



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN ABORDAJE COMUNITARIO,
AMBULATORIO URBANO (I) DISTRITO SANITARIO N°3 SAN MARTÍN
CARACAS, SEGUNDO SEMESTRE 2005.**

**Tutor:
Mgs. Ricarda Montaña**

**Autoras:
GARCIA, Carmary
HERNÁNDEZ, Enlly**

CARACAS, 2006.



**PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN ABORDAJE COMUNITARIO,
AMBULATORIO URBANO (I) DISTRITO SANITARIO N°3 SAN MARTÍN
CARACAS, SEGUNDO SEMESTRE 2005.**

DEDICATORIA

A **Dios Todopoderoso**, por que siempre a estado a nuestro lado, por estar pendiente de nosotras sin pronunciar palabras, por darnos la mano cundo más lo necesitábamos, por abrimos una puerta cuando otra se cerraba, por ayudarnos a alcanzar esta meta iluminándonos el camino.

A **Nuestros Padres**, por darnos el apoyo necesario e incondicional en el recorrido de toda nuestra vida, y en particular de nuestro desarrollo profesional, por el amor brindado, en fín por estar allí en los momentos tristes y felices.

A **Nuestros Novios**, por no abandonarnos en este arduo camino, por estar siempre a nuestro lado compartiendo los momentos felices y difíciles, por demostrarnos su amor, comprensión y presencia. Gracias por su apoyo y compañía incondicional. Siempre estarán en nuestros corazones.

A **Nuestros Hermanos**, por apoyarnos y buscar una sonrisa en nosotras en los momentos más difíciles, por brindarnos su amor y humor. Siempre están presentes en nuestra mente y corazón.

Las Autoras

AGRADECIMIENTOS

La preparación de este trabajo de Investigación fue motivada y orientada por la **Mgs. Ricarda Montaña**, tutora de nuestro Trabajo Especial de Grado, para optar a la Licenciatura en Enfermería en la Universidad Central de Venezuela.

A todas aquellas personas que de alguna manera colaboraron espontáneamente en la realización de este trabajo de investigación y el logro de esta propuesta, como el equipo de salud del **Ambulatorio Urbano (II) del Distrito Sanitario N ° 3, San Martín Caracas**; gracias a todos por su valiosa colaboración.

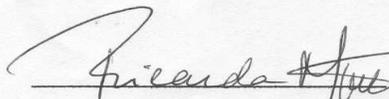
Finalmente, a la **Universidad Central de Venezuela** como institución y su cuerpo de profesores, le damos las más sinceras gracias por su invalorable contribución.

Las Autoras

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado, presentado por los bachilleres: **GARCIA, Carmary, HERNÁNDEZ, Nelly**, para optar por el título de **LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**, que lleva por título: **PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN ABORDAJE COMUNITARIO, AMBULATORIO URBANO (I) DISTRITO SANITARIO N° 3 SAN MARTÍN CARACAS, SEGUNDO SEMESTRE 2005**. considero que reúne las condiciones y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los 16 días del mes de Diciembre del 2005.



Mgsc. Ricarda Montaña
C.I. 4.038.383



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE ENFERMERIA
 COORDINACION DE INVESTIGACION



ACTA
 TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, Titulado:

Calificación de Enfermería en el abordaje
comunitario, Distrito sanitario N° 3, San Martín
Segundo semestre 2005. Caracas

Presentados por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres: Cecilia Canales C.I. No. 15.892.750
 Apellidos y Nombres: Hernández Emily C.I. No. 15.337.186
 Apellidos y Nombres: — C.I. No. —

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado en Enfermería,

Deciden: aprobación

En Caracas, a los 14 días del mes de Marzo del 2006

[Signature]
Teodora Berti
 C.I. No. 3.824.093

Jurados

[Signature]
Carlos Molina
 C.I. No. 60.759.38

[Signature]
Rebeca Montano
 Coordinador del Jurado
 C.I. No. 4.038.383

Va sin emienda
 EFG/mm.-



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	vi
LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO	
I EL PROBLEMA.....	3
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos del Estudio.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Justificación.....	11
II MARCO TEÓRICO.....	14
Antecedentes del Estudio.....	14
Bases Teóricas.....	17
Sistema de Variables.....	60
Operacionalización de la Variable.....	62
III DISEÑO METODOLÓGICO.....	63

	Tipo de Estudio.....	63
	Población y Muestra.....	65
	Validación y Confiabilidad del Instrumento.....	67
	Técnica de Análisis de Datos.....	69
IV	RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.....	70
	Presentación de los Resultados.....	70
	Análisis y Presentación de los Resultados	86
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	88
	Conclusiones.....	88
	Recomendaciones.....	89
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
	ANEXOS.....	93
	A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	
	B. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.	
	C. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.	

LISTA DE CUADROS

CUADRO	Pág.
1 Distribución de las respuestas de enfermería acerca del contacto con grupos familiares Ambulatorios Urbano (I) Distrito Sanitario N°3 San Martín, Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	71
2. Distribución de las respuestas de las enfermeras /os acerca de la planeación de acciones de salud. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	73
3 Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la clínica en el hogar de las personas de la comunidad. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	75
4 Distribución de las respuestas de enfermería acerca del requerimiento para el abordaje a grupos de la comunidad. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	77
5 Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la introducción al hogar. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	79
6 Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la participación integradora. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	81
7 Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la actuación sanitaria comunitaria. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	83
8 Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la integración con las ONG. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	85

LISTA DE GRAFICO

GRAFICOS	Pág.
1 Distribución de las respuestas de enfermería acerca del contacto grupos familiares Ambulatorios Urbano (I) Distrito Sanitario N°3 San Martín, Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	72
2. Distribución de las respuestas de las enfermeras /os acerca de la planeación de acciones de salud. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	74
3 Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la clínica en el hogar de las personas de la comunidad. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	76
4 Distribución de las respuestas de enfermería acerca del requerimiento para el abordaje a grupos de la comunidad. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	78
5 Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la introducción al hogar. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	80
6 Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la participación integradora. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	82
7 Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la actuación sanitaria comunitaria. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	84
8 Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la integración con las ONG. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antímáno, Caracas, segundo semestre, 2005.....	86



**PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN ABORDAJE COMUNITARIO,
AMBULATORIO URBANO (I) DISTRITO SANITARIO N° 3 SAN MARTÍN
CARACAS, SEGUNDO SEMESTRE 2005.**

**Autoras: GARCIA, Carmary
HERNÁNDEZ, Enlly
Tutora: Mgs. Ricarda Montaña
Año: 2005.**

RESUMEN

La participación de enfermería en estrategia de abordaje en las comunidades a favor de dar acciones de salud y asistencia social ha sido un compromiso por parte de las regiones de las Américas en la cumbre Mundial realizada en el año (2000), continua vigente y sigue siendo una prioridad para las Américas, según Organización Panamericana de la Salud OPS (2001). Este compromiso está también incorporado en el mandato del Ministerio de Salud de Venezuela (2004), en donde se aprobaron directrices estratégicas para el desarrollo humano de enfermería ganando para la participación comunitaria. En función de ello se desarrolla la investigación en el ambulatorio urbano (I) para determinar la participación de enfermería en abordaje comunitarios para ello amerito el uso de un cuestionario de 27 ítem el cual amerito su confiabilidad mediante una prueba piloto dando como resultado (7,8) que indica que el instrumento es confiable y permite la recolección de información según objetivos del estudio. Cabe destacar que los resultados demuestran una participación parcial de enfermería en las dimensiones visitas domiciliarias y reconocimiento de actores comunitarios.

INTRODUCCIÓN

La participación de enfermería en abordajes a las comunidades, debe constituir un logro sustancial desde el punto de vista de la actualidad que estas acciones puedan tener para la familia de las comunidades y otras estructuras comunitarias. Sobre todo en la contribución al aporte de asistencia para la salud y en el fomento del desarrollo social de los sectores.

Es por ello que la participación de enfermería en el ambulatorio Urbano (I), en acción conjunta con las comunidades representa, sin lugar a dudas una acción de gran relevancia en el empeño y compromiso por parte de enfermería para avanzar hacia la equidad y justicia social en el compromiso con los pueblos.

En ese sentido se desarrolla la investigación conformada en cinco capítulos:

El Capítulo I, Constituye el planteamiento del problema, justificación y objetivos generales y específicos.

El Capítulo II, Lo conforman el marco teórico, antecedentes, bases teóricas, operacionalización de la variable.

El Capítulo III, se presenta Tipo de estudio, la población y muestra, el instrumento para la recolección de datos, validez y confiabilidad, procedimientos para la recolección de datos y técnica de análisis.

El Capítulo IV, se presentan, los resultados del estudio en cuadros y gráficos estadísticos, y el análisis de los mismos.

El Capítulo V, se presentan las conclusiones y recomendaciones, juntos a la referencias bibliograficas, y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

En lo que respecta a la participación extramural (abordajes comunitarios), por parte del personal de enfermería adscritos a los ambulatorios, es un tema que se mantiene vigente en la lucha para mejorar la asistencia de salud con las personas y grupos familiares dentro de una interdependencia de acción recíproca. Las personas y grupos no son aislados sino que forman parte del sector salud en donde enfermería como parte del equipo multidisciplinario en salud actúa dentro de un enfoque que a la vez sea cooperativo para la integración de los grupos comunitarios y el ambulatorio o por lo tanto, sus actividades han de fundamentarse en acciones que sean comunitarias y en metas específicas para abordajes en las personas, familia y comunidad.

Por tal efecto la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OMS – OPS), elaboraron un plan de acción para ser aplicado en los países latinoamericanos en la instrumentación de estrategias de abordajes de participación comunitaria por parte del equipo de salud, en donde enfermería asume la reorganización de la visita domiciliaria

y el reconocimiento de las estructuras comunitaria como condición fundamental para lograr cobertura de asistencia sanitaria y de salud comunitaria a la población en general con equidad, eficacia y eficiencia” (p.120)

En función de ello, para el año, (2000), según la Organización Panamericana de la Salud (OPS),

“los organismos máximos de conducción políticas de países latinoamericanos y del Caribe, integrado por autoridades de enfermería de esos países, enfatizan la necesidad de priorizar el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud comunitaria apoyando los procesos de una participación de enfermería extramural para el fomento del desarrollo social” (p.98).

Hay que destacar que ello se planteo como estrategia para la extensión de cobertura en salud. Es decir, el profesional de enfermería mediante los abordajes comunitarios, brindará sus cuidados en aquellos casos que lo ameriten, bien sea para la captación o para la asistencia directa (preclínica, clínicas y la post clínica), así como también actuaría en acciones de salud pública y sanitarias.

Dentro de este marco profesional estas estrategias fueron aceptadas por países como: Colombia, México, Republica Dominicana, Venezuela,

entre otros, en ese orden la (OPS) (Ob-cit), manifiesta que esa decisión de los países antes mencionados, fue sobre la necesidad de plantear nuevamente la búsqueda de una respuesta organizacional a los problemas que actualmente afronta el sistema de enfermería de su participación fuera de las instituciones de salud” (p.190)

En ese sentido aparece la atención de salud por enfermería a nivel comunitario, como los ejes articuladores en la reorientación y reorganización del sector salud en base a una acción participativa.

Sobre este mismo tema, Macedo Guerra, Carlyle, (2001), ha dicho que “la falta de liderazgo de enfermería comunitaria en el contexto social hoy día, se debe a la excesiva concentración de actividades intramuros (ambulatorios), sin la interacción sinérgica de los aspectos extramurales, la cual vigorizara el componente asistencial preventivo” (p.76).

Esto manifiesta la poca existencia de estrategias específicas para la asistencia comunitaria, hecho que se ha visto disminuida para darle paso a un abordaje mediante dentro de los componentes de determinados programas de salud, centro en algunos que otras acciones específicas como por ejemplo, el programa ampliado de vacunación (PAI).

En Venezuela, con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, (MSAS – 1936), se inicio de manera organizada la asistencia de la salud comunitaria dentro de una perspectiva sanitaria, para la década de los (40) el gobierno nacional mediante el MSAS, lo incorpora dentro del equipo técnico medico, pasando a formar parte de los organigramas estructurales y funcionales, actividad en los cual enfermería le es asignado un conjunto de acciones para ser cumplidas en las áreas de salud publicas y hospitalización.

En ese sentido el abordaje comunitario por enfermería focaliza un aspecto muy importante en el área de salud pública, especialmente en la visita a grupos de riesgo, escuelas, actividades de educación para la salud, etc. Además, del cumplimiento preventivo para el control de enfermedades infectocontagiosa de acuerdo a los hallazgos y de las prioridades a nivel comunal.

Sin embargo hay que destacar que a partir de la década de los (80) , según el MSAS (1936), enfermería como parte del sistema de salud no escapa de las imposiciones asistenciales curativa implantada como política de estado, situaciones que trajo como respuesta la disminución a grandes rasgos de los abordajes comunitarios, hecho que se caracterizo por la participación del profesional de enfermería en un marco de especialidades y sub especialidades específicamente restaurativa, obviándose de una manera

general la participación comunitaria de enfermería en el área de salud pública dentro del contexto social (MSAS) (Ob-cit)

Para 1997, el MSAS, actualmente MSDS, por intermedio de la oficina central de enfermería retoma la visita domiciliaria para ser cumplida en función de riesgo y para el seguimiento de casos, ello fue con el propósito de que enfermería desarrolle acciones en los componentes de atención primaria de salud (ATS) (promoción para la salud, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno incluyendo el aporte de acciones restaurativas todo ello dentro de un enfoque de integridad biopsicosocial.

Hay que destacar que dado al diseño de las estrategias de atención primaria de salud para ser desarrollada por enfermería, la oficina central de enfermería conjuntamente con oficinas regionales y distritales de salud creyeron muy oportuno dar un paso muy significativo acorde con los adelantos sobre visita domiciliaria y participación comunitaria y teniendo los resultados de otros países de mercado desarrollo en enfermería en atención a personas, países y comunidad, se organizó programas de educación en servicios, cuyo norte fue el de promover la visita domiciliaria en ambulatorios urbanos y rurales, incluyendo el reconocimiento de las estructuras comunitarias como parte de las estrategias de abordajes requeridas por enfermería en su participación.

En el Distrito Capital para el año (2003), las metas programadas con relación a los abordajes comunitarios por enfermería, según datos obtenidos por la coordinación regional de salud de enfermería, “fueron en función de que los profesionales de enfermería adscritos a los ambulatorios urbanos (I, II) cumplen con las visitas domiciliarias para un total de 10 a 12 visitas por mes” (p.4).

Lo explicado con anterioridad conlleva a los cuatros distritos sanitarios existentes en la geográfica de Caracas Distritos (1,2,3, y 4) llevar un control de actividades comunitarias a ser cumplidas por el profesional de enfermería por intermedio del abordaje comunitario en todos los ambulatorios de la región capital, observándose situaciones como la presentada en el distrito sanitario N°3, San Martín Caracas, específicamente en el ambulatorio donde el profesional de enfermería adscrito a dichos ambulatorios según informe de actividades comunitarias de (14) profesionales de enfermería, fue necesario programar 82 abordajes comunitarios a ser cumplidos en el primer semestre 2005, de ello se cumplió solo 17 abordajes según el informe del departamento de enfermería del distrito sanitario N°3, en los cuales también registra que del total de los abordajes 86%, fue en el cumplimiento de campañas de vacunación (barrido y control).

En relación al cumplimiento de visitas por enfermería, se evidencia según registro de informes del Distrito Sanitario N°3 que no se cumple. Así mismo no se registran seguimientos del caso según riesgos y un 16% de participación en jornadas comunales con organización no gubernamentales (ONG).

Además se ha observado que el profesional de enfermería muestra cierta apatía cuando se le consulta sobre estrategias requeridas para el abordaje comunitario.

Atendiendo estos preceptos, cabe destacar que hoy día uno de los puntos clave en el funcionamiento del sistema de atención de salud en los ambulatorios es que el personal de enfermería conozca y trabaje con su comunidad y para su comunidad con el fin de aumentar las responsabilidades para la autogestión y contraloría social.

A través de este proceso reflexivo se hace necesario responder a las siguientes interrogantes:

¿Cómo enfermería planifica la visita domiciliaria?

¿Qué orden para el reconocimiento de los actores comunitarios utiliza enfermería?

De allí la presente investigación pretende determinar:

¿Cuál es la participación de enfermería en el abordaje comunitario en el Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, Parroquia Antimano Caracas, segundo semestre, 2005?

1.2. Objetivo de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Determinar la participación de enfermería en el abordaje comunitario, Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas segundo semestre, 2005.

1.2.2 Objetivo Especifico

- Identificar la participación de enfermería en el cumplimiento de la visita domiciliaria en las familias de las comunidades

- Identificar el orden de participación de enfermería con los actores sociales comunitarios.

1.3. Justificación

El abordaje comunitario por el profesional de enfermería es una de las funciones que requiere gran mística laboral, en su modalidad de proyectar el servicio de enfermería en todo el área social, mucho se ha hablado al respecto como por ejemplo la visita domiciliaria, seguimiento de casos clínicos extramurales por enfermería, etc, y aun así se observa una baja participación de enfermería en actividades comunitarias en su jurisdicción de ambulatorio.

En ese orden se debe ir a la búsqueda de identificar cuales son las causas que promueven en el personal de enfermería esa poca actividad hacia el contexto social (barrios, comunidades específicas). Partiendo de esos preceptos, la investigación se justifica ya que por intermedio de su ejecución se busca identificar en el personal de enfermería adscritos a los ambulatorios urbanos I del Distrito Sanitario N°3 la forma y manera en que dicho personal cumple con las estrategias que dan cabida al abordaje comunitario.

Partiendo de lo antes expuesto el desarrollo de la investigación proporcionara grandes beneficios al profesional de enfermería debido al aporte de conocimientos que se promoverá por medio del desarrollo de la investigación.

Otro aspecto que justifica el desarrollo de la investigación lo significa el de promover la asistencia comunitaria con el cumplimiento de la visita domiciliaria, acción que sin lugar a duda beneficiara al usuario, familia y comunidad.

Por otra parte es importante señalar los beneficios que aportaran la investigación al ambulatorio al cual se podrá proyectar un servicio de enfermería a las comunidades aumentando la asistencia por situaciones de salud que puedan ser atendidas a domicilio.

Para las investigadoras, el presente estudio representa un valioso aporte para la capacidad de resolución en cuanto a promover en el profesional de enfermería el trabajo comunitario en los ambulatorios urbanos (I), para la búsqueda de mecanismos que permitan una capacidad resolutive en el abordaje comunitario y dar atención a la persona y familia en su contexto social.

Por ultimo se pretende que haya continuación con estos estudios, sobre todo para reconocer y continuar en la búsqueda general del abordaje comunitario, sobre todo hoy día en lo cual la participación comunitaria en todo el contexto de programas y proyectos representa el eje fundamental en todas las políticas y estrategias actuales.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

El siguiente capítulo corresponde a los antecedentes del estudio, base teóricas, sistema de variable con su operacionalización.

2.1 Antecedentes de la Investigación relacionadas con la variable en estudio: Participación de Enfermería en Abordajes Comunitarios.

Liendo (1996), Valencia, se plantearon como trabajo investigativo determinar la intervención educativa de la enfermera comunitaria en programas de salud. Obteniendo como resultados que existe una relación significativa entre la intervención educativa de enfermería y la motivación del usuario para el cumplimiento de cualquier intervención.

Dicho trabajo de investigación aporta que es importante la interacción de enfermería con el usuario para su motivación y así poder realizar las intervenciones necesarias.

Petra, y Farht, (1999), en la providencia de Tucumán, realizaron un trabajo de investigación sobre Programa de la Atención Domiciliaria, como

estrategia en la atención primaria en salud, obteniendo como resultado que los servicios de atención primaria tienen una cobertura insuficiente con respecto a las necesidades de la comunidad, como déficit de medios de movilización a las instituciones de salud, el reducido número de personal, además de la poca receptividad de la familia para aceptar lo que se considera una intromisión.

Este antecedente permite establecer cuáles pueden ser uno de los factores limitantes para la aplicación del modelo de promoción de salud en atención a la familia y comunidad, entendiéndose como la falta de personal y la disposición por parte de la familia.

Ospina (1999), Colombia, ejecutaron un modelo de participación de enfermería en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en una institución prestadora de servicio de salud, como estrategia para el mejoramiento de la salud de la población aplicada y la creación de una cultura de auto cuidado, utilizando como estrategias la participación, comunicación, monitoreo estratégico y reacción acción.

Este modelo sirve de base para el presente trabajo de grado ya que aporta las estrategias necesarias para que se puedan utilizar durante la promoción de la salud.

Flores, y Rivero, (2000), se plantearon como objetivo diseñar una estrategia educativa con la promoción de la salud, visualizado a través de las perspectiva de Pender, Leininger, Orem, para el personal de enfermería de los núcleos de atención primaria del Municipio Briceño Iragorry del Estado Aragua. Ellos observaron las actividades que se ejecutaba el personal de enfermería relacionada con la promoción de la salud y en base a esa observación realizaron un modelo educativo.

Permite determinar que factores se deben tomar en cuenta para la realización del modelo de promoción de la salud, como lo es el comportamiento del personal de enfermería.

García, y Granadas, (2001), realizaron su trabajo especial de grado con el objetivo de proponer un núcleo de atención primaria como alternativa a las necesidades de salud de los sectores, la tumbia y el petroleo, la vega, con apoyo del consorcio gran San Miguel, en el primer semestre del año 2001.

Este trabajo especial de grado permite agregar un factor determinante para la creación del modelo de promoción de la salud como lo son las necesidades de la comunidad a estudiar.

Los antecedentes de investigación señalados tienen relación con la variable en estudio, puesto que todo estuvo dirigido a determinar la participación de enfermería en aspectos de educación para la salud y de componentes asistencial en el área comunitaria.

2.2. Bases Teóricas

Dentro de la actual coyuntura de cambios estratégicos sobre las nuevas políticas de salud, en el orden social, económico y cultural, dentro de todo los contextos sociales, es pertinente el reconocimiento del personal de enfermería como parte de un equipo cuyo proceso histórico la identifican como un grupo que ha fortalecido los sistemas locales de salud, para servir a una población determinada en una región específica. En ese sentido enfermería se ha enfrentado a las transformaciones, teniendo en cuenta sus propias características y posibilidades.

Estas acciones han tenido aplicación universal, como el desarrollo y fortalecimiento de la figura de enfermería en cada uno de los programas de salud en los espacios normativos, ejecutivos y operativos.

Este esfuerzo representa la respuesta de enfermería al proceso de democratización observado en todas las áreas.

En ese orden, señala López, (1998):

“en la consolidación y desarrollo de los países, se ha planteado la necesidad de un profesional para el fortalecimiento de la atención primaria en salud, como una fórmula para proveer a toda la población del desempeño de las funciones de enfermería en lo asistencial, docencia, investigación y administrativo” (p.15). La misma autora indica, que dentro de las prioridades otorgadas al personal de enfermería, es la realización de acciones para la preservación y la conservación de condiciones sanitarias y ambientales adecuadas.

El interés de contar con la participación de enfermería en el fortalecimiento de los sistemas encargados de dar salud va implícita en un gran orden la medicina preventiva, y a ella las políticas y estrategias son el fortalecimiento de recursos humanos y materiales altamente confiables y loables en función de ampliar la cobertura de asistencia sanitaria y para la salud.

En un mismo orden de ideas acerca de la participación de enfermería, Leydy y Pepper (1992), sostienen que la enfermería, “es una profesión que ofrece al público un servicio necesario. Así mismo ella ofrecerá sus competencias para la educación, la investigación y la práctica” (p.116). Las mismas autoras creen que la enfermería ha alcanzado parte de estos tres objetivos, hecho que puede ser demostrado desde el momento que dicho

personal ha venido tomando auge en decisiones para la investigación y en decisiones relacionadas con las políticas de atención a la salud a nivel local, estatal y nacional.

Cabe, entonces considerar al gremio de enfermería, una profesión para el ofrecimiento de un servicio necesario acorde con toda claridad a las necesidades reales y potenciales, un ejemplo, de enfermeras que traten en lo posible de emplear las estrategias de cooperación, según lo requerido.

Ello constituye la garantía de un proceso ético para llevar a cabo acciones para proteger los derechos humanos de las personas y comunidades que se atienden. Lo cual implica la comprensión y aceptación de los componentes éticos y legales en el desarrollo y cumplimiento de su participación.

Con base a lo expuesto, se puede conceptuar la participación de enfermería, desde una perspectiva basada en experiencias que estriban en la proporción de bases que, hacen posible la formulación de hipótesis. Este conjunto de proposiciones lógicamente concertados entre si ofertan una participación de enfermería basadas en conocimientos científicos.

Si bien actualmente se concede gran importancia a un perfil científico en el modelo participativo de enfermería con el hombre y su entorno, se supone que ese perfil debe poseer un modelo único de interacción que lo distingue como una entidad global que trata en lo posible de mantener un balance para el sujeto del equilibrio del hombre con su entorno.

En consideración de lo expuesto, Jonson, (1980), "la enfermera por medio de su participación puede imponer mecanismo externo de regulación o control" (p.160). No obstante según la misma autora es necesario dar acciones no solamente cuando se rompe el equilibrio y aparece la enfermedad, sino también en condiciones de bienestar.

El fundamento de la participación de la enfermería según Jonson, D (Ob-cit):

La enfermera puede imponer mecanismo externos de regulación o control. Por ejemplo, (fijar límites al comportamiento), cambiar las unidades estructurales en la dirección deseada. Por ejemplo, (enseñar), satisfacer las necesidades funcionales de los subsistemas (por ejemplo, suministrar los recursos o condiciones ambientales esenciales) o ayudar a regular el equilibrio entre los subsistemas (por ejemplo, modificar determinado comportamiento, en función de una respuesta esperada (p.164)

En resumen, el comportamiento teórico de Jonson aplicado a la participación de la enfermeras /os en los abordajes comunitario debe subrayar las relaciones de cualquier tipo de relaciones dentro del entorno comunitario. Es decir, intervenir en el logro de una estabilidad de comportamiento en el nivel más alto posible. Implica, de manera organizada la propuesta apoya la adaptación de la enfermera /o de un auto concepto elevado en el desempeño de su participación y relaciones de interdependiente e Inter. Sectorialidad.

Estas profundas acciones de integralidad, debe ser un proceso continuo que debe acompañar al personal de enfermería en cualquier área (investigación, administrativa o docente), lo cual se puede desarrollar en distintos ámbitos y agencias sociales mas allá de las instituciones de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000), sugiere que hoy día, el personal de enfermería su mano conceptual esta asociado a nuevos “modelos asociado a otros fenómenos complejos, tales como la revolución científica y tecnológica, la transformaciones en la estructura productiva y en las organizaciones, y la crecientes participación de los distintos sectores sociales en la vida política y socio – culturales” (p.76).

La OPS (ob-cit) refiere que los cambios de modelos participativos de enfermería en el abordaje comunitario han promovido nuevas estrategias:

- Manejarse con diferentes disciplinas
- Buscar la capacitación continua
- Mejorar en la eficiencia de la participación

Manejarse con Diferentes Disciplina: Significa rango de capacidad por parte de enfermería para responder y hacer frente en cada una de las disciplina, encargadas de aporta estratégicas y soluciones en función del cuidado y fomento de la salud de las personas, familia y comunidad. Hecho que implica un análisis de criterios dirigidos por diferentes profesionales, en donde enfermería, forma parte creciente en cada uno de los proyectos y objetivos de las instituciones. El otro orden del manejo planteado con diferentes disciplinas (interdisciplinaria), espera que durante la participación la enfermeras /os cumplan el papel para la actualización y recuperación del conocimiento técnico profesional, que conciba el abordaje comunitario como un conjunto de la experiencia que siguen a la formación inicial y que permiten a enfermería mantener, aumenta y mejoran su competencia para que ésta sea pertinente al desarrollo de su responsabilidad.

En ese orden debe existir congruencia con los requerimientos de participación de enfermería con las otras disciplinas. Es decir, objetivos comunes, competencia pertinente, pero también con una dinámica fluida para la resolución de problemas y movimientos hacia los cambios desde una perspectiva tecnológica y social.

Búsqueda de Capacitación Continua: Ello debe ser un proceso permanente que promueve nuevos enfoques participativos, utilizando el acontecer habitual de las vivencias y del trabajo, el ambiente normal del quehacer en salud y el estudio como instrumento para la resolución de situaciones apropiadas. En ese sentido la búsqueda de capacitación de enfermería, forma parte de su modelo de participación en el abordaje comunitario, el cual conlleva al desarrollo de una conciencia crítica frente al reconocimiento de una determinada realidad por enfermería, sujeto de la participación comunitaria. Ello, es suficiente razón para las modificaciones de los procesos de trabajos en las instituciones de salud cuyas programaciones exigen el trabajo comunitario con población sana y enferma.

Ello asienta la visión de que enfermería en lo que respecta a su encuentro con los grupos y comunidad básicamente deba ir a la búsqueda de nuevos conocimientos, desde la acumulación de la información con una dirección eficaz para su difusión de información y política.

En ese sentido, según Noble, J, (2000), el conocimiento es el concepto de la verdad es, según esto, el concepto de una relación expresado en contenido, pensamiento y en la imagen con el objeto en cambio, no puede ser verdadero ni falso, se encuentra, en cierto modo, mas allá de la verdad y la falsedad” (p.29), sustentar la participación de enfermería en contenido y pensamiento conlleva el desarrollo de una conciencia crítica frente al reconocimiento de una determinada realidad captada en su totalidad, posibilitando de esta manera una acción transformadora.

Mejorías en la Eficiencia de la Participación: La OPS (2002) “la mejoría de la eficiencia, es válida a partir de la comprensión por parte de enfermería que las instituciones no son entidades abstracta que se imponen a la realidad externa fuera del ámbito de la institución de salud, por el contrario se debe ir construyendo una participación partiendo de cómo estas comunidades perciben y motoricen cotidianamente sus propias realidades, en flujo dinámico entre el consenso y el conflicto.

En ese sentido, la búsqueda de las mejorías de la eficiencia de la participación, debe convertirse en una herramienta de intervención estratégica, capaz de colaborar para generar nuevos modelos y procesos de trabajo en los servicios comunitarios a través de transformaciones sobre

técnicas sociales. Ello es válido a partir que enfermería construya su participación con entidades reales. . Dice la OPS (1999), “que las experiencias indican que cuando el profesional de salud no es aséptica respecto a las realidades sociales, subyacen nuevos enfoques enlazados en la cotidianidad, que favorecen notablemente el trabajo comunitario” (p.25).

En respuesta al planteamiento, surge a siguiente interrogante ¿Cómo sería el perfil de participación de enfermería en el abordaje comunitario en el ambulatorio, Distrito Sanitario N° 3?

En un primer orden debe ir a la búsqueda de respuestas realista, apropiación de un saber tecnológico, producción de servicios.

La búsqueda de respuestas realistas:. Ello supone el eje de formación de un proceso de trabajo, que articula la producción del servicio. La resignificación de este proceso podrá ser el camino para la dinamización de la participación, para la valorización del propio enfermero o enfermera y para la superación de la revisión de las culturas de trabajos que minimizan resultados óptimos según metas a lograr.

Apropiación de un Saber Tecnológico: Leddy, y Pepper (1997) “ello se fundamenta en una integración de práctica y la teoría a resolución de los

problemas dentro de marcos valorativos, y no una mera recepción pasiva de participación” (p.52). Es decir, es atender de manera realista y conocimientos, para actuar en diferentes escenarios, supone entonces, que el eje de esta participación es el saber en el ahora y en el tiempo.

Los mismos autores señalan que, enfermería, en su apropiación de un saber debe realizarse para alcanzar el desarrollo del yo personal y las del yo profesional, mejoramiento de su auto concepto y por ende estima” (p.52). Por lo tanto, de acuerdo a la referencia, la apropiación de un saber, da a la enfermera /o un desarrollo personal y profesional aunado a la experiencia.

Relacionando lo expuesto con la participación de enfermería en la búsqueda de estrategia para el abordaje comunitario, estos deben establecer una relación reciproca en la cual su participación sea abierta hacia las posibilidades de cambio en lo que refiere a la búsqueda de oportunidades.

En cuanto a Producción de un Servicio (ob-cit): Este rubro significa un soporte en la participación de enfermería desde un orden individual y colectivo, para fungir como dirigente en los establecimientos de salud, en gerencia, docencia, investigación y asistencial mencionados en otros párrafos. En contraposición de aspectos intramuros (ambulatorio – hospitalarios), su producción de servicio es en el trabajo comunitario en

niveles aplicativos y de atención a la familia y grupos sociales. En ese sentido su participación debe ir siempre en la búsqueda:

- Condicionar el ambiente favorable
- Aumentar la resistencia de la persona
- Brindar protección específica mediante la utilización de métodos positivos comprobados de eficacias mensurables contra enfermedades específicas

Ahora bien, para el logro y alcance de cada uno de los propósitos señalados, se debe actuar desde un marco profesional, con medidas sanitarias, salud pública y acciones sociales, procurando en todo momento incorporar a todas las personas familias y comunidades a sus propios procesos.

Visita Domiciliaria

Es un servicio proporcionado por los establecimientos de salud, a través del contacto de la enfermera con el grupo familiar, a fin de identificar problemas de salud y colaborar en su solución mediante educación y asistencia de enfermería.

La visita domiciliaria constituye un vínculo fundamental de comunicación entre las políticas de salud y el individuo, la familia y la comunidad, contribuye a extender la cobertura de los servicios y satisfacer las necesidades bio – psico sociales de quienes lo recibe. Permiten establecer relaciones de mayor confianza entre la familia y los servicios de salud.

Navarro, (2000), la define como: “actividad que es un conjunto de tareas específicas, técnicas ya que necesita la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, programas por ser un sistema organizado, coordinado, supervisado y evaluado y servicio por que es una asistencia ofrecida al grupo familiar para satisfacer sus necesidades y problemas de salud” (p.155).

En la visita domiciliaria de enfermería ha sido, es y debe continuar siendo el recurso central de la intervención del equipo de salud en el trabajo familiar, ya que esta capacitada para construirse en el soporte básico del vínculo necesario entre la familia y el servicio de salud.

La visita domiciliaría ayuda al establecimiento de las prioridades y al desarrollo de la prevención y la previsión de las necesidades y problemas de salud de la persona, familia y comunidad.

Para realizar la visita domiciliaria es necesario establecer una serie de objetivos que se quieren alcanzar para el logro de una atención primaria de salud.

En ese sentido señalan Navarro y Romero, P (2000):

Los objetivos de la visita domiciliaria son los siguientes: participar en el seguimiento y control del proceso de salud, enfermedad mediante el sistema de vigilancia epidemiológica en el ambiente familiar, asegurar la continuidad de la atención integral de la salud al grupo familiar, dar atención a la persona sana para mantener la salud especialmente a los grupos de mayor riesgo y dar atención al enfermo con alta precoz donde el medio ambiente familiar es un factor que favorece el proceso de recuperación (p.156)

De acuerdo a la referencia consultada existen una serie de propósitos que se establecen para la visita domiciliaria, los cuales buscan dar una atención de calidad al hombre sano o enfermo en su contexto familiar que implica:

- Proporcionar orientación y enseñanza a la familia sobre los métodos y recursos existentes para proteger y mejorar la salud y colaborar en la resolución de sus problemas sanitarios.

- Vigilar el cumplimiento de órdenes médicas, citas subsecuentes y esquemas de inmunización.
- Proporcionar atención integral de enfermería en el hogar
- Colaborar en la investigación y control de los casos transmisibles (IBIDEM).

Componentes de la Visita Domiciliaria.

Toda visita domiciliaria “debe comprender una serie de pasos o fases que le permitan a enfermería proporcionar de forma organizada atención directa a la persona, familia y comunidad, garantizando así un mejor estilo de vida” (p.76) (ob-cit). Por lo tanto es necesario saber que la visita domiciliaria consta de cuatro actividades, cada una con importancia propia, pero independiente con los demás y son: Planeación, introducción al hogar ejecución e informes.

Planeación: Comprende la preparación de la información y el equipo por utilizar, así como la disposición anticipada de la actividades que se realizaran durante la visita, que debe ser acorde, eficaces y productivas.

Introducción al Hogar: La introducción al hogar significa para la enfermera visitadora la actividad básica para obtener la confianza y simpatía de la familia y la aceptación de la visita.

Ejecución: Durante el desarrollo de la visita, las actividades deben planearse de manera que permitan practicar análisis más precisos de las necesidades sanitarias.

A ejecución comprende procedimientos, enseñanzas, resumen y despedida.

1. Procedimientos de enfermería (varían según el caso), aplicación de inyecciones, curaciones, baños, inmunizaciones, etc.
2. enseñanza al individuo y a la familia, por medio de la charla, demostración, etc.
3. resumen, se hará una síntesis del contenido de la visita en forma clara confirmando los aspectos más importantes.
4. despedida, se hace en forma cortés y amables informando si es posible la fecha de la próxima visita.

Informe: Con discreción y solicitando permiso se anotaran los datos mas importantes como situación encontrada y actividades realizadas, se

llenar las formas utilizadas en la institución. Las anotaciones deberán hacerse con letras de molde y tinta (UP.CIT.P. P 156 – 157).

Destaca el MSDS (1998), “en realidad no es posible disponer del suficiente personal de enfermería comunitaria, para brindar un servicio completo a todas las familias de la comunidad o sector asignado, ya que el crecimiento poblacional aumenta en forma acelerada, por lo cual la enfermera adscritas en instituciones de salud del primer nivel de atención debe realizar las visitas domiciliarias” (p-.18).

En ese orden, cabe mencionar un conjunto de criterios que va a permitir que enfermería programe y conozca una participación oportuna a la persona familia y comunidad., Criterios Demográficos:

- familias establecidas en la comunidad, mínimo tres años de residencia
- distribución de las familias en el área geográfica de influencia del ambulatorio
- facilidad de desplazamiento hacia la zona
- medios de transporte factibles
- acceso a los servicios de salud
- estructura de la población por edad.

Aunado a los criterios demográficos, la OPS (2001), incluye los criterios epidemiológicos, los cuales hacen referencias:

Magnitud del daño: aumento de la morbilidad y mortalidad, al igual que a la incapacidad e invalidez. Gravedad del riesgo al cual esta expuesto el individuo y/o grupo familiar. Vulnerabilidad o posibilidad de reducir daños y riesgos. Grado de dependencia del individuo y/o grupo familiar, otro son los criterios socio – económicos que se conforman por grupos familiares de mayor pobreza, ocupación de los miembros del grupo familiar y de las características de la vivienda. Administrativo. Disponibilidad de recursos humanos y materiales, (p.720)

Dentro de ese mismo marco referencial, hay que destacar la clasificación de la visita domiciliaria el cual se puede clasificar según su finalidad, grado de estructuración y numero de participantes.

Todo los señalamientos sobre visitas domiciliaria, se supone un eje de acción de un saber tecnológico y de construcción útil en el que la enfermera /o debe contar con ciertas habilidades y destreza con adiestramiento útil, que den respuesta a lo que se plantea. La OMS (2002), recomienda “la teorización, hipótesis, participación transformadora, reflexión sobre la practica, identificación del problema basado en la teorización” (p.79). Conviene entonces destacar que la visita domiciliaría para la asistencia a

familia y grupos es para el aporte de una situación que presenta por extensión un servicio sanitario y para la salud. En ese sentido el contexto familiar del cliente o paciente pasa a formar parte de los grupos a quienes van dirigidos los servicios.

Contactos con Grupos Familiares.

Vergara, (1976), la define como “unidad básica, tanto biológica como social de nuestra sociedad” (p.16)

A su vez, Hall y Redding, (1990), considera como un “sistema social, compuesto de dos o mas individuos con un fuerte compromiso emocional y que viven dentro de un hogar común, agrega que la familia e un sistema de miembros interactúales, diferentes de los miembros individuales y que no puede predecirse a partir de ello. En la dinámica familiar influyen factores étnicos, culturales y socioeconómicos” (p.76). Según la referencia la familia representa la base fundamental para el desarrollo del hombre.

En el mismo orden Carlos Sluzki, citado por Ramón, O (2000) define a la familia como un “conjunto de interacción, organizado de manera estable y estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propios que otorgan singularidad, un sistema cuya cualidad emergente

excede la suma de las individualidades que lo constituyen” (p.96). Es decir la familia, a su vez, es considerada según valores y creencias de cada sociedad al cual pertenece.

Fajen y Maria Selvini, citado por Ramón, O, (2000) coinciden en afirmar que la familia “es un sistema abierto, compuesto de electos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución” (p.112).

De acuerdo a las definiciones de los diferentes autores, la familia es el eje fundamental dentro del contexto social, en donde cada persona asume un rol, lo desarrolla según sus patrones de comportamientos en lo social, cultural y económico.

Tipo de Familia

Desde el punto de vista estructural pueden agruparse de la siguiente manera:

- Familia nuclear: En esta las relaciones entre esposos es el hecho central, conformado por la pareja y los hijos. Este tipo de familia puede agrupar otras como son:
- Familia de orientación: En la cual los miembros de la familia nacen y se desarrollan.
- Familia de procreación: es aquella que forma un miembro de la familia al casarse
- Familia suplente o sustituta: Entre ellas tenemos las parejas de unión libre familias con un solo padre, uniones homosexuales y las comunas en las cuales tanto los problemas como las soluciones pueden ser similares a aquellos encontrados en la familia tradicional
- Familia Extendida: Es aquellas en la que cohabitan bajo un mismo techo, varias familias nucleares

Intervenciones de Salud con grupos Familiares.

El conocimiento de este aspecto es de significativa importancia en la planificación del cuidado a la familia ya que cualquier diferencia con la estructura de la familia tradicional puede requerir consideraciones especiales. En ese orden previo al contacto con la familia que amerita la atención de enfermería es necesario la comprensión de los valores, creencias presentes

y propiciar el cuidado en función que para el contacto generalmente se trabaja con los tipos de familia industrial y extendida, considerando que durante su vida cada individuo es normalmente miembro de una de estas estructuras y son las más frecuentes en el trabajo comunitario. En ese sentido hay que saber sus estructuras funcionales y su repercusión en las condiciones y estilo de vida.

Desde el punto de vista funcional, la familia tiene funciones fundamentales que la hacen diferenciarse de todos los otros grupos que continuamente se forman. La familia es el único grupo que puede garantizar la seguridad efectiva, una cierta continuidad de conducta y establecimiento de valores culturales que generalmente son respetados.

Planeación de Visitas Domiciliarias.

Ahora bien, como y por que se debe planear la visita domiciliaria. En respuesta a ello, la OPS (2000), considero que se debe planificar en función de:

Informativa: se realiza con la finalidad de proporcionar información al grupo familiar de tópicos relacionados con la promoción de la salud. También debe ser con impresión diagnóstica que permiten determinar las causas que producen un cuadro clínico en el individuo, familia y

comunidad. Persuasiva, para buscar modificar la conducta de la familia. Terapéutica, es posterior a un diagnóstico para tratar de proporcionar el tratamiento en el hogar orientadora que se trato de dar apoyo para la solución de problemas y tomas de decisiones en el grupo familiar y selectiva, que tiene un propósito muy bien definido en función del bienestar (p.79)

En ella se trata de clasificar de acuerdo a los objetivos de la vida domiciliaria planteados según las necesidades identificadas en la comunidad y de esa manera planear la visita domiciliaria.

Ello incluye considerar según el grado de estructuración de la visita, las preguntas ordenadas en la secuencia que se han de presentar y en forma lógica, otra forma de conducción de la visita es la semi – estructurada, se usa para detectar actitudes, valores y opiniones, donde la flexibilidad permite preguntar a los miembros de la familia y esperar cualquier respuesta de parte de ellos; por otra parte al visita requiere una entrevista libre, en aquellos casos en que no se ha determinado con exactitud el objetivo buscado si no una meta amplia y general. La enfermera debe ayudar a las comunidades a través de sus técnicas para entrevista y observación directa para descubrir emociones y sentimientos en la familia.

Davony, M (1998), señala que “el método puede ser: Según participantes, en lo cuales se encuentra la de tipo individuales, en ellas la privacidad, la

discreción y la concentración en un informador único; las de tipo grupales donde intervienen mas de dos participantes, posee la ventaja del contagio, unos se animan al oír a otros, y se corrigen o complementan mutuamente.

Según la clasificación presentada se puede decir que el modelo de visita domiciliaria que se utiliza se encuentra integrado o conformado por la mayoría de ellos, por ejemplo:

- Investigativo: Por que se busca la recopilación de datos que evidencien factores de riesgos
- Informativas: ya que se va a proporcionar educación sobre el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Persuasivo: por que se busca cambiar la conducta del grupo familiar para mejorar el estado de salud.
- Orientadora: debido a que se requiere de apoyo para la familia al momento de la toma de decisiones y resolución de problemas
- Estructurado: por que se va a establecer un instrumento de valoración, con una lista secuencial de preguntas y alternativas de respuestas.

En cuanto al número de participantes puede ser individual o grupal dependiendo del grupo familiar Navarro, M, Romero, P (2000):

Las ventajas de la visita domiciliaria son: genera confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar, permite la participación del grupo familiar en el cuidado de su salud. Facilita la realización de las acciones propuestas. La familia opone menos resistencia al cumplimiento de los compromisos de salud. Se pueden vivenciar los hechos en el sitio donde acontece” (p.10)

En función de la referencia, merece reconocer la gran importancia del proceso comunicacional, como parte del éxito de la visita hecha por enfermería en su componente planeación.

En ese sentido hay que saber que la comunicación en todos los niveles masiva, comunitaria e interpersonal, juega un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida.

Pasquali A, (1997), señala que:

“la iniciativa de comunicación efectiva en temas concernientes al desarrollo del continente. Tiene como uno de sus principales objetivos reflexionar sobre las implicaciones que tienen las estrategias de comunicación en la calidad de vida de la

población, por medio de un intercambio de experiencias” (p.176).

Este documento se centra fundamentalmente en el papel de la lotería, la investigación y la practica de la comunicación en salud en las áreas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Así mismos intenta cubrir los diversos enfoques y la aplicación de estrategias de comunicación para informar e influir en las decisiones a nivel individual y colectivo para mejorar la salud o para generar procesos de participación y movilización social para intervenir en las determinantes de esta.

Ahora bien, cual es la importancia de la comunicación en salud, según la OMS (2002), la “evolución de las definiciones en comunicación para la salud, ha incluido cambios sustanciales en la planeación y la conceptualización utilizada en su desarrollo. En esta sección analizamos algunas definiciones de comunicación en salud que actualmente son utilizadas en la planeación de programas y campañas de comunicación” (p.176). Conviene destacar en líneas generales que la comunicación en salud representa un punto fundamental del éxito en la planeación.

De acuerdo con un documento (Healthy People (2001), Volumen, I, “la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y

comunitarias que mejoren la salud” (p.90). Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzo para mejorar la salud pública y personal. Así mismo, la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo la relación, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la disseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva.

En el aspecto de promoción es importante la exposición a los mensajes y la búsqueda por parte del individuo de información acerca de la salud, la utilización de imágenes de salud en los medios masivos de comunicación, la educación de los consumidores acerca de cómo ganar acceso a los sistemas de salud y de cuidado de la salud.

Varios autores coinciden en categorizar el papel de los medios de comunicación como pieza clave en el desarrollo de una comunicación para la salud efectiva. Según Luis Ramiro Beltrán (2002), “el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupos , masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos, como los medios de educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud

en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos y el marketing social” (p.110). puede adoptar muchas formas que van desde la comunicación de masa y los multimedia a las tradicionales y específicas de una cultura, tales como la narración de historias, teatro y canciones, también puede adoptar la forma de mensaje de salud subyacentes, o ser incorporados dentro de los medios de comunicación existentes tal como los seriales de radio y televisión.

Todo lo expuesto sobre la importancia de la comunicación, es para que estas deban orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y practicas en la población, fortaleciendo la capacidad de los individuos y las comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud, en lo cual las enfermeras /os sean protagonista activos para esos cambios. En ese sentido las enfermeras /os pueden establecer diferentes tipos de estrategias en el proceso de comunicación que pueden ser: comunicación participativa, parte del supuesto de que aquellos afectada en la implementación de estrategias de prevención o promoción que a su vez tengan en cuenta la realidad social y cultural de la comunidad. Otro seria el proceso de comunicación horizontal el cual juega un papel esencial para posibilitar la participación de la comunidad de una manera igualitaria en la toma de decisiones que afectan sus vidas. Es decir, este proceso se basa en el dialogo, aunque se empleen distintos medios de

comunicación, ya sean tradicionales o modernos, implica, el reconocimiento por parte de enfermería del uso de cada proceso comunicacional según lo requerido. Ejemplo, cuando son utilizados por la comunidad, los medios masivos de comunicación tienen la posibilidad de actuar como instrumentos efectivos en la transmisión de conocimientos que promueva cambios sociales y conlleve a la sostenibilidad de las iniciativas. Desde este punto de vista, no se puede separar la teoría, y en toda acción práctica se expresa un conocimiento o saber sobre la realidad que es necesario explicitar.

Requerimiento para el abordaje a grupos familiar.

El abordaje a grupos familiares, según el MSDS (1998), es una estrategia que puede ser efectuada desde dos o mas perspectiva desde un orden epidemiológico, y sanitario, y otra desde un orden social y político” (p.8). Habitualmente se ha considerado que el abordaje epidemiológico es enfocado para el seguimiento de casos (búsqueda de casos en enfermedades o infectocontagiosa), es decir, captación del contacto, que corresponde, la acción para atacar el daño y romper la cadena epidemiológica o tríada como lo son: agente causal, reservorio y vías de transmisión. En ese orden de ideas la enfermera /o pueden abordar a familia, persona y grupos. El otro tipo de abordaje, es el que hace referencia a la exploración de las demandadas de necesidades y problemas en grupos de

edades específicas, basado en programas y políticas de acciones, en este caso se hace la selección de estrategias, destacando el componente de modelos y contenidos de los programas preventivos en salud como herramienta para el perfeccionamiento del abordaje.

Destaca la OPS (2001), “abordaje, significa comunidad, desde el enfoque institucional que explora las demandas, necesidades y problemas que requieren la acción” (p.102). este proceso de identificar, obtener y proporcionar un servicio útil y descriptivo acerca del valor y del merito sobre el abordaje implica el reconocimiento y uso de una participación, que presente al abordaje, no como un simple hecho de contactarse con grupos dentro del contexto familiar, y no como un proceso para:

- Identificación
- Obtención de la información
- Toma de decisiones

Este enfoque requiere el proceso de comunicación ya explicado en otros párrafos como base en el requerimiento para el abordaje. Ello explica la necesidad de una participación previa de ideas, reconocimiento y dialogo que de respuestas a interrogantes, como por ejemplo, ¿Qué se espera del

abordaje a la familia y quien lo espera? Esto subraya que el abordaje que se haga debe ser tanto para el perfeccionamiento del abordaje como para enjuiciarlo. La intención básica es proporcionar un servicio y base valorativa para tomar y justificar las decisiones.

La OMS (2003), “planteo la idea que el éxito del abordaje hecho a grupos sociales y comunitarios es la relación que debe existir entre los objetivos propuestos y las necesidades, problemas” (p.98). A lo expuesto, se le agrega, la relación entre la estrategia y otras alternativas no elegidas en relación del proceso real y relación de los logros con decisiones.

Actores Comunitarios.

Al abordar el tema sobre estructura comunitaria y su relación con abordajes comunitarios, es necesario, recordar la estrategia de atención primaria en salud, cuyas metas mínimas establecidas en la asamblea de la OMS (1997), fue el planteamiento de salud para todo en el año (2000). Cabe entonces, para ese momento dirigido a la atención primaria en salud (ATS).

OMS (ob-cit) “en ese sentido, las metas mínimas de dichas estrategias estaban dirigidas en función del alcance de la salud, en lo cual la participación comunitaria debía ser enfocada para el logro de una asistencia

sanitaria esencial, basadas en tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todas las personas y familias de la comunidad mediante su plena participación, y aun costo que la comunidad y las regiones, municipios y localidad pudieran soportar”.

En ese orden, las comunidades, espíritu de auto responsabilidad y auto determinación formaran parte integrante tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social global de cada una de las comunidades según su autorización en lo cual enfermería como parte del equipo multidisciplinario en salud representaría, o representa el primer contacto con las personas y grupos en comunidades encargadas de llevar lo mas cerca posible la atención en salud, al lugar de una asistencia sanitaria.

Ahora bien, ¿Qué es, lo real hoy día? En la actualidad existen nuevas estrategias, en lo cual las estructuras comunitarias constituyen el primer elemento de un proceso de integridad entre el sector salud y las comunidades. Destaca la OMS (2001), “actores comunitarios se refiere a lo que corresponde líderes y actores sociales que hacen vida en un área determinada” (p.49). Es decir, en el componente de poder de accesibilidad teórica de la población, con fines de acción, con lo cual solo se esta diciendo que hay un servicio dentro del contexto social accesible para el

mantenimiento de los enlaces entre el sector salud (enfermería), y comunidad.

Por su parte Laura, y Kroger, (1998), “consideran en su publicación estructurada comunitarias, las organizaciones sociales, grupos y gentes activas que representan competencias especificas e institucionales, como por ejemplo, organizaciones comunitarias, organizaciones para el desarrollo social, institución de seguridad social, etc” (p.90)

Estos conceptos emitidos sobre lo que significa estructura comunitaria, pone ala disposición del pensamiento, el rol de los entes sociales en el éxito de los abordajes comunitarios. Ello expresa la ventaja otorgada, de poner a disposición en las comunidades una red de información por parte de enfermería con los distintos actores involucrados, tal acción tiene la utilidad de facilitar el abordaje y al mismo tiempo involucrar a las personas a la conducción, a valerse del trabajo continuo y satisfacer sus propias necesidades.

En ese sentido, el reconocimiento y uso por parte de enfermería de la estructura comunitaria, su principal objetivo, radica en que dicha acción garantizara no solamente los abordajes, sino también en el control evaluador de la relación colaborativa con quienes toman las decisiones. Ahora bien,

¿Cómo lograr la red de información con las estructuras comunitarias? La OPS (2003), considera, “que en un primer momento se debe coordinar entre las diferentes instituciones, luego, compatibilizar los objetivos y sus representantes de cada situación en particular con los del nivel institucional” (p.93). de hay la necesidad de que el abordaje, no debe ser una acción tomada de manera personal de enfermería y demás representantes del equipo de salud, sino una acción que debe ser tomada por medio de una decisión conjunta entre actores sociales y enfermería. Es decir, parece un paso obligatorio para hacer efectiva la operacionalización del abordaje.

La tendencia, en considerar las estructuras comunitarias en el abordaje comunitario por enfermería es para disponer de soluciones eficaces y eficientes, en lo cual es necesario establecer criterios bien definidos que a titulo de lo que se busca, son entre otros:

- Coordinación
- Correspondencia en ambas parte (enfermería, estructuras comunitarias)
- Identificación de cada una de las organizaciones comunitarias
- Consistencia de la participación de enfermería con la realidad social y cultural de las estructuras comunitarias.

- Adecuada supervisión de los sistemas estructurales comunitarios.

La noción del papel de estas estructuras en el éxito del abordaje comunitario se identifica, entonces, con las diversas instancias de resolución de problemas de salud. Todos, en conjunto, conformaran una oferta integral de servicios por la comunidad.

Participación Integradoras.

La participación integradora por parte del personal de enfermeras y enfermeros, conforma una oferta para integrar los servicios, diseños para garantizar los éxitos de todos los abordajes comunitarios en orden de accesibilidad y continuidad. La participación integradora según Davini, (1998), requiere, de un adecuado balance entre el personal de enfermería, equipo de salud, comunidad” (p.79). Desde ese punto de vista la oferta integradora promueve el desarrollo humano y fortalecimiento del sistema social con el de salud o políticas de salud, dando como consecuencia el acceso de nuevos grupos de población incremento de la capacidad de análisis, formulaciones de alternativas de solución, programación de actividades y su ejecución.

Implica la comprensión de una participación para actuar en diferentes niveles y programas, dirigidos a todo tipo de persona y grupos. Desde ese punto de vista se considera la participación integradora como una acción que requiere de los siguientes aspectos:

- Definición del ámbito de responsabilidades.
- Integración del sistema información sobre salud, en las poblaciones atendidas, de aspectos del desarrollo económico y social.
- Armonización de normas y recursos y procedimientos entre programas y estructura comunitaria.
- La incorporación de la contraloría social.

Dentro de ese marco de referencia, la Presidencia de la Republica Bolivariana de Venezuela, (2004), señala:

Al avanzar en la conformación de la nueva estructura social debe existir una política de igualdad y calidad en el sistema de salud, con el fortalecimiento y consolidación de las misiones sociales, creación de comités de salud, promoción de los mecanismos locales de seguimiento al desarrollo de la participación social integrada (p.13)

Esta implementación de participación integrada reconoce y valora la activación de nuevas estrategias en la búsqueda de mejora para la eficiencia en la ejecución de la inversión pública. En ese orden se garantiza la sustentabilidad de una participación integradora. Al respecto, la presidencia de la Republica Bolivariana de Venezuela (Ob-cit), “la participación integradora en el campo de la salud, es involucrar a la ciudadanía en el control y fiscalización de los servicios sanitarios y de la salud, tanto ambulatorios y también comunitarios.

Esto requiere avanzar por parte de enfermería dentro de un marco operacional, que en lo posible su participación integradora cubra aspectos ganados para la asistencia dentro de los componentes curativos, rehabilitación y en primer orden prevención.

Reconocimiento Aso Vecinos.

Conforme fue anteriormente expuesto, la enfermera /o el estudio y reconocimiento de la comunidad, por parte de enfermería, puede decirse que ello amerita contactos previos con organizaciones establecidas con solidez para atender los problemas sociales, infraestructuras, ecológicos, etc, que representen en la salud de los grupos del sector que corresponda asistir.

Identificación de la Asovec.

La ASOVEC, representa legalmente una organización comunitaria para la toma de decisiones comunales, su representación ante la comunidad son de índoles organizativa (comunidades organizadas), en la descripción de los principios básicos y cuestiones esenciales para la formulación de estrategias, ella puede actuar como grupo de apoyo oportunamente y aproximadamente tanto en el sector sanitario como en otros sectores asociados a el. La participación adecuada de la Asovec, ayudara a determinar la idoneidad del desarrollo de actividades comunitarias.

Es importante tener en cuenta al organizar abordajes a determinadas localidades, la estrategia participativa con la Asovec, sugiriendo la necesidad del trabajo a realizar y el beneficio en salud que se le otorgaría a los grupos a quienes van dirigidas las acciones. Ello servirá para las definiciones programáticas del sector salud, con respecto a aceptar e impulsar en la comunidad el abordaje comunitario como estrategia para el apoyo sanitario y de salud a desarrollar en ese sector, esto ira acompañado de pasos correctos con elementos críticos y ajustes.

Se plantea la integración con la Asovec en desafío formidable a la imaginación, capacidad técnica y voluntad de servicio de quien legalmente

organizados tiene a su cargo el deber para apoyar el desarrollo en salud – social de su comunidad. En ese sentido, enfermería debe ser conocedora de ese proceso, y conducir al logro de esa participación integradora del sector salud (ambulatorio) con las Asovec.

En consecuencia la Asovec no puede verse de manera asilada en planes y proyectos de asistencias sanitarias, sino por el contrario hay que integrarlos como parte de los recursos disponible, hacia nuevas formas que permitan el reconocimiento de su potencialidad al proceso del desarrollo, y acción concertada de los distintos sectores, con el fin de fomentar en la Asovec. La integración con el ambulatorio, etc.

Enlaces para la Cooperación.

En enlaces para la cooperación, es importante tener en cuenta las estrategias de atención primaria de salud, quienes sugieren tener en cuenta al recurso humano como parte de la tecnología moderna para contar con sus participaciones en las acciones comunitarias logrando que todos se involucren y de esa manera los beneficios alcanzados lleguen toda la población y no quede restringida a grupos de fácil acceso. Implica considerar el componente enlace capacidad técnica y voluntad de servicio de quienes tienen a su cargo (enfermera), funciones para el abordaje.

Esta interrelación crea un sistema de apoyo comunitario, aceptación organización propia y capacidad de decisión autónoma.

Dice Kroger Axel, (1998):

De poco servirá las definiciones programáticas del sector salud y otras dependencias con respecto a aceptar e impulsar estrategias comunitarias, si este acuerdo no va acompañado de pasos concretos de enlaces para la aceptación por parte de las personas a quienes va dirigido la asistencia. Así, por ejemplo, se necesita la aprobación y reconocimiento de la comunidad de cada actividad a realizar como un sistema de apoyo (p.8)

De acuerdo a la referencia el componente enlace va a hacer el equipo de interacción por parte de enfermería, como parte de la estrategia en el abordaje comunitario el cual debe garantizar la receptividad social del personal de enfermería con la comunidad de atención social.

Actuación Sanitaria.

Para enfermería es fundamental la identificación sanitaria y sus relaciones del contexto socio – culturales en el que se desenvuelve su participación. En lo cual tiene que comprender los procesos sociales,

económicos y culturales subyacentes a la vida de la población que determina el estado de salud – enfermedad, así como la interpretación que tiene la comunidad.

Desde esa perspectiva se fundamentarían las estrategias de abordajes para en si incluir la actuación sanitaria.

La OPS (2002), “define la actuación sanitaria a aquellas que crean un ambiente propicio para que las personas reciban cuidados médicos – asistencial dentro de un sistema orgánico y funcional” (p.96). Estos servicios según los mismos autores abarcan los que son organizados horizontalmente instituciones que prestan servicios primarios, secundarios y terciarios a la población de una zona dada. Por ejemplo, un distrito o provincia y verticalmente, (organizaciones coordinadas de un nivel a otro), por ejemplo, país región – localidad), por lo tanto capaces de actuar en función de prevenir y evitar el daño en salud.

De acuerdo a los conceptos sobre actuación sanitaria en la comunidad implica la disposición de un diagnostico epidemiológico, organización de planes de atención y por supuesto contar con planos de identificación comunitaria, en función del reconocimiento o detección del riesgo sanitario.

Detección del Riesgo Sanitario.

Forma parte de la participación de enfermería en las estrategias de abordaje comunitario, ello puede considerarse como un conjunto de acciones dirigidas en primer termino al componente de un diagnostico precoz en lo cual no sea solamente atender las necesidades mínimas sobre el riesgo sanitario, sin o atacar dentro del entorno medidas especificas contra la multicausalidad que da origen al problema.

Para la OPS (2002), “la detección del riesgo sanitario se fundamenta en un plan de trabajo dirigido por el equipo de salud hacia el establecimiento de medidas, para búsquedas de contactos, enmarcados en situación de vigilancia” (p.77). En ello se aprecia que la participación de enfermería en las estrategias de abordajes refleja acciones de orden sanitarios, de salud pública y social.

Ahora bien, las enfermeras /os, también, pueden actuar directamente en los casos de riesgos, tal hecho les da la oportunidad para atacar las enfermedades transmisibles, no controladas y por su puesto a los contactos, lo cual también forma parte de una de las estrategias de participación en el abordaje comunitario. Es decir, la identificación de los casos de riesgo, su detección son acciones mancomunadas, que actúan en lo curativo y en lo

preventivo, como por ejemplo aplicaciones de medidas de profilaxias, adopción de disposiciones adecuadas para la eliminación de desechos sólidos, desinfectación de los excrementos por los siguientes elementos:

- Prevención y control de enfermedades mediante servicios y persona
- Promoción de la salud
- Organización de la presentación de servicios sanitarios
- Control de factores ambientales.

El desarrollo de acciones en cada uno de los componentes señalados forma parte de la asistencia sanitaria en función al riesgo, el cual debe ser puesto al alcance de toda la comunidad.

Vigilancia de la atención Integral

A la vigilancia de la atención integral se refiere a la actuación en grupos con otras disciplinas cuyo objetivo es el bienestar social de los grupos. En ese orden enfermería participara como parte de un equipo en la búsqueda de brindar conocimientos que sirvan como estímulos de participación comunitaria, en ellos se incluyen las organizaciones no gubernamentales (ONG).

Al respecto el MSDS (2004), sugiere:

Involucrar en el aspecto de una atención integral a las ONG. Ello representan acciones para acelerar la construcción del nuevo modelo productivo rumbo a una creación del nuevo sistema de salud, promoviendo la multipolaridad, equidad y democracia de las ONG con las instituciones publicas encargadas de dar servicios sociales. Incluyendo apoyo y mejoramiento de las misiones por parroquias, organizando las demandas de salud como por ejemplo Barrio Adentro (p.5)

Involucrar a las ONG, en las estrategias de abordajes comunitarios, formara parte en las mejorar de los canales de comunicación y coordinación entre los diferentes niveles de la comunidad. Por lo tanto, es necesario involucrar a las ONG, (Uroc, Madres Cuidadoras, Grupos Culturales, Grupos Deportivos) en particular, aquellos que forman parte de los procesos habituales en la relación entre la ciudadanía. Implica por parte de enfermería mejorar la eficiencia de comunicación e integrar a las ONG, según las acciones requeridas dentro del contexto comunitario.

En ese caso, se hace necesario establecer nuevas dinámicas de comunicación que faciliten la integración entre las ONG, Enfermería:

- Participación ciudadana
- Control social
- Desarrollo de un sistema de registro y control
- Mejoramiento en las visitas institucionales por parte del sector salud (enfermería)

Involucrar estas estrategias en el control y participación de los abordajes, a partir de permitirá la representación de enfermería con fluidez dentro de los procesos en cada uno de los servicios requeridos en el contexto social.

2.3. Sistema de Variable

Variable Única: Participación de enfermería en el abordaje comunitario, ambulatorio urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano Caracas, segundo semestre, 2005.

Definición Conceptual: La OPS, (2001), las estrategias de abordaje comunitario, es el complementario a las acciones de control específicos que ya están siendo ejecutadas en los ambulatorios por parte del equipo de salud

de barrio adentro por un lado, en la realidad epidemiológica de cada comunidad y hacia el interior de las mismas y por otro lado, en la situación de control de los problemas de salud” (p.86). Enfermería como parte de ese equipo debe cumplir con estos preceptos en el debido marco de coordinación y complementación.

Definición Operacional: Se refiere a las opiniones de enfermería adscritas en el ambulatorio urbano (I) sobre estrategias requeridas para el logro de un abordaje de éstos en comunidades adyacentes a su jurisdicción laboral.

2.4. Operacionalización de la Variable

Variable Única: Participación de enfermería en el abordaje comunitario, ambulatorio urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano Caracas, segundo semestre, 2005.

Definición Operacional: Se refiere a las opiniones de enfermería adscritas en el ambulatorio urbano (I) sobre estrategias requeridas para el logro de un abordaje de éxitos en comunidades adyacentes a su jurisdicción laboral.

Dimensión	Indicador	Sub Indicador	Ítem
<p>Visita domiciliaria: Se refiere a un servicio proporcionado por los establecimientos de salud mediante el contacto de la enfermera con el grupo familiar, para identificar necesidades y colaborar a resolverlos a través de la educación sanitaria y la asistencia de enfermería.</p> <p>Actores comunitarios: Se refiere al acompañante de identificación e integridad por parte de enfermería con las comunidades como parte del abordaje.</p>	<p>Componentes de la visita domiciliaria: Se refiere a cada uno de los elementos requeridos en la conformación de la visita por enfermería y su programación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto con grupos familiares ▪ Clínica de enfermería ▪ Requerimiento para el abordaje a grupos familiares ▪ Introducción al hogar 	<p>1 al 3</p> <p>4 al 8</p> <p>9 al 13</p> <p>14 al 16</p>
	<p>Componentes de integración: Se refiere al conjunto de acciones para la integralidad de las partes logradas por medio de las estrategias de abordaje comunitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación integradora ▪ Asovec ▪ Actuación sanitarias ▪ Detección de riesgos sanitarios ▪ Vigilan de la atención integral por medio de las ONG 	<p>17 al 18</p> <p>19 al 20</p> <p>21 al 22</p> <p>23 al 24</p> <p>25 al 27</p>

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

En el presente capítulo, se describe el diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, métodos y técnicas de recolección de los datos, confiabilidad, procedimiento para la recolección de información y técnica de análisis.

3.1. Diseño de Investigación

En el marco del problema en estudio y los supuestos planteados, la investigación se adscribe al diseño de investigación no experimental, definido por Hernández Sampieri, R, Fernendez, Collado, C y Baptista, L, (1998), “como aquel, que busca observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (p.184). Es así, como se trata de determinar la participación de enfermería en el abordaje comunitario.

3.2. Tipo de Estudio

En el marco de los objetivos formulados para el presente estudio atendiendo al criterio tiempo, ocurrencia de los hechos y registro de la información, la investigación es de tipo retrospectivo, definida por Pineda E,

Alvarado E, y Hernández de Canales, F, (1994), como “aquellos en los que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado” (p.81), lo que se busca, es interpretar desde las respuestas dadas por enfermería acerca de su participación en el abordaje comunitario toda vez, que ellos, son responsables del abordaje a las personas y familias en su contexto social.

En el marco del periodo y secuencia del estudio, la investigación es de tipo transversal, definida por Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C, y Baptista Lucio, P (Ob-cit), como “aquella donde se recolectan datos, en un tiempo único. Su propósito es descubrir variables y canalizar su incidencia e interrelación en momento dado” (p.186). De allí, que la información inherente a medir la variable seleccionada, será recogida en un momento específico, para posteriormente una única medición.

Atendiendo al criterio de análisis y alcance de los resultados, el estudio es de tipo descriptivo, estos en palabras de Pineda, E, Alvarado, E, L y Hernández de Canales, F (Ob-cit), “son aquellos que están dirigidos a determinar como es o como esta, la situación de las variables que se estudian en una población” (p.82). También Hernández Sampieri, R, Fernández, Collado, C, y Baptista L, (Ob-cit), al definirlo estudios descriptivos, enfatizan “buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno sometido a

análisis” (p.60). En coherencia con este marco definitorio, el propósito de la investigación se orienta a determinar la participación de enfermería en el abordaje comunitario, en sus dimensiones visitas domiciliarias y estructura de líderes comunitarios.

3.3. Población

El termino población, es definido por Pineda, E, Alvarado, E, L, y Hernández de Canales, F (Ob-cit), como “el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación, son 14 profesionales de enfermería, calificadas como enfermeras de atención directa (EAD), adscrita al ambulatorio urbano (I) Distrito Sanitario N° 3, Antímano Caracas.

3.4. Muestra

Es un termino que en palabras de Pineda, E Alvarado, E, L Hernández de Canales, F, (ob.cit.), es “un subconjunto o parte de la población en que se llevara a cabo la investigación con el fin posterior de generalizar los hallazgo al todo” (p.108). En consistencia con lo citado cabe destacar que para el estudio se tomo el total de la población 100%.

3.5. Métodos e Instrumento de Recolección de Datos

La palabra método, alude a la forma que utiliza el investigador APRA relacionarse con el investigado cuando recoge la información. En referencia al instrumento, Pardo de Vélez, G y Celdeño Collazo, M (1997), dice que se corresponde con el “equipo, objeto, el cuestionario, la prueba o formato construido, que sirven como medio para obtener los datos” (p.232). Atendiendo a los criterios citados, las investigadoras seleccionaron como método la encuesta, y como instrumento el cuestionario, definido por Pineda, E, Alvarado, E, L, y Hernández de Canales, F (Ob-cit), en los siguientes términos “es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigador consultado llena por si mismo” (p.132)

Para efectos de la recolección de datos, relacionados con la investigación propuesta, las autoras construyeron un cuestionario contentivo de portada, presentación, instrucciones, propiamente dicho, que contiene treinta ítem, presentados en escala tipo dicotómico, cuyas categorías de respuesta son Si – No.

3.6. Validez y Confiabilidad

Para la obtención de la validez, ello se realizó mediante la aprobación de expertos en contenido mediante la aprobación de expertos en contenidos y metodología, los cuales aceptaron la redacción y contenido del cuestionario en su coherencia y constancia permitiendo luego la búsqueda de la confiabilidad.

Confiabilidad

Se refiere al grado de confianza presente en el cuestionario para luego ir al desarrollo de la investigación propiamente dicha. En ese sentido se aplicó una prueba piloto en el ambulatorio urbano (II) Nuevas Caracas, Distrito Sanitario, N°2, a ocho (8) profesionales de enfermería cuyas características son iguales a la población objeto estudio (enfermera comunitaria).

3.7. Procedimiento para la Recolección de Información

La recolección de información como punto final de la investigación a mérito enviarle por escrito a las autoridades de enfermería la solicitud del permiso de solicitud para su ejecución.

Una vez obtenida la información se procede a la recolección de la información con los elementos objeto de la investigación para darle a conocer el propósito de la investigación.

Posteriormente surgió la entrevista con cada una de las personas objetos estudio. Cabe destacar, que para la recolección de la información se realizo en dos días. Cabe destacar la colaboración y apoyo presente por parte de la población objeto estudio (enfermería).

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El siguiente capítulo corresponde a cuadros y gráficos acompañados por el análisis e interpretación de los resultados.

4.1. Análisis de los Resultados

A continuación se presenta los resultados de la investigación mediante cuadros estadísticos conformados por frecuencias absolutas y porcentaje facilitándole esta manera su análisis e interpretación de los resultados obtenidos. Además de los cuadros, también se presenta gráficos de barra.

Cuadro N°1

Distribución de las respuestas de enfermería acerca del contacto grupos familiares Ambulatorios Urbano (I) Distrito Sanitario N°3 San Martín, Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005.

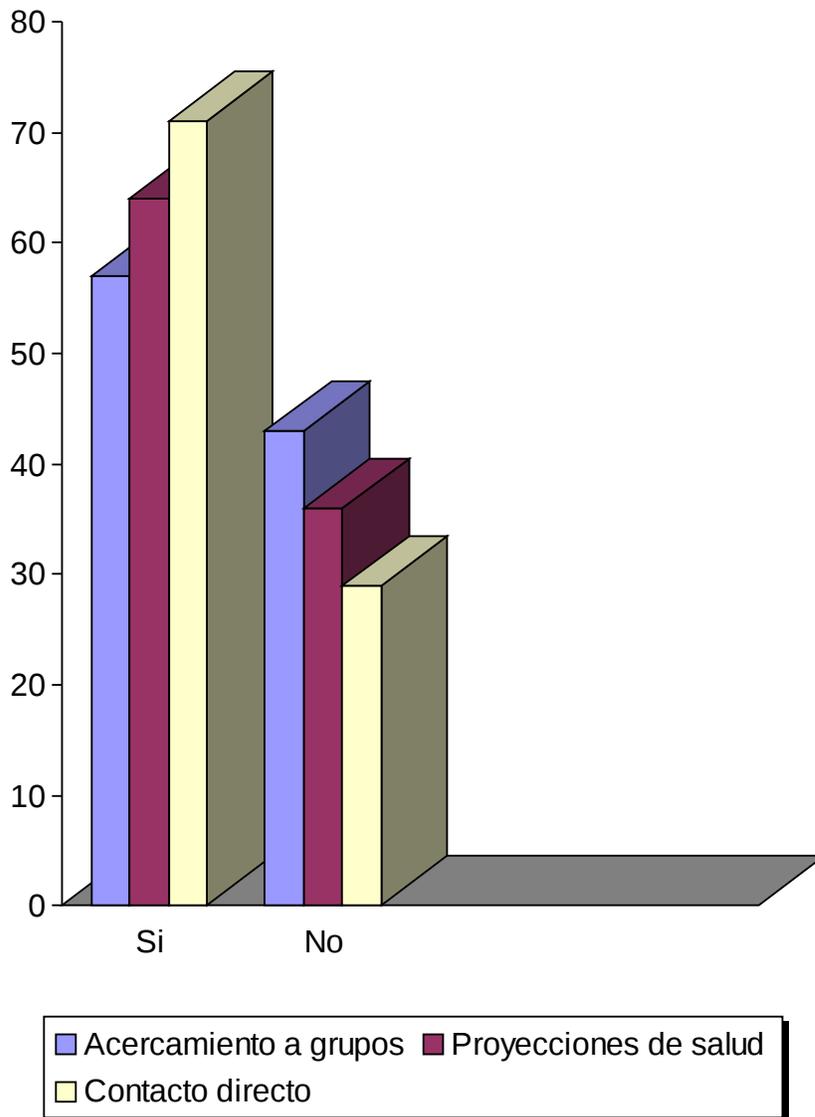
Alternativas	Respuestas				Total %
	Si		No		
	f	%	f	%	
Acercamientos a grupos	8	57	6	43	100
Proyección es de salud	9	64	5	36	100
Contacto directo	10	71	4	29	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

De los resultados que corresponden al segmento grupos familiares. Para el ítem acercamiento a grupos. Los resultados fueron 57% para la categoría Si y 43% para la categoría No. Para el ítem proyección de salud 64%, fue para la categoría Si y 36% para la categoría No. Para el ítem contacto directo el 71% fue el Si, y 29% para la categoría No.

Grafico N°1

Distribución de las respuestas de enfermería acerca del contacto grupos familiares Ambulatorios Urbano (I) Distrito Sanitario N°3 San Martín, Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005.



Fuente: Cuadro N°1

Cuadro N°2

Distribución de las respuestas de las enfermeras /os acerca planeación de acciones de salud. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005.

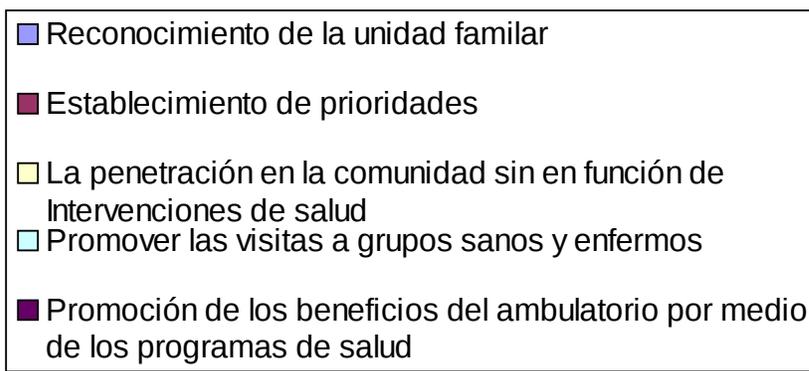
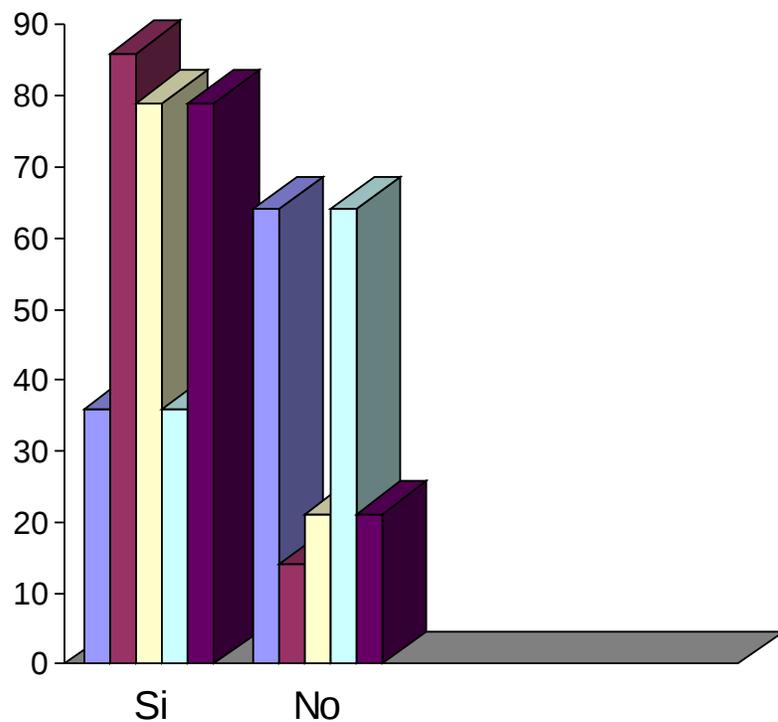
Alternativas	Respuestas				Total %
	Si		No		
	f	%	f	%	
Reconocimiento de la unidad familiar	5	36	9	64	100
Establecimiento de prioridades	12	86	2	14	100
La penetración en la comunidad son en función de intervenciones de salud	11	79	3	21	100
Promover las visitas a grupos sanos y enfermos	5	36	9	64	100
Promoción de los beneficios del ambulatorio por medio de los programas de salud	11	79	3	21	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

Los resultados correspondientes al segmento planeación a las acciones de salud. Con respecto al ítem, reconocimiento de la unidad familiar, según resultados el 36% fue para la categoría Si, y 64% para la categoría No. Para el ítem establecimiento de prioridades, 86% fue para el Si y 14% para el No. Para el ítem penetración de la comunidad el 79% fue para la categoría Si y 21% para la respuesta No. Para el ítem visita a grupos sanos y enfermos el 36% indico Si y 64% fue para el No. Para el ítem promoción de los beneficios del ambulatorio hacia la comunidad el 79% fue para la categoría Si y 21% para la categoría No.

Grafico N°2

Distribución de las respuestas de las enfermeras /os acerca planeación de acciones de salud. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005.



Fuente: Cuadro N°2

Cuadro N°3

Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la clínica en el hogar de las personas de la comunidad. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005

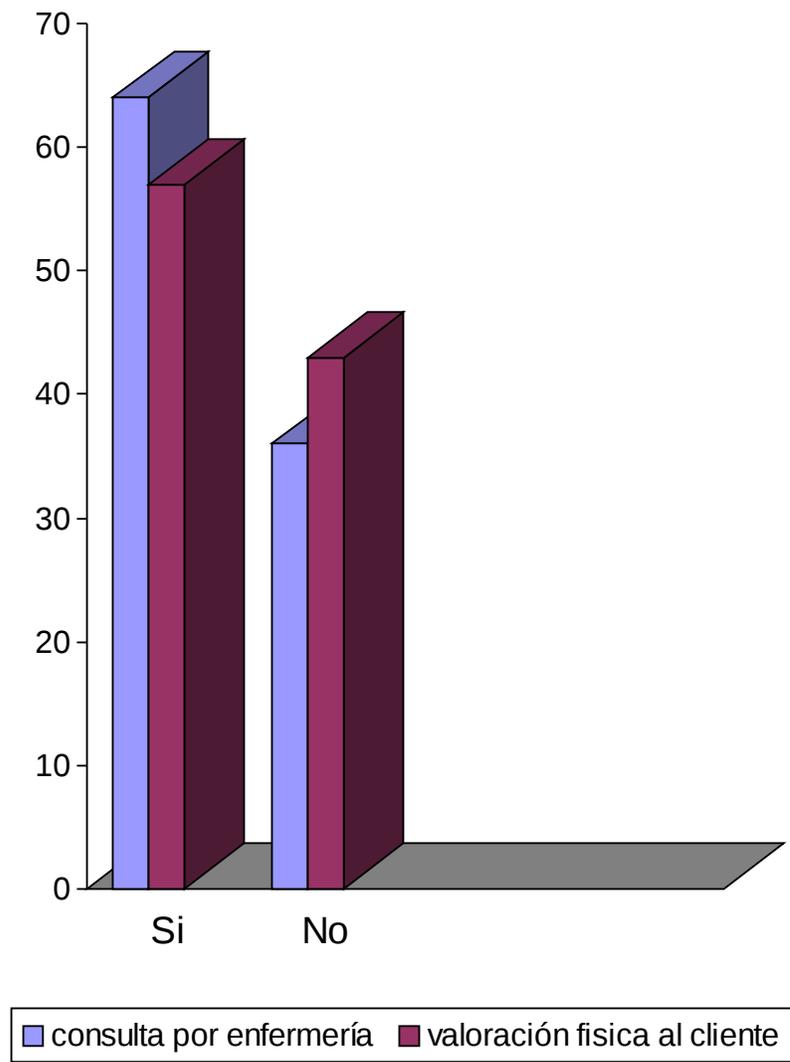
Alternativas	Si		Respuestas No		Total %
	f	%	f	%	
Consulta por enfermería	9	64	5	36	100
Valoración física al cliente	8	57	6	43	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

De los resultados correspondientes al segmento clínica en el hogar. Para el ítem consulta por enfermería el 64% fue para el Si, y 36%, para la categoría No. Para el ítem valoración física al cliente el 57% fue para la categoría Si y un 43% para la categoría No.

Grafico N°3

Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la clínica en el hogar de las personas de la comunidad. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005



Fuente: Cuadro N°3

Cuadro N°4

Distribución de las respuestas de enfermería acerca del requerimiento para el abordaje a grupos de la comunidad. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005

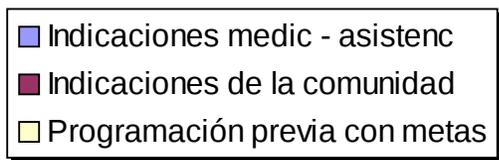
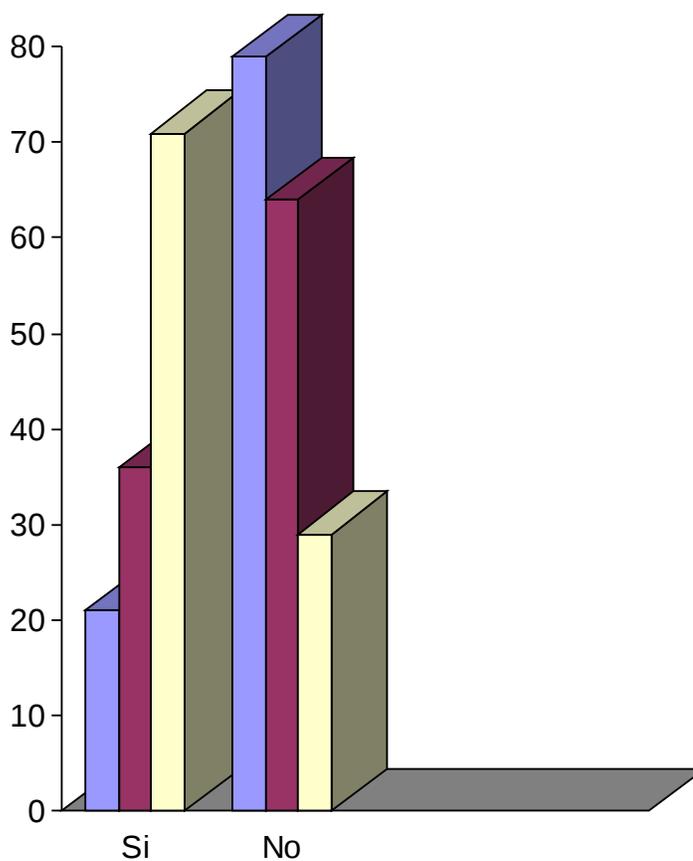
Alternativas	Respuestas				Total %
	Si		No		
	f	%	f	%	
Indicaciones medico - asistencia	3	21	11	79	100
Indicaciones de la comunidad	5	36	9	64	100
Programación previa con metas	10	71	4	29	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

Del segmento requerimiento para el abordaje a grupos familiares. Para el ítem indicaciones medico – asistencial 21% fue para el Si y 79% para la categoría No. Para el ítem indicaciones de la comunidad, 36% fue para la categoría Si, y 64% No. Para el ítem programación previa con metas. 71% para la categoría Si y 29% para la categoría No.

Grafico N°4

Distribución de las respuestas de enfermería acerca del requerimiento para el abordaje a grupos de la comunidad. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005



Fuente: Cuadro N°4

Cuadro N°5

Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la introducción al hogar. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005

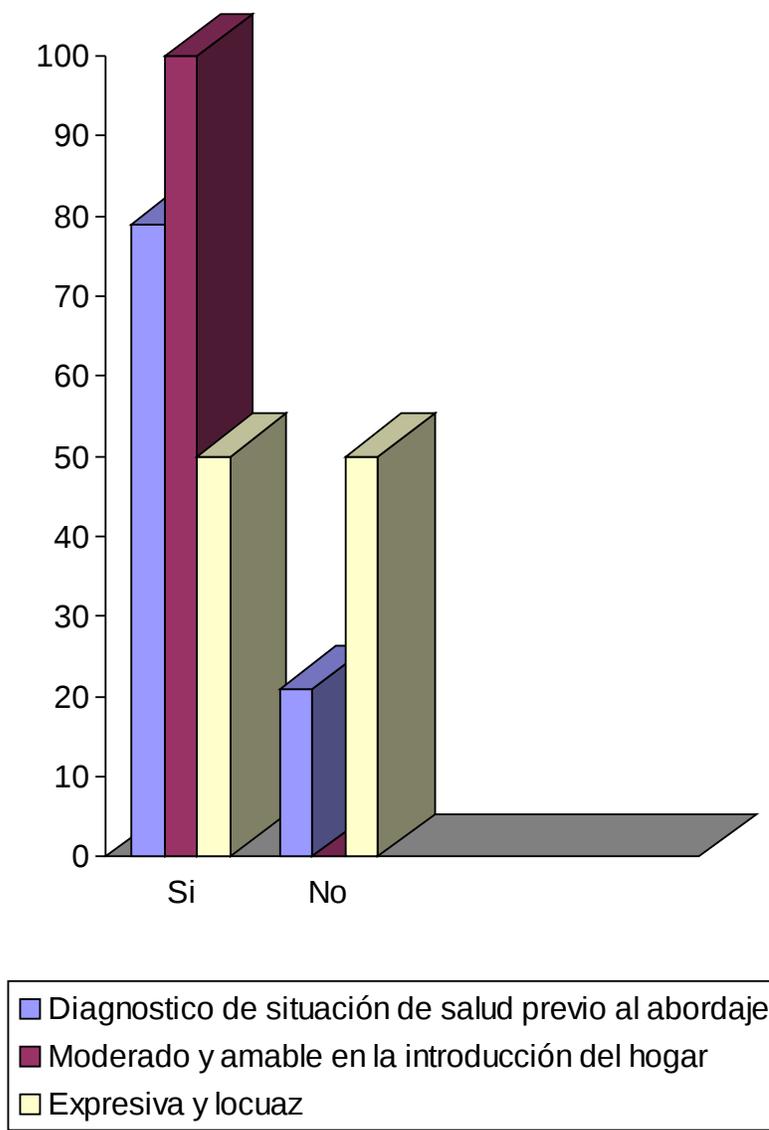
Alternativas	Si		Respuestas No		Total %
	f	%	f	%	
Diagnostico de situación de salud previo al abordaje	11	79	3	21	100
Moderador y amable en la introducción del hogar	14	100	-	-	100
Expresiva y locuaz	7	50	7	50	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

Los resultados de los segmentos introducción en el hogar. Para el ítem diagnostico de situación de salud el 79% le correspondió el Si y 21% para la categoría No. Para el ítem, moderada y a amable en la unidad el 100% fue para la categoría Si. Para el ítem expresivas y lo cual 50% señalo Si, y 50% a la categoría No.

Grafico N°5

Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la introducción al hogar. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005



Fuente: Cuadro N°5

Cuadro N°6

Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la participación integradora. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005

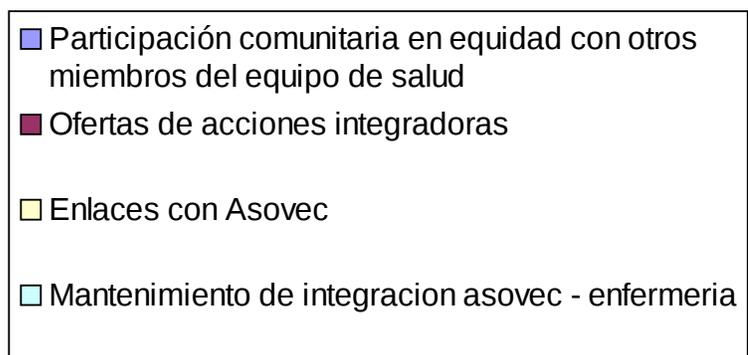
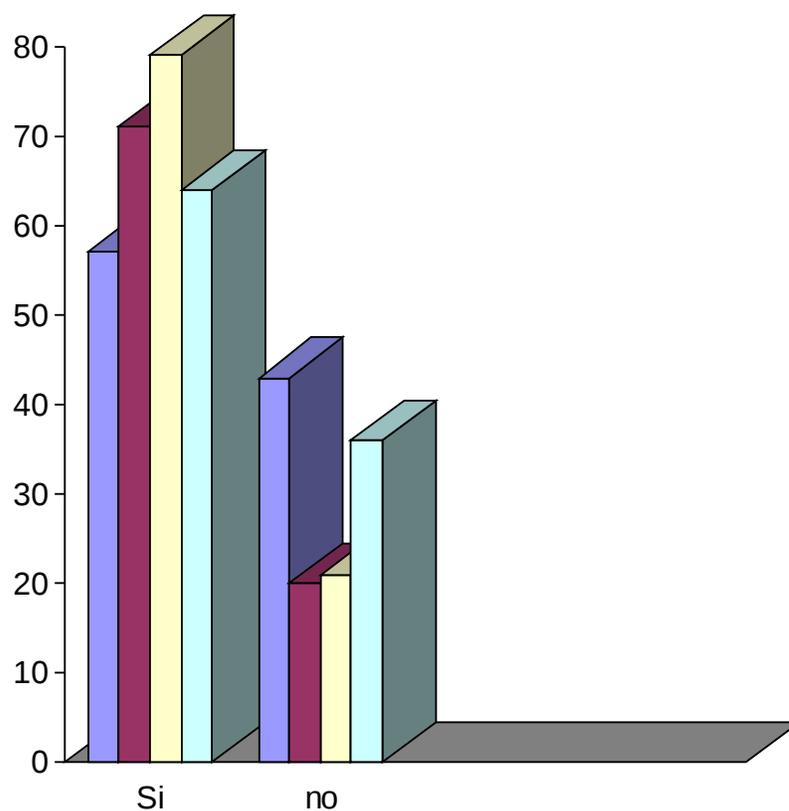
Alternativas	Si		Respuestas No		Total %
	f	%	f	%	
Participación comunitaria en equidad con otros miembros del equipo de salud	8	57	6	43	100
Oferta de acciones integradoras	10	71	4	20	100
Enlace con Asovec	11	79	3	21	100
Mantenimiento de integración Asovec - enfermería	9	64	5	36	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

Los resultados del segmento, participación integradora. Para el ítem participación con equidad con los demás integrantes del equipo salud el 57% le correspondió a la categoría Si y 43% fue para el No. Para el ítem oferta de acciones integradoras 71% fue para el Si y 20% para la categoría No. Para el ítem enlaces con asovec 79% indico el Si, y un 21% para la categoría No. Para el ítem mantenimiento de integración Asovec – enfermería 64% fue para la categoría Si y 36% para la categoría No

Grafico N°6

Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la participación integradora. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005



Fuente: Cuadro N°6

Cuadro N°7

Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la actuación sanitaria comunitaria. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005

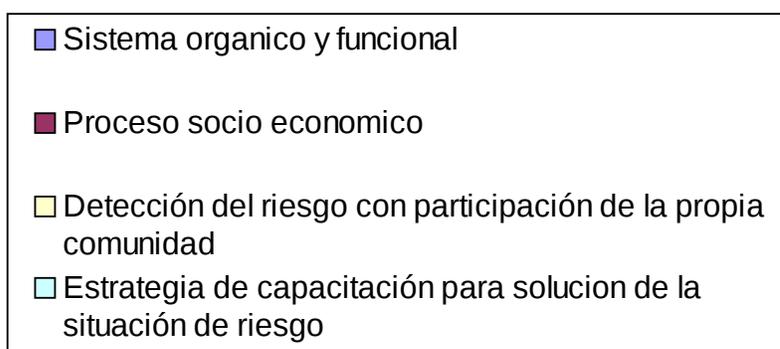
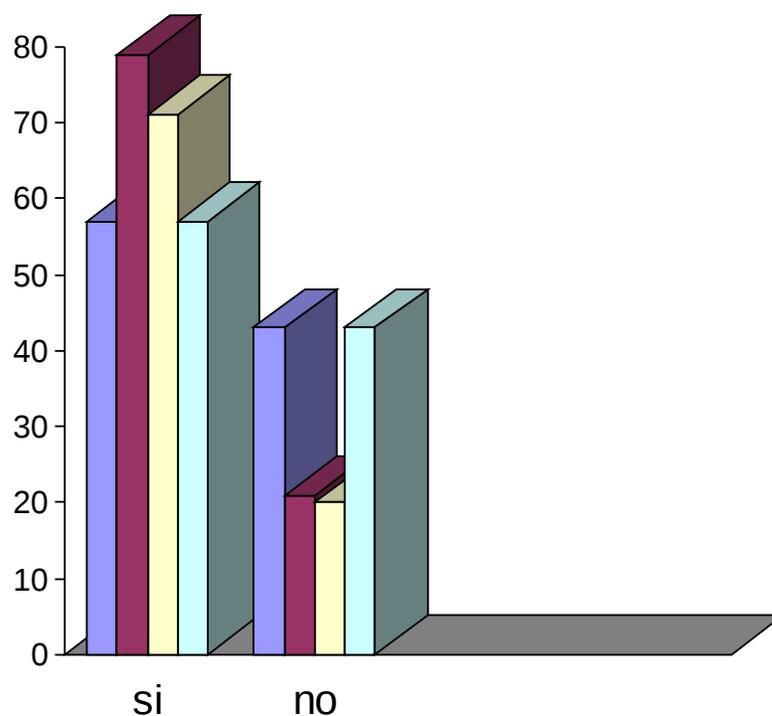
Alternativas	Respuestas				Total %
	Si		No		
	f	%	f	%	
Sistema orgánico y funcional	8	57	6	43	100
Procesos socio económicos	11	79	3	21	100
Detección de riesgo con participación de la propia comunidad	10	71	4	20	100
Estrategia de capacitación para solución de la situación de riesgo	8	57	6	43	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

Los resultados correspondientes al segmento actuación sanitaria. Para el ítem sistema orgánico funcional el 57% fue para la categoría Si y 43% para la categoría No para el ítem proceso socio económico el 79% fue para el Si y 21% para el No. Para el ítem detección de riesgo el 71% fue para el Si y 20% para el No. Para el ítem, estrategia de capacitación 57% para el Si y 43% para el No.

Grafico N°7

Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la actuación sanitaria comunitaria. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005



Fuente: Cuadro N°7

Cuadro N°8

Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la integración con las ONG. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005

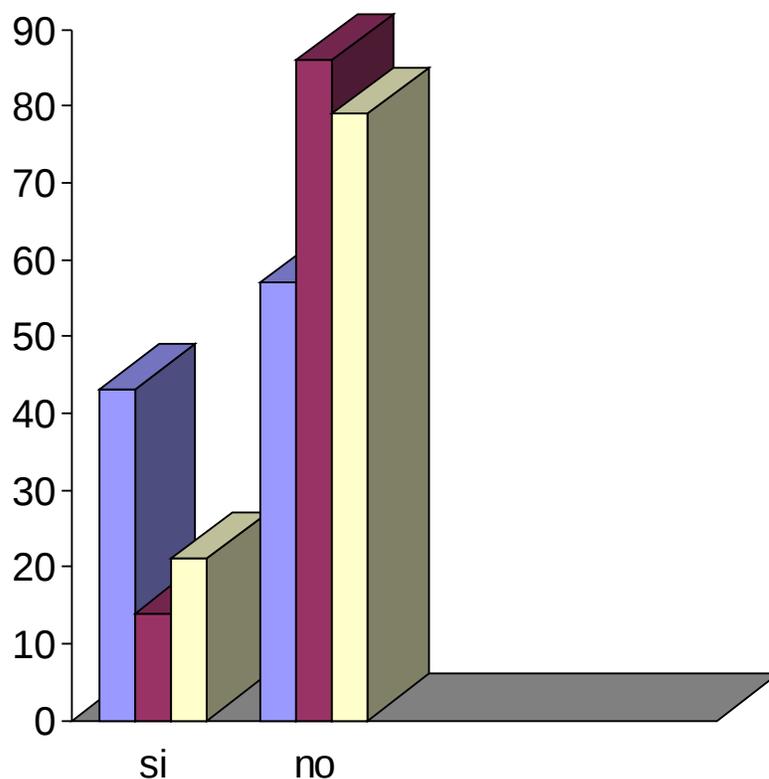
Alternativas	Si		Respuestas No		Total %
	f	%	f	%	
ONG como parte de la vigilancia en atención a la salud con el ambulatorio	6	43	8	57	100
Control de todas las ONG según sectorización	2	14	12	86	100
Sistema de interrelación enfermería – ONG para el trabajo comunitario	3	21	11	79	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

Los resultados referentes a la integración de enfermería con las ONG. Referente al sub indicador ONG como parte de la vigilancia en atención a la salud del ambulatorio 43% fue para la categoría Si 57% para la categoría No 14% control de la ONG fue para el Si y 80% para el No. Para sistema de interrelación de enfermería con las ONG 21% fue para el Si y 79% para el No.

Cuadro N°8

Distribución de las respuestas de enfermería acerca de la integración con las ONG. Ambulatorio Urbano (I) Distrito Sanitario N°3, San Martín Parroquia Antimano, Caracas, segundo semestre, 2005



- ONG como parte de la vigilancia en atención a la salud con el ambulatorio
- Control de todas las ong según sectorización
- Sistema de interrelacion enfermeria - ong para el trabajo comunitario

Fuente: Cuadro N°8

4.2. Análisis e Interpretación de los Datos

Para la investigación se plantearon un objetivo general y dos objetivos específicos los cuales dieron los lineamientos para la búsqueda de información y de los lograr los resultados.

Para el objetivo específico: Identificar la participación de enfermería en la planificación de la visita domiciliaria. Los resultados fueron: para la categoría Si correspondió 61,28% del personal de enfermería participa en el cumplimiento de la visita domiciliaria en las familias de las comunidades. De acuerdo a los resultados observados no hay un cumplimiento total de una actividad que representa dentro de las estrategias de abordajes comunitarios un componente básico a utilizar por enfermería cabe entonces, recordar en el personal de enfermería lo establecido por el MSDS (2001), "visita domiciliaría por enfermería son parte de sus funciones dentro de lo que corresponde la participación comunitaria.

El segundo objetivo específico, estuvo planteado para identificar la participación de enfermería en el establecimiento de madres en función del reconocimiento de los actores comunitarios. Los resultados señalan para la categoría SI, le correspondió el 59%. En ese sentido, el resultado de muestra que hay una participación parcial de enfermería en relación al reconocimiento

de los actores sociales como parte de las estrategias de abordajes, por lo tanto es necesario hacerle un llamado al personal de enfermería, por que recuerda las políticas de salud actuales, cuyas acciones son establecidas para la integración del sector salud con los autores sociales (ONG) que hacen vida activa y promueven el desarrollo social de sus comunidades. Implica entonces hacer un punto de razonamiento y tratar de ir a la búsqueda del sinergismo mega entropico de enfermería, con las ONG, como estrategia de abordaje comunitario.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El siguiente capítulo corresponde a las conclusiones y recomendaciones hechas de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación.

5.1. Conclusiones

- Enfermería catorce (14), 100% el 61,28% Si participa en el cumplimiento de las visitas domiciliarias en las familias de las comunidades.
- Enfermería catorce (14), el 59% Si participa en el establecimiento de medidas en función del reconocimiento de los actores comunitarios

5.2. Recomendaciones

Los resultados obtenidos en función de los objetivos de la investigación, conducen a las siguientes recomendaciones.

- Dar a conocer los resultados al personal y autoridades de enfermería del ambulatorio y distrito sanitario, en función de retroalimentar el proceso participativo de enfermería con las comunidades.
- Promover cursos y taller de actualización en el personal de enfermería sobre visitas domiciliarias como parte fundamental en aspecto de atención a familiares de las comunidades, que por su puesto es parte de las estrategias de abordaje comunitario.
- Promover acciones de retroalimentación de aprendizaje sobre reconocimiento y trabajo con actores comunitarios (ONG), como parte de las acciones estratégicas de abordajes comunitarios por enfermería

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BELTRAN, Luís (2002). **Iniciativa de la Comunicación.**
<http://ww.comminit.com/la/lapionerros/sld-2588html-3k>.

DAVINI, Maria Cristina, (1998). **Participación Integradora.** Washington, Revista Informativa N°3.

DISTRITO CAPIATAL (2003). **Metas Programadas para la Salud.** Caracas, Venezuela

FLORES, Norys Y RIVERO, C (2000). **Diseño de Estrategia educativas Comunitaria.** Trabajo Especial de Grado. Escuela de Enfermería Universidad Central de Venezuela.

GARCIA, Yorly Y GRANADOS, (2001). **Núcleo de Atención Primaria.** Trabajo Especial de Grado Escuela de Enfermería Universidad Central de Venezuela.

HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ, Baptista, (1998). **Metodología de la Investigación.** Manual para el Personal de Salud OPS Washington.

HEALTHY PEOPLE, (2001). **Situación de Salud.** www.ensalud.com

JONSON, Dorothy. (1980). **Modelo de Enfermería.** Interamericana, Mc Graw, Hill.

KROGER, Axel (1998). **Apoyo Comunitarios.**
<http://www.ipsenespanol.org/interna.asp?idnews=18827>

LEDDY, S. Y PEPPER, M (1992) **Modelo de Enfermería.** Interamericana , Mc Graw Hill.

LINDO, C, (1996). **Intervención Educativa de la Enfermera Comunitaria.** Trabajo Especial de Grado Escuela de Enfermería Universidad Central de Venezuela.

LOPEZ, Luna (1998). **Enfermería en Salud Pública.** Primera Edición, Editorial Mc Graw Hill.

MACEDO GUERRA, Carlyle, (2001). **Enfermería Comunitaria.** <http://lanic.utexas.edu/la/region/health/>

MAY, Redding (1998). **Familia.** Ww.google.com. Venezuela.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL, (1998). **Visita Domiciliaria.** Caracas, Venezuela.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL, (2001) . **Visita Domiciliaria.** Caracas, Venezuela.

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, (2004). **Norma de participación con las ONG.** Caracas, Venezuela.

NAVARRO, M (2000). **Modelo de Enfermería.** <http://www.iuhpe.org/>

NOBLE JULIA, (2000). **Conocimiento.** http://www.iuhpe.org/adddownloads/arroyo_sp.doc

OFELIA RAMON, (2000). **Familia.** http://www.idrc.ca/es/ev-24912-201-1-DO_TOPIC.html

OMS, (1997). **Atención Primaria en Salud.** www.metabase.net

OMS, (2000). **Actuación Sanitaria.** <http://www.ops-oms.org.ve/>

OMS, (2001). **actores Comunitario.** <http://www.iuhpe.org/>

OMS, (2002). **Visita Domiciliaria.** <http://www.ops-oms.org.ve/>

OMS, (2003). **Abordaje Comunitario.** <http://www.ops-oms.org.ve/>

OPS, (1998). **Acciones de Salud.** Comité Integrador Washington

OPS / OMS, (1999). **Acciones Comunitarias.** Washington, Revista N°6

OPS (2000). **Participación Comunitaria.** Revista Informativa N°24. Washington.

OPS, (2001). **Comunidad.** <http://www.idrc.ca/es/ev>

OPS, (2001). **Estrategia de Abordaje Comunitario.**
http://www.idrc.ca/es/ev-24912-201-1-DO_TOPIC.html

OPS. (2001). **Familia.** <http://lanic.utexas.edu/la/region/health/>

OPS, (2002). **Situación de Riesgo.** http://www.idrc.ca/es/ev-24912-201-1-DO_TOPIC.html

OPS (2003). **Estructura Comunitaria.**
<http://lanic.utexas.edu/la/region/health/>

OPS, (2004). **Estrategia de Abordaje** Revista Informativa, N°37. Washington.

OSPINA, William, (1999). **Modleio de enfermería para la promoción de la Salud.** <http://lanic.utexas.edu/la/region/health/>

PARDO DE VELEZM Y CEDEÑO COLLAZO, (1997). **Formato – formulario.** www.metabase.net

PASQUIALI, Antonio. (1997). **Comunicación.**, Caracas, Venezuela. Monteavila Editores

PETRA, R, FARHAT, N, (1999). **Atención Domiciliaria.**
<http://lanic.utexas.edu/la/region/health/>

PINEDA, ALVARADO, E, L Y CANALES, (1994). **metodología de la Investigación.** Manual para el Personal de Salud OPS, Washington

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, (2004). **Acciones Sociales Normas y Procedimiento.** Caracas, Venezuela.

SABINO, C (1992). **El proceso de Investigación.** Segunda Edición, Caracas, Venezuela. Editorial Panafio

SUSANA, Leydy, (1997). **Modelo de Enfermería.** Interamericana, Mc Graw Hill.

VERGARA, (1976). **Familia.** <http://comunidadecana.iespana.es/>

ANEXOS

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CUESTIONARIO PARA MEDIR LA VARIABLE PARTICIPACIÓN DE
ENFERMERÍA EN ABORDAJES COMUNITARIOS.**

Presentación:

El presente cuestionario de recolección de datos a recoger datos referentes al conocimiento que usted posee en relación al abordaje comunitario en los ambulatorios adscritos al Distrito Sanitario N°3 San Martín, Caracas, segundo semestre 2005.

La información aquí recopilada solo se usar con fines docentes y de investigación.

INSTRUCCIONES

- Lea detenidamente cada pregunta que se le plantea a continuación.
- Encierre con un círculo la respuesta de su preferencia.

Gracias.

1. ¿Consideras necesario mantener contacto comunitario con grupos familiares de los pacientes (clientes) que asisten al ambulatorio una vez que son atendidos?

Si_____ No_____

2. ¿Cuando participas en actividades de proyección de acciones de salud lo fundamentar en los grupos familiares del cliente?

Si_____ No_____

3. ¿La base para la interrelación con grupos familiares de la comunidad lo fomenta el contacto directo?

Si_____ No_____

4. ¿Cuándo participas en la planificación de intervención de salud consideras el reconocimiento de la unidad familiar de la comunidad?

Si_____ No_____

5. ¿Establecer prioridades de participación en las intervenciones de salud con familias de la comunidad?

Si_____ No_____

6. ¿Tu penetración en la comunidad es en función de intervenciones de salud con grupos familiares?

Si____ No____

7. ¿En tu participación entre el ambulatorio y la comunidad promueves las visitas a los grupos sanos y enfermeras en la búsqueda del enlace?

Si____ No____

8. ¿En tu participación das orientaciones en función del reconocimiento de los beneficios que ofrece el ambulatorio en la comunidad?

Si____ No____

9. ¿En tu participación con grupos familiares de la comunidad proyecta la consulta por enfermería?

Si____ No____

10 ¿Crees necesario que en la participación de enfermería debe realizar la valoración física del cliente en la comunidad?

Si____ No____

11. ¿Cuándo participa en el abordaje a la familia de la comunidad requiere de las indicaciones medico – asistencial?

Si____ No____

12 ¿Cuándo participa en el abordaje a la familia de la comunidad requiere de indicaciones de la comunidad?

Si____ No____

13. ¿Cuándo participas en abordajes a la familia de la comunidad ello parte de una programación previa con metas al logro?

Si____ No____

14. ¿Previo al abordaje a la comunidad realiza un diagnostico de las situaciones de salud?

Si_____ No_____

15. ¿La introducción al hogar de las personas de la comunidad hace que enfermería muestre ser moderada y amable?

Si_____ No_____

16. ¿En la interrelación con las personas en sus hogares requiere ser expresiva y locuaz?

Si_____ No_____

17. ¿La participación comunitaria se desarrolla dentro de un balance de equidad entre enfermería de mas miembros del equipo de salud?

Si_____ No_____

18. ¿La participación comunitario oferta acciones integradores (medico, trabajador social, sociólogo)?

Si_____ No_____

19. ¿La participación en el contexto comunitario mantiene enlace con la ASOVEC?

Si_____ No_____

20. ¿Siempre integrar a la Asovec en la participación comunitaria?

Si_____ No_____

21. ¿La actuación sanitaria de enfermería como parte de la participación en la comunidad la realiza tomando en consideración el sistema orgánico y funcional?

Si_____ No_____

22. ¿Actúa en la resolución sanitaria dentro de los procesos socio – económicos de la comunidad donde participas?

Si_____ No_____

23. ¿Para la detección y disminución de las situaciones de riesgo en poblaciones específicas incluyes en el equipo de trabajo la participación de la propia comunidad?

Si_____ No_____

24. ¿Promueves dentro de las personas de la comunidad estrategias (capacitación) para la solución de la situación de riesgo?

Si_____ No_____

25. ¿Las organizaciones no gubernamentales (ONG) forman parte de la vigilancia de la atención integral conjuntamente con el ambulatorio?

Si_____ No_____

26. ¿Llevas control de las diferentes ONG, de tu sectorización geográfica?

Si_____ No_____

27. ¿Mantienes un sistema de interrelación para trabajos comunitarios con la ONG?

Si ____ No ____

CERTIFICADO DE VALIDEZ

YO, Lenny Ruzgino en mi carácter de experto (a) en Enfermería Epidemiológica certifico que he leído y revisado el instrumento de recolección de datos de la investigación que desarrollan las T.S.U Carmary García y Enlly Hernández; titulada **PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN ABORDAJE COMUNITARIO, AMBULATORIO URBANO (I) DISTRITO SANITARIO N° 3 SAN MARTIN CARACAS, SEGUNDO SEMESTRE 2005**; el cual a mi criterio reúne los requisitos para su validación.

En Caracas a los 15 días del mes de Noviembre del 2005.

CERTIFICADO DE VALIDEZ

YO, ANA CECILIA ALCALA O. en mi carácter de experto (a) en ENFERMERIA SALUD PUBLICA IV certifico que he leído y revisado el instrumento de recolección de datos de la investigación que desarrollan las T.S.U Carmary García y Enlly Hernández; titulada **PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN ABORDAJE COMUNITARIO, AMBULATORIO URBANO (I) DISTRITO SANITARIO N° 3 SAN MARTIN CARACAS, SEGUNDO SEMESTRE 2005**; el cual a mi criterio reúne los requisitos para su validación.

En Caracas a los 15 días del mes de NOVIEMBRE del 2005.

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	14,7500	26,5000	,4153	,7737
VAR00002	14,7500	27,6429	,2033	,7847
VAR00003	14,8750	29,8393	-,1832	,8029
VAR00004	14,7500	27,6429	,2033	,7847
VAR00005	14,6250	30,5536	-,3059	,8084
VAR00006	14,8750	28,6964	,0193	,7934
VAR00007	14,8750	29,5536	-,1333	,8006
VAR00008	14,8750	26,6964	,3940	,7750
VAR00009	14,7500	25,0714	,6939	,7585
VAR00010	14,7500	26,5000	,4153	,7737
VAR00011	14,8750	27,2679	,2841	,7805
VAR00012	14,6250	25,6964	,5922	,7646
VAR00013	14,6250	25,6964	,5922	,7646
VAR00014	14,7500	27,9286	,1517	,7873
VAR00015	14,7500	27,9286	,1517	,7873
VAR00016	14,6250	29,6964	-,1583	,8017
VAR00017	14,6250	26,8393	,3663	,7764
VAR00018	14,7500	25,9286	,5249	,7678
VAR00019	14,6250	25,9821	,5347	,7677
VAR00020	14,6250	25,9821	,5347	,7677
VAR00021	14,6250	25,9821	,5347	,7677
VAR00022	14,5000	26,8571	,4168	,7745
VAR00023	14,6250	25,6964	,5922	,7646
VAR00024	14,5000	26,8571	,4168	,7745
VAR00025	14,6250	26,8393	,3663	,7764
VAR00026	14,5000	26,5714	,4789	,7716
VAR00027	14,3750	27,4107	,4148	,7764

Reliability Coefficients

N of Cases = 8,0

N of Items = 27

Alpha = ,7859

