



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



INFORME DE SERVICIO SOCIAL RURAL  
COMUNIDAD DE “**GENERAL LÁZARO CÁRDENAS**”  
MUNICIPIO DE CINTALAPA CHIAPAS MÉXICO  
2006 – 2007

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA:  
LINDA MODESTA FLORES HERNÁNDEZ

No. CUENTA: 9907850-2.

DIRECTORA DEL TRABAJO: M.S.P. SOFÍA SÁNCHEZ PIÑA.

MÉXICO, DF.

NOVIEMBRE, 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.**

- Esto no hubiera sido posible, sino estuvieras siempre guiado mis pasos, todo lo que soy es gracias a ti, me haz puesto en el lugar y momento preciso, Gracias DIOSITO por estar siempre a mi lado.
  
- A mi madre y hermanas, que han estado conmigo en todo momento, brindándome todo su amor, apoyo y confianza, porque siempre han compartido mis alegrías y fracasos, impulsándome siempre a luchar por lo que quiero, porque son el motor mas grande que me impulsa todos los días para salir adelante. Mami, por fin vemos culminado uno de mis mas grandes retos, todos nuestros sacrificios han valido la pena, con nada agradezco todo lo que han hecho por mi. Los quiero mucho y lo saben, aunque a veces no lo demuestre.

## ÍNDICE

Introducción.....	04
Objetivo General.....	05
Objetivo Especifico.....	05
Descripción del programa.....	06
<b>1.- Diagnostico de Salud de Comunidades de Cintalapa Chiapas 2006-2007</b>	
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.....	15
1.3.4 Ingresos Económicos.....	16
1.3.5 Escolaridad.....	17
1.3.6 Alimentación.....	18
1.4 Respuesta social organizada	
1.4.1 Planificación Familiar.....	19
1.4.2 Control Prenatal.....	23
1.4.3 Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino y Exploración de Mamas.....	24
1.5 Riesgos y daños a la salud	
1.5.1 Morbilidad.....	26
1.5.2 Mortalidad.....	27
1.5.3 Higiene.....	27
Conclusiones.....	30
<b>2.- Comunidad General Lázaro Cárdenas</b>	
2.1 Antecedentes históricos.....	31
2.2 Límites Geográficos.....	31
2.3 Organización Social.....	32
2.4 Religión.....	32
2.5 Servicios.....	33
2.6 Actividad Productiva.....	33
<b>3.- Actividades de Enfermería en comunidad</b>	
3.1 Descripción de la población atendida.....	34
3.2 Visita domiciliaria.....	35
3.3 Consultoría de Atención primaria.....	39
3.4 IEC Información, Educación, Comunicación.....	43
3.5 Resultados del Autocuidado.....	46
3.6 Trabajo Multidisciplinario a través de Casa Salud Génesis Berriozabal A.C.....	49
Conclusiones.....	50
Bibliografía.....	51

## 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”<sup>1</sup> 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”<sup>2</sup>, 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 Berrizabal 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 diagnóstico 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.

---

<sup>1</sup> Reglamento del Servicio Social de la Escuela Nacional de enfermería y Obstetricia

<sup>2</sup> [www.cintalapanecos.com](http://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 instaló 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 categoría 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 Km<sup>2</sup> 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, cacahuate, 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.<sup>1</sup>

## 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 Ocozocauhtla 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”.<sup>2</sup>

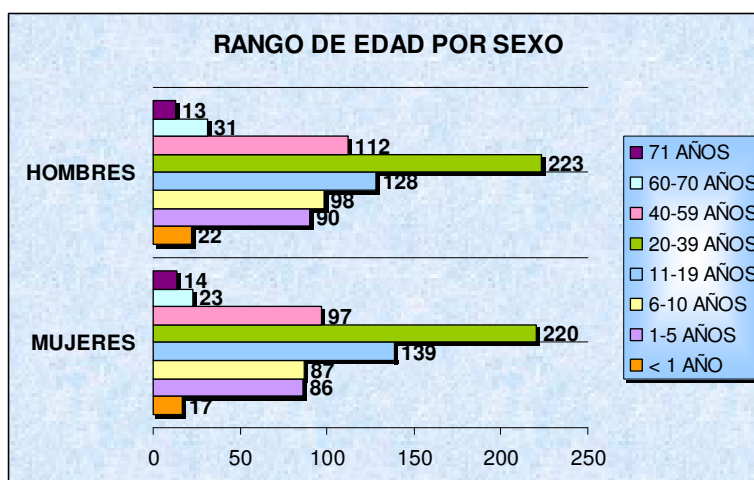
De acuerdo a los datos obtenidos en las encuestas familiares, el 48% de la población total se encuentra constituida por población escolar con un 26%; adolescentes con el

---

<sup>1</sup> [www.cintalapanecos.com](http://www.cintalapanecos.com). 20 de agosto de 2007 23:00 hrs.

<sup>2</sup> 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.”<sup>3</sup>

### 1.3 FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS.

#### 1.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

##### 1.3.1.1 Propiedad

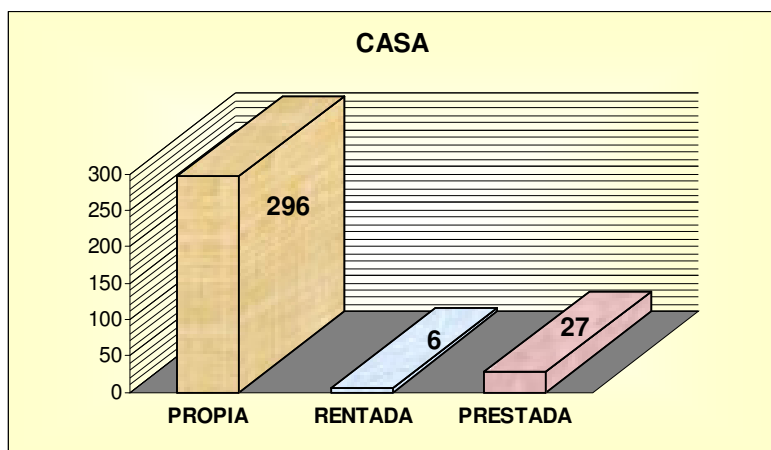
“Desde el principio de la historia, los hombres han sentido la preocupación por albergarse en determinados lugares, más o menos apartados, recogidos o separados del exterior para la realización de una serie de necesidades, como el sueño, pero sobre todo, para localizar y utilizar algún tipo de construcción natural o artificial que les ofreciese cobijo frente a las inclemencias climatológicas y lugar de defensa contra los enemigos. 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”<sup>4</sup>

<sup>3</sup> GARCIA Suso Araceli et al. Pág. 139

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

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.

COMUNIDAD	1. (PROPIA)	2. (RENTADA)	3. (PRESTADA)	TOTAL
EP	69	1		70
GC	70	4	2	76
LA	37		4	41
RB	85	1	19	105
SM	35		2	37
<b>TOTAL</b>	<b>296</b>	<b>6</b>	<b>27</b>	<b>329</b>



**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 numero de personas en relación con la capacidad de la casa y de las habitaciones en particular”<sup>5</sup>

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 mas, 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 esta 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 la seguridad personal”.<sup>6</sup>

### **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 esta 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 lamina, 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.**

---

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

<sup>6</sup> KLAINVER, et.al. Salud Comunitaria. Edit. McGrauw-Hill. Colombia 2001. pág. 232

Los muros de las viviendas están contruidos en su mayoría por material de adobe representando el 53%, un 40% están contruidas 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 contruidas de madera corren el riesgo de sufrir altercados por desastres naturales.

#### **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.”<sup>7</sup>

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.”<sup>8</sup>

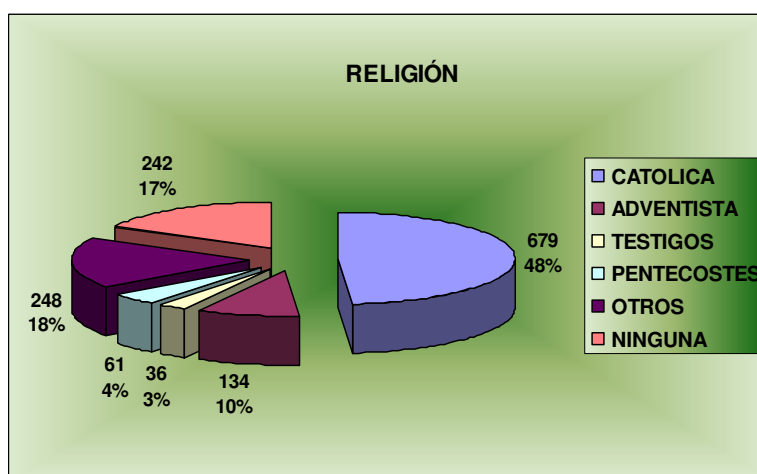
---

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

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

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.

COMUNIDAD	1 CATÓLICA	2 ADVENTISTA	3 TESTIGOS	4 PENTECOSTES	5 OTROS	6 NINGUNO	TOTAL
EP	73	52			229	36	390
GC	105	27	1	9	11	184	337
LA	96	42			4	4	146
RB	340	13	21	8		7	389
SM	65		14	44	4	11	138
<b>TOTAL</b>	<b>679</b>	<b>134</b>	<b>36</b>	<b>61</b>	<b>248</b>	<b>242</b>	<b>1400</b>



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.

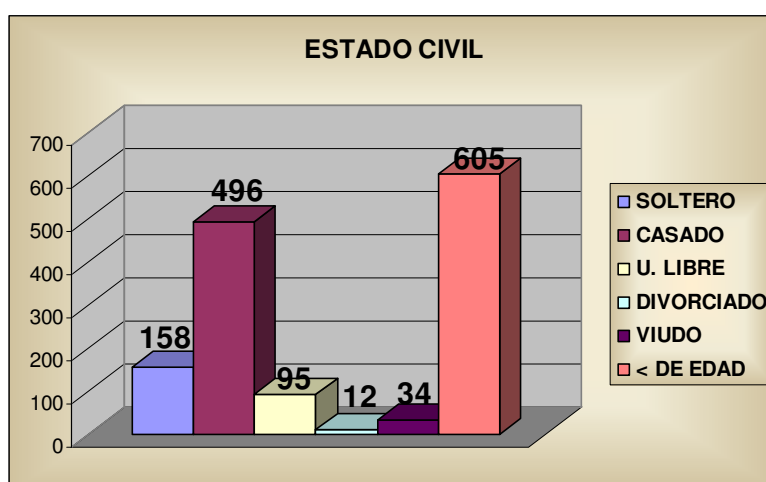
### 1.3.3 ESTADO CIVIL

“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”<sup>9</sup>

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.

COMUNIDAD	1 SOLTERO	2 CASADO	3 U. LIBRE	4 DIVORCIADO	5 VIUDO	6 < DE EDAD	TOTAL
EP	36	125	6	2	10	211	390
GC	27	81	49	4	5	171	337
LA	13	53	14	2	5	59	146
RB	73	177	16	1	10	112	389
SM	9	60	10	3	4	52	138
<b>TOTAL</b>	<b>158</b>	<b>496</b>	<b>95</b>	<b>12</b>	<b>34</b>	<b>605</b>	<b>1400</b>



**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 procee 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.<sup>10</sup>

<sup>9</sup>www.inegi.com.mx/c

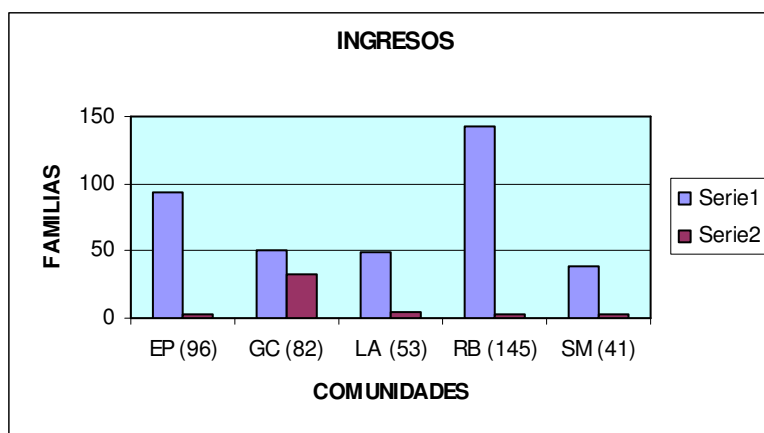
<sup>10</sup> CASADA García Patricia. Pág. 154



### 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 – 97%	3 – 3%
GC (82)	50 – 61%	32 – 39%
LA (53)	49 - 92%	4 – 8%
RB (145)	142 – 98%	3 – 2%
SM (41)	38 – 93%	3 – 7%
TOTAL: 417	372 – 89%	45 – 11%



**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 la 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 las 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.”<sup>11</sup>

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.

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 Tliltepec) 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

---

<sup>11</sup> [www.medicalhome/care.com](http://www.medicalhome/care.com)

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.”<sup>12</sup>

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 fríjol, 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.

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 fríjol 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 fríjol, 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, nanche, jocote, papaya, cupape, cacahuete, entre otras.

---

<sup>12</sup> MARTINEZ. J. Alfredo “Alimentación y Salud Publica” 2da. edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana 2002 Madrid Pág. 3

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 pública exclusivamente en manos de 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 las autoridades de las comunidades, sin olvidar que el usuario también debe ser informado del porqué de la instauración.”<sup>13</sup>

## **1.4 RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA**

### **1.4.1 Planificación Familiar**

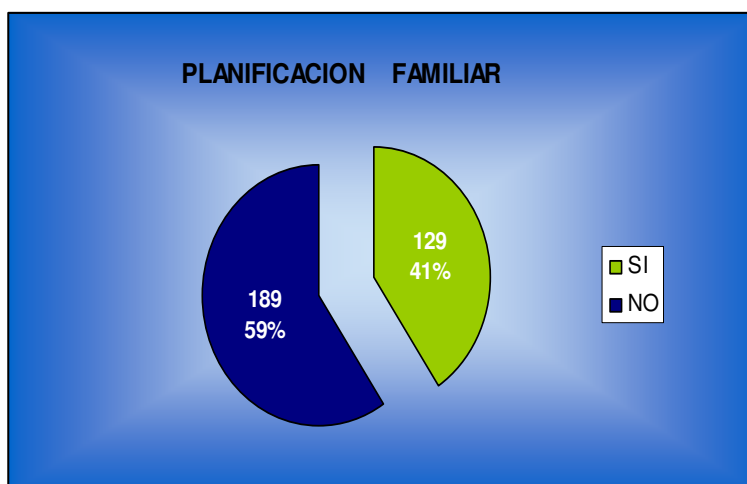
“La planificación familiar es la utilización de procedimientos naturales o artificiales, tanto temporales como definitivos para impedir la fecundación, con el objeto de disminuir el número de hijos por familia de manera voluntaria. La planificación familiar proporciona a las parejas la oportunidad de 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 ausencia de enfermedad en todas las áreas del sistema reproductivo y sus procesos de funcionamiento.”<sup>14</sup>

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.

---

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

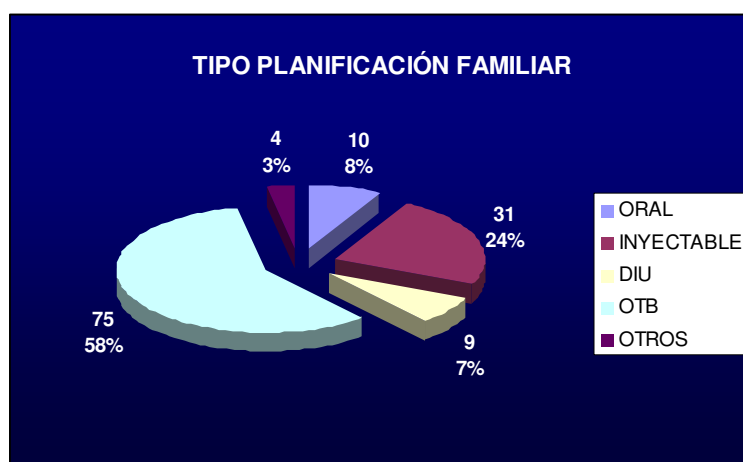
<sup>14</sup> [http://www.celsam.org/home/manual.asp?cve\\_manual=11](http://www.celsam.org/home/manual.asp?cve_manual=11)



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).

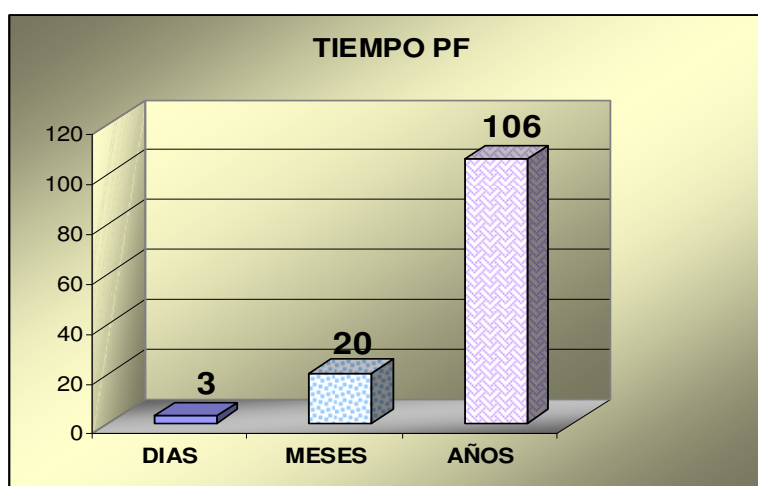
COMUNIDAD	1 (ORAL)	2 (INYECCION)	3 (DIU)	4 (OTB)	5 (OTROS)	TOTAL
EP	2			5		7
GC	2	4	1	17	2	26
LA	5	9		6		20
RB		12	7	35		54
SM	1	6	1	12	2	22
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>75</b>	<b>4</b>	<b>129</b>



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.

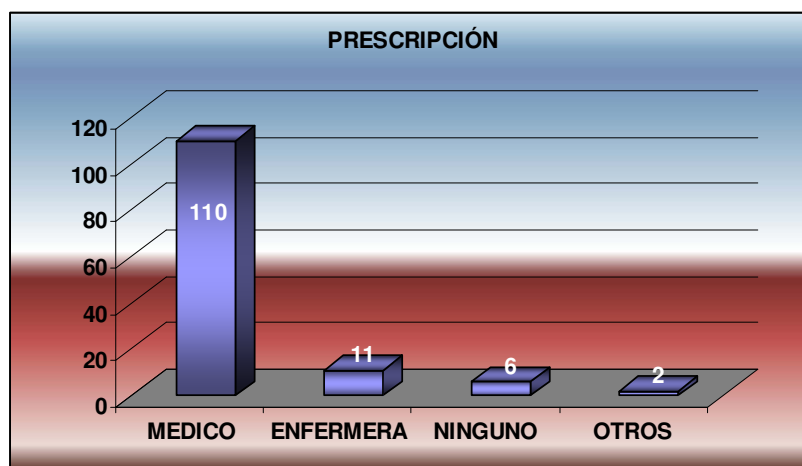
COMUNIDAD	DIAS (D)	MESES (M)	AÑOS (A)	TOTAL
EP	1		6	7
GC		6	20	26
LA	1	2	17	20
RB	1	8	45	54
SM		4	18	22
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>106</b>	<b>129</b>



**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.

COMUNIDAD	1 (MEDICO)	2 (ENFERMERA)	3 (NINGUNO)	4 (OTRO)	TOTAL
EP	7				7
GC	24	2			26
LA	14		6		20
RB	52			2	54
SM	13	9			22
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>129</b>



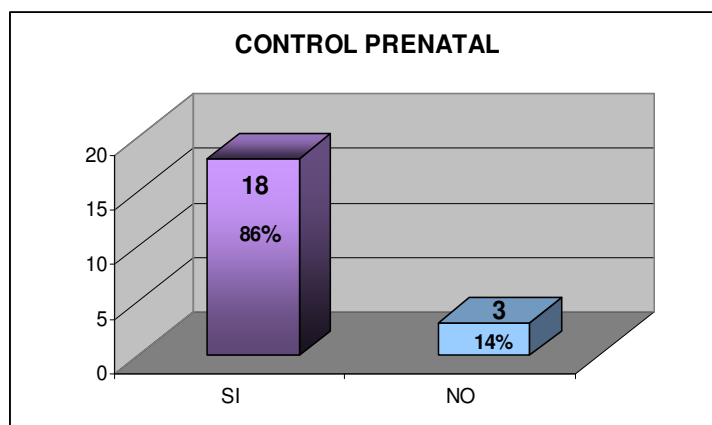
Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

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.”<sup>15</sup>



**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 morbi-mortalidad 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 deber 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 bebe se encontrara en optimas condiciones además de que acudían a la consultaría por algunas dudas que no les quedaran claras en la consulta con su medico, 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.

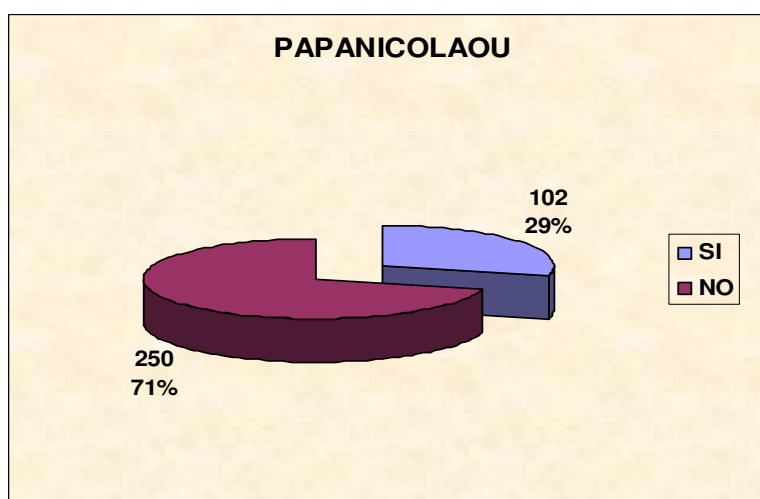
#### Papanicolaou

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



A un total de 352 mujeres de la población en estudio se les preguntó 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.

COMUNIDAD	1 (SI)	2 (NO)	TOTAL
EP	52	25	77
GC	62	22	84
LA	27	17	39
RB	88	20	108
SM	21	18	39
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>97</b>	<b>347</b>

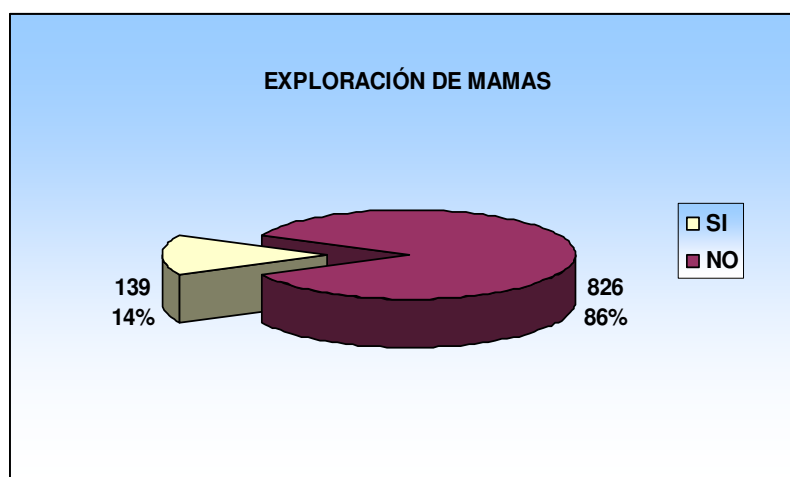


Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.

## 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.

COMUNIDAD	1 (SI)	2 (NO)	TOTAL
EP	75	159	234
GC	9	204	213
LA	28	86	114
RB	25	272	297
SM	2	105	107
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>826</b>	<b>965</b>



**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.<sup>16</sup>

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"><li>• Gripe</li><li>• Diarrea</li><li>• Vomito.</li><li>• Desintèria</li><li>• Presi3n alta</li><li>• Presi3n baja.</li><li>• Mal de or3n.</li><li>• Infecci3n vaginal</li><li>• Diabetes.</li><li>• Mareo.</li><li>• Dolor de estomago.</li><li>• Dolor de Cabeza.</li><li>• Accidentes.</li><li>• SIDA.</li><li>• Dolor de muelas.</li><li>• Estreñimiento.</li><li>• Calentura.</li><li>• Intoxicaciones- Alergias.</li><li>• Asma.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Infecciones Respiratorias Agudas.</li><li>• Enfermedad Diarreica Aguda</li><li>• Amebiasis intestinal.</li><li>• Fiebre tifoidea.</li><li>• Salmonelosis.</li><li>• I.V.U. altas y bajas.</li><li>• Infecci3n vaginal.</li><li>• H.A.S.</li><li>• D.M II</li><li>• Hipotensi3n.</li><li>• Hipercolesterolemia.</li><li>• Cefalea y/o migraña.</li><li>• Problemas dentales.</li></ul>

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.

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

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----29%	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.<sup>17</sup>

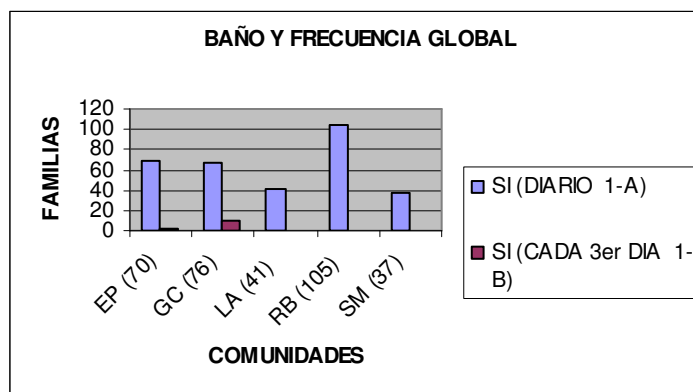
### 1.5.3 HIGIENE.

#### 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 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.

<sup>17</sup> Datos obtenidos por los pobladores de la comunidad.

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%

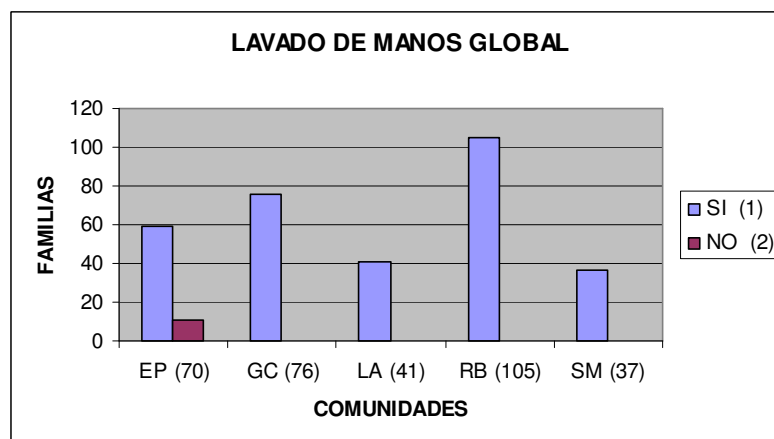


**Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM.**

### 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%

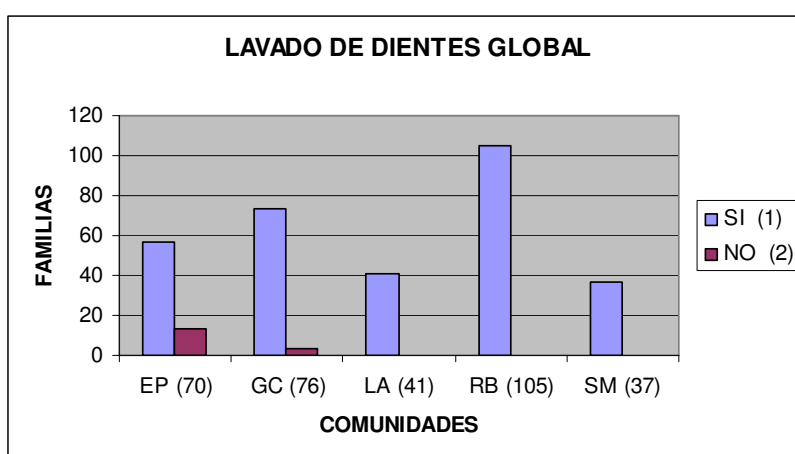


Fuente: Datos obtenidos en la cédula de captación de datos familiar realizada en 2006 ENEO-UNAM

### 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.

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%



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

## 2 COMUNIDAD GENERAL LAZARO CARDENAS

### 2.1 Antecedentes históricos

La fecha de fundación de la comunidad y fundadores nos dan el antecedente para determinar su influencia en las siguientes sociedades, estas para subsistir han realizado diversas actividades tales como el comercio, esto dará la pauta a la economía de la comunidad. Cabe resaltar que la política así como la religión, están basados en costumbres y tradiciones que repercuten no solo socialmente, sino en aspectos de salud, nivel de vida, estructura y en la dinámica familiar.

La comunidad fue fundada en 1952 con el nombre de “Agrícola Ganadera General Lázaro Cárdenas”, los fundadores fueron Sr. Oscar Ruiz Velásquez, Guadalupe Gálvez y Cipriano Gálvez que desde entonces se encuentran en la comunidad. Dicha comunidad se encuentra a 45Km. del municipio de Cintalapa. Los habitantes que en ella se encuentran pertenecen a comunidades aledañas. Para lograr subsistir han realizado diversas actividades tanto agrícolas como ganaderas.

### 2.2 Limites geográficos

Esta localizada a 45 Km. del municipio de Cintalapa, sus colindancias con otras comunidades son: al Norte: Adolfo López Mateos, al Sur: Unesco. Esta asentada sobre una planicie, cuenta con 1 pozo y 3 arroyos.

Los medios de acceso a la comunidad son por vía terrestre, la comunidad contaba con un carro de pasajeros que solo corría de la comunidad a Cintalapa y de Cintalapa a la comunidad, en un viaje especial que hizo sufrió un accidente y desde ahí dejó de dar el servicio, el transporte trabajaba los días lunes, a veces en miércoles y los viernes, partía de la comunidad a las 5:00 a.m. y salía de Cintalapa a las 14 hrs., desde ese entonces la comunidad se quedó sin transporte, cuando la gente quería trasladarse a alguna comunidad cercana o a Cintalapa, recurrían al lechero, que iba a recoger leche casi diario o bajaban a la comunidad vecina utilizando su medio de transporte que es una microbús que viajaba diariamente y quedaba a una distancia aproximada de 4km. Cuando era alguna urgencia se rentaba un carro particular y dependiendo de la persona dueña del carro cobraban entre \$250 a \$350 por viaje. Y dentro de la comunidad es a través de caballos, bicicletas. Los datos antes mencionados fueron obtenidos de pláticas con la gente de la comunidad.

### 2.3 Clima

El clima de la comunidad es semicálido subhúmedo, a principio y finales de año es frío, con temporadas de lluvia en todo el año y, formado en su mayoría por zonas de vegetación natural y otras por campos de cultivo con gran fertilidad debido a su clima

### 2.4 Organización social

La comunidad esta organizada por un grupo de personas las cuales son asignadas por los habitantes de la misma, están representados por un comisariado, y un agente municipal, cuentan con un comité de vigilancia interno y un comité de salud, el comisariado organiza asambleas o algunas otras reuniones para ver las necesidades de la comunidad y así manifestarlas ante las autoridades correspondientes en Cintalapa. También se cuenta con un reglamento interno establecido por todos los ejidatarios de la comunidad.

## 2.5 Religión

En la comunidad la gente en su mayoría no profesa ninguna religión, hay familias que practican otras religiones como son: adventista, testigos de Jehová y Pentecostés, siendo un número minoritario de la población total. El segundo lugar lo ocupan las personas que profesan la religión católica.

## 2.6 Actividades productivas

En general los pobladores se dedican al campo, sus actividades de siembra inician en el mes de mayo y terminan en el mes de enero del año siguiente. Sin embargo el ciclo de cosecha empieza a partir del mes de julio y termina a principios de octubre del mismo año.

Los alimentos que se siembran y se cosechan en su mayoría son:

- Cacahuete
- Maíz
- Café

Y recogen de los árboles frutales de temporada:

- Nanche
- Limón
- Jocote
- Naranja
- Guineo

Las cuales son las frutas más abundantes dentro de la comunidad.

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

## 2.7 Flora y Fauna

De acuerdo a la fauna encontramos animales domésticos como: bueyes que sirven para jalar la yunta y carretas, cerdos, perros, y gatos, gallinas, guajolotes, patos. También se pueden encontrar arañas, hormigas de diferentes tipos, zancudos, roedores, cuijas (lagartijas), culebras (Nauyacac), sapos y en las orillas se encuentran jabalís y venados, los cuales cazan para utilizar la carne como alimento.

En cuanto a la flora encontramos algunas zonas con pastos aislados en donde se encuentra el ganado. También se encuentran plantas herbáceas cuyas flores matizan el



paisaje y cerca de los ríos es posible encontrar algunos arbustos, así como gran variedad de hierbas.

## 2.8 Servicios

En cuestiones de servicios públicos, cuentan con electricidad y agua, esta la obtienen de los arroyos que se encuentran dentro de la comunidad, un teléfono de caseta, una escuela primaria, un kinder, una Tele secundaria, una iglesia católica, un templo adventista, una tienda Conasupo y 7 tendajones.

No hay camión recolector de basura ni drenaje, tampoco pavimentación de calles ni alumbrado publico.

En la comunidad no se cuenta con ningún servicio de salud, para recibir atención medica se tienen que trasladar hasta la comunidad Venustiano Carranza cuando tienen cita o en los horarios de servicio, que es de 8 a.m. a 14 o 15 horas y a esa hora el médico se va, se queda una enfermera, pero la gente refiere que cuando acuden con ella no les da el servicio ya que el medico no esta, por tal motivo la gente solo acude al médico en casos de verdadera urgencia, rentando un medio de transporte particular, que por viaje regularmente cobra \$300 pesos. Cabe mencionar que todavía hay personas que utilizan los servicios de las parteras cuando hay partos, hay 5 parteras en la comunidad de las cuales solo 4, ya tomaron un curso para certificarse.

La comunidad en su mayoría refiere que cuando necesitan servicio médico de urgencia acuden al municipio de Cintalapa que se encuentra aprox. a 60 minutos de ahí, esto debido al mal estado que tiene la carretera debido a las lluvias, ya que esta es de terraceria.

En la comunidad todavía se encuentran personas que hablan el dialecto tzótzil, cabe mencionar que este solo lo hablan cuando se comunican entre individuos de la misma familia o con personas cercanas a ellos que también lo hablen.

## 2.9 Costumbres

Las fiestas que se realizan en la comunidad son cuando es fin de cursos, se juntan las tres escuelas para celebrar dicha ceremonia; el 1, 2 y 20 de noviembre, 24 y 25 de diciembre, 6 de enero, también son fechas en las que la gente se reúne para festejar aunque sea por grupos, otra fiesta para la cual se reúne toda la comunidad es el 10 de mayo, la cual se hace en grande, hay venta de platillos típicos de la región, baile y es la única fecha en que se autoriza vender bebidas alcohólicas, ya que se prohibido 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.



En la comunidad General Lázaro Cárdenas, solo en primavera hace calor y en todo el año hay temporadas de lluvia, por lo cual tiene vegetación abundante, tanto de árboles frutales, como de hierbas y flores.



La gente que habita en la comunidad, va a los arroyos a lavar, los niños van a bañarse o simplemente a jugar en el agua, esta es una forma de convivencia, ya que se reúnen mujeres de diferentes familias, las cuales platican de temas diversos.

### **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.”<sup>1</sup>

#### **3.1 Descripción de la población atendida**

Los datos demográficos de la comunidad nos dan una idea general del nivel de vida predominante, así como de las necesidades de la familia según el número de integrantes de la misma.

El tipo de población de la comunidad es rural, en general es permanente la población que habita en ella.

Al recabar información con representantes de la comunidad mencionaron que existe mucha población que emigra hacia los Estados Unidos en busca de mejores oportunidades de empleo. Es importante mencionar que la mayoría de esta población es masculina, que fluctúa entre los 15 y 35 o hasta 40 años y la mayoría de ellos son jefes de familia que salen en busca de mejores oportunidades de ingresos.

Se observa que la población masculina es el sector más empleado, pero cuando se trata de actividades de campo ambos sexos trabajan en las actividades de la agricultura, desde la preparación de la tierra hasta la siembra y la cosecha del producto, por lo que dentro de esta actividad sigue sin reconocimiento el trabajo que desempeña la mujer campesina, asignándole mayor peso a las actividades del hogar.

---

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

La comunidad General Lázaro Cárdenas esta formada por 76 familias para un total de 337 habitantes, los cuales representan el 24% del universo de estudio, en cuanto a su distribución por edad se encontró que el grupo de los 20 a los 39 años constituye el 26% del total de la población de la comunidad, la cual es económicamente activa y se sostiene la comunidad, el grupo de los 11 a los 19 años es el que le sigue con un 22% lo cual nos refleja que en unos años la generación que le continua a la población actual económicamente activa, será en numero similar, lo cual beneficia a la comunidad para su estabilidad económica; el grupo que le continua es el de los 6 a 10 años con un 17%, dentro de 10 años el impacto puede ser negativo ya que la pirámide poblacional se invertiría, y ahora la población de adultos mayores aumentaría y la población económicamente activa disminuiría por lo que habría un desequilibrio entre los que aportan y los que reciben.

Población por grupos de edad y sexo.

MASCULINO	GRUPOS DE EDAD	FEMENINO
2-1%	71 y mas	3-1%
8-2%	60-70	4-1%
21-6%	40-59	23-7%
41-12%	20-39	49-15%
37-11%	11-19	36-11%
34-10%	6-10	25-7%
23-7%	1-5	21-6%
7-2%	Menores de 1	3-1%

**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.

El enfermero; como principal agente promotor de salud en comunidad, no solo ejecuta sus actividades en un centro de salud, sino que realiza visitas domiciliarias, tanto al individuo como a grupos específicos, aportando no solo las técnicas y procedimientos asistenciales habituales, sino que además detectando problemas (potenciales y reales) y efectuando educación para la salud que pueda generar cambios en los estilos de vida”.<sup>2</sup>

En tanto que realizaba el servicio social en la comunidad General Cárdenas; una de las actividades que se realizaron, fueron las visitas domiciliarias, principalmente para presentarme con cada una de las familias que integran la comunidad, al mismo tiempo se empezó con el llenado de la hoja de micro diagnóstico de las familias y así de esta forma detectar problemas y riesgos para la salud de los mismos; las visitas que se realizaron posteriormente fueron para ofrecer cuidados de enfermería relacionados con la prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de salud de cada uno de los

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

pacientes que necesitara de la atención a domicilio, esto debido a diversos factores; tales como incapacidad para caminar y no poder trasladarse principalmente. También para promocionar el autocuidado y aumentar el conocimiento sobre la utilización de medicamentos, detectando conocimientos erróneos y para evitar la automedicación aumentar los conocimientos y educar a las familias acerca de la utilización de los servicios de salud.

Durante la realización del servicio social en la comunidad General Lázaro Cárdenas realice distintas visitas domiciliarias, las cuales fueron 121 en el periodo de noviembre 2006 a julio 2007, los principales motivos por lo que se realizaron las visitas fueron: administración de medicamentos por vía IM, IV, para control de temperatura, retiro de puntos, curaciones, control de T/A, y para dar platicas familiares, esto con el fin de que mejoraran su calidad de salud.

El hogar fue el escenario en el que se proporcionaron cuidados asistenciales, las visitas periódicas jugaron un papel importante en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, y especialmente en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y en periodos de convalecencia.



En la comunidad habitan personas, en su mayoría, de insuficientes recursos para sobrevivir, al principio pensaban que como era una persona que venia de la ciudad, no me iba a adaptar; que no iba a comer ‘frijoles’, que no iba a querer dormir en cama de madera, entre otras cosas, pero con el paso del tiempo, durante la convivencia, se dieron cuenta que eso no fue impedimento para que continuara con mi labor. Convivir con ellas fue una experiencia inolvidable, y mas lo fue el auxiliarlas en las necesidades que tenían para mejorar su calidad de vida pero sobre todo saber que ellos reconocieron el trabajo que desempeñamos.



El ofrecer los cuidados para la recuperación de la salud, fue una tarea que me permitió poner en práctica los conocimientos que se adquirieron durante la carrera, ya que no solo fue el realizar los procedimientos, sino que también se brindó información para promocionar el autocuidado y de esta forma conseguir el mayor bienestar posible y así prevenir complicaciones. En este caso fue una curación de un paciente de 26 años, quien tuvo un accidente en casa, se quemó y no le tomó mucha importancia, hasta que

su herida se infecto, se le realizaron curaciones periódicas y se les enseñó, tanto a él como a su familia, como hacerlas en caso de que no estuviera presente alguna persona que supiera hacerlo, además de brindarles información acerca de la prevención de accidentes en el hogar.



Se realizaron visitas domiciliarias con el fin de ministrar medicamentos por diversas vías, referidos de Casa Salud Génesis, esto para facilitar a los pacientes la ministración de medicamentos en caso de que no pudieran ir a la clínica, ya que en esta comunidad era muy difícil bajar los días que el medico le pedía para seguir su tratamiento.

### **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.

Se entiende por consulta de enfermería a 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 haberla sufrido.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup>

Durante el servicio social prestado en la comunidad General Lázaro Cárdenas se proporcionaron un total de 710 consultas de atención primaria, el horario de atención que se brindo fue de 8:00 a.m. a 15:00 hrs. Y de 16:30 a 20:00 hrs. con un horario de comida de aproximadamente 1hr 30 minutos. En ocasiones el horario variaba, debido al traslado de la clínica a la comunidad y viceversa. Platicando con la gente me dijeron que

---

<sup>3</sup>GARCIA Suso Araceli et al. *“Enfermería Comunitaria Bases Teóricas”*. pag 98, 99

<sup>4</sup> Sánchez Moreno. *“Enfermería Comunitaria, Concepto de salud y factores que la condicionan”*. Mc Graw Hill Interamericana 1992 p.p 47-48

ellos pensaban que el servicio que se ofrecería era médico, principalmente a la atención de patologías, pues la información que se les había dado sobre el servicio había sido errónea, conforme fui visitando a la gente les informaba cual era mi función ahí y que principalmente yo estaba 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 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.

Dentro de las consultas dadas encontramos que el porcentaje más alto lo ocupa el rubro de:

- ④ OTROS la cual cuenta con 427 consultas representado por el 60% del total, la cual engloba diversas enfermedades y servicios requeridos por la comunidad como son: gastritis, cefalea, Planificación Familiar, desparasitación, micosis, dolor muscular, etc., lo cual nos muestra que a la mayoría de la población la aquejaban padecimientos para los cuales en ocasiones no se contaba con los medicamentos indicados para poder brindarles un alivio pronto a su problema y a pesar de eso se les brindaba una atención de calidad ya que se buscaba en la medicina alternativa algo que pudiera aliviar sus molestias, también se les proporcionaba información para mejorar su estado de salud y de esta forma evitar recaídas.
- ④ IRAS: infecciones respiratorias agudas cuenta con 141 consultas, lo que equivale al 20%, en ellas podemos ver que la temporada que mas afecta para que se presente dicha enfermedad es en temporada de invierno debido al cambio de clima que ocurre casi al termino de año, ya que en estas fechas aumentaba la consulta por dicho problema
- ④ CURACIONES con 61 consultas dadas equivalente al 8%, estas debido en su mayoría a infecciones en piel por la higiene inadecuada y a los diversos tipos de contaminación.
- ④ T/A, este cuenta con un total de 51 consultas que equivale al 7%, la mayoría de las pacientes que acudían se les llevo un control para descartar padecimientos en su t/a, del total de las consultas dadas en este rubro, se detecto a una paciente con hipertensión y a una con hipotensión, las cuales fueron referidas a Casa Salud Génesis.
- ④ EDAS: enfermedades diarreicas agudas cuenta con 20 consultas representando un 3% lo cual refleja que a pesar de los malos hábitos de higiene que se detectaron en la comunidad, no fue un problema que los aquejara significativamente, cabe mencionar que ya hay menos recurrencia en comparación a otras enfermedades, lo que indica que la comunidad esta tomando conciencia de la importancia que tiene el realizar una higiene adecuada la cual a veces es afectada por lo recursos con los que se cuenta.
- ④ EMBARAZOS, en total se tuvieron 5 consultas de pacientes en estado de gravidez y se atendió 1 parto, representando el 1%.
- ④ TRASLADOS se realizaron un total de 4 traslados, lo que equivale al 1%, estos fueron hechos al hospital integral de cintalapa y otros a Casa de Salud Génesis Berriozabal A.C.





Consultorio de enfermería en la comunidad General Lázaro Cárdenas, el cual se encontraba en la casa ejidal, se adaptó gracias a los pobladores, de tal forma para que se tuviera lo indispensable para su atención.



Cuando la comunidad supo de la llegada de la enfermera, pensaron que éramos dos, ya que eso les habían dicho, así que habían preparado una casa, pero cuando se dieron cuenta que solo era una, optaron por que yo eligiera donde atenderlos y para mi seguridad el lugar donde viviría, era con doña Mari una señora que vivía frente a la casa ejidal.



En la comunidad se atendía todo tipo de casos, en el caso de la foto, se muestra a un niño de 3 años, quien se metió un grano de maíz por la nariz y después de que su mamá trato de sacárselo y no lo logro lo llevo para que tratara de sacárselo yo, después de un rato lo logramos.

Cada una de las consultas se daba de forma gratuita, eso se especifico desde el momento en que llegue a la comunidad, para que la gente con mas confianza fuera a verme.

Esta demostrado que las consultas de enfermería reportan beneficios, tanto a los usuarios como a los profesionales, en la actualidad, las consultas de enfermería constituyen el modo habitual del trabajo enfermero y a sido asumido por la población como un recurso indispensable para el cuidado de su salud.<sup>5</sup>

### **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 públicas saludables es el objetivo central de las actividades de promoción a la salud.<sup>6</sup>

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.

---

<sup>5</sup> GARCIA Suso Araceli et al. *"Enfermería Comunitaria Bases Teóricas"*. pag 98

<sup>6</sup> Concha Colomer Revuelta, Carlos Álvarez. *"Promoción de la salud y cambio social"* Ed. Masson. 2001.

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

TEMAS DE IEC	No. de Asistentes.
* IRAS	52 personas
*EDAS	35 personas
*Embarazo y control prenatal	5 personas
*Métodos anticonceptivos y Enfermedades de Transmisión Sexual.	45 personas
*Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino	58 personas
*Enfermedades Crónico Degenerativas.	26 personas
*Deshidratación e hidratación.	21 personas
*Medios físicos para la disminución de temperatura.	32 personas
*Nutrición	28 personas
*Prevención de accidentes.	49 personas
*Violencia intrafamiliar	15 personas
*Higiene	20 personas
*Hipertensión	12 personas
*Vacunación	15 personas
* Violencia intrafamiliar	12 personas

**Fuente: Datos obtenidos de la bitácora de la P.S.S.L.E.O. que atendió la comunidad General Lázaro Cárdenas.**

Para dar dichas pláticas se consideraron los conocimientos que la población tenía, dependiendo del tema a tratar, se les brindo información empezando por concepto, efectos secundarios y probables soluciones; valorando siempre si la gente había comprendido lo que se les explicaba, dando oportunidad a que expresaran sus dudas.

Para una mejor comprensión por parte de los pobladores se utilizaron los siguientes materiales: rota folios, trípticos, videos; dicho material fue de gran utilidad para que a la población le quedara mas clara la información proporcionada cabe destacar que las platicas se fueron dando de acuerdo a las necesidades observadas en la población, en ocasiones fueron grupales, en otras tuvieron que ser en pareja y otras individuales, dependiendo del objetivo que se quisiera alcanzar y en el caso de detección de problemas se canalizaron los pacientes a las instituciones correspondientes.

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 publico en general, en ocasiones se brindaba de forma individualizada ya fuera en la consultoría por iniciativa o duda de la persona o por que se detectara la deficiencia observada durante la consulta, otras informaciones se brindaban en la visita domiciliaria puesto que 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 algún integrante de la familia (padres, hijos, nietos) ellos se encargaban de difundir la información al resto de la familia.



Se impartieron pláticas, donde se invitaba a la población a participar, sin importar si eran hombres o mujeres, en tanto que el tema les interesara.



“Al terminar una platica se pidió a los asistentes que posaran para la foto”

### **3.5 RESULTADOS DEL AUTOCUIDADO. TESTIMONIOS**

A pesar de que el tiempo de estancia en la comunidad fue corto se obtuvieron buenos resultados ya que se logro mejorar en gran parte su calidad de vida a través del autocuidado, la gente comprendió que no es necesario esperar a tener la enfermedad para atenderse sino hay que realizar revisiones periódicas ante la presencia de cualquier síntoma de enfermedad 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 capacito a los miembros de la comunidad para que vigilen su salud y en caso de enfermedad realizar las intervenciones correspondientes y así de esta forma sean mas

autónomos e independientes de los servicios profesionales, dejando en claro que no deben automedicarse y que de igual forma no deben alejarse de los servicios de salud sino tomarlos como un apoyo en el cuidado de su salud, acudiendo a sus citas para revisión en caso de los adultos, adolescentes y llevar un control de los menores de 5 años en cuanto a vacunas y control de peso, ya que este es un servicio que les brinda el programa oportunidades y en ocasiones no lo llevan a cabo.

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 Linda M. Flores Hernández:



Sra. Sabina Vicente: “No quiero que se vaya, es necesaria por cualquier enfermedad usted estaba cerca, pedíamos atención y nos la daba y su comportamiento fue bueno”



Sra. Maria Luisa Hernández: “Por nuestra parte, le damos las gracias porque nos ayudo bastante en el tiempo que ha estado y que dios la bendiga donde quiera que este”





Sra. Lourdes Yadira López: “ Esta mal que se vaya porque ya no va a haber quien nos atienda, ya que solo íbamos con usted y no había que pagar viaje especial a Carranza y en caso de urgencias, ya no era necesario llevarlos a Cintalapa. Siempre que la necesitamos estuvo ahí para ayudarnos, quisiéramos tenerla todo el tiempo”



Srita. Leticia Hernández Pérez: “Se porto muy bien en la comunidad, es muy buena con la gente y le pone importancia a todo lo que hace”



Sra. Sofía Vázquez López: “Atendió bien a la comunidad, nos ayudo y reviso gratis”

Estos son algunos de los comentarios que la gente de la comunidad tenía para mí, la convivencia con cada uno de ellos fue gratificante, ya que siempre se estuvieron pendiente de mí, de que me trataran bien y de que yo me sintiera a gusto con ellos.

### **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., ya fuera en Cintalapa o en Berriozabal, en un principio las guardias que se cubrían eran de 8 horas, después posteriormente de 12 horas y finalmente se cubrían guardias de 24 horas, la guardia comenzaba a las 8:00 a.m. y terminaba a las 8:00 del día siguiente, 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, cualquier día de la semana y se tenía derecho a 2 días de descanso. En el área de enfermería, se fungía como responsable del turno.

Durante el periodo que duro el servicio social, se realizaron un total 71 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.

Durante la realización del servicio social en clínica en Casa Salud Génesis se realizaron las siguientes actividades:

Las administrativas consistían en:

- Recepción del turno.
- Conteo de material y equipo existente.

De consulta externa y de hospitalización:

⊕ De consulta externa.

- Recepción de pacientes.
- Búsqueda y control de expediente.
- Toma de signos vitales y somatometría.
- Curaciones.
- Nebulizaciones.
- Aplicación de medicamentos por vía I.M, I.V, Subcutánea, Intradérmica, Oral.
- Suturas.
- Realización de papanicolaou y exploración de mamas.
- Retiro de puntos.
- Cambio de sonda foley o en su defecto la colocación de la misma.
- Cambio de bolsa de colostomía.
- Retiro de dispositivo intrauterino.
- Dextrostix

⊕ 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.

En la clínica de consulta de consulta externa “Casa Salud Génesis” se apoyaba al medico en procedimientos como es el caso de las suturas, curaciones, debridaciones, revisión de pacientes (control prenatal) mujeres embarazadas, así como también se proporcionaba la información solicitada durante la consulta con el medico, siempre bajo supervisión. En ocasiones se brindo apoyo al medico en visitas domiciliarias para revisión de pacientes o para ministración de medicamentos.



También se le asistía en cirugías menores, en este caso se le extirpo un pequeño quiste a un paciente de 14 años de edad, lo tenía en el cuello y sus padres pidieron que se le extirpara ya que le molestaba, claro que antes de realizar cualquier procedimiento así, se le efectuaban exámenes para ver el grado de dificultad que tenía el realizar el procedimiento y si no había ningún problema se le realizaba en la clínica.



## CONCLUSIONES

La practica comunitaria en zonas rurales me permitió aplicar conocimientos que adquirí durante la carrera, cabe destacar que durante la realización del servicio social se obtuvieron un sin fin de experiencias de aprendizaje, tanto profesional como de vida, todas ellas sin duda me enriquecieron.

El enfrentarse por primera vez con este tipo de población es de alguna manera difícil, en mi caso lo fue mas por hecho de que ya había estado en otra comunidad, antes que esta, ahí la población en su mayoría me acepto, pero por problemas entre ellos se decidió reubicarme en otra; eso no fue obstáculo para seguir con la misma inquietud por trabajar en comunidad.

La interacción con la gente de comunidades rurales permitió visualizar y confirmar una vez más que las necesidades que tienen son muchas y la atención que se les brinda es poca, los medios de acceso para los servicios de salud han ido llegando poco a poco a las comunidades, pero las carencias no solo materiales, sino principalmente las personales, esto por los prestadores de servicios de salud ya que no permiten el total desarrollo en cuanto a cuestión de salud se refiere; es necesario que el personal de enfermería cuente con una preparación en salud publica y que constantemente se este actualizando, ya que el personal todavía se encuentra sometido a las ordenes del medico a cargo de la comunidad y no realiza otras funciones si no es en presencia del medico, no actúa por iniciativa propia, trabajan en forma mecánica y por lo que pude observar sus intervenciones muchas veces no las adecuan de acuerdo a la comunidad.

Al identificar los distintos factores que influían directamente en la salud y bienestar de las personas que solicitaban los servicios de salud, se otorgo atención a través de platicas, consultorías, entre otras; parte esencial de los cuidados holísticos que impulsaron la interacción y relaciones interpersonales del pasante con la población.

Cada una de las actividades que se realizaron dieron buen resultado, ya que disminuyo el índice de morbilidad, en cuanto a infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, entre otras debido al trabajo realizado, a la promoción de la salud y esto gracias a la confianza que la población tuvo en mí.

En lo personal durante la realización del servicio social las experiencias con cada uno de los habitantes, niños, adolescentes, adultos y ancianos, acrecentaron de forma significativa valores, creencias, conocimientos y habilidades interpersonales.

Me gustaría mencionar que también se trabajo con adolescentes, dándoles platicas y otra actividad que la comunidad me hizo saber que les agrado, fue el que por las tardes los chicos de la Tele secundaria se reunían conmigo para organizar juegos de pelota, esto poco a poco fue despertando la curiosidad de los niños de la primaria, quienes se incorporaron después, algunos padres de familia estaban de acuerdo en que se realizara este tipo de actividad, ya que decían que sus hijos, estaban mas activos e interesados por ir a la escuela, también hacíamos recorridos en la comunidad, y estábamos formando un equipo de fútbol femenino, esto quedo a cargo de los maestros de la escuela. Y el porque un equipo de fútbol soccer es porque es un deporte que me gusta mucho y descubrí que a algunas chicas también, así que hable con los padres y estuvieron de acuerdo de que se realizara este tipo de actividades.

## 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., Readding 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](http://www.celsam.org/home/manual.asp?cve_manual=11)

33. <http://www.miclinica.info/control>
34. [www.cintalapanecos.com](http://www.cintalapanecos.com).
35. [www.medicalhome/care.com](http://www.medicalhome/care.com)
36. [www.inegi/c.com.mx](http://www.inegi/c.com.mx)
37. [www.tuotromedico.com](http://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](http://www.enfermeriacomunitaria.com.mx)
42. [www.asociaciondeenfermeriacomunitaria.org](http://www.asociaciondeenfermeriacomunitaria.org).