



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROCESO DE
ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD”**

T E S I N A

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

PRESENTA:

ANALaura REYES PÉREZ

ASESORAS:

MTRA. MARGARITA ACEVEDO PEÑA

MTRA. GABRIELA ALTAMIRANO VALENCIA

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MEX. FEBRERO 2020.





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.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	6
CAPITULO I	MARCO TEÓRICO
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	7
SALUD COMUNITARIA.....	11
ENFERMERÍA COMUNITARIA.....	13
FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA.....	16
CAPITULO II	PROCESO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
EL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	18
DIAGNÓSTICO DE SALUD.....	20
CAPITULO III	ELABORACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD
GUIA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD.....	21
CONCLUSIONES.....	50
SUGERENCIAS.....	51
REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS	52
ANEXOS	
I. PROTOCOLO PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIA.....	56
II. INDICADORES DE SALUD.....	58
III. CUESTIONARIO E INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CÉDULA DE VALORACIÓN FAMILIAR.....	60
IV. DEFINICIÓN DE VARIABLES PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIA.....	71
V. GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL FAMILIOGRAMA O GENOGRAMA.....	82

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por poner en mi corazón la templanza, la fuerza y el valor para ser quien soy ahora, por nunca dejarme sola, por todo su amor.

A mi madre, quien con su sabiduría me ha alentado para continuar en el camino de la vida, enseñándome que, de las peores batallas, surgen los más grandes triunfos.

A mis hermanos, por estar conmigo siempre y por darme los tres más hermosos regalos.

A mi padre, por que aun estando lejos, siempre está en mi corazón.

A Tomás Morales E. por ser mi compañero en este camino, mi aliento en los momentos difíciles y la fuerza ante la adversidad.

A la Mtra. Margarita Acevedo P. por su orientación y motivación, pero, sobre todo, por darme la oportunidad de ser parte de la máxima casa de estudios, permitiéndome devolverle todo lo que la universidad ha hecho por mí.

A la Mtra. Gabriela Altamirano Valencia, por las facilidades para la elaboración de este proyecto.

A mi amada y respetada Universidad Nacional Autónoma de México, por formarme bajo los más honorables valores, por ser mi segunda casa y el primer referente de excelencia.

INTRODUCCIÓN

¿Por qué es importante el primer nivel de atención en la enfermería comunitaria?

El trabajo comunitario en enfermería representa uno de los pilares más importantes de la salud, puesto que incluye el conocimiento físico de las comunidades, hasta el conocimientos integral de los hábitos y acciones de los integrantes de dichas áreas, además su trabajo se basa en metodologías para la obtención de diagnósticos de salud de la población con el objetivo de proporcionar, medidos, recursos y educación para el bien de la comunidad, desarrollando capacidades que fortalezcan el autocuidado de la población.

Desde hace años, el trabajo comunitario de enfermería ha logrado avances significativos para el desarrollo y crecimiento de las comunidades, pues permite el mejoramiento de la calidad de vida, el incremento y concientización de prácticas higiénicas, así como el fomento de la cultura de la prevención de enfermedades, a través de métodos, estrategias y actividades específicas.

El crecimiento poblacional y la movilidad social son temas que se relaciona directamente con el estado de salud de las comunidades, pues si bien, algunas enfermedades son altamente contagiosas o en relación a otros factores, hacen de la morbimortalidad tasas altamente variables, es por ello que la tarea de la enfermería comunitaria es ardua y constante.

Con el objetivo de impulsar los programas de promoción, prevención, diagnóstico oportuno e identificación y reducción de riesgos, este guía está dirigida a cualquier profesional que desee iniciar el diagnóstico de salud de alguna comunidad, desarrollándose bajo un lenguaje claro y preciso, incluyendo los aspectos básicos de la promoción a la salud, la orientación hacia los determinantes de salud, la equidad, la inclusión y participación de la comunidad desde una estrategia metodológica precisa.

JUSTIFICACIÓN

Dentro del plan curricular de la carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se integra en el diseño modular la formación teórico-práctica del módulo de Enfermería Comunitaria, contemplando así la formación de profesionales de la salud con capacidad crítica que refuerza y reconoce a sus egresados, por el desempeño de sus valores, siendo algunos de ellos el alto compromiso social, la actitud de servicio y el espíritu de investigación valores empleados en el desarrollo de actividades enfocadas a la promoción, prevención, diagnóstico oportuno, identificación, reducción de riesgos y estudio de las diferentes enfermedades, proporcionando así alternativas en la resolución de las problemáticas en materia de salud.

Estas acciones reflejan la calidad y eficacia de la formación de profesionales del área de la salud, es por ello que se requiere de métodos, técnicas e instrumentos de calidad que sirvan de guía para facilitar el aprendizaje y las actividades de los profesionales de enfermería.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Elaborar un documento que guíe en la elaboración del proceso de enfermería aplicado a la comunidad, basado en una amplia revisión bibliográfica, que avale dicho documento para proporcionar a los y las estudiantes y/o profesional que lo consulte, una herramienta de calidad.

Objetivos específicos:

- Presentar el proceso de valoración durante la elaboración del proceso de enfermería aplicado a la comunidad.
- Mostrar las bases en la creación, identificación y establecimiento del diagnóstico de salud potencialmente aplicable dentro del estudio de comunidad.
- Presentar los pasos a seguir para la planificación de actividades aplicables a una comunidad.
- Presentar los mecanismos aplicables para la ejecución de las actividades planteadas dentro de un estudio de comunidad que permita el logro de los objetivos planteados.
- Mostrar las estrategias de evaluación enfocadas en la identificación de la calidad de las actividades implementadas para el logro de objetivos específicos, determinando el valor de estos.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

Atención primaria de salud

A lo largo de la historia las poblaciones han ido adaptándose a los a los diversos cambios, sociales, políticos, demográficos, climáticos y por supuesto, sanitarios, con el fin de cuidar de su salud y aliviar sus dolencias, sin duda, cada una de estas adaptaciones han sido modificadas de acuerdo al contexto cultural, los avances científicos y la situación económica del momento.

Para comprender el surgimiento de la atención primaria en salud, resulta indispensable el conocer los momentos más importantes para el desarrollo de la misma, siendo estos divididos en tres grandes bloques descritos por Ashton y Seymour, durante los últimos 150 años.

El primero de estos hace referencia al inicio de la etapa industrial en el norte y centro de Europa derivado de un movimiento de reacción motivado por la situación catastrófica de morbilidad que tenía lugar en aquellos lugares donde yacía la población obrera, a consecuencia de esto, el informe Chadwick evidencia la relación existente entre la pobreza y la morbilidad en los barrios obreros de Inglaterra y Gales, haciendo referencia a los factores del medio ambiente y las precarias condiciones de vida; viviendas sin aseo, húmedas y poco ventiladas, iluminación escasa, aguas contaminadas entre otros factores que predisponían a la población a padecer diversas enfermedades. Es entonces cuando este primer momento destaca bajo las recomendaciones proporcionadas por el mismo informe, lógicamente enfocadas al saneamiento de los espacios, así como la necesidad de contar con servicios de salud para la población.

Hasta este entonces, el saneamiento se fortaleció con el inicio de la era microbiológica, pues se permitió la identificación de los microorganismos causantes de las enfermedades, con ello, se desarrollaron las inmunizaciones y vacunas. [1]

Para el segundo momento, se implementaron estrategias en la mejora de la salud colectiva, pues se desarrollaron servicios de medicina preventiva individual, planificación familiar, y emerge la enfermería comunitaria, siendo estos servicios estrategias formales del Estado quien toma la responsabilidad de la salud colectiva.

La era bacteriológica permitió el estudio de medidas de prevención (vacunas) y curación (antibióticos), pero aun con estos esfuerzos, las enfermedades infectocontagiosas continuaban afligiendo a la población, siendo esta causa número uno de morbilidad de la época.

En este periodo, a finales del siglo XIX, Winslow introduce una visión de salud pública moderna al definirla como *“la ciencia y el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud, la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria, la organización de los servicios médicos y de enfermería y el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad a un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud”*. [2]

Para el tercer periodo de la moderna salud pública, destacan las aportaciones de Illich [3], quien mencionaba que las actividades de la profesión médica moderna eran parte de los problemas de salud, en el sentido que contribuían a la disminución del control de los ciudadanos y producían yatrogenias, Lalonde [4] quien fue especialmente importante con su informe *“Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses”* exponía el diagnóstico de salud de Canadá, dicho informe fungió como parteaguas para la salud pública moderna, puesto que orientó las acciones hacia cambios ambientales y medidas preventivas educativas como componentes destacados en las intervenciones de salud pública. El informe presento entonces, que las variables ambientales y personales (conductas y estilos de vida) jugaban un papel meramente importante en la morbimortalidad de la población, con ello, identifico a la propia salud como un producto social, que dependía de los ambientes o contextos sociales de las personas. Desde ese planteamiento, se tomó la salud como una cuestión social, y de ello nacieron las “políticas

de salud” enfocadas a promover acciones conductuales, encontrando en estas, la clave para las acciones preventivas en la promoción a la salud. [5]

De este modo, Dever complementaría la valiosa aportación de Lalonde, llevándola a valores cuantificables mediante análisis epidemiológico, estos análisis permitieron relacionar de manera innumerable los estilos de vida y los factores medioambientales como los principales orígenes de los problemas de salud de esa época. El complemento de Dever, permitió que la aportación de Lalonde se sentara como una nueva corriente de pensamiento en salud pública social, conocida como la nueva salud pública, donde están insertas corrientes de atención primaria y el movimiento de promoción de salud, con el respaldo y promoción de la Organización Mundial de la Salud.

El movimiento de atención primaria a la salud, desde su origen y desarrollo, tuvo un importante abordaje social inmerso en grandes compromisos políticos para enfrentar los retos sanitarios y procurar el bienestar colectivo. A manera de corriente en el pensamiento de salud pública la atención primaria representaba una estrategia para el abordaje de las problemáticas de los sistemas sanitarios de la década de los setenta.

El concepto tradicional de atención primaria emitido en la Conferencia de Alma Alta de 1978 señala *“es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad”* [6].

Dentro de este contexto, para 1981, la OMS incluye oficialmente la estrategia de promoción de salud en su política a través del programa “Salud para todos en el año 2000” que fue aceptado hasta 1984 por la 34ª Asamblea Mundial de Salud, siendo entonces la atención primaria, uno de los componentes estratégicos del movimiento de promoción de salud y del programa de salud para todos, demostrando que la promoción de salud supone una estrategia que vincula a la población con su entorno contribuyendo en que la persona

adopte el autocuidado mediante acciones personales, basadas en elecciones saludables y con alto sentido de responsabilidad social.

Hasta ahora, la OMS presenta la atención primaria de salud como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad” [8].

Es de este modo como la atención primaria y la promoción a la salud son dos conceptos que discurren paralelos en el tiempo y en el devenir de la nueva salud.

Salud comunitaria

Derivado de la evolución de los conceptos en salud pública y atención primaria, aparece el concepto de salud comunitaria, cuyo valor fundamental consiste en la “introducción de conceptos como responsabilidad y participación de la comunidad en la administración de las actividades que conllevan a la mejora de salud de la comunidad” [7]. Esta aparición denota la evolución de la salud pública, pues ahora se introduce el concepto de responsabilidad y participación de la comunidad.

Es necesario entonces identificar los aspectos que hacen de cada concepto una diferencia, pues la salud comunitaria difiere de la salud pública en que ésta es una acción gubernamental. En la salud comunitaria el gobierno interviene de manera directa, pero también tiene acción la comunidad, al ser partícipe de las actividades, el punto de anclaje será entonces, que si a la salud pública se le suma la participación de la comunidad, está equivaldrá a salud comunitaria, siempre y cuando, esta sea una unión consciente, con un interés colectivo común que se preocupe por las problemáticas de salud de la comunidad y participen de manera activa con los servicios y programas de salud para la solución de dichos problemas.

La salud comunitaria, por lo tanto, es el programa de salud pública, planificada para resolver y atender los problemas y necesidades específicas de la comunidad, apoyadas de la acción o participación de la propia comunidad.

Es importante mencionar, que el ver a la salud comunitaria como una estrategia de salud pública, no es una nueva visión, puesto que desde 1920 la URSS introdujo un sistema de servicios sanitarios-sociales, cuyo objetivo era proteger la salud de la población y educarla hacia una cultura de salud integrada a la forma de vida de cada persona.

Esta novedosa estrategia se propagó rápidamente hacia los países anglosajones, Gran Bretaña (1948) y fue adoptada en algunos lugares de América latina, Chile (1925) y Cuba (1964), donde se vincularon conceptos de regionalización sectorización y planificación de los servicios de salud pública, esto con la orientación epidemiológica como base para la

ejecución de las intervenciones, apoyada de equipos multidisciplinares que ejercieran participación en las comunidades.

Enfermería comunitaria

El personal enfermero, representa una gran fuerza de trabajo en las actividades sanitarias, esto quiere decir, que desarrollan y ejecutan una serie de actividades enfocadas a la prevención y de carácter asistencial con el objetivo de prevenir, curar, cuidar, mantener y rehabilitar la salud tanto en personas sanas como enfermas de cualquier grupo de edad. De esta manera, la función de la profesión de enfermería es cuidar, y específicamente de la enfermería comunitaria es la promoción del autocuidado, como actividad independiente de cada individuo de una familia o una comunidad, para comprender mejor el “autocuidado” Dorotea Oren, gran representante de la enfermería, lo entiende como “las acciones personales que emprende y realiza cada individuo, con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar, y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud” [1].

Existen diversas definiciones de enfermería comunitaria, pero aquella que presenta una formulación más completa, es la formulada por la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), en 1973:

“La Enfermería comunitaria es una síntesis de la práctica de enfermería y la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población. La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos. No se limita a un grupo de edad o un diagnóstico determinado, es continua y no episódica. La responsabilidad dominante es la población como un todo. Por lo tanto, la enfermería dirigida a los individuos, las familias o los grupos contribuye a la salud de la población total. La promoción de la salud, el mantenimiento de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad del cuidado se utilizan con un enfoque integral de la familia, del grupo y de la comunidad. La actuación de la enfermera confirma la necesidad de un planteamiento general de salud, reconoce las influencias de tipo social y ecológico, presenta atención a las poblaciones en peligro y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen en el cambio” [7].

En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el informe “Enfermería y salud de la comunidad” [9]. En él se recomendaban cambios estructurales en la práctica

y en la formación en enfermería, así como el enfoque hacia problemas básicos de la comunidad. Desde entonces, ante la adopción de nuevos modelos conceptuales, se multiplicaron los cursos en salud pública y con los lineamientos de la Atención Primaria en Salud, el término Enfermería de Salud Pública fue abandonado por la OMS para acuñar el de Enfermería Comunitaria [10].

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la enfermería en salud comunitaria *“es la síntesis y aplicación de conocimientos y técnicas científicas a la promoción, restauración y conservación de la salud comunitaria y le incumbe la identificación de necesidades de salud de la comunidad y la tarea de conseguir la participación de esta en los programas relacionados con la salud y el bienestar de la comunidad”* [11]. De este modo, entendemos la actual enfermería comunitaria como un partícipe integral, ya que debe contar con profundos conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad en las personas, familias y grupos, así como las interacciones entre ellos [12]. En la actualidad, este eje de la profesión es activa y protagonista, su misión trasciende el cuidado de la salud de los individuos y las comunidades, y repercute en diversos aspectos como la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación, todo esto, orientado por principios humanísticos y éticos de respeto por la vida y la dignidad humana [13].

Del análisis de las definiciones anteriores se ponen de manifiesto los principios básicos que de éstas se desprenden:

- ✓ La enfermería comunitaria se apoya en una base sólida de enfermería, integrando en su práctica conocimientos de salud pública.
- ✓ La responsabilidad principal de la enfermería comunitaria es la familia y la población como un todo.
- ✓ La naturaleza de la práctica de la enfermería comunitaria es general, continuada y abarca muchos aspectos.
- ✓ Las actividades de la enfermería comunitaria han de estar en relación con las necesidades del individuo, familia y población en general.

- ✓ La enfermera comunitaria debe reconocer, respetar y promover la participación de población en todas las acciones de salud
- ✓ La educación sanitaria es un instrumento de trabajo fundamental formando parte de sus actividades.
- ✓ La enfermera comunitaria forma parte de un equipo de salud multidisciplinario.

Por tanto, el papel de la enfermería comunitaria se puede definir como:

- ✓ Suministradora de cuidados directos.
- ✓ Soporte, apoyo y escucha.
- ✓ Promotora, líder y animadora.
- ✓ Enlace, coordinadora y facilitadora.
- ✓ Educadora, consejera y asesora.

Basándose en lo citado anteriormente, es posible confirmar la guía de la enfermera comunitaria:

- ✓ Base sólida en conocimientos de enfermería y salud pública.
- ✓ Atención al individuo, familia y población como un todo.
- ✓ Contempla todas las edades y clases de individuos.
- ✓ Trabaja en el marco del sistema sanitario, promueve la participación de la población.
- ✓ La educación sanitaria es uno de sus importantes recursos.
- ✓ Forma parte del equipo de salud.

Funciones de la enfermería comunitaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce a la Enfermería, como la mayor fuerza de trabajo de los profesionales de la salud, entendiendo como la misión de enfermería, aquella que consiste en “ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental, social y a realizarlo dentro de su contexto desafiante del medio en que viven y trabajan” [14].

Es claro que todas las profesiones tienen peso en la necesidad de ayudar u orientar a las poblaciones, en pequeña o gran escala, pero específicamente los profesionalistas de la salud, tienen una razón de ser para los individuos, y en general, de la sociedad, puesto que incorpora a todos los miembros de las diversas comunidades a ejercer el “autocuidado”, que si bien, esta incorporación es producto de una serie de actividades visibles y no visibles, nos referimos a los actividades que los y las enfermeras realizan para poder lograr los objetivos planteados y observar en los resultados, cambios significativos.

De una forma clásica, las funciones de la enfermería, se definen como “el conjunto de actividades y tareas que realiza el profesional de enfermería para el ejercicio de la profesión”, en el cual, se escalan tres principales peldaños en función de las actividades realizadas o a realizar, en el primero de ellos, las actividades dependientes, que son aquellas en las que el personal de enfermería no delega por sí mismo las razones para realizar dichas actividades, más bien, han sido delegadas por otro profesional dentro del equipo multidisciplinario. La función interdependiente, se caracteriza por hacer de la enfermería, parte del equipo multidisciplinario en salud, al entender que en ocasiones la planificación de las actividades que el personal enfermero desarrolla no es suficiente para llegar al logro total de los objetivos, por lo que se requiere de las decisiones de otros profesionales de la salud. Por otra parte, la función independiente, hace referencia al proceso de atención que el profesional de enfermería realiza con plena autonomía, puesto que dispone de la competencia profesional suficiente para realizar la toma de decisiones en pro de la salud, del paciente, familia o comunidad. Pudiese considerarse que la función

independiente es la principal función de la enfermería comunitaria, ya que engloba cuatro áreas, o funciones bien definidas:

1. **Función administrativa:** A las actividades que realiza el personal de enfermería para gestionar los recursos materiales, científicos y técnicos de equipo o recurso humano necesario, y complementario acorde a sus competencias y experiencia, para otorgar los cuidados de enfermería y alcanzar los objetivos de la organización y de los prestadores de los servicios [15].
2. **Función asistencial:** A las actividades que realiza el personal de enfermería acordadas, disponibles o posibles, relacionadas con el cuidado directo o indirecto de las personas, familias o comunidades, según sea el caso y de acuerdo al ámbito de competencia del personal de enfermería [15]. Esta función tiene lugar, en el nivel primario (promoción de la salud y prevención de la enfermedad), secundario (diagnóstico temprano y tratamiento precoz) y terciario (reinserción y rehabilitación), de acuerdo al esquema de Levell y Clark en el esquema formulado en 1965 [16]. Aterrizado en cualesquiera que sean sus modalidades de atención:
 - Consulta de enfermería
 - Atención domiciliaria
 - Servicios comunes o polivalentes
 - Educación para la salud
 - Atención comunitaria
3. **Función de investigación:** A las actividades que realiza el personal profesional de enfermería para aplicar el método científico en sus vertientes cuantitativas o cualitativas para la producción, reafirmación y validación del conocimiento científico de esta disciplina, que permitan su aplicación en los servicios de salud basados en la evidencia científica contribuyendo así, en las mejores prácticas del cuidado de enfermería para contribuir a garantizar la calidad en la atención salud [15].
4. **Función docente:** A las actividades que realiza el personal profesional de enfermería relacionadas a la educación para la salud, la educación continua y para la formación de recursos humanos para la salud [15].

CAPITULO II

PROCESO DE ENFERMERÍA COMUNITARIO

El proceso de enfermería en la comunidad

Existen diversos métodos para dar resultados a diversas situaciones, en enfermería, el método científico permite la adecuada resolución de problemas, con resultados altamente eficaces.

El método científico se ha definido como una forma ordenada de pensar o manejar datos, una búsqueda sistematizada de conocimientos y una forma de descubrir el todo lógico a partir de sus partes, a lo que se le conoce como razonamiento inductivo. Este método consta de pasos indispensables; comprensión del problema, recopilación de datos, formulación, evaluación y comprobación de la hipótesis y formulación de conclusiones [17]. Para el trabajo diario de Enfermería, se requiere del apoyo de diversas herramientas que tiene el sustento científico, tal es el método científico, el cual le proporciona a las actividades diarias de enfermería la facilidad de aplicación y el maximizar los beneficios que los individuos, familias y comunidades reciben de esta valiosa profesión. La aplicación del método científico a los cuidados de enfermería, es una actividad relativamente nueva, ya que hasta antes de 1950 no se había nunca hablado del proceso de atención de enfermería (PAE). De esta manera, el PAE se ha definido como la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería [18], o como un método sistematizado y racional de planificar cuidados de enfermería [19]. Esto respalda el proporcionar los cuidados de forma racional y lógica (razonamiento inductivo), planificada y a través de un proceso sistemático y ordenado. En este sentido Griffit [20] lo define como un instrumento para evaluar la eficacia de la intervención y demostrar el interés de la enfermera. Alfaro [21] conceptualiza el PAE como un método sistémico y organizado para administrar cuidados de enfermería eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos, en el que los intereses e ideales del cliente reciban mayor consideración. Iyer y Cols [22] afirman que el PAE proporciona el marco en que se satisfacen las necesidades individualizadas del cliente, familia y comunidad, e implica la existencia de una interacción

cliente-enfermera, donde el cliente es el centro y ambos utilizan el proceso. Ello ayuda al cliente a enfrentarse con los cambios de salud reales o potenciales, resultando de ello una atención de enfermería personalizada [1].

El PAE tuvo su primera aparición cuando fue considerado como un proceso; dicha consideración fue hecha por Hall en 1955, Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963, quienes le consideraron un proceso de tres etapas. En 1967 Yura y Walsh describirían una etapa más como componente del PAE; valoración, planificación, realización y evaluación. Por otra parte, Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1975) y algunos otros autores, concluyeron en el establecimiento de las cinco etapas que actualmente conocemos para la elaboración del proceso de enfermería, añadiendo a este proceso la etapa diagnóstica [23].

El PAE, de manera organizada, se divide en 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Las fases presentadas mantienen un orden lógico y dinámico que permite el desarrollo propio de cada una de ellas, pues cada etapa requiere de la correcta formulación y/o aplicación de la etapa anterior para poder continuar por cada fase, de no ser este llevado de manera adecuada, el ciclo, iniciará de nuevo.

Diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud de la comunidad, como se le conoce en Atención Primaria de Salud, es un análisis que se realiza bajo un proceso de recogida de datos y su posterior transformación en información, que permite conocer los problemas y necesidades de salud de una población determinada, así como los factores que los determinan. Básicamente consiste en la descripción detallada de la propia comunidad, del estado de salud de los habitantes y sus necesidades, los factores responsables de dicho estado, y las características del entorno.

El concepto de diagnóstico de salud, tiene su aparición por primera vez en la literatura científica en la década de 1950 para referirse al estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad. En el año 1957, la Organización Mundial de la Salud (OMS), daba a conocer estudios sobre la medición del nivel de salud recomendando el uso de determinados indicadores sanitarios, de esta forma, los expertos determinaron que *“los indicadores sanitarios serían útiles para evaluar el nivel de salud de una colectividad, para orientar la acción sanitaria y para facilitar la comprensión de datos obtenidos en distintos países”* (OMS, 1957). De este modo, se considera en la actualidad al diagnóstico de salud de la comunidad como un instrumento indispensable para la planificación y la programación en materia de salud.

CAPÍTULO III

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD

En este capítulo se presentan los pasos para la implementación del proceso de enfermería comunitario, realizando un estudio de comunidad, para lo cual es indispensable contar con métodos, técnicas e instrumentos que guíen las actividades a seguir, los métodos y procedimientos para el estudio de la situación en una comunidad son relativamente numerosos, y requiere de una cierta metodología de trabajo que resumiremos en 5 grandes fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, cada uno de los aspectos se desarrollarán a continuación.

1. Valoración

Dentro de la primera etapa para la elaboración del proceso de enfermería comunitario, será necesaria la recolección de datos específicos como:

- **Antecedentes históricos de la comunidad.**

Se realiza una investigación de la comunidad, identificando, como se conformó dicha población, a qué momento histórico, económico y social responde su fundación, es decir, quienes fueron los primeros en instalarse en el territorio, si hubo momentos de emigración o inmigración de donde provenían, si pertenecían a alguna cultura o si su comunicación era a través de un dialecto u otro idioma.

- **Datos geográficos**

Se realizará la investigación permitiente para determinar la superficie territorial, localización geográfica, límites geográficos, la morfología; tipos de suelos, superficie del territorio y su utilización, si es territorio agrícola, rural o urbano, la hidrología; el discurrir del agua, lagos, ríos, manantiales, lagunas, la hidrografía: presencia y localización de costas, islas, el litoral marítimo, la desembocadura de ríos, orografía; montañas, cadenas montañosas, volcanes, la fitogeografía; zonas verdes urbanas, bosques, especies dominantes de plantas, árboles, matorrales praderas, etc., zoogeografía:

aves, insectos, parásitos, si es zona de pesca o caza, clima: la temperatura, sus variaciones anuales, las variaciones estacionales, los vientos dominantes la intensidad, dirección y por último debemos conocer los factores de contaminación del aire, el suelo, aguas y conocer cómo se gestionan los recursos de la zona.

- **Datos demográficos.**

En este aspecto se identificará en primer lugar el total de la población que habita en la comunidad, de igual manera es necesario conocer la densidad de población, es decir, el número de personas por km^2 , total de la población por grupos de edad y sexo, distribución de población en el área geográfica, distribución de la población urbana, rural e indígena, tasa de natalidad, tasa de fecundidad, tasa de crecimiento poblacional, tipos de familias, tasas de emigración e inmigración, esperanza de vida al nacer.

- **Datos socioeconómicos.**

Se realizará la investigación acerca del nivel de promedio de educación alcanzada por los habitantes de la comunidad, religión que se profesa, en su mayoría, dialectos o idiomas, distribución por sectores económicos; primario: que incluye la producción agropecuaria, forestal, minera, la pesca y la caza, secundario: que pertenece a las industrias de elaboración y transformación alimentaria, confección, construcción, electricidad, aguas, gas, papel, presa, madera, metalurgia, química, textil, industria inespecífica o terciario: sector bancario, seguros, centros de comercialización, banca, seguros, espectáculos, hostelería, servicios de limpieza, transporte aéreo, marítimo, fluvial, terrestre, servicios administrativos, educativos, sanitarios, etc., de estos recogeremos el número de los servicios o actividades mencionadas. Se describirá el tipo de población por ingresos, estatus económico de la población por su actividad, principales ocupaciones, e índice de desempleo.

- **Características del ambiente.**

Se buscará información acerca de datos que nos proporcionen información sobre: tiempo aproximado de tenencia de la tierra, material de construcción de las viviendas, servicios intradomiciliarios, habitante por vivienda.

- **Recursos y servicios de la población.**

Este punto permite conocer los servicios públicos y/o privados con los que se cuenta en la comunidad, como lo son alumbrado público, drenaje, alcantarillado, servicio de electricidad, servicio de agua potable y agua para consumo humano, mantenimiento de cauces y ríos, pavimentación y mantenimiento de caminos y vía pública, así como cantidad y tipo de unidades de atención médica, salud pública y asistencia social, número de unidades por nivel de atención, cobertura y tipo de unidad de salud, recursos humanos de salud por categoría y tipo, número de unidades dentales, número de unidades para el radiodiagnóstico, número de laboratorios clínicos equipados y capacidades de resolución, protección a la ciudadanía, cámaras de vigilancia pública, postes de auxilio o comunicación directa a emergencias.

- **Indicadores de daños a la salud.**

Se buscará los datos más recientes sobre causas de mortalidad general, mortalidad por grupos de edad y sexo, mortalidad materna y mortalidad infantil, así como la cifra más reciente de morbilidad general, morbilidad por grupos de edad y sexo, morbilidad materna e infantil. Morbilidad de enfermedades transmisibles y no trasmisibles, principales causas de morbilidad por institución de salud y número de personas con alguna capacidad diferente.

- Tasas de morbimortalidad.

Estos datos pueden ser obtenidos de bases de datos nacionales, como lo es la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México, ENSANUT Instituto de Geografía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), estadísticas emitidas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y demás órganos de información con relevancia, así como bibliotecas

municipales, bibliotecas del ayuntamiento, documentos proporcionados por los municipios o estados en cuestión, jurisdicciones sanitarias, etc.

Guía de recorrido.

Continuando con el estudio de la situación de la comunidad, resulta sumamente importante, la creación de la guía de recorrido. Imagen 1.


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES EZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Enfermería
Comunitaria y Hospitalaria

GUÍA DE RECORRIDO DE LA COMUNIDAD

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE LA COMUNIDAD

Nombre de la Colonia: _____

Municipio: _____ Estado: _____

Situación geográfica: _____

Extensión total: _____ No. manzanas: _____

Limita (colonias): _____

Tipo de comunidad: Industrial () Urbana () Semiurbana () Semirural () Rural ()

DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD

SERVICIOS PÚBLICOS	SI	NO
Alumbrado		
Seguridad pública		
Bomberos		
Transporte		
Drenaje		
Agua potable		
Pavimentación		
Mercados		
Clínicas de Salud		
Recolectores basura		

FAUNA	SI	NO
Nociva		
Doméstica		

EDUCACIÓN	SI	NO
Jardín de niños		
Primaria		
Secundaria		
Preparatoria		

RECREACIÓN	SI	NO
Áreas verdes		
Deportivos		
Cines		
Otros		

SERVICIOS DE COMUNICACIÓN	SI	NO
Acceso a Internet		
Correos		
Teléfonos públicos		

Imagen 1. Guía de recorrido de la comunidad.

La guía de recorrido deberá contener la ficha de identificación de la comunidad con los siguientes datos:

- Nombre de la colonia
- Municipio
- Estado
- Situación geográfica
- Extensión total
- Número de manzanas
- Límites (colonias colindantes)
- Tipo de comunidad, si ésta es, industrial, urbana, semiurbana, semirural o rural

Es importante que tomemos en cuenta algunos aspectos antes de la creación de la guía, durante la implementación de ésta y después del recorrido, aspectos como:

Antes.

- **Delimitación del área:** Ubicar la zona específica de la comunidad que se estudiará, en esta deben incluirse los nombres completos de las calles, la ubicación de entre que calles se encuentran los límites al Norte, Sur, Este y Oeste, colonia en la que se encuentra ubicada, así como las colonias, delegaciones, alcaldías o municipios colindantes siguiendo el mismo patrón de orientación. Deberá tomarse en cuenta avenidas principales, estaciones de metro, tren autobuses, u otros puntos de referencia con relevancia.
- **Planificación y organización de actividades:** Es prioridad crear una organización específica para las áreas de recorrido, si se realiza en grupos, delimitar que áreas abordara cada grupo, pues esto evitará que se obtenga información doble y optimizará el tiempo y los recursos empleados en el recorrido. Si la valoración se realizará por días, deberá señalarse el área que se recorrerá y el área real recorrida día con día.
- **Estimación los recursos necesarios:** Dentro de la planeación deberá incluirse una estimación lo más aproximado posible a la realidad sobre los

recursos con los que se deberá contar para una valoración efectiva, cabe mencionar, que como recursos básicos, se deberá contar con: identificación, guía de observación con mapa, guía de recorrido, guía de valoración, tabla clip, lápiz, goma y regla.

Durante

- **Verificar los límites del área asignada**

Localizados ya en el área designada, se deberá corroborar que el nombre de las calles coincidan con el nombre colocado en la guía de recorrido, de ser correcto se procederá al inicio de la valoración, de no serlo, se harán las anotaciones correspondientes para posteriormente informar al resto del grupo y se actualizará la guía de recorrido. Una verificación adecuada optimizará el tiempo para las actividades a realizar, permitirá la rápida ubicación de las áreas y favorecerá el desarrollo de las actividades planeadas.

- **Observar los accidentes geográficos del área**

Se deberá prestar atención durante el recorrido, sobre la existencia, desaparición o crecimiento de cauces, ríos, si estos fueron modificados por el hombre o si sus modificaciones fueron en beneficio de la comunidad. También es importante redactar si por proceso de urbanización, algunas zonas boscosas fueron taladas o las montañas excavadas para crear nuevas vialidades que permitieran la accesibilidad.

- **Valorar factores de riesgo ambientales presentes**

Es este ámbito se identificarán aquellas situaciones o condiciones del entorno que representen un riesgo para la salud humana y el ambiente debido a una actividad o exposición a una sustancia, que bajo circunstancias es probable que pueda causar daño. Se identificarán principalmente los contaminantes del suelo, aire y agua, realizando un análisis de la situación.

- **Plasmar las características observadas**

Terminado el proceso de planificación y recorrido de la comunidad, se unificarán los criterios con el resto de los datos obtenidos para poder crear una redacción lógica, coherente y real sobre las características observadas.

Después

- **Valorar la situación demográfica y socioeconómica real**

Se realizará una comparación sobre los datos obtenidos previos al recorrido por la comunidad, y se harán las adecuaciones pertinentes para formar una actualización de datos demográficos.

- **Valorar los recursos y servicios de la población reales y activos.**

Deberá valorarse la existencia de los recursos investigados previamente y confirmar si éstos son reales y cuenten con las capacidades, recursos o materiales para mantenerse funcionales en la comunidad.

- **Priorizar áreas y grupos de mayor vulnerabilidad.**

Es importante una vez recorridas las áreas que el profesional de enfermería haga uso de sus habilidades, pues la observación juega un papel sumamente importante en la identificación de problemas y necesidades de la comunidad, así como los grupos en los que podría realizarse una valoración más profunda.

- **Comparar los datos e información con los existentes.**

Terminada la actualización de nuestros datos, es importante verificar la unificación de los aspectos encontrados, pues en todo proyecto, se debe tener la certeza de presentar datos verídicos.

En el área de la salud, principalmente en el primer nivel de atención, la sectorización de manzanas e identificación de AGEB, son herramientas de suma importancia, pues resulta efectivo el conocer de forma clara y detallada las características del área de estudio a través de recursos cartográficos. Para creación de estas guías resulta necesario conocer los siguientes conceptos:

- **Croquis:** representación aproximada de una zona, y representan gráficamente las manzanas que integra una localidad, en las que se pueden determinar rutas de acceso, así como áreas de comercio, escuelas, hospitales, etc.
- **Manzana:** espacio geográfico constituido por un grupo de viviendas, edificios, predios, lotes o terrenos de uso habitacional, comercial, industrial, etc.
- **AGEB (Área Geoestadística Básica):** conjunto de manzanas empleadas para el estudio y se encuentran delimitadas por calles, avenidas, andadores o cualquier otro rasgo fácil de identificar, cuyo objetivo es facilitar los límites del área de trabajo.

Para la elaboración de la guía de recorrido será necesario:

- **Delimitar el área:** Consiste en determinar la superficie territorial, localización geográfica y límites geográficos del área donde se llevará a cabo el estudio.
- **Numerar las manzanas:** Una vez delimitada el área, se procederá a la numeración de las manzanas ésta deberá iniciar de izquierda a derecha y continúa bajando en zigzag, así hasta continuar con el resto de las manzanas que integran el área. Imagen 2. Los detalles de los lugares deberán ser representados a través de signos, líneas y figuras.

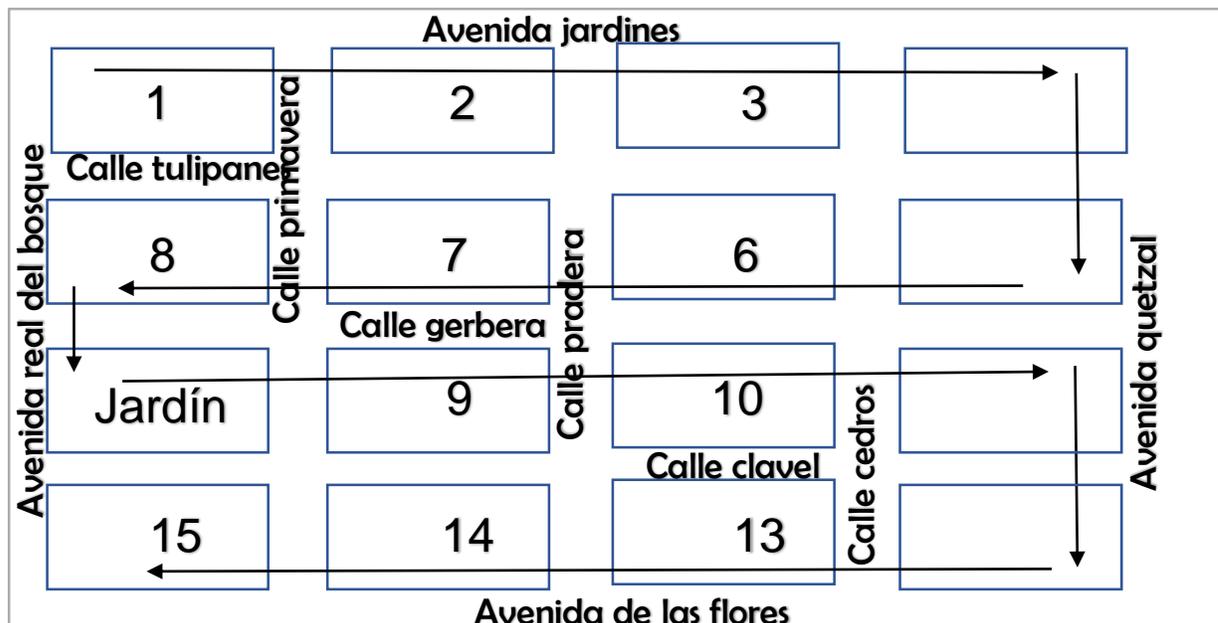


Imagen 2. Numeración de manzanas

- **Realizar el registro cartográfico:** Se refiere al uso de simbología empleada en la cartografía, el uso de símbolos permite identificar las características dentro de la comunidad como edificios, escuelas, etc., la simbología debe ser conocida por todos y debe presentar un problema para su identificación, es por ello, que deben emplearse formas o figuras diferentes para cada señalamiento.

Los recorridos deberán ser siempre realizados de acuerdo a las manecillas del reloj. En caso de hacer el recorrido dentro de un edificio, los números de casas serán asignados conforme se vayan encontrando hacia la derecha, no importa si se tiene un número asignado o colocado en la puerta, para el registro, se numerará de acuerdo al orden de aparición y debe asignarse de manera progresiva (1, 2, 3...). Si se encuentran escaleras, el orden numérico continuará hacia la derecha. Cada casa contabilizada dentro de un edificio, deberá ser registrada con el número total correspondiente en el cuadrante superior izquierdo del croquis principal, en el área correspondiente.

Es indispensable la estructuración correcta de los croquis, pues de ella dependerá la interpretación de los datos obtenidos durante el recorrido a la comunidad, como aspectos indispensables en el croquis debemos incluir:

- **Rosa de viento:** su ubicación será del lado superior derecho.
- **Número oficial:** número otorgado a cada vivienda. Se coloca al borde inferior derecho. En caso de encontrar edificios, se colocará el número total de departamentos en el cuadrante superior izquierdo.
- **Numeración progresiva:** se asigna conforme al recorrido, no se numeran comercios, escuelas, iglesias, plazas o mercados, instituciones deportivas, fábricas, cementerios, terrenos baldíos o en construcción. En el caso de domicilios cerrados, estos deberán incluirse en la numeración progresiva, aunque se sugiere utilizar un color diferente en estos domicilios.

Cédula de valoración familiar

Continuando con la metodología, una vez recopilados los datos de la comunidad y elaborada la guía de recorrido, corresponde la aplicación de las cédulas familiares de valoración (imagen 3), que consta de 12 apartados específicos.

a. Ficha de identificación

En este apartado se colocaran los datos siguientes: fecha, nombre del encuestador, número de cédula, familia, derechohabiente, número de casa exterior, número de casa interior, número de manzana, domicilio, religión, lugar de procedencia.

b. Datos de los integrantes

Se colocará el nombre del integrante al cual se le asignará un número consecutivo, de este tomaremos los siguientes datos; fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, nivel máximo de escolaridad, ocupación, cuenta/presenta cartilla nacional de vacunación, datos de somatometría (peso, talla, IMC), se identificará si el integrante de la familia presenta alguna patología o condición y si está incluido en algún programa de atención a la salud (prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación) y deberá incluirse alguna otra patología o condición que no se encuentre en la cédula de valoración familiar.

c. Datos de la vivienda

Se identificará si la vivienda cuenta con; energía eléctrica, agua potable, control en la eliminación de excretas, control en la eliminación de basura, deberán registrarse los datos identificados como riesgos en la vivienda.

d. Detección de riesgos (zoonosis)

Deberá identificarse la detección de riesgo por zoonosis así como la existencia de fauna nociva haciendo descripción del tipo de ésta.

e. Esquema de vacunación (menores de 1 año de edad)

Con el número otorgado a cada integrante se hará la descripción de acuerdo a la edad del esquema de vacunación completo, en el caso de menores de 1 año, se

identificará si cuenta con esquema completo de vacunas para BCG, Hepatitis B, Pentavalente, Neumococo, Rotavirus e Influenza.

f. Esquema de vacunación (de 1 a 4 años de edad)

En el caso de menores de personas de 1 a 4 años, se identificará si cuentan con esquema completo de vacunas Pentavalente, Neumococo, SRP.

g. Esquema de vacunación (de 10 a 49 años de edad)

En el caso de menores de personas de 10 a 49 años, se identificará si cuentan con esquema completo de vacunas para Hepatitis B, refuerzo de Td, Tdpa en el caso de mujer embarazada, VPH (1ra, 2da, 3ra dosis) e Influenza.

h. Esquema de vacunación del adulto mayor (50 años y más)

En el caso de adultos mayores, se identificará si cuenta con esquema completo de vacunas para TD, Neumococcica e Influenza.

i. Control del embarazo

Ayudándose del número asignado de integrante, se identificará a la paciente embarazada haciendo seguimiento de su control de embarazo recabando los siguientes datos: FUM, SDG, número de consultas prenatales, se recopilará información que ayude en la detección de riesgo en el embarazo (cefalea, hipertensión, edema), así como datos del puerperio y métodos de planificación familiar.

j. Detección de cáncer cérvico-uterino y cáncer mamario

Se interrogará a la integrante de familia, si se ha realizado citología y mastografía y fecha de última.

k. Familiograma o genograma

El genograma permite conocer datos de la familia de forma visible y obtener información de sus miembros y sus relaciones a lo largo de varias generaciones.

l. Observaciones

Este espacio está destinado para redactar aquellos aspectos importantes que requieren de atención o bien, de aspectos no incluidos dentro de la cédula de valoración familiar.

NIÑOS (AS) DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD (NUMERO DE INTEGRANTE)	Dosis de biológicos aplicadas			ADOLESCENTES DE 10 A 49 AÑOS DE EDAD (NUMERO DE INTEGRANTE)	Dosis de biológicos aplicadas						Influenza		
	Pentavalente	Neumococo	SRP		Hepatitis B		Td	Tdpa	VPH				
	4a	3ª			1ª	2a	Refuerzo	Mujer embarazada	1a	2a		3a	

NUMERO DE INTEGRANTE	Embarazo en control (si aplica)					Detección de riesgo en el embarazo (si aplica)			Puerperio (si aplica)	Método de planificación familiar	
	Fecha de ultima regla			SDG	No. De consultas prenatales	Cefalea	Hipertensión arterial	Edema	Control en el puerperio	Si / No	¿CuM?
	Día	Mes	Año								

NUMERO DE INTEGRANTE	Detección de cáncer cervico-uterino y mamario								
	Citologías 25 a 34 años			Híbridos 35 a 64 años			Mastografía 40 a 69 años		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Familiograma



50 AÑOS Y MAS	Dosis de biológicos aplicadas					
NUMERO DE INTEGRANTE	TD			Neumococcica		Influenza
	1a	2a	3a	Refuerzo	Inicial	Refuerzo

Observaciones:

Imagen 3. Cédula familiar de valoración. Perteneciente al Módulo de Enfermería Comunitaria de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. (continuación).

Verificación de datos

En este momento, se cerciora que los datos obtenidos de la valoración sean reales, tanto de datos objetivos como de datos subjetivos. Se unificarán los criterios dentro de la valoración de la comunidad y en el caso de las cédulas familiares, se hará una revisión exhaustiva por parte de los encuestadores, además de verificar que los datos sean reales, se corroborará que sean correctos. Se recomienda, en el marco de lo posible, verificar dos veces la información. La validación o verificación de datos será un paso esencial en la elaboración del proceso de enfermería, pues ayudará a evitar la omisión de información importante.

Organización de datos

En esta etapa se lleva a cabo, de forma ordenada, el acomodo u organización de datos de acuerdo con el marco de referencia.

Documentación gráfica y escrita de los datos obtenidos

La documentación se refiere a presentar de forma visual los datos obtenidos de las cédulas aplicadas en la comunidad, toda la información recabada será muy valiosa para tener una visión más específica del estado de la comunidad, se considerarán clave para documentación gráfica:

Datos demográficos

- Población por edad y sexo
- Número de integrantes por familia
- Numero de habitantes por vivienda
- Tipos de familias

Datos socioeconómicos

- Estado civil por edad y sexo
- Grado de escolaridad por edad y sexo
- Número de analfabetas por edad y sexo
- Religión
- Habla de dialectos o idiomas

- Ingreso económico
- Población económicamente activa
- Tipos de ocupaciones o actividad principal
- Índice de desempleo
- Tiempo de tenencia en la comunidad
- Materiales de construcción de las viviendas (techos, pisos, paredes)
- Número de cuartos
- Servicios públicos con los que cuentan las viviendas (luz, agua, drenaje)

Recursos y servicios de salud de la población

- Cantidad y tipo de unidades de atención médica, salud pública y asistencia social (pública y privada)
- Número de unidades de salud por nivel de atención
- Cobertura por tipo de unidad de salud
- Instituciones de salud a las que asisten los integrantes de las familias cuando se presentan problemas de salud

Características del ambiente y disposición en la comunidad

- Disponibilidad del agua (intra y extradomiciliaria)
- Manejo de basura
- Manejo de excretas
- Fauna doméstica
- Fauna nociva

Todos estos datos deberán ser descritos en el análisis de cada uno de los elementos graficados, pues de estos se obtendrán los datos más significativos para la creación del diagnóstico.

Análisis de resultados

Llegada esta fase, nos encontraremos con una gran variedad de información, que deberá ser revisada para más tarde poder realizar el diagnóstico comunitario, dicho análisis puede ser:

- **Básico o estructural:** elementos básicos que repercuten, directa o indirectamente, en todos los aspectos de la vida de la comunidad: el territorio y el urbanismo, la demografía, la economía, la historia reciente, etc.
- **Sectorial:** (por sectores comunitarios): sector educativo, sector sanitario, sector cultura, deportes, ocio y tiempo libre, sector ocupacional, sector asistencial, etc.
- **Por franjas de población:** infancia, juventud, adultos, mayores, prestando especial atención a los diferentes ejes de las desigualdades (género, estatus socioeconómico, país de origen).
- **Por temas o problemas transversales:** toxicomanías, seguridad ciudadana, fracaso escolar, etc.

A la hora de realizar estos análisis, hay que tener en cuenta los siguientes elementos:

- Lo que existe, es decir, los recursos (públicos, privados y voluntarios) y si lo que existe es claramente suficiente o no.
- Lo que no existe y sería necesario que existiera, para ver así qué tipo de acciones o estrategias habría que poner en marcha para ir gradualmente consiguiéndolo.
- Qué elementos o qué aspectos aparecen claramente negativos, insuficientes, carentes o insatisfactorios.
- En qué aspectos parece urgente y necesaria una acción coordinada e integrada y cuáles serían las funciones o las aportaciones de cada cual.
- Qué tipos de programas a corto, medio y largo plazo se verían necesarios y con qué orden de prioridad.

2. Diagnóstico

Esta fase requiere de habilidades de análisis para poder emitir juicios y/o conclusiones respecto al estado de la comunidad ante sus necesidades o problemas de salud reales o potenciales. Esto se refiere a que el diagnóstico será el resultado de los datos identificados en la etapa anterior, que serán emitidos a la llegada de una conclusión y serán presentados a través de un diagnóstico, si bien, el proceso para la elaboración del diagnóstico se refiere a una serie de operaciones cognitivas mediante el procesamiento de datos obtenidos de la valoración, las características necesarias para la formulación del diagnóstico, se presentan a continuación:

- **Clasificación de datos**

Durante esta fase se realiza un análisis sobre los datos recabados.

Este análisis servirá para corroborar si se cuenta con la información suficiente, de no ser así, podrá, si es posible, regresar a la recogida de datos, pero de contar con la información necesaria, se continuará a la fase siguiente.

- **Agrupación de la información**

Esta fase consiste en reconocer aquellos datos que representan o muestran la existencia de un problema, puesto que los datos ya han sido organizados, la identificación de problemas resultará mucho más práctica.

Podrán realizarse indicios o deducciones con base en los conocimientos científicos y/o experiencia práctica.

- **Nominación del diagnóstico**

El establecer de manera adecuada los diagnósticos, permitirá el adecuado flujo de las etapas siguientes; planeación, ejecución y evaluación. Las categorías diagnósticas son emitidas a través de una taxonomía en la que yacen las bases que dan el sustento profesional del quehacer de las actividades independientes de enfermería, aun, formando parte del equipo multidisciplinario. La taxonomía diagnóstica NANDA define diagnóstico enfermero como: "... un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia o comunidad. Un

diagnóstico proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad”.

Es así como la NANDA define 4 tipos de diagnósticos:

- **Diagnóstico enfermero focalizado en el problema (real)**
Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.
- **Diagnóstico enfermero de promoción a la salud**
Juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humana. Estas respuestas se expresan por una disposición para manejar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud. Las respuestas de promoción de salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad.
- **Diagnóstico enfermero de riesgo**
Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital.
- **Síndrome**
Juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares.

Corresponderá entonces elegir el tipo de diagnóstico o diagnósticos más adecuados para la comunidad, que, por sus características, estos serán diagnósticos de promoción a la salud.

3. Planeación

La planeación constituye en la tercera etapa del proceso de atención de enfermería, en la que una vez identificadas las problemáticas potenciales y elaborado los diagnósticos correspondientes, continuará entonces la elaboración del plan de cuidados, que servirá de guía para la implementación de actividades. Dicha guía será conformada por decisiones estratégicas para prevenir, reducir o eliminar las problemáticas de la comunidad.

La planeación, como el resto de las etapas de este proceso, sigue un orden lógico y coherente, conceptualizado en las siguientes etapas;

- **Establecimiento de prioridades**

Para priorizar, es indispensable identificar la relevancia de los problemas, Romero [35], la priorización debe estar orientada desde el enfoque del autocuidado, por ello, debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

a) La trascendencia o grado en que se ve amenazada la vida de la persona. Esta marcará la urgencia de la actuación.

b) Las preferencias del usuario o cliente.

Donde deberá tomarse en cuenta que el logro de los objetivos muchas veces está relacionado a la colaboración del propio usuario o su familia, por lo que sus preferencias o grado de motivación se relacionarán directamente con la solución del o los problemas.

c) La probabilidad de resolución del problema.

Que se puede propiciar de acuerdo a la percepción del problema y los recursos con los que se cuenta para el autocuidado.

Debe aclararse que en caso no existir problemas que amenacen la vida (los cuales son prioritarios), se debe comenzar por aquellos problemas que tengan mayor probabilidad de resolución. Puesto que ello, motivará a la persona y a nosotros mismos. La satisfacción de poder contribuir para la mejoría de la salud de alguien es un bien interno de la enfermería [36].

Dentro del establecimiento de prioridades, en el ámbito comunitario, los programas prioritarios en atención a la salud son:

- Prevención, y detección oportuna de cáncer cérvico-uterino.
 - Prevención y detección oportuna de cáncer de mama.
 - Prevención, detección y tratamiento oportuno de diabetes mellitus.
 - Prevención, detección y tratamiento oportuno de hipertensión arterial sistémica.
 - Atención integral, control prenatal durante el embarazo, vigilancia y manejo del trabajo de parto y puerperio.
- **Formulación de resultados esperados y objetivos de cuidados**
- Este proceso es elaborado una vez que ha quedado definido y priorizado el diagnóstico o los diagnósticos, en este punto, se determina como objetivo la evolución, comportamiento o modificación deseada del comportamiento de la persona, familia o comunidad, que manifieste un cambio biológico, psicológico, social y/o espiritual. Debe ser descrito en términos de respuestas observables, para que el profesional logre evaluar la respuesta de las intervenciones realizadas.
- Los objetivos pueden ser:
- **Corto plazo:** son los resultados que pueden lograrse de modo rápido de manera favorable, en cuestión de horas o días.
 - **Mediano plazo:** son resultados que oscilan entre una semana y un mes.
 - **Largo plazo:** son resultados que requieren de un tiempo largo, existen dos tipos:
 - **Prolongados:** son aquellos que requieren de un tiempo prolongado (meses) que requieren de acciones continuas de enfermería.

- **Secuenciales:** son aquellos que se obtienen a través de una secuencia de objetivos a corto plazo.

Dentro de los objetivos empleados o presuntos a alcanzar, se recomienda que estos sean de mediano a largo plazo, pues las actividades a realizar deberán evaluar los cambios verdaderamente alcanzados.

Los objetivos también pueden clasificarse como; Asistenciales (aquellos que definen sus resultados derivados de la recuperación del estado de salud) o Educativos (aquellos que expresan cambios en conocimientos, actitudes y/o habilidades), en donde el segundo grupo representa la mayoría de los aspectos en los que deseamos actuar.

- **Elección de intervenciones**

Las intervenciones representan toda acción, actividad o comportamiento que el profesional de enfermería realiza, adopta o intenta llevar a cabo para llevar a la persona al logro de los objetivos planteados con anterioridad en el marco de las posibilidades y limitantes de la persona, familia o comunidad.

A la hora de diseñar una intervención es importante apoyarse en las evidencias recogidas en la literatura sobre la eficiencia, efectividad o impacto en la salud de dicha intervención. Es importante tener en cuenta que cada comunidad es única, por lo que, en la elaboración del proyecto, será necesario adaptar las intervenciones a las peculiaridades de la comunidad.

Las intervenciones en promoción de la salud pretenden conseguir cambios en las personas y en los entornos para favorecer la salud y abordar así los determinantes de la salud de la comunidad. Esto supone trabajar simultáneamente en el ámbito personal, organizativo y político, por lo que para asegurar la calidad de las intervenciones es necesario utilizar diferentes estrategias que favorezcan la participación, el desarrollo de

políticas favorables a la salud, la educación y el empoderamiento de la comunidad.

Dentro de las principales intervenciones o programas que se adoptan en la comunidad, encontramos:

- **Observación Participativa:**

Se llevó a cabo en busca de cómo interaccionar con el grupo familiar y así le permitiría participar promoviendo el espacio de aceptación y disminución de resistencias a las intervenciones.

- **Feria de salud**

Son eventos cuyo objetivo es informar a la población sobre los beneficios de adoptar estilos de vida saludables y evitar prácticas de riesgo, por lo general, se realizan en áreas públicas y son de carácter informativo.

- **Teatro guiñol**

Es una estrategia educativa y propagandística de amplia cobertura empleada con el objetivo de educar a la población a través de una representación de carácter visual/oral con el uso de títeres.

- **Sociodramas:**

Es la representación e imitación de un evento conocido por la familia y paciente, para identificar conductas, roles.

- **Ejercicio de dinámica familiar:**

Es el manejo en pequeños grupos de trabajo con las familias donde se aborda el problema, confronta, clarifica conceptos de salud y del problema predominante, sugerencias y propuestas del problema.

- **Enseñanza – Orientación:**

Son acciones, interacciones del paciente-familia/profesional de enfermería, sobre el problema específico y tratamiento, manejo de habilidades y destrezas en el grupo familiar.

- **Desarrollo de planes de cuidado**

El plan de cuidados es una guía escrita que organiza la información sobre las intervenciones de enfermería para con una persona, familia o comunidad. Su finalidad es:

- Diferenciar las responsabilidades de la enfermera de la de otros miembros del equipo de enfermería o de asistencia sanitaria.
- Orientar la atención de enfermería, mediante la determinación de acciones conducentes a prevenir, paliar o resolver problemas de salud detectados.
- Proporcionar pautas para la evaluación de las actividades.

4. Ejecución

La ejecución representa la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, en donde son realizadas todas las actividades planeadas con el fin de ayudar a la persona a lograr los objetivos deseados, bajo un marco ético, que asegure en todo momento protección para la persona, familia y comunidad, así como para el profesional que ejecuta las actividades.

Phaneuf [34], recomienda que; para llevar a cabo la ejecución, el personal de enfermería debe tomar en cuenta:

- Las capacidades de la persona para realizar o reanudar sus actividades.
- Las necesidades concretas del conocimiento.
- Los recursos humanos, económicos y prácticos de los que dispone.
- Un entorno seguro que conduzca al tipo de actividades necesarias.
- La edad de la persona.
- Las complicaciones surgidas.
- Los problemas de salud ya existentes.
- El estado psicológico de la persona.

En esta etapa es sumamente necesario el observar las respuestas a las actividades realizadas, ya que, de ser necesario, pueden realizarse cambios que responden a las necesidades inmediatas de la persona, familia o comunidad.

Kozier [24], señala que son necesarios tres tipos de habilidades para ejecutar de manera satisfactoria el plan de cuidados:

- **Habilidades cognitivas.**

Para la solución de problemas, toma de decisiones y para el razonamiento crítico y el pensamiento creativo. La enfermera debe pensar y anticiparse continuamente para que el cuidado del paciente esté diseñado adecuadamente.

- **Habilidades interpersonales.**

Son los recursos que las personas utilizan para comunicarse directamente con otras; incluyendo habilidades verbales y no verbales, que son necesarias para todas las intervenciones de enfermería.

- **Habilidades técnicas.**

Son habilidades psicomotoras o manuales para la manipulación del equipo y material. Para este tipo de habilidades se requiere conocimientos y destreza manual.

Para Iyer [40] la ejecución consta de tres pasos:

1. Preparación

Dentro del primer punto considerado por Iyer, se especifican cinco apartados con características específicas:

- Revisar las intervenciones de enfermería detalladamente para asegurarse que sean compatibles con el plan de cuidados establecido.
- Analizar los conocimientos y habilidades necesarias e identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución.
- Reconocer las complicaciones potenciales: conocer las complicaciones más habituales de la persona, asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería.
- Esto permitirá poner en marcha enfoques preventivos que reduzcan riesgos.
- Proporcionar los recursos necesarios, prever el tiempo que requiere cada intervención, para organizar adecuadamente las actividades y garantizar de esta manera un uso adecuado de los recursos y la atención adecuada.
- Proporcionar un entorno adecuado y seguro.

2. Intervención

Se refiere al conjunto de actividades específicas diseñadas para cubrir las necesidades de salud de la persona, familia, entorno o comunidad, derivadas de los problemas presentes, las actividades de enfermería deben ser ajustadas a:

- Refuerzo de las cualidades de la persona. Ej. Motivación para aprender a modificar la conducta.
- Ayuda en las actividades de la vida diaria.
- Facilitar la educación.
- Prestaciones de cuidados para conseguir los objetivos de la persona.

En la ejecución debe existir razonamiento crítico, pues permite anticipar y resolver problemas, así como revisar el enfoque de los cuidados, para determinar si estos son o no todavía adecuados o si son necesarios de modificar.

3. Documentación

Si bien, la documentación es realizada en todas las fases anteriores del proceso, pero esta, adquiere un valor fundamental en la ejecución, puesto que lo no escrito, no forma parte de la realidad, es por ello, que las actividades de enfermería deben registrarse en formatos establecidos, pues éstos proporcionan una prueba documental de lo que se ha llevado a cabo.

Los propósitos del registro son:

- Mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de la persona, cuidados proporcionados y las respuestas que este tenga a las intervenciones.
- Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejorar la calidad de los cuidados.
- Respaldo legalmente las actuaciones del personal de enfermería.

5. Evaluación

La evaluación constituye la quinta y última parte del proceso de atención de enfermería, y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la comunidad y los resultados esperados. Dentro de esta etapa el profesional de enfermería mide la calidad de las actividades realizadas y determina si los planes han sido o no eficaces para el logro de los objetivos, si es necesario introducir cambios o bien, dar por finalizado el proceso de atención.

El proceso de evaluación consta de 3 aspectos:

- **Obtención de datos:**

Se valora el estado de salud/problema/diagnóstico;

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
 - Observación directa, examen físico.
 - Examen de la historia clínica.
- Señales y síntomas específicos:
 - Observación directa.
 - Entrevista con el paciente.
- Conocimientos:
 - Entrevista con el paciente.
 - Cuestionarios (Test).
- Capacidad psicomotora (habilidades):
 - Observación directa sobre la realización de actividad.
- Estado emocional:
 - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
 - Información proporcionada por el resto del personal.
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):
 - Entrevista con el paciente.
 - Información proporcionada por el resto del personal.

- **Comparación con los resultados esperados**

Para lograr la evaluación de los cuidados de enfermería, se deben interpretar los posibles resultados esperados a los que se puede llegar, de esta forma se debe plantear si:

- La persona, familia o comunidad ha alcanzado el resultado esperado.
- La persona, familia o comunidad está en proceso de lograr el resultado esperado (aquí podemos plantear otras actividades para potencializar la posibilidad del lograr los objetivos).
- La persona, familia o comunidad no ha alcanzado el resultado esperado y no parece probable que los alcance, (en este caso, se puede realizar una nueva revisión de/los problemas).

- **Determinación de los resultados esperados.**

Una vez realizados los pasos anteriores (obtención de datos y comparación de resultados esperados) el profesional de enfermería emitirá un juicio, determinando el logro obtenido. Este puede ser de dos tipos:

- Se ha logrado el resultado.
- No se ha logrado el resultado.

Otros autores, como lo es Fernández Ferrín [42], nos presenta otro tipo de resultados posibles, como lo son:

- **Resultados positivos:**

Cuando se han logrado los objetivos.

- **Resultados negativos:**

Cuando los resultados no son logrados o no coinciden.

- **Resultados anticipados:**

Son resultados positivos o negativos que se han producido antes de realizar las actividades planificadas.

- **Resultados inesperados:**

Son resultados negativos que surgen como consecuencia de que ha aparecido un nuevo problema.

Elaboración del informe

Toda la información obtenida y registrada deberá ser reflejada en un informe que permita dar a conocer los resultados obtenidos del estudio de comunidad.

CONCLUSIONES

Esta guía funge como herramienta para cualquier profesional, principalmente, para los y las estudiantes, que tengan como objetivo, llevar acabo la correcta implementación de las fases para poder realizar de manera adecuada y completa los estudios de salud aplicados a cualquier comunidad, mismos que fueron considerados para la creación de esta guía, es por ello que esta herramienta favorecerá a todo aquel que la implemente en los proyectos profesionales, la certeza de utilizar un guía metodológico eficiente, para con ello, elevar la calidad de las actividades de la práctica enfermera.

SUGERENCIAS

Durante la elaboración de esta guía y la revisión bibliográfica de los recursos para su elaboración, se lograron identificar datos relevantes no incluidos en las cédulas de valoración, que si bien, puede ser que al elaborarlas, algunos de esos datos puedan haber sido pensados como obvios, pero en ocasiones, los y las estudiantes requieren que la información sea proporcionada de la manera más específica posible, pensado de esta manera, esta guía agregó durante la descripción de las fases para la elaboración del diagnóstico de salud aplicada a la comunidad, aquellos aspectos que pudieron pasar como desapercibidos.

La sugerencia será entonces, agregar aquellos datos no emitidos para las cédulas de valoración, y con ello, crear un formato más completo, que permita una mayor recopilación de datos con significancia para el diagnóstico de salud comunitario.

REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS

1. Farías Osuna Antonio. Enfermería Comunitaria. Barcelona. Ed. MASSON, 2000.
2. Campo Osaba María Antonia. Enfermería comunitaria. 2ª ed. España. Ed. DAE. 2009
3. Illich I. Némesis médica. Barcelona: Barral, 1975.
4. Lalonde M. A new perspective on the health of the Canadians. Ottawa: office of the Canadian minister of National Health and Welfare, 1974
5. Escuela Andaluza de Salud Pública. Una política en favor de la salud. Estrategias de actuación. Declaración de Adelaida. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública. 1992.
6. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. En Atención primaria de Salud. Serie Salud para todos, nº 1. Ginevra, OMS, 1981
7. Martínez Riera José Ramon, Del Pino Casado Rafael, Enfermería en atención primaria. Serie cuidados avanzados. Ed. DAE, Difusión Avances de Enfermería. España. 2006.
8. Organización Mundial de la Salud, OMS. Atención primaria en Salud. Consultado el 8 de octubre de 2019, a través de:
https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
9. Organización Mundial de la Salud. Enfermería y salud de la comunidad. Serie de Informes Técnicos 558. Ginebra; 1974. Consultado el 8 de octubre de 2019, a través de:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38874/WHO_TRS_558_spa.pdf
10. Alonso O. La especialidad en enfermería familiar y comunitaria. Volver a empezar. Rev Seapa. 2013; 11: 27-30.
11. Organización Panamericana de la Salud. Informe del comité del programa de libros de texto de la OPS/OMS para la enseñanza de enfermería en salud comunitaria. Educación Médica y Salud. 1976; 10(4):371-388.
12. Sánchez AP. Enfermería comunitaria. Manuales de enfermería 2014; (9). Kindle.
13. Rodríguez Gómez R. Los orígenes de la enfermería comunitaria en Latinoamérica. Rev Univ Ind SantanderSalud. 2017; 48(3): 490-497.
14. Organización Mundial de la Salud. OMS. Publicaciones regionales, Series Europeas Nº. 48. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
15. Diario Oficial de la Federación. DOF. 02/09/2013. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en:
www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013&print=true
e 1/10
16. Piédrola Gil G. y Cols. Medicina preventiva y salud pública. 8ª ed. Barcelona. Salvat, 1988.

17. Francis GM. La llamada solución de problemas. *J. Nurs Educat* 1967; 6:27-29.
18. Marriner A. El proceso de atención de Enfermería. Un enfoque científico. México. Ed. Manual Moderno, 1983.
19. Kozier B, Erb G, Blais K. conceptos y temas de la práctica de enfermería, 2ª ed. México. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1993.
20. Griffith J, Cristensen P. Proceso de atención de enfermería. México. Ed. El manual moderno, 1986.
21. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía paso a paso, 2ª ed. Barcelona, Springer, 1998.
22. Iyer P, Tapich B, Bemocchi-Losey D. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Madrid. Ed. Interamericano. 1993.
23. Andrade Cepeda Rosa Ma. Gpe. López España Julia T. Proceso de Atención de Enfermería: guía interactiva para la enseñanza. 2ª ed. México. Ed. Trillas 2014.
24. Kozier B., G. Erb, A. Berman y S. Snyder. Fundamentos de enfermería, 7ª ed. México. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2005.
25. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª ed. Madrid. Ed. Mosby-Doyma. 1996.
26. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso de enfermería. Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona. Ed. Elsevier-Doyma. 2007.
27. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Para el manejo del expediente clínico. México, 1999.
28. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones, 2015-2017. Ed. Elsevier. España. 2015.
29. Campbell C. Tratado de enfermería: diagnóstico y métodos. Barcelona. Doyma. 1987.
30. Norma Oficial Mexicana. NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Consultada en Noviembre del 2019. Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
31. Norma Oficial Mexicana. NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Consultada en noviembre del 2019. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/008ssa23.html>
32. Norma Oficial Mexicana. NOM-031-SSA3-2012. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Consultada en noviembre del 2019. Disponible en:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012
33. Norma Oficial Mexicana. NOM-167-SSA1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. Consultada en Noviembre del 2019. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>

34. Phaneuf M. La aplicación de los cuidados enfermeros. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1999.
35. Germán C., Romero AM., Nieto MJ, Bujaldón MA., Metodología del trabajo de enfermería en la comunidad. Ed. McGraw-Hill- Interamericana. Madrid, 1996.
36. Campos Pavone Zoboli y Cabral Schweitzer. Valores de enfermería como práctica social: una metasíntesis cualitativa. En la revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 21. Núm. 3. -mayo-junio, 2013. Universidad de Sao paulo. Brasil. p. 41-45
37. López-Pereira, A. Valores profesionales de los enfermeros profesores según la percepción de los estudiantes de enfermería en tres universidades de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Bogotá, Colombia, 2012.
38. Martín Ferreres Ma. Luisa. La presencia de los valores en la práctica enfermera. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Programa de doctorado: investigación en Salud. Departamento de Enfermería. Tesis Doctoral. Universidad internacional de Catalunya. Julio, 2017.
39. Tracy A. Taylor. Enfermería fácil, fundamentos de enfermería. Ed Wolters Klower. España, Barcelona. 2016.
40. Iyer, P.T. y D, Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 3ª ed. McGraw-Hill- Interamericana. México, 1997.
41. Lefebvre, M. y A, Dupuis. Juicio clínico en cuidados de enfermería. Ed. Masson. Barcelona, 1995.
42. Fernández Ferrín C. El proceso de atención de enfermería. Ed. Masson. Barcelona. 1993.
43. Gudiño María R., Sosenki Susana. El teatro guiñol, la televisión mexicana y la educación para la salud a mediados del siglo XX. Historias, ciencias, saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro, v.24, N.1. jun.-mar. 2017, pág. 201-221.
44. De la Revilla A.L. EL genograma: cómo realizarlo. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Ed. Doyma. Barcelona, España, 1994. Págs. 101-123.

ANEXOS



I.

PROTOCOLO PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIA

1. Hoja frontal (carátula)

- Institución
- Título
- Autores (profesores y alumnos)
- Grupo y Materia
- Fecha

2. Índice (capítulo y página)

3. Introducción (presentación general)

4. Antecedentes históricos de la delegación

5. Marco teórico (incluyen la redacción de los indicadores)

6. Problema de salud

7. Justificación de tipo epidemiológica

- Incidencia
- Prevalencia
- Morbilidad
- Mortalidad
- Trascendencia

8. Objetivo general y específicos

9. Metodología

- Tipo de estudio
- Universo
- Muestra
- Criterios de selección de la muestra (inclusión y exclusión)
- Definición y operacionalización de variables
- Instrumentos de recolección de la información
- Procedimientos



ANEXOS

- Plan de presentación de los resultados
- Análisis estadístico

10. Recursos

- Humanos
- Materiales
- Financieros

11. Cronograma de actividades

12. Bibliografía

13. Glosario

14. Anexos



II.

INDICADORES DE SALUD

1. Características del ambiente

- Superficie territorial, localización geográfica
- Orografía
- Hidrografía
- Clima
- Flora y fauna
- Saneamiento del medio
 - Manejo de basura
 - Manejo de excretas
 - Control de alimentos

1. Características demográficas

- Total, de la población por grupos de edad y sexo
- Distribución de la población en el área geográfica
- Distribución de la población urbana, rural e indígena
- Tasa de Natalidad
- Tasa de Fecundidad
- Tasa de crecimiento poblacional
- Tipos de familias
- Emigración e inmigración
- Esperanza de vida al nacer

2. Características socioeconómicas

- Educación
- Religión
- Dialectos
- Ingreso y distribución familiar
- Población económicamente activa
- Tipos de ocupación principales



- Índice de desempleo
 - Tipo de tenencia de la tierra
 - Materiales de construcción de las viviendas
 - Número de cuartos
 - Servicios públicos con que cuentan las viviendas
 - Número de habitantes por vivienda
3. Recursos y servicios de salud de la población
- Cantidad y tipo de unidades de atención médica, salud pública y asistencia social.
 - Número de unidades de salud por nivel de atención
 - Cobertura por tipo de unidad de salud
4. Indicadores de daños de la salud
- Mortalidad
 - Principales causas de mortalidad general
 - Principales causas de mortalidad por grupos de edad y sexo
 - Principales causas de mortalidad materna
 - Principales causas de mortalidad infantil
 - Morbilidad
 - Principales causas de morbilidad general
 - Principales causas de morbilidad por grupos de edad y sexo
 - Principales causas de morbilidad materna
 - Principales causas de morbilidad infantil
 - Morbilidad de enfermedades transmisibles y no transmisibles
 - Principales causas de morbilidad por institución de salud
 - Discapacidad



III.

CUESTIONARIO E INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CÉDULA DE VALORACIÓN FAMILIAR PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO.

La cédula de valoración familiar es el instrumento que nos servirá para la recopilación de datos, esta cédula se aplicará a todas las personas de la comunidad de estudio.

Instrucciones:

Llenar la cédula con lápiz del no. 2, y letra de molde.

Apartados:

- Ficha de identificación
- Datos de los integrantes
- Datos de la vivienda
- Detección de riesgos (zoonosis)
- Esquema de vacunación (menores de 1 año de edad)
- Esquema de vacunación (de 1 a 4 años de edad)
- Esquema de vacunación (de 10 a 49 años de edad)
- Esquema de vacunación del adulto mayor (50 años y más)
- Control del embarazo
- Detección de cáncer cérvico-uterino y cáncer mamario
- Familiograma o genograma
- Observaciones

Al iniciar la entrevista se debe de considerar:

- Localizar las viviendas de acuerdo al croquis
- Presentarse con los residentes de la vivienda

Para ello se recomienda seguir el siguiente ejemplo:



Saludo. Buenos días, fuera tan amable de llamar a la señora o los señores de la casa.

Presentación. Buenos días Sr. (a); somos estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, pertenecientes al tercer semestre de la licenciatura en Enfermería, nosotros somos (se presentan; su nombre y presentan al docente).

Actividad primaria. Nos encontramos realizando nuestra práctica de Enfermería Comunitaria en la clínica (se nombra la clínica e institución a la que pertenece) la cual se encuentra localizada en (dirección).

Actividad secundaria. La razón de nuestra visita es para notificarles que vamos a estar en su comunidad realizando algunas actividades relacionadas con su salud, una de ellas es la realización de un diagnóstico de salud, el cual nos permitirá conocer que situaciones alteran el estado de salud de usted y de sus vecinos de esta comunidad.

Tiempo destinado para la actividad. Estaremos visitándolos los días (se menciona los días planeados para la intervención), en un horario de (puntualizar horario aproximado), nosotros le notificaremos que actividades se realizarán de acuerdo con los datos que logremos obtener en la comunidad.

Invitación para la participación. Para ello; nos sería de mucha ayuda conocer las características de esta comunidad a través de una encuesta, que, si usted nos permite, nos gustaría realizarle, esta entrevista o encuesta dura 10 min, la información que usted nos proporcione es totalmente confidencial y por lo que los datos que usted nos proporcione no tendrán otra finalidad, únicamente la obtención de datos con fines estadísticos.

Motivación para aceptar la actividad. Una vez realizadas las encuestas a usted y al resto de su comunidad, le informaremos los resultados obtenidos e implementaremos una serie de actividades para usted y su entorno con el fin de promover estilos de vida saludables para esta población.

Confirmación. Le reiteramos que la información que se obtenga será totalmente confidencial.

Aclaración y respuesta. Le preguntamos ahora ¿Querría usted colaborar con nosotros?, le recordamos que nuestro único fin es el de realizar un estudio en beneficio de su salud y la de sus vecinos.

Cierre. Gracias.

Ejemplo de inicio de entrevista.

Opciones:

- Decide no colaborar (criterios de exclusión)
Se concluye la entrevista despidiéndose de manera amable, agradeciendo la atención y se continúa con el siguiente domicilio.
- Decide colaborar (criterios de inclusión)
Comienza llenado de cédula de valoración.



Llenado de cédula:

Para cada uno de los integrantes de la familia se solicita los siguientes datos, iniciando por el jefe de familia y siguiendo el orden de mayor a menor edad.

Inicio.

¿Cuántas personas integran la familia? ¿Cuáles son los nombres de los integrantes de la familia? (comenzando por el jefe de la familia y continuando del mayor al menor).

Ficha de identificación

- **Familia:** ¿Cuáles son los apellidos de esta familia? Se anotarán los apellidos de la familia.
- **Derechohabiencia:** ¿Cuentan con algún servicio de salud?, se señalará cual es el servicio de atención a la salud al que pertenecen, en caso de contar con otro, se registra.
- **Fecha:** Se anotará con números arábigos en el siguiente orden día, mes y año.
- **Nombre del encuestador:** Se anotará el nombre completo, iniciando por apellidos paterno, materno y nombre(s).
- **Número de cédula:** Deberá colocarse el número de cédula correspondiente al número de domicilios previamente localizados.
- **Número de casa exterior:** Colocar con números arábigos el número exterior de casa.
- **Número de casa interior:** en caso de ser departamentos, se colocará con números arábigos la numeración correspondiente al domicilio.
- **Número de manzana:** El número de manzana será el número otorgado durante la sectorización de manzanas.
- **Domicilio:** ¿Podría por favor proporcionarme su dirección? se anotará el nombre de la calle, número exterior e interior, y la colonia.



- **Religión:** ¿Cuál es la religión que esta familia profesa? ¿Se profesa alguna otra religión?, se anotará la religión que profese la familia en su totalidad, en caso de ser dos o más, éstas también tendrán que redactarse
- **Lugar de Procedencia:** ¿Cuál es su lugar de procedencia?, el lugar de procedencia hace referencia si la familia proviene de otra comunidad, estado o país.

Datos de los integrantes

- **Registro de los integrantes de la familia:** Se registrarán cada uno de los miembros de la familia iniciando por el/la jefe de familia, la esposa/esposo, y posteriormente siguiendo en orden del mayor al menor.
- **Fecha de nacimiento:** ¿Cuáles son las fechas de nacimiento de los integrantes de esta familia? colocar con números arábigos el número correspondiente la fecha de nacimiento de cada integrante de la familia.
- **Edad:** ¿Cuál es la edad de cada uno de los integrantes de esta familia?, colocar con números arábigos el número correspondiente la edad en años cumplidos, en el caso de menores de 5 años, se registrará en años o en meses.
- **Sexo:** ¿Cuál es el sexo de cada uno de los integrantes de esta familia?, se colocará una referencia “X” de acuerdo a sexo de la persona en cuestión. (H; hombre, M; mujer).
- **Estado civil:** ¿Cuál es el estado civil de cada uno de los integrantes de esta familia?, se interrogará cual es el estado civil de cada uno de los integrantes de la familia, bajo la codificación siguiente:
 - **C** casado
 - **S** soltero
 - **V** viudo
 - **D** divorciado
 - **UL** unión libre
 - **Z** separado
 - **PS** padre soltero
 - **MS** madre soltera



- **Escolaridad:** ¿Saben leer y escribir cada uno de los integrantes de esta familia? ¿Cuál es el grado máximo de escolaridad de cada uno?, se interrogará el grado de escolaridad más alto alcanzado de cada integrante de la familia, puede colocarse una señalización en el rubro indicado o bien, se recomienda la siguiente codificación:

- **A** analfabeta
- **K** kínder
- **PI** primaria incompleta
- **PC** primaria completa
- **SI** secundaria incompleta
- **SC** secundario completa
- **BI** bachillerato incompleto
- **BC** bachillerato completo
- **LI** licenciatura incompleta
- **LC** licenciatura completa
- **PG** posgrado
- **MA** maestría
- **DC** doctorado

- **Ocupación:** ¿Cuál es la ocupación de cada uno de los integrantes de esta familia?, se interrogará a cerca de la ocupación de los integrantes de la familia, colocarse una señalización en el rubro indicado o bien, se recomienda la siguiente codificación:

- **E** empleado
- **D** desempleado
- **S** subempleado
- **J** jubilado
- **P** pensionado
- **H** hogar
- **ES** estudiante
- **Otro** (especificar)



¿A qué actividad se dedican cada uno de los integrantes de la familia?, en este aspecto es importante indagar a cerca de la rama de la actividad y de ser posible la ocupación principal. Consultar Anexo IV.

Nota: en caso de que la persona indique ser empleado o subempleado y manifieste tener varios empleos, se considerará aquel del cual perciba mayor ingreso económico o en su defecto, aquel que represente un daño potencial para su salud y el de su familia.

- **Cartilla** ¿Todos los integrantes de esta familia cuentan con una cartilla nacional de salud?, se pedirá al entrevistado/a presente dichos documentos y se verificará la pertenencia de cada uno de los integrantes a las cartillas:

Esquema de vacunación (menores de 1 año de edad)

Esquema de vacunación (de 1 a 4 años de edad)

Esquema de vacunación (de 10 a 49 años de edad)

Esquema de vacunación del adulto mayor (50 años y más)

- **Somatometría (peso, talla, IMC):** ¿Sabe cuánto miden y pesan cada uno de los integrantes de la familia? De ser posible se verificarán los datos llevando a cabo la valoración de estos datos. Posteriormente se determinará de acuerdo las medidas antropométricas, el IMC de cada integrante.
- **Atención del adulto:** ¿Usted o algún otro integrante de sus familiares padece o padeció de alguna enfermedad como obesidad, hipertensión, diabetes m., hiperplasia prostática, cáncer, cardiopatía, insuficiencia/enfermedad renal o alguna otra enfermedad?, si, no ¿Cuál?, se interrogará sobre alguna enfermedad padecida o existente y se señalará en el rubro indicado o bien, se anotará en observaciones.
- **Atención del niño:** ¿Usted o algún otro integrante de sus familiares padece o padeció de alguna enfermedad de nacimiento o propias de la infancia como estrabismo, labio leporino, paladar hendido, desnutrición, capacidad diferente, etc.?, si, no ¿Cuál?, se interrogará sobre alguna enfermedad padecida o existente y se señalará en el rubro indicado o bien, se anotará en observaciones.



- **Adicciones:** ¿Usted o algún otro integrante de sus familiares padece o padeció algún tipo de adicción como alcoholismo, tabaquismo o drogadicción?, si, no ¿A alguna otra sustancia?, si, no ¿Cuál?, se interrogará y se señalará en el rubro indicado o bien, se anotará en observaciones.

Datos de la vivienda

- **Tipo de tenencia:** ¿La vivienda que usted y su familia habitan, de que tipo es? Se le cuestionará al entrevistado sobre el tipo de vivienda esperando alguna de las siguientes respuestas:
 - Propia
 - Alquilada/rentada
 - Prestada o cedida por un servicio
 - No especifica
 - Otro (se anotará en observaciones)
- **Materiales de construcción de la vivienda:** ¿De qué material está construido el techo de su vivienda?, se cuestionará al entrevistado, esperado una de las siguientes posibles respuestas; concreto, madera, cartón, tabique, lámina, otro (especificar). ¿De qué material está construido el piso de su vivienda?, se cuestionará al entrevistado, esperado una de las siguientes posibles respuestas; concreto, madera (duela), tierra, mosaico, loseta, otro (especificar). ¿De qué material están construidas las paredes de su vivienda?, se cuestionará al entrevistado, esperado una de las siguientes posibles respuestas; concreto, tabla roca, madera, adobe, lámina de cartón, lámina, otro (especificar).
- **Número de cuartos:** ¿Cuántos cuartos componen su vivienda sin tomar en cuenta el baño y la cocina?, se tomará registro del número de cuartos sin tomar en cuenta el baño y la cocina.
- **Energía eléctrica:** ¿En su domicilio se cuenta con energía eléctrica? ¿La energía esta proporcionada bajo algún contrato? ¿La energía eléctrica es obtenida por medios no lícitos?, se anotarán las respuestas proporcionadas.



- **Agua potable:** ¿Las tuberías de agua potable llegan hasta el interior de su vivienda: patio, baño, cocina?, se anotará la respuesta proporcionada, esperando alguna de las siguientes posibles; agua intradomiciliaria, agua extradomiciliaria, ambas, ninguna.
- **Fuente de agua:** ¿El agua que usted y su familia habitualmente consumen, de qué tipo de agua es?, se anotará la respuesta proporcionada, esperando alguna de las siguientes posibles; garrafón comercial, purificada, llave o grifo, hervida, tratada químicamente (cloro, microdyn) filtrada, depósito, otro (especificar).
- **Eliminación de excretas:** ¿Cómo es la eliminación de excretas de su vivienda?, se anotará la respuesta, esperando alguna de las siguientes posibles; W.C. (drenaje), letrina, fosa séptica, se entierra, al aire libre, otra (especificar).
- **Eliminación de basura:** ¿En qué recolecta la basura de su vivienda?, se anotará la respuesta, esperando alguna de las siguientes posibles; bolsa cerrada, bolsa abierta, bote cerrado, bote abierto, sin depósito, otra (especificar). ¿Cómo elimina usted la basura recolectada en su casa? anotar la respuesta, esperando alguna de las siguientes posibles; carro recolector, incineración, contenedores comunitarios, enterrada, sin depósito, otro (especificar).
- **Detección de riesgos (zoonosis):** ¿Tiene usted animales domésticos como perros, gatos o de crianza como pollos o conejos?, si, no, ¿Cuáles? ¿Qué edad tienen? ¿Están vacunados, cuándo y para que fue su última vacuna?, en caso de ser positiva la existencia de zoonosis, se tomará registro de los datos mencionados.
- **Fauna nociva:** ¿Ha notado que en su vivienda o cerca de ella la presencia de moscas, cucarachas, ratas, chinches o algún otro animal o plaga?, se anotará la respuesta emitida, o en caso de presentar algún otro, deberá incluirse en las observaciones.



- **Riesgos en la vivienda:** en este aspecto se incluirán todos los aspectos relevantes observados durante la visita domiciliaria, que puedan o no incluirse en la valoración, pero que representan un factor importante para el diagnóstico de salud, y deberán ser registrados en las observaciones.

Salud sexual y reproductiva; mujeres

Se identificará al número de integrante de la familia de sexo femenino y se procederá a la recopilación de los siguientes datos.

- **Fecha de ultima menstruación:** ¿Cuándo fue la fecha del primer día de su último periodo menstrual?, se pedirá preferentemente la información de manera directa a la integrante de la familia, de no ser así, se preguntará el entrevistado si conoce los datos solicitados.
- **Control del embarazo, Semanas De gestación (SDG), Número de consultas prenatales:** en caso de ser aplicable, se llevará a cabo la recopilación de datos gineco obstétricos. ¿Sabe cuántas semanas de gestación lleva su embarazo? ¿A cuántas consultas prenatales ha acudido durante su embarazo?
- **Detección de riesgos durante el embarazo; cefalea, hipertensión arterial, edema.** ¿Durante su embarazo ha presentado dolor de cabeza, pérdida de la visión, visión borrosa, sensación de ver lucecitas o escuchado un zumbido constante en sus oídos?, se anotarán los datos obtenidos.
- Puerperio; control del puerperio: ¿Tuvo atención médica después del parto? ¿Presentó complicaciones?, si, no, ¿De qué tipo?, se le cuestionará a la paciente sobre a la atención durante el puerperio la existencia de complicaciones durante el mismo.
- **Método de planificación familiar:** ¿Utiliza algún método anticonceptivo?, anotar la respuesta, esperando alguna de las siguientes posibles; parches, pastillas, inyecciones, implante subdérmico (DIU) hormonal, DIU de cobre, salpingoclasia, otro (especificar).



- **Detección de cáncer cérvico-uterino y cáncer mamario por grupo etario.** Este rubro se evaluará a todas las integrantes de la familia que hayan iniciado vida sexual activa y/o mujeres mayores de 25 años ¿Se ha realizado alguna vez un Papanicolaou y exploración clínica o exploración de mama?, si, no, ¿Por qué? ¿Con que frecuencia?, ¿Cuál fue el resultado?, ¿Sabe cuál es la importancia de realizarse un Papanicolaou y exploración clínica o exploración de mama?, se hará registro de los datos obtenidos.

Familiograma

- ¿Nos podría proporcionar algunos datos respecto los integrantes de su familia?, se llevará a cabo la recolección de datos para la creación del Familiograma. Consultar Anexo V.

Atención a daños

- **Servicios a población abierta:** ¿A dónde acude cuando se enferma usted y/o su familia?, registrar el dato proporcionado.
- **Medicina privada:** ¿Ha acudido a recibir atención médica privada?, si, no, ¿Cuál fue el motivo?, registrar la respuesta proporcionada.
- **Medicina alternativa:** ¿Cuándo se enferma usted y/o su familia acude con un yerbero o curanderos u otro?, si, no, ¿Cuál? ¿Por qué?, registrar los datos proporcionados.
- **Automedicación:** ¿Cuándo se enferma usted y/o su familia ingieren medicamento sin que se reciba atención médica?, sí, no, ¿Por qué?, ¿Cuáles medicamentos consume con mayor frecuencia sin prescripción?, registrar los datos proporcionados.

Daños a la salud

- **Morbilidad:** ¿Hay alguien enfermo en casa o que haya presentado alguna enfermedad en los últimos 6 meses?, se identificará al integrante y se anotará el padecimiento.



ANEXOS

70

- **Mortalidad:** ¿Ocurrió alguna defunción en su familia en el transcurso del año anterior a la fecha?, se anotará la causa de defunción, edad y sexo de la persona fallecida.

Observaciones

Dentro de este espacio pueden ser redactadas todas aquellas observaciones realizadas durante la entrevista, o bien, todos aquellos aspectos que no se incluían en la cédula de valoración, pero que representan datos relevantes.



IV.

DEFINICIÓN DE VARIABLES PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO.

1. Datos demográficos

- **Edad:** Periodo transcurrido en días, meses o años cumplidos, entre la fecha de nacimiento de la persona y la fecha de aplicación de la encuesta. En el caso de los menores de 5 años se hará en años y meses.
- **Sexo:** Condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres.
- **Estado civil:** Situación de la persona de doce años o más, en relación con las leyes y costumbres matrimoniales, dentro de ellas se encuentran las siguientes modalidades:
 - **Casado:** Situación legal de la persona que convive con su cónyuge, previo contrato matrimonial.
 - **Soltero:** Es la situación de la persona que nunca ha estado casada y que nunca ha vivido en unión libre.
 - **Viudo:** Es la situación de la persona que ha perdido a su cónyuge o compañero (a), por muerte y no se ha vuelto a casar o a unir libremente.
 - **Divorciado:** Es la situación de la persona que al momento de la encuesta y habiendo estado casado por lo civil, se encontró separado por sentencia de divorcio.
 - **Unión libre:** Es la situación de la persona que vive maritalmente con otra, sin haber contraído matrimonio civil y /o religioso.
 - **Separado:** Es la situación de la persona que no vive con su cónyuge o compañero (a), después de haber estado casado o viviendo en unión libre, y que no se ha vuelto a casar o a unir libremente.
 - **Madre o padre solteros:** Toda mujer u hombre con uno o más hijos que no han contraído matrimonio ni viven en unión libre.



2. Datos de escolaridad

- **Analfabetismo:** Toda persona mayor de 12 años que no sabe leer ni escribir.
- **Alfabeto/a:** Toda persona que lea y escriba, aún cuando no haya cursado ningún grado escolar.
- **Preescolar:** Es todo menor de cinco años que acuda a alguna escuela a recibir instrucción.
- **Primaria:** Se refiere a la instrucción recibida en seis años básicos idealmente y por lo cual se obtuvo certificado.
- **Secundaria:** Es la instrucción básica recibida en tres años idealmente y por lo cual se obtuvo certificado.
- **Técnica:** Se refiere a la instrucción de carácter técnico, idealmente en tres años y con obtención de certificado.
- **Preparatoria:** Es la instrucción media superior idealmente de tres años y con obtención de certificado de acreditación.
- **Profesional:** Se refiere a la instrucción superior a nivel licenciatura por lo cual se obtuvo título y /o certificado.

3. Datos económicos

Ocupación: Tipo de trabajo, oficio o tarea específica que desarrolla la persona ocupada en su trabajo principal.

- **Actividad principal:** Situación que distingue a las personas de doce años o más de acuerdo al desempeño de una o más actividades económicas, siendo la principal aquella por la que percibe un mayor salario.
 - **Desempleado:** Se llama a toda persona de doce años en adelante que desee y ha buscado trabajo y no lo ha logrado, así como aquel que antes de la encuesta haya estado empleado y en el momento no lo esté.
 - **Empleado:** Es la persona que trabaja a cambio de un sueldo o salario, prestando sus servicios a un patrón, empresa o institución.
 - **Subempleado:** Es aquel trabajador que no está contratado y que no tiene prestaciones.



- **Jubilado o pensionado:** Es el estado de una persona que trabajó durante muchos años y por ley se le eximió del servicio por motivos de senectud, enfermedad o haber cumplido los años de trabajo que para tal efecto se establecen.
- **Estudiante:** Es la persona que estudia en un centro de enseñanza.
- **Hogar:** Persona que se dedica a las actividades domésticas
- **Rama de actividad:** Se refiere a la actividad del establecimiento, empresa, institución o negocio, en el que trabaja la persona, para lo cual tenemos 10 posibilidades.
 - **Agricultura ganadería, silvicultura, caza y pesca:** Aquellas actividades relacionadas con el cultivo en el campo o invernadero, la crianza de ganado, aves de corral, conejos, abejas y de animales destinados a la producción de pieles u otros, de huevos y capullos de gusano de seda; así como la elaboración de productos relacionados con esa crianza, como leche, lana, pieles, huevos y miel. También se incluyen la plantación, la repoblación y la conservación de los bosques; la recolección de toda clase de productos silvestres, además de las actividades de campamentos madereros y contratistas dedicados principalmente al corte de madera y la producción de troncos devastados, trozos de madera encuadrada o en bruto.
 - **Exploración de minas o canteras:** Incluye la extracción, elaboración y beneficio de minerales que se encuentran en la tierra en estado natural como los minerales metálicos, el carbón y otros minerales no metálicos, el petróleo crudo y el gas natural.
 - **Industrias manufactureras:** Incluye la industria manufacturera de la transformación mecánica o química de los productos y sustancias inorgánicas u orgánicas en productos nuevos, ya sea mediante el trabajo manual o mecánico, realizado en las fábricas o en el domicilio del trabajador. Incluye establecimientos especializados en la reparación de maquinaria y equipo industrial, comercial, de oficina, etc... Se exceptúan las unidades cuya actividad



principal es la reparación de aparatos, equipos y mobiliario doméstico, automóviles y otros bienes de consumo.

- **Electricidad, gas y agua:** Incluyen la generación, transmisión y distribución de electricidad para su venta a consumidores domésticos, industriales y comerciales, engloba además la distribución de gas natural mediante una red de tuberías para el consumo doméstico, industrial y comercial, así como la captación y distribución de agua para uso doméstico, industrial y comercial.
- **Construcción:** Comprende a los contratistas generales y especializados, dedicados principalmente a la construcción por contrato. También las dependencias de empresas que se dedican primordialmente a ejecutar trabajos de construcción para la empresa matriz. Las instalaciones y reparaciones sanitarias, hidráulicas y eléctricas. Se exceptúan los servicios de asesoría técnica, arquitectónicas, geológicas y de prospección, prestados a terceros a base de honorarios o contrato.
- **Comercios al por mayor y al por menor, restaurantes y hoteles:** El comercio al por mayor incluye la reventa (venta sin transformación) de productos nuevos y usados a comerciantes al por menor, a usuarios industriales y comerciales, a instituciones o a profesionales a otros mayoristas y las actividades de agentes que compran y venden mercancía para esas personas o empresas. El comerciante al por menor, incluye la venta de productos nuevos y usados al público en general, para consumo inmediato como restaurantes, cafés, puestos de refrescos, bares, además establecimientos que mediante el pago de una suma proporcionan hospedaje o lugar y servicios para acampar.
- **Transporte, almacenamiento y comunicaciones:** Se incluye el transporte terrestre, ferroviario y autotransporte esencialmente de carga y pasajeros, así como los servicios relacionados con el mismo; el transporte por agua, por aire y todos los servicios conexos, como las administraciones para estos servicios de almacenamiento, agencias aduanales y de turismo, además de los servicios de comunicaciones proporcionados al público como el correo, el telégrafo, el



teléfono o la radio ya sean de recepción acústica o visual. Se exceptúan los estudios, y las estaciones de radiodifusión y televisión.

- **Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas:** Comprende los servicios de instituciones monetarias y otros establecimientos financieros de las instituciones de seguros y finanzas; el arrendamiento y la explotación de bienes e inmuebles, los servicios jurídicos y de contabilidad, auditoría y teneduría de libros, los de elaboración y tabulación de datos, los técnicos y arquitectónicos, los de publicidad y alquiler, de arrendamiento de maquinaria y equipo, y otros bienes muebles, incluyendo el alquiler de automóviles sin chofer.
- **Servicios comunales, sociales y personales:** Incluyendo los servicios de administración pública y la defensa, los de instrucción pública y de investigación, médicos, odontólogos, veterinarios y de asistencia social; los de asociaciones comerciales, profesionales y laborales (y otros servicios comunales y sociales conexos), así como los de diversión, esparcimiento y cultura, los servicios personales y de los hogares. Se clasifican las unidades dedicadas a la reparación de aparatos, equipo y mobiliario doméstico, automóviles y otros bienes de consumo. También los servicios de los estudios y las estaciones de radiodifusión y televisión, y los organismos internacionales y extraterritoriales.
- **Actividades económicas insuficientemente especificadas.**
- **Ocupación principal:** Es el tipo de trabajo, oficio o profesión específica desempeñada por la persona. En el caso de las personas que tengan varias actividades, se refiere únicamente al trabajo considerado por ellas como el principal. Para lo cual tenemos 21 posibilidades.
 - **Profesionales:** Este grupo incluye a trabajadores que han recibido enseñanza y formación profesional, a nivel superior y que desempeñan funciones directamente relacionadas con su preparación.
 - **Técnicos y personal especializado:** Se incluye a las personas que desempeñen labores especializadas preestablecidas o laborales auxiliares a



los profesionales que requieren de un cierto tipo de adiestramiento para realizarlas. Se requieren bases técnicas que no necesariamente se adquieren por medio de una educación formal.

- **Trabajadores de la enseñanza:** Se incluyen a los profesores que dan clases colectivas y lecciones particulares a los alumnos de nivel superior, medio, primario y preescolar, y a las personas que se encargan de la instrucción de personas físicas o mentalmente deficientes y a las que realizan investigaciones y dirigen actividades educativas en las escuelas y llevan a cabo tareas afines.
- **Trabajadores del arte, espectáculos y el deporte:** Personas que escriben obras literarias y con vista a su publicación, redactan o critican obras literarias artísticas, musicales, teatrales, cinematográficas y de otra índole, y a las que redactan otros escritos con la finalidad de informar, divertir o influir al público.
- **Funcionarios superiores y de categoría directiva en la administración pública:** Comprende a aquellas personas que por haber sido elegidas o nombradas funcionarios del gobierno Federal, Estatal, Municipal o del poder Legislativo o Judicial, tiene como misión principal, decidir sobre la política gubernamental.
- **Construcción:** Comprende a los contratistas generales o especializados dedicados principalmente a la construcción por contrato. También las dependencias de empresas que se dedican primordialmente a ejecutarlas.
- **Funcionarios superiores, administradores y propietarios del sector privado, excepto del sector agropecuario:** Personas con ocupaciones relacionadas con la gerencia, dirección, organización, coordinación y administración de todo o parte de un negocio, agencia, establecimiento u oficina del sector privado, excepto del sector agropecuario. Así mismo, se incluye a los propietarios de este establecimiento, siempre y cuando trabajen en el mismo con carácter ejecutivo, se excluye a los propietarios que sólo portan capital.
- **Administradores, gerentes y propietarios del sector agropecuario:** Son personas que se ocupan del manejo de fincas, haciendas o explotaciones



agropecuarias destinadas a la producción de cosechas o plantas, a la ganadería o crianza de animales (ganado vacuno, caprino, lanar, equino, porcino, cuenco, etc.) a la elaboración primaria de productos animales y al cultivo de hortalizas, flores, árboles frutales. Se incluye a los propietarios que trabajen como administradores o ejecutores directos.

- **Inspectores, capataces y mayores en el proceso de producción agropecuaria:** Se incluye a las personas que controlan las labores de un equipo de trabajadores que ejecutan tareas específicas sin importar que participen o no en los trabajos, su diferencia es el papel que juegan como personal de control, representantes de los propietarios.
- **Trabajadores directos en el proceso de producción agropecuaria:** Ejecutan diversos trabajos propios del campo, cultivo de árboles, flores, crianza y producción de ganado y aves, incluye trabajadores del bosque, fincas agrícolas, pescas en agua dulce o salada, crianza y cuidado de peces y cazadores de animales.
- **Operadores de maquinaria y personal de apoyo en el proceso de producción agropecuaria:** Personas que realizan actividades de apoyo principalmente a las máquinas necesarias para la producción agropecuaria. Se incluyen tractoristas, fumigadores, abonadores.
- **Supervisores, capataces y personas de control en el proceso de producción industrial:** Personas que desempeñan funciones de organización, control y vigilancia de los procedimientos de trabajo industrial o artesanal.
- **Trabajadores directos (operadores, obreros y artesanales) en el proceso de producción industrial:** Desempeñan ocupaciones asociadas al trabajo en los procesos de extracción y refinación de petróleo y gas natural, tratamiento y transformación de materias químicas, construcción de edificios, carreteras y otras obras; reparación y mantenimiento de productos industriales, sin importar el tamaño de la empresa; se incluyen industrias grandes, medianas, pequeñas



y talleres artesanales, trabajadores dedicados a la operación de maquinaria y equipo.

- **Oficinistas y trabajadores administrativos del nivel intermedio e inferior:** Personas que desarrollan actividades administrativas tales como el registro de operaciones financieras, reproducción mecanográfica de textos, manejo de máquinas de oficina, equipos telefónicos y telegráficos. La distribución de correo y telegráficos, laborales de control fiscal, registro y elaboración de datos estadísticos, contables, trabajo de archivo y documentación.
- **Vendedores dependientes y agentes de ventas:** Trabajadores que participan directamente en el proceso de la comercialización.
- **Vendedores sin establecimiento fijo (ambulantes que no representan a ninguna empresa):** Personas que realizan actividades relacionadas con el comercio en pequeña escala, cuyas labores se realizan sin establecimiento fijo y sin ninguna relación formal con fábricas, establecimiento comercial, industrial o de prestación de servicios. Vendedores ambulantes.
- **Trabajadores en servicio al público y servicios personales excepto doméstico:** Personas que llevan a cabo actividades relacionadas con la prestación de servicios personales relacionadas con la preparación de alimentos, servicios de comedor y hospedaje, limpieza de ropa, cuidado y arreglo de las personas, cuidado y limpieza de lugares públicos, los que el público puede comprar como son los de alquiler y aquellos que no son de tipo doméstico, como ascensoristas y sobrecargos.
- **Trabajadores en servicio doméstico:** Personas que llevan a cabo labores relacionadas con la limpieza, la preparación de alimentos y otros servicios en lugares y hogares particulares a cambio de un salario, sirvientas, doncellas, niñeras, damas de compañía. Se excluyen amas de casa.
- **Operadores de equipo de transporte excepto choferes particulares:** Personas encargadas de operar todo tipo de vehículos de transporte, se excluyen trabajos de conducción de trabajadores prestados como servicio personal y las personas que conducen maquinaria.



- **Trabajadores de las fuerzas armadas y de servicio de protección y vigilancia:** Ocupaciones relacionadas con la protección y vigilancia de las personas, las propiedades y los que realizan actividades militares.
- **Trabajadores de ocupaciones no clasificadas anteriormente e insuficientemente especificadas:** Se incluye a las personas cuyas actividades no se encuentran delimitadas en los grupos anteriores, son aquellas que no han declarado ocupación, o que la han declarado, pero no están identificadas, es decir aquellas labores sobre las que se cuenta con información imprecisa.

4. Características del ambiente

- **Vivienda:** Se refiere a la construcción en donde residen uno o más personas.
 - **Tenencia:** Situación legal en virtud de la cual una familia ocupa la vivienda que habitan, es decir que puede ser propia, alquilada, prestada, y la no especificada.
 - **Ocupantes por vivienda:** Se refiere al número de personas que habitan la vivienda de forma habitual.
 - **Material de construcción del techo:** Se refiere al material sólido que predomina en el techo de la vivienda, sin tomar en cuenta el material de adorno como tejas, ni estructuras de soporte como vigas, traveses. Estas pueden ser de concreto, madera, cartón, lámina de asbesto, etc.
 - **Material de construcción del piso:** Se refiere al material que cubre la mayor parte del piso de la vivienda, este puede ser de tierra, cemento, loseta, etc.
 - **Material de construcción de las paredes:** Se refiere al material sólido que predomina en las paredes de las viviendas, sin tomar en cuenta los adornos que pudieran existir, para lo cual podemos encontrar tabique, cartón, adobe, lámina etc.
 - **Número de cuartos:** Hace referencia al total de cuartos con que cuenta una vivienda sin tomar en cuenta la presencia de la cocina y el baño.



- Manejo de la basura

- **Disposición de la basura:** Hace referencia a los hábitos de la familia para recolectar la basura, la cual puede ser en bolsa o botes tapados o sin depósito.
- **Eliminación de la basura:** Hace referencia a la frecuencia con que se elimina la basura, la cual puede ser quemada, enterrada, eliminada con los recolectores etc.

- Disponibilidad del agua

- **Tipo de instalación de agua con que se cuenta:** Hace referencia al acceso que tiene la familia para el uso de agua proveniente de las redes de abastecimiento público.
 - a. **Agua intradomiciliaria:** Hace referencia al acceso que tiene la familia en presencia de instalaciones dentro de la casa, es decir que las tuberías llegan hasta la cocina y el baño.
 - b. **Agua extradomiciliaria:** Hace referencia al acceso que tiene la familia en la cual las instalaciones se encuentran.
- **Tipo de agua para beber:** Se refiere al tipo de agua que ingiere la familia para beber, esta puede ser filtrada, tratada químicamente, hervida, del garrafón etc.

- Tipo de fauna: Se refiere a la presencia de algún tipo de animales, los cuales se encuentran conviviendo con los habitantes de la vivienda, estos pueden ser:

- **Fauna doméstica:** Se refiere a la presencia de una mascota dentro de la vivienda la cuál puede ser perros, gatos, aves de corral, pájaros, etc.
- **Fauna nociva:** Se refiere a la presencia dentro de la vivienda de algunos animales nocivos como son cucarachas, ratas, moscas, chinches, etc.

5. Atención a daños

- **Seguridad social:** Se refiere a si la familia es derechohabiente de alguna institución de servicios de salud.



- **Tipo de seguridad social:** Se entiende como un sistema que proporciona diferentes prestaciones a los trabajadores y sus familiares, se tiene como ejemplo al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y otros.
- **Servicios a población abierta:** Son aquellos proporcionados por instituciones que no brindan seguridad social, se cuenta entre ellas a la Secretaría de Salud (SS), Cruz Roja Mexicana, los Dispensarios Religiosos, Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Clínicas Multidisciplinarias de la UNAM, etc. Prestan servicio a cualquier persona que lo solicite y dependen del Estado o de la Beneficencia Pública y generalmente son de bajo costo.
- **Medicina privada:** Son los servicios médicos que no pertenecen a la seguridad social y cuyos honorarios son establecidos por el propio profesional y frecuentemente son altos.
- **Medicina alternativa:** Son los servicios de atención a la salud no siempre reconocidos como verdaderamente eficaces ni científicos, frecuentemente prestados por individuos no profesionales de la medicina a veces utilizados por tradición cultural. Entre estos servicios se encuentran prácticas como las de los yerberos, parteras empíricas, hueseros, etc.
- **Automedicación:** Se refiere a la ingesta de medicamentos sin prescripción médica, ya sea por iniciativa propia o por dirección de otras personas.

6. Daños a la salud

- **Morbilidad:** Se refiere a la presencia de algún tipo de enfermedad que presenta la población en un lugar y tiempo determinados.
- **Mortalidad:** Se refiere al número de defunciones que presenta la población en un lugar y tiempo determinados.



V

GUÍA PARA AL ELABORACIÓN DEL FAMILIOGRAMA

Familiograma: Instrumento que a través de símbolos describe los componentes estructurales y funcionales de una familia.

Componentes

1. Datos de identificación

Presenta:

- Nombre de la familia
- Fecha

2. Diagrama

Presenta en la familia. Figura 1.

- Símbolo masculino a la izquierda y el femenino a la derecha.
- Dentro de cada símbolo se coloca la edad.
- La fecha de nacimiento de cada integrante de la familia se sitúa a la izquierda.
- Fuera del símbolo, a la derecha, se colocan las enfermedades crónicas, o dato de importancia personal. Es conveniente usar abreviaturas para no saturar el área.
- Se representa con línea continua todos los integrantes que viven en el hogar.
- Las personas casadas se reconocen por dos líneas verticales unidas por una horizontal, si una pareja mantiene una relación estable, pero no están legalmente casados, se establece una línea de unión discontinua.
- Para indicar la interrupción del matrimonio se trazará una línea inclinadas sobre la línea horizontal y dos líneas en caso de divorcio.
- Deben presentarse las uniones de las parejas con fecha de inicio y disolución si es que las hubiese.



- Hijos se colocan de izquierda a derecha y de mayor a menor, uniéndolos con una línea vertical a la horizontal del matrimonio.
- Para señalar un fallecimiento se señala con una “X” dentro y la fecha de fallecimiento se sitúa a la izquierda del recuadro o círculo perteneciente.
- Para señalar las personas que viven en el mismo hogar, se traza una línea discontinua alrededor de todos los integrantes que habitan dicho hogar.

3. Narración

En esta sección se describen los elementos más importantes que permiten el entendimiento de las relaciones y posiciones de los diversos miembros de la familia.

4. Interpretación

En este momento se realiza la organización, análisis e interpretación de las siguientes áreas:

- Repetición de patrones familiares o lo largo de las generaciones
- Crisis familiares
- Patologías relevantes en el grupo familiar.

Para la representación del Familiograma se recomiendan la siguiente simbología:



ANEXOS

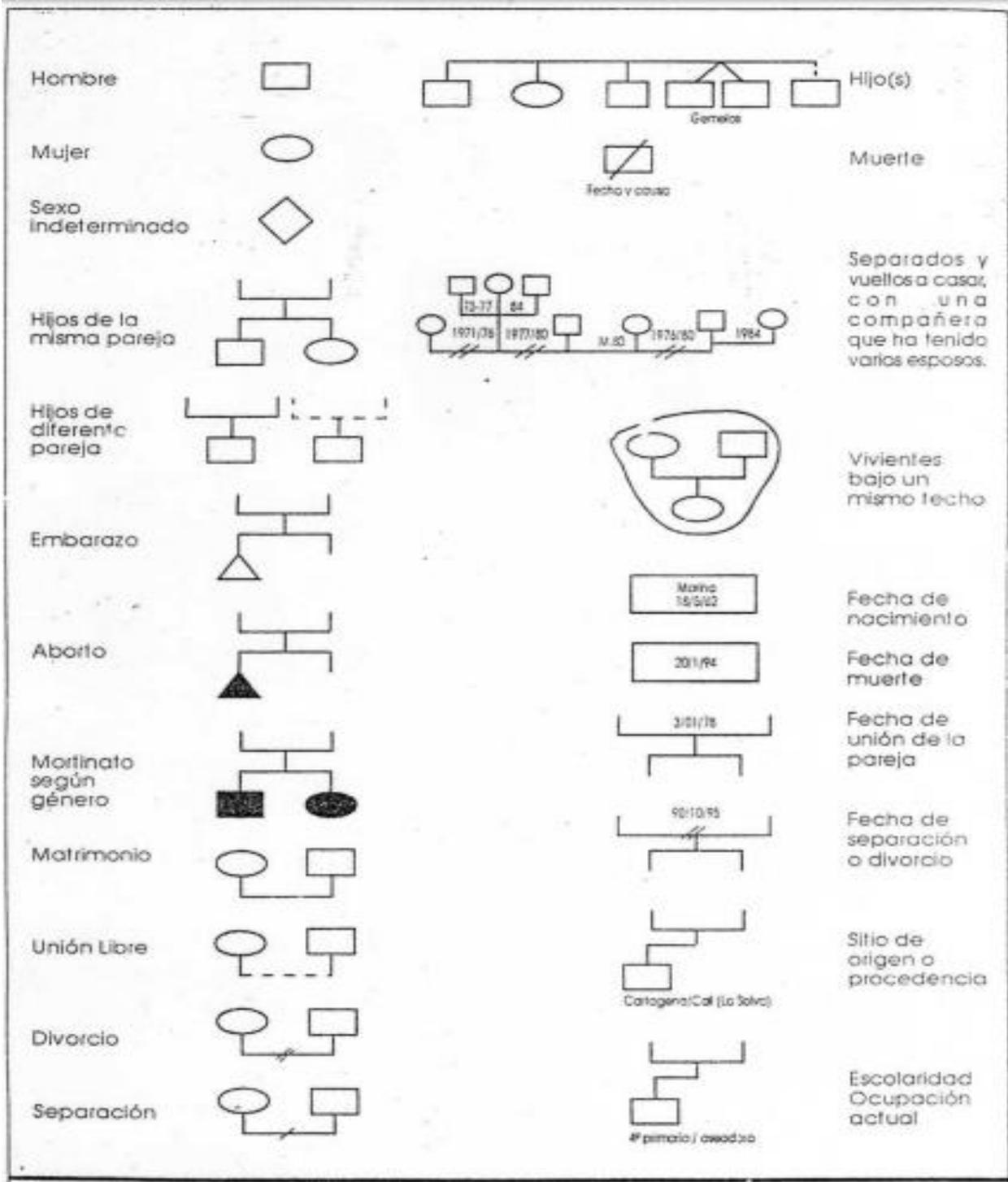


Figura 1. Simbología empleada en el genograma. Tomado de: De la Revilla A.L. EL genograma: cómo realizarlo. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Ed. Doyma. Barcelona, España, 1994. Págs. 101-123.

