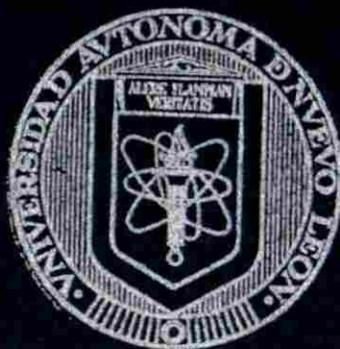


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO



**"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO
DEL ROL AMPLIADO DE LA ENFERMERIA
COMUNITARIA"**

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

Lic. en Enf. Sofia Maribell Espinoza Cruz

MONTERREY, N.L.

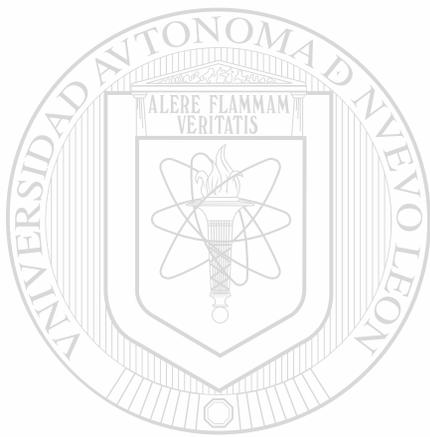
AGOSTO DE 1992

TM

RT98

E8

c.1



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UANL

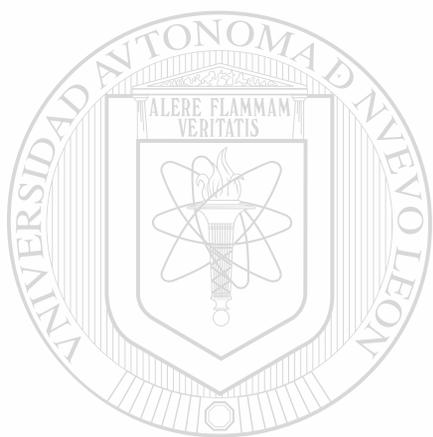
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



TM
RT 98
F8



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



(70856)

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO DEL ROL AMPLIADO DE LA ENFERMERIA COMUNITARIA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

Lic. en Enf. Sofia Maribell Espinoza



MONTERREY, N.L.

AGOSTO DE 1992

10120

A



**"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO DEL ROL
AMPLIADO DE LA ENFERMERIA COMUNITARIA"**

ALUMNA:

UANL

LIC. ENF. SOFÍA MARIBELL ESPINOZA CRUZ

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ASESOR:

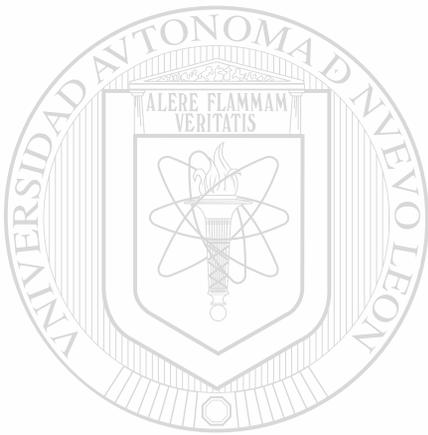
LIC. ENF. ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES

MONTERREY, N.L., MEXICO

AGOSTO DE 1992

NOTA DE APROBACION:

Aprobada



COMISION DE TESIS:

UANL

Esther C. Gallegos Cabriaes
LIC. ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Dora Elva Silva Luna
LIC. DORA ELVA SILVA LUNA

Ma. del Refugio Duran Lopez
LIC. MA. DEL REFUGIO DURAN LOPEZ

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

POR HABERME DADO LA VIDA PERMITIENDOME
ASÍ PODER DISFRUTAR DE LAS COSAS BELLAS
Y POSITIVAS QUE DIOS NOS BRINDA, PORQUE
SIN ELLOS NO SERÍA NADA, POR SU APOYO Y
CONFIANZA, GRACIAS...



A MIS HERMANOS:

QUE DE ALGUNA MANERA ME HAN AYUDADO A SEGUIR -
ADELANTE, SIN PERMITIR QUE LAS ADVERSIDADES DE LA
VIDA ME DETUVIERAN EN UN MOMENTO DADO Y POR
MUCHAS COSAS MÁS.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Y A TODOS AQUELLOS QUE:

A TRAVÉS DEL CAMINO ME HAN DADO AYUDA
MORAL Y ECONÓMICA Y QUE SE INTERESARON
EN FORMA GENUINA EN QUE SIGUIERA ADE-
LANTE.

AGRADECIMIENTOS

A LA FUNDACIÓN W. K. KELLOGG QUE A TRAVÉS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA U.A.N.L. POR MEDIO DEL PROGRAMA "DESARROLLO E INNOVACIÓN DE ENFERMERÍA" ME PROPORCIONARON LOS MEDIOS PARA CUMPLIR UN SUEÑO.

A LA UNIVERSIDAD REGIONAL MIGUEL HIDALGO DE Cd. MADERO, TAMAULIPAS, POR EL APOYO QUE DA A SUS PROFESORES PARA SEGUIR SUPERÁNDOSE.

A LA LIC. ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES POR LA OPORTUNIDAD DE APRENDER ALGO DE SUS VALIOSAS ENSEÑANZAS.

A MIS MAESTROS: POR SU PACIENCIA Y POR HABERME TRASMITIDO SUS CONOCIMIENTOS PORQUE SIN SU AYUDA NO PODRÍAMOS SEGUIR ADELANTE.

A MIS COMPAÑERAS: POR SU GRAN APOYO Y POR TODOS LOS MOMENTOS QUE COMPARTIMOS JUNTAS CONVIRTIENDO NUESTRA UNIÓN EN ALGO INOLVIDABLE.

A MIS AMIGAS ELVIRA, ROSALVA, ROSA, BEATRIZ, SOCORRO Y ANITA, POR SEGUIRLO SIENDO SIN IMPORTAR TIEMPOS NI DISTANCIA, POR SUS CONSEJOS POSITIVOS, ENTUSIASMO Y APOYO.

A TODOS ELLOS, MIL GRACIAS

RESUMEN

El presente estudio se realizó para determinar en qué medida la formación, entrenamiento y comprensión de conceptos básicos por parte de la Enfermera Comunitaria repercute en su práctica profesional. El estudio se llevó a cabo con enfermeras profesionales asignadas al primer nivel de atención, de dos Jurisdicciones del área metropolitana de Monterrey, N.L., donde se desarrolla el rol tradicional y ampliado de enfermería respectivamente.

Los resultados obtenidos demostraron predominio de las enfermeras generales encargadas de la salud comunitaria, formación académica, así como entrenamiento y capacitación inclinados hacia el nivel curativo; así mismo la ausencia de características de profesionalismo y una aparente contradicción entre la comprensión de términos comunitarios con la práctica del rol ampliado de enfermería comunitaria. Se determinaron como obstáculos para la práctica, la falta de recursos, el desconocimiento del rol ampliado y la ausencia de participación comunitaria.

INDICE

PAG.

CAPITULO I.

INTRODUCCION	1
- Planteamiento del Problema	6
- Hipótesis	7
- Objetivos	7
- Importancia del estudio	8
- Limitaciones del estudio	8
- Definición de términos	9

CAPITULO II.

MARCO DE REFERENCIA

- Introducción	13
- Evolución de las funciones de Actividades de Enfermería del Siglo IV a la Epoca Contemporánea.	14
- Surgimiento de la Enfermería Comunitaria en México.	19
- Estrategias y Políticas de Atención Primaria en América Latina.	22
- El rol ampliado y traslape de funciones.	27
- Enfermería Comunitaria (La comunidad como cliente).	32

CAPITULO III.

METODOLOGIA

- Sujetos** 37
- Materiales** 38
- Procedimientos** 40

CAPITULO IV.

- RESULTADOS** 42

CAPITULO V.

- DISCUSION** 63
 - Interpretación de Resultados** 63
 - Conclusiones** 67
 - Recomendaciones** 68

- BIBLIOGRAFIA** 70

- ANEXOS** 75

- ANEXO NO. 1 CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS** 75

- ANEXO NO. 2 INSTRUCTIVO PARA RECOLECCION DE DATOS** 86

- ANEXO NO. 3 GRAFICAS (1 - 20)** 92

- ANEXO NO. 4 PROGRAMA DE PROCESAMIENTO DE DATOS** 121

CAPITULO I

INTRODUCCION

Las políticas actuales de salud comprometen a la Enfermería a priorizar sus acciones y dirigirlas hacia la comunidad, lo que hace necesario investigar si los roles y funciones desempeñados por enfermería comunitaria corresponden al rol ampliado; así también si la formación y comprensión de los conceptos básicos de enfermería facilitan su desempeño para el logro de los objetivos establecidos en el Programa Nacional de Salud.

Los objetivos del Programa Nacional de Salud 1990-1994 (Diario Oficial, 1991) se enfocan a proporcionar servicios de salud, asistencia y seguridad social a todos los mexicanos de tal manera que el servicio prestado sea oportuno, eficaz, equitativo y humanitario para que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de vida.

Para que dichos propósitos se lleven a cabo se necesita de la colaboración de las comunidades, el mejoramiento de la calidad de los servicios, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud y que se descentralicen y consoliden en los Estados y Municipios los servicios de salud.

El concepto de salud que se maneja en todos estos planteamientos se refiere "no sólo a la ausencia de enfermedad sino

a un estado de bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su desarrollo".

Este enunciado da la idea que la salud no resulta del sólo progreso económico y social, sino que requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad, vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas y en diversos medios como son: el hogar, el trabajo y el medio ambiente donde pueden estar expuestos a distintos riesgos.

A través de los esfuerzos y progresos realizados en la última década en las zonas marginadas urbanas y rurales, aún no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud ni la calidad deseada. Subsisten importantes limitaciones en el suministro de medicamentos, materiales de curación, equipo e instrumental médico, así como insuficiencia de medios para su mantenimiento.

Además de los suministros el personal capacitado es aún escaso para detectar necesidades y satisfacerlas. Esta situación se hace evidente en las ocho Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León. Para una población de tres millones de habitantes, se cuentan con 681 personal de enfermería de atención primaria, ciento diez (16.1%), son enfermeras generales, 305 (44.7%), pasantes de enfermería y 226 (33.1%), auxiliares de enfermería, (INEGI,

1990), si se compara esta cifra en relación al criterio de la OPS (1987) que establece la relación de 1 Enfermera por 5000 habitantes, se deduce que el recurso humano de enfermería es insuficiente para la población. Además, una parte importante de la atención primaria está en manos de personal con poca experiencia profesional y estudios mínimos, para entender y enfrentar con profesionalismo los problemas comunitarios de salud caracterizados por una alta complejidad. Recientemente el Colegio Nacional de Enfermeras y la Federación Nacional de Escuelas y Facultades de Enfermería reconocieron como realidad que la mayoría del personal de enfermería está concentrado en los hospitales. (C.N.E., Fed. Nac. de Esc. y Fac. de Enf., 1988). En las unidades de atención primaria por cada enfermera titulada existen cuatro o cinco auxiliares de enfermería, lo que favorece que el personal menos calificado lleve a cabo las funciones de prevención y promoción para la salud, dando una imagen poco real de lo que es la enfermería comunitaria profesional (Alonso, 1987).

El trabajo de enfermería en las comunidades de Monterrey, Nuevo León, México, se ve afectado por diversos factores según se ha podido observar. La enfermera profesional no percibe a la comunidad en forma total y su quehacer lo centra únicamente en el cumplimiento de metas de los programas prioritarios. Estos programas de salud son verticales, planeados a nivel

central y hacen uso de normas rígidas para su operación. A nivel de las unidades aplicativas, las enfermeras deberán sujetarse a la norma que corresponde y no a la realidad de las comunidades.

Otro aspecto importante a considerar es el tipo de formación que tienen las enfermeras en la carrera. La mayoría de ellas son educadas con planes de estudios que no comprenden los elementos de la atención primaria, por lo tanto, desconocen las funciones ampliadas de la enfermera a este nivel. El personal de enfermería al ingresar al sistema de la Secretaría de Salud recibe un entrenamiento que teóricamente le capacita para desempeñar el tipo de trabajo que se les asigna institucionalmente.

Un estudio publicado en 1988 por el Colegio Nacional de Enfermeras, reportó que la mayoría de las Escuelas de Enfermería con que cuenta el país, posee curriculas orientadas al proceso curativo, olvidando o dejando de lado el proceso preventivo. Esto explica el desconocimiento de las funciones de prevención y promoción.

Una de las Instituciones que se ha visto envuelta en la transformación de esa realidad, es la Universidad Autónoma de Nuevo León a través de la Facultad de Enfermería, en esta escuela se han establecido programas de salud en conjunto con la Secretaría de Salud como el Programa de Salud Guadalupe

(1976) y el Programa Desarrollo de Enfermería (1978), con los cuales se buscan modelos innovadores de prestación de servicios en los que se demuestra que enfermería puede contribuir a mejorar el nivel de salud de la población, ampliando sus roles y funciones con base en los conceptos de atención primaria.

Los esfuerzos de la U.A.N.L. son tan importantes que necesitan de la ayuda que puedan aportar los profesionales de enfermería, de manera que la atención primaria logre sus objetivos y para que esto sea posible el profesional de enfermería deberá clarificar sus posiciones en relación al desempeño del rol y sus funciones ante los miembros del grupo multidisciplinario de salud, de los mismos profesionales de la enfermería y la comunidad a la que sirve.

En el año de 1978 en una reunión de expertos en Ciencias de la Salud efectuada en Washington, D. C., se señaló que la problemática de salud descrita para México no es de su exclusividad, sino que es un problema mundial que enfrentan los gobiernos que intentan ofrecer una mejor y más igualitaria atención. En este contexto se espera que los profesionales de enfermería se comprometan con la atención primaria como una de las formas más efectivas en el mejoramiento del nivel de salud de la comunidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ampliación de las funciones de enfermería en la comunidad tiene como foco contribuir en forma específica a la consecución de la salud de la población; sin embargo, el carácter institucional del ejercicio profesional la misma educación formal y entrenamiento ó servicio de las enfermeras pueden estar limitando el desempeño de estas profesionales, así como la cantidad y calidad de servicios de salud disponibles para los usuarios. La interacción entre los factores enunciados establece llevar a cabo la investigación con el siguiente propósito: Determinar en qué medida la formación y entrenamiento, así como comprensión de conceptos básicos de la enfermería comunitaria se relacionan con la formas de práctica profesional que se dan en los servicios de primer nivel. Asi mismo determinar los factores que limitan el cumplimiento del rol ampliado de la enfermería comunitaria.

La pregunta de investigación surge de la siguiente forma:

¿Que relación guarda la formación y la comprensión de conceptos básicos de enfermería en las formas de práctica profesional y cuales son los factores que limitan el cumplimiento del rol ampliado de la enfermería comunitaria?

HIPOTESIS

H₁ La formación y entrenamiento son insuficientes para habilitar a la enfermera en el diagnóstico de necesidades y problemas.

H₂ La comprensión limitada del rol ampliado de enfermería a nivel comunitario reduce la práctica profesional de la enfermera en poblaciones urbano-marginadas.

OBJETIVOS

1.- Identificar si los roles y funciones que la Enfermería comunitaria desarrolla en su área de trabajo se relacionan

con el modelo teórico de la comunidad.

2.- Determinar si existe diferencia entre el ejercicio profesional desarrollado por el personal según nivel de preparación.

3.- Identificar los factores que limitan el desempeño del rol ampliado de la Enfermería Comunitaria en las áreas marginadas.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El estudio proporciona una valoración externa de los roles donde se identifican las áreas débiles de la enfermería, así mismo permite ver la factibilidad de incorporar el modelo teórico a la práctica profesional de la enfermería comunitaria, a través de la reorganización de las actividades y funciones que realiza el personal de enfermería. El estudio permite visualizar que es posible complementar las actividades en función del modelo, para llevarlas a la práctica se requerirá de entrenamiento del personal.

El señalar las ausencias y limitaciones contribuye a qué, corrigiéndolas, se obtenga un beneficio para el paciente al proporcionar servicios de mayor calidad.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
LIMITACIONES DEL ESTUDIO ®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

a) La resistencia natural de los individuos que son sujetos a investigaciones frecuentes. b) El tipo de estudio impide que los resultados se puedan generalizar. c) El instrumento utilizado no permitió evaluar las variables en forma más profunda.

DEFINICION DE TERMINOS

Formación de Enfermería.-

Es la educación formal que el profesional de enfermería ha recibido para desarrollar acciones de enfermería dentro del primer nivel de atención comunitaria.

Entrenamiento de Enfermería.-

Se refiere a la capacitación que el profesional en servicio de enfermería recibió con el fin de mejorar sus habilidades y destrezas así como su conocimiento científico, para el mejor desempeño de sus funciones dentro de la atención primaria.

Proceso de Atención de Enfermería Comunitaria.-

Se refiere a la serie de pasos lógicos y sistematizados que llevan al desarrollo eficaz de las actividades de enfermería, para la satisfacción de necesidades y solución de problemas de la comunidad.

Comprensión.-

El grado de penetración que tiene la(el) enfermera(o) sobre los conceptos básicos de: individuo, salud, rol ampliado, funciones de enfermería y enfermería comunitaria.

Rol Ampliado de Enfermería.-

Es el conjunto de funciones que permiten a la enfermera desarrollar una serie de actividades para prevenir la enfermedad, preservar o restituir la salud de los individuos, grupos, familia y comunidad a través del proceso de atención de enfermería. Cuidado que va más allá del cumplimiento de programas de salud prioritarios.

Rol tradicional.-

Está determinado por el conjunto de funciones establecidas por el sector salud que permiten a la enfermera desarrollar actividades no siempre diferenciadas de otros profesionales y que tienen como función el mejoramiento del estado de salud de una comunidad.

Comunidad.-

Se determina como el grupo de personas unidas por características afines (necesidades de salud).

Enfermera Comunitaria.-

Es el profesional especializado en salud comunitaria encargado de lograr el bienestar óptimo de las comunidades a través de actividades de promoción, prevención, de acuerdo a las demandas comunitarias.

DEFINICION DE ROLES SEGUN MODELO DE LA COMUNIDAD COMO CLIENTE

Consultora.-

Proporciona información al grupo multidisciplinario y al usuario sobre situaciones de salud que influyen en la salud de la comunidad.

Coordinador.-

Facilita y fomenta el desarrollo de las capacidades del personal de Enfermería y usuarios para la toma de decisiones respecto a la salud y auto-cuidado.

Suministrador.-

Suministrador de servicios, brinda atención directa, integral al individuo, familia y comunidad como un todo.

Educador.-

Tiene como función la enseñanza de salud dirigida hacia el paciente y familiar de comprometerse al auto-cuidado.

Investigador.-

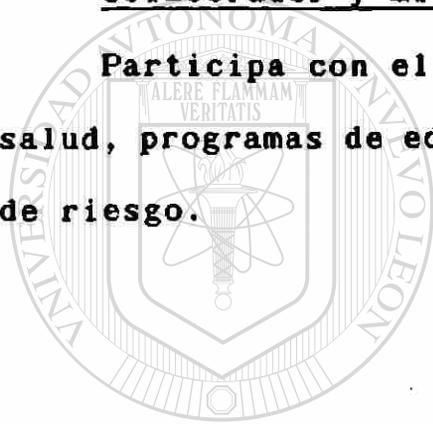
Como investigador la Enfermera Comunitaria busca introducir nuevos conocimientos científicos que permitan cambios a la práctica y producir innovaciones para mejorar la atención de salud.

Representante de la Comunidad.-

Tiene como finalidad de defender los derechos del usuario en la Institución de Salud y fuera de ella, así como vigilar que se haga uso adecuado de todos los recursos disponibles en el Servicio y la comunidad para satisfacer necesidades y problemas de la comunidad a la que sirve.

Colaborador y miembro del equipo.-

Participa con el grupo multidisciplinario en campañas de salud, programas de educación a grupos, informa sobre factores de riesgo.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA

1.- Introducción

La Enfermería Comunitaria es un campo particular de la profesión de Enfermería según se identifica a través de su evolución. Tanto Europa como Estados Unidos y Latinoamérica registran la actividad de las sanitaristas y salubristas como un elemento decisivo en la lucha contra las situaciones adversas a la salud de la población; las actividades que esas enfermeras realizaron se han modificado dependiendo de diferentes aspectos como las características de las comunidades, la participación de otro personal, pero sobre todo, de las políticas (gubernamentales o del sector privado) de salud, las que a su vez están determinadas por lo económico, lo cultural y lo tecnológico.

A partir de 1970, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestaron preocupación por modificar los sistemas de prestación de servicios, de manera que las grandes masas desprotegidas tuvieron acceso a algún tipo de atención aunque fuera mínima. Nacen así los programas de ampliación de cobertura, los que posteriormente se enriquecen y amplían al incorporar la estrategia de atención primaria en la búsqueda de salud para todos en el año 2000 (OMS, 1978).

Esta revolución en las formas y esencia de la prestación de servicios de salud coincide a la vez que energiza los cambios que la enfermería está llevando a cabo para responder a los requerimientos de las comunidades en materia de salud.

La ampliación del rol profesional es uno de los cambios fundamentales que la enfermera debe llevar a cabo en el contexto de las mudanzas filosóficas, conceptuales y legales en salud que se vienen dando en los diferentes países de América, México, entre ellos.

Considerando el propósito de este estudio, el marco de referencia se organizó de tal manera que se aborda en primer lugar la evolución de las funciones, segundo las actividades de enfermería comunitaria, tercero el surgimiento de la enfermería comunitaria en México, cuarto las estrategias y políticas de atención primaria que repercuten en el rol de la Enfermera Comunitaria y quinto la enfermería comunitaria teniendo a la comunidad como cliente.

2.- Evolución de las funciones y actividades de enfermería del siglo IV a la época contemporánea

Las funciones realizadas por las enfermeras en favor de la salud pública y cuidados de prevención, han evolucionado a lo largo de la historia; haciendo una revisión del desempeño de

esas enfermeras a partir del siglo IV al siglo XX, se configura el perfil de enfermería reconociendo que está determinado por los factores culturales, económicos y políticos de cada época.

Según Frank y Elizondo (1975) en la Europa del siglo IV al siglo VII la enfermera visitadora desarrolló funciones de carácter doméstico como: velar el sueño de los enfermos, asear la vivienda, lavar la ropa del paciente, cuidar de los niños y preparar los alimentos. Esta situación se explica por la condición de la mujer en esa época, a la que se le confiaba el cuidado de los enfermos por sus características femeninas de amor, caridad y bondad.

En el período comprendido del siglo VIII al XIII no se registró actividades sobresalientes de las enfermeras visitadoras, ya que, la edad media se caracterizó por enfrentamientos constantes entre los feudos, lo que fomentó más la curación que la prevención de las enfermedades.

En el lapso del siglo XIV al XVIII, un grupo de Enfermeras visitadoras llamadas la Begüinas logran que la actividad sea remunerada por parte de la comunidad, agregando a las funciones de tipo doméstico, las de distribución de alimento, vestido y provisiones.

Los siglos XIX y XX son significativos para la enfermería por la labor de Florencia Nightingale. La Señorita Nighthingale introduce el concepto de sanidad al reconocer que el nivel

de higiene del medio ambiente tiene un efecto directo en el estado de salud de los individuos. Surgen así las funciones de control del medio a través de la higiene y ventilación de las habitaciones del enfermo, así como el control y vigilancia de las enfermedades infecto contagiosas.

En Estados Unidos la introducción de los conceptos de Nighthingale provocan cambios en las actividades de Enfermería, de tal forma que, Lilliana Wald y Mary Brewster conmovidas por las condiciones inhumanas en las que vivían la mayoría de las familias y lo inaccesible de los servicios médicos para las clases bajas, se trasladadas a vivir a los barrios más pobres de Nueva York, con el fin de proporcionar servicios de Enfermería.

A través de su práctica, se reconoció que la simple sanidad no es suficiente para satisfacer necesidades, por lo que surgió como respuesta la salud pública. La atención pública definió las funciones de promoción del uso de los servicios, control de las enfermedades, educación para la salud y orientación nutricional, mismas que eran desarrolladas durante la visitas domiciliarias por el personal de enfermería, creándose así la Especialidad de Salud Pública.

En América Latina, Olga Verderese (1982) señala que en el período de 1900 a 1930 la práctica de salud estuvo centrada a nivel hospitalario y la salud pública se enfocaba hacia el saneamiento y vigilancia de puertos, sin intervención del

personal de Enfermería.

Es hasta el final de éste período, que se inicia la actividad de salud pública por enfermería a través de las visitadoras sanitarias y comadronas quienes atendían a los subempleados, desempleados y parias.

Entre 1930 y 1960 América se ve afectada en su comercio de exportación, por lo que refuerza su comercio interno. La práctica de salud pública posee un enfoque individualizado, por vez primera se separa el área curativa de lo preventivo, esto originado por la formación de ministerios de salud los que a su vez crean los Centros de Salud, dando pie a los servicios especializados de enfermería con cursos post-básicos de enfermería en Salud Pública, mediante lo cual se asienta el precedente para la formación de enfermeras con esa especialidad, las que realizaban funciones de visitadora sanitaria, con el fin de proporcionar orientación, educación higiénica y nutricional en el área urbana.

Para el área rural se empleó personal auxiliar de enfermería y parteras empíricas con adiestramiento; a finales de 1960 la enfermera desarrolló funciones de administración, supervisión y enseñanza de personal auxiliar.

El período 1960 a 1978 se caracterizó en lo económico por la hegemonía del sector industrial; en el campo de la salud, se busca mantener funcionando la fuerza de trabajo, por lo que se

construyen gran número de hospitales, lo que favorece que un 80 a 90% del personal de enfermería se concentre en ellos. Para finales de 1972 surge una crisis alimentaria, debido a que el campesino atraído por la supuesta bonanza industrial, emigra a las ciudades abandonando el campo. Ya en la ciudad reclama servicios al gobierno el que crea estrategias como dar mayor incentivos al área agrícola y ampliar la cobertura de salud a las zonas rurales y áreas urbano-marginadas.

La estrategia de ampliación de cobertura favoreció el nacimiento de lo que ahora se conoce como enfermería comunitaria. En el año de 1978 la práctica de enfermería comunitaria integró el concepto de la atención primaria y reconoció la necesidad de planificar y organizar los servicios de enfermería en función de las necesidades de salud de la comunidad.

En el período de 1978 a 1991 América atravesó por una crisis económica, social y política que afectó el desarrollo de todas las profesiones, la enfermería entre ellas. Se presentó decrecimiento de los recursos humanos; los esfuerzos por promover la profesionalización fueron mínimos, se observó una baja visible de ingresos a programas de nivel universitario, escasa oportunidad para acceder a programas de especialización, así como reducida oferta de programas de post-grado.

Esto para la generalidad de los profesionales de enfermería, ya que existen grupos minoritarios dentro de la profesión,

que han podido obtener logros significativos en cuanto al desempeño de funciones. Ciertamente es que estos años han sido difíciles, pero curiosamente, es cuando esos pequeños grupos de profesionales de la enfermería ha ejecutado acciones que redundan en el fortalecimiento del área comunitaria enfatizando el renglón de la calidad y cantidad de la atención del primer nivel de salud, considerando que ésta es el punto medular para hacer llegar el cuidado de la salud equitativamente para las áreas marginadas de la población. (Souza, 1992).

3.- Surgimiento de la Enfermería Comunitaria en México

La Enfermería Comunitaria tiene su antecedente en la Tlamatquicitl o partera azteca; refieren Castañeda, Hernández, Tezoquipa, Avila y Mc. Dermitt, (1986) que la Tlamatquicitl ocupaba un lugar privilegiado en la sociedad azteca. A través de las visitas domiciliarias buscaba mejorar la salud de la comunidad llevando a cabo funciones de educadora, consejera en asuntos matrimoniales, sexuales, orientación y control del embarazo, saneamiento de la vivienda y del medio ambiente.

En la época colonial la primera visitadora Iberoamericana fue Isabel Cendala Gómez quien introduce el control y vigilancia de las enfermedades infecto-contagiosas debido a un brote de viruela en el país (Lopez, 1985).

Durante la Revolución e Independencia debido a los enfrentamientos constantes se observa más la atención curativa que la preventiva.

López (1985) señala que en 1907 por primera vez se formaliza la educación de Enfermería en México, pero no es, sino hasta 1920 según Pérez Loredo (1983) cuando se inician la educación sanitaria a la población, por medio de las visitas domiciliarias, dando educación y orientación sobre medidas higiénicas y nutricionales, funciones que persisten hasta 1929.

Entre 1930 y 1939 se desarrollan roles de investigador y administrador con funciones como fijar cuotas de recuperación y educación higiénica en el hogar. En este período se fundan los Centro de Salud y se prepara personal especializado de enfermería para hacerse cargo de las oficinas de Enfermería Sanitaria. La Enfermería Sanitaria cuenta ya con esa época con 659 enfermeras en todo el país , quienes desarrollan funciones de vigilancia y control de enfermedades transmisibles, saneamiento del medio ambiente, educación higiénica materno-infantil y escolar. Actividades que continúan hasta 1950.

Para 1950 la Jefatura de Enfermería de la S.S.A, incluye la función de estudiar la comunidad con el fin de que dé las bases para la planeación de trabajo de enfermería, además de proveer asesoría en el área técnica a través de la formulación de programas y elaboración de manuales y normas.

Para 1960 las funciones de enfermería se centran en la administración, supervisión y asesoría a nivel nacional de los Centros de Salud. En 1970 se encuentra consolidada la Organización de la Enfermería Sanitaria en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, desarrollando funciones de administradora y supervisora de los servicios de Salud Pública, asesorando en la elaboración de programas y procedimientos técnicos.

Los cambios de políticas de salud a finales de la década de los 70's eliminan el control ejercido de Enfermería dentro de la Salud Pública, integrándola a una participación multidisciplinaria donde desarrolla solamente acciones preventivas y de fomento a la salud.

De 1970 a la fecha las actividades de Enfermería Comunitaria determinadas por la Secretaría de Salud son: apoyo a la consulta, curación y ministración de medicamentos indicados por el médico, referir pacientes al centro de salud, proporcionar información al resto del equipo, participación en enseñanza, manejo de biológico, elaboración de diagnóstico de salud y visitas domiciliarias. Estas actividades limitan el rol de la enfermería comunitaria. (Manual de actividades del personal de la S..S. 1980).

En general existe similitud tanto en Europa como en América sobre los orígenes de la Enfermería Comunitaria, ésta es una síntesis de la Enfermería Sanitaria y la Enfermería en

Salud Pública. La Enfermería Sanitaria aportó funciones como: participación en campañas preventivas, higiene materno infantil y escolar, vigilancia y control de transmisibles y promotora del ahorro familiar. La Enfermería en Salud Pública desarrolló la educación higiénica y nutricional, saneamiento ambiental, organización y supervisión en áreas técnicas y estudios de comunidad. En cuanto a la Enfermería Comunitaria, inició el trabajo multidisciplinario, la planificación y organización de servicios, preparación y supervisión del personal e inicia con la investigación.

4.- Estrategias y políticas de atención primaria en América Latina.

Las estrategias de salud se dan a mediados del siglo a través de la ampliación de la cobertura de salud, lo que favorece un crecimiento numérico del personal de Enfermería.

Chompre, Monterrosa y Lange (1991) señalan que hay ausencia de políticas formuladas por enfermería, lo que impide que enfermería acompañe exitosamente los movimientos de ampliación de los servicios de salud.

Actualmente Gobiernos y O.M.S. con el fin de cumplir su compromiso de hacer llegar la salud a todos los individuos, consideraron al grupo de enfermería para alcanzar dichas metas, esto debido a que enfermería es el grupo más numeroso del

sector salud que esta en contacto directo con las comunidades al respecto la O.M.S. (1978) indicó que enfermería puede contribuir a extender la cobertura a toda América Latina mediante la educación, investigación y administración de los servicios de salud, pues posee la experiencia de siglos como encargada de la salud de la población.

Enfermería al comprometerse con la comunidad deberá de redefinir sus áreas de ejercicio profesional teniendo que integrar a la práctica, la docencia y la investigación. Como partes del rol ampliado de enfermería según la OMS/OPS indican que las funciones desarrolladas por enfermería, estan centradas en las necesidades de la comunidad, apoyándose en su propia capacidad y autodesarrollo para participar activa y concientemente en la solución de sus problemas. El proporcionar apoyo educativo a la comunidad sobre salud será una función importante. El compartir conocimientos y tecnologías de enfermería con los conocimientos tradicionales de la comunidad, permitirá incrementar cuantitativa y cualitativamente la capacidad de las comunidades para atender la propia salud.

La práctica de enfermería debe por consiguiente estar en relación de la realidad existente en las comunidades, principalmente protegiendo a los grupos vulnerables y de alto riesgo, mejorando las condiciones del medio ambiente que pueden constituir riesgos como; la pobreza, desnutrición, fallas de

saneamiento y agua potable.

Para que esta realidad sea comprendida es necesario una investigación de la población donde se analicen las necesidades y problemas reales y potenciales de la comunidad, de modo que se puedan determinar las áreas y/o funciones (rol) que requieran expanderse o ampliarse para que enfermería realmente contribuya a la satisfacción de las necesidades de salud comunitarias.

El C.N.E. señala que las funciones que deberá asumir enfermería son: la docencia, con el fin de asegurar el crecimiento del estudiante al perfeccionar los métodos de enseñanza-aprendizaje que se emplean en la capacitación del personal profesional, técnico y auxiliar; la administración, que le exige a la enfermera el desarrollo de habilidades que aseguren efectiva utilización de los recursos materiales, financieros y técnicos y la investigación de los servicios de enfermería que permitirá cambios más acertados al introducir nuevos conocimientos científicos en la práctica y producir innovaciones para mejorar la atención de salud.

Alonso (1989) señala que existen declaraciones y políticas de salud que apoyan la necesidad de extender el rol de enfermería, como una estrategia viable que de respuesta a la extensión de cobertura de servicios de salud, haciendo llegar la atención primaria a la población más desprotegida. En cuanto a la

atención primaria, el manifiesto de Alma Ata (Diario Oficial de la Nación, 1991). Denota que la atención primaria de salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad la asistencia de salud indispensable en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con plena participación. La atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de servicios básicos de salud, abarca factores sociales y de desarrollo, lo cual si se aplica apropiadamente influye en el resto del sistema de salud.

En base a la declaración de Alma Ata, y como miembro de organizaciones internacionales (OPS/OMS), México ha plasmado sus políticas y estrategias de salud en el Plan Nacional 1990-1994; Valdez y García, (1991) refieren que México busca con el plan de salud congruencia entre las demandas de la población y

la estructura de salud para lo cual establece políticas como:

- a) El fomento de la cultura de salud, b) Acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad, c) Prevención y control de enfermedades y accidentes, d) Prevención y control de enfermedades y accidentes, d) Protección del medio ambiente y saneamiento básico, e) Impulso a la asistencia social.

Bajo ese contexto, la enfermería en México juega un papel importante en el cumplimiento de las metas de salud; Soberón, Herrera y Nájera (1984) indican que dentro de los diversas profesionales de la salud, enfermería es la profesión que mejor

se adapta a las diversas actividades de atención primaria por que está mas cerca de la población y reconoce sus necesidades y problemas de salud.

Por lo tanto, la enfermería como una actividad indispensable en el cuidado y atención de la salud, se deberá comprometer y solidarizar con las comunidades y grupos multidisciplinarios para que conjuntamente atiendan las necesidades de las comunidades desprotegidas a través de funciones de promoción de los servicios de salud, como medio de enlace de las formas autóctonas de la comunidad y motivadora de la comunidad para que participe en los programas de salud.

Soberón, et.al. (1984) denotan que los lazos tan estrechos que tiene la enfermera con la comunidad favorecen las expectativas del sector salud para propiciar la atención primaria. Establecen que el rol y funciones de enfermería estarán determinadas por tres factores: 1) Las transformaciones que ocurran en la práctica, 2) la percepción que enfermería tenga del rol que debe desempeñar, 3) Las expectativas de la comunidad.

En relación a los factores ya mencionados, el rol ampliado de enfermería no sólo cumple con la ampliación de las coberturas y el cumplimiento de metas de los programas, sino que va más allá, al valorar diagnosticar e intervenir necesidades y problemas no solamente de salud sino de carácter social,

económico y político a través de funciones de enlace de las formas autóctonas y el servicios institucionalizado de la comunidad y el sistema de salud, del sector salud y otros sectores, así como la coordinación y continuidad del cuidado de Enfermería y capacitación de asistencia primaria e investigación.

5.- El rol ampliado y el traslape de funciones

El rol de enfermería se ha ampliado tanto que está ocasionando que algunos profesionales de salud vean una invasión de su campo por enfermería, quien está retomando solamente algunos roles que por mucho tiempo fueron exclusivos de su grupo.

Botterworth (1988) explica que el traslape de roles que ha sufrido el profesional de enfermería es por promotores, trabajadores sociales y médicos, los que actualmente realizan funciones de educación, orientación y promoción de la salud comunitaria; para esto Carlisle (1990) concluye que el rol ampliado de enfermería proporciona destreza y conocimiento técnico y científico de las actividades y que la profesional de enfermería está absorbiendo funciones de salud sólo designadas para el personal médico como, el control total de la planificación familiar, D.O.C., control del embarazo y del niño sano, hasta llegar a indicar tratamientos pero sólo en aquellas áreas

marginadas donde no hay un médico.

Fatchett (1990) en relación al rol ampliado señala que la falta de brillo de la profesión se debe a la falta de claridad de los roles y funciones que provocan duplicidad con otros profesionales de la salud y que ocasionan que las actividades desarrolladas acertadamente por enfermería no sean consideradas por el sistema organizado de salud como parte de sus actividades.

La falta de políticas creadas por el grupo de enfermería y el traslape de funciones que se dan en las actividades de ésta, se suman a los obstáculos que la enfermera comunitaria enfrenta.

King (1981) resume en estudios de 1960 a 1980 que el rol ampliado de enfermería se ve afectado por los programas educativos formales orientados al aspecto curativo dejando de lado el aspecto preventivo unido a una práctica profesional normativa que establece funciones de enfermería que limitan el número, tipo y calidad de las funciones.

Kramer (1970) indica que existe discrepancia entre la enseñanza en el aula y la realidad a la que se enfrenta la enfermería, lo que provoca que experimente dificultad al conjugar lo teórico con la práctica, dando como resultado un deficiente desempeño de actividades, caso frecuente en nuestros profesionales de enfermería.

Otros estudios de Joos, Nilson y Lyness (citados por King, 1981) explican que la confrontación entre lo aprendido en el aula y la práctica real, provoca que el profesional de enfermería no vea claro su rol dentro del grupo multidisciplinario e incurra en traslapes, con otros profesionales del equipo de salud.

En México el traslape de funciones es un obstáculo al que se enfrenta la enfermería en el desarrollo de sus actividades, la duplicidad de funciones se favorece por la forma de trabajo del sistema de salud, los programas se caracterizan por ser verticales con actividades no diferenciadas excepto las del médico. Con el fin de evitar ésto se tendrá que investigar sobre los roles y funciones que están llevando a cabo la enfermera comunitaria de modo que determine la actividad de ésta, y pueda actuar eficientemente en la solución y satisfacción de necesidades y problemas de la comunidad.

Recientemente en la Conferencia Panamericana de Enfermería, Nelly Garzón, (1992) expuso que para clarificar el rol la enfermería comunitaria debe orientar sus funciones hacia:

- 1) La clarificación de la imagen y rol de enfermería en la sociedad, mantener una imagen corporativa de la profesión.
- 2) Afianzamiento de la auto-confianza para creer en nuestras capacidades potenciales y en la de los

demás.

- 3) El ganar y mantener la credibilidad entre el personal de enfermería y la comunidad en cuanto a la efectividad de los servicios.
- 4) Establecer relaciones entre el grupo multidisciplinario y otros grupos.
- 5) Apoyar y promover la participación comunitaria.

Estas estrategias deberán ser integradas a las actividades de enfermería de modo que permitan enfrentar el compromiso con las comunidades y dar un paso más firme hacia la profesionalización.

Entre los estudios que demuestran la importancia del rol ampliado se encuentran los referidos por Janeth Harrison y Mariana De Woer (1990), respectivamente presentan roles y funciones ampliadas de enfermería a través de las cuales se logró obtener cambios significativos de conducta y de prevención al solucionar problemas y necesidades de la comunidad.

Harrison (1990) en su estudio "La práctica forma de enfermería para ancianos" describe los roles de enfermería comunitaria que lograron fomentar el autocuidado del anciano, y mayor comprensión del anciano por su familia, entre ellos menciona el de visitadora (domiciliaria), consejera en (crisis familiar), educadora, orientadora y de enlace (entre recursos

extensos y la comunidad) este desarrollo del rol ampliado después de un año demostró como el trabajo constante comunitario con la familia y anciano reportó cambios significativos, favoreciendo el autocuidado del anciano logrando mayor interacción familia-anciano-comunidad para satisfacción de las necesidades.

De Wier (1990) presentó un estudio sobre violencia interpersonal, el estudio reportó roles ampliados de enfermería comunitaria, que eran necesarios integrar para satisfacer necesidades de salud. Primeramente durante las visitas domiciliarias detecta signos de violencia entre la población que atiende, se propone investigar la existencia de mas casos, encontrándose que esto es frecuente en la comunidad, por lo cual valoró los datos obtenidos de su investigación en la comunidad, los comparó con estadísticas del país y determinó la situación como un problema de salud real y potencial al que está expuesta la comunidad, a través del rol ampliado de enfermería, comienza a crear programas, primero de entrenamiento para enfermería con el fin de proporcionar la bases para evaluar, aconsejar e intervenir en casos de violencia, elaboró programas de prevención para los grupos en riesgo, a través de la promoción de estos programas. Durante las visitas domiciliarias, preparó al personal para proporcionar consejos psicológicos, morales y físicos, hasta llegar a la intervención

en crisis familiares.

Estos dos estudios muestran como la enfermera comunitaria identifica problemas de salud y busca formas de solución al problema de modo que pueda satisfacer necesidades de salud de su comunidad.

6. Enfermería Comunitaria (La comunidad como cliente)

Un modelo conceptual de enfermería es un conjunto de conceptos, sistemáticamente contruidos, científicamente fundamentados y lógicamente relacionados, que incluye los componentes esenciales de la práctica de enfermería. (Riehl, Roy 1980).

Elizabeth Anderson (1987) en el modelo de la comunidad como cliente contempla cuatro conceptos centrales sobre comunidad, salud, medio ambiente y enfermería. Conceptos cuya comprensión facilitan la práctica comunitaria, el modelo posee además dos factores centrales.

- a) Se enfoca en la comunidad como la usuaria de los servicios.
- b) Utiliza el proceso de enfermería como el medio para otorgar cuidado.

Anderson, señala que los conceptos centrales a los que se refiere son: **Comunidad:** la conceptualiza como el grupo de individuos con características propias pero comunes a otras que

le permiten interactuar dentro de la comunidad en que se desenvuelve, con derechos y obligaciones para el desarrollo de conductas preventivas, con cierto grado de autonomía en su salud; la salud comunitaria: La considera como el estado de la comunidad cuya estructura biopsicosocial y espiritual se encuentran en equilibrio con su medio ambiente permitiéndole el uso de sus potencialidades para aumentar su calidad de vida. En cuanto a la Enfermería Comunitaria la describe como una profesión con bases científicas de conocimientos, comprometida con los logros del bienestar óptimo de la comunidad, contribuyendo con actividades para mantener la salud o recuperarla, realizando acciones de prevención, curación y restauración de la salud de acuerdo a las demandas del individuo, grupo, familia y comunidad, para promover su participación en el desarrollo de autocuidado.

El medio ambiente lo define como el entorno que rodea al individuo, grupo, familia y comunidad; la alteración de este entorno provoca un desequilibrio en la salud de la comunidad. El medio ambiente está conformado por ocho subsistemas como: Salud, economía, educación, políticas, gobierno, seguridad, comunicación y recreación; teniendo al centro del sistema total, a la comunidad. Con esto se determina que cualquier problema que directa o indirectamente afecte la salud de la comunidad provendrán de más de un sistema por lo que el proceso

de atención de enfermería deberá contemplar funciones tales como: La valoración, el análisis, el diagnóstico, la planeación, la prevención primaria, la cual a través de la función de prevención, evita el estresor y refuerza las defensas; prevención secundaria que consistiría en minimizar el grado de la reacción y la prevención terciaria en la que ya producida la reacción trata de prevenir el desequilibrio. Esta intervención concluye con la evaluación que serviría como fuente de retroalimentación para evaluar los efectos de dicha intervención.

La evaluación según el modelo contiene cinco items que comprenden la relevancia, progreso, costo-beneficio, eficiencia e impacto; en cuanto a la relevancia, determina si el conjunto de funciones que se están llevando a cabo en relación a los programas creados son todavía necesarias en cuanto a la existencia de las necesidades o problemas que los generó.

El proceso se refiere al tiempo y recursos para llevar a cabo las funciones; el costo-beneficio, a los beneficios que reporta el programa en relación a los resultados a largo plazo como cambios de conducta o tendencias en el estado de salud.

Sobre las metas, el modelo establece mantener el sistema comunitario en equilibrio (que la comunidad se encuentre sana) a través de funciones de promoción y conservación de la salud comunitaria.

El modelo de Neuman considera a la comunidad como el

usuario primario, aunque el cuidado se da frecuentemente a los individuos, familia y grupos, la satisfacción de las necesidades del usuario se realizarán a través de patrones de actividades conocidas como los roles de especialista tales como investigador, consultante, suministrador o proveedor de servicios, miembro del equipo, coordinador, facilitador y educador; roles que permiten según Anderson, et.al. (1987) hacer llegar de forma eficaz la atención de enfermería comunitaria.

Con el fin de que la atención sea eficaz, Lyer, Taptich y Losey (1989) refieren que las actividades de enfermería se clasifican en: Independientes, interdependientes y dependientes; clasificación que la enfermera debe de entender, con el fin de enfocar su atención a una práctica más autónoma.

Lyer, et.al. (1989) indican que las funciones independientes incluyen el diagnóstico y tratamiento de enfermería a través de la valoración del estado de salud, del diagnóstico de necesidades y de la elección de acciones de enfermería para mantener o restablecer la salud, la actividad independiente motiva, orienta, apoya, aconseja y educa, canaliza pacientes, valora respuestas de usuarios, y profesionales de la salud en relación a las formas de mejorar el sistema; las actividades interdependientes, se refieren a la labor de equipo que consiste en informar y valorar conjuntamente con el grupo

multidisciplinario la salud de la comunidad; las funciones dependientes, desarrolladas por la enfermera comunitaria son aquellas que provienen de ordenes médicas, comprendiendo la administración de los medicamentos y tratamientos específicos. Después de la clasificación los autores señalan que la enfermería comunitaria tiene una tendencia en relación con su formación y entrenamiento a desarrollar funciones de carácter dependiente. La práctica de la enfermería comunitaria se ha visto ligada a las transformaciones históricas, sociales, económicas y políticas de cada país.

A través del tiempo conjugó una serie de funciones de tipo empírico y doméstico para satisfacer algunas necesidades, pero al transcurrir el tiempo fué creando funciones mas complejas de acuerdo a demandas comunitarias, hasta llegar a formar el rol ampliado de enfermería, considerado por algunos gobiernos como el rol profesional de salud que podrá satisfacer las necesidades y problemas que presentan las comunidades en América Latina, al hacer llegar el servicio de salud a todas las áreas marginadas.

El modelo de la comunidad como cliente proporciona los elementos básicos para el desarrollo de un rol comunitario efectivo en la comunidad.

CAPITULO III

METODOLOGIA

El tipo de estudio se determinó por el carácter de las variables a estudiar como retrospectivo, transversal, descriptivo y correlacional, (Rojas, S., 1987). Retrospectivo, porque indagó hechos efectuados en el pasado por el personal de enfermería como: formación, proceso de trabajo y limitantes a las cuales se han enfrentado las enfermeras comunitarias. Transversal, porque se estudiaron las variables en determinado tiempo y se hizo un corte de éstas; Descriptivo porque sólo presenta los hechos o fenómenos pero sin ninguna pretensión de explicarlos y correlacional porque se indica la relación entre algunas variables medidas en el personal de la Jurisdicción No. 3 y el de la No. 4.

Sujetos

La unidad de estudio la conformaron las enfermeras profesionales que laboran en las casas o centros de salud de las jurisdicciones sanitarias tres y cuatro del área metropolitana de Monterrey, N.L. de la Secretaría de Salud del Estado.

El universo lo conformaron un total de 92 enfermeras correspondientes a las áreas No. 3 y 4, de las cuales se tomó una muestra representativa. El tamaño de la muestra se determinó a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N - p - q - z^2}{(N-1) d^2 + z^2 - p - q}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra.

N= Población total = 92 enfermeras

p/q= Varianza = .5

z= Nivel de confianza = 1.96

d= Error estimado = .05

La operacionalización de la fórmula reportó una muestra de 74 sujetos, con nivel de confianza de 95% y un error del 5%.

Los criterios de inclusión fueron:

- 1.- Que fueran trabajadores de las jurisdicciones sanitarias tres y cuatro.
- 2.- Que permanecieran activos en el momento de la aplicación de la entrevista.
- 3.- Designados al primer nivel de atención comunitario.
- 4.- Con estudios profesionales de enfermería como: Licenciatura, Maestría o Enfermería General.

MATERIALES

La información se recolectó a través de un cuestionario diseñado exprofeso por la autora del estudio (Anexo 1).

El instrumento se dividió en ocho áreas:

- I. Datos de identificación que comprende: Jurisdicción Sanitaria, nombre del Centro de Salud y fecha.
- II. Práctica profesional, ejemplo: Puesto que desarrolla dentro de la unidad de salud.
- III. Formación, grado máximo que tiene, escuela donde procede, el tipo de preparación teorica-práctica.
- IV. El entrenamiento, ejemplo tipo y número de cursos, año y motivo por el que lo tomó.
- V. Proceso de trabajo de enfermería en instrumentos y procedimientos que utiliza para identificación de necesidades, criterios, metas, actividades.
- VI. Límites del desempeño profesional, obstáculos y límites para realizar funciones de enfermería comunitaria.
- VII. Comprensión, sobre conceptos básicos de enfermería como: rol ampliado, salud, individuo, enfermería comunitaria[®] y funciones de enfermería.
- VIII. Identificación de características de profesionalización como: la existencia de espíritu de grupo, autoconfianza, relaciones multidisciplinarias, la aceptación de la comunidad como usuario y la aplicación de conocimientos técnicos y científicos en las actividades diarias.

El instrumento fué sometido a prueba en diez enfermeras profesionales, teniendo como objetivo evaluar la comprensión y

medir el tiempo no ameritando modificaciones.

PROCEDIMIENTO

Los procedimientos para la selección de los sujetos fueron los siguientes: se seleccionó como área de estudio a las casas de salud de las Sanitarias tres y cuatro por haber desarrollado respectivamente el rol tradicional y ampliado de enfermería.

En cuanto a la elección de los sujetos, se seleccionaron auxiliados por las plantillas de personal de la Secretaría de Salud, se procedió a asignarles un número a cada una de las enfermeras que integran la plantilla de personal profesional de las Jurisdicciones tres y cuatro, los números anotados en pedazos de papel fueron depositados en una bolsa para extraer posteriormente el número de personas previamente determinado, inmediatamente se anotó el nombre de la persona y la casa de salud de adscripción. De esta manera se aseguró que todas las personas tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionado.

Los Centros y Casas de Salud Comunitarias para las Jurisdicciones fueron para la 3, 20 y de la 4, 17.

La recopilación de los datos se llevó a cabo a través de la entrevista la cual se apoyó en un cuestionario previamente elaborado. El cual fué aplicado de la siguiente forma: se hacía la pregunta al entrevistado y se dejaba que este comentara sobre el tema al tiempo que el entrevistador anotaba la

información requerida, la entrevista se realizó en una área tranquila y libre de interrupciones. La información fue obtenida por la autora del estudio con la colaboración de cuatro entrevistadores los que previamente recibieron capacitación para la aplicación del instrumento, correspondieron ocho centros para cada entrevistador y cinco para el investigador, realizando de tres a cuatro entrevistas en promedio por día; en total lo días utilizados para la recolección de los datos fueron veinte días (del 29 de noviembre al 13 de diciembre).

El tratamiento y análisis de los datos se realizó por computadora utilizando el programa S.P.S.S. (STATISCAL PACKEGE FOR SOCIAL SCIENCE anexo 4). El estadístico utilizado fue el coeficiente Phi y la Cramer's V utilizadas, ambas medidas de asociación entre dos variables para datos nominales.

Etica del estudio. A los sujetos de estudio se les solicitó su participación voluntaria para la obtención de la información y se les notificó que los datos se manejarían en forma confidencial, encontrándose la información (una vez concluido el estudio) a su disposición en la hemeroteca de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Para la presentación de los resultados, se siguió el orden con el que se obtuvo la información, se revisó la frecuencia y porcentaje de las variables estudiadas.

Los resultados demostraron en cuanto al grado de preparación de enfermería que existe en la Jurisdicción No. 3 un 91.9% de Enfermeras Generales y un 2.7% Maestría en Salud Comunitaria, 2.7% para Maestría en Salud Pública y un 2.7% con grado de Licenciatura en Enfermería. La Jurisdicción No. 4 reportó un 59.4% en Enfermería General, un 2.7% Maestría en Salud Comunitaria, 8.1% Maestría en Salud Pública y un 29.7% con grado de Licenciatura. (Cuadro No. 1)

CUADRO NO. 1

GRADOS DE ENFERMERIA

JURISDICCION NO. 3 Y 4

JURISDICCION	NO. 3 %	NO. 4 %
1.- Maestría en Salud Comunitaria	2.7	2.7
2.- Maestría en Salud Pública	2.7	8.1
3.- Lic. en Enfermería.	2.7	29.7
4.- Enfermería General	91.9	59.4
TOTAL	100.0	100.0

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO.

n = 74

En relación a escuela y tipo de materias comunitarias cursadas la Jurisdicción No. 3 reportó de la U.A.N.L. 1 persona cursó Desarrollo Integral de la Familia, 1 Salud Pública y Epidemiología, del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), 7 Salud Pública y 2 Epidemiología, de la Secretaría de Salud 24 Salud Pública y 19 Epidemiología, de la Universidad de Morelos, 5 reportaron Salud Pública y Epidemiología. (Cuadro 2).

CUADRO NO. 2

ESCUELA - MATERIAS COMUNITARIAS

JURISDICCION NO. 3

ESCUELA	MATERIAS	SALUD PUBLI-CA	D. I. C.	EPIDE-MIOLO-GIA	S. P. Y EPIDE-MIOLO-GIA	SUBTO-TAL
1. UNAL			1		1	2
2. IMSS		7		2		9
3. S.S.		24		19		43
4. U. MONTEMORELOS					5	5
TOTAL		31	1	21	6	59

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

n = 37

Para la Jurisdicción No. 4 los egresados de la U.A.N.L. 18 personas informan haber cursado Salud Pública, Epidemiología y Desarrollo Integral de la Comunidad (DIC), del I.M.S.S. 1 Salud Pública y Epidemiología, de la Secretaría de Salud: 7 Salud Pública y 2 Salud Pública, Epidemiología y DIC, la Universidad de Morelos 9 personas cursaron Salud Pública y Epidemiología. (Cuadro 3).

CUADRO NO. 3

ESCUELA - MATERIAS COMUNITARIAS

JURISDICCION NO. 4

ESCUELA	MATERIAS	SALUD PUBLI-CA	S.P. Y EPIDE-MIOLO-GIA	S.P. Y D.I.C.	S.P., EPIDE-MIO. Y D.I.C.	SUBTO-TAL
1. UNAL					18	18
2. IMSS			1			1
3. S.S.		7			2	9
4. U. MONTEMORELOS			9			9
TOTAL		7	10		20	37

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

n = 37

En lo referente a la Escuela y tipo de práctica comunitaria la Jurisdicción No. 3 reportó de la U.A.N.L. 1 persona realizó inmunizaciones y estudio de comunidad; 1 promoción y formación de grupos; 1 promoción y estudios de comunidad; y 1 promoción de la salud, inmunizaciones y detección oportuna del cáncer.

Del IMSS 7 personas realizaron inmunizaciones y estudio de comunidad, 7 personas promoción y formación de grupos, promoción inmunizaciones y DOC, de la Secretaría de Salud 24 personas realizaron inmunizaciones y estudio de comunidad, 3 promoción y formación de grupos y estudio de comunidad, 3 promoción y formación de grupos, 5 promoción y estudio de comunidad, 24 promoción, inmunizaciones y DOC, la Universidad de Morelos 5 inmunizaciones y estudio de comunidad, 5 promoción y formación de grupos, promoción y estudio de comunidad y 5 promoción, inmunizaciones y DOC. (Cuadro 4).

La Jurisdicción No. 4 reportó de un total de 36 personas egresadas de la U.A.N.L. 18 de ellas practicaron la promoción de la salud y los 18 restantes la formación de grupos, de IMSS, 1 la promoción de la salud, 1 la formación de grupos, de la Secretaría de Salud y la promoción de la salud, de la Universidad de Morelos 9 la promoción de la salud y 9 la formación de grupos. (Cuadro 5).

CUADRO NO. 4

ESCUELA - PRACTICA COMUNITARIA

JURISDICCION NO. 3

ESCUELA	PRACTICA	INMU- NIZA- CIONES EST. DE COMU- NIDAD	PROMO- CION Y FORMA- CION DE GRUPOS	PROMO- CION Y EST. DE COMU- NIDAD	PROMO- CION INMU- NIZA- CIONES Y DOC	SUBTO- TAL
1. UNAL		1	1	1	1	4
2. IMSS		7	7		7	21
3. S.S.		24	3	5	24	56
4. U. MONTEMORELOS		5	5	5	5	20
TOTAL		37	16	11	37	101

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO
n = 37

CUADRO NO. 5

ESCUELA - PRACTICA COMUNITARIA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN
JURISDICCION NO. 4

ESCUELA	PRACT. COMUNITARIA	PROMOCION DE LA SA- LUD	FORMACION DE GRUPOS	SUBTOTAL
1. UANL		18	18	36
2. IMSS		1	1	2
3. S.S.		9		9
4. U. MONTEMORELOS		9	9	18
TOTAL		37	28	65

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

n = 37

En relación al caracter del entrenamiento la Jurisdicción No. 3 reporta un 29.7% preventivo, un 21.6% preventivo-curativo, un 18.9% curativo, un 5.4% preventivo-curativo y de relaciones humanas un 2.7% curativo y de relaciones humanas y un 21.6% no aplicó. En cuanto a la Jurisdicción No. 4 indica un 89.2% preventivo y un 10.8% preventivo-curativo. (Cuadro 6).

CUADRO NO. 6

CARACTER DEL ENTRENAMIENTO RECIBIDO

JURISDICCION 3 Y 4

CARACTER	JURISDICCION	J. #3 %	J. # 4 %	n
PREVENTIVO		29.7	89.2	44
PREVENTIVO-CURATIVO		21.6	10.8	12
CURATIVO		18.9		7
PREVENTIVO-CURATIVO-REL. HUMANAS		5.4		2
CURATIVO Y REL. HUMANAS		2.7		1
NO APLICA		21.6		8
TOTAL		100.0	100.0	74

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

En lo que concierne a los procedimientos utilizados en la identificación de necesidades y problemas, se obtuvo lo siguiente: la Jurisdicción No. 3 para la observación directa reportó un 8.1%, las visitas domiciliarias 81.0%, referencia de problemas médicos 2.7% y todos los mencionados un 8.1%. La Jurisdicción No. 4 informó de un 24.3% para la observación directa, un 51.3% para visitas domiciliarias, un 8.1% referencia por problemas médicos y el 16.2% todas las respuestas anteriores. (Cuadro 7).

CUADRO NO. 7
PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN LA IDENTIFICACION
DE NECESIDADES Y PROBLEMAS
JURISDICCION 3 Y 4

PROCEDIMIENTO	J. #3-%	J. #4 -%	n
OBSERVACION DIRECTA	8.1	24.3	12
VISITAS DOMICILIARIAS	81.0	51.3	49
REF. DE PROB.MEDICOS	2.7	8.1	4
TODOS	8.1	16.2	9
TOTAL	100.0	100.0	74

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

En lo referente a los criterios utilizados para jerarquizar necesidades de salud la Jurisdicción No. 3 reportó en un 16.4% utilizar como criterio único la magnitud del problema, un 37.8% todos los que establece la Secretaría de Salud; el 24.3% la repercusión del problema como opción principal pero hace uso de todos los que marca la Secretaría de Salud, el 3.5% solo la magnitud y repercusión de problema y no aplica el 8.14%. La Jurisdicción No. 4 el 40.5% se basa en los criterios establecidos por la Secretaría de Salud según sea el caso, el 54% repercusión de problema como primera opción seguido de todos los que establece la Secretaría de Salud. y un 5.4% no aplica criterios. (Cuadro 8).

CUADRO NO. 8
CRITERIOS UTILIZADOS PARA JERARQUIZAR
NECESIDADES DE SALUD
JURISDICCION 3 Y 4

JURISDICCION CRITERIO	NO. 3 %	NO. 4 %
1. MAGNITUD DEL PROBLEMA	16.4	
2. ESTABLECIDOS POR LA SECRETARIA DE SALUD	37.8	40.5
3. REPERCUSION DEL PROBLEMA Y LOS ESTABLECIDOS POR LA S.S.	24.3	54
4. MAGNITUD Y REPERCUSION DEL PROBLEMA	13.5	
5. OTROS	8.1	5.4
TOTAL	100.0	100.1

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO. n = 74

El siguiente cuadro muestra los índices de correlación entre cada uno de los elementos según lo desempeñaban las enfermeras de las Jurisdicciones 3 y 4. Lo esperado era una correlación baja en contrando valores relativamente altos entre cada elemento del perfil.

CUADRO NO. 9

GRADO DE ASOCIACION EN LA PRACTICA PROFESIONAL

PRACTICA PROFESIONAL	CRAMER'S
Metas de la atención	.38441
Actividades individuo	.38691
Actividades Familia	.3875
Actividades grupo	.53983
Actividades Comunidad	.37560
Actividades Dependientes	.28366
Actividades Interdependientes	.2804
Actividades Independientes	.26621
Evaluación	.23042

En relación a las metas que Enfermería Comunitaria tiene para la comunidad la Jursdicción No. 3 reportó en un 37.8% mejorar la calidad de la atención de enfermería, un 16.2% lograr la participación comunitaria, un 10.8% educar y orientar a la comunidad, un 13.5% ampliar la cobertura de programas de salud, y un 21.6% lograr reconocimiento para enfermería. La Jurisdicción No. 4 reportó un 29.7% para mejorar la calidad de

la atención de enfermería, un 16.2% lograr la participación comunitaria, un 21.6% educar y orientar a la comunidad, un 10.6% ampliar la cobertura de los programas y el 21.6% lograr el reconocimiento para enfermería. (Cuadro 10).

CUADRO NO. 10
METAS DE ENFERMERIA COMUNITARIA
JURISDICCION 3 Y 4

METAS / JURISDICCION	No. 3-%	No. 4-%
1. MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION DE ENFERMERIA.	37.8	29.7
2. LOGRAR LA PARTICIPACION COMUNITARIA.	16.2	16.2
3. EDUCACION Y ORIENTACION A LA COMUNIDAD	10.8	21.6
4. AMPLIAR LA COBERTURA DE PROGRAMAS	13.5	10.6
5. RECONOCIMIENTO PARA ENFERMERIA	21.6	21.6
TOTAL	100.0	100.0

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

n = 74

En cuanto a las actividades desarrolladas por enfermería con el individuo el 24.3% reportó actividades de: Promoción de la salud, educación y promoción, D.O.C. y P.F., el 16.2% educación para la salud, D.O.C. y P.F., un 21.6% educación para la salud y D.O.C. y un 37.8% no realiza actividades con el individuo. La Jurisdicción No. 4 reporta en un 51.4% promoción

de la salud, educación, promoción, D.O.C. y P.F., el 13.5% educación para la salud, D.O.C. y P.F. el 18.9% educación para la salud y D.O.C. y un 16.2% no realiza actividades con el individuo. (Cuadro 11).

CUADRO NO. 11
ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA ENFERMERIA
CON EL INDIVIDUO
JURISDICCION 3 Y 4

ACTIVIDAD	JURISDICCION	No. 3 %	No. 4 %
1. PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION Y PROMOCION, D.O.C. Y P.F.		24.3	51.4
2. EDUCACION PARA LA SALUD D.O.C. Y P.F.		16.2	13.5
3. EDUCACION PARA LA SALUD Y D.O.C		21.6	18.9
4. OTROS		37.8	16.2
TOTAL		100.0	100.0

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

n = 74

Las actividades desarrolladas con las familias reportaron para la Jurisdicción No. 3 el 2.7% visitas de control de Hipertensos e inmunizaciones, un 18.9% visitas de control de diabéticos, un 64.9% planificación familiar y detección oportuna del cáncer, un 13.5% saneamiento e higiene del ambiente. La Jurisdicción No. 4 informó de un 13.5% en cuanto

a visitas de control de diabéticos, un 64.9% planificación familiar y detección oportuna del cáncer, un 13.5% saneamiento e higiene del ambiente. La Jurisdicción No. 4 informó de un 13.5% en cuanto a visitas de control hipertensos e inmunizaciones, un 24.3% Planificación Familiar y D.O.C., un 27.0% para saneamiento e Higiene del ambiente, un 5.4%, promoción de los Servicios y detectar problemas de salud familiar y un 29.7% informes de resultados de D.O.C. (Cuadro 12).

CUADRO NO. 12

ACTIVIDADES DESARROLLADAS CON LA FAMILIA

JURISDICCION NO. 3 Y 4

JURISDICCION	NO. 3 %	NO. 4 %	n
1. VISITAS DE CONTROL HIPERTENSOS E INMUNIZACIONES.	2.7	13.5	6
2. VISITA CONTROL DIABETICO	18.9		7
3. PLANIFICACION FAMILIAR Y D.O.C.	64.9	24.3	33
4. SANEAMIENTO E HIGIENE DEL AMBIENTE	13.5	27.0	15
5. PROMOCION DE LOS SERVICIOS DETECTAR PROBLEMAS DE SALUD		5.4	2
6. INFORME DE RESULTADO DE D.O.C.		29.7	11
TOTALES	100.0	100.0	74

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

Las actividades con el grupo reportaron en la Jurisdicción No. 3 un 51.4% que realizó actividades de educación y orientación a grupos de hipertensos y diabéticos, un 10.8% adiestramiento a voluntarios en campañas, y un 37.8% para educación, orientación, adiestramiento y formación de grupos. La Jurisdicción No. 4 reportó un 5.44% educa y orienta a grupos de hipertensos y diabéticos, un 2.7% adiestramiento a voluntarios, un 89.1% desarrolla actividades como educación, orientación, adiestramiento y formación de grupos. (Cuadro 13).

CUADRO NO. 13
ACTIVIDADES CON EL GRUPO
JURISDICCION NO. 3 Y 4

JURISDICCION	NO. 3	NO. 4
ACTIVIDAD		
1. EDUCACION Y ORIENTACION A HIPERTENSOS Y DIABETICOS.	51.4	5.4
2. ADIESTRAMIENTO A VOLUNTARIOS	10.8	2.7
3. EDUCACION, ORIENTACION, ADIESTRAMIENTO Y FORMACION DE GRUPOS.	37.8	89.1
TOTAL	100.0	100.1

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

Las actividades con la comunidad en la Jurisdicción No. 3 fué un 13.5% para saneamiento ambiental, un 24.3% campañas de vacunación, un 27.0% diagnóstico de comunidad, un 5.4% sanea-

miento ambiental y campañas de vacunación, un 24.3% para campañas de vacunación y diagnóstico de comunidad y solo un 5.4% saneamiento ambiental y diagnóstico de comunidad, mientras la Jurisdicción No. 4 un 2.7% saneamiento ambiental, un 2.7% para campaña de vacunación, un 62.2% campañas de vacunación y diagnóstico de comunidad y un 32% saneamiento ambiental, campañas y diagnóstico de comunidad. (Cuadro 14).

CUADRO NO. 14

ACTIVIDADES CON LA COMUNIDAD

JURISDICCION NO. 3 Y 4

JURISDICCION	NO. 3	NO. 4
ACTIVIAD		
SANEAMIENTO AMBIENTAL	13.5	2.7
CAMPAÑAS DE VACUNACION	24.3	2.7
DIAGNOSTICO DE COMUNIDAD	27.0	
SANEAMIENTO AMBIENTAL Y CAMPAÑAS DE VACUNACION	5.4	
CAMPAÑAS DE VACUNACION Y DIAGNOSTICO DE COMUNIDAD	24.3	62.2
SANEAMIENTO AMBIENTAL Y DIAGNOSTICO DE COMUNIDAD	5.4	
SANEAMIENTO AMBIENTAL, CAMPAÑAS Y DIAGNOSTICO DE COMUNIDAD		32

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

n = 74

En relación a las actividades dependientes la enfermería comunitaria la Jurisdicción No. 3 reportó un 29.3% en asistencia médica, un 29.7% adiestramiento y tratamiento médico, un 16.2% control de enfermedades crónicas, un 5.4% asistencia médica y adiestramiento, y control de crónicos un 18.9% para asistencia médica, adiestramiento y tratamiento médico. En cuanto a la Jurisdicción No. 4 se identificó 5.4% en actividades de asistencia médica, un 10.8% adiestramiento y tratamiento médico, un 13.5% control de enfermedades crónicas, un 35.1% realiza asistencia médica, adiestramiento y tratamiento médico. (Cuadro 15).

CUADRO NO. 15
 ACTIVIDADES DEPENDIENTES
 JURISDICCION NO. 3 Y 4

ACTIVIDAD	JURISDICCION NO. 3 %	NO.4 %
ASISTENCIA MEDICA	29.3	5.4
ADIESTRAMIENTO Y TX. MEDICO	29.7	10.8
CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS	16.2	13.5
ASISTENCIA MEDICA Y ADIESTRAMIENTO Y CONTROL DE CRONICOS	5.4	35.1
ASISTENCIA MEDICA Y ADEISTRAMIENTO Y TX. MEDICO	18.9	35.1
TOTAL	100.00	100.0

FUENTE DIRECTA DEL CUESTIONARIO. n = 74

Los resultados en relación a las actividades independientes reportó en la Jurisdicción No. 3 un 13.5% preparación de material, un 24.3% educación a los grupos, un 29.7% educación al paciente, un 32.4% preparación de material, educación a grupos y educación al paciente. La Jurisdicción No. 4 informa de un 27.0% para la preparación de material, un 37.8% educación a los grupos, un 27.0% educación al paciente y un 8.1% realizó preparación de material, educación a grupos y paciente. (Cuadro 16).

CUADRO NO. 16

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

JURISDICCION NO. 3 Y 4

ACTIVIDAD	JURISDICCION	NO. 3 %	NO. 4 %
PREPARACION DE MATERIAL		13.5	27.0
EDUCACION A LOS GRUPOS		24.3	37.8
EDUCACION AL PACIENTE		29.7	27.0
PREPARACION DE MATERIAL, EDUCACION A LOS GRUPOS Y EDUCACION AL PACIENTE		32.4	8.1
TOTAL		100.0	100.0

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO
n = 74

En relación a las actividades interdependientes las enfermeras informaron en la Jurisdicción No. 3 en un 13.5% promoción de la salud, un 54.1% adiestramiento en campo, un 32.4% elaboración de diagnóstico de salud, un 45.9% realiza las tres actividades ya mencionadas. (Cuadro 17).

CUADRO NO. 17

ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES

JURISDICCION NO. 3 Y 4

ACTIVIDAD	JURISDICCION	NO. 3 %	NO. 4 %
1. PROMOCION DE LA SALUD		13.5	5.4
2. ADIESTRAMIENTO EN CAMPO		54.1	16.2
3. ELABORACION DE DX. DE SALUD		21.6	32.4
4. 1, 2, 3		8.1	45.9
5. OTROS		2.7	
TOTAL		100.0	100.0

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

n = 74

En lo relacionado a las formas de evaluación de la atención comunitaria la Jurisdicción No. 3 la evalúa en un 83.7% de acuerdo al grado de aceptación del trabajo de enfermería, un 45.9% a la mejoría del estado de salud y un 10.8% no evalúa los logros. (Cuadro 18).

En lo referente a la comprensión de conceptos básicos sobre enfermería la Jurisdicción No. 3 indicó en cuanto a la comprensión del rol ampliado un 97.3% en cuanto a salud, individuo, enfermería comunitaria y funciones de enfermería una comprensión de un 100%. La Jurisdicción No. 4 reportó una comprensión del rol ampliado de 97.3%, sobre salud un 94.6%, individuo un 100%, enfermería comunitaria un 97.3% y funciones de enfermería un 100%. (Cuadro 19).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

En lo concerniente a los obstáculos que tuvieron para el desempeño de funciones la Jurisdicción No. 3 reportó en un 72.9% la falta de recursos, en un 2.7% la falta de participación comunitaria y en un 24.3% el desconocimiento sobre que es el rol ampliado. En cuanto a la Jurisdicción No. 4 la falta de recursos fue reportada por 59.4%, la falta de participación comunitaria en un 29.7% y el desconocimiento del rol ampliado en un 10.8%. (Cuadro No. 20).

CUADRO NO. 18
EVALUACION DE LA ATENCION COMUNITARIA
JURISDICCION N. 3 Y 4

JURISDICCION	NO. 3 %	NO. 4 %
FORMA DE EVALUAR		
1. GRADO DE ACEPTACION DEL TRABAJO DE ENFERMERIA.	83.7	43.2
2. MEJORIA DE ESTADO DE SALUD	8.1	45.9
3. NO EVALUA LOS LOGROS	8.1	10.8
TOTAL	100.0	100.0

FUENTE: DIRECTA DE CUESTIONARIO

n = 74

CUADRO NO. 19
COMPRESION DE CONCEPTOS BASICOS PARA ENFERMERIA

JURISDICCION NO. 3 Y 4

CONCEPTO	NO. 3		NO. 4	
	NO COM-PREN DIDO	COM-PREN DIDO	NO COM-PREN DIDO	COM-PREN DIDO
1. ROL AMPLIADO	2.7	97.3	2.7	97.3
2. SALUD	-	100	5.4	94.6
3. INDIVIDUO	-	100	-	100
4. ENF. COMUNITARIA	-	100	2.7	97.3
5. FUNCIONES DE ENFERMERIA		100		100

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

n = 74

CUADRO NO. 20

OBSTACULOS DEL DESEMPEÑO DE FUNCIONES

JURISDICCION NO. 3 Y 4

JURISDICCION	NO. 3	NO. 4	n
OBSTACULO			
FALTA DE RECURSOS	72.9	59.4	49
FALTA DE PARTICIPACION COMUNITARIA	2.7	29.7	12
DESCONOCEN QUE ES EL ROL AMPLIADO	24.3	10.8	13
TOTAL	100.0	100.0	74

FUENTE: DIRECTA DE CUESTIONARIO

La identificación de características de profesionalización reportó una aceptación en la Jurisdicción No. 3 sobre espíritu de grupo un 10.8%, autoconfianza 18.9%, relaciones profesionales 18.9%, trabajo comunitario 24.3% y conocimiento técnico y científico un 18.9%. Para la Jurisdicción No. 4 la aceptación del espíritu de grupo fué de 32.4%, la autoconfianza de un 51.4% , las relaciones profesionales un 43.2%, el trabajo comunitario un 78.4% y el conocimiento técnico y científico un 59.5%. (Cuadro 21).

CUADRO NO. 21

CARACTERISTAS DE PROFESIONALIZACION

JURISDICCION NO. 3 Y 4

JURISDICCION CARACTERISTICA	NO. 3 ACEP- TADO	NO. 3 RECHA- ZADO	NO. 4 ACEP- TADO	NO. 4 RECHA- ZADO
1. ESPIRITU DE GRUPO	10.8	89.2	32.4	67.6
2. AUTOCONFIANZA	18.9	81.1	51.4	48.6
3. RELACIONES PROFE SIONALES	18.9	81.1	43.2	56.6
4. TRABAJO COMUNITARIO	24.3	75.7	78.4	21.6
5. CONOCIMIENTO TECNI CO Y CIENTIFICO	18.9	81.1	59.5	40.5

FUENTE: DIRECTA DEL CUESTIONARIO

n = 74

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO V

DISCUSION

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

La investigación en general reportó un predominio del personal técnico en Enfermería encargado de la salud comunitaria, este se encontró tanto en las jurisdicciones que desempeñan el rol tradicional como el rol ampliado, siendo estas últimas las que contaron en un 40% con personas con niveles de Licenciatura o más, según reporta Alonso, (1987) y se corroboró en el estudio que la atención primaria de salud sigue estando en manos de personal poco capacitado que no posee la preparación formal que le permita identificar y satisfacer en forma correcta las necesidades de salud de la comunidad. Esto en relación a que la práctica y materias comunitarias que refiere haber desempeñado estuvieron centradas en desarrollar habilidades técnicas con el individuo durante la práctica y en cuanto a las materias se observó más el proceso de la enfermedad que la forma de prevenirlas, esta situación no es nueva, estudios realizados por el Colegio Nacional de Enfermería y la Federación de Escuelas de Enfermería (1988), señalaron que los programas de enseñanza en enfermería estaban orientados hacia el proceso curativo dejando de un lado el proceso preventivo,

cuestión que no ha cambiado sustancialmente.

En cuanto al entrenamiento, sigue tomándose el proceso curativo como parte integral de la capacitación de la enfermera comunitaria, el cual estimula a seguir tratando la enfermedad en forma individual obstaculizando así el desempeño del rol ampliado de la Enfermera Comunitaria.

En relación a los procedimientos utilizados para realizar los diagnósticos, la enfermera ha determinado el uso casi exclusivo de la entrevista y la observación, esto de alguna manera complementa y corrobora, que lo expresado por el paciente en las entrevistas pueda ser verificado a través de la observación por la enfermera y dar como resultado diagnósticos de salud acordes con la realidad. De acuerdo al modelo de la comunidad como cliente esta conjugación de procedimiento podrá vigilar que los subsistemas estén en equilibrio y en caso de alteraciones pueda identificarlos para dar las medidas de prevención necesarias.

En relación a las metas de enfermería el modelo de teórico establece la necesidad de mantener el sistema comunitario en equilibrio, esto quiere decir, que la comunidad se encuentre sana en relación con las metas que la enfermera expuso existe congruencia en cuanto a la conservación de la salud comunitaria a través del mejoramiento de la calidad del servicio de enfermería.

Sobre las funciones de enfermería con el individuo y la familia, se encontró que la enfermera encuentra dificultad para diferenciarlas, no percibiendo a la familia como el grupo de atención de Enfermería, sino que secciona la atención para cada miembro; para el grupo las acciones de enfermería están encaminadas a la educación de Diabéticos e Hipertensos, las acciones comunitarias se observan encaminadas a cubrir metas de algunos programas prioritarios en cuanto a la evaluación que lleva a cabo la enfermera es puramente subjetiva, ya que no emplea instrumento alguno para valorarla.

Según Lyer, Taptichy y Losey (1989) en su clasificación de funciones (dependientes, interdependientes e independientes) indican que es necesario que la enfermera identifique el carácter de sus actividades, de modo que éstas sean más autónomas.

En base a esta clasificación se observó que existe una inclinación a realizar actividades dependientes, esto debido a la serie de funciones que establece el programa de la Secretaría para las actividades de Enfermería Comunitaria.

En relación a la atención comunitaria prestada, se basa más en percepciones, lo que indica la necesidad de implementar formas que determinen definitivamente esta evaluación.

Después del análisis de las respuestas dadas en relación a las características que posee el grupo de enfermería, para su

profesionalización, gran número de enfermeras tienen dificultad para identificar esas características que son necesarias, Nelly Garzón (1991), señala que es necesario identificar y desarrollar cada una de ellas debido a que es el primer paso para lograr la profesionalización de enfermería y se observe su nivel de capacitación para ser líder de la comunidad ante las necesidades de salud.

En cuanto a los roles que está desarrollando la enfermería dentro del primer nivel se dejó ver, a través de la descripción de las actividades (del individuo, grupo, familia y comunidad y la clasificación de independientes, dependientes e interdependientes), que cumple con los roles que Neuman refiere en su modelo para comunidad, dándose roles como, el de suministrador del servicio, consejero, educador, colaborador y miembro del equipo, y esporádicamente el de investigador, consultora y defensora de la comunidad.

Entre los obstáculos referidos por las Enfermeras la ausencia de recursos materiales y el desconocimiento del rol ampliado fueron las causas que más limitaron el desempeño del rol, dato que no coincide con las respuestas dadas en cuanto a la comprensión tan alta que dió en cuanto a los conceptos básicos para enfermería.

CONCLUSIONES

El control de la atención primaria se encuentra en las manos del personal de enfermería con niveles técnicos, dando una imagen poco real de lo que es el rol de la enfermería profesional comunitaria, la formación y el entrenamiento tiene un carácter curativo y no satisfacen requerimientos comunitarios.

Existe dificultad por parte de la enfermera comunitaria para diferenciar actividades con el individuo, familia, grupo y comunidad, en relación a el carácter de las actividades tiende a ser dependiente, sobre las metas de enfermería se dirigen a mejorar la calidad de la atención. No existen formatos de evaluación de la atención de enfermería de modo que le proporcione parámetros donde observe y evalúe su actividad en la comunidad.

No se identificaron características que indique avances de profesionalización dentro de las jurisdicciones sanitarias aún cuando se observaron actividades que indican que se está llevando en forma incipiente el rol ampliado de enfermería. En cuanto a los obstáculos para el desempeño del rol ampliado se informó de los escasos recursos materiales, el desconocimiento del rol y la falta de participación comunitaria, son las limitantes a las que con mayor frecuencia se enfrenta el profesional de enfermería.

Se aprueba la hipótesis de estudio (H₁) la formación y el entrenamiento son insuficientes, para habilitar a la enfermera en el diagnóstico de necesidades y problemas, esto al demostrar que las observaciones no son independientes nos reconfirma la correlación encontrada.

La hipótesis (H₂) la comprensión del rol ampliado de enfermería a nivel comunitaria reduce la práctica profesional de la enfermera, se comprueba al encontrar correlaciones sobre las variables.

En cuanto a los objetivos se identificaron los roles que desarrolla la enfermería en el área comunitaria y se encontró similitudes con el medio teórico, también se identificó diferencia entre el ejercicio profesional y los diferentes niveles de preparación. Por último, se identificó los obstáculos más frecuentes que limitan el desempeño de enfermería comunitaria.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

RECOMENDACIONES

- * Es importante que las Instituciones de Salud provean a su personal información y entrenamiento sobre el rol ampliado de enfermería, específicamente sobre el tipo de actividades comunitarias que se espera que se desarrollen.

- * Solicitar el apoyo de Instituciones Educativas que manejan

el rol ampliado de enfermería para proporcionar orientación sobre el tipo de actividades comunitarias.

- * Que la enfermera comunitaria concientiza a la comunidad sobre la necesidad de la participación y apoyo en las actividades de salud.
- * Es necesario que la Secretaría de Salud oriente el entrenamiento y cursos para enfermería del primer nivel al área de prevención.
- * Realizar evaluaciones periódicas por la S.S. sobre las actividades de enfermería, con el fin de fomentar una práctica más autónoma y menos dependiente.
- * Se hace necesario una evaluación teórica y práctica del personal que desee integrarse a las actividades del primer nivel, de modo que muestre habilidades para el desarrollo de las actividades comunitarias en el primer nivel.
- * Se sugiere que se realicen estudios sobre la percepción que la comunidad tiene sobre el rol ampliado de la - - enfermería.

BIBLIOGRAFIA

Alonso, C. (1989). El papel de enfermería en la atención primaria. Segundo Congreso Nacional de la Academia de

Atención Primaria; Monterrey, N.L., del 11 al 13 de septiembre.

Butterworth, T. (1988). Community Nursing. Breaking the Boundaries. Nurse Time; Nov. 23-29, 84 (47), p. 26, 9.

Corlisle, D. (1990). ¿Who Prescribe? Nurse Time. Feb. 28-Mar 6, 86 (9) p.p. 16-7.

Castañeda, Rezaquipa, Avila y Mc. Demito (1986). Enfermería Cadena o Camino? Prensa Médica Mexicana. Sep. 1a. edición.

Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Salud 1990-1994. 11 de Abril de 1990.

Colegio Nacional de Enfermería A. C. Federación de Escuelas de Enfermería y Fac., A. C. (1988). Foro: Compromiso y respuestas frente a la situación de salud y educación del país. Abril, México, D. F.

Chompré, R. Monterrosa, E. Lange, I. (1991). Aspectos políticos y sus repercusiones para la Enfermería en América Latina. Enfermería del siglo XXI en América Latina; - - Fundación W. K. Kellogg, p. 32-38, 1a. edición, Sep. 1991. Technicolor, Ltda.

Frank, M. Elizondo, T. (1975). Desarrollo histórico de la enfermería. La Prensa Médica Mexicana. Editorial Fournier, S. A. México, D. F.

Fatchety. Ab. (1990). Health visiting: A withering profession. J. Adv. Nurs, Feb. 15 (2). p.p. 216-22.

Garzón, N. (1991). Barreras y oportunidad. Conferencia Panamericana de Líderes de Enfermería. Abril 11, 12, 13, México, D. F.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Harrison, J. (1990). Communitary work in health. Invest. Educ. Nurs 7 (2); 85-92 sept.

Ibañez, Brambila, B. (1986). Guía para elaboración de tesis. (CETYS). Tijuana, Apdo. Postal 4012, centro 22000, - - Tijuana, B.C.

King, I. (1981). Filosofía, principios y objetivos. Enfermería como profesión. Limusa, 1a. Edición.

Kramer L. (1970). Enfermería, principios y bases. Limusa, 1a. edición.

Latap, P. Tezoquipa I. (1984). Sociología de una profesión. El caso de la enfermería. Cap. IV, p. 87-98.

Lavin, Jack. (1982). Fundamentos de estadística en la - - - investigación social. Editorial Harla. México, 2a. - - edición, Universidad de Northeastern.

López. L. (1981). Evolución histórica de la enfermería. Enfermería Sanitaria Interamericana, p. 16-27.

O.M.S. (1978). Reunión de expertos en ciencias de la salud. Publicación Científica, No. 328.

O.P.S./O.M.S. (1989) Análisis prospectivo de la educación médica. Educación Méd. en Salud, volumen 23, No. 2.

O.P.S./O.M.S. (1977) El papel de la enfermería en la atención primaria. Publicación Científica No. 348.

O.P.S./O.M.S. (1976). Enseñanza de enfermería salud comunitaria. Publicación Científica No. 332.

Poder Ejecutivo Federal (1989-1994). Programa Nacional de salud. Poder Ejecutivo Federal. p.p. 104-107.

Pérez, L. (1983). Relatos sobresalientes en enfermería - sanitaria. (1943-1983). Salud Pública en México, vol. 25, No. 5, Sept.-Oct. 1983.

Rojas Soriano, R. (1987). Guía para realizar investigaciones sociales. México: Plaza y Valdez.

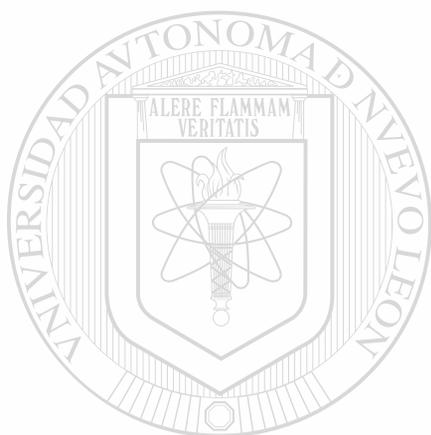
Secretaría de Salud, Manual de actividades del personal. 1980.

Soberon, Herrera, Nájera. (1984). La enfermera en la atención primaria en México. Educ. Med. en Salud 10 (1), p. 34-45.

Valdez, R. García J. (1991). Perspectivas de la profesión de enfermería en el contexto de la meta de salud para todos en el año 2000. Proepec. de la enfermería en México. Educ. Med. en la Salud, volumen 25, No. 4, Octubre/diciembre, 1991.

Wier, M. (1991). Nurse-Client interacciones in comunity-based practice. Publica. Health Nurs, 1991. Dec & (4), p.p. 215-23.

W. Leger, P. J. Teptich, B. Loyse. Proceso de atención de enfermería y diagnóstico. Interamericana. Mc Graw-Hill. 1er. edición, 1989.

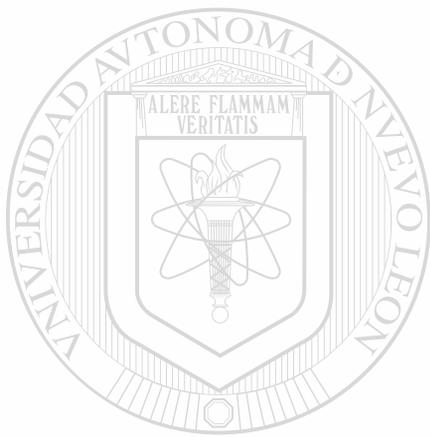


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

ANEXOS

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ANEXO No. 1

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Propósito del estudio:

Determinar en qué medida la formación y comprensión de conceptos básicos de la enfermería comunitaria se relacionan con la práctica profesional, que se dan en el primer nivel y determinar los factores que limitan el cumplimiento del rol ampliado de enfermería.

DATOS DE IDENTIFICACION:

Núm: _____

Jurisdicción Sanitaria No. _____ Fecha: _____

Nombre del Centro de Salud: _____

PRACTICA PROFESIONAL:

- 1.- El puesto que desarrolla dentro de ésta unidad lo desempeña simultáneamente como:
 - 1.- Enfermera de la Secretaría de Salud
 - 2.- Enfermera de la Secretaría de Salud y U.A.N.L.
 - 3.- Enfermera de la U.A.N.L.

ENTRENAMIENTO:

5.- Se ha recibido algún entrenamiento o capacitación durante los últimos cinco años, de ser afirmativa su respuesta conteste las siguientes preguntas.

CURSO / PREGUNTA	1991	1990	1989	1988	1987
Ha recibido algún entrenamiento o capacitación dentro de los últimos cinco años?					
Título o nombre del curso o entrenamiento recibido.					
Duración, horas, días, semanas, meses.					
Contenidos (temas tratados).					
Lugar donde lo tomó.					
Cuándo lo tomó?					
Porqué lo tomó?					
Quién cubrió los gastos?					

PROCESO DE TRABAJO DE LA ENFERMERA

6.- Qué instrumentos y procedimientos utiliza para identificar las necesidades y problemas de la comunidad.

Instrumentos:

1.- Diagnóstico de salud.

2.- Hoja de recepción.

3.- Registro médico.

4.- Otras, cuáles: _____

Procedimientos:

- 1.- Observación directa.
- 2.- Visitas domiciliarias.
- 3.- Entrevistas.
- 4.- Referencias médicas.
- 5.- Referencia de pacientes.
- 6.- Otros, cuál: _____
- 7.- Qué criterios utiliza para jerarquizar las necesidades y problemas de esta comunidad?

- 8.- Qué metas trata de alcanzar como enfermera comunitaria en esta comunidad?

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

- 9.-Cuál es su participación al desarrollar un plan de atención para el paciente o comunidad. (Describa las actividades).

- 10.- A continuación se le pide que describa el tipo de actividades que desarrolla con:

El individuo: _____

Familia: _____

Grupo: _____

Comunidad: _____

12.- Con qué frecuencia se reúne el equipo de salud de esta unidad y cuáles son los motivos de reunión?

Frecuencia:

- 1.- Cada mes
- 2.- Cada 3 meses
- 3.- Cada 6 meses

4.- Cada año

5.- Nunca

6.- Otro: _____

Motivo:

- 1.- Informar sobre las metas que la unidad debe cumplir.
- 2.- Tratar problemas entre el personal.
- 3.- Plantear nuevas estrategias para la solución de problemas de la comunidad.
- 4.- Otro _____

LIMITES DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL:

15.- Qué límites y obstáculos tiene para el desempeño de sus funciones actualmente?

16.- Cómo considera usted que se podría lograr superar esos obstáculos?

17.- Los programas de actividades establecidas por la Secretaría de Salud para la enfermería comunitaria, limitan o facilitan su práctica profesional.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN®
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

18.- Qué funciones considera que son las que idealmente debe desarrollar la enfermera comunitaria?

COMPRESION:

19.- De las siguientes definiciones indique en una escala del 0 al 10 el grado de su aceptación.

- 1.- Rol ampliado permite a la enfermera hablar por la comunidad y en su nombre, así mismo ser colaboradora y miembro del equipo de salud, desempeñando funciones de coordinador, facilitador, educador, suministrador de recursos e investigador. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 2.- Salud es un proceso dinámico y continuo, que permiten al individuo mantener un equilibrio de bienestar físico y mental para actuar en un contexto social y ecológico. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 3.- Individuo es una unidad biopsicosocial y espiritual poseedor de características propias y comunes a otras que le permite interactuar en sociedad. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4.- Enfermería comunitaria, trata de lograr el bienestar óptimo de la comunidad a través de actividades de prevención, curación y restauración de la salud de acuerdo a las demandas del cliente. _____

5.- Funciones de enfermería son las acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad física y mental de los individuos en todas las esferas. _____

20.- Exprese su grado de aceptación sobre los siguientes enunciados: _____

a) Existe un espíritu de grupo en enfermería.

1.- Aceptado

2.- Rechazado _____

b) En enfermería hay autoconfianza como individuos y como grupo, en cuanto a las capacidades y potencialidades.

1.- Aceptado

2.- Rechazado _____

c) Las relaciones profesionales entre médicos y enfermeras se están dando en forma eficaz.

1.- Aceptado

2.- Rechazado

d) La enfermera profesional debe trabajar para la comunidad.

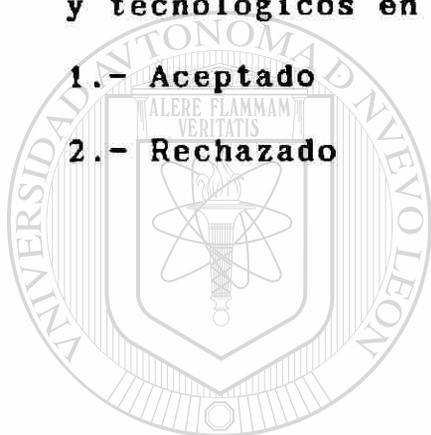
1.- Aceptado

2.- Rechazado

e) La enfermera comunitaria aplica conocimientos científicos y tecnológicos en sus actividades diarias.

1.- Aceptado

2.- Rechazado



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ANEXO No. 2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

INSTRUCTIVO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION DE LA GUIA DE ENTREVISTA SOBRE: SI EL ROL Y FUNCIONES DESARROLLADOS POR LAS ENFERMERAS COMUNITARIAS CORRESPONDE A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA COMUNIDAD Y DETERMINAR LOS FACTORES QUE LIMITAN EL CUMPLIMIENTO MAS PLENO DEL ROL AMPLIADO DE ENFERMERIA.

OBJETIVO: Obtener información clara y fidedigna que permita responder a la pregunta de investigación.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- 1.- El instrumento será llenado por la persona responsable de la investigación a través de una entrevista directa con el personal de enfermería comunitaria, de la muestra seleccionada.**
- 2.- En el caso de ausencia del profesional de enfermería designado, se aplicará a otro individuo previamente seleccionado en la muestra de reserva.**
- 3.- El profesional entrevistado deberá tener como mínimo el grado de enfermero(a) general y estar actualmente laborando dentro de la institución.**
- 4.- Se le explicará al entrevistado el objetivo del estudio,**

cual es su participación en el mismo y que beneficios va a obtener con los datos qué proporciones. Dejándose libertad para aceptar o rechazar la participación en la investigación.

- 5.- Se le asegurará que los datos que proporcione serán estrictamente confidenciales y que solo serán utilizados por la investigadora para comprobar las hipótesis y cumplir los objetivos del estudio.

Procedimiento para el llenado del Instructivo:

- La entrevista se compone de dos tipos de preguntas, cerradas y abiertas, las primeras proporcionan alternativas enumeradas progresivamente en las cuales se encerrarán en un círculo las respuestas obtenidas, las preguntas cerradas comprenden los números: 1, 2, 3, 6, 2, 19, 20.
- En relación a las preguntas abiertas se le pide que conteste lo más ampliamente posible, de modo que su idea sobre la cuestión planteada sea lo suficientemente clara. Las preguntas abiertas corresponden a los siguientes números: 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18.

Datos de Identificación:

Núm.- Corresponde al número de entrevista aplicada, en la cual se deberá colocar progresivamente el número de la entrevista que se está efectuando, comenzando del dígito 01 y así sucesivamente.

Jurisdicción Sanitaria No.- Aquí solamente se anotará el número tres o cuatro, según corresponda la jurisdicción donde se aplica la entrevista.

Fecha.- Se escribirá el día, mes y año de la aplicación de la entrevista.

Nombre del Centro de Salud.- Se anotará el nombre completo de la unidad de salud donde se aplica la entrevista.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Práctica profesional.- Se seleccionará una alternativa de las propuestas y se encerrará dentro de un círculo. El mismo procedimiento se llevará a cabo con las variables correspondientes a:

- Formación: Preguntas 2, 3
- Proceso de trabajo de la enfermera: Preguntas 6, 12
- Comprensión: Pregunta 19
- Aceptación: Pregunta 20

Preguntas Abiertas:

Formación.- Pregunta No. 4 se le pide que enumere todas las materias comunitarias o de salud pública que se le impartieron durante su carrera, así mismo que describa que tipo de práctica comunitaria que desarrolló.

Entrenamiento.- Pregunta No. 5, se le pide que llene los espacios correspondientes de acuerdo a la cuestion planteada y que marque con una "X" el año en que dicho evento sucedió.

Proceso de trabajo de la enfermera.- Preguntas 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Se le pide que en el no. 7, enumere los criterios que utiliza usted para jerarquizar los problemas y necesidades de su comunidad. Ejemplo: Criterios epidemiológicos y otros.

Pregunta no. 8, se le pide que usted describa que es lo que pretende o desea lograr como enfermera comunitaria en és comunidad.

Pregunta no. 9, se pide que describa las actividades que realiza cuando desarrolla un plan de cuidados para el paciente o comunidad.

Pregunta no. 10, se anotará por lo menos tres de las actividades que usted está realizando con el individuo, familia, grupo y comunidad.

Pregunta no. 11, se pide que describa como evalúa el cuidado de enfermería que proporciona, indicando los instrumentos o procedimientos que utiliza para evaluar la calidad y cantidad del cuidado.

Pregunta no. 13, se deberá anotar cinco actividades desarrolladas por enfermería que tenga carácter de dependiente, interdependientes e independientes.

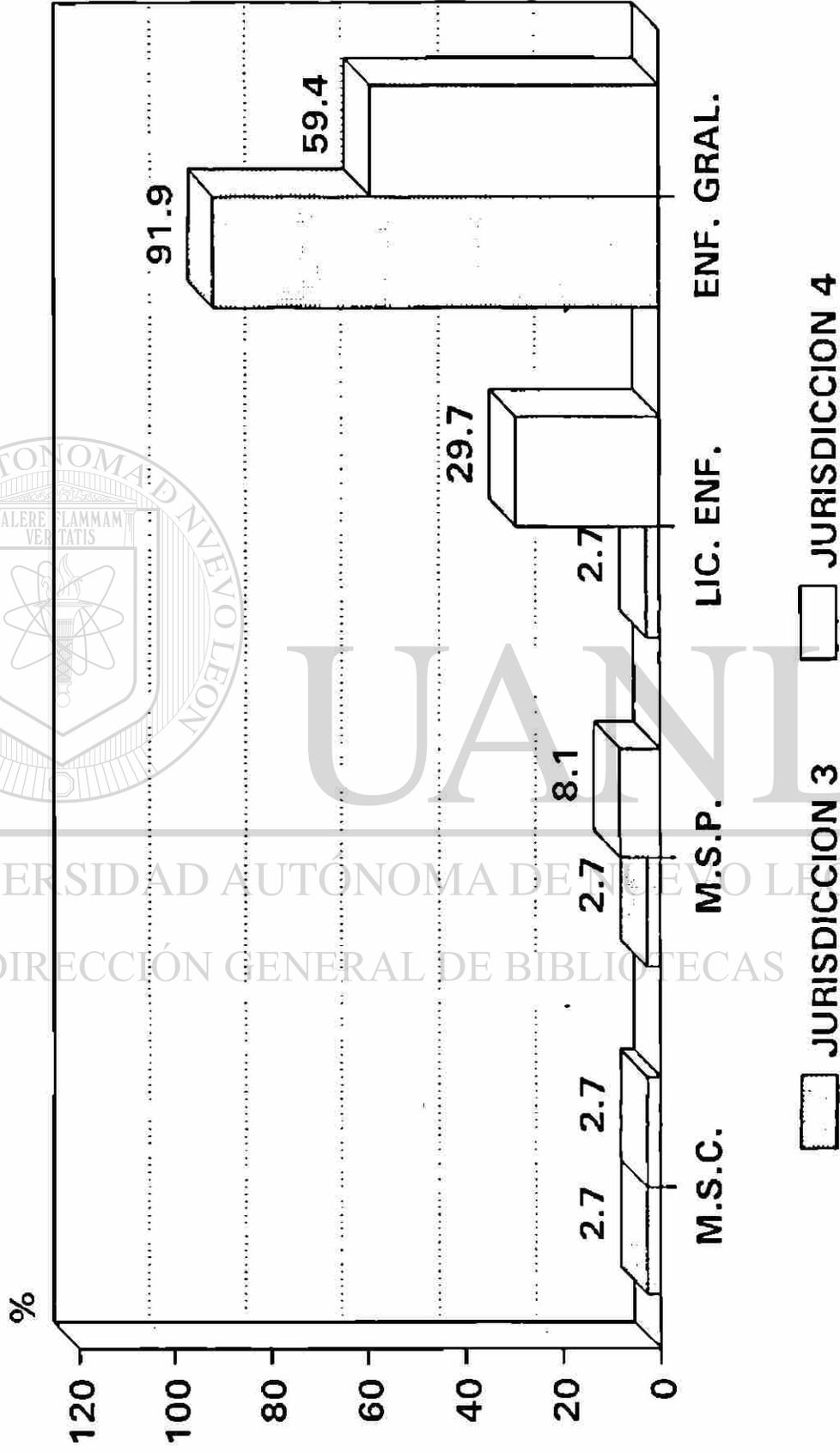
Pregunta no. 14, se le presenta un cuadro donde se describen las funciones establecidas por el sector salud, aquí se le pide al profesional de enfermería que señale en el cuadro correspondiente si está o no realizando la actividad, marcando el cuadro con una "X", y complementar en el cuadro siguientes otras actividades realizadas.

LIMITES DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL:

Comprende de la pregunta no. 15 a la 18, aquí el entrevistador anotará textualmente lo que refiere el entrevistado, poniendo en un listado los límites, obstáculos y estrategias para superarlos.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

FIGURA NO. 1 GRADOS DE ENFERMERIA

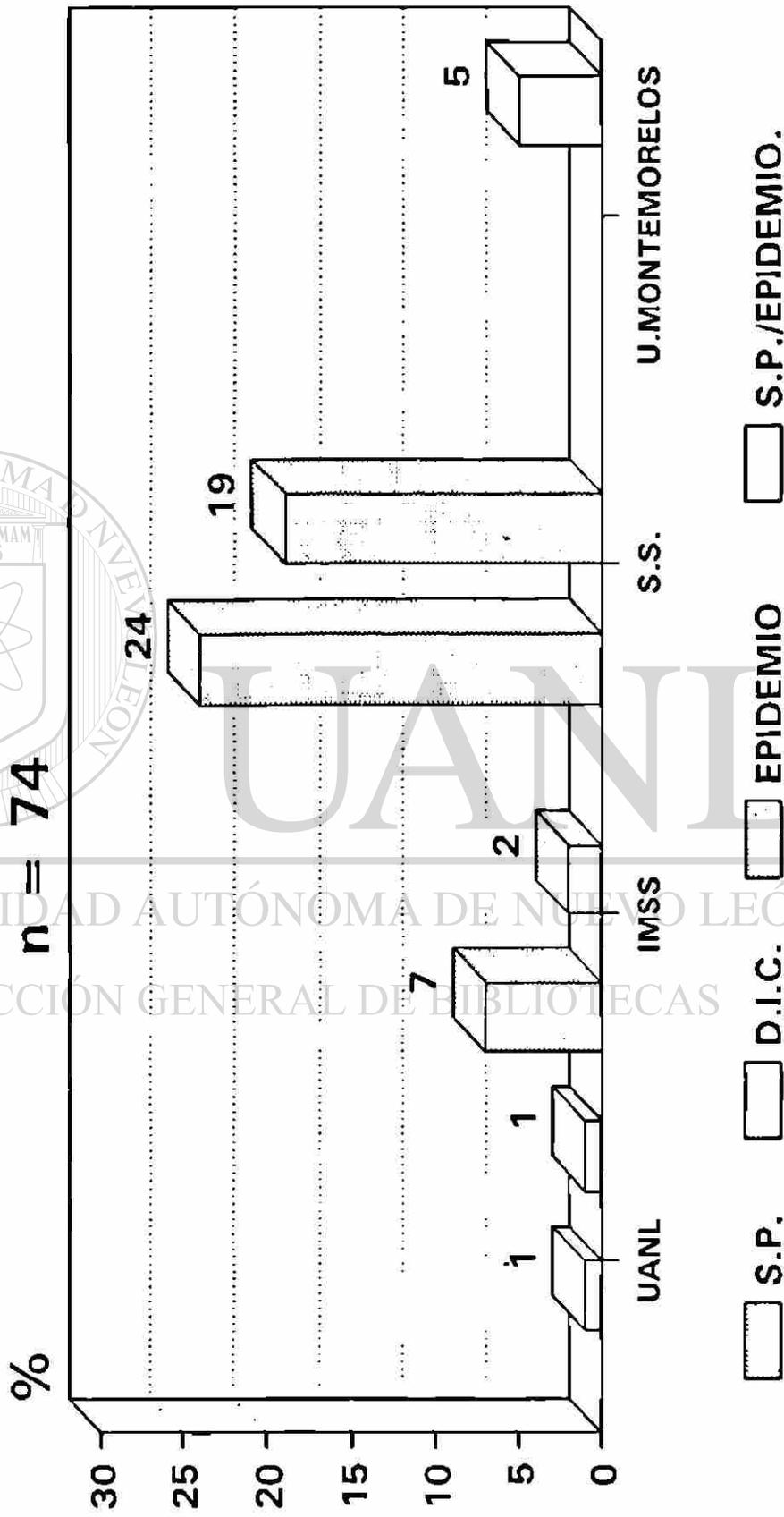


FUENTE: CUADRO NO. 1

FIGURA 2

ESCUELA - MATERIAS COMUNITARIAS

JURISDICCION NO. 3

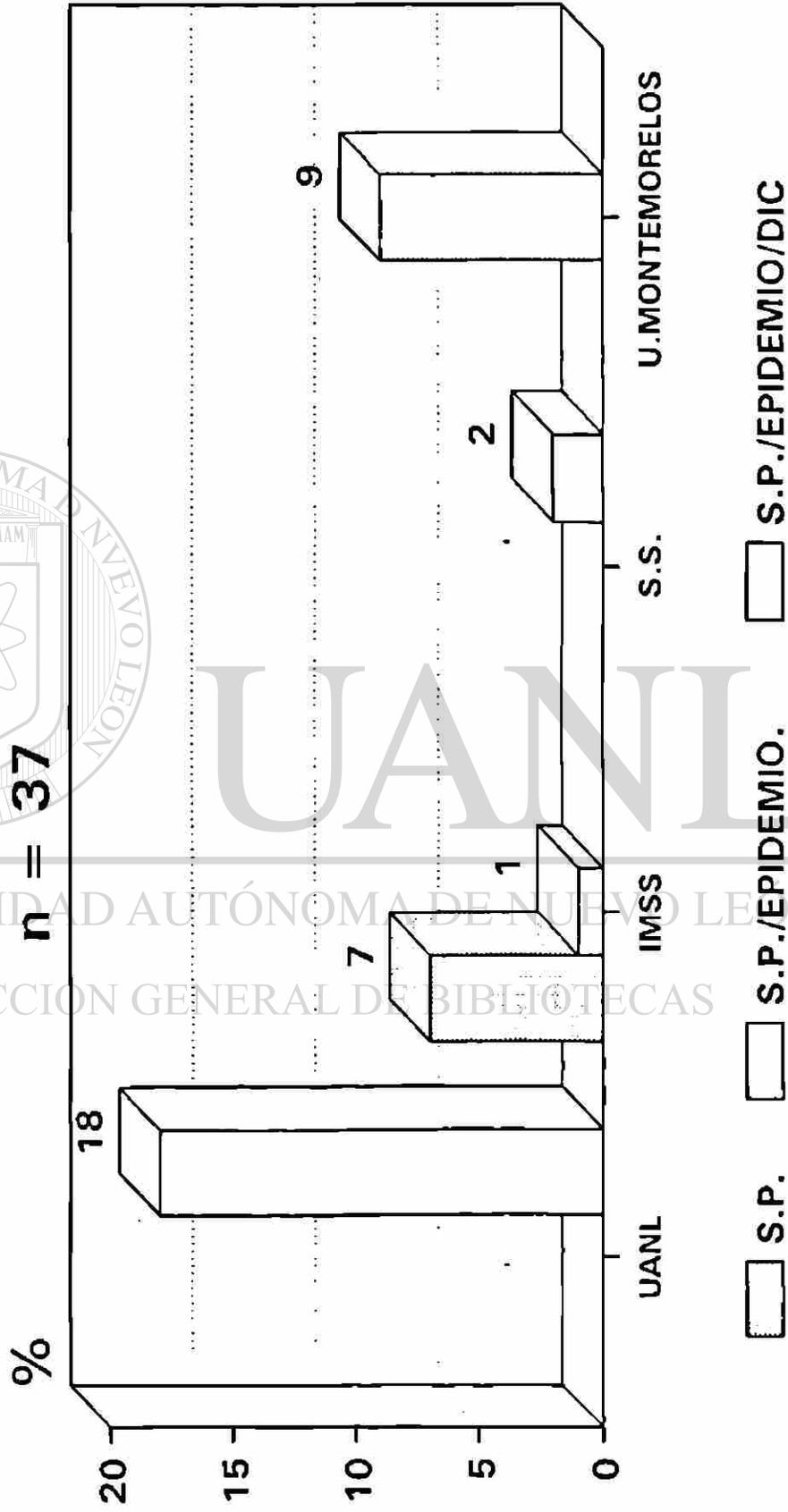


FUENTE: CUADRO NO. 2

FIGURA 3

ESCUELA - MATERIAS COMUNITARIAS

JURISDICCION NO. 4

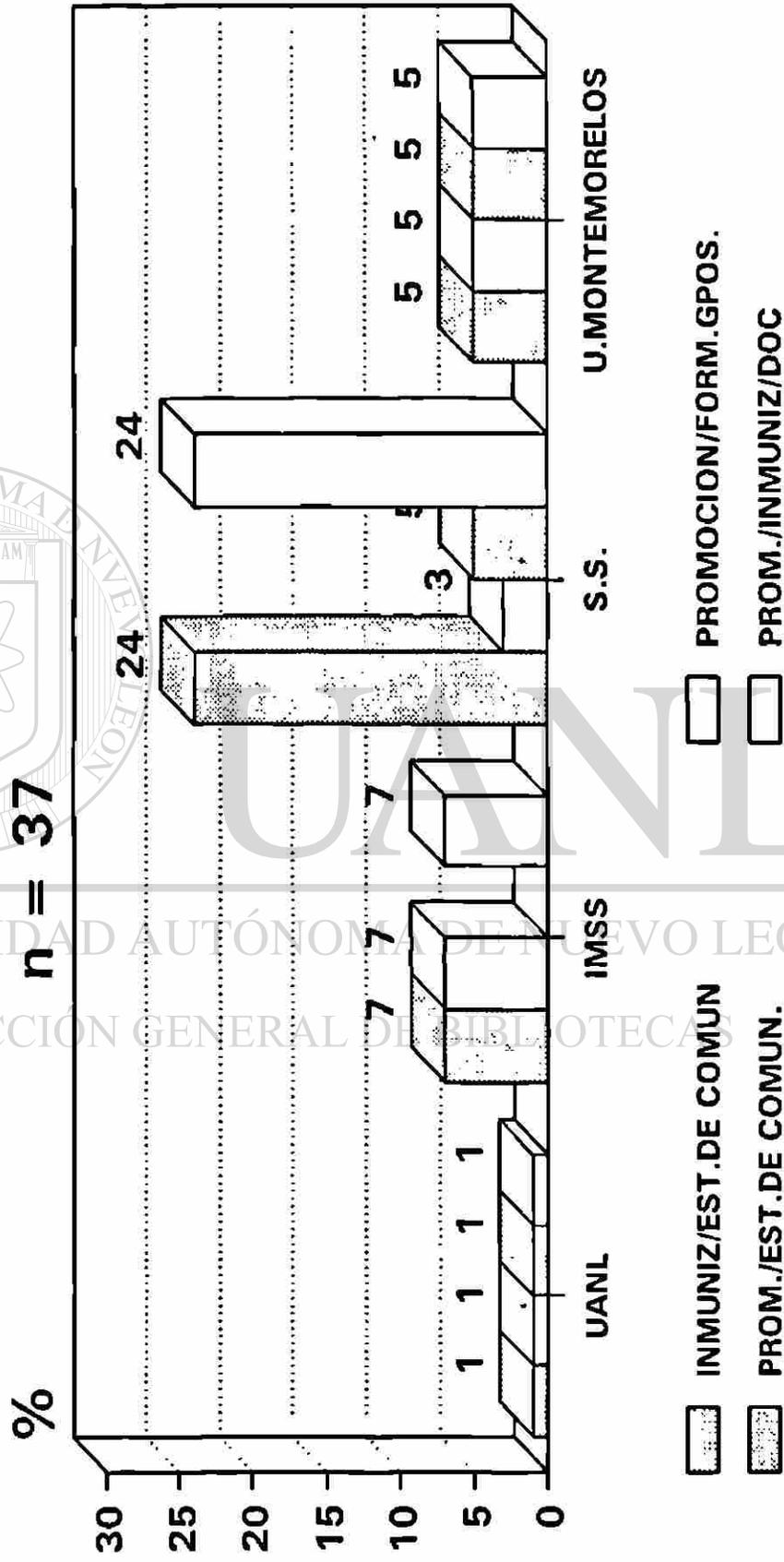


FUENTE: CUADRO NO. 3

FIGURA 4

ESCUELA - PRACTICA COMUNITARIA

JURISDICCION NO. 3

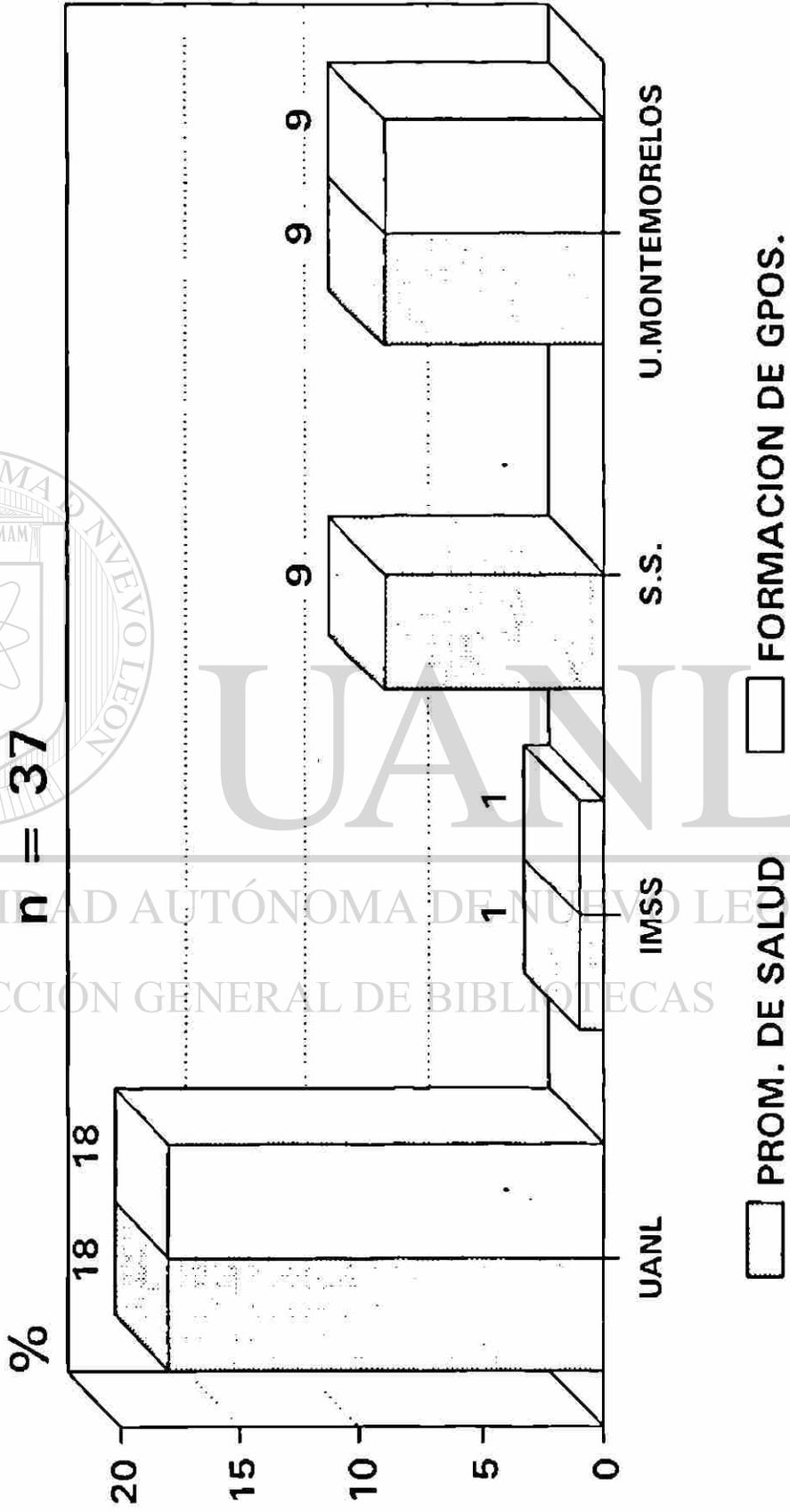


FUENTE: CUADRO NO. 4

FIGURA 5

ESCUELA - PRACTICA COMUNITARIA

JURISDICCION NO. 4

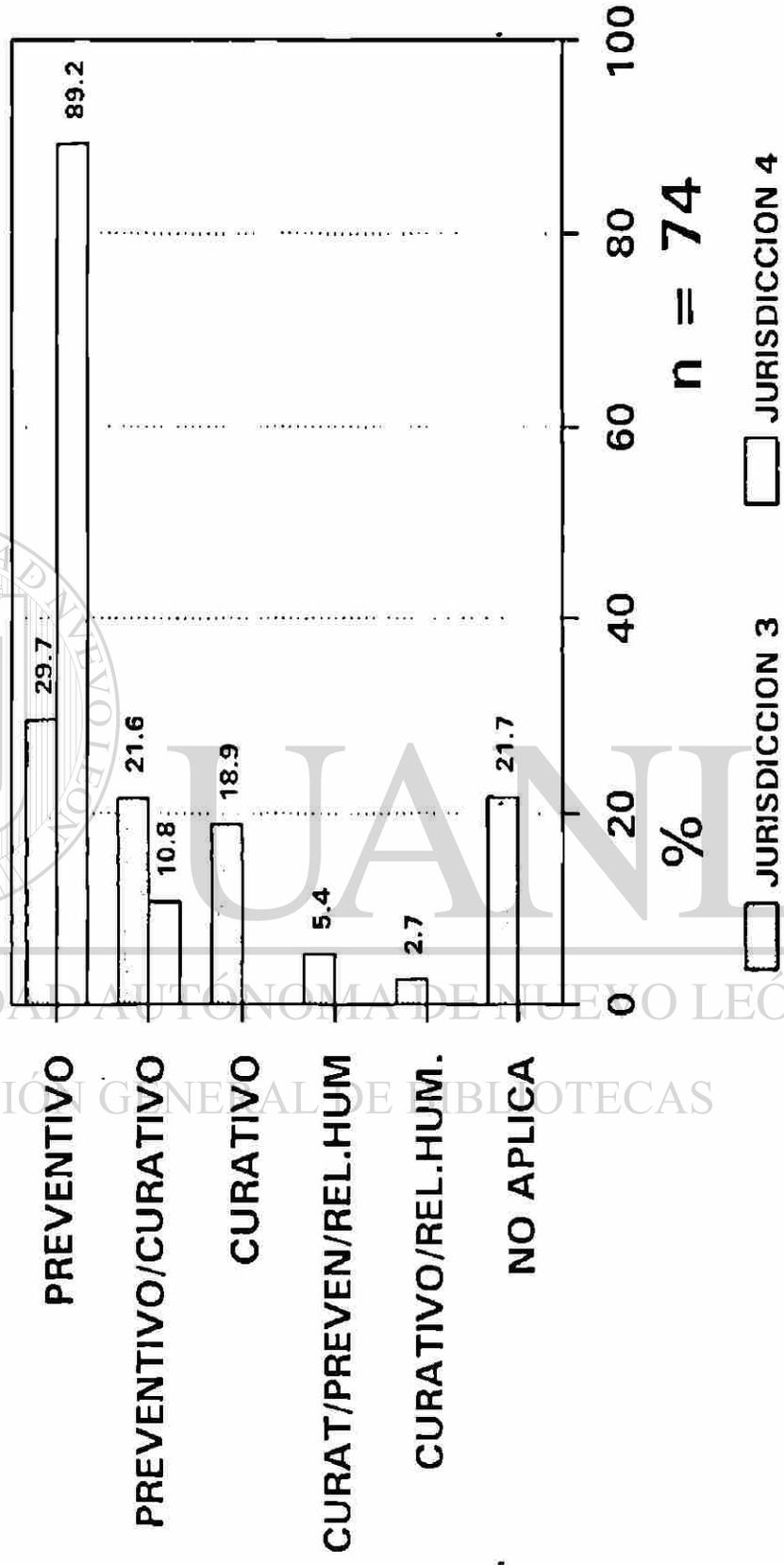


FUENTE: CUADRO NO. 5

FIGURA 6

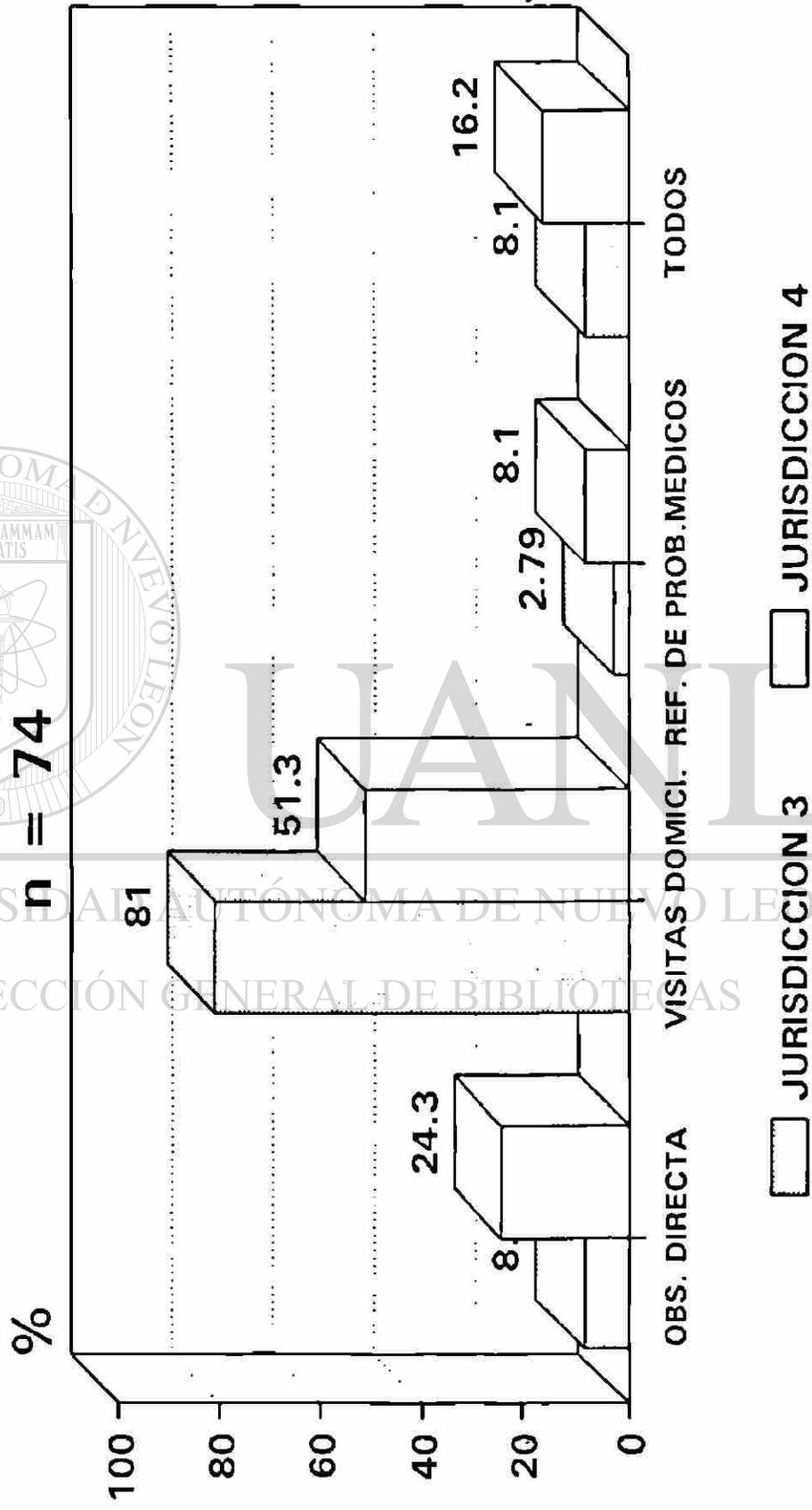
CARACTER DEL ENTRENAMIENTO RECIBIDO

JURISDICCION NO. 3 Y 4



FUENTE: CUADRO NO. 6

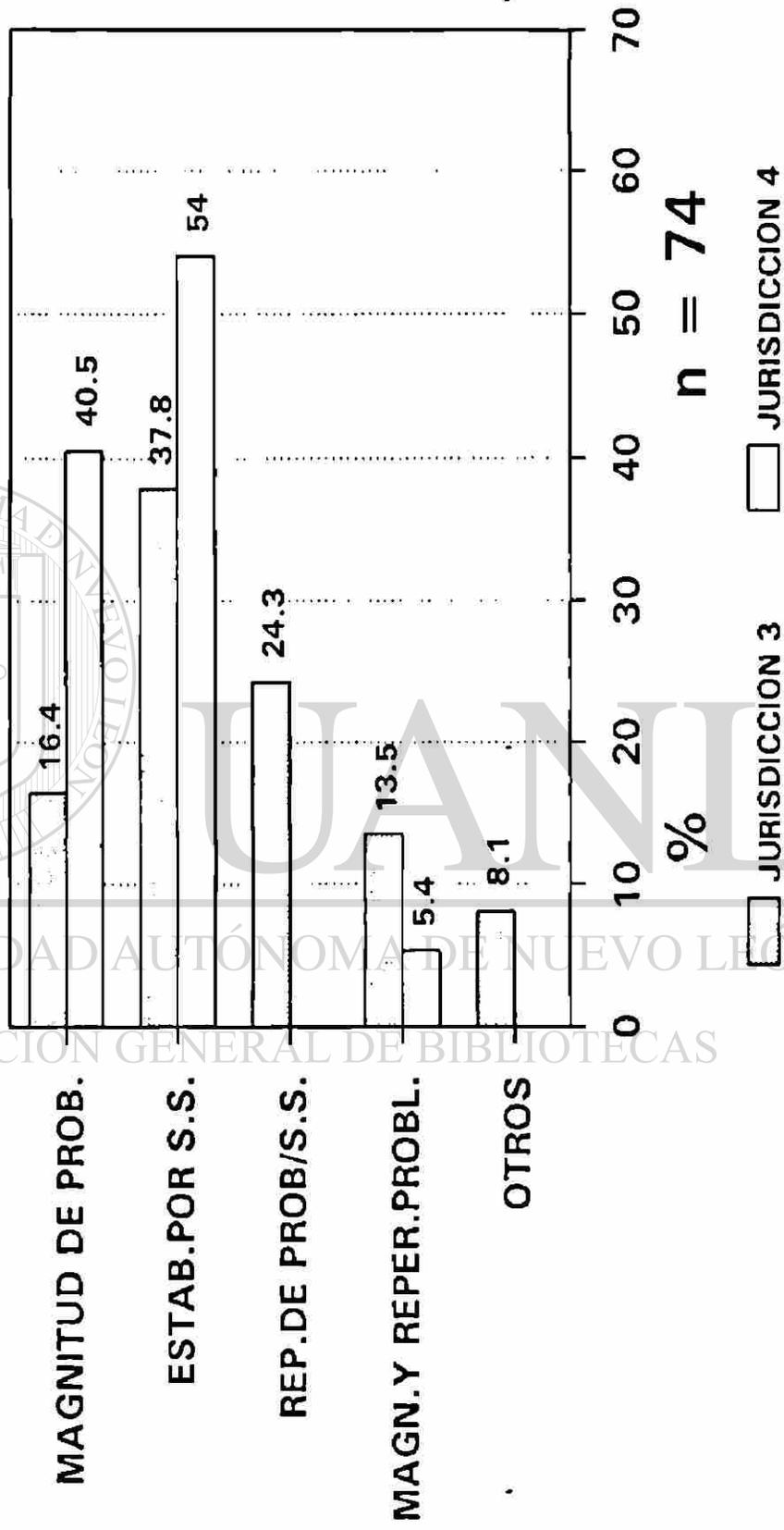
FIGURA 7. PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN LA IDENTIFICACION DE NECESIDADES Y PROBLEMAS.



FUENTE: CUADRO NO. 7

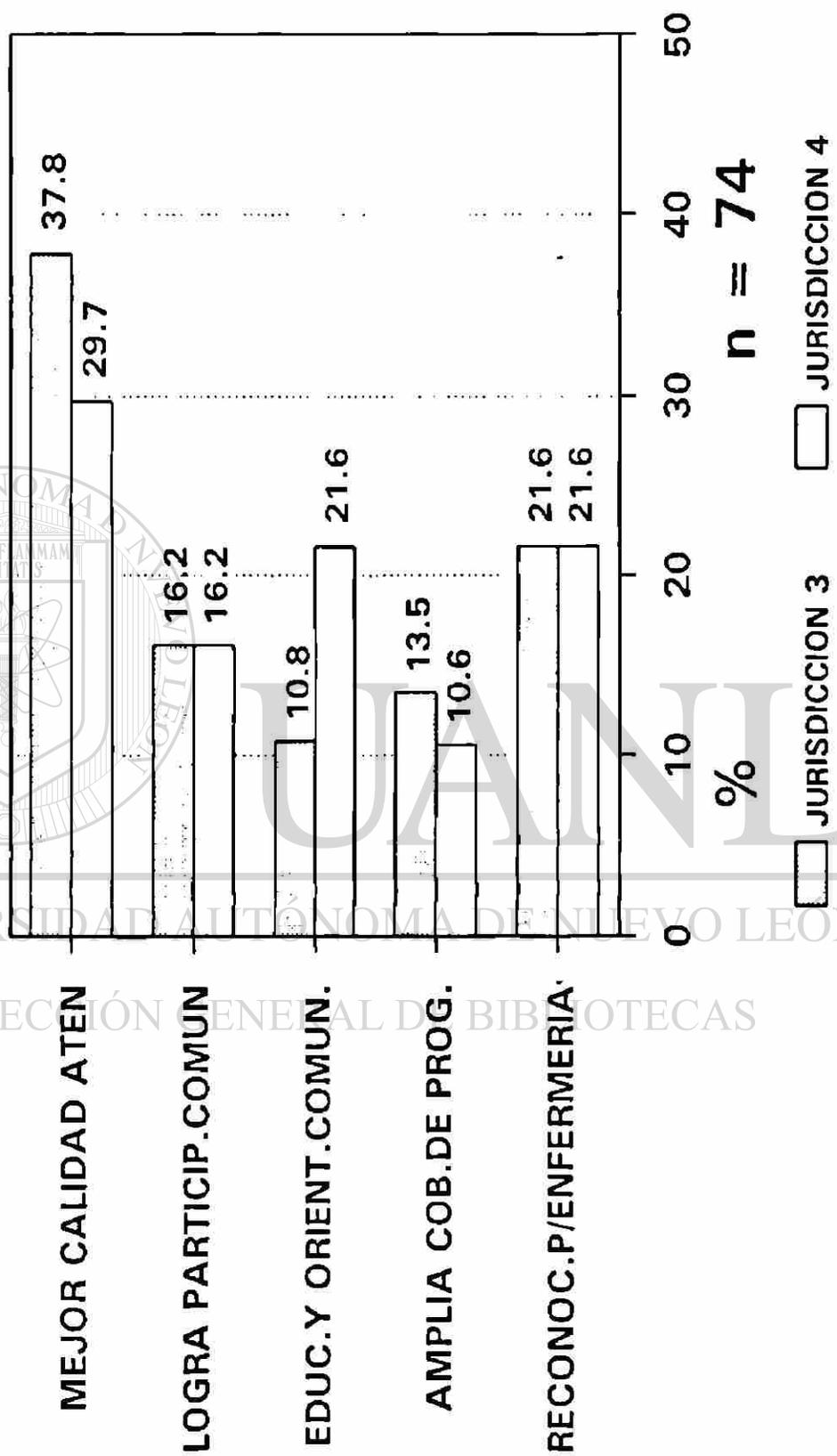
FIGURA 8

CRITERIOS UTILIZADOS PARA JERARQUIZAR NECESIDADES DE SALUD



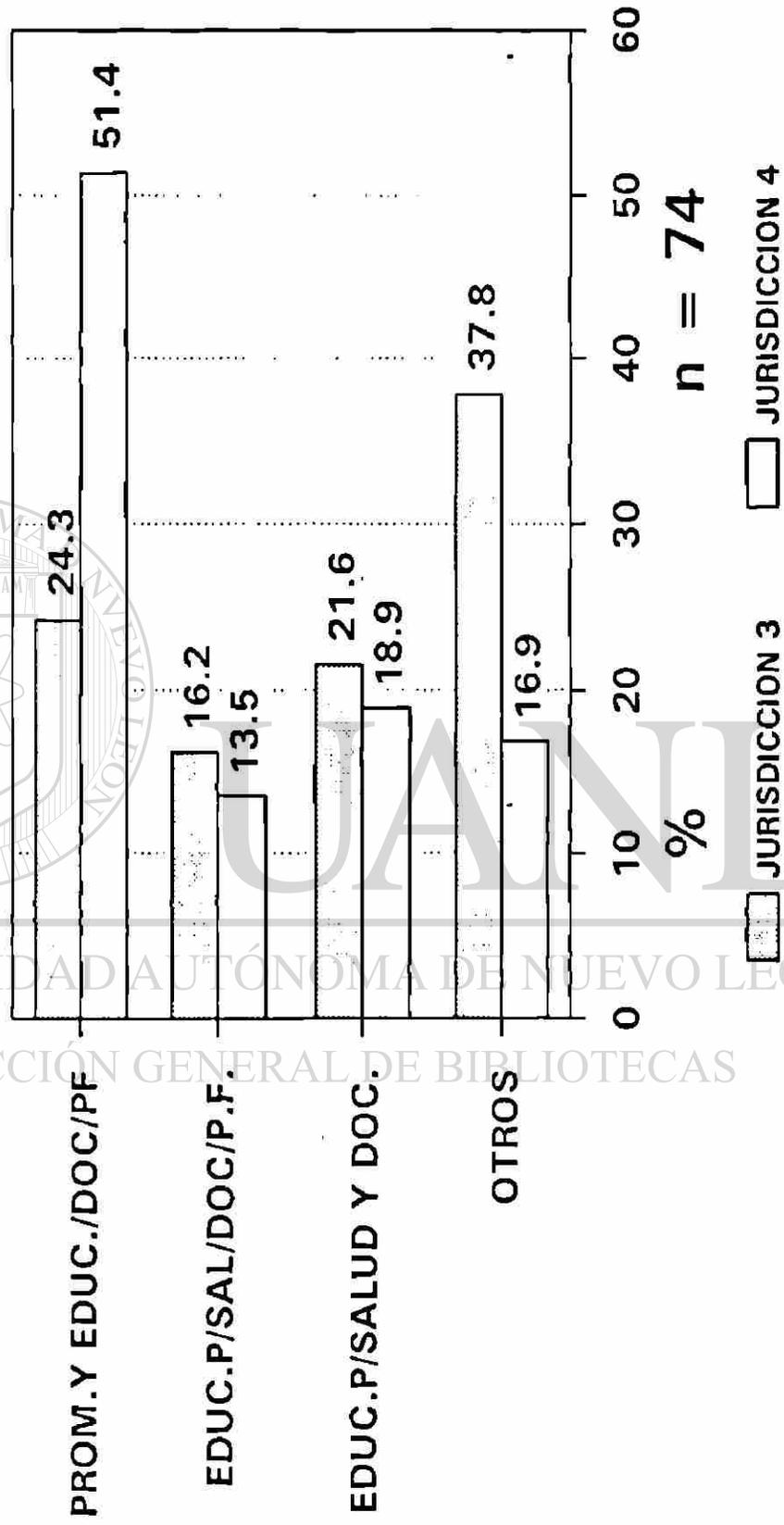
FUENTE: CUADRO NO. 8

FIGURA 10 METAS DE ENFERMERIA COMUNITARIA



FUENTE: CUADRO NO. 10

FIGURA 11
ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA ENFERMERIA
CON EL INDIVIDUO



FUENTE: CUADRO NO. 11

FIGURA 12
ACTIVIDADES DESARROLLADAS CON LA FAMILIA

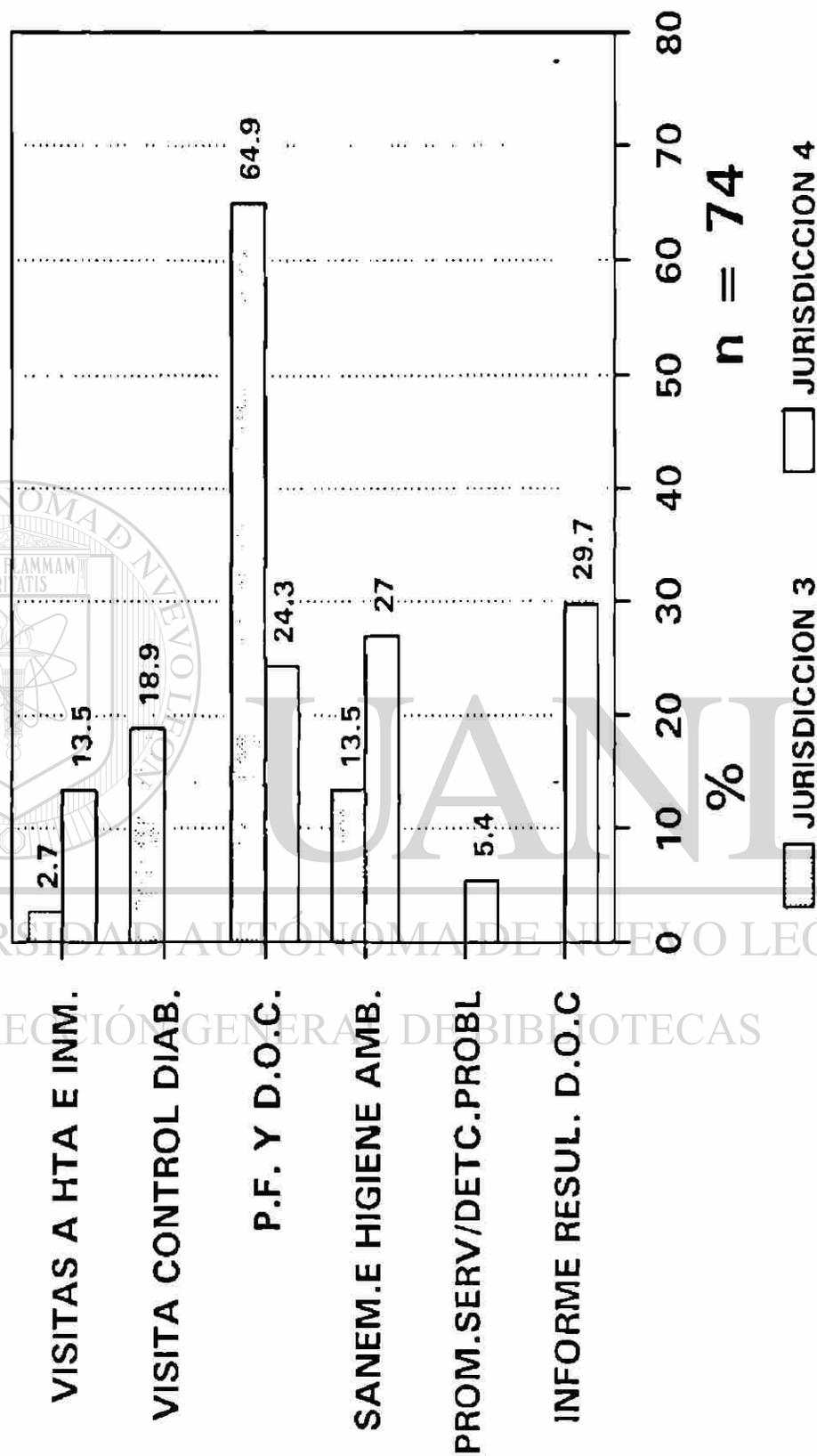
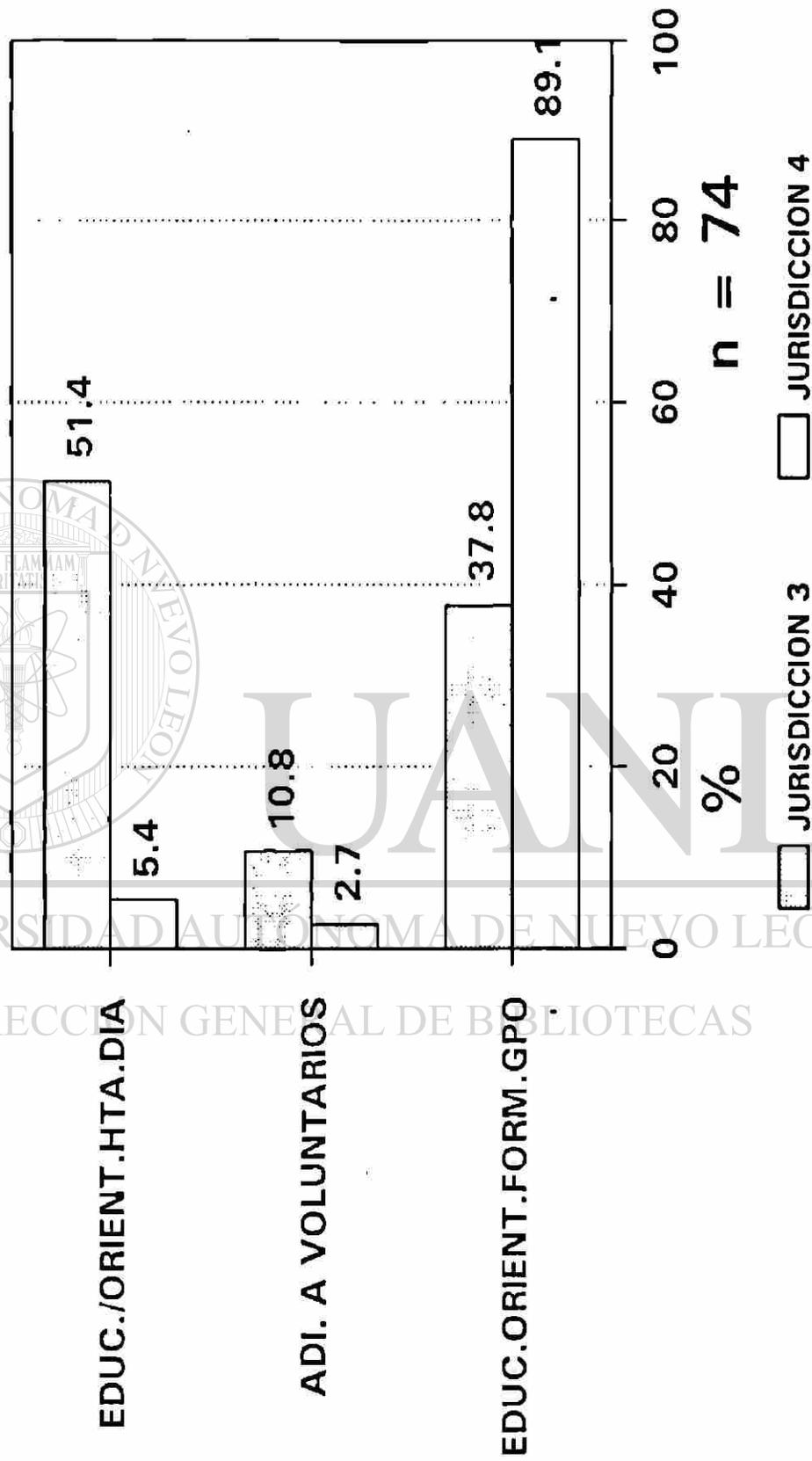
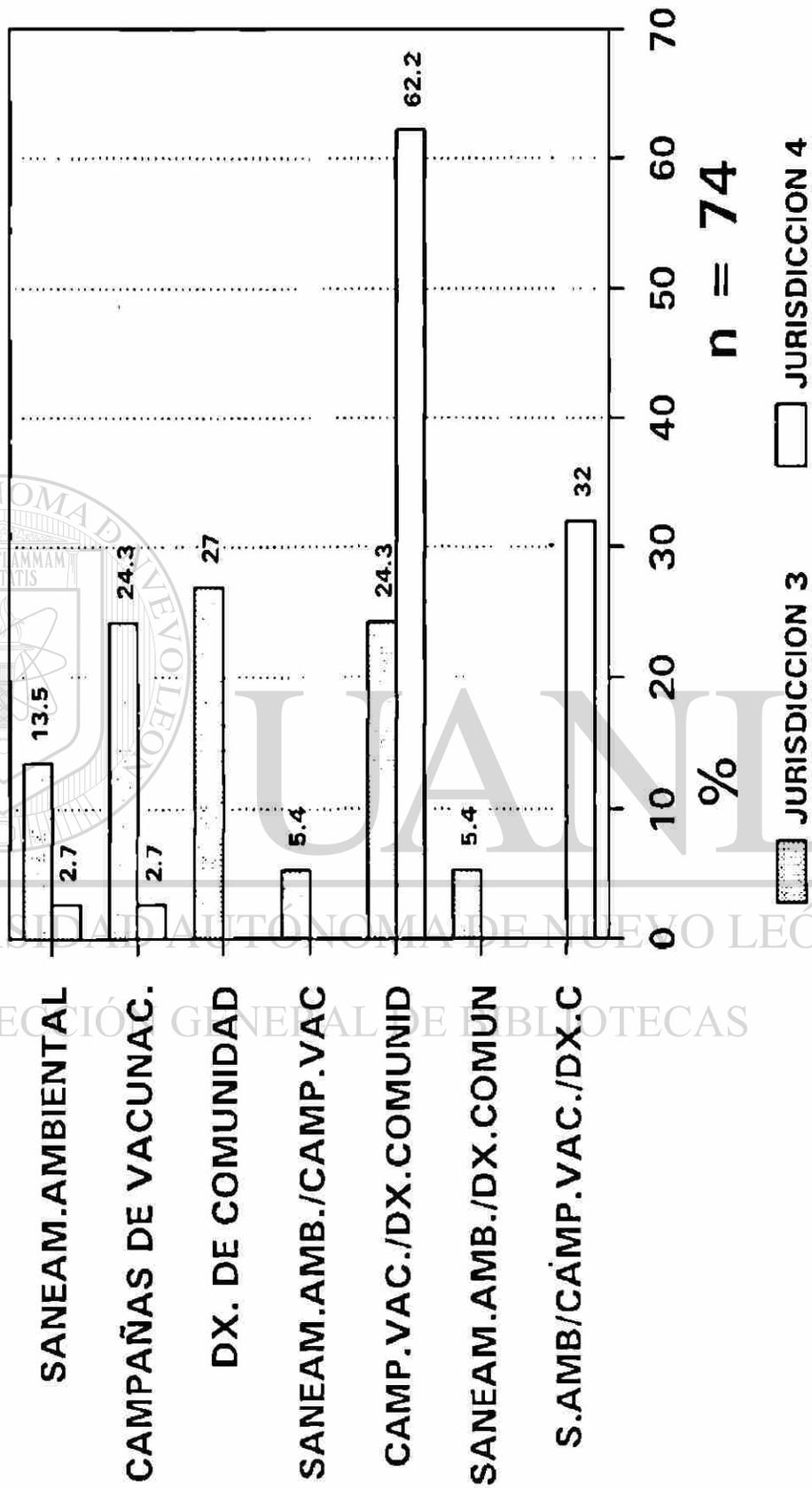


FIGURA 13
ACTIVIDADES CON EL GRUPO



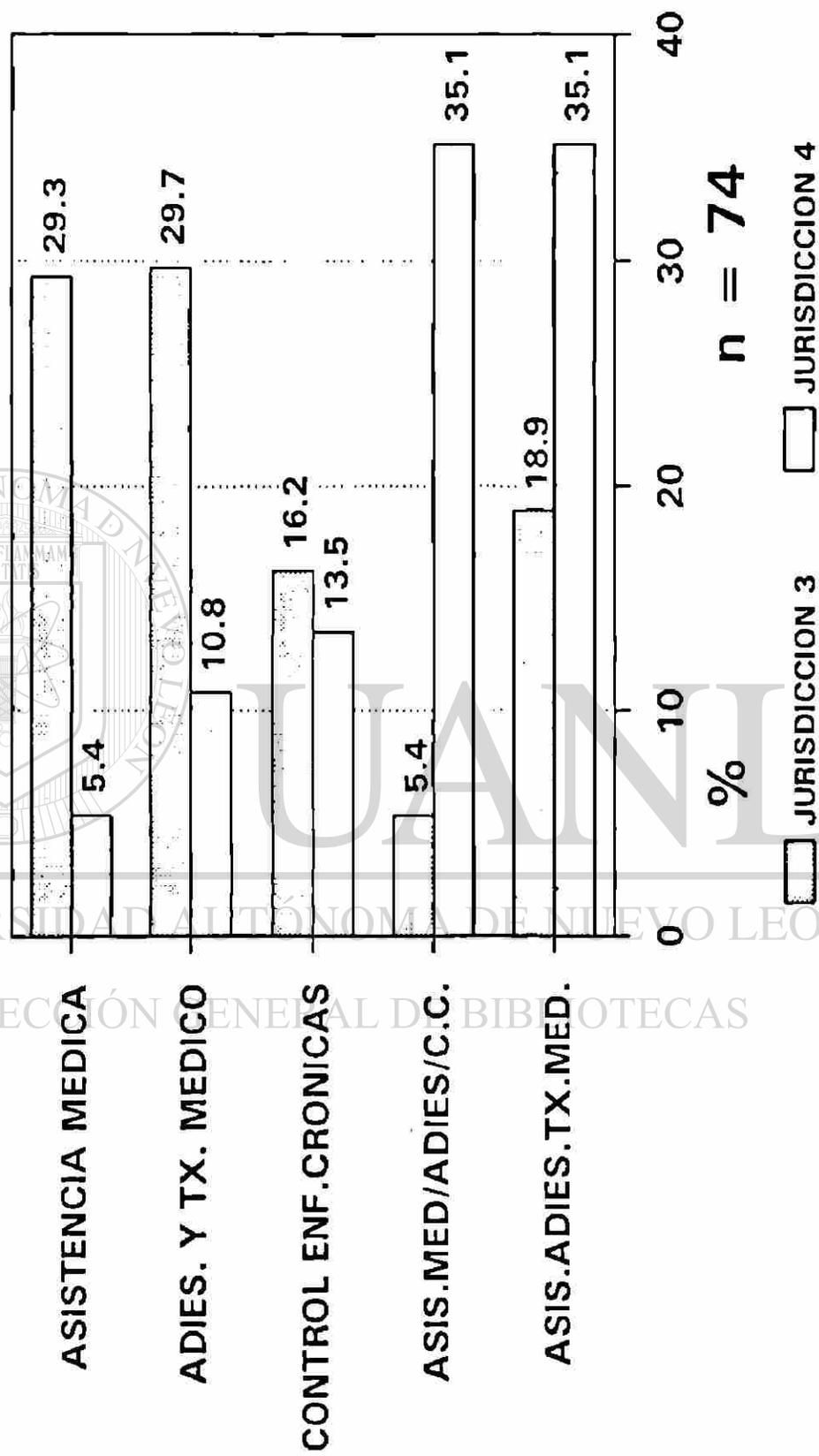
FUENTE: CUADRO NO. 13

FIGURA 14 ACTIVIDADES CON LA COMUNIDAD



FUENTE: CUADRO NO. 14

FIGURA 15
ACTIVIDADES DEPENDIENTES



FUENTE: CUADRO NO. 15

FIGURA 16 ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

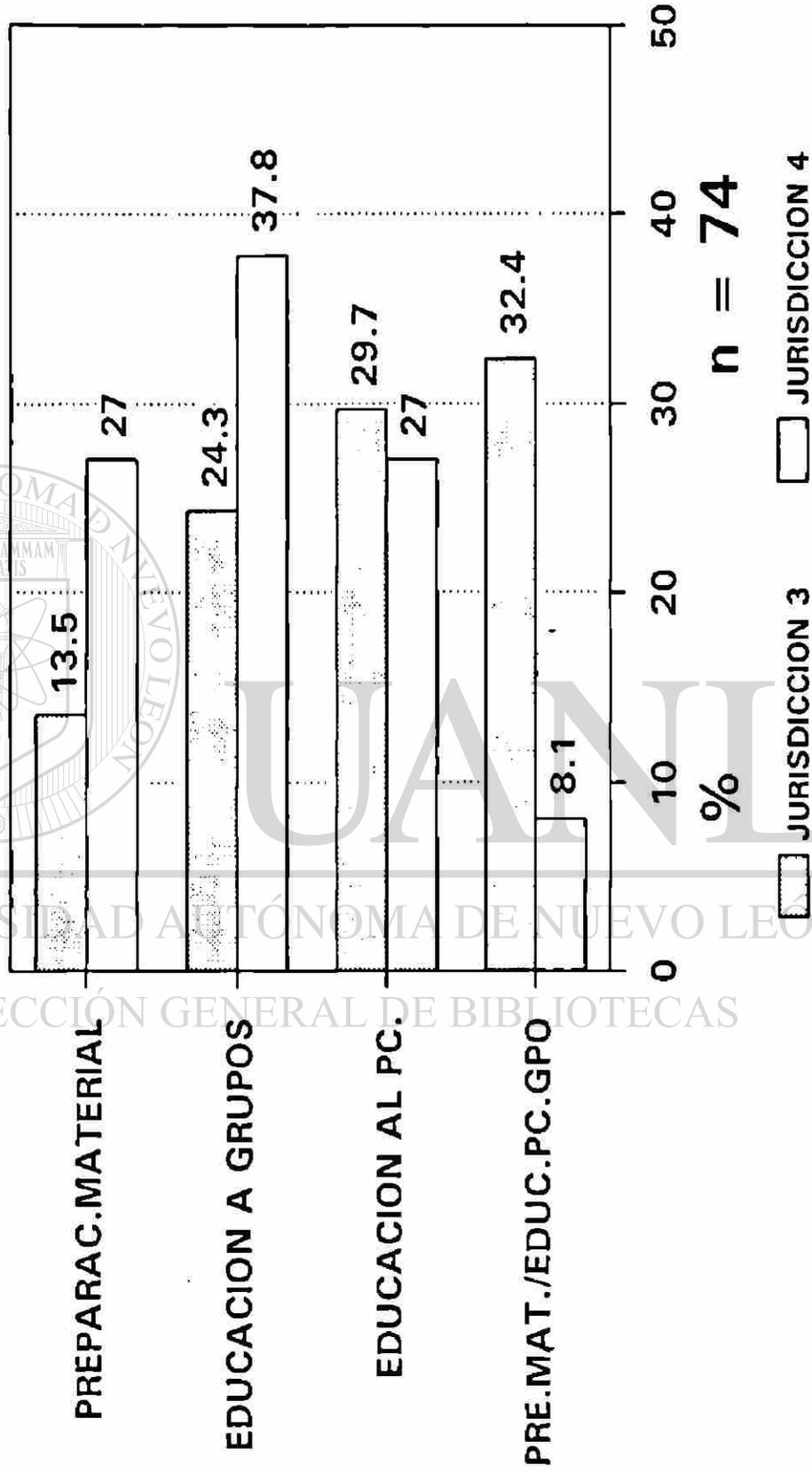


FIGURA 17
ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES

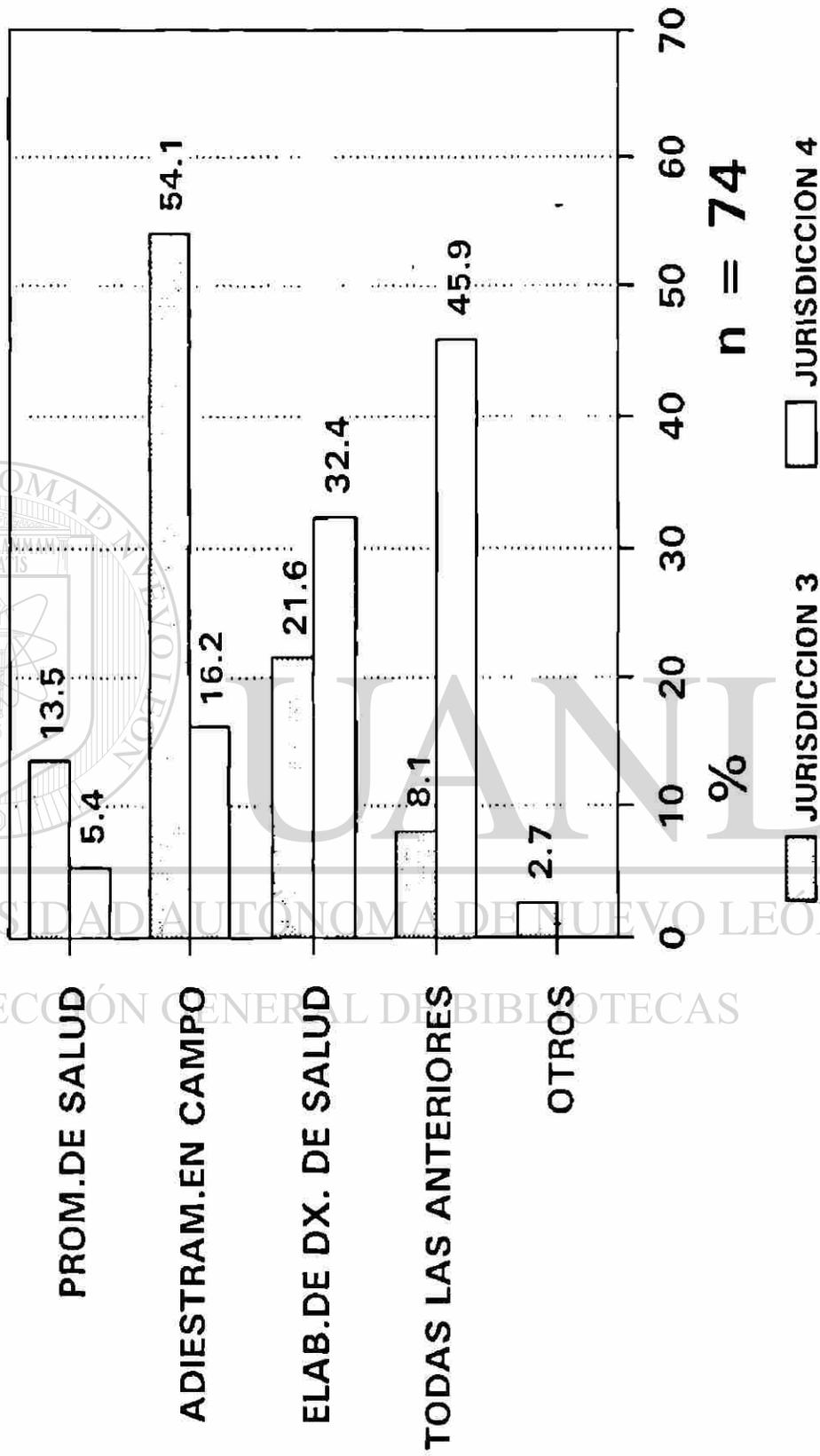
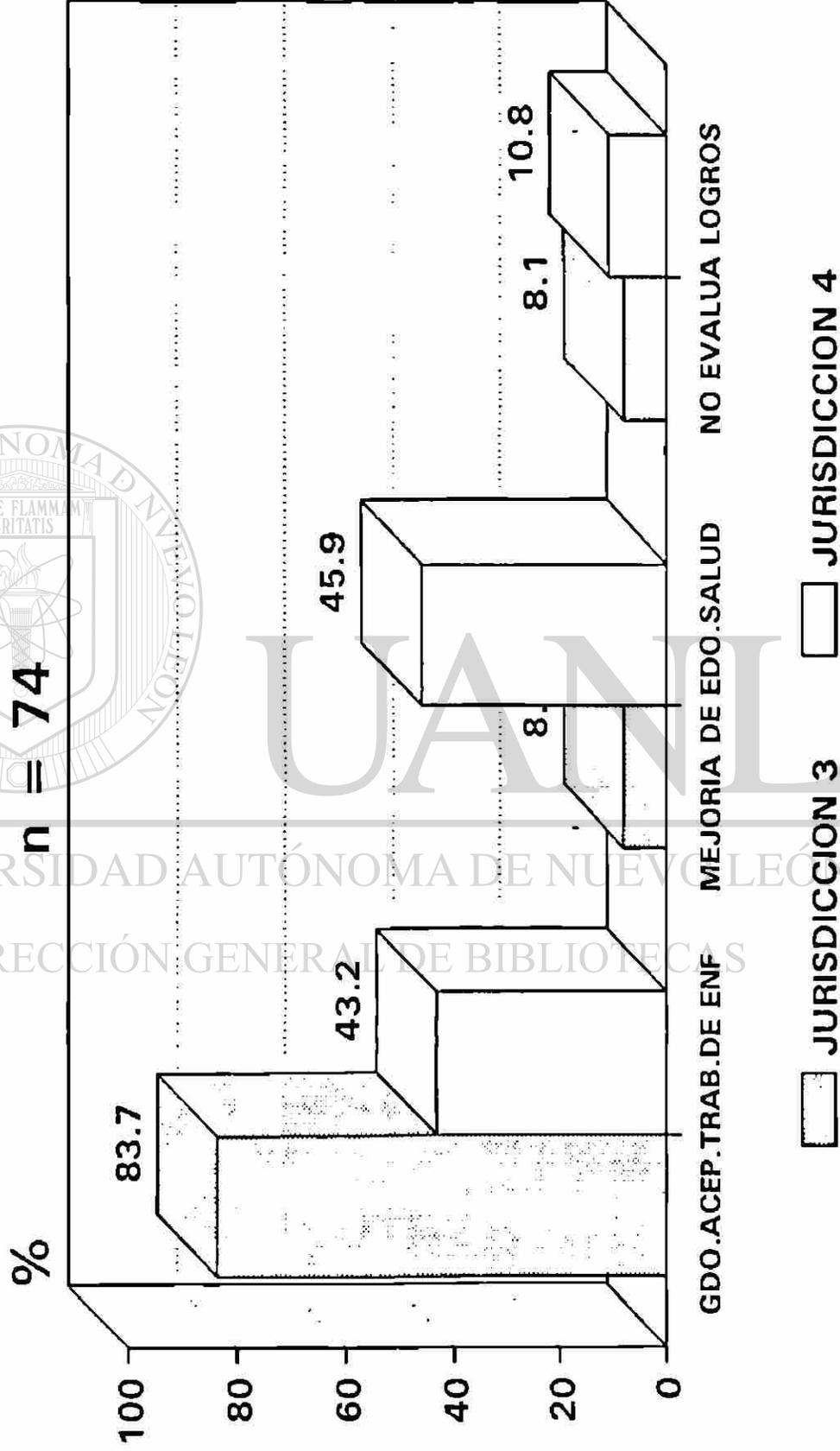


FIGURA 18 EVALUACION DE LA ATENCION PRIMARIA

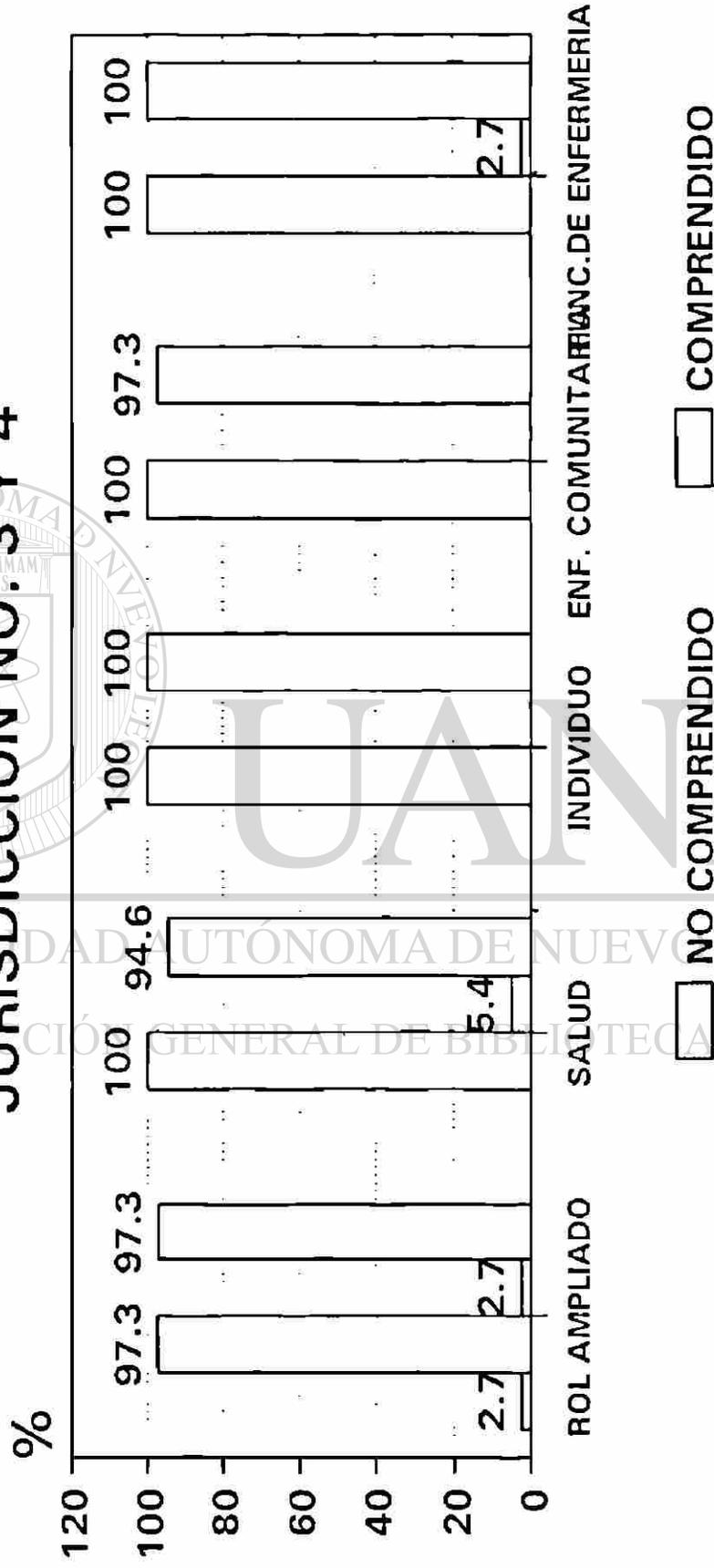


FUENTE: CUADRO NO. 18

FIGURA 19

COMPRESION DE CONCEPTOS BASICOS PARA ENFERMERIA

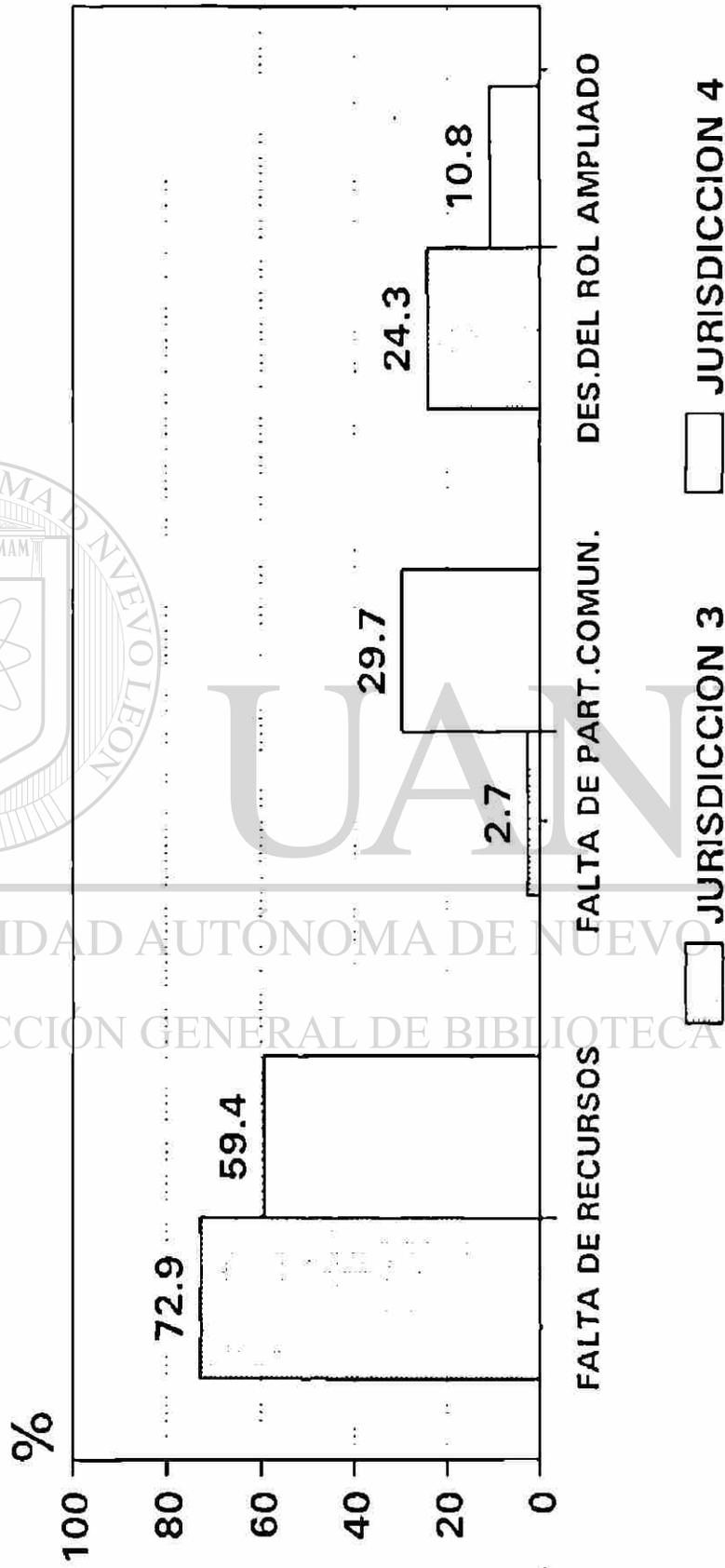
JURISDICCION NO. 3 Y 4



FUENTE: CUADRO NO. 19

n = 74

FIGURA 20 OBSTACULOS DEL DESEMPEÑO DEL ROL AMPLIADO



FUENTE: CUADRO NO. 20

n = 74

ANEXO NO. 4

PROGRAMA BASICO PARA EL PROCESAMIENTO DE ARCHIVO DE DATOS
EN EL S.P.S.S.

DATA LIST FILES 'SOFIA DAT'

/V1 1-2 V2 4 V3 6 V4 8 V5 10 V6 12 V7 14-15 V8 17
V9 19 V10 21 V11 23 V12 25 V13 27 V14 29 V15 31
V16 33-34 V17 36 V18 38 V19 40 V20 42 V21 44 V22 46
V23 48 V24 50 V25 52 V26 54 V27 56 V28 58 V29 60
V30 62 V31 64 V32 66 V33 68 V34 70 V35 72 /V36 1
V37 3 V38 5 V39 7 V40 9 V41 11 V42 13 V43 15 V44
17 V45 19 V46 21 V47 23 V48 25 V49 27 V50 29 V51
31.

VARIABLE LABELS

/V1 'CLAVE'
/V2 'JURISDICCION'
/V3 'PUESTO'
/V4 'GRADO MAXIMO'
/V5 'ESCUELA TITULO'
/V6 'MATERIAS COMUNITARIAS'
/V7 'PRACTICA COMUNITARIA'
/V8 'ENTRENAMIENTO'
/V9 'NOMBRE DEL CURSO'
/V10 'DURACION DEL CURSO'
/V11 'CONTENIDO'
/V12 'LUGAR DONDE LO TOMO'
/V13 'PORQUE LO TOMO'
/V14 'QUIEN CUBRIO GASTOS'
/V15 'INSTRUMENTOS'
/V16 'PROCEDIMIENTOS'
/V17 'JERARQUIZACION'
/V18 'METAS'
/V19 'PAE'
/V20 'ACT. INDIVIDUO'
/V21 'ACT. FAMILIA'
/V22 'ACT. GRUPO'
/V23 'ACT. COMUNIDAD'
/V24 'EVALUACION'
/V25 'FRECUENCIA REUNION'
/V26 'MOTIVO REUNION'
/V27 'ACT. INDEP.'
/V28 'ACT. INTER.'
/V29 'ACT. DEP.'
/V30 'FUNCIONES SSA'
/V31 'LIMITES PROF.'
/V32 'SUPERACION OBS.'

/V33 'LIM. O FAC. '
 /V34 'PORQUE V33'
 /V35 'DEFENSOR'
 /V36 'COLABORADOR'
 /V37 'CONSEJERO'
 /V38 'COORDINADOR'
 /V39 'SUMINISTRADOR'
 /V40 'EDUCADOR'
 /V41 'INVESTIGADOR'
 /V42 'ROL AMPLIADO'
 /V43 'SALUD'
 /V44 'INDIVIDUO'
 /V45 'ENF. COMUNIT. '
 /V46 'FUNC. ENF. '
 /V47 'ESPIRITU GPO. '
 /V48 'AUTOCONFIANZA'
 /V49 'RELAC. PROF. '
 /V50 'TRABAJO COM. '
 /V51 'CONOC C Y T'

VALUE LABELS

/V2 3' JURISDICCION 3' 4' JURISDICCION 4'
 /V6 1' SALUD P' 2' DIC' 3' EPI' 4' SALUD P T EPI' 5' SP Y DIC'
 6' DIC Y EPI' 7' SALUD P EPID DIC'.
 /V7 1' PROMOCION S' 2' FORM GPOS. ' 3' INMUNIZ' 4' ESTUDIO COM'
 5' DOC Y PF' 6' INMUNIZ Y ESTUDIO COM' 7' NO APLICA'
 8' PROMOCION FORM GPOS. ESTUDIO COM DOC PF' 11' PROMOCION
 INMUNIZ DOC PF' 12' PROMOCION FORM GPOS UNMUNIZ ESTUDIO COM
 DOC PF'.
 /V8 1' 1991' 2' 1990' 3' 1989' 4' 1988' 5' 1987' 6' 1991 1990
 1989' 7' NO APLICA' 8' 1991 1988 1987'.
 /V9 1' PREV' 2' CURACION' 3' REL INTER' 4' PREV CURAT REL'
 5' PREV Y CURATIVA' 6' CURATIV Y REL HUM' 7' NO APLICA'.
 /V10 1' 6 A 15 HRS' 2' 16 A 25 HRS' 3' 26 A 35 HRS' 4' 36 A 45
 HRS' 5' 45 A MAS' 6' NO APLICA'.
 /V11 1' ACT PREV' 2' ACT CURAT' 3' REL INTER' 4' PREV CURAT REL
 INTER' 5' PREV Y CURA' 6' CURAT Y REL INTER' 7' NO APLICA'
 8' REL INTER Y PREV'.
 /V12 1' C SALUD' 2' UNIDAD HOSP' 3' UANL' 4' DIF' 5' C S Y HOSP'
 6' NO APLICA' 7' C S U HOSP Y DIF' 8' C S U HOSP Y UANL'.
 /V13 1' ECON' 2' MOTIV PERSONAL' 3' ACTUALIZACION' 4' BECA'
 5' LA MANDA SSA' 6' NO APLICA'.
 /V14 1' SSA' 2' UANL' 3' ENFERMERA' 4' SSA UANL ENFERMERA'
 5' SSA Y UANL' 6' UANL ENFERMERA' 7' NO APLICA' 8' SSA Y
 ENFERMERA'
 /V15 1' DX SALUD' 2' HOLA RECEP' 3' REGISTRO MED' 4' HOJA INF
 DIARIA' 5' 1 2 3 4' 6' DX SALUD Y H INF DIARIO' 7' 1 2 3'
 8' HOJA RECP Y H INF DIARIO' 9' NO APLICA'.
 /V16 1' OBS DIRECTA' 2' VISITA DOM' 3' REF MEDICA' 4' REF FAM'

- 5'HOJA REC' 6'1 2 3 4 5' 7'1 2 3 4' 9'2 4' 10''1 2 3 5'.
- /V17 1'MAGNITUD PROB' 2'REPER PROB' 3'ESTAB SSA' 4'NO APLICA' 5'REP PROB Y EST SSA' 6'MAGNITUD PROB Y REP'
- /V18 1'MEJORAR CALIDAD' 2'PART COM' 3'EDUC Y ORIENT COM' 4'PF' 5'RECON ENF' 6'MEJORAR CALIDAD ATN Y PART COM'.
- /V19 1'DETECTAR PROB' 2'NO DESARROLLO' 3'INTEGRA ACT'.
- /V20 1'PS CGE DOC PF' 2'PS CGE PF PC' 3'PS DOC PC' 4'CGE DPC PC' 5'PCGE Y DOC' 6'CGE' 7'PS Y CGE'.
- /V21 1'VISITA DOM CON INTER A FC'
- /V22 1'EDUCACION Y ORIENT' 2'ADIESTRAMIENTO' 3'FORM GPOS HTS Y D' 4'1 2 3' 5'ADIESTRAMIENTO Y FORM GPOS' 6'EDUCA ORIENT Y ADIESTRAMIENTO Y FORM GPOS' 6'EDUC ORIENT Y ADIESTRAMIENTO' 7'EDUCA ORIENT Y CONF GPOS'.
- /V23 1'SANEAM AMB' 2'CAMPANA VAC' 3'REALIZA DX COM' 4'SANEAM AMB Y CAMPANA VAC' 5'CAMPANA VAC Y DX COM' 6'SANEAM AMB Y DX COM' 7'1 2 3'.
- /V24 1'NO EVALUA LOGROS' 2'ACEP ATN ENF' 3'MEJORIA EST SALUD' 4'ACEP ATN ENF Y MEJ EST SALUD'.
- /V25 1'CADA MES' 2'CADA MES 3 MESES' 3'CADA 6 MESES'.
- /V26 1'INF METAS' 2'TRATAR PROB' 3'PLANTEAR ESTRATEGIAS' 4'1 2 3' 5'INF. METAS Y PLANTEAR EST' 6'INF METAS TRATAR PROB'.
- /V27 1'PREP MATERIAL' 2'CGE' 3'EDUC PAC' 4'PREP MATERIAL CGE EDUC PAC'.
- /V28 1'PROMOCION S' 2'ADIESTRAM CAMPANA' 3'ELAB DX. SALUD' 4'PROMOCION ADIES DX SALUD'.
- /V29 1'ASIS MED' 2'ADIESTRAMIENTO TX MED' 3'CONTROL CRONICOS' 4'ASIS MED ADIESTRAMIENTO Y CONTROL C' 5'ASIST MEDI Y ADIESTRAM TX M'.
- /V30 1'ESTABLECIDAS' 2'ESTABLECIDAS Y ASESORIA P ENF' 3'ESTAB Y COORDINACION'.
- /V31 1'FALTA RECURSO' 2'FALTA REC Y PROB COMUNIC' 3'FALTA REC Y RENUENCIA COM' 5'PROGRAMA AMBICIOSO' 6'NINGUNO'
- /V32 1'DELIM FUNC' 2'DELIM FUNC Y SOLIC DE REC' 3'DELIM DE FUNC Y MEJORAR ORG' 4' DELIM FUNC Y ACT BASADAS EN REC Y NEC' 5' DELIM FUNC SOLIC REC Y ACT REC NLS'.
- /V33 1'LA FACILITA' 2'LA LIMITA'.
- /V34 1'LA FACILITA' 2'LA LIMITA'.
- /V35 1'PROVEEDOR RECURSOS' 2'INFORMANTE' 3'COMUNICADOR' 4'INFORMANTE Y COORDINADOR' 5'PROVEEDOR REC E INF' 6'PROVEEDOR REC Y COMUN'.
- /V36 1'COLABORADOR CON MEDICO' 2'INTEGRARSE AL EQUIPO' 3'COLAB MEDICO E INTEQUIPO'.
- /V37 1'PROPORCIONA INF COM' 2'INFORMA LO PROPORCIONADO' 3'PROP INF E INF LO PROP'.
- /V38 1'IMPLEMENTA CURSOS' 2'FACILITA DESARROLLO' 3'IMPLEMENTA CURSOS Y FAC DES' 4'NO APLICA'.
- /V39 1'TOMA SV' 2'DOC' 3'DIU' 4'INMUNICIONES' 5'SV DOC DIU INMUNIZACIONES'.

*/V40 1'ORIENTAR Y EDUCAR' 2'PROMOCION' 3'ORIENTAR EDUCAR
PROMOCION' 4'NO APLICA'.*

*/V41 1'ESTUDIO EPI' 2'EVALUACION COBERTURA' 3'DETECCION FACT
RIESGOS' 4'DETECCION Y REF CASOS' 5'1 2 3 4' 6'ESTUDIO
DETECCION Y REF CASOS' 7'NO APLICA'.*

/V42 1'COMPRESION' 2'NO COMPRESION'

/V43 1'NO COMPRESION' 2'NO COMPRESION'

/V44 1'NO COMPRESION' 2'NO COMPRESION'

/V45 1'NO COMPRESION' 2'NO COMPRESION'

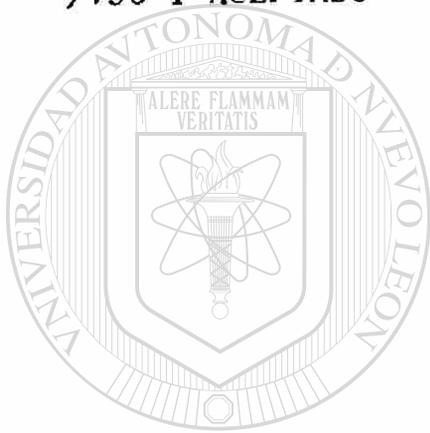
/V46 1'NO COMPRESION' 2'NO COMPRESION'

/V47 1'ACEPTADO' 2'RECHAZADO'

/V48 1'ACEPTADO' 2'RECHAZADO'

/V49 1'ACEPTADO' 2'RECHAZADO'

/V50 1'ACEPTADO' 2'RECHAZADO'



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

