades carecen de medicamentos así como de personal capacitado para el diagnostico y tratamiento oportuno de las enfermedades, de ahí que se piense que no se cubren las necesidades en salud que la población demanda.

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

Casa Salud Génesis hizo un comunicado a los ejidatarios (pobladores) de las comunidades rurales de Cintalapa, en donde se les propuso la integración de Pasantes Universitarias a las comunidades que no contaban con servicios de salud en la misma. Lo cual requirió de un trabajo previo de sensibilización por parte del personal de la Asociación a: la población, las pasantes que se integrarían a la comunidad, así como de los comisariados ejidales, los cuales representan a la comunidad en la toma de decisiones, posteriormente las comunidades interesadas presentaron su solicitud por escrito y de ahí se tomaron en cuenta aquellas que las autoridades de la Asociación consideraron convenientes por la distancia y las facilidades que la comunidad ofrecía para la estancia de la pasante, la cual se programó con cuatro días de estancia a la semana, un día en la clínica de Casa Salud Génesis y dos días de descanso.

Durante la realización del Servicio Social las pasantes recibieron por parte de Casa Salud Génesis y de la comunidad, alimento, hospedaje y en algunos casos transporte.

¹ Reglamento del Servicio Social de la Escuela Nacional de enfermería y Obstetricia

² www.cintalapanecos.com. 20 de agosto de 2007 23:00 hrs.

Actividades Programadas en:

Comunidad:

- Elaborar diagnóstico de Salud de la comunidad con la aplicación de la cédula de entrevista familiar.
- Identificación de embarazadas y parteras de la comunidad.
- Consulta de atención primaria a embarazadas.
- Promoción de la salud, prevención de enfermedades en las familias.
- Capacitación y orientación a parteras.
- Participación en situaciones de emergencia.
- Programación reintervenciones en individuos, familias y comunidad.
- Control de enfermedades crónicas.

Clínica:

- Recepción de turno.
- Procedimientos clínicos.
- Atención de parto.
- Atención integral.
- Registro de pacientes.
- Orientación en plan de alta.
- Consultoría.
- Atención de emergencia.

Se establece como parte importante en la recolección de información el seguimiento del proceso de atención en la comunidad, como elementos de monitoreo y evaluación se proponen:

1. Supervisión permanente del responsable del programa.
2. Elaboración de reporte semanal.
3. Integración del informe bimensual.
4. Bitácora de campo.
5. Concentrado de consultas diarias.
6. Reporte de embarazadas.
7. Tarjeteros de familias de comunidad.
8. Reporte de casos.
9. Programas de Intervención.

La evaluación se realizó en reuniones de trabajo y con permanente comunicación con la coordinadora de la ENEO.

I DIAGNÓSTICO DE SALUD DE COMUNIDADES DE CINTALAPA CHIAPAS 2006-2007

1.1 ANTECEDENTES GEOGRAFICOS E HISTÓRICO-SOCIALES DE CINTALAPA.

Chiapas es uno de los estados de nuestra Republica Mexicana, situado en el sureste de México, al este del istmo de Tehuantepec, dentro de la región Pacífico Sur. Limita por el norte con el estado de Tabasco, por el este con Guatemala (comparte la Frontera Sur), por el sur y sureste con el golfo de Tehuantepec del océano Pacífico, y por el oeste con los estados de Veracruz y Oaxaca. Ocupa el 8º lugar en el conjunto del país en cuanto a extensión territorial

Cintalapa de Figueroa, ciudad mexicana y cabecera del municipio de Cintalapa, en el estado de Chiapas.

El nombre de Cintalapa es de origen Náhuatl y quiere decir “*agua en el subsuelo*”. La primera cultura que se instalo ahí fue la Olmeca, como lo atestiguan numerosos vestigios arqueológicos. Durante el siglo XI o XII se asentaron en la zona los toltecas; posteriormente fueron los zoques quienes ocuparon el territorio del municipio. Entre 1486 y 1488, llegan los aztecas durante una de las expediciones de conquista de Ahuizotl. Durante la época colonial, Cintalapa fue una aldea ganadera, según las descripciones de Fray Bartolomé de las Casas y de Tomas Gage, a su paso por Cintalapa; el 17 de julio de 1926, se le concede la categorías de villa; el 3 de febrero de 1931, el de ciudad y el 6 de enero de 1942 se le agrega el apellido Figueroa, en justo homenaje a la memoria del poeta Rodolfo Figueroa.

Está ubicada a 564 m de altitud al oeste de la sierra Madre de Chiapas, en el valle de Las Valdivianas. Sus coordenadas geográficas son 16° 39' N y 93° 44' W. Limita al norte con el municipio de Tecpatán, al oeste con el Estado de Oaxaca, al este con Jiquipilas y Ocozocoautla de Espinosa y al sur con Arriaga.

Su extensión territorial es de 2,404.6 Km² representa el 19% del territorio de la región centro y el 3.18% de la superficie estatal

Su territorio está drenado por el río Cintalapa, tributario del Venta, que es afluente del río Grande de Chiapas, otras corrientes son los arroyos: Cubilete, San Miguel, Tenochtitlán, La providencia, Macuilapa, Jardín, Cuajilote y Cárdenas.

El clima predominante es semicálido subhúmedo, en la cabecera municipal la temperatura media anual es de 24.5°C con una precipitación pluvial de 800 milímetros anuales.

De acuerdo a los resultados que presento el II conteo de población y vivienda en el 2005, en el municipio habitan un total de 3,809 personas que hablan alguna lengua indígena.

Las principales actividades del municipio son:

- Agricultura: se produce maíz, cacahuete, frijol, sorgo y café.
- Ganadería: se cría ganado bovino para carne y leche, porcino y equino.
- Fruticultura: el municipio cuenta con árboles frutales de aguacate, mango, tamarindo, limón, naranja, jocote, nance y mandarina.
- Industria: se elaboran polvos, jabones y pomadas, los cuales son famosos por sus propiedades para curar heridas.
- Comercio: Existen en el municipio una gran variedad de comercios y centros comerciales, los cuales satisfacen a la población de los insumos que requieren.

La ciudad tiene fama por sus quesos y cremas, así como por los jabones, polvos y pomadas elaborados con corteza de tepezcohuite. Desde el punto de vista turístico destacan las celebraciones de las fiestas de la Candelaria y Santo Domingo.¹

1.2 DEMOGRAFÍA.

El municipio de Cintalapa se encuentra en el extremo oeste del estado de Chiapas sus coordenadas geográficas son 16° 39' N y 93° 44' W su altitud es de 540 msnm.

Limita al norte con el Municipio de Tecpatán, al oeste con el de Oaxaca, al este con Jiquipilas y Ocozocuatla de Espinosa y al sur con Arriaga.

Cintalapa de Figueroa cuenta con una población total de 32,745 habitantes, de los cuales el 48.2% corresponde al sexo masculino y el 51.8% al sexo femenino.

POBLACIÓN DE LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO

“Los datos obtenidos mediante el censo presentan una imagen de la población compleja, diversa y estática, por lo que las variables comúnmente más utilizadas son la edad y sexo. Para obtener información de dichos datos hay que codificarlos agruparlos y representarlos, cosa que puede hacerse mediante gráficos e índices.

Sabemos que existen diferentes tipos de gráficos, pero el más empleado para representar la estructura de una población por edad y sexo es la pirámide poblacional, la cual se clasifica en tres tipos estructurales, como:

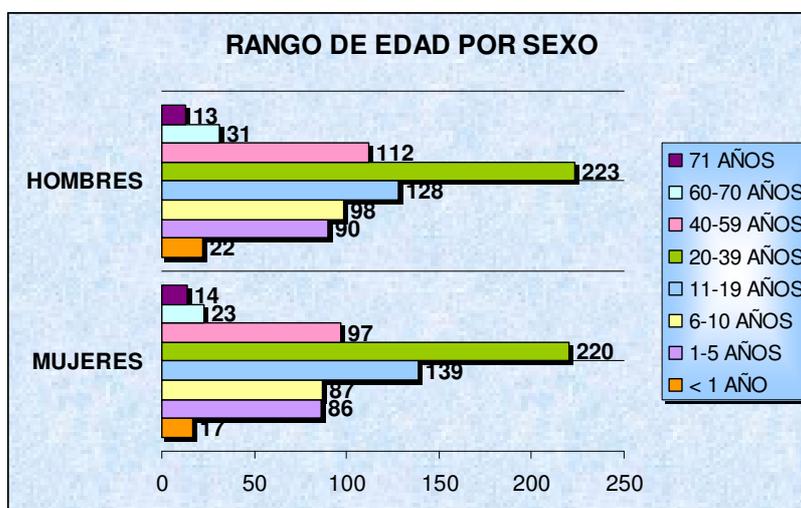
- Tipo pagoda
- Tipo campana
- Tipo bulbo: Presenta una base estrecha que se hace más ancha hacia el vértice, típica de poblaciones regresivas y en proceso de envejecimiento”.²

De acuerdo a los datos obtenidos en las encuestas familiares, el 48% de la población total se encuentra constituida por población escolar con un 26%; adolescentes con el

¹ www.cintalapanecos.com. 20 de agosto de 2007 23:00 hrs.

² GARCIA Suso Araceli et al. “Enfermería Comunitaria Bases Teóricas”. Edit. Difusión Avances de Enfermería. Madrid España 2001 pág. 138.

19% y menores de un año representando el 3%, el 32% lo ocupa el grupo de adultos jóvenes y el grupo de los adultos maduros con un 15%.



Fuente: Datos obtenidos en la cedula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM

De acuerdo a los porcentajes arrojados por el censo se obtuvo que el grupo de adultos jóvenes ocupa el primer lugar dentro del universo de estudio, lo cual indica que la población requiere por estas características apoyo para mejorar su calidad de vida.

Es importante resaltar que el universo de estudio esta en proceso de envejecimiento, con lo cual se verá afectado paulatinamente su desarrollo económico, así como aumentará la demanda de los servicios de salud. “La diferente composición de una población por edad y sexo determina unas necesidades en materia de salud del mismo modo que refleja el nivel de atención de esta. Una comunidad joven da lugar a unas necesidades prioritarias; sin embargo, una población envejecida produce un aumento en la morbilidad y las incapacidades.”³

1.3 FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS.

1.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

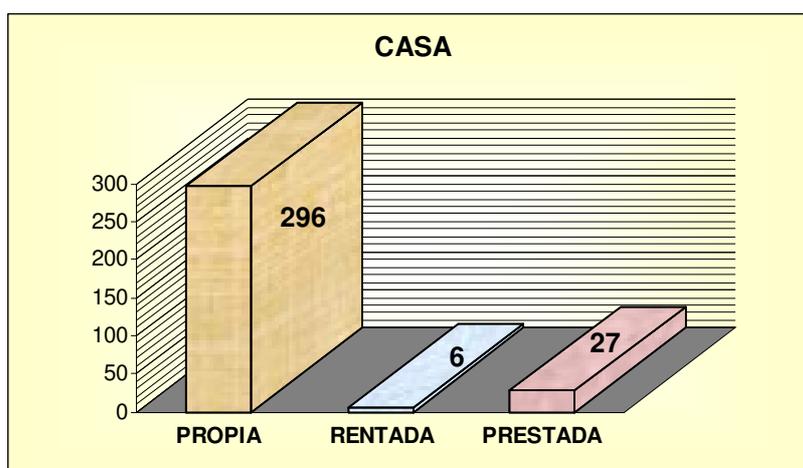
1.3.1.1 Propiedad

“Desde el principio de la historia, los hombres han sentido la preocupación por albergarse en determinados lugares, más o menos apartados, recogidos o separados del exterior para la realización de una serie de necesidades, como el sueño, pero sobre todo, para localizar y utilizar algún tipo de construcción natural o artificial que les ofreciese cobijo frente a las inclemencias climatológicas y lugar de defensa contra lo enemigos.

³ GARCIA Suso Araceli et al. Pág. 139

Así pues, vivienda es cualquier edificio o parte de él, en donde una persona o pequeño grupo humano decide establecer su residencia habitual con el fin de desarrollar gran parte de acciones privadas de autocuidado y donde se produce gran parte del proceso de maduración afectiva de la persona”⁴

De acuerdo a los datos obtenidos en las encuestas se encontró que del total de la población en estudio, conformado por 329 familias, considerando una casa por familia, el 90% de estas habitan en viviendas propias, mientras que el 8% de cada una de ellas habita en casa prestada y el 2% restante en casa rentada. Considerando que el tiempo de residencia sobrepasa los 5 años, podemos decir que la planeación para las estrategias a mediano y largo plazo, se pueden realizar debido a que hay una garantía en cuanto a que las familias no migran.



Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM

Considerando lo anterior podemos decir que existe un estrecho vínculo entre vivienda y salud, ya que las óptimas condiciones de la vivienda, no sólo protegen contra los riesgos sanitarios, sino que promueven la salud y bienestar físico y psíquico, la productividad económica y la energía social. Por tanto las deficiencias e incorrecta utilización de estas no ofrecen una adecuada defensa frente a la morbilidad, accidentes, y puede aumentar la vulnerabilidad personal; ya que su estructura, ubicación, entorno, servicios, accesibilidad física, calidad de los materiales, etc., no siempre garantizan la salud y bienestar de sus ocupantes.

Esto significa que los moradores de la vivienda están sometidos a todos los factores, favorables o desfavorables, que la habitación puede ejercer sobre ellos y su salud.

1.3.1.2 No. de cuartos.

“Se entiende por hacinamiento, al número de personas en relación con la capacidad de la casa y de las habitaciones en particular”⁵

⁴ HERNÁN San Martín. Salud y Enfermedad. 4ta ed. Edit. La Prensa Medica Mexicana. México 2002. pág120-121

⁵ HERNÁN San Martín. Tratado General de la Salud en las sociedades Humanas. Edit. La Prensa Medica Mexicana. México 2005. pág. 368

En lo que respecta al número de cuartos por vivienda de cada familia, se encontró que el 87% de las familias habitan en viviendas que tienen de 1 a 2 cuartos, mientras que el 13% vive en casas que tienen 2 o más, lo que refleja y que pudo ser comprobado mediante la observación que la mayoría de las familias viven en hacinamiento ya que regularmente cada familia está integrada por un mínimo de 4 personas, a excepción de los matrimonios sin hijos y todos duermen en la misma habitación.

Cabe mencionar que el hacinamiento es un factor que se relaciona con la transmisión de todas las enfermedades infecciosas.

“En este punto la cultura constituye claramente un aspecto para tener en cuenta, ya que algunos miembros pueden estar acostumbrados a dormir en el suelo o juntos en una habitación. Es dentro del contexto cultural que el desarrollo psicosocial y la necesidad de privacidad deben ser juzgadas, ya que puede ser un impedimento para el crecimiento de la seguridad personal”.⁶

1.3.1.3 Cocina separada.

312 de las 329 familias que habitan en las comunidades en estudio, residen en viviendas que tienen la cocina separada, lo que corresponde al 95% y el 5% restante de la población vive en casas donde la cocina no está separada, lo que representa un grave riesgo para su salud ya que pueden provocarse accidentes domésticos principalmente en niños y ancianos tales como: quemaduras, sofocaciones e intoxicaciones, aunque tomando en cuenta los porcentajes, la población tiene un bajo riesgo de sufrir accidentes causados por el fuego, altas temperaturas o enfermedades por el humo provocado por la leña, puesto que en su mayoría la cocina se encuentra separada.

1.3.1.4 Techo.

Las viviendas de las comunidades que conforman el universo de estudio cuentan con techos construidos de diversos materiales como son la lámina, que ocupa el 55% de la totalidad de las casas, seguido de teja con un 32.5%, el 5% con techo de loza y el 7.5% están construidas con otros materiales.

1.3.1.5 Piso.

La mayoría de las casas habitadas por las familias en estudio, viven en casas con piso de cemento lo que corresponde al 67% y el 33% habita en casas con piso de tierra, este último dato es significativo porque las características del piso representan un factor de riesgo muy alto para presentar enfermedades infecciosas.

1.3.1.6 Muros.

Los muros de las viviendas están construidos en su mayoría por material de adobe representando el 53%, un 40% están construidas con block, mientras que el tabique ocupa el 4% y el 3% de madera, estos porcentajes reflejan una mayor problemática debido a que las viviendas que están construidas de madera corren el riesgo de sufrir altercados por desastres naturales.

⁶ KLAINVER, et.al. Salud Comunitaria. Edit. McGraw-Hill. Colombia 2001. pág. 232

1.3.1.7 Acabados.

Las viviendas que habita la población en estudio cuentan con acabados de tipo aplanado en paredes ocupando el 46%, el 39% cuenta con paredes en rustico y el 15.5% no cuenta con ningún tipo de acabado en pared, lo que refleja la falta de recursos, lo cual impide mejoramiento en las viviendas, aunque cabe señalar que la comunidad Esperanza de los Pobres no cuenta en su totalidad con aplanado y esto representa un factor de riesgo en su salud, para manifestar problemas de índole infeccioso.

1.3.2 RELIGIÓN

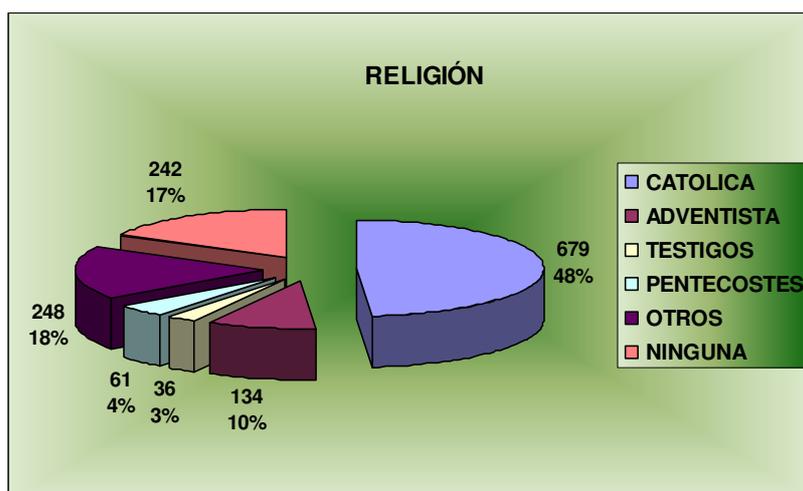
Podemos definir a la religión “como las creencias y prácticas relacionadas con los seres, poderes y fuerzas sobrenaturales refiriéndonos a lo sobre natural como aquellas fuerzas que están fuera del control humano y de las leyes consideradas normales de la naturaleza. Es la institución más antigua y más universal en las sociedades humanas.”⁷

Por lo que entendemos como creencia a “Sentimientos de certeza sobre alguna situación. Podemos definir a las creencias personales como nuestro mapa, como nuestra forma de ver la realidad. Las creencias religiosas suponen una respuesta concreta a la pregunta por el sentido de la vida. La pregunta sobre el sentido de la vida nos la hacemos en algún momento todos los seres humanos, pero la respuesta no tiene que venir necesariamente a través de la religión.”⁸

Según los datos obtenidos en la cedula de microdiagnóstico, en el rubro de religión, se encontró que del total de la población en estudio, el cual esta conformado por 5 comunidades, constituido por 1400 habitantes, se practican diversas religiones de las cuales el mayor porcentaje lo ocupa la religión Católica con un 48%, haciendo mención que en la comunidad Roberto Barrios la mayoría de la población practican la religión católica a diferencia de las demás comunidades donde no sucede lo mismo, el segundo lugar lo ocupa el rubro donde se agrupan diversas religiones y que cuentan con pocos practicantes, este ocupa el 18% de la totalidad, el 17% lo ocupa la población que no practica ninguna religión, aunque en la comunidad General Lázaro Cárdenas la población en su mayoría no practica ninguna religión, la religión adventista ocupa el 10% mayormente en la comunidad esperanza de los Pobres, los testigos de Jehová y Pentecostés abarcan el 3 y 4% respectivamente.

⁷ CASADA García Patricia. Elementos de Socioantropología. 4ta ed. Edit. ENEO-UNAM. México 2005

⁸ GARCIA. Suso, Araceli. Et al. “Enfermería comunitaria: bases teóricas” Editorial Difusión avances de Enfermería. Madrid España 2001. pag 279.



Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM

Con lo anterior referimos que la actuación de la enfermería comunitaria, es importante el utilizar las creencias de las comunidades para promover modos de vida más saludables; por lo que la Pasante en la comunidad debe conocer el significado, de cuidado, salud y el de la enfermedad en las diferentes culturas ya que esto proporciona la base sobre la que planificar los cuidados para las personas de aquella cultura.

1.3.3 ESTADO CIVIL

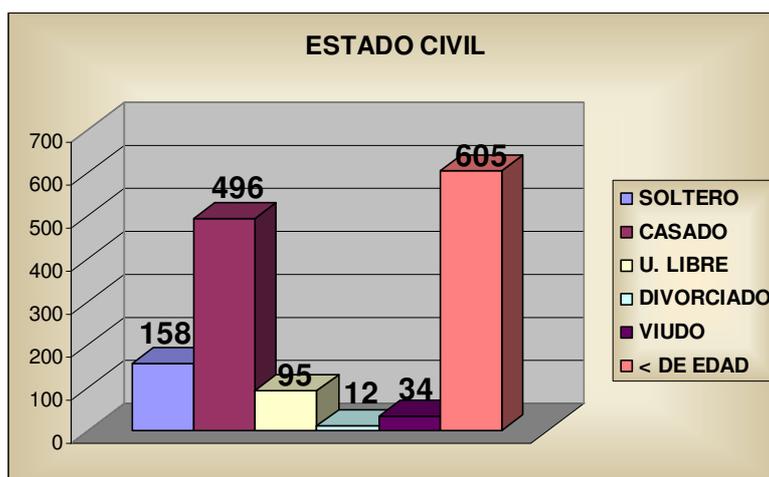
“Es la situación Jurídica que la persona tiene en la sociedad en orden, a sus relaciones de la familia en cuanto le impone ciertas obligaciones y le confiere determinados derechos civiles.

Toda persona hace parte de una familia; a su vez estas familias conforman una sociedad”⁹

En lo que corresponde al apartado del estado civil de la población en estudio que conforma un total de 795 personas, se consideraron los grupos de casado, soltero, unión libre, divorciado y viudo, las personas que están casadas ocupan el 62% del total, el 20% lo ocupan las personas solteras, el grupo de los habitantes viudos y divorciados ocupan el menor porcentaje y las personas que habitan en unión libre representan el 12%.

Diríamos que las familias en su mayoría son nucleares y que de acuerdo con los patrones sociales y culturales de México buscan los lazos del matrimonio como la forma de consolidación de la familia, de tal manera que desde el punto de vista de desarrollo se podrá trabajar con ellas.

⁹www.inegi.com.mx/c



Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM

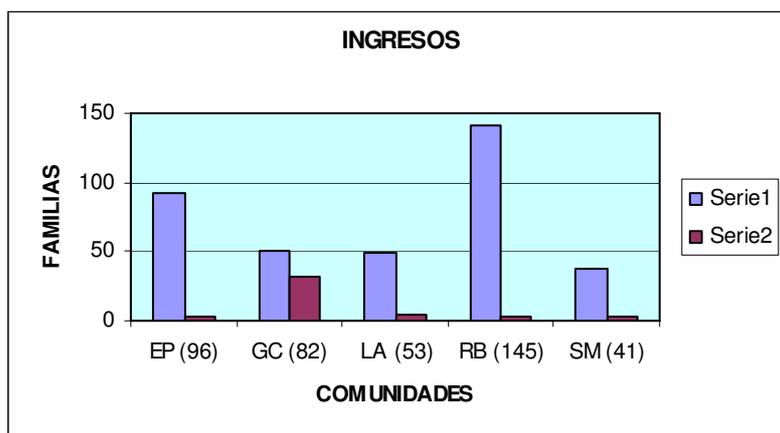
En las comunidades tradicionales es muy deseado que la familia procree el mayor número de hijos que puedan, ideas basadas en el papel que debe jugar la mujer en el proceso reproductivo y las medidas que toma la sociedad para que ella acepte este papel de buena gana o por la fuerza. Esta basada en la idea de supervivencia del grupo y extensiva a todos los grupos humanos.¹⁰

1.3.4 INGRESOS ECONÓMICOS.

En las comunidades de Cintalapa de Figueroa, de la población total en estudio, solamente el 30%, que corresponde a 417 habitantes, recibe algún ingreso económico, de esa población tomándolo como el 100%, el 89% recibe un sueldo que oscila entre 10 y 50 pesos y corresponde a un salario mínimo, solamente el 11% de la población laboral recibe lo que correspondería a más de un salario mínimo, es decir más de 50.00 diarios, cabe señalar que la comunidad que cuenta con mas habitantes que reciben mas de un salario mínimo es la comunidad General Lázaro Cárdenas, estos ingresos económicos se obtienen principalmente en el tiempo de cosecha y cuando termina esta temporada, las personas (principalmente hombres) salen a otras comunidades a trabajar, recibiendo un sueldo de 40-50 pesos por una jornada de 6 horas y sin importar que tan duro sea el trabajo, lo anterior pone en evidencia que la población se encuentra en la línea de pobreza

CÓDIGO/ IND	\$10 - \$50 (1)	+ de \$50 (2)
EP (96)	93 – 96.87%	3 – 3.12%
GC (82)	50 – 60.97%	32 – 39.02%
LA (53)	49 - 92.45%	4 – 7.54%
RB (145)	142 – 97.93%	3 – 2.06%
SM (41)	38 – 92.68%	3 – 7.31%
TOTAL: 417	372 – 89.20%	45 – 10.79%

¹⁰ CASADA García Patricia. Pág. 154



Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

1.3.5 ESCOLARIDAD.

“La educación en una sociedad representa la base fundamental de su progreso y no pueden esperarse resultados valerosos de la función de las escuelas si existen más limitaciones que estímulos para el desarrollo de las pequeñas comunidades y en general de los sectores menos desarrollados.

Alrededor de 1.000 millones de personas en el mundo son analfabetas, es decir, carecen de los conocimientos necesarios para leer, escribir y desarrollar con eficacia sus actividades normales dentro de una comunidad, municipio o comunidad.

Existe una clara correlación entre el analfabetismo y los indicadores del desarrollo (industrialización, urbanización) El analfabetismo es mayor en las áreas rurales que en las urbanas, y las proporción de mujeres analfabetas en estas áreas supera a los hombres.

La denegación del derecho a la educación perjudica la capacidad de los seres humanos para trabajar de forma productiva, mantenerse y protegerse así mismos y a su familia. En el mundo en desarrollo, unos 130 millones de niños en edad escolar crecen sin poder recibir una educación básica, entre las causas del analfabetismo de estos millones de niños se pueden mencionar los siguientes:

- Están sometidos a formas explotadoras de trabajo.
- No existen escuelas a donde ir y no se respeta el derecho a la educación.
- No tienen recursos para cubrir los gastos de escolaridad.
- Faltan medios: profesores calificados, libros y materiales.”¹¹

En cuanto a la escolaridad de los habitantes de las comunidades en estudio y de acuerdo a los datos obtenidos, para realizar el análisis se tomo en cuenta la educación preescolar hasta el nivel licenciatura así como también a los menores de edad y personas analfabetas.

¹¹ www.medicalhome/care.com

Las personas que cuentan con la primaria incompleta forman el mayor porcentaje de todas las poblaciones en estudio, ocupan el 32%, correspondiente a 454 personas, esto debido a que años atrás en las comunidades solo se ofertaba hasta 3ro o 4to de primaria, el 16% de la población total corresponde a personas analfabetas, principalmente son personas ancianas, con primaria completa solo cuenta el 12%, correspondiente a 164 personas, principalmente hombres, debido a las costumbres; de la educación básica el 105 de la población la culminó y el 9% cuenta con la secundaria pero trunca, de las comunidades en estudio, las Asunción y San Marcos no cuentan con escuelas de nivel básico y en las 3 restantes se cuenta con telesecundaria, en lo que corresponde a la educación media superior solo el 2% de la población total cuenta con la preparatoria completa y 2% la tienen incompleta, esto es a consecuencia de que en ninguna de las comunidades que conforman el universo de estudio cuenta con preparatoria y las personas que tienen posibilidades de estudiar tienen que desplazarse a otras comunidades o municipios (villa Morelos y Tultepec) y las condiciones económicas de las familias no permiten sustentar los gastos de pasajes; en cuanto a la educación superior, solo se tiene registro en las comunidades Roberto Barrios y San Marcos, esta representado por el 1%, que corresponde a 12 personas, los estudios profesionales se realizan en Tuxtla Gutiérrez, Saltillo o Torreón Coahuila; la población de menores de edad corresponde al 16%, del cual el 7% se encuentra es escolaridad preescolar y el resto es menor de 3 años.

1.3.6 ALIMENTACIÓN.

“Es útil considerar en el campo de la nutrición en la salud pública, tres motivos principales por los que las poblaciones principalmente rurales, no siguen una dieta adecuada, ya sea porque **no saben, no pueden o no quieren.**”

Los individuos a veces, no se alimentan correctamente porque no saben los fundamentos de una dieta sana, las definiciones, conceptos y creencias prevalentes en la población en torno a lo que realmente es una dieta sana son muy diversos; además de que existen diversas barreras que impiden el acceso de la población a una nutrición y alimentación sana y adecuadas (Lappalainen y col. 1997). En ese sentido se entiende la afirmación de que hay personas que no se alimentan correctamente por que no pueden. Finalmente hay una proporción de la población que a pesar de que tienen un correcto concepto y conocimiento sobre una dieta no la lleva a cabo porque no quieren.”¹²

En lo que respecta a la alimentación y tomando en cuenta lo referido por las personas en la encuesta familiar, se pudo encontrar que en el desayuno la mayoría de las familias consumen FRIJOL, ya que de las 329 familias que conforman el universo de estudio, 163 consumen frijol, lo que corresponde al 49%, seguido de huevo que es consumido por el 26% de las familias.

En la comida el alimento de mayor consumo sigue siendo el FRIJOL, al ser consumido por el 30% de las familias, seguido por carnes que ocupa el 26% en el consumo de la población, principalmente pollo, el arroz se encuentra con un porcentaje del 15% de consumo, muchas personas refirieron consumir estos alimentos en combinación, a diferencia del desayuno, en la comida, el huevo solo es consumido por el 8% de la población.

¹² MARTINEZ. J. Alfredo “Alimentación y Salud Pública” 2da. edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana 2002 Madrid Pág. 3

En la cena mayormente se consume café con pan y/o galletas, representado por el 61%, mientras que el 18% de la población que representa a 60 personas, no consumen ningún alimento en la cena; el resto de la población consume frijol o tortilla con queso (dobladitas de queso) ocupando el 14 y 7% respectivamente, por lo que se puede concluir que la alimentación de las poblaciones esta basada mayormente en cereales representados por el frijol, arroz y maíz, harinas por pan y pastas y proteínas representadas por carnes leche y sus derivados; el consumo de verduras es bajo debido a las bajos recursos económicos y que en las comunidades las condiciones de la tierra no favorecen el crecimiento de muchas de estas por el contrario si el del maíz y frijol, en algunas comunidades se siembran y cosechan verduras como tomate, chile, calabaza, chayote y aguacate, la carne solo se consume una vez por semana, principalmente en fines de semana debido a que es cuando la gente de las comunidades se desplaza al pueblo o algún repartidos llega a la comunidad.

Frutas solo se consumen en temporada y las mas comunes son: mango, guanábana, sandia, papaya, nance, jocote, papaya, cupape, cacahuete, entre otras.

En conclusión, la alimentación de las poblaciones en estudio se basa en maíz y frijol, además del huevo, pollo y café principalmente.

Con respecto al control de niño menor de 5 años, se valoraron peso y talla para la edad, de un total de 318 niños, 4 de ellos presentaban desnutrición leve y 1 con sobrepeso, cabe decir que la población recibe apoyo por parte del gobierno con el programa de oportunidades el cual realiza la vigilancia de los menores para tener un control sobre su estado alimenticio.

“Dejar la salud publica exclusivamente en manos agencias estatales, que deben servir también a los intereses de un gobierno o partido político concreto, supone correr el riesgo de que falte independencia. Es muy recomendable que también existan instancias independientes, no gubernamentales, profesionales y apolíticas que puedan abogar por los intereses de la salud pública, sin comprometerse con una tendencia política concreta. Cuando el individuo depende en materia de alimentación, de una determinada institución, es importante que esta educación se haga llegar a los autoridades de las comunidades, sin olvidar que el usuario también debe ser informado del porque de la instauración.”¹³

1.4 RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

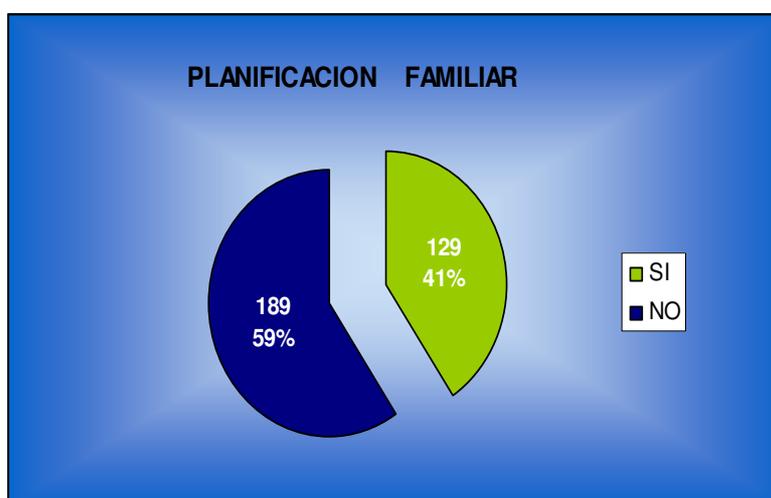
1.4.1 Planificación Familiar

“La planificación familiar es la utilización de procedimientos naturales o artificiales, tanto temporales como definitivos para impedir la fecundación, con el objeto de disminuir el número de hijos por familia de manera voluntaria. La planificación familiar proporciona a las parejas la oportunidad de determinar tanto el número de hijos, como los intervalos entre los nacimientos, ofreciendo ventajas sobre la salud reproductiva. Entendida ésta como el bienestar completo, físico, mental y social, y no simplemente la

¹³ CAO Torija Maria José “Nutrición y Dietética” 2da edición. Editorial Masson. 2001 Barcelona Pág. 5

ausencia de enfermedad en todas las áreas del sistema reproductivo y sus procesos de funcionamiento.”¹⁴

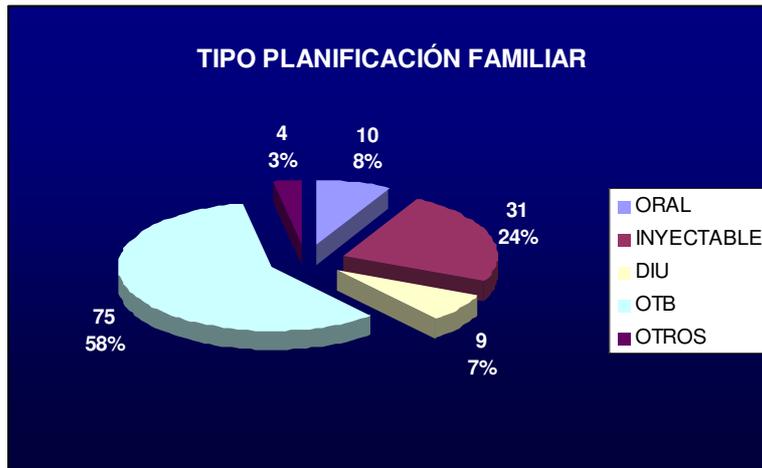
De acuerdo a las encuestas realizadas en las 5 comunidades a 317 mujeres con vida sexual activa, se encontró que solo el 41 % (129) del total de la población en estudio tienen algún método de planificación familiar y el 59% (189) no utilizan ningún método; cabe destacar que no en todas las comunidades se utilizan los métodos anticonceptivos como es el caso de Esperanza de los pobres, en la cual solo el 2% del total de la población en estudio los utiliza y el 18% no los utiliza, ya que sus creencias interfieren en la utilización de estos, en contraste con la comunidad Roberto Barrios en la que el 17% si tiene algún método de planificación y el 16% no lo tiene, en lo que respecta a las comunidades General Cárdenas, La Asunción y San Marcos tienen un 8%, 6% y 7% respectivamente de la población que tiene algún método de planificación y un 16%, 6% y 4% respectivamente, que no cuentan con ningún método anticonceptivo.



Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM

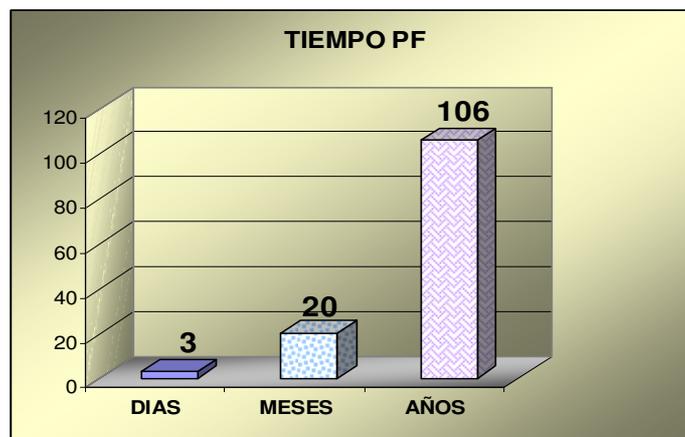
En cuanto al tipo de planificación familiar que utiliza la población en estudio, es con un 58% (75) la OTB, los inyectables los utilizan un 24% (31), por vía oral los utilizan un 8% (10), el DIU lo utilizan el 7% (9) y otros métodos los utilizan el 3% (4).

¹⁴ http://www.celsam.org/home/manual.asp?cve_manual=11



Fuente: Datos obtenidos en la cedula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

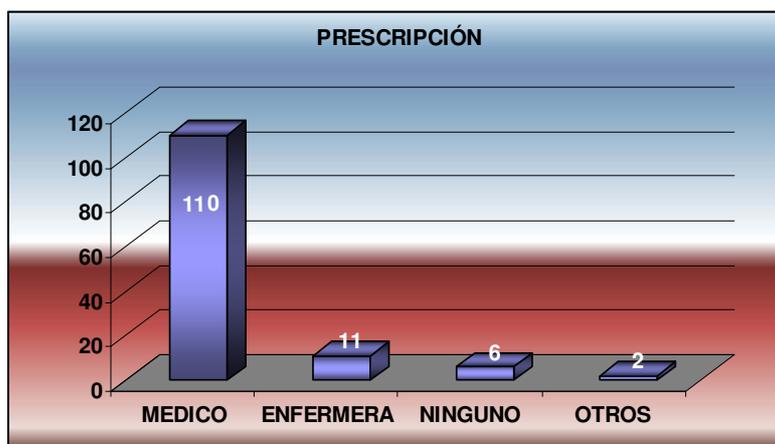
En lo que se refiere al tiempo que llevan utilizando los métodos de planificación familiar el 82 % (106) de la población ya tiene años utilizándolo, esto gracias a que tienen ya sea una enfermera o un médico que se los recomiende y en caso de las personas que ya tenían mas de 3 hijos los médicos les practicaban la OTB, esto claro bajo su consentimiento y el 15% (20) tiene meses y el 3% (3) solo tiene días utilizándolo en su mayoría son personas que tienen poco tiempo de haber iniciado su vida sexual activa.



Fuente: Datos obtenidos en la cedula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

Dichos métodos anticonceptivos fueron prescritos en su mayoría por algún médico esto en un 85% (110), ya que la población de las comunidades de Esperanza de los Pobres, General Cárdenas y Roberto Barrios contaban con el programa de oportunidades, por medio del cual tenían acceso al servicio médico, que una vez al mes visitaba las comunidades y en caso de requerir el servicio en otros días acudían al centro de salud mas cercano, en lo que respecta a la comunidad San Marcos tienen una enfermera la cual les brindaba atención primaria y en caso de requerirlo los canalizaba al Hospital de Cintalapa y en la Asunción la gente acudía a Cintalapa, al no tener otra opción en cuanto a servicios médicos se refiere, un 8.5% (11) refirió que una enfermera fue la que les prescribió el uso de algún método, el 5% (6) manifestó utilizarlo por cuenta propia y

tan solo el 1.5% (2) refirió utilizar algún método por prescripción de otros ajenos al personal del servicio de salud.



Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

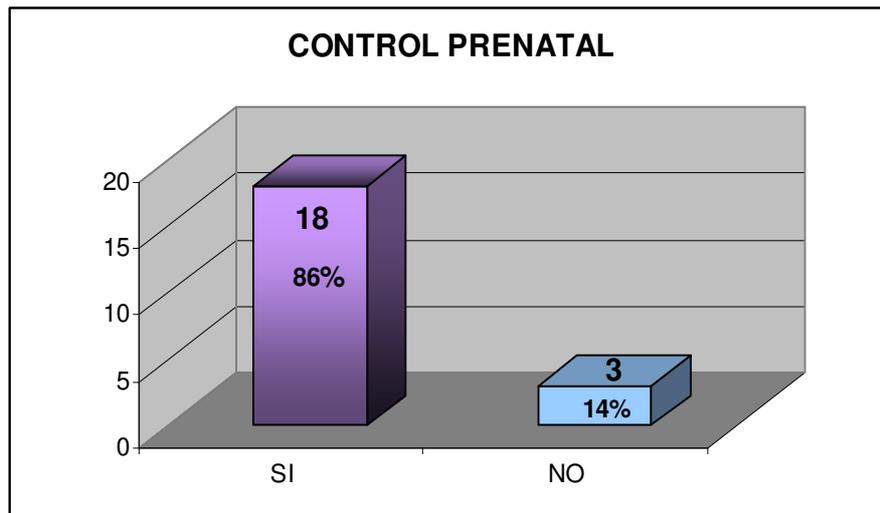
Del total de la población con vida sexual activa y en edad reproductiva se encontró a 21 mujeres embarazadas de las cuales el 85% (18) tiene control prenatal y el 15% (3) no lo tiene, esto nos refleja que la mayoría de dicha población ya tomaron conciencia acerca de la importancia de los cuidados prenatales y en el caso de las mujeres que no llevaron control prenatal, se refirió que era por ignorancia, por su religión y por el machismo que todavía existe en algunas comunidades.

A la población en estudio, se le brindó orientación ya sea por parte del programa oportunidades, como durante nuestra estancia sobre los métodos de planificación familiar, de acuerdo a esto se despiertan muchas inquietudes no solamente de mujeres sino de hombres y cabe señalar que el hecho de que en algunas comunidades no se practique la planificación familiar es debido a la influencia de creencias y religiones, la cual tiene mucho peso en el cuidado a la salud de los individuos.

1.4.2 Control Prenatal

“Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.”¹⁵

¹⁵ <http://www.miclinica.info/control>



Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo los objetivos generales del control prenatal son:

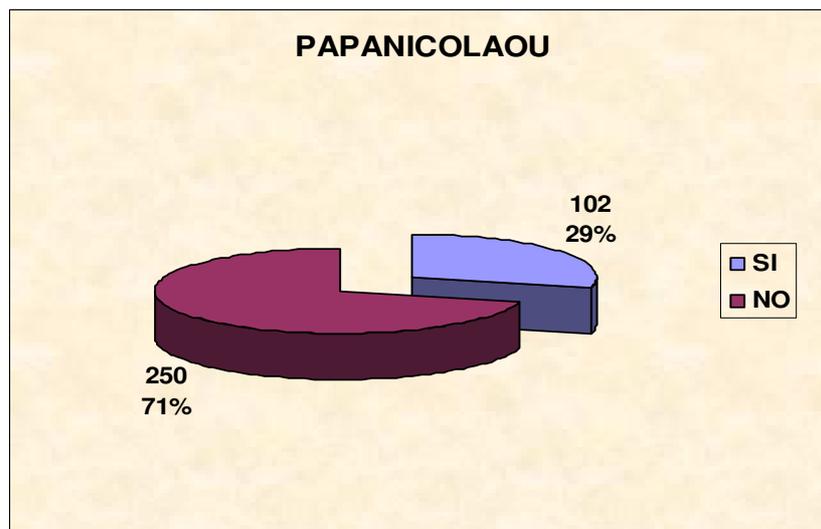
- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

De acuerdo a lo encontrado en fuentes bibliográficas y con lo obtenido en el censo, las mujeres acudían a control prenatal con el fin de tener un embarazo sano y por consiguiente que el bebé se encontrara en óptimas condiciones además de que acudían a la consultaría por algunas dudas que no les quedaran claras en la consulta con su médico, en el caso de aquellas que lo tenían, ya que con las Pasantes tenían mayor confianza y nuestro deber era que ellas entendieran la importancia de tener un embarazo controlado y saludable, así como prepararlas para el momento del parto.

1.4.3 Detección oportuna de Cáncer Cervicouterino y Exploración de mamas.

Papanicolaou

A un total de 352 mujeres de la población en estudio se les pregunto si se realizaban el Papanicolaou y el 71 % (250) refirieron habérselo hecho gracias a la promoción que sus centros de salud hacían, así como ser un requisito para seguir teniendo el programa de oportunidades y el 29 % (102) no se lo realizaban en su mayoría por falta de dinero y algunas otras por pudor, así como también por el tipo de religión.



Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

Exploración de mamas

En lo que respecta a la exploración de mamas pudimos observar que todavía hay ignorancia acerca del procedimiento y de que este no solo deben realizárselo las mujeres, sino que incluye a los hombres ya que el 86% (826) refirió no realizarse la autoexploración y tan solo el 14 % (139) de la población refirió hacerse la exploración y esto por alguna experiencia de algún familiar con problemas mamarios y algunos por las platicas que les brindaba el sector salud.



Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

1.5 RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD.

Los daños a la salud son múltiples y coinciden en las poblaciones en estudio a pesar de las diferencias en demografía de estas, para este estudio se consideraron los datos de morbilidad y mortalidad recabados en la cedula de captación de datos familiares y de acuerdo a lo referido en la consultaría de atención primaria.

1.5.1 MORBILIDAD.

La morbilidad valora la necesidad de salud según la recopilación de los procesos morbosos presentados por la población, siendo un complemento de la mortalidad, pues permite conocer los problemas de salud que no redundan en mortalidad directamente.¹⁶

Las causas de enfermedad registradas durante la encuesta y durante la consulta de acuerdo a lo referido, se enlistan por referencia de la población y por diagnóstico médico.

Referido por población	Diagnostico Medico.
<ul style="list-style-type: none"> • Gripe • Diarrea • Vomito. • Desintèria • Presión alta • Presión baja. • Mal de orín. • Infección vaginal • Diabetes. • Mareo. • Dolor de estomago. • Dolor de Cabeza. • Accidentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • IRAS. • E.D.A.S • Amebiasis intestinal. • Fiebre tifoidea. • Salmonelosis. • I.V.U. altas y bajas. • Infección vaginal. • H.A.S. • D.M II • Hipotensión. • Hipercolesterolemia. • Cefalea y/o migraña. • Problemas dentales.

¹⁶ FRIAS, Osuna. Antonio. "Enfermería comunitaria" Ed. Masson. Barcelona España 2000. pag. 68

<ul style="list-style-type: none"> • SIDA. • Dolor de muelas. • Estreñimiento. • Calentura. • Intoxicaciones-Alergias. • Asma. 	
--	--

Fuente: encuesta familiar ENEO-UNAM, registro de consultas diarias de Casa Salud Génesis

Estos problemas de salud, suelen presentarse mayormente en niños, mujeres y adultos mayores.

TABLA DE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR SEXO

CAUSA/ SEXO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
IRAS	566----17%	421----12%	987----29%
EDAS	254----7%	229----7%	483----14%
EMBARAZOS	64----2%		64----2%
CURACIONES	72----2%	131----4%	203----6%
TRASLADOS	21----.5%	14----1%	35----1%
PARTOS	8----.5%		8----1%
OTROS	971---30%	596----18%	1567---47%
TOTAL	1956----58%	1391----42%	3347--100%

Fuente: Hojas de consultas diarias atendidas en las comunidades en estudio por las P.S.S.L.E.O

1.5.2 MORTALIDAD.

De acuerdo a los datos obtenidos durante las encuestas y lo observado en las comunidades, se puede reportar que las causas de mortalidad, aunque cabe señalar que durante el periodo del servicio social no se presentaron muchas defunciones, son las siguientes:

Violencia Familiar---Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas.

- Enfermedades del corazón---Enfermedades isquémicas del corazón.
- Tumores malignos---Tumor maligno del estómago.
- Enfermedades infecciosas intestinales---Deshidratación y Fiebre.
- Violencia---Asalto, lesiones con alevosía y ventaja.¹⁷

1.5.3 HIGIENE.

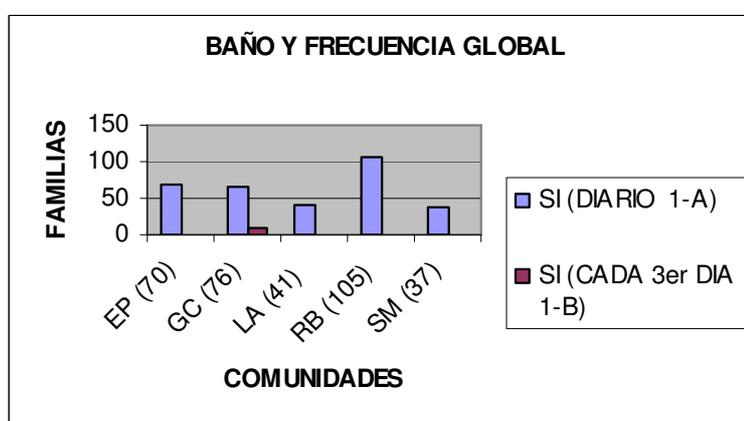
1.5.3.1 Baño y frecuencia.

En los datos recabados en la encuesta familiar aplicado a cinco comunidades de Cintalapa Chiapas, se pudo observar que en lo que corresponde al rubro de higiene en el

¹⁷ Datos obtenidos por los pobladores de la comunidad.

aspecto de baño y frecuencia de este, el 97% de la población total realiza el baño diariamente con una frecuencia de una vez al día y solamente el 3% de la población lo realiza cada tercer día.

CODIGO (COMUNIDAD)	SI (DIARIO 1-A)	SI (CADA 3er DIA 1-B)
EP (70)	69 – 20.97%	1- .30%
GC (76)	66 – 20.06%	10 – 3.03%
LA (41)	41 – 12.46%	
RB (105)	105 – 31.91%	
SM (37)	37 – 11.24%	
TOTAL: 329	318 – 96.64%	11 – 3.33%



Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

1.5.3.2 Lavado de manos.

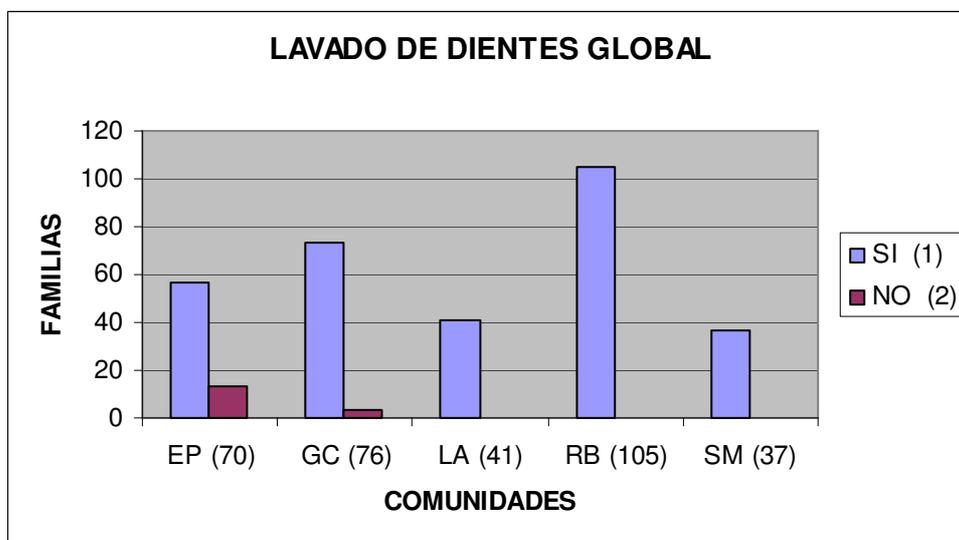
En lo que corresponde al lavado de manos se valoró si lo realizan o no y si es antes de comer y después de ir al baño, también se tomó en cuenta la observación y se pudo concluir que el 96% de la población, realiza el lavado de manos antes de comer y después de ir al baño y el 4% de la población no lo realiza, aunque cabe señalar que ese porcentaje corresponde a la comunidad Esperanza de los Pobres; probablemente porque es una comunidad mayormente indígena.

CÓDIGO/ FAMILIAS	SI (1)	NO (2)
EP (70)	59 – 84.29%	11 – 15.71%
GC (76)	76 – 100%	
LA (41)	41- 100%	
RB (105)	105 – 100%	
SM (37)	37 – 100%	
TOTAL: 329	318 – 96.65%	11- 3.34%

Lavado de dientes.

De acuerdo a los datos obtenidos y lo referido por la gente durante el censo y las consultas, el 95% de la población realiza el lavado de dientes 2 a 3 veces al día y el 5% no realiza el lavado de dientes, correspondiendo este ultimo porcentaje a la comunidad Esperanza de los Pobres y General Lázaro Cárdenas con un 4 y 1% respectivamente, lo

anterior se puede explicar por la eficacia del programa de oportunidades, en donde se les otorga apoyo para la higiene de las familias.



Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

CÓDIGO/ FAMILIAS	SI (1)	NO (2)
EP (70)	57- 17.32%	13- 3.95%
GC (76)	73 – 22.18%	3 – .91%
LA (41)	41- 12.46%	
RB (105)	105 – 31.91%	
SM (37)	37 – 11.24%	
TOTAL: 329	313 – 95.11%	16 – 4.89%

2 COMUNIDAD ROBERTO BARRIOS

2.1 Antecedentes históricos

Después de una lucha ganada por los miembros de las rancherías ahora alternas al ejido (El faro, El pencil, La providencia, Rincón Antonio y Santiago) por lograr que esas tierra fueran cedidas para el cultivo, el 18 de octubre de 1960 se reconoce ante el municipio de Cintalapa de Figueroa al ejido que lleva por nombre "**Roberto Barrios**", debido al lic. que les ayudaría a consolidar las tierras.

Las familias que lograron la fundación del ejido eran provenientes de los ranchos: El pencil, El Faro, La providencia, Rincón Antonio y Santiago y los apellidos de las familias que la fundaron son: Montesinos, Ramos, Mendoza y Vilchis.

2.2 Limites geográficos

La comunidad Roberto Barrios se encuentra localizada a 42.1 Km. de la cabecera municipal, 27.3 Km. son de la carretera Panamericana y 14.8 Km. de terraceria.

Colinda con las comunidades de:

Norte: Coyoacan

Sur: San Carlos.

Este: La providencia

Oeste: Tolan.

Para llegar a la comunidad se cuenta con tres vías de acceso, una de ellas es directa, es decir sin pasar por ninguna otra comunidad, la segunda es entrando por la comunidad Vista hermosa y 20 o 30 minutos mas de terraceria para llegar a Roberto Barrios y una ultima donde se accede por el río el jardín, siendo esta ultima la vía de acceso mas corta a la comunidad.

La comunidad solo cuenta con un medio de transporte para trasladarse a Cintalapa, la combi (urban), parte de la comunidad a las 8 a.m. rumbo a cintalapa y sale de cintalapa rumbo a la comunidad a las 2 p.m., el tiempo aproximado de viaje es de 60-70 minutos, otra manera de viajar es trasladarse a la comunidad vista hermosa, ya que de ahí el transporte sale 3-4 veces al día, el único inconveniente es que para llegar a vista hermosa hay que pagar carro, el cual cobra 50-60 pesos o en su defecto irse caminando o en bicicleta.

2.3 Clima

El clima de la comunidad es caluroso, en el mes de diciembre hasta enero o febrero el frío es intenso, en el mes de mayo-junio comienza a llover pero el clima no deja de ser caluroso. Su temperatura varia de los 25°C a los 32°C, en temporada de frío puede llegar a los 15°C.

2.4 Organización social

Los representantes del ejido son escogidos democráticamente, aunque el comisariado ejidal será designado de acuerdo a la lista de ejidatarios, y las personas que integran los comités se eligen democráticamente, los cargos que se tienen son Comisariado ejidal, Agente municipal, Tesoreros y comité de vigilancia, escolares y de salud, el periodo que debe cumplirse es de tres años y se debe rendir informe de las actividades realizadas en

los últimos días de cada mes; los problemas que surjan en la comunidad serán expuestos ante los ejidatarios para buscar posibles soluciones.

Se encuentra constituida por solares, en los cuales se asientan 4 viviendas, en el patio (sitio) se siembran árboles frutales y se tienen a las animales domésticos (pollos, guajolotes, cerdos, perros y patos), los patios de las casas siempre se encuentran limpios, debido a que así lo exige el programa oportunidades.

2.5 Religión

El tipo de religión que predomina es la católica, aunque hay familias que practican otras religiones como son: adventista, testigos de Jehová y pentecostés, siendo un número minoritario de la población total.

2.6 Actividades productivas

La principal actividad es la agricultura en el caso de los hombres y las mujeres se dedican al hogar y a la crianza de los hijos.

De acuerdo a su año agrario sus actividades de siembra comienzan en el mes de junio con el frijol y maíz y Julio con el cacahuete y tomate y terminan en el mes de agosto; por otro lado su ciclo de cosecha inicia a partir de septiembre con el frijol y termina en el mes de noviembre-diciembre con el cacahuete, sin embargo se culmina totalmente hasta el mes de marzo, pues en ese periodo hay que preparar el cacahuete para la próxima siembra, es decir se despista y despulpa el cacahuete, actividad en la que también participa la mujer y posteriormente preparan la tierra para el siguiente ciclo.

En su mayoría los habitantes de la comunidad se dedican a sembrar y cosechar los siguientes alimentos:

- Tomate
- Maíz
- Frijol
- Cacahuete
- Mango

Además de contar con árboles frutales de aguacate, limón, mandarina, nance, jocote, guanábana y plantas de chayote, calabaza y chile de diversas variedades y plátano.

La comunidad cuenta con dos procesadoras de cacahuete, en las que generalmente las personas que laboran son generalmente mujeres solteras, trabajan una jornada de 6 horas por la que se les paga 50.00 pesos diarios, el cacahuete que ahí se proceso es distribuido a Arriaga y la cabecera municipal.

También se practica la ganadería y la porcicultura, aunque no con tanto auge como la agricultura.

2.7 Flora y Fauna

La flora se caracteriza mayormente por matorrales y arbustos, árboles de huanacacahotle, pino, nance, mango, platanar, aguacate, etc.

En lo que respecta a la fauna destacan los armadillos, conejos, iguanas, venados, las cuales sirven de alimento a la población, sin embargo hay que reconocer que con el paso

del tiempo y la caza indiscriminada de estas especies han ido escaseando, por lo que las zonas de cacería se encuentran resguardadas por personal del ejército.

2.8 Servicios

La comunidad Roberto Barrios solo cuenta con servicios de agua potable, electricidad y teléfono no hay camión recolector de basura ni drenaje, tampoco pavimentación de calles ni alumbrado público, solamente cuenta que un medio de transporte que solamente viaja una vez al día, cuenta con una conasupo, tiendas de abarrotes, biblioteca, molino de luz y panteón.

En la comunidad no se cuenta con ningún servicio de salud, para recibir atención médica se tienen que trasladar hasta la comunidad Tehuacan, donde se encuentra la clínica (programa oportunidades), a la cual necesitan caminar cerca de 50 minutos para llegar o pagar un viaje de 30 pesos; en la clínica solo se atiende en un horario de 8 a.m. a 2 p.m. y el resto de la tarde solo se atienden urgencias aunque la población refiere que en ocasiones el médico no atiende cuando se le solicita o no se encuentra y la que presta el servicio es la enfermera.

Desafortunadamente en la comunidad no hay algún tipo de lengua, a pesar de que no es una comunidad joven además de que sus pobladores en mayoría no pertenecen a comunidades indígenas.

La comunidad cuenta con una escuela de nivel preescolar, una primaria y una tele secundaria, aunque cabe señalar que a este último nivel acuden muy pocos alumnos.

2.9 Costumbres

La fiesta más grande de la comunidad es la de la celebración de la Virgen de Guadalupe, donde se donan enramas (palos con utensilios de cocina, frutas o lo que la gente guste donar) que son vendidos entre la misma comunidad y las ganancias son para el mejoramiento de la iglesia.

La fiesta de fundación de la comunidad se realiza en los últimos días del mes de diciembre, se adorna la iglesia y en años pasados la cancha de básquetbol (porque no había parque, hasta agosto de 2007 que se terminó de construir) con flores multicolores, hay juegos pirotécnicos, misas, venta de platillos típicos de la región, baile y es la única fecha en que se autoriza a vender bebidas alcohólicas, ya que desde 1978 se prohibió la venta de bebidas embriagantes y a la persona que se sorprenda haciéndolo se le multa o se remite a las autoridades de Cintalapa por violar las normas de la comunidad.



La comunidad Roberto Barrios es de clima caluroso y seco, la vegetación es abundante en tiempo de lluvia.



“Roberto Barrios, una comunidad grande, pero donde la gente es muy calida”

3.- ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN COMUNIDAD

En este contexto se considera a la salud comunitaria como la estrategia para el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad además de actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de salud en particular.

Se puede hablar de salud comunitaria cuando los miembros de una comunidad local bien definida, geográficamente y con lazos de interrelación entre ellos, reflexionan con los integrantes de los equipos de salud, sobre los problemas de salud de la comunidad, las aspiraciones y las necesidades de la población y participan activamente en la elaboración de un plan de desarrollo social comunal, orientando a mejorar el nivel de salud.

Lo más importante es cambiar favorablemente los hábitos, creencias y actitudes de la población en materia de salud, para que los buenos preceptos sean incorporados a los medios de la vida de grupo.

El estudio de la salud de la comunidad es al mismo tiempo un estudio epidemiológico de los problemas de salud y riesgos presentes en la comunidad, un estudio sociológico de las necesidades de salud sentidas por los mismos miembros de esta y un estudio económico de las condiciones de la vida de la gente.”¹

3.1 Descripción de la población atendida

Roberto Barrios se encuentra formado por 104 familias, constituidas por 389 habitantes, lo que representa el 28% de la población total en estudio, la población se encuentra distribuida de tal forma que de los 389 habitantes, 183 son mujeres lo que corresponde el 47% y el resto de la población (206) pertenece el sexo masculino, representado por el 53% de la población de esta comunidad.

De acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta, se puede observar que la mayoría de la población se encuentra en el grupo de adultos jóvenes, representando la edad de 20 a 39 años, abarcando el 38% de la población, de los cual el 22% son hombres y el 16% representado por mujeres, a este grupo le sigue el de los 40 a 59 años de edad, con un total de 73 habitantes correspondiente al 18%, encontrando mayormente sexo masculino con un 10%; en tercer lugar encontramos a los adolescentes con un 13% y niños de 6 a 10 años con el 9% de la población total de la comunidad, observando que la población de niños de 1 a 5 años cuenta con un porcentaje similar, mientras que los menores de 1 año solo abarcan un porcentaje de 2% y en su mayoría sexo femenino, lo que nos habla de que en la comunidad Roberto Barrios la mayoría de la población practica la planificación familiar, en lo que corresponde a los adultos mayores, ocupan el 9% y se encuentran la misma cantidad de hombre que de mujeres.

¹ Hernan San Martin “Tratado general de la salud de las sociedades humanas; salud y enfermedad” La prensa mexicana 1998. p.p 237-244.

Con los datos recabados en la cedula de diagnostico, se observa que el grupo que presento mas habitantes también es la fuerza de trabajo de la comunidad, principalmente el varón y en las actividades de agricultura y ganadería, aunque cabe mencionar que la mujer también coopera en las actividades del campo, trabajando de sol a sol, principalmente en el tiempo de cosecha, y dentro de esta actividad sigue sin reconocimiento el trabajo que desempeña la mujer campesina, asignándole mayor peso en las actividades del hogar.

En la comunidad Roberto Barrios, la población pertenece al tipo rural y su tipo de asentamiento es permanente.

En lo que corresponde a la emigración, al momento de recabar la información, la población refiere que existe población, principalmente jóvenes del sexo masculino que emigran al estado de Coahuila a realizar sus estudios a nivel profesional, debido a que el gobierno les ofrece mayores oportunidades.

Población por grupos de edad y sexo.

MASCULINO	GRUPOS DE EDAD	FEMENINO
9-2%	71 y mas	8-2%
9-2%	60-70	10-3%
40-10%	40-59	33-8%
85-22%	20-39	64-16%
24-6%	11-19	29-7%
19-5%	6-10	14-4%
17-4%	1-5	20-5%
3-1%	Menores de 1	5-1%

Fuente: Datos obtenidos en la cedula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

3.2 VISITA DOMICILIARIA.

“Los cuidados a la persona enferma en el hogar son tan antiguos como la propia civilización. La lucha por la supervivencia y conservación de la especie han ido siempre acompañadas de algún tipo de atención en el propio domicilio.

Podemos afirmar que la atención a la persona enferma en su domicilio fue, en gran medida, la cuna de la enfermería actual, la atención domiciliaria forma parte integrante de la atención primaria de salud, aunque, sin duda, es la enfermería la principal implicada en esta modalidad asistencial.

La visita domiciliaria es la base instrumental a través de la cual se presta la atención domiciliaria, y por que es posible brindar atención de enfermería al individuo y su familia en su medio natural.

La atención domiciliaria son el conjunto de actividades que tienen por objeto proporcionar atención sanitaria al individuo y a la familia en su domicilio, de acuerdo

con sus necesidades, asumiendo con ellos la corresponsabilidad del cuidado continuo e integral, en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sanitarios y sociales”.²

Durante la realización del servicio social en la comunidad Roberto Barrios una de las intervenciones que realice, con el propósito de ayudar al mejoramiento de la calidad de salud de las familias, fueron las visitas domiciliarias, con el fin de atender problemáticas de salud urgentes (situaciones que ponen en riesgo la vida del individuo) y de brindar información y educación sobre el autocuidado.

En el periodo de Noviembre 2006-Julio 2007 se brindaron 116 visitas domiciliarias, principalmente para atender situaciones de urgencia, el 16% de estas visitas fueron por revisión y control de T/A, principalmente crisis hipertensivas, seguido de cuidados y orientaciones sobre EDAS, debido a que en las enfermedades infecciosas gastrointestinales comúnmente se presentaba vómito y fiebre por lo que se brindaba información sobre deshidratación e hidratación así como disminución de temperatura por medios físicos, lo anterior representado por el 10% de visitas domiciliarias.

El 9% corresponde a visitas domiciliarias brindadas por IRAS, donde también se orientaba sobre alimentación, el 7% lo ocupan las visitas dadas por embarazos, aunque el 1% de este 7% corresponde a una revisión de trabajo de parto; el 9% se realizaron por curación de heridas y retiro de puntos, también se realizaron algunas con el fin de aplicación de medicamentos I.V, I.M y revisión de pacientes con imposibilidad de deambulación debido a discapacidad o por malestar general, ocupando el 8% del total de las visitas domiciliarias.

Las visitas realizadas por orientaciones sobre higiene ocupan el 5%, cabe señalar que la población de las comunidad se preocupan mucho por la higiene personal como de la vivienda, además de que el programa oportunidades se los exige, en cuanto a DOCACU en visitas domiciliarias solo ocupa el 3% ya que la mayoría de la población acudía a consultar para obtener información sobre el tema, el 33% del total de las visitas domiciliarias lo ocupan diversas causas que no eran tan recurrentes y que se enlistan enseguida:

- dermatitis.
- Probable fiebre tifoidea.
- Fiebres.
- Crisis asmática.
- Migrañas.
- Revisión de menores de 5 años.
- Problemas de flebitis.
- Accidentes.

Haciendo hincapié que en cada visita domiciliaria se atendía la problemática de salud que se presentaba además de brindar información y educación sobre esta misma, mismos temas que serán mencionados en el apartado de IEC.

²GARCIA Suso Araceli et al. *“Enfermería Comunitaria Bases Teóricas”*. pag 110, 111

Durante las visitas domiciliarias siempre se consideraron las necesidades del paciente como un todo además de que se garantizó la provisión de información, completa confidencialidad, situación higiénica adecuada y calidad asistencial.



En la comunidad existen habitantes de muy escasos recursos, convivir con ellas es una gran experiencia, ayudarlas en las necesidades que tienen para mejorar su calidad de vida pero sobre todo saber que ellos reconocen el trabajo que desempeñamos es reconfortante.



Se realizaban visitas domiciliarias con varios fines, uno de ellos la ministración de medicamentos por diversas vías, referidos de Casa Salud Génesis, realizando el trabajo de la mejor manera y sobre todo con la calidad humana que a la enfermería debería distinguir.



Se atendían pacientes en domicilio, se les brindaban los cuidados necesarios, como fue el caso de la señora Agustina, quien padecía Ca. de estomago y requería cuidados especiales, se le brindo la mejor atención posible pero desafortunadamente se encontraba en etapa terminal.....fue un caso muy deprimente.



El caso de estos pacientitos fue algo muy impresionante, se trabajaba mejorando su calidad de vida (hábitos higiénicos) y se les administraban desparasitantes y vitaminas, la mejoría que tuvieron era lenta pero observable aunque no fue posible llevar un seguimiento pues fueron trasladados a otro lugar.

De acuerdo a las modalidades del la atención domiciliaria, las visitas domiciliarias que se realizaron en la comunidad fueron de modalidad programada, en función del fin que se persigue, asistencial, investigadora y educadora y administrativa.

3.3 CONSULTORIA DE ATENCION PRIMARIA.

Las consultas de Enfermería (CE) constituyen, sin duda, uno de los elementos mas representativos del proceso de cambio experimentado por la enfermería a partir de la década de los 80's, a la vez que es una pieza clave en el desarrollo de la atención primaria de salud.

Las consultas de enfermería, en su concepción moderna surgen paralelas al desarrollo de la atención primaria en el mundo, al cambio de modelo sanitario y a la profunda transformación de la enfermería en nuestro país, aunque el proceso de implantación, no exento de dificultades y polémicas, como siempre a ocurrido en todos los cambios históricos.

Respecto a la expresión consulta de enfermería, a pesar de tener un uso relativamente reciente se define como: La entrevista entre el usuario (enfermo o sano) y el profesional de enfermería, que tiene por objeto proveer cuidados, administrar medicamentos, y/o impartir consejos o educación sanitaria, todo ello para promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla e incluso rehabilitarla tras haber sufrido.³

La población de la comunidad Roberto Barrios, pretendían que el servicio que se ofreciera fuera medico, abocado principalmente a la atención de patologías, pues la información que se les había dado sobre el servicio había sido errónea, conforme fui conociendo a la gente les informaba cual era la función ahí y que principalmente yo estaba ahí para ayudarles en su autocuidado con el fin de prevenir enfermedades o el agravamiento de estas, además de brindar atención primaria y atender situaciones de urgencia, brindarles información y educación sobre el autocuidado, atención prenatal, higiene y otros temas y que además me apoyaría para su rehabilitación en la medicina alternativa, especialmente la herbolaria; a medida que la población fue conociéndome como persona también fue reconociendo mi trabajo y entendieron que estaba para trabajar en equipo con ellos con el fin de mejorar su salud.

Durante el servicio social prestado en la comunidad Roberto Barrios, se dieron un total de 1039 consultas de atención primaria a la población, no solamente de la comunidad sino de los ranchos alternos, los cuales acudían por las referencias de las personas de la comunidad.

Con un promedio de 39 a 40 consultas por semana, en las que se atendía y se brindaba información sobre:

- IRAS con un total de 284 consultas lo que equivale al 27% del total de las consultas de atención primaria.
- EDAS representadas por 138 consultas, ocupando el 13% de consultaría de atención primaria.
- T/A con un total de 134 consultas, representado por un 13%.
- EMBARAZOS, solamente solo se revisaron 12 mujeres embarazadas, lo cual corresponde al 2% del total de las consultas.
- CURACIONES se realizaron un total de 46, lo cual ocupa el 4% de las consultas.

³GARCIA Suso Araceli et al. *"Enfermería Comunitaria Bases Teóricas"*. pag 98, 99

- TRASLADOS se realizaron un total de 6 traslados, lo que equivale al 1%, estos fueron hechos al hospital integral de Cintalapa y otros a Casa de Salud Génesis Berriozabal A.C.
- OTROS, estas consultas representan el mayor número con un total de 419, equivalente al 40% entre los problemas que se engloban en este grupo se encuentran: enfermedades crónico-degenerativas, hipercolesterolemia, dermatitis, padecimientos del corazón, gastritis, colitis, I.V.U., Infecciones vaginales, alergias, parasitosis, micosis, problemas dentales, entre muchas más.

Las actividades que se desarrollaron en las consultas de atención primaria eran asistencia sanitaria de tipo ambulatorio, domiciliario y de urgencias, actividades de promoción a la salud, prevención de enfermedad, rehabilitación e inserción social.

Se ofrecía un horario de atención de 8:00 a.m. a 18 hrs, respetando horarios de alimentación y cuando había que realizar visitas domiciliarias programadas, el horario era hasta las 2:00-3:00 p.m. ya que estas y otras actividades tenían que realizarse en la tarde porque era el momento en que la familia se encontraba reunida, el horario de consulta en ocasiones se manejaba hasta las 8 p.m. según la demanda y además por consideración a las personas que trabajan y que solo tenían tiempo en la tarde y podían acudir por cualquier molestia.

Se ofrecían consultas tanto programadas como por demanda, es decir a los pacientes que acudían por iniciativa propia y a los que se les daba una hora y fecha para asistir a consulta, las cuales eran de carácter sistemático y continuado.

Teniendo siempre presente que la enfermería comunitaria, tiene como objeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio integra conceptos y métodos de ciencia de la salud pública y de la enfermería para promover, prevenir, mantener y restaurar la salud de la comunidad.⁴

Según la Red Española de Atención Primaria, la consulta de enfermería presenta cuatro características:

- Es realizada por un profesional de enfermería.
- Atiende a población sana y enferma.
- Existe consulta directa (cara a cara).
- Utiliza algún sistema de registro en su actividad.⁵

⁴ Sánchez Moreno. “*Enfermería Comunitaria, Concepto de salud y factores que la condicionan*”. McGraw Hill Interamericana 1992 p.p 47-48

⁵ Frias Osuna Antonio “*Enfermería comunitaria*” Editorial Masson. Barcelona España. 2000 pag. 202.



• Consultorio de enfermería en la comunidad Roberto Barrios, el cual en un principio carecía de muchas cosas, aquí se muestra la primer mesa de exploración con la que contaba dicho lugar de trabajo, la gente me apoyo con lo que sus posibilidades les permitían y a través de la ENEO y Casa Salud Génesis se logro tener mejores equipos.



En ciertas ocasiones era necesario ministrar medicamentos vía venosa a los habitantes de la comunidad, algunas veces en la casa y otras tantas en la casa de salud, de acuerdo a las posibilidades y condiciones del paciente.



En la comunidad se atendía todo tipo de casos, se realizaban curaciones, debridaciones, lo que el paciente requiriera, de manera gratuita, con el fin de buscar el mejoramiento del paciente, evitar complicaciones y logara su adaptación al rol social.



Paciente masculino, el cual acudió a consulta por accidente con un molino

Esta demostrado que las consultas de enfermería reportan beneficios, tanto a los usuarios como a los profesionales, a los primeros porque reciben una mayor calidad asistencial y se sienten participes de sus propios cuidados y a los segundos porque han ganado en autonomía y desarrollo del rol profesional.

Las consultas de enfermería constituyen un modo habitual del trabajo enfermero, encajan perfectamente en el engranaje de la atención primaria, del trabajo de equipo y han sido asumidas por la población como un recurso indispensable para el cuidado de la salud.⁶

3.4 IEC INFORMACION, EDUCACION, COMUNICACIÓN.

La organización mundial de la salud (OMS) definió la promoción de la salud como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren; el impulso de realizar cambios sociales perdurables mediante el desarrollo de políticas publicas saludables es el objetivo central de las actividades de promoción a la salud.⁷

Con base en las necesidades detectadas en la comunidad, a través de la aplicación del cuestionario familiar, de la observación de las condiciones en que se encuentra la comunidad y de las visitas domiciliarias; otra de las intervenciones que se realizaron fue la de IEC a la comunidad, con el único fin de promover el autocuidado mediante platicas y orientaciones brindadas de manera individualizada o por grupos, para mejorar su calidad de salud de las familias y prevenir posibles enfermedades.

Los temas sobre los que brindo información, educación y comunicación fueron:

TEMAS DE IEC	No. de Asistentes.
* IRAS	46 personas
*EDAS	44 personas
*Embarazo y control prenatal	10 personas
*Parasitosis	52 personas
*Menopausia	20 personas
*Métodos anticonceptivos y ETS.	41 personas
*DOCACU	60 personas
*Enfermedades Crónico Degenerativas.	38 personas
*Saneamiento de viviendas.	46 personas
*Saneamiento de letrinas	46 personas
*Deshidratación e hidratación.	33 personas
*Medios físicos para la disminución de temperatura.	34 personas
*Alimentación en todas las etapas de la vida.	48 personas
*Prevención de accidentes.	57 personas

Fuente: Datos obtenidos de la bitácora la P.S.S.L.E.O. que atendió la comunidad Roberto Barrios.

Durante los temas que se brindaron se abarco el concepto del padecimiento o problema y sus posibles consecuencias siempre tomando en cuenta los conocimientos que la población tiene, debido a que algunas veces son erróneos la información que se tiene es confundida por ellos mismos, valorando siempre si la gente había comprendido lo que se les explicaba, exponiendo casos en los que tenían que opinar sobre las medidas que

⁶ GARCIA Suso Araceli et al. *"Enfermería Comunitaria Bases Teóricas"*. pag 98

⁷ Concha Colomer Revuelta, Carlos Álvarez. *"Promoción de la salud y cambio social"* Ed. Masson. 2001.

se tenían que tomar ante la problemática y dando oportunidad a que expresaran sus dudas.

En los temas donde se enseñaban técnicas, como en la exploración de mamas, medios físicos, hidratación, se les pedía una demostración sobre lo aprendido en la plática, para valorar si se había comprendido en su totalidad la información.

Se buscaba conseguir la participación de la comunidad en la ejecución de las intervenciones relacionadas con la salud y con el bienestar de la población, además de que se evaluaba el impacto de las acciones sobre el objeto de atención.

La información no solo se brindaba a mujeres, era abierta al público en general, en ocasiones se brindaba de forma individualizada ya fuera en la consultaría por iniciativa o duda de la persona o por que se detectara la deficiencia observada durante la consulta, otras informaciones se brindaban en la vivita domiciliaria porque solo se detectaba esa problemática con esa familia.

Cada familia de la comunidad recibió por lo menos una plática informativa y si solo la recibían los padres o en algunos casos solo la madre ella se encargaba de difundir la información al resto de la familia.



Durante la realización del servicio social se impartieron platicas de autocuidado y se les hacia participes a los integrantes para de esta forma evaluar la comprensión del tema.



“Platica a la población de Roberto Barrios, donde se evaluaba lo aprendido.”

3.5 RESULTADOS DEL AUTOCUIDADO. TESTIMONIOS

Los resultados que se obtuvieron a pesar de que el tiempo de estancia en la comunidad fue corto, los resultados del autocuidado obtenidos fueron muy buenos y sobre todo favorables a la salud de los individuos de la población.

Se logro el mejoramiento en gran parte de su calidad de vida a través del autocuidado como el objetivo y el impacto que se obtuvo fue muy grande, la gente comprendió que no es necesario esperar a tener la enfermedad para atenderse sino hay que revisarse periódicamente y ante cualquier síntoma que se presente, para evitar complicaciones.

Además de que se logro que los mismos integrantes de la comunidad reflexionaran sobre los problemas de salud de la comunidad, las aspiraciones y las necesidades de la población y que se debe trabajar conjuntamente para combatir estos problemas.

Se logro capacitar exitosamente a los miembros de la comunidad para que puedan controlar su salud y su enfermedad y sean más autónomos e independientes de los servicios profesionales, dejando en claro que no deben alejarse de los servicios de salud sino tomarlos como un apoyo en el cuidado de su salud.

A la culminación del servicio social se pudo observar y comprobar que hubo un aumento en el autocuidado de la salud de los individuos de esta comunidad, aunque valdría la pena valorarlo dentro de unos años para verificar como se llevan a cabo las acciones de autocuidado y si es necesaria la presencia de un representante de salud o las gente es lo suficientemente capaz para ser autónomos.

A continuación se muestran testimonios de personas que fueron atendidas o que recibieron información sobre autocuidado o bien apoyo de cualquier tipo por parte de la P.S.S. L.E.O Teresita Chávez Rosas.



Sra. Blanca.
“Ella siempre atendía a todos los pacientes, sin importar horario, además de que nos
brindo muchos conocimientos para nuestro bien”



“Los niños, un impulso para luchar por su salud y seguir adelante”

Sra. Elianeth Núñez.

Testimonio: Es una persona capacitada, la enfermera es muy buena, nos orientaba sobre la enfermedad y como tratarla.



Durante el servicio social, muchas personas me brindaron su apoyo y sobre todo vieron por mi bien, “Don Benjamín” junto con su esposa fueron unas personas en quienes siempre pude confiar y me brindaron su apoyo incondicional.

Testimonio: “La enfermera dio muy bien su servicio a nuestra comunidad, nos ayudo a combatir contra las enfermedades”



“Dona Dulfina, convivir con ella fue muy bueno, me ayudo mucho y siempre estuvo pendiente de mí, con ella vivía, comía y platicaba, siempre tuvo un buen consejo y una palabra de aliento para hacerme sentir mejor.

Testimonio: “Nos va a hacer mucha falta la enfermera, a mí y a nuestros hijos, el tiempo que nos dio su servicio no es suficiente, nos atendió muy bien, le doy las gracias y la esperamos con los brazos abiertos”



Doña Merari y Don Bersain, siempre al tanto de lo que me hiciera falta, poniéndose a mis ordenes para lo que yo necesitara y brindándome cariño y viéndome siempre como la hija que nunca tuvieron.

Testimonio: “Nos ayudo mucho a las enfermedades de la familia, y si alguna persona estaba mal ella iba a donde se encontraba el enfermo, Gracias Teresita fuiste de mucha ayuda. Que Dios te bendiga”



Don Melquíades y Doña Ersilia (Comisariado Ejidal)
“Cada uno de nosotros sintió mejoría en nuestros problemas de salud, es una persona eficiente y dedicada a su trabajo”

TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO ATRAVES DE CASA SALUD GENESIS.

Durante la realización del servicio social rural, también se colaboro con equipo multidisciplinario a través de la clínica de consulta externa que lleva por nombre Casa Salud Génesis Berriozabal A.C., realizando guardias en la Clínica, ya fuera en Cintalapa o en Berriozabal, brindando consulta del día las 24 horas del día, los 365 días del año. En un principio las guardias que se cubrían eran de 8 horas, luego fueron de 12 horas y finalmente se cubrían guardias de 24 horas, a la semana se realizaban un promedio de 3 guardias, es decir se trabajaban entre comunidad y clínica 5 días a la semana, de los cuales no todos se cubrían en comunidad pues había que realizar guardias en Casa Salud Génesis Berriozabal A.C., cualquier día de la semana y se tenía derecho a 2 días de descanso.

La guardia comenzaba a las 8:00 a.m. y terminaba a las 8:00 del día siguiente, se colaboraba con equipo multidisciplinario, pero en el área de enfermería, se fungía como responsable del turno.

Durante el periodo que duro el servicio social, se realizaron un total 72 guardias, con un promedio de 6 guardias por mes, aunque cabe señalar que en los meses de septiembre y octubre, se realizaron un numero mayor de guardias debido a que no se tenía asignada comunidad.

Las actividades que se realizaban se dividían en administrativas y de enfermería, las administrativas consistían en:

- Recepción del turno.
- Conteo de material y equipo existente.
- Entrega de resultados de laboratorio a pacientes.

Las actividades que se realizaban de enfermería eran de consulta externa y de hospitalización.

* De consulta externa.

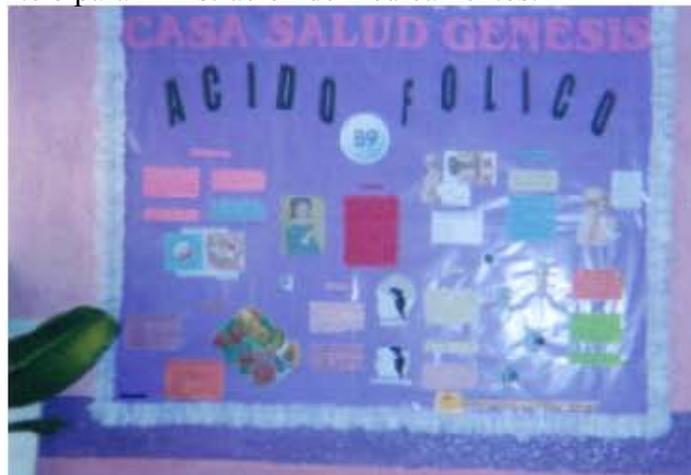
- Recepción de pacientes.
- Búsqueda y control de expediente.
- Toma de signos vitales y somatometria.
- Curaciones.
- Nebulizaciones.
- Aplicación de medicamentos por vía I.M, I.V, Subcutánea, Intradérmica, Oral, Vaginal, Rectal.
- Suturas.
- Realización de papanicolaou
- Retiro de DIU.
- Exploración de mamas.
- Retiro de puntos.
- Cambio de sonda foley.
- Cambio de bolsa de colostomia.
- Extracción de uñas.
- Lavado de oídos.
- Drenado de abscesos.

* De hospitalización.

- Colocación de venoclisis, incluyendo cuidados a la misma.
- Ministración de soluciones parenterales y medicamentos.
- Control de T/A.
- Control de temperatura por medios físicos.

También se apoyo al medico de guardia en la revisión mensual (control prenatal) de mujeres embarazadas, así como también se brindaba información requerida durante la consulta con el medico.

En algunas ocasiones se realizaron apoyo al medico en visitas domiciliarias para revisión de paciente o para ministración de medicamentos.



Con el fin de orientar a la comunidad en general, se realizaban periódicos murales los cuales eran expuestos tanto en Casa Salud Generis como en la casa de salud de la comunidad, siempre buscando despertar la inquietud e interés de la gente para preguntar y conocer mas del tema.



En la clínica de consulta de consulta externa “Casa Salud Génesis” se realizaban actividades de consulta externa y hospitalización, además de apoyar al medico en procedimientos como es el caso de las suturas, curaciones, debridaciones, siempre bajo su supervisión.



“Apoyando al medico en Casa Salud Génesis Cintalapa., debido al exceso de pacientes”



Siempre que se podía se apoyaba a las compañeras de guardia, realizando el trabajo en equipo, ante todo con responsabilidad con el único fin de agilizar la atención de pacientes.



Este lugar fue durante unos meses mi lugar de trabajo, donde pude desarrollar mi trabajo y ayudar a la gente que lo requería, en un principio carecía de muchas cosas y de ser sincero nunca tuvo lujos pero si lo necesario para trabajar.

CONCLUSIONES.

El haber realizado el servicio social en comunidades rurales donde la población vive en condiciones de extrema pobreza, fue una experiencia muy enriquecedora que me hizo crecer tanto profesional como personalmente.

Es difícil enfrentarse y sobre todo adaptarse a estas condiciones de vida, pero estas mismas situaciones permiten conocer y sobre todo comprender la necesidad que tiene nuestro país en materia de salud, no solamente en zonas marginadas como es el caso de estas poblaciones, sino en todos los lugares, ya no digamos del mundo, sino del país, solo que en las comunidades rurales es más notorio el problema porque no solamente carecen de buena salud, sino de otros bienes, teniendo en cuenta que la raíz del problema es la falta de cultura en el autocuidado, la cual es muy poca.

Como pasante de la LEO, se pueden identificar el múltiple trabajo que hay que realizar con la población en general y la gravedad de los problemas existentes en la comunidad; aun sin seguir algún protocolo, con la simple observación, y aun más si se convive con ellos tan cercanamente.

Trabajar con personas de comunidades rurales, es todo un reto, mas no por eso se considera imposible, son personas con un potencial de aprendizaje muy alto, que solo falta estimularlo, capaces de comprender la importancia del autocuidado y de llevar a cabo las acciones que les sean enseñadas en beneficio de su salud.

Como profesional de la salud, el reto es muy importante, una meta mas a alcanzar y un gran avance para el ámbito de la salud, además de ser de gran utilidad a esta población también se aporta un granito de arena para bien de toda la humanidad.

El trabajo es arduo, es cierto, pero satisfactorio cuando se valoran los avances que se tuvieron en salud y autocuidado, cuando las señoras manifiestan tener mas cuidado en su salud reproductiva, cuando vemos la recuperación de un niño o un anciano enfermo, gracias al empeño de la población como de la pasante encargada de la comunidad, refiere la gente.

La salud publica y en especial la enfermería comunitaria son áreas que necesitan mucho apoyo profesional, ya que las acciones que se llevan a cabo en estas áreas son la base para un buen estado de salud, si en las familias se inculca la cultura del autocuidado, generación tras generación se ira creando mayor conciencia de este.

Entre mas representantes de salud nos involucremos en el área de enfermería comunitaria y/o atención primaria y principalmente en zonas marginadas o rurales, aunque para algunas personas pueda parecer apática y aburrida esta área de la enfermería, puedo asegurar que al momento de ejercerla, se logra una satisfacción muy profunda, debido al agradecimiento de la gente, aunque debo señalar que para esto se necesita de un gran temple y de nobleza sobre todo desinteresada.

El haber realizado y concluido el servicio social en una comunidad rural, me deja una percepción distinta del ámbito laboral de la carrera, de pensar que la enfermería solo se podía desempeñar satisfactoriamente en un medio hospitalario, hoy comprendo que no solo es así, sino que la enfermería comunitaria y la gente de esas poblaciones nos necesita igual o quizás mas que las personas que tienen la posibilidad de acudir a una

unidad de salud, desafortunadamente por enfermedad, pero siempre en cualquier lugar que se desempeñe esta hermosa profesión, debe hacerse con humildad, humanidad, buena actitud y considerando siempre a las personas como un ser holístico con el que tenemos un gran compromiso, pues ellos depositan su confianza en nosotros con el fin de mejorar su calidad de vida y teniendo como pago una amable sonrisa y un inmenso agradecimiento que nos hace ser mejores personas.

Al término de la carrera y del servicio social se que valió la pena haber elegido estudiar Enfermería, por el trabajo a realizar, también me queda muy en claro que el compromiso de ver por la salud de la gente es muy grande, sin considerarlo como una obligación, y cumpliré con el porque es lo que quiero en esta vida, me actualizare para brindar una mejor atención y sobre todo siempre desempeñare con amor y respeto la profesión de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. CONCHA, Colomer Revuelta, Carlos Álvarez. **“Promoción De La Salud Y Cambio Social”** Ed. Masson. 2001.
2. SANCHEZ, Moreno. **“Enfermería Comunitaria, Concepto De Salud Y Factores Que La Condicionan”**. McGraw Hill Interamericana 1992.
3. FRÍAS Osuna Antonio **“Enfermería Comunitaria”** Editorial Masson. Barcelona España. 2000.
4. CAO Torija Maria José **“Nutrición y Dietética”** 2da edición. Editorial Masson. 2001 Barcelona.
5. MARTINEZ. J. Alfredo **“Alimentación y Salud Publica”** 2da. edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana 2002 Madrid.
6. CASADA García Patricia. **“Elementos de Socioantropología.”** 4ta ed. Edit. ENEO-UNAM. México 2005
7. KLAINVER, et.al. **“Salud Comunitaria.”** Edit. McGraw-Hill. Colombia 2001.
8. GARCÍA Suso Araceli et al. **“Enfermería Comunitaria Bases Teóricas”**. Edit. Difusión Avances de Enfermería. Madrid España 2001.
9. GARCÍA Suso Araceli et al. **“Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas”**. Edit. Difusión Avances de Enfermería. Madrid España 2001.
10. Reglamento del Servicio Social de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
11. HERNÁN San Martín. **“Salud y Enfermedad”**. 4ta ed. Edit. La Prensa Medica Mexicana. México 2002.
12. HERNÁN San Martín. **“Tratado General De La Salud En Las Sociedades Humanas.”** Edit. La Prensa Medica Mexicana. México 2005.
13. HALL Joanne E., Reading Barbara. **“Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de Sistemas”**, 1º Edición en Español- Washington, D.C, E.U.A., Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1990.
14. JIMÉNEZ A. **“La Enfermería En Atención Primaria”** (algunas reflexiones). Cent Salud 1995
15. KROEGER Axel, Luna Ronaldo. **“Atención Primaria de Salud: Principios y Métodos”** Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex N°10 México año 1992.

16. Organización Panamericana De La Salud / Organización Mundial De La Salud. **“Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria”**
17. PINO Casado R, Frías Osuna A. Y Cols. **“Modelos en Enfermería Comunitaria. Rol de Enfermería”**. 1995.
18. OMS. El ejercicio de la enfermería. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS,1996
19. CARPENITO LJ. **“Planes De Cuidado Y Documentación En Enfermería”**. Ed. Interamericana.1994
20. ANTÓN M. Victoria Nardiz **“Enfermería y Atención Primaria de Salud”** Ed. Díaz de Santos. 1ª ed. 1989.
21. MARRINER A. **“Modelo y Teorías de Enfermería”**. Ed. ROL. Barcelona. 1989.
22. LASKI Laura, Brindis Claire. **“Evaluación de Programas de Salud”**. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México 1997
23. ALVARÉZ Alva Rafael. **“Educación para la Salud”**. Edit. Manual Moderno. México 1995.
24. DONALDSON R.J, Donaldson L.J **“Medicina Comunitaria”**. Edit. Díaz de Santos S.A. España Madrid, 1989
25. ROCHON Alan. **“Educación para la Salud, Guía Práctica para realizar un proyecto”**. Edit. Masson. Barcelona S.A 1992
26. RESTREPO Helena et al. **“Promoción para la Salud, como construir una vida saludable”**. Edit. Panamericana. Bogotá Colombia 2001
27. VEGA Franco Leopoldo García Manzanedo. **“Bases Esenciales de la Salud Pública”**. Edit. La Prensa Médica. México 1995
28. MORENO María E. **“Como Cuidar un Enfermo en Casa”**. Edit. Manual Moderno. Bogotá 2005
29. GÓMEZ Jara F. **“Salud Comunitaria”**. Edit. Porrúa S.A. México D.F. 1989
30. MERCADO R. Ernesto. **“Educación para la Salud”**. Edit. Limusa. México1990
31. KROEGER Axel. **“Atención Primaria de Salud, Principios y Métodos”**. Edit. Pax. México 1989
32. http://www.celsam.org/home/manual.asp?cve_manual=11

33. <http://www.miclinica.info/control>
34. www.cintalapanecos.com.
35. www.medicalhome/care.com
36. www.inegi/c.com.mx
37. www.tuotromedico.com
38. <http://www.enfermeriaconexion.com/comunitariaII1.htm>
39. <http://www.perinat.org.ar/AD-Tucuman.html>
40. <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/index.html>
41. www.enfermeriacomunitaria.com.mx
42. www.asociaciondeenfermeriacomunitaria.org.