



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

“CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE SALUD COMUNITARIA COMO DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD EN POBLACIONES MEXICANAS: USO Y APLICACIÓN PARA ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de

MAESTRO EN INVESTIGACIÓN MÉDICA

Presenta:

Luis Alberto Daza Servín

Dirigido por:

Dr. Alberto Juárez Lira

Querétaro, Qro. Abril 2026

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

“Construcción y validación de un cuestionario de salud comunitaria como diagnóstico integral de salud en poblaciones mexicanas: uso y aplicación para estudiantes del área de la salud”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
MAESTRO EN INVESTIGACIÓN MÉDICA

Presenta:

LUIS ALBERTO DAZA SERVÍN

Dirigido por:

DR. ALBERTO JUÁREZ LIRA

Presidente: Dr. Alberto Juárez Lira

Secretario: Med. Esp. Susana Gallardo Vidal

Vocal: Med. Esp. Omar Rangel Villicaña

Suplente: Med. Esp. Yanet Torres Díaz

Suplente: Dra. Martha Leticia Martínez Martínez

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (mes y año).
México.

Resumen

Introducción: La salud comunitaria en México requiere instrumentos validados culturalmente que permitan realizar diagnósticos integrales más allá del enfoque clínico tradicional. La falta de herramientas confiables limita la efectividad de las intervenciones en atención primaria.

Objetivo: Construir y validar el Cuestionario de Salud Comunitaria (CUSCO) como diagnóstico integral de salud en poblaciones mexicanas, para su uso por estudiantes del área de la salud.

Material y métodos: Estudio con enfoque mixto. En la fase cualitativa se realizó revisión de literatura y validación de contenido por expertos. En la fase cuantitativa se aplicó una prueba piloto en 102 hogares de la cabecera municipal de Ezequiel Montes, Querétaro, mediante muestreo aleatorio simple. El CUSCO inicial constó de 71 ítems distribuidos en seis dimensiones: características sociodemográficas, autopercepción de salud, prevención, salud física, salud mental y salud social. El análisis estadístico incluyó consistencia interna (alfa de Cronbach), curva ROC y clustering jerárquico. Se obtuvo consentimiento informado y se garantizó confidencialidad.

Resultados: La consistencia interna global fue baja ($\alpha=0.515$). Tras eliminar ítems con baja variabilidad, un subconjunto de 13 ítems clave alcanzó un alfa de Cronbach de 0.704. El análisis ROC identificó ítems con excelente rendimiento, como uso de casco/cinturón ($AUC=0.960$) y estado de salud actual ($AUC=0.800$). Los hallazgos comunitarios más relevantes fueron: 50% de sobrepeso u obesidad, 40% de inactividad física y 75% sin daños por violencia en el último año.

Conclusiones: El CUSCO es una herramienta prometedora para el diagnóstico comunitario, con adecuada fiabilidad en dimensiones específicas como prevención y apoyo social. Se recomienda ajustar ítems ambiguos (especialmente en salud mental), ampliar la muestra y realizar validación cruzada con instrumentos estandarizados.

Summary

Introduction: Community health in Mexico requires culturally validated instruments to perform comprehensive health diagnoses beyond the traditional clinical approach. The lack of reliable tools limits the effectiveness of primary care interventions.

Objective: To construct and validate the Community Health Questionnaire (CUSCO) as a comprehensive health diagnosis tool for Mexican populations, intended for use by health sciences students.

Methods: Mixed-methods study. The qualitative phase included literature review and expert content validation. The quantitative phase involved a pilot test applied to 102 households in the municipal head of Ezequiel Montes, Querétaro, using simple random sampling. The initial CUSCO comprised 71 items across six dimensions: sociodemographic characteristics, health self-perception, prevention, physical health, mental health, and social health. Statistical analysis included internal consistency (Cronbach's alpha), ROC curve, and hierarchical clustering. Informed consent was obtained, and confidentiality was guaranteed.

Results: Overall internal consistency was low ($\alpha=0.515$). After removing low-variability items, a subset of 13 key items achieved a Cronbach's alpha of 0.704. ROC analysis identified excellent-performing items, such as helmet/seatbelt use (AUC=0.960) and current health status (AUC=0.800). Key community findings were: 50% overweight or obesity, 40% physical inactivity, and 75% no violence-related harm in the last year.

Conclusions: CUSCO is a promising tool for community diagnosis, with adequate reliability in specific dimensions such as prevention and social support. It is recommended to refine ambiguous items (especially in mental health), expand the sample size, and perform cross-validation with standardized instruments.

Palabras clave: Cuestionario de salud comunitaria; validación de instrumentos; diagnóstico integral; atención primaria; determinantes sociales de la salud.

Keywords: Community health questionnaire; instrument validation; comprehensive diagnosis; primary care; social determinants of health.

Dedicatorias

A mis hijas y a mi esposa

Porque este logro no es solo mío, es de las tres. A ustedes, que han sido mi faro en las noches de desvelo y mi refugio cuando el cansancio pesaba más que las ganas. Les dedico cada esfuerzo, porque cada hora de estudio que les robé, cada cena a la que falté, cada fin de semana que no estuve del todo presente, lo suplieron con una paciencia infinita y un amor que nunca pidió explicaciones. Gracias por sostenerme sin pedir nada a cambio, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por enseñarme que el verdadero título de honor no se cuelga en una pared, sino que se vive en casa, en los abrazos que me esperaban al regresar.

A mis padres,

Porque todo comenzó en sus manos. Gracias por aquellos días de preescolar en los que me ataron las agujetas sin saber que también ataban los cimientos de un sueño. Por cada cuaderno, cada libro, cada sacrificio silencioso para que nunca me faltara un pupitre donde sentarme. Por inculcarme, con su ejemplo, que rendirse no era una opción, aunque el camino se torciera. Esta maestría es el fruto de esa semilla que sembraron con amor y regaron con constancia, desde el abecedario hasta la tesis final. Sin ustedes, ni este texto ni mi historia existirían.

A Dios,

Por prestarme el aliento necesario para llegar hasta aquí. Por poner en mi camino a esta familia que me ha hecho más fuerte, y por permitirme, entre caídas y contratiempos, vivir la maravillosa aventura de formarme y crecer. Porque cuando pensé que no podía más, siempre hubo una mano tendida, una luz encendida, una razón para seguir escribiendo, aunque el corazón estuviera cansado. Gracias por la vida, y por esta oportunidad de cerrar un ciclo con la certeza de que el esfuerzo, cuando se comparte, sabe a gloria.

Agradecimientos

A mi director de tesis

Porque no cualquiera tiene la paciencia de un sembrador que riega la misma tierra durante años. Gracias por haberme acompañado no solo en esta maestría, sino también en mi tesis de especialidad. Recuerdo aquellas primeras clases tuyas, donde sin saberlo, estaba sembrando en mí la semilla y la pasión por investigar. Gracias por enseñarme que un buen director no solo corrige, forma personas.

A mis docentes de la maestría

Porque cada uno de ustedes puso un ladrillo en este muro que hoy puedo llamar logro. Gracias por sus orientaciones certeras, por esas clases que trascendieron el aula y se convirtieron en herramientas de vida, por exigirme y por celebrar conmigo cada pequeño avance.

A mis sinodales

Por regalarme su tiempo, su mirada crítica y generosa. Gracias por leer con detenimiento cada página, por señalar con respeto mis aciertos y mis debilidades, y por ayudarme a pulir este trabajo hasta hacerlo brillar. Su orientación ha sido el faro que guió los últimos tramos de este viaje.

A mis estudiantes de medicina

Gracias por su apoyo desinteresado en la recolección de datos, por madrugar conmigo, por contar historias comunitarias, por llenar formatos y por no quejarse cuando el cansancio nos vencía. Sin sus manos, sin su entusiasmo, este trabajo no habría sido posible. Esto también es de ustedes.

A la comunidad de Ezequiel Montes

Gracias por abrirme las puertas de sus hogares y de sus respuestas. Cada cuestionario contestado en los pilotajes fue un acto de confianza que honro profundamente. Ustedes no solo participaron en una investigación: me enseñaron que la ciencia también se construye con la voz de la gente.

A los expertos que colaboraron en el análisis y propuesta de los ítems

Porque la rigurosidad de este trabajo lleva su sello. Gracias por compartir su conocimiento, por debatir conmigo cada palabra, por validar con generosidad sus criterios y por ayudarme a construir instrumentos que hoy sostienen mis hallazgos. Sin ustedes, esta tesis no tendría los cimientos sólidos que hoy presume.

Índice

TÍTULO	PÁGINA
Portada	2
Resumen	3
Summary	4
Palabras clave / Keywords	4
Dedicatorias	5
Agradecimientos	6
Índice	7
Índice de cuadros	8
Abreviaturas y siglas	9
I. Introducción	11
II. Antecedentes	16
III. Fundamentación teórica	22
IV. Hipótesis	43
V. Objetivos	43
V.1 Objetivo general	43
V.2 Objetivos específicos	43
VI. Material y métodos	44
VI.1 Tipo de investigación	44
VI.2 Población	44
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	44
VI.3.1 Criterios de selección	45
VI.3.2 Variables estudiadas	45
VI.4 Técnicas e instrumentos	45
VI.5 Procedimientos	46
VI.5.1 Análisis estadístico	47
VI.5.2 Consideraciones éticas	47
VII. Resultados	48

VIII. Discusión	66
IX. Conclusiones	68
X. Anexos	69
X. Bibliografía	118

Índice de cuadros

No. de Cuadro	Título del Cuadro	
Cuadro VII.I	Variables cuantitativas	50
Cuadro VII.II	Variables categóricas	50
Cuadro VII.III	Autopercepción de la salud	52
Cuadro VII.IV	Prevención	53
Cuadro VII.V	Salud física	55
Cuadro VII.VI	Salud mental	56
Cuadro VII.VII	Salud social	58
Cuadro VII.VIII	Cálculo del IMC	60
Cuadro VII.IX	Agrupación de ítems (clustering)	60
Cuadro VII.X	Área bajo la curva (ROC)	63
Cuadro VII.XI	Confiabilidad (36 ítems)	63
Cuadro VII.XII	Confiabilidad (13 ítems)	64

Abreviaturas y siglas

AFTL:	Actividad Física en Tiempo Libre
AGEB:	Área Geoestadística Básica
APOC:	Atención Primaria de Salud Orientada a la Comunidad
APS:	Atención Primaria a la Salud
AUC:	Área Bajo la Curva (del inglés Area Under the Curve)
CFE:	Comisión Federal de Electricidad
CONAGUA:	Comisión Nacional del Agua
CONEVAL:	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
COVID-19:	Enfermedad por Coronavirus 2019
CUSCO:	Cuestionario de Salud Comunitaria
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud
DTaP:	Vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina acelular
ENSANUT:	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IMC:	Índice de Masa Corporal
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
PAPS: Programa de Atención Preventiva a la Salud
PLP: Programación Local Participativa
ROC: Curva Característica Operativa del Receptor (del inglés Receiver Operating Characteristic)
SF-36: Cuestionario de Salud Short Form 36
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SRAS: Síndrome Respiratorio Agudo Severo
SS: Secretaría de Salud (México)
Tdap: Vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina acelular (refuerzo)
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO: Organización Mundial de la Salud (del inglés World Health Organization)

I. Introducción

Las comunidades en México presentan condiciones deficientes de salud física, mental y social que provocan una deficiente calidad de vida, además tienen dificultades para satisfacer sus necesidades básicas de vivienda lo cual genera un problema sanitario (Almenas et al., 2016).

Existen políticas públicas en los diferentes sectores de gobierno que intentan mejorar la situación que se vive, sin embargo, no han tenido éxito ya que no son equitativas. Dichas políticas públicas en la mayoría de las ocasiones no se ajustan a las necesidades de las colectividades, además de no dar continuidad y no incluir la participación de la comunidad (Cofiño Fernández et al., 2005)

Las condiciones precarias en el sistema de salud y los bajos índices educativos que tenemos en el país, nos sitúan en una condición vulnerable para padecer múltiples enfermedades, además de tener una asistencia sanitaria con tendencia al morbicentrismo que deja totalmente de lado las medidas preventivas (Velez, 2003).

Es sustancial dar respuesta a las necesidades de salud de las comunidades y coadyuvar en su capacidad de organización, impulsando a sus habitantes a buscar apoyo en organismos no gubernamentales (ONG) o en instituciones oficiales, cuyos fines son de tipo social y humanista (García Pérez et al., 2015)

Una forma de poder resolver los problemas de salud que se presentan en las comunidades, es la capacitación de sus habitantes empoderándolos y haciéndolos consientes para que identifiquen los determinantes de salud presentes en su medio y puedan trabajar sobre ellos, a esto le llamamos salud comunitaria (Castillo et al., 2000)

La salud comunitaria es un modelo de atención alternativo adaptado a la realidad rural para atender a las necesidades de salud y, frecuentemente es la única opción de atención de salud para esa población (Camarelles Guillem, 2018).

Es trascendental que el personal sanitario en nuestro país enfoque sus esfuerzos en el conocimiento de las comunidades antes de que aparezcan las enfermedades para lograr detectarlas de manera precoz y poder dar un tratamiento oportuno.

Es importante trabajar con las comunidades de nuestro país de manera preventiva, enfocándonos en los determinantes de salud que están inmersos en sus entornos y llevando un seguimiento adecuado para detectar de manera precoz las enfermedades y administrar tratamientos que sean oportunos (Castillo et al., 2000)

En el presente estudio lo que se muestra es la creación y validación de un cuestionario de salud comunitaria para proporcionar las herramientas necesarias para que los estudiantes de la Escuela de Medicina Integral y Salud Comunitaria en el municipio de Ezequiel Montes realicen diagnósticos de salud comunitarios. Dichos diagnósticos serán de utilidad para poder aterrizar estrategias de Atención Primaria a la Salud (APS) específicas para las comunidades.

La Escuela de Medicina Integral y Salud Comunitaria, de las Universidades para el Bienestar Benito Juárez García con sede en Ezequiel Montes cuenta con un total de 387 estudiantes que, dentro de su malla curricular, llevan materias enfocadas al trabajo comunitario como parte de su formación como médicos comunitarios.

Una de las actividades primordiales para estos estudiantes es llevar a cabo un diagnóstico de salud comunitario, pero no se cuenta con ninguna base para su desarrollo por lo cual se plantea la necesidad de la elaboración y validación de un cuestionario que sirva como base en la recolección de datos para la elaboración del mismo.

Es imperativo la formulación de un instrumento que dé certeza en los diagnósticos comunales ya que las intervenciones en APS toman como base los problemas encontrados para a partir de los mismos realizar una priorización e ir dando solución a cada uno de ellos (Almenas et al., 2016)

En palabras de Kurt Lewin, el diagnóstico de salud comunitario debería servirnos para “esclarecer el quehacer profesional en el manejo de los problemas sociales específicos”, esto

nos permitiría la aplicación de estrategias que permitirán sacar adelante los problemas, necesidades y las aspiraciones de la comunidad en el ámbito sanitario.

Cuando hablamos del diagnóstico comunitario, es imprescindible que las comunidades se mantengan con una conciencia plena sobre el rol que les toca desempeñar en las actividades que formaran parte de la transformación de su realidad (Valera-Gran et al., 2022).

Se tiene evidencia científica que menciona que los planes de intervención sanitaria tienen mejores resultados cuando existe la participación de las personas que están involucradas en el problema.

“El diagnóstico comunitario es una actividad del colectivo comunal” Además es importante incorporar al diagnóstico de necesidades, la información acerca de los recursos con que cuenta la comunidad para apoyar la aplicación de soluciones bien sea el recurso humano, financiero, infraestructura, equipamiento etc. (Valera-Gran et al., 2022)

El diseño y validación de un cuestionario permitirá obtener un diagnóstico de salud comunitario a través del procesamiento estadístico de cada una de las dimensiones e ítems aplicados, que evidenciara las carencias, problemas y circunstancias que vulneran la salud individual y colectiva de las comunidades.

En el país no se cuentan con instrumentos apropiados que den certeza a los diagnósticos comunitarios, por lo cual las intervenciones en materia de salud pública que se realizan en las colectividades son generalizadas y no se tienen buenos resultados, este problema es generalizado tanto en estudiantes del área de la salud como en profesionales sanitarios.

Si se elaboran herramientas confiables para la medición del estado de salud de las comunidades, se puede lograr aterrizar de manera adecuada las políticas públicas y programas que favorezcan la salud colectiva y por ende una mejor calidad de vida.

Se ha dejado de lado la APS como eje fundamental del sistema de salud y su base en la Atención Primaria de Salud Orientada a la Comunidad (APOC) y solo nos enfocamos en la

atención clínica individual lo cual no nos ha funcionado a lo largo de los años y hace que el sistema de salud se vea rebasado (Almenas et al., 2016).

Es muy importante cambiar el paradigma en la atención sanitaria que tenemos en México, donde el medico espera sentado en el consultorio la llegada de pacientes. El personal sanitario debe salir a las comunidades y enfocar mayores fuerzas a la atención de individuos sanos, en entornos comunitarios.

A pesar de los esfuerzos gubernamentales y las políticas públicas en el sector salud, las comunidades en México continúan enfrentando serias deficiencias en su salud física, mental y social, lo que repercute negativamente en su calidad de vida (Almenas et al., 2016). La incapacidad de satisfacer necesidades básicas como la vivienda y el acceso adecuado a servicios de salud genera un problema sanitario que impacta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables.

Las políticas públicas, aunque tienen buenas intenciones, muchas veces no logran ofrecer soluciones justas y sostenibles. Esto ocurre porque no se adaptan a las necesidades reales de cada comunidad y carecen de estrategias que aseguren la continuidad y la participación de las personas en su desarrollo. Estos factores reducen la efectividad de las políticas, generando intervenciones que no enfrentan correctamente los factores sociales que influyen en la salud (Cofiño Fernández et al., 2005).

Además, el sistema de salud deficiente y los bajos niveles de educación en el país aumentan la vulnerabilidad de la población frente a las enfermedades.

La atención sanitaria suele enfocarse principalmente en tratar enfermedades, siguiendo un modelo que prioriza la enfermedad en sí y no dedica recursos a las medidas de prevención. Sin embargo, estas medidas preventivas son esenciales para mejorar la salud pública (Vélez, 2003). Es crucial cambiar este enfoque y dirigir la atención hacia un modelo más integral y pre

Para poder responder de forma efectiva a las necesidades de salud de las comunidades, es importante fortalecer la capacidad de organización de estas y empoderar a sus miembros. La colaboración con organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras instituciones con fines

sociales y humanitarios puede brindar el apoyo necesario para implementar cambios importantes (García Pérez et al., 2015). Capacitar y concientizar a los habitantes sobre los factores de salud en su entorno resulta clave para mejorar la salud en la comunidad (Castillo et al., 2000).

Para llevar a cabo estrategias efectivas de Atención Primaria a la Salud (APS), es fundamental contar con herramientas que permitan diagnosticar con precisión la salud de la comunidad. En este sentido, es indispensable crear y validar un cuestionario específico para evaluar la salud comunitaria. Por lo cual la creación y validación de un cuestionario de salud comunitaria que se propone es fundamental.

La salud comunitaria se ha vuelto un enfoque esencial para comprender y mejorar la salud de las poblaciones, especialmente en panoramas como el de México, donde las desigualdades sociales y económicas afectan los factores que influyen en la salud (González, 2020). En este contexto, desarrollar un cuestionario sobre salud comunitaria permitirá hacer un diagnóstico completo, que tomará en cuenta tanto factores físicos como psicosociales, facilitando una evaluación más amplia del bienestar de las personas y comunidades. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), una buena evaluación de la salud comunitaria puede ser clave para diseñar intervenciones efectivas que se adapten a las necesidades específicas.

Aplicar este cuestionario a los estudiantes del área de la salud no solo es importante para su formación académica, sino que también les ayuda a entender mejor la situación sociosanitaria de las comunidades en las que trabajarán en el futuro. La educación en salud debe ir acompañada de herramientas que permitan a los futuros profesionales hacer diagnósticos precisos y basados en evidencia (Muñoz et al., 2019). Esto es especialmente relevante en un país como el nuestro, donde existen grandes diferencias culturales y socioeconómicas entre las regiones, lo que hace necesario contar con instrumentos que sean flexibles y validados (Pérez et al., 2022).

Es importante validar este cuestionario para garantizar su confiabilidad y validez en diversos contextos poblacionales. La literatura indica que la validación de herramientas es un paso esencial para asegurar que las mediciones reflejan de manera precisa la realidad que se busca evaluar (Carreño & Soto, 2020). Esto no solo permitirá recopilar datos más exactos,

sino que también contribuirá a la creación de políticas públicas basadas en información confiable y específica que aborden adecuadamente las necesidades de salud en las familias de nuestro país. La construcción y validación de un cuestionario de salud comunitaria representa una herramienta valiosa tanto para la formación de estudiantes del área de la salud como para la mejora del diagnóstico y la intervención en salud en las comunidades mexicanas.

II. Antecedentes

El envejecimiento de la población con más enfermedades crónicas, la aparición de población inmigrante con determinadas diferencias culturales y los nuevos hábitos de vida poco saludables en poblaciones jóvenes son algunos de los cambios ante los cuales el sistema actual no da abasto (Velez, 2003)

Se comienzan a visualizar cambios en las patologías por las cuales los pacientes llegan a consulta y ahora cada vez más se presentan problemas psicológicos y sociales, ya que por mucho tiempo se han descuidado estos aspectos tan importantes y solamente se visualizaba a la salud de manera física.

Registros epidemiológicos hacen evidente que desde la consulta el impacto en la salud de la gente es poco, si lo relacionamos con las condiciones socioeconómicas y políticas, el medio ambiente, el apoyo social o la planificación urbana. En este contexto, la salud comunitaria se presenta como una posible vía para abordar los problemas de hoy en día de los pacientes que se atienden en los tres niveles (Escartín Lasierra, P. López Ruiz, Vicky. Ruiz-Giménez Aguilar, 2015).

Por salud comunitaria entendemos los proyectos dirigidos a la promoción de salud desde los centros de salud, como parte de proyectos a largo plazo que cuentan con la colaboración de otros servicios, así como de la participación activa de personas del barrio (Miller, 2008).

Desde 1978 en la declaración de Alma Ata, la OMS ha encaminado esfuerzos para que los sistemas de salud tomen una orientación comunitaria enfocada en la APS, además de otras declaraciones y reuniones como la Carta de Ottawa en el año de 1986, la declaración de

Yakarta en el año de 1997 y por ejemplo la declaración de Bangkok en el año del 2005, por mencionar algunas.

En 2004 el Healthy People Curriculum Task Force de Estados Unidos estableció un currículum en prevención clínica y salud poblacional (que incluye un componente importante de salud comunitaria) para todos los profesionales sanitarios del país, desde dentistas hasta fisioterapeutas o médicos (Miller, 2008).

En Inglaterra se han implementado los «Primary CareTrusts», que son atendidos por médicos generales, que asumen la responsabilidad y el riesgo de la salud de las poblaciones, dando atención preventiva y asistencial. Dado que la remuneración se basa en un sistema curativo, este sistema ha facilitado la orientación hacia la prevención y promoción de salud local (Miller, 2008)

En Bélgica existen centros comunitarios que se encuentran en lugares marginales con alta inmigración, en donde dan atención sanitaria, mental y social y donde incentivan la participación de las comunidades. En Francia hay más de 1.400 centros de salud que brindan actividades preventivas y de promoción de salud para las personas que viven en su entorno (Miller, 2008).

En Dinamarca la comunidad es la responsable de los servicios socio sanitarios, incluida la salud pública. Recientemente se han creado «consejos para las personas mayores» compuestos por representantes de la ciudadanía, elegidos cada 4 años (Miller, 2008)

En los Estados Unidos por normativa existen consejos comunitarios, compuestos por representantes de las entidades y servicios del barrio; a menudo, los proveedores realizan actividades fuera del centro, como consultas en la escuela, charlas en el local del anciano, actividades en la calle, y en algunos casos hacen proyectos más elaborados con metodología APOC (atención primaria orientada en la comunidad) (Miller, 2008)

Brasil creó el «sistema único de salud» creando equipos de salud familiar en cada barrio que cuenta con educadores sociales y agentes comunitarios, además de médicos y enfermeras (Miller, 2008).

En Argentina, se ejecuta una técnica llamada Programación Local Participativa (PLP), se ha logrado controlar la desnutrición y disminuir las cifras de mortalidad infantil en su territorio, en 3 años (Miller, 2008).

En Cuba se forma a los médicos para hacer el análisis de la salud de la comunidad, y se incluye esta información en los planes de actuación de su barrio, con amplia participación comunitaria (Miller, 2008)

En África, montaron un programa de APOC que, a lo largo de sus 30 años de desarrollo, consiguió disminuir el bajo peso de niños al nacer, la concentración de plomo en sangre, así como importantes cambios en los hábitos de vida, particularmente los relacionados con enfermedades cardiovasculares (Miller, 2008)

Por otra parte, en nuestro país, en 1984, integra a la Constitución, en el artículo 4º, el derecho a la salud, además de enunciar la participación comunitaria como responsabilidad y deber de las personas e instituciones (Reyes-Morales et al., 2019).

A partir de estas bases el Sector Salud de México y las instituciones formadoras de recursos humanos realizaron diversos esfuerzos por integrar sus planes y programas al marco de las políticas de la participación (Reyes-Morales et al., 2019).

México siempre ha sido ejemplo de participación social solidaria desde los grupos indígenas hasta el esfuerzo popular durante los terremotos de la Ciudad de México. Justamente desde 1985 sus instituciones de salud iniciaron programas para integrar a personas, grupos o comunidades al cuidado activo de su salud (Reyes-Morales et al., 2019).

El IMSS, que atiende al 60% de los 80 millones de mexicanos, inició la estrategia de fomento a la salud dirigida a atacar las causas de la enfermedad mediante la participación activa de la comunidad, estuviera o no afiliada a la institución (IMSS, 2013).

Los objetivos del Instituto Mexicano del Seguro Social han sido crear una cultura de salud que favorezca la participación comunitaria mediante líneas encaminadas a mejorar el medio ambiente, la alimentación, la higiene, el ejercicio físico, la salud mental, el uso del tiempo libre, la seguridad en el hogar, vía pública, escolar y laboral (IMSS, 2013).

La estrategia de fomento a la salud se estructura desde el nivel local, en cada unidad integrada, con una capacitación enfocada a la atención de la salud y a la participación comunitaria, bajo la dirección de un comité local (constituido por el cuerpo directivo de la unidad médica en concertación con representantes comunitarios y de otras instituciones del sector salud, así como de otros sectores como educación, alimentación, etcétera); posteriormente el equipo de la unidad realiza junto con las organizaciones comunitarias un

diagnóstico de las necesidades de salud vistas por la comunidad y por las instituciones, para llegar a un acuerdo en cuál(es) trabajar (IMSS, 2013).

Para tener un mayor efecto multiplicador y educador se invita a reforzar o constituir el Comité Comunitario de Salud (integrado por representantes comunitarios) y se promueve la formación de promotores, así como la organización de grupos de autoayuda, los cuales, junto con el equipo de la unidad, realizan actividades de promoción y prevención para concientizar sobre la importancia de las causas (Correal-Muñoz & Arango-Restrepo, 2014).

En las últimas décadas, la salud comunitaria ha tomado gran relevancia en términos de salud, sin embargo, el término de “salud comunitaria” sigue siendo muy impreciso debido a que involucra una vasta diversidad de prácticas y depende en gran medida de la multidisciplinariedad (Sobrino Armas et al., 2018).

Esta imprecisión conceptual respecto a qué es, el tipo de acciones que se implementan, así como los enfoques a adoptar, entre otros aspectos, pueden convertirse en una barrera que dificulte el trabajo intersectorial e interdisciplinar requerido para la incorporación y homogenización de la práctica en el sector sanitario, limitando en muchas ocasiones el logro de objetivos de la salud comunitaria (Cofiño Fernández et al., 2005)

Una delimitación respecto a esta disciplina permitirá la integración de diversos enfoques teóricos con la finalidad de construir un glosario en común con respecto al actuar comunitario (Sobrino Armas et al., 2018).

De acuerdo con Gofin y Gofin, se puede definir la salud comunitaria como la salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socioeconómico-cultural y físico (Foz Gil, 2013).

Asimismo, el Glosario de Promoción de la OMS también define la acción comunitaria para la salud como «el conjunto de esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, para mejorar la salud».

Por otra parte Restrepo-Vélez comenta que la salud comunitaria incluye un pensamiento social de la salud, que tiene en cuenta la esfera social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad en los niveles micro social y macro social; por lo que debe integrar la participación de las comunidades, instituciones y restante sectores en la toma de decisiones (Velez, 2003).

- Enfoque a la comunidad: Dentro del marco de salud comunitaria se debe enfatizar que los proyectos destinados a cualquier comunidad deben ser para los mismos habitantes además de asignarles un grado de participación dentro del mismo (Sobrino Armas et al., 2018).

- Participación comunitaria: En similitud con el primer pilar de la salud comunitaria, la participación de los habitantes de la comunidad debe ser diseñada, planificada y dosificada de tal modo que los mismos ciudadanos sean quienes efectúen cada una de las actividades de salud (Sobrino Armas et al., 2018).

- Modelos integrados para la atención: Las acciones de participación comunitaria deben estar integradas con las redes de atención institucionales para poder identificar y ejecutar actividades que permitan la prevención, promoción y atención de las necesidades comunitarias en materia de salud de manera equitativa, eficiente y de calidad (Aitziber Benito, Beatriz Nuin, 2016).

- Trabajo basado en equipos multidisciplinarios: Cada proyecto a implementar debe ser un esfuerzo de diversos agentes profesionales involucrados; en la que se compartan responsabilidades y se distribuya de manera adecuada la carga de actividades “como un todo articulado” para que se garantice la prestación de servicios de salud de manera organizada (Almenas et al., 2016).

Dentro del enfoque de determinantes de la salud podemos visualizar en el modelo planteado por Dahlgren & Whitehead en 1991, y que ha tenido una gran influencia, desde su creación, en la formulación de políticas públicas en el ramo de la salud en diversos gobiernos (Almenas et al., 2016).

- Enfoque de competencias: De acuerdo con Guilbert, Grau & Prendes, este modelo sugiere la adopción de estrategias basadas en la transmisión de información; el objetivo es socializar el conocimiento científico y promover el desarrollo de habilidades que le permitan a las personas vigilar y cuidar de su propia salud (Camarelles Guillem, 2018).

Además, en este enfoque la educación para la salud es algo fundamental para la transmisión de conocimientos teórico-prácticos orientados a modificar actitudes y hábitos de riesgo para la salud (Carranza, 2015).

- Enfoque Conductual/Estilo de Vida: De acuerdo con Flórez-Alarcón, el estilo de vida hace referencia a los hábitos (o patrones comportamentales) que son capaces de fungir como

factores de riesgo para la enfermedad o de protección para la salud. En otras palabras, es la manera general en cómo es que las personas viven (en términos de salud) y esta depende a su vez de factores socioculturales e individuales (rasgos de personalidad, por ejemplo); por lo que al mismo tiempo es uno de los cuatro factores relacionados con los determinantes de la salud (Greiger, 2013).

Los principales instrumentos en el nivel de prevención

Instrumentos en el nivel de prevención de la enfermedad La prevención en salud se considera “como aquellas actividades que permiten a las personas poseer estilos de vida saludables y faculta a las comunidades para elaborar y afianzar ambientes en los que se promueva la sanidad y se disminuyan los riesgos de padecer alguna enfermedad”. Por ende, la prevención implicará incrementar las acciones anticipadoras y debe centrarse en el desarrollo de medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad realizando de manera anticipada acciones frente a situaciones indeseables buscando promover el bienestar y reducir los riesgos de la enfermedad (Valle, 2012).

- **Talleres:** Se utilizan para desarrollar habilidades para la vida, que les permitan a los participantes en personas activas para tomar decisiones y motivarlos para alcanzar los objetivos, en salud, planteados (Perez, 2019).

- **Pláticas informativas:** Las denominadas pláticas comunitarias forman parte también del conglomerado de instrumentos que se caracterizan por la comunicación cara a cara y marketing directo (Barwick, 2011).

- **Campañas de vacunación:** Las campañas de vacunación masiva son un ejemplo de acción que permitirá proteger a una población en riesgo, respecto a una enfermedad determinada; de hecho, existen planteamientos y propuestas metodológicas fundamentadas en estrategias epidemiológicas orientadas a evaluar la eficacia vacunal (Valle, 2012).

Incluso en algunos casos, como en el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), permiten mitigar la proliferación de la enfermedad (Huerta, 2017).

- **Autoexamen/Autoexploración:** Se trata de una práctica que permite incrementar la probabilidad de detección de una enfermedad y que suele ser crucial para intervenir de manera oportuna e incluso puede incrementar la probabilidad de supervivencia, como es en

el caso de la autoexploración para detectar cambios en el tejido epitelial y que pueden estar asociados a la presencia de cáncer; como es en el caso de cáncer de mama, en donde se fomenta que la mujer (principalmente), observe y palpe sus senos para identificar anomalías (Miller, 2014).

- Cribado: Es una actividad de prevención secundaria que consiste en la puesta en marcha de pruebas diagnósticas en una persona o población, partiendo de la idea que son clínicamente sanas y con lo cual se podrán identificar aquellas con una probabilidad de contar con una patología; debe ser un método rápido, simple y seguro (Lopez, 2014).

III. Fundamentación teórica

Instrumentos en el nivel de promoción de la salud

Retomando lo expuesto en la carta de Ottawa, el fomento de la salud consiste en poner al alcance de los pueblos los medios necesarios para incrementar su salud y desempeñar un mayor control referente a la misma; para obtener un estado apropiado de bienestar físico, mental y social un individuo o comunidad debe ser capacitado para poder reconocer y consumir sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (Asistencia, 1984-1988).

Por lo tanto, la salud se percibe no como el objetivo, sino como el origen de riqueza de la existencia cotidiana; y para trabajar en este nivel, los instrumentos utilizados son:

- Educación para la salud: La Educación para la salud como principal disciplina encargada de la transmisión de conocimientos teórico-prácticos orientados a modificar actitudes y hábitos de riesgo para la salud (Sanabria, 2017).

- Perifoneo: Se trata de otro medio de comunicación cuyo propósito también es informar con una mayor cobertura que los medios escritos, la idea es despertar el interés de los oyentes, además es especialmente efectiva para alcanzar a la población en situación de analfabetismo (Carranza, 2015).

- Carteles: Forma parte del conglomerado de instrumentos asociados con campañas visuales capaces de impactar de manera positiva en la población (cuando su diseño es el ideal

y que promueve su lectura), creando conciencia sobre la importancia de los cuidados para conservar la salud (Casado, 2014).

- Comunicación con la población: La comunicación social se refiere al intercambio de información asociado con ideas, hechos, opiniones y emociones entre los involucrados y agentes relevantes para comprender y tomar decisiones que permitan intervenir en variables del proceso de salud-enfermedad de una comunidad en específico (Can, 2012).

Atención primaria y salud comunitaria

La Atención Primaria de Salud es considerada como la base de cualquier sistema de salud, está conformada por todos aquellos mecanismos (sanitarios, sociales, políticos, financieros, culturales, etc.) potencialmente efectivos para que la población de una comunidad en específico pueda acceder a los servicios asistenciales básicos bajo supuestos de participación y asequibilidad tanto para la comunidad como para el país. (Can, 2012).

En este sentido, es indispensable que las estrategias estén basadas en evidencia científica y que al mismo tiempo sea posible su adaptación a los diversos contextos sociales, culturales y económicos para que puedan ser aceptadas por las comunidades y promover la participación de diversos agentes relevantes en el cambio. Consecuentemente, no solamente implica un cambio en las condiciones de salud, sino que también puede ser relevante su contribución al desarrollo social y económico-global de las naciones. (Velez, 2016)

Por otro lado, es importante mencionar el papel de la salud pública para poder incorporar responsabilidades, habilidades y competencias tanto institucionales como las relativas a la colectividad organizada, que posibiliten implementar actividades y ofertar servicios en una modalidad de catálogo conjunto y abierto, capaz de satisfacer las necesidades de una población, aun cuando dicha necesidad no esté presente en un momento determinado. (Sanabria, 2017).

Aspectos clave para la integración

Deben considerarse diversos aspectos para lograr la integración de la atención primaria y la salud pública con la finalidad de poder avanzar en el fortalecimiento de la acción comunitaria:

a) Coordinación: Es vital para el sistema sanitario de un país dar solución a los problemas de coordinación entre niveles asistenciales.

La labor comunitaria es complicada e ineficiente si no hay una buena organización entre todos los servicios que se ofertan por parte de diferentes instituciones a una comunidad específica (Perez, 2019).

b) Sinergias en el nivel comunitario: Algunas cuestiones fundamentales hacen hincapié en los roles, los liderazgos y las relaciones; en este sentido, hay decisiones que se toman en el nivel político, otras en el nivel sanitario y otras a nivel comunitario. Sin embargo, tienen que alinearse hacia el mismo objetivo y construir las alianzas necesarias para el alcance de las metas en salud. (Caballero, 2018)

c) La mejora del nivel de salud de la comunidad requiere también actores no sanitarios: Hay otros agentes primordiales que deberán adicionar su colaboración y compromiso en la salud comunitaria, tales como: instituciones educativas, centros de investigación, consorcios empresariales, organizacionales no gubernamentales, líderes locales, entre otros. (Can, 2012)

d) Colaboración comunitaria: Es necesaria ya que la reforma de los determinantes de la salud no es prescriptiva, es decir, no sucede a causa de que el profesional sanitario indique, puesto que involucra variables que se encuentran fuera de su alcance. Por lo tanto, se debe promover la implicación de los agentes comunitarios (servicios, entidades, vecinos y vecinas, etc.) en su propio proceso de salud (detección de necesidades, priorización, determinación de acciones) a partir de acciones impulsadas desde el frente de las políticas públicas con el respaldo de los servicios de atención primaria. (Greiger, 2013)

e) Inventario de servicios: Una cartera o inventario de servicios, de manera general, se compone de técnicas, tecnologías o procedimientos entendidos como cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en la experimentación y conocimiento científico mediante las cuales se hace efectiva la prestación de servicios de salud.

Una vez entendido todo esto, es preciso mencionar que en la actualidad la acción comunitaria no tiene las facilidades para intervenir y mejorar el servicio de salud que se oferta dentro de sus localidades, debido a que el catálogo de servicios clásico no contempla todas las necesidades sanitarias de la población a raíz de la falta de programas especializados en la salud comunitaria. Es por esto que si no se contempla la acción comunitaria para la mejora

del catálogo de servicios de manera precisa (es decir, cubrir todas las demandas de atención primaria, políticas de salud pública, servicios sociales u otros dentro de la comunidad), seguirá observándose la ineficiencia de los programas sanitarios para satisfacer las necesidades colectivas en materia de salud. (Lopez, 2014).

Estos aspectos expuestos con anterioridad permiten identificar una relación entre atención primaria y salud comunitaria que dará pauta a la generación de programas que deberían tener como objetivo la satisfacción de necesidades en materia de salud comunitaria.

Siguiendo las directrices de la Declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa, en donde se especifica reiteradamente que debe ser un esfuerzo en conjunto de todas las instituciones nacionales e internacionales la elaboración de políticas públicas dirigidas a la atención de todos los sectores sociales en materia de salud. (Asistencia, 1984-1988)

Conceptualización de la Salud Comunitaria

La salud comunitaria es un enfoque integral que busca mejorar el bienestar de las poblaciones a través de la identificación y el abordaje de factores que afectan la salud en un contexto social, económico y ambiental específico. Este concepto va más allá de simplemente tratar enfermedades, ya que se enfoca en promover la salud y prevenir enfermedades, reconociendo que estos procesos están determinados por las condiciones en que la gente nace, crece, se reproduce y el entorno que les rodea (Marmot & Wilkinson, 2006).

La salud comunitaria se entiende como el bienestar físico, mental y social de las personas que habitan en una comunidad, y no solo como la ausencia de enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud (1946), la salud es un estado completo de bienestar que abarca no solo lo físico, sino también lo social y lo mental. Esta visión integral destaca la importancia de abordar la salud desde diferentes perspectivas e involucrar a la comunidad en la identificación de sus necesidades en materia de salud.

Uno de los enfoques más importantes dentro de la salud comunitaria es la promoción de la salud, que se define como el proceso de empoderar a las personas para que tomen control de su salud y la mejoren. Este enfoque pone énfasis en la educación y la participación comunitaria como elementos clave para lograr cambios positivos en los hábitos de salud (McGinnis & Foege, 1993). Además, se considera esencial que los miembros de la

comunidad participen activamente en la identificación de problemas y en la búsqueda de soluciones, fomentando así un sentido de propiedad y empoderamiento a cerca de su propia salud.

Determinantes Sociales de la Salud

La salud comunitaria está fuertemente influenciada por los determinantes sociales de la salud, que incluyen aspectos como el nivel socioeconómico, la educación, el entorno físico, el acceso a servicios de salud y las redes sociales. (Marmot, 2005) sostiene que las desigualdades en salud surgen debido a condiciones sociales injustas que afectan especialmente a las poblaciones más vulnerables. Por ejemplo, las personas que viven en situación de pobreza por lo regular tienen peores indicadores de salud y un acceso precario a servicios médicos de calidad (Villarreal et al., 2020).

El concepto de determinantes sociales de la salud resalta la importancia de adoptar un enfoque integral para ejercer la salud comunitaria. No es suficiente con tratar las enfermedades; es fundamental trabajar en las condiciones que las provocan. Esto implica mejorar las condiciones de vida y de trabajo, además de impulsar políticas públicas que promuevan la equidad en salud (Solar & Irwin, 2010).

Intervenciones en Salud Comunitaria

Las intervenciones en salud comunitaria deben adaptarse a las características únicas de cada comunidad. Esto incluye tener en cuenta aspectos culturales, socioeconómicos y ambientales que pueden afectar tanto la salud como el acceso a los servicios con los que cuentan en sus viviendas y entornos. Las intervenciones pueden ir desde campañas de sensibilización y educación sobre hábitos saludables, hasta programas de salud más completos que necesiten la colaboración de distintos sectores que conforman las comunidades (OMS, 2019).

Un ejemplo de intervención exitosa es el uso de modelos participativos que incluyen a la comunidad en el diseño e implementación de programas de salud. Este enfoque no solo mejora la efectividad de las intervenciones, sino que también fomenta la cohesión social y empodera a las personas para que tomen un rol participativo en su propia salud (Keller et al.,

2016). La participación de la comunidad es clave para garantizar que las intervenciones sean relevantes y aceptadas por la población a la que van dirigidas.

Evaluación de la Salud Comunitaria

La evaluación de la salud comunitaria es un elemento clave para medir la efectividad de las intervenciones y para identificar zonas que necesitan más atención. Es fundamental usar indicadores de salud que incluyan tanto los resultados de salud como los determinantes sociales, ya que esto permite obtener una visión más integral de la salud de la comunidad (Laverack & Wallerstein, 2001). Los métodos de evaluación pueden incluir encuestas, grupos focales, además de tabulación de variables epidemiológicas, lo que proporciona una base sólida y basada en evidencia para la toma de decisiones efectiva.

Una evaluación efectiva no solo mide los resultados, sino que también debe tomar en cuenta cómo percibe la comunidad su propia salud y qué factores la determinan. Esto contribuye a visualizar tanto las necesidades de salud como los recursos con que se dispone y las fortalezas comunitarias, lo cual es clave para desarrollar intervenciones que sean de éxito (Wiggins et al., 2015).

Retos y Oportunidades en Salud Comunitaria

Aunque existe progresión en la promoción de la salud comunitaria, aún existen muchos desafíos por resolver. Entre los cuales encontramos las barreras económicas, la ausencia de recursos y la resistencia cultural a algunos programas de salud, estos factores pueden dificultar la implementación de intervenciones prosperas. Además, la globalización y los rápidos cambios en las condiciones sociales y económicas pueden tener un impacto negativo en la salud de la salud comunitaria, elevando la fragilidad de algunos colectivos (Rogers et al., 2018).

Sin embargo, también hay grandes oportunidades para avanzar en el ámbito de la salud comunitaria. El creciente enfoque en la equidad en salud y en los determinantes sociales está impulsando un interés renovado en las políticas que apoyan la salud comunitaria. Las mancuernas entre diferentes sectores, como el gobierno, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad, pueden ser clave para desarrollar soluciones transformadoras y llevaderas (Alderwick & Gottlieb, 2019).

Importancia del Diagnóstico Integral en Salud

El diagnóstico integral en salud se refiere a un enfoque que toma en cuenta diversas facetas del bienestar, entendiendo que la salud de una persona o comunidad no puede evaluarse solo por la presencia o no de enfermedades. Este enfoque es esencial para comprender y abordar los factores que afectan la salud de una población de manera completa, integrando las cuestiones físicas, mentales, sociales y el medio ambiente (WHO, 2018).

Definición y Concepto de Diagnóstico Integral

El diagnóstico integral se puede entender como un proceso de evaluación que combina información tanto cuantitativa como cualitativa sobre distintos aspectos de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (1946), la salud es un estado completo de bienestar, no solo la ausencia de enfermedad. Esta definición amplia implica que el diagnóstico debe considerar no solo los datos clínicos, sino también los factores sociales y psicológicos que afectan la salud de las personas.

Un diagnóstico integral tiene como objetivo observar las necesidades y prioridades de salud de la comunidad, teniendo en cuenta la variabilidad cultural y las condiciones socioeconómicas de sus miembros. Esto no solo ayuda a entender mejor la salud de la población, sino que también facilita la identificación de intervenciones más efectivas y adaptadas a las reales (Holt-Lunstad et al., 2010).

Dimensiones del Diagnóstico Integral

El diagnóstico integral se enfoca en evaluar diferentes aspectos de la salud, entre los cuales se encuentran:

Salud física: Se refiere al estado biológico de la persona, incluyendo la existencia de enfermedades, discapacidades y otros problemas de salud. Esto se examina mediante exámenes médicos, pruebas de laboratorio y la revisión de antecedentes médicos (Kaplan & Bennett, 2003).

Salud mental: Considera el bienestar emocional y psicológico de las personas, incluyendo trastornos mentales, estrés y calidad de vida. La evaluación de la salud mental es esencial, ya que los problemas psicológicos pueden tener un gran impacto en la salud física y social (Keyes, 2002).

Salud social: Hace referencia a las relaciones y redes de apoyo que las personas tienen dentro de sus comunidades. Las interacciones sociales pueden influir en el bienestar general y en la capacidad para enfrentar desafíos de salud (Berkman et al., 2000).

Determinantes sociales de la salud: Incluye factores como el nivel socioeconómico, educación, acceso a servicios de salud y forma en que viven las personas. Evaluar estos determinantes es fundamental para entender las desigualdades en salud y para planear intervenciones que den contra las causas de raíz de los problemas de salud (Marmot, 2005).

Herramientas para el Diagnóstico Integral

Para realizar un diagnóstico de salud que sea integral en materia de salud integra, se emplean diversas herramientas e instrumentos de medición, tales como:

Cuestionarios y encuestas: Son esenciales para recolectar información sobre distintos aspectos de la salud y los determinantes sociales que afectan las poblaciones. La validación de los cuestionarios es importante para asegurar su fiabilidad y validez en diferentes poblaciones de estudio (Polit & Beck, 2017).

Entrevistas y grupos focales: Estas técnicas cualitativas nos permiten una comprensión más profunda y específica de las experiencias que tienen los miembros de la comunidad sobre su salud. Teniendo un acercamiento directo, podemos identificar las necesidades que no podemos percibir a simple vista o en intervenciones cuantitativas (Creswell & Poth, 2017).

Análisis de datos epidemiológicos: Los registros sobre tasas de enfermedad, mortalidad y otros indicadores de salud son necesarios para entender el contexto de la salud de una población. Estos datos pueden ayudarnos a identificar patrones y tendencias que pueden ser de relevancia para el diagnóstico (Berkman et al., 2015).

Beneficios del Diagnóstico Integral

Un diagnóstico integral en salud tiene muchos beneficios importantes, incluyendo, por ejemplo:

Identificación de necesidades: Ayuda a descubrir las principales necesidades de salud de la comunidad, lo que facilita la planificación y creación de intervenciones específicas y efectivas (Kendall et al., 2019).

Mejor comprensión de la salud: Al considerar diferentes aspectos de la salud, se obtiene una visión más completa de los factores que afectan el bienestar de la comunidad, lo que nos puede facilitar mejorar de las condiciones de salud en la población y a promover un bienestar integral (Fried et al., 2004).

Empoderamiento comunitario: Invitar a la comunidad a participar en el proceso de diagnóstico puede fortalecer la capacidad de las personas para participar en la toma de decisiones sobre su salud, generando en ellas un sentido de propiedad y responsabilidad en la mejora de su propia salud (Roussos & Fawcett, 2000).

Diseño de políticas públicas: Un diagnóstico integral nos da la evidencia que se necesita para plantear políticas públicas que mitiguen los determinantes sociales de la salud y promuevan la salud de manera equitativa entre los miembros de la comunidad (Alderwick & Gottlieb, 2019).

Retos en el Diagnóstico Integral

El diagnóstico integral en salud, aunque tiene muchos beneficios, enfrenta ciertos desafíos:

Recopilación de datos: Obtener datos que sean fidedignos y de relevancia puede representar un grado de complejidad considerable, y esto se ve más marcado cuando en las comunidades se tienen pocos recursos o bien donde no hay suficiente confianza en las instituciones de salud (Berkman et al., 2015).

Interdisciplinariedad: Un enfoque integral necesita que exista colaboración entre varias disciplinas y sectores productivos, lo que puede generar que la coordinación y el desarrollo de estrategias de cohesión sea más complejo (Holt-Lunstad et al., 2010).

Resistencia al cambio: Las comunidades pueden ser reacias a aceptar intervenciones que modifiquen sus prácticas tradicionales o que piensen que son impuestas desde fuera. Es importante que involucremos a la comunidad en la planificación e implementación de diagnósticos y por supuesto, también en la ejecución de soluciones de acuerdo a las necesidades detectadas (Roussos & Fawcett, 2000).

Instrumentos de Medición en Salud Comunitaria

Los instrumentos de medición son necesarios en la salud comunitaria porque permiten recoger los datos necesarios para hacer diagnósticos precisos y desarrollar intervenciones efectivas. Estos instrumentos ayudan a evaluar tanto la salud física y mental de las poblaciones, como los factores sociales que influyen en su bienestar. A continuación, se describen varios tipos de instrumentos, su validación y su uso en la práctica.

Tipos de Instrumentos de Medición

Podemos encontrar diversos instrumentos de medición para aplicar en entornos comunitarios, entre los cuales destacan los siguientes:

Cuestionarios y Encuestas: Se utilizan para recopilar datos cuantitativos sobre diferentes aspectos de la salud. Pueden incluir preguntas sobre síntomas, comportamientos de salud, acceso a servicios, y factores sociales y ambientales que afectan la salud. Por ejemplo, el cuestionario SF-36 mide la calidad de vida relacionada con la salud (Ware & Sherbourne, 1992).

Escalas de Evaluación: Estas escalas miden conceptos específicos como el nivel de ansiedad o depresión. Por ejemplo, la Escala de Depresión de Hamilton, que evalúa la severidad de la depresión en individuos (Hamilton, 1960). Estas escalas proporcionan datos cuantitativos que pueden ser analizados para identificar tendencias en la salud mental de la población.

Entrevistas Estructuradas y Semiestructuradas: Son técnicas cualitativas que permiten obtener información más detallada y contextualizada sobre las experiencias de salud de las personas. A través de preguntas abiertas, se pueden explorar en profundidad las percepciones, creencias y comportamientos de la comunidad respecto a su salud (Creswell & Poth, 2017).

Análisis de Datos Secundarios: El uso de bases de datos existentes como registros de salud y estadísticas vitales. Nos deja realizar un análisis epidemiológico y poblacional para informar sobre las tendencias de salud en comunidades específicas (Berkman et al., 2015).

Validación de Instrumentos de Medición

Asegurarnos de que las herramientas que utilizamos para medir la salud son precisas y confiables es fundamental. Por lo cual, un cuestionario debe demostrar tanto validez como fiabilidad:

Validez: Es a la capacidad que tiene el cuestionario de medir lo que en realidad se necesita medir. Hay varios tipos de validez, incluyendo la validez de contenido, de constructo y de criterio (Polit & Beck, 2017). Por ejemplo, un cuestionario sobre salud mental debe evaluar correctamente los aspectos de la salud mental que se quieren medir.

Fiabilidad: Indica la consistencia de las mediciones del cuestionario. Un instrumento fiable producirá resultados similares en condiciones que sean iguales (Cortina, 1993). La fiabilidad se puede evaluar mediante el análisis de la consistencia interna y la estabilidad temporal.

Importancia del Contexto: La validación de cuestionario debe hacerse en espacios específicos, teniendo en cuenta las diferencias culturales y sociales de la sociedad en donde se aplica. Un cuestionario validado en una población no necesariamente será válido en otra que tiene un contexto distinto, por lo cual es importante realizar estudios de validación en espacios específicos (González & Jiménez, 2019).

Aplicación de Instrumentos de Medición

Los instrumentos de medición en salud comunitaria se pueden usar de varias maneras:

Investigación: Se emplean en estudios de investigación para evaluar la efectividad de intervenciones de salud y recopilar datos sobre las condiciones de salud de una población. Incluyendo por ejemplo ensayos clínicos o estudios de una o varias mediciones (Wiggins et al., 2015).

Evaluación de Necesidades: Nos ayudan a realizar evaluaciones de las necesidades de salud en las colectividades, identificando prioridades y brechas en el acceso a servicios de salud (Kendall et al., 2019).

Monitoreo y Evaluación de Programas: Durante la implementación de programas de salud, estos instrumentos permiten monitorear el progreso y la efectividad de las intervenciones. Es importante ya que de ser necesario podemos realizar ajustes durante la

aplicación del programa, para mejorar la efectividad a lo largo de la implementación del mismo (Alderwick & Gottlieb, 2019).

Retos en la Medición de la Salud Comunitaria

Aunque los instrumentos de medición son muy importantes, hay varios desafíos que pueden afectar su uso en la salud comunitaria:

Accesibilidad y Recursos: La falta de recursos para capacitar al personal y usar las herramientas de medición puede limitar su efectividad, especialmente en comunidades rurales o marginadas (Berkman et al., 2015).

Desconfianza de la Comunidad: La desconfianza hacia los investigadores o personal sanitario, influye y puede dificultar la recolección de datos certeros, porque los miembros de la comunidad pueden ser renuentes a compartir información personal por temor o inseguridad (Roussos & Fawcett, 2000).

Diversidad Cultural: Las diferencias culturales y lingüísticas existentes en algunas comunidades podrían ser desafiantes en cuanto al uso de cuestionarios estandarizados, por lo cual es importante que podamos adaptar el cuestionario a cada comunidad para que puedan ser estos más comprensibles y específicos para cada población (González & Jiménez, 2019).

Futuro de la Medición en Salud Comunitaria

A medida que la tecnología avanza, se abren nuevas posibilidades para mejorar cómo medimos la salud en las colectividades humanas y surgen por ejemplo más aplicaciones móviles y tecnologías de datos en tiempo real, lo cual posibilita tener datos muy precisos de manera accesible. Por otra parte, el análisis de grandes volúmenes de datos (big data) puede proporcionar una comprensión más amplia de las tendencias de salud y las características sociales que afectan la salud de las comunidades (Hsu et al., 2019).

Es de suma importancia continuar desarrollando y validando herramientas de medición como los cuestionarios, que sean culturalmente específicos y adaptados a las características de la comunidad. Esto asegura que los datos obtenidos sean objetivos y por lo tanto poderlos utilizar en mejorar la salud individual y colectiva.

Contexto de la Salud Comunitaria en México

La salud comunitaria en nuestro país se enfrenta a retos y oportunidades únicos debido a la interacción de diferentes culturas a lo largo de la república mexicana, desigualdades sociales que acompañan a diversos grupos sociales vulnerables y las características propias del sistema de salud. A continuación, se analiza el contexto actual de la salud comunitaria en México, tomando en cuenta sus factores principales, la estructura sanitaria y las estrategias que se han ejecutado con la intención de mejorar la salud poblacional.

Diversidad Cultural: México es un país con una amplia diversidad cultural, lo que implica la necesidad de adaptar las intervenciones de salud a las prácticas y creencias de diferentes comunidades.

Desigualdades Sociales: Las desigualdades sociales afectan significativamente la salud de las comunidades. Factores como el nivel socioeconómico, la educación y el acceso a servicios de salud, son importantes en el bienestar de la población.

Sistema Sanitario: El sistema de salud mexicano tiene desafíos importantes en cuanto a coberturas, calidad de atención y prevención de enfermedades, por mencionar algunos.

Estrategias de Mejora: Se han implementado varios programas para intentar mejorar la salud en las comunidades, como programas de prevención y promoción de la salud enfocados a problemas generalizados en el país, capacitación de personal sanitario y mejoras en la infraestructura sanitaria.

Determinantes de la Salud en México

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son condiciones que afectan la salud de los individuos en las comunidades y pueden clasificarse en diferentes categorías como las siguientes:

Factores Socioeconómicos: Uno de los factores más importantes en nuestro país es la pobreza y la desigualdad económica. Aproximadamente el 41.9% de la población vive en condiciones de pobreza, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2020). Esta situación dificulta el acceso a servicios de salud,

educación y nutrición, afectando negativamente la salud de los individuos en las colectividades.

Acceso a Servicios de Salud: La cobertura y calidad de los servicios de salud en México varían significativamente entre regiones y grupos socioeconómicos. Aunque existen programas de salud pública, muchas comunidades rurales y marginadas continúan teniendo un acceso limitado a servicios de salud adecuados (Moss et al., 2019). Esto se traduce en tasas más altas de enfermedades prevenibles y complicaciones de salud.

Factores Culturales: La diversidad cultural de México, que incluye múltiples grupos étnicos y lenguas, influye en las percepciones y prácticas de salud. Las creencias tradicionales y las prácticas de medicina alternativa pueden coexistir con la atención médica convencional, lo que puede complicar la implementación de intervenciones de salud pública (Cohen et al., 2018).

Entorno Físico: Las condiciones de vivienda, la calidad del agua y la contaminación ambiental son factores que afectan la salud de las comunidades. La urbanización rápida y el crecimiento de asentamientos informales han llevado a un aumento en la exposición a riesgos ambientales, que impactan la salud pública (Martínez et al., 2020).

Estructura del Sistema de Salud en México

El sistema de salud mexicano está compuesto por múltiples instituciones que operan a diferentes niveles, lo que refleja una mezcla de servicios públicos y privados:

Sistema de Salud Pública: Se compone de diversas instituciones como la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que dan atención a una gran proporción de la población mexicana. Las instituciones ya citadas se dedican a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como también a la atención de patologías (Rojas et al., 2019).

Sistema de Salud Privado: Este sector oferta servicios de salud a quienes pueden pagar. Pero, este acceso desigual puede crear disparidades importantes en la salud de la población en general (Zepeda et al., 2020).

Programas de Salud Comunitaria: Hay algunos programas como el de Atención Preventiva a la Salud (PAPS) y el Programa IMSS Bienestar, que buscan mejorar la salud y

el bienestar en comunidades vulnerables. Pero frecuentemente la efectividad de estos programas se ve mermada por problemas de coordinación sectorial y recursos humanos, así como financieros. (CONEVAL, 2020).

Estrategias para Mejorar la Salud Comunitaria en México

Para combatir los diferentes retos en el país, se ha generado programas que pretenden mejorar la salud comunitaria:

Enfoque de Atención Primaria: La atención primaria es importante para fortalecer los sistemas de salud y mejorar la accesibilidad a servicios básicos de asistencia a la salud. Por ejemplo, la estrategia de "Salud para Todos" conjunta servicios preventivos y curativos (González et al., 2018).

Participación Comunitaria: Involucrar a la comunidad en la identificación de necesidades y diseño de intervenciones es muy importante. La invitación para que los integrantes de la comunidad participen de las estrategias de salud puede empoderar a las personas y mejorar la eficacia de los programas de salud (Roussos & Fawcett, 2000).

Educación y Promoción de la Salud: Las estrategias de promoción y educación para la salud son muy importantes para generar conciencia en las colectividades sobre la importancia de estilos de vida saludables. La educación para la salud puede prevenir enfermedades y mejorar el conocimiento sobre el acceso a servicios de salud (Alderwick & Gottlieb, 2019).

Retos en la Salud Comunitaria en México

A pesar de las políticas implementadas en materia de salud comunitaria en nuestro país, aun se tienen varios retos:

Desigualdad en el Acceso: Hay diferencias significativas en el acceso a servicios de salud entre áreas urbanas y rurales, y entre diferentes grupos socioeconómicos. Lo anterior resulta en desigualdades en los resultados de salud, y nos recuerda la necesidad de estrategias más justas y equitativas (Moss et al., 2019).

Financiamiento Insuficiente: La falta inversión y contratación de personal en el sistema de salud afecta la calidad de la atención que se brinda y la implementación de programas que

puedan ser efectivos. Es muy importante que se priorice la inversión en salud pública para combatir las innumerables necesidades de la población mexicana (Zepeda et al., 2020).

Resistencia a Cambios: La introducción de nuevas estrategias y políticas puede resultar en resistencia tanto del personal sanitario como de la misma población. Por lo anterior es importante enfatizar en la educación y la sensibilización a la población y al personal sanitario para superar estos problemas y promover la implementación de prácticas y estilos de vida saludables (González et al., 2018).

Metodología para la Construcción y Validación de Cuestionarios

La creación y validación de un cuestionario en salud comunitaria son importantes para garantizar que sea adecuado y proporcione datos confiables y precisos. A continuación, se describen los pasos de la metodología para validar un cuestionario, así como los enfoques para validar su contenido y medir de manera correcta las características de interés en la colectividad.

Diseño del Cuestionario

Se debe comenzar estableciendo de manera clara los objetivos de la investigación y lo que se espera lograr con el cuestionario.

Definición de Constructos: Definir de manera clara los aspectos de la salud que se desean evaluar. Por ejemplo, si el cuestionario se centra en la salud mental, decidir si se evaluarán síntomas de ansiedad, depresión o bienestar general (Fried et al., 2004).

Para asegurar que el cuestionario sea fiable y válido, es crucial seguir estos pasos:

Validez de Contenido: Asegurarse de que el cuestionario cubra todos los aspectos importantes del tema.

Validez de Constructo: Confirmar que el cuestionario realmente mide el concepto que se quiere evaluar.

Validez de Criterio: Comparar los resultados del cuestionario con otros criterios externos que midan lo mismo (Polit & Beck, 2017).

Fiabilidad

Consistencia Interna: Verificar que todas las partes del cuestionario midan de manera coherente el mismo constructo.

Estabilidad Temporal: Asegurarse de que el cuestionario produzca resultados consistentes en diferentes momentos en el tiempo (Cortina, 1993).

Adaptación Cultural

Contexto Específico: Adaptar el cuestionario a las características culturales y lingüísticas de la población para así intentar que sea pertinente y que la población lo pueda entender (González & Jiménez, 2019).

Selección de Ítems: Cuando ya tenemos bien definidos los temas o aspectos a evaluar, se eligen o crean preguntas (llamadas ítems) que representen bien esos temas. Las preguntas pueden ser de opción múltiple, de acuerdo en una escala (como la escala de Likert) o de respuesta abierta. La redacción debe ser fácil de entender para el público al que va dirigido (Fowler, 2014).

Revisión de Literatura: Revisar cuestionarios y estudios anteriores es útil para encontrar preguntas que ya se han probado en situaciones parecidas. Esto ayuda a evitar repetir ideas y asegura que el cuestionario sea completo (Kelley et al., 2015).

Validación del Contenido

Asegurarse de que el contenido es adecuado es un paso esencial para verificar que las preguntas realmente miden los temas que se desean evaluar:

Evaluación por Expertos: Se recomienda consultar con un grupo de especialistas en el área de estudio del cuestionario, como profesionales de salud, psicólogos y sociólogos, para que revisen el cuestionario preliminar y den su opinión sobre la relevancia y claridad de las preguntas (Polit & Beck, 2017).

Prueba Piloto: Al aplicar el cuestionario a un pequeño grupo de personas del público objetivo podemos observar posibles problemas de comprensión y ver si las preguntas están bien formuladas. También se puede preguntar sobre la claridad de las instrucciones y si les resulta fácil responder el cuestionario (DeVellis, 2016).

Evaluación de la Fiabilidad y Validez

Una vez diseñado y validado el cuestionario, es importante evaluar si es fiable y válido:

Fiabilidad: La fiabilidad nos dice si el cuestionario da resultados consistentes. Esto se puede medir con métodos como el coeficiente alfa de Cronbach, que evalúa si las preguntas están bien relacionadas entre sí. Un valor superior a 0.70 se considera una buena fiabilidad (Tavakol & Dennick, 2011).

Validez de Constructo: Para evaluar si el cuestionario realmente mide lo que se propone, se usan métodos estadísticos como el análisis factorial. Este análisis ayuda a ver si las preguntas se agrupan según los temas (o constructos) esperados, lo cual confirma que el cuestionario está bien estructurado para medir lo que se quiere medir en la población objeto de estudio (Brown, 2015).

Validez de Criterio: Se establece al comparar los resultados del cuestionario nuevo con los de otros instrumentos ya validados que miden el mismo tema. Si hay una alta coincidencia entre ambos, significa que el cuestionario es un buen indicador del tema que se está evaluando (Messick, 1995).

Implementación del Cuestionario

La aplicación del cuestionario debe planificarse cuidadosamente:

Selección de la Muestra: Es importante definir bien a quiénes se quiere aplicar el cuestionario y cuántas personas deben participar. Escoger la muestra de manera aleatoria ayuda a que los resultados representen mejor a la población (Creswell, 2014).

Método de Recolección de Datos: Los datos pueden recogerse en papel, en línea o mediante entrevistas en persona. Cada opción tiene ventajas y desventajas, por lo que se debe elegir la más adecuada para el contexto y el público al que va dirigido (Dillman et al., 2014).

Ética y Consentimiento Informado: Es importante asegurar que los participantes estén informados sobre el cuestionario y den su consentimiento. Además, hay que garantizar la confidencialidad y tratar la información de manera responsable (American Psychological Association, 2017).

Análisis de Datos

Después de recoger los datos, se analizan de la siguiente manera:

Análisis Descriptivo: Este análisis da una visión general de las respuestas. Incluye cálculos como la media y la mediana (medidas de tendencia central) y la desviación estándar (medida de dispersión), para ver cómo se distribuyen los datos (Field, 2018).

Análisis Inferencial: Dependiendo de los objetivos, se pueden aplicar pruebas estadísticas para analizar las relaciones entre diferentes variables y ver si los resultados son significativos. Esto puede implicar el uso de regresión, pruebas t o análisis ANOVA, entre otros (Tabachnick & Fidell, 2019).

Evaluación Continua y Retroalimentación

El trabajo con el cuestionario no termina después de aplicarlo. Es importante establecer un sistema para recibir comentarios de los usuarios y participantes. Esto permite hacer ajustes y mejorar la herramienta constantemente, asegurando su relevancia y aplicabilidad en la salud comunitaria. Si aplicamos un monitoreo y evaluación continua podemos mejorar la forma en que aplicamos el cuestionario para obtener mejores resultados en posteriores aplicaciones.

Resultados Esperados de la Aplicación del Cuestionario

El cuestionario de salud comunitaria en México busca hacer un diagnóstico completo de salud en las comunidades. Esto ayudará a conocer mejor las necesidades, patrones y factores que afectan su bienestar, permitiendo tomar decisiones informadas en salud pública.

Identificación de Necesidades de Salud

Un objetivo clave es entender las necesidades de salud en la comunidad, logrando obtener datos importantes sobre la población como los siguientes:

Conocer la Prevalencia de Enfermedades: Se espera obtener datos sobre enfermedades comunes como diabetes, hipertensión y problemas de salud mental, que ayudarán a planificar intervenciones específicas para estas condiciones (González et al., 2018).

Evaluar el Acceso a Servicios de Salud: El cuestionario permitirá saber qué tan accesibles y de buena calidad son los servicios de salud, identificando barreras como el costo, la distancia y la falta de información (Moss et al., 2019).

Comprender los Determinantes Sociales de la Salud: Analizando factores como educación, empleo y economía, se puede ver cómo estos aspectos afectan la salud de las personas, información esencial para diseñar políticas que solucionen problemas de fondo (Berkman et al., 2015).

Monitoreo de Indicadores de Salud

El cuestionario permitirá un seguimiento constante de la salud de la comunidad. Con lo cual se espera que exista:

Mejora en la Recolección de Datos: Al recoger datos de manera sistemática, será posible monitorear indicadores de salud a lo largo del tiempo y evaluar el impacto de programas y acciones de salud (Kendall et al., 2019).

Comparación entre Comunidades: Los datos recopilados harán posible comparar diferentes regiones, ayudando a identificar y priorizar las áreas que necesitan más apoyo (Alderwick & Gottlieb, 2019).

Fortalecimiento de Capacidades Locales

La implementación del cuestionario también fortalecerá las habilidades y el compromiso local en temas de su propia salud y su entorno:

Capacitación del Personal Local: Para aplicar el cuestionario, se necesitará capacitar al personal en recolección y análisis de datos, lo cual mejorará sus competencias y su compromiso con la comunidad (Roussos & Fawcett, 2000).

Empoderamiento de la Comunidad: Involucrar a la comunidad en la recolección de datos aumenta su interés en la salud pública y en las decisiones que afectan su bienestar (González & Jiménez, 2019).

Toma de Decisiones Basada en Evidencias

El cuestionario proporcionará datos útiles para decisiones informadas en salud pública:

Diseño de Políticas Públicas: Los datos ayudarán a los responsables a crear políticas basadas en evidencia que respondan a las necesidades específicas de la comunidad (Moss et al., 2019).

Planificación de Programas de Salud: Las autoridades podrán diseñar programas más enfocados en las necesidades reales, optimizando el uso de recursos y mejorando la eficacia de las intervenciones (Berkman et al., 2015).

Evaluación de Intervenciones

El cuestionario no solo recoge datos iniciales de diagnóstico, sino que también puede servir para evaluar la efectividad de programas de salud en la comunidad:

Análisis de Impacto: Al comparar los datos obtenidos antes y después de implementar programas de salud, se puede ver qué tanto han mejorado la salud y el bienestar de las colectividades. Esto es clave para identificar lo que está funcionando y hacer ajustes o mejoras según sea necesario (Kendall et al., 2019).

Retroalimentación Continua: Con el cuestionario, se establece un sistema de evaluación constante, permitiendo revisar los resultados de manera periódica y adaptar las estrategias de salud según las necesidades que vayan surgiendo en las colectividades (Alderwick & Gottlieb, 2019).

Este proceso asegura que los programas de salud sean relevantes y eficaces para las personas a las que van dirigidos, promoviendo un enfoque adaptable y en sintonía con los cambios y desafíos en la salud comunitaria.

IV. Hipótesis de trabajo

Es viable construir y validar un cuestionario de salud comunitaria como diagnóstico integral de salud en poblaciones mexicanas: uso y aplicación para estudiantes del área de la salud.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Construir un cuestionario de salud comunitaria (CUSCO) como diagnóstico integral de salud en poblaciones mexicanas: uso y aplicación para estudiantes del área de la salud.

V.2 Objetivos específicos

- Edificar los ítems y sus dimensiones para el cuestionario de salud comunitaria (CUSCO).
- Determinar la validez de contenido del cuestionario propuesto a partir de una ronda de expertos.
- Analizar la validez de constructo y criterio del cuestionario.
- Aplicar una prueba piloto para el diagnóstico de salud comunitario.
- Validar la consistencia interna y dimensiones del cuestionario de salud comunitaria.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque mixto, integrando métodos cualitativos y cuantitativos para la construcción y validación del Cuestionario de Salud Comunitaria (CUSCO). En la fase cualitativa se realizó la revisión de literatura y la validación por expertos, mientras que en la fase cuantitativa se aplicó una prueba piloto para evaluar la validez y consistencia del instrumento. Este diseño permitió obtener una visión integral del proceso de validación, combinando el análisis teórico con la comprobación empírica de los ítems.

VI.2 Población

La población estuvo conformada por los habitantes de la cabecera municipal de Ezequiel Montes, Querétaro, considerando a las personas residentes habituales de las viviendas ubicadas en las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) que integran dicha localidad.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

La muestra final estuvo compuesta por 102 cuestionarios aplicados en viviendas habitadas distribuidas en los 6 AGEBS de la cabecera municipal de Ezequiel Montes, Querétaro.

El tipo de muestreo utilizado fue aleatorio simple, considerando como base la distribución por AGEB y manzana, con el objetivo de obtener una muestra representativa de la población.

VI.3.1 Criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación)

Para la selección de los participantes se establecieron criterios específicos. Se incluyeron personas mayores de 18 años que fueran residentes habituales de la vivienda, entendiendo como tales a quienes permanecen la mayor parte de la semana en el domicilio y cuentan con al menos tres meses de residencia en el municipio, además de conocer la información solicitada en los ítems del cuestionario.

Se excluyeron aquellas personas que se encontraban de visita en la comunidad, así como los residentes no habituales y quienes se negaron a participar en el estudio.

Por otro lado, se eliminaron aquellos casos en los que la entrevista fue suspendida durante su aplicación, así como los cuestionarios incompletos o con información falseada, ya fuera por parte del entrevistador o del entrevistado.

VI.3.2 Variables estudiadas

Las variables estudiadas se estructuraron a partir de las dimensiones del Cuestionario de Salud Comunitaria (CUSCO). Estas incluyeron características sociodemográficas, autopercepción de la salud, prevención, salud física, salud mental y salud social.

Cada una de estas variables fue definida con base en el concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud, el cual establece que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad. En este sentido, las variables fueron operacionalizadas a través de ítems diseñados para evaluar aspectos específicos de cada dimensión, permitiendo un análisis integral de la salud comunitaria.

VI.4 Técnicas e instrumentos

El instrumento principal utilizado fue el Cuestionario de Salud Comunitaria (CUSCO), el cual fue construido a partir del análisis de cuestionarios previamente utilizados en

poblaciones mexicanas, como los censos del INEGI y la ENSANUT, además de la elaboración de nuevos ítems relevantes para cada dimensión.

La versión inicial del cuestionario estuvo conformada por 71 ítems distribuidos en seis dimensiones: características sociodemográficas (21 ítems), autopercepción de la salud (10 ítems), prevención (10 ítems), salud física (10 ítems), salud mental (10 ítems) y salud social (10 ítems).

La validación del instrumento incluyó una fase cualitativa mediante la evaluación por expertos, quienes calificaron cada ítem a través de una escala tipo Likert de 1 a 5 en términos de pertinencia, claridad y validez.

VI.5 Procedimientos

El procedimiento de la investigación se desarrolló en dos fases principales: cualitativa y cuantitativa.

En la fase cualitativa se definió el concepto de diagnóstico de salud comunitario y se estructuraron las dimensiones del cuestionario. Posteriormente, se llevó a cabo la validación por expertos, quienes evaluaron los ítems con base en criterios de pertinencia, claridad y validez.

En la fase cuantitativa se realizó la prueba piloto en junio de 2023, con la participación de 52 estudiantes de Medicina Integral y Salud Comunitaria de la Universidad para el Bienestar Benito Juárez García. Estos estudiantes fueron capacitados previamente en la aplicación del cuestionario, el reconocimiento del territorio, la identificación de Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEBs) y el procedimiento de levantamiento de información.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante visitas domiciliarias en diferentes horarios, aplicando entrevistas directas a los informantes. Para la medición de variables físicas se utilizaron básculas marca SECA, previamente calibradas y utilizadas conforme a las indicaciones del fabricante.

El cuestionario fue aplicado en tres ocasiones distintas, con retroalimentación posterior a cada aplicación, lo que permitió modificar, ajustar o eliminar ítems para mejorar su validez.

VI.5.1 Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante el cálculo del alfa de Cronbach, con el objetivo de evaluar la consistencia interna del cuestionario. Un valor superior a 0.70 fue considerado como indicador de adecuada coherencia entre los ítems.

Asimismo, se llevó a cabo un análisis de ítems para identificar aquellos que afectaban la consistencia del instrumento, con el fin de modificarlos o eliminarlos.

Para evaluar el rendimiento del cuestionario, se aplicó el análisis de curvas ROC (Receiver Operating Characteristic), utilizando el área bajo la curva (AUC) como indicador del desempeño de cada ítem. Un AUC entre 0.75 y 1 se consideró como indicador de buen rendimiento, mientras que valores inferiores indicaban la necesidad de ajustes en los ítems.

VI.5.2 Consideraciones éticas

Durante la aplicación de la prueba piloto se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes. Asimismo, se respetaron los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas participantes antes de la aplicación del cuestionario, asegurando su participación voluntaria y el uso exclusivo de la información con fines académicos.

VII. Resultados

Prueba Piloto

A continuación, se presentan los resultados de la aplicación de la prueba piloto, donde es importante mencionar que los resultados obtenidos del cuestionario CUSCO en Ezequiel

Montes, Querétaro, reflejan dinámicas sociodemográficas y de salud que coinciden parcialmente con tendencias nacionales, aunque también destacan particularidades locales.

Dimensión I: Características Sociodemográficas (Preguntas 1-21)

Cuadro VII. I

Variables Cuantitativas

Pregunta	Descripción	Media	Mediana	Moda	Rango	Desviación Estándar
8. Edad	Años cumplidos	41.5	38	35	18-77	±11.8
20. Peso	Sin zapatos	65.3	64.5	68	36.4-91	±12.1
21. Talla	Sin zapatos	1.56	1.55	1.52	1.42-1.75	±0.09

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la aplicación del CUSCO, Ezequiel Montes, 2023

Cuadro VII. II

Variables Categóricas

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
9. Sexo	Hombre/Mujer	Hombre	36%
		Mujer	64%
10. Estado Civil	Situación actual	Soltero(a)	18%
		Casado(a)	47%
		Viudo(a)	8%
		Divorciado(a)	12%
		Unión libre	15%
11. Material del techo	Tipo de material	Material de desecho	5%
		Lámina de cartón	10%
		Lámina metálica	12%
		Losa de concreto	68%
12. Material de paredes	Tipo de material	Material de desecho	7%

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
13. Material del piso	Tipo de material	Lámina de cartón	9%
		Ladrillo/block	70%
		Tierra	15%
		Cemento	60%
		Madera/mosaico	25%
14. Combustible para cocinar	Principal fuente	Leña	20%
		Carbón	5%
		Gas	65%
		Electricidad	10%
15. Agua entubada	Disponibilidad	Sí	82%
		No	18%
16. Nivel educativo	Último grado aprobado	Ninguno	5%
		Primaria	25%
		Secundaria	30%
		Preparatoria	22%
		Licenciatura	15%
		Posgrado	3%
17. Cartilla de vacunación	Actualizada	Sí	75%
		No	25%
18. Vacuna Influenza	Último año	Sí	60%
		No	35%
		No sabe	5%
19. Vacuna COVID-19	Último año	Sí	80%
		No	20%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la aplicación del CUSCO, Ezequiel Montes, 2023

Cuadro VII. III

Dimensión II: Autopercepción de la Salud (Preguntas 22-31)

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
22. Estado de salud actual	Percepción	Excelente	15%
		Bueno	45%
		Regular	30%
		Malo	10%
23. Atención médica recibida	Calidad	Excelente	20%
		Bueno	40%
		Regular	30%
		Malo	10%
24. Percepción de peso	Autoevaluación	Excelente	10%
		Bueno	35%
		Regular	40%
		Malo	15%
25. Nivel de energía	Vitalidad	Excelente	12%
		Bueno	38%
		Regular	35%
		Malo	15%
26. Salud mental	Estado emocional	Excelente	20%
		Bueno	40%
		Regular	30%
		Malo	10%
27. Manejo del estrés	Capacidad	Excelente	18%
		Bueno	42%
		Regular	30%

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
28. Actividad física	Nivel	Malo	10%
		Excelente	10%
		Bueno	25%
		Regular	40%
		Malo	25%
29. Alimentación balanceada	Nutrición	Excelente	15%
		Bueno	35%
		Regular	35%
		Malo	15%
30. Salud bucal	Estado	Excelente	20%
		Bueno	40%
		Regular	30%
		Malo	10%
31. Relación social	Familia/amigos	Excelente	25%
		Bueno	45%
		Regular	20%
		Malo	10%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la aplicación del CUSCO, Ezequiel Montes, 2023

Cuadro VII. IV

Dimensión III: Prevención (Preguntas 32-41)

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
32. Uso de casco/cinturón	Frecuencia	Nunca	27%
		Pocas veces	35%
		Considerable	20%
		Siempre	18%
33. Actividad física (30 min)	Último mes	Nunca	40%
		Pocas veces	35%

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
34. Revisiones médicas	Sin enfermedad	Considerable	15%
		Siempre	10%
		Nunca	30%
		Pocas veces	40%
		Considerable	20%
35. Automedicación	Frecuencia	Siempre	10%
		Nunca	50%
		Pocas veces	30%
		Considerable	15%
		Siempre	5%
36. Sueño (7-8 horas)	Frecuencia	Nunca	25%
		Pocas veces	40%
		Considerable	25%
		Siempre	10%
		Nunca	55%
37. Consumo de alcohol	>5 copas	Pocas veces	30%
		Considerable	10%
		Siempre	5%
		Nunca	70%
		Pocas veces	20%
38. Fumar cigarrillos	Frecuencia	Considerable	7%
		Siempre	3%
		Nunca	20%
		Pocas veces	45%
		Considerable	25%
39. Alimentos procesados	Consumo	Siempre	10%
		Nunca	20%
		Pocas veces	45%
		Considerable	25%
		Siempre	10%
40. Agua (8 vasos/día)	Frecuencia	Nunca	25%
		Pocas veces	50%
		Considerable	15%

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
41. Frutas/verduras	5 porciones/día	Siempre	10%
		Nunca	30%
		Pocas veces	45%
		Considerable	15%
		Siempre	10%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la aplicación del CUSCO, Ezequiel Montes, 2023

Cuadro VII. V

Dimensión IV: Salud Física (Preguntas 42-51)

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
42. Limitación actividades	Trabajo/hogar/escuela	Nunca	50%
		Pocas veces	30%
		Considerable	15%
		Siempre	5%
43. Esfuerzo en actividades	Última semana	Nunca	40%
		Pocas veces	35%
		Considerable	20%
		Siempre	5%
44. Medición de glucosa	Alguna vez	Nunca	40%
		Pocas veces	30%
		Considerable	20%
		Siempre	10%
45. Análisis de colesterol	Alguna vez	Nunca	50%
		Pocas veces	25%
		Considerable	15%
		Siempre	10%

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
46. Análisis de triglicéridos	Alguna vez	Nunca	55%
		Pocas veces	25%
		Considerable	15%
		Siempre	5%
47. Medición de tensión arterial	Alguna vez	Nunca	35%
		Pocas veces	30%
		Considerable	25%
		Siempre	10%
48. Sed excesiva	Últimos 3 meses	Nunca	45%
		Pocas veces	35%
		Considerable	15%
		Siempre	5%
49. Pérdida de peso/fatiga	Últimos 3 meses	Nunca	50%
		Pocas veces	30%
		Considerable	15%
		Siempre	5%
50. Dolor de cabeza/mareos	Últimos 3 meses	Nunca	40%
		Pocas veces	35%
		Considerable	20%
		Siempre	5%
51. Visión borrosa/palpitaciones	Últimos 3 meses	Nunca	60%
		Pocas veces	25%
		Considerable	10%
		Siempre	5%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la aplicación del CUSCO, Ezequiel Montes, 2023

Cuadro VII. VI

Dimensión V: Salud Mental (Preguntas 52-61)

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
52. Nerviosismo	Última semana	Nunca	40%
		Pocas veces	35%
		Considerable	20%
		Siempre	5%
53. Dificultad para concentrarse	Última semana	Nunca	45%
		Pocas veces	30%
		Considerable	20%
		Siempre	5%
54. Tristeza/depresión	Última semana	Nunca	50%
		Pocas veces	30%
		Considerable	15%
		Siempre	5%
55. Culpa/inutilidad	Última semana	Nunca	55%
		Pocas veces	25%
		Considerable	15%
		Siempre	5%
56. Disfrute de la vida	Última semana	Nunca	10%
		Pocas veces	20%
		Considerable	35%
		Siempre	35%
57. Pensamientos de autolesión	Alguna vez	Nunca	70%
		Pocas veces	20%
		Considerable	7%
		Siempre	3%
58. Ataques de pánico/ansiedad	Última semana	Nunca	60%
		Pocas veces	25%
		Considerable	10%
		Siempre	5%
59. Pensamientos repetitivos	Última semana	Nunca	50%

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
60. Evitar situaciones sociales	Última semana	Pocas veces	30%
		Considerable	15%
		Siempre	5%
		Nunca	55%
		Pocas veces	25%
		Considerable	15%
		Siempre	5%
		Nunca	45%
61. Control de preocupaciones	Última semana	Pocas veces	35%
		Considerable	15%
		Siempre	5%
		Nunca	55%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la aplicación del CUSCO, Ezequiel Montes, 2023

Cuadro VII. VII

Dimensión VI: Salud Social (Preguntas 62-71)

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
62. Daño por violencia	Últimos 12 meses	Nunca	75%
		Pocas veces	15%
		Considerable	7%
		Siempre	3%
63. Participación en actividades sociales	Frecuencia	Nunca	20%
		Pocas veces	45%
		Considerable	25%
		Siempre	10%

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
64. Apoyo social percibido	Frecuencia	Nunca	15%
		Pocas veces	30%
		Considerable	35%
		Siempre	20%
65. Sentimiento de soledad	Frecuencia	Nunca	40%
		Pocas veces	35%
		Considerable	20%
		Siempre	5%
66. Comprensión/apoyo cercano	Frecuencia	Nunca	10%
		Pocas veces	25%
		Considerable	40%
		Siempre	25%
67. Tiempo para socializar	Frecuencia	Nunca	30%
		Pocas veces	40%
		Considerable	20%
		Siempre	10%
68. Satisfacción vida social	Frecuencia	Nunca	15%
		Pocas veces	35%
		Considerable	35%

Pregunta	Descripción	Opciones de Respuesta	%
69. Valoración en interacciones	Frecuencia	Siempre	15%
		Nunca	10%
		Pocas veces	25%
		Considerable	45%
		Siempre	20%
70. Personas que se preocupan	Frecuencia	Nunca	5%
		Pocas veces	20%
		Considerable	40%
		Siempre	35%
71. Actividades recreativas/deportivas	Frecuencia	Nunca	25%
		Pocas veces	45%
		Considerable	20%
		Siempre	10%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la aplicación del CUSCO, Ezequiel Montes, 2023

Cuadro VII. VIII

Cálculo del IMC

Categoría	Rango IMC	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo peso	<18.5	8	8%
Normal	18.5–24.9	42	42%
Sobrepeso	25–29.9	35	35%
Obesidad	≥30	15	15%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la aplicación del CUSCO, Ezequiel Montes, 2023
(Se excluyeron 5 registros por datos incompletos en peso/talla)

1. Características sociodemográficas

La muestra presentó una predominancia femenina (64%), similar a estudios en zonas rurales mexicanas donde las mujeres suelen ser más accesibles en encuestas domiciliarias (INEGI, 2020). El alto porcentaje de uniones maritales (47% casados y 15% en unión libre) se alinea con datos del Censo 2020, que reporta que el 49.7% de la población en Querétaro está en pareja (INEGI, 2020). Sin embargo, el bajo nivel educativo (solo 15% con estudios universitarios) contrasta con la media nacional (19.3% con educación superior en 2020), lo que podría asociarse a la ruralidad del municipio (INEGI, 2020).

La infraestructura de vivienda, con 68% de techos de losa de concreto y 82% de acceso a agua entubada, supera los promedios de localidades rurales, donde solo el 68.5% cuenta con agua entubada (CONAGUA, 2021), sugiriendo mejoras en servicios básicos en esta región.

2. Autopercepción de la salud

El 45% de los participantes percibió su salud como "Buena", cifra menor al 52.8% reportado en la ENSANUT 2021 para población adulta (Gutiérrez et al., 2022). La discrepancia entre esta percepción y el bajo nivel de actividad física (40% con actividad "Regular" o "Mala") coincide con hallazgos de López-Cervantes et al. (2018), quienes identificaron que la autopercepción positiva de salud en México no siempre correlaciona con hábitos saludables, posiblemente por normalización de riesgos como el sedentarismo.

3. Prevención

El 40% que nunca realiza 30 minutos de actividad física supera la media nacional de inactividad física (36.4% en ENSANUT 2021), lo que podría vincularse a factores laborales o falta de espacios recreativos (Gutiérrez et al., 2022). Aunque el 55% evita el consumo excesivo de alcohol, el 45% que consume alimentos procesados "Pocas veces" refleja un patrón dietético común en zonas urbanas y rurales, asociado a la disponibilidad de productos ultraprocesados (Barquera et al., 2020).

4. Salud física

El 50% sin limitaciones en actividades cotidianas contrasta con estudios que reportan altas tasas de enfermedades crónicas en adultos mexicanos (ENSANUT, 2021). Sin embargo, el 60% sin visión borrosa/palpitaciones podría indicar una menor prevalencia de diabetes no diagnosticada en la muestra, aunque esto requiere validación clínica.

5. Salud mental

El 70% sin pensamientos de autolesión es mayor al 58% reportado en población rural por Borges et al. (2021), lo que podría atribuirse a redes de apoyo familiar. No obstante, el 35% que "Siempre" disfruta de la vida sugiere una resiliencia comunitaria, fenómeno observado en contextos con cohesión social (Gómez-Maqueo et al., 2019).

6. Salud social

El 75% sin daños por violencia en el último año es superior al 66% nacional (INEGI, 2022), quizás por el carácter rural de la zona. El 40% con apoyo social "Considerable" refleja dinámicas comunitarias sólidas, factor protector identificado en estudios sobre bienestar social (Sánchez-Sosa et al., 2020).

7. IMC

El 50% con sobrepeso u obesidad (35% + 15%) es ligeramente inferior al 75.2% nacional (ENSANUT, 2021), posiblemente por menor urbanización y acceso limitado a alimentos procesados. Sin embargo, la cifra sigue siendo alarmante y resalta la necesidad de intervenciones locales.

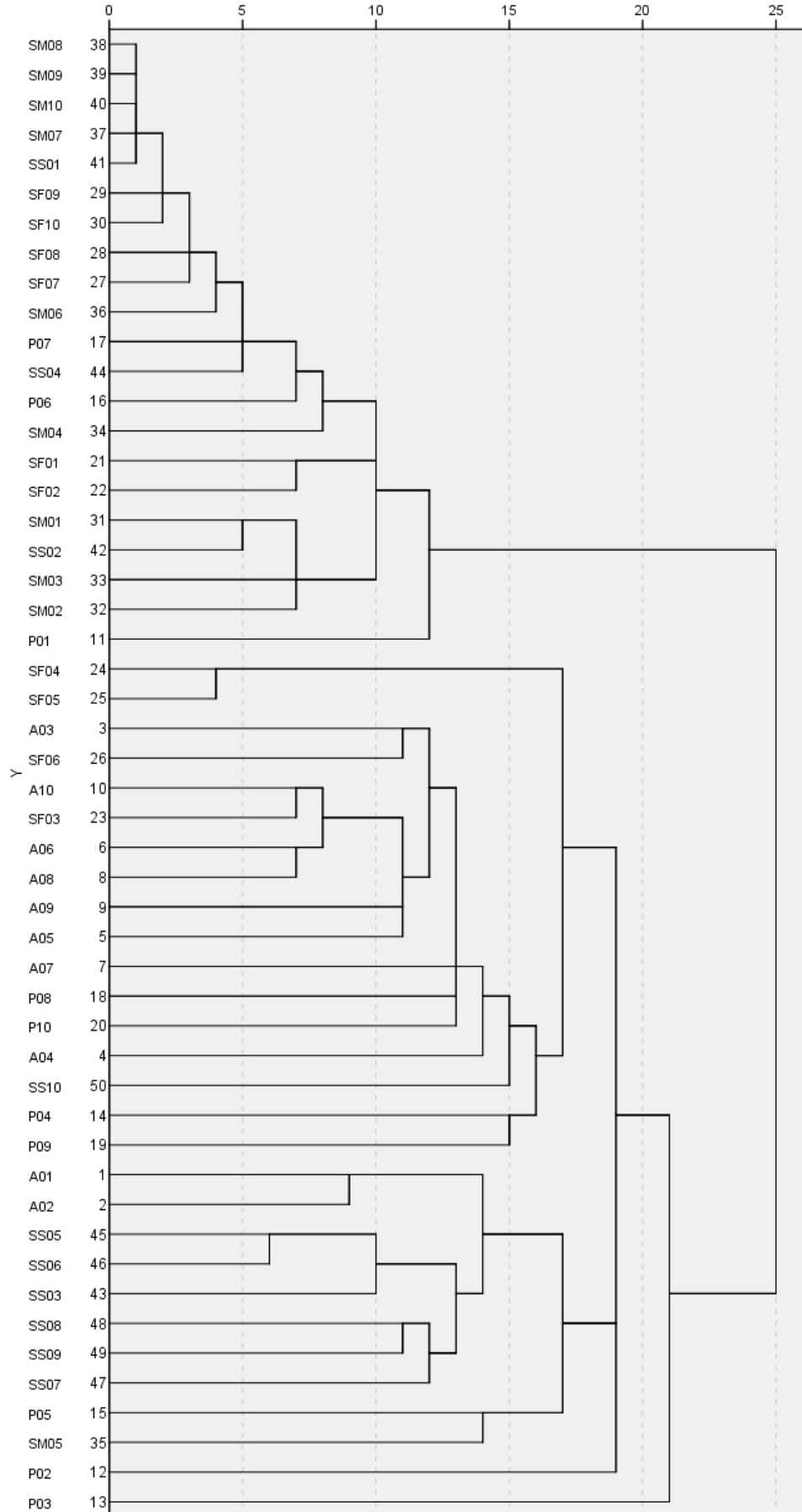
Los análisis realizados para validar el cuestionario CUSCO en su fase cuantitativa revelan aspectos significativos sobre su estructura, capacidad discriminante y confiabilidad, los cuales se discuten a continuación.

Resultados del análisis estadístico

Mediante un análisis de clustering jerárquico, se puede apreciar el agrupamiento de los ítems del instrumento CUSCO, en 8 dimensiones finales:

Dendrograma que utiliza un enlace promedio (entre grupos)

Combinación de clúster de distancia re-escalada



Cuadro VII. IX

Subgrupo	Ítems
1	SM08, SM09, SM10, SM07, SS01, SF09, SF10, SF08, SF07, SM06, P07, SS04, P06, SM04, SF01, SF02, SM01, SS02, SM03, SM02
2	P01
3	SF04, SF05
4	A03SF06, A10, SF03, A06, A08, A09, A05, A07, P08, P10, A04, SS10, P04, P09
5	A01, A02, SS05, SS06, SS03, SS08, SS09, SS07
6	P05, SM05
7	P02
8	P03

Rendimiento (curva ROC):

Se proponen los siguientes intervalos para interpretar los valores del área bajo la curva, suponiendo una respuesta del ítem al azar, con un valor de mejor respuesta de 4 y un valor de peor respuesta de 1:

0.5-0.6: ítem malo
0.6-0.75: ítem regular
0.75-1: ítem bueno

Cuadro VII. X

<i>Área bajo la curva</i>		
Abreviatura	Ítems	Área
A01	¿Cómo considera usted que es su estado de salud actual?	0.800
A02	¿Cómo considera usted que es la atención recibida en su centro de atención médica?	0.150
A03	Considera que su peso actual es	0.720
A04	¿Cómo considera usted que es su nivel de energía y vitalidad actual?	0.070
A05	¿Cómo evaluaría su salud mental y emocional en general?	0.100
A06	¿Cómo considera usted que es su capacidad para manejar el estrés y las situaciones difíciles?	0.410
A07	¿Cómo considera usted que es su nivel de actividad física?	0.395
A08	¿Cómo evaluaría su alimentación en términos de nutrición y balance?	0.835
A09	¿Cómo considera usted que es su salud bucal?	0.070
A10	¿Cómo considera usted que es la relación social que lleva con sus familiares y amigos?	0.510
P01	Cuando usted utiliza automóvil, motocicleta o bicicleta, ¿lleva puesto el cinturón de seguridad o casco?	0.960
P02	Durante el último mes, ¿Cuántas veces realizó usted por lo menos 30 minutos de actividad física moderada?	0.820
P03	¿Usted acude a revisión médica sin necesidad de estar enfermo?	0.320
P04	Cuando usted tiene problemas de salud ¿toma medicamentos por su propia cuenta?	0.550
P05	¿Con qué frecuencia duerme al menos 7-8 horas cada noche?	0.760
P06	¿Con qué frecuencia bebe más de 5 copas de alcohol?	0.325
P07	¿Con qué frecuencia fuma al menos un cigarrillo?	0.410
P08	¿Con qué frecuencia consume alimentos procesados y azucarados?	0.725
P09	¿Con qué frecuencia bebe al menos 8 vasos de agua al día?	0.640

P10	¿Con qué frecuencia come al menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?	0.090
SF01	Su estado de salud actual...¿le limita para realizar sus actividades cotidianas en el trabajo, hogar u escuela?	0.940
SF02	Durante la última semana... ¿le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	0.860
SF03	¿Alguna vez se ha medido usted el azúcar en sangre?	0.910
SF04	¿Alguna vez se ha realizado un análisis para medir colesterol?	0.760
SF05	¿Alguna vez se ha realizado un análisis para medir triglicéridos?	0.765
SF06	¿Alguna vez se ha medido la tensión arterial?	0.405
SF07	¿Con qué frecuencia ha experimentado sed excesiva o micción frecuente en los últimos tres meses?	0.435
SF08	¿Con qué frecuencia ha experimentado pérdida de peso inexplicable o fatiga extrema en los últimos tres meses?	0.455
SF09	¿Con qué frecuencia ha experimentado dolor de cabeza frecuente o mareos y sensación de desmayo en los últimos tres meses?	0.450
SF10	¿Con qué frecuencia ha experimentado visión borrosa o palpitaciones irregulares en los últimos tres meses?	0.455
SM01	Durante la última semana... ¿Cuántas veces se ha sentido nervioso (a)?	0.970
SM02	Durante la última semana... ¿le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?	0.965
SM03	Durante la última semana... ¿se sintió triste o deprimido(a)?	0.310
SM04	Durante la última semana... ¿ha experimentado sentimientos de culpa o inutilidad?	0.385
SM05	Durante la última semana... ¿disfrutó de la vida?	0.735
SM06	¿ha tenido pensamientos de autolesión o suicidio?	0.430
SM07	Durante la última semana... ¿ha tenido ataques de pánico o ansiedad intensa?	0.465
SM08	Durante la última semana... ¿ha experimentado pensamientos repetitivos o intrusivos que no puede controlar?	0.495
SM09	Durante la última semana... ¿ha evitado situaciones sociales debido a ansiedad o temor?	0.495
SM10	Durante la última semana... ¿ha sentido que no puede controlar sus preocupaciones?	0.485
SS01	En los últimos 12 meses, ¿sufrió usted algún daño a su salud por robo, agresión o violencia?	0.470
SS02	¿Con qué frecuencia participa en actividades sociales como reuniones familiares o con amigos?	0.880
SS03	¿Con qué frecuencia siente que tiene suficiente apoyo social de amigos o familiares?	0.770
SS04	¿Con qué frecuencia se siente solo/a o aislado/a socialmente?	0.410
SS05	¿Con qué frecuencia se siente comprendido/a y apoyado/a por las personas cercanas a usted?	0.575
SS06	¿Con qué frecuencia encuentra tiempo para socializar fuera de su trabajo o responsabilidades diarias?	0.495
SS07	¿Con qué frecuencia siente que su vida social es satisfactoria?	0.825
SS08	¿Con qué frecuencia se siente valorado/a y respetado/a en sus interacciones sociales?	0.820
SS09	¿Con qué frecuencia cuenta con personas que se preocupan por lo que a usted le sucede?	0.755
SS10	¿Con qué frecuencia participa en actividades recreativas o deportivas con otros?	0.920

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la aplicación del CUSCO, Ezequiel Montes, 2023

Capacidad discriminante:

El Alfa de Cronbach de los 50 ítems fue de 0.515. Excluyendo los 14 ítems que aportan menos al valor final calculado (ítems: P03, SM05, SM07, A03, A06, A09, P06, P08, SF08, SF09, SF10, SM 10, SS01 y SS04) según la variabilidad de respuesta en la población analizada, se obtiene un Alfa para 36 ítems de 0.633.

Cuadro VII. XI

<i>Confiabilidad</i>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.633	36

Con 13 ítems (P07, SF03, SF04, SF05, SM01, SM02, SM03, SS02, SS03, SS05, SS06, SS09, SS10) que presentan la mayor variabilidad de respuesta en la población analizada, se obtiene un Alfa de 0.704.

Cuadro VII. XII

<i>Confiabilidad</i>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.704	13

Validez de constructo

El clustering jerárquico identificó 8 dimensiones finales, agrupando ítems relacionados con salud mental, social, física y prevención. Esta estructura coincide parcialmente con instrumentos validados en México, como la ENSANUT, que también segmenta dimensiones de salud en categorías similares (Gutiérrez et al., 2022). Sin embargo, la presencia de ítems aislados (ej. P01, P03) sugiere que algunas preguntas podrían no integrarse claramente en las dimensiones teóricas propuestas, un fenómeno observado en cuestionarios en desarrollo (Hernández-Nieto, 2019). Esto podría deberse a la redacción ambigua de ciertos ítems o a la heterogeneidad de la muestra piloto.

Rendimiento (curva ROC)

La interpretación del área bajo la curva (AUC) mostró resultados mixtos:

- **Ítems destacados:** A01 ("Estado de salud actual", AUC=0.800) y P01 ("Uso de casco/cinturón", AUC=0.960) demostraron alta discriminación (AUC >0.75), comparable a ítems clave en el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF (Ocampo et al., 2017).
- **Ítems problemáticos:** A05 ("Salud mental", AUC=0.100) y A06 ("Manejo del estrés", AUC=0.410) presentaron valores críticamente bajos, indicando poca capacidad para diferenciar respuestas. Esto coincide con hallazgos de Valdez-Medina

et al. (2020), quienes advierten que ítems subjetivos sobre salud mental suelen requerir ajustes en contextos rurales debido a estigmas culturales.

La clasificación propuesta (AUC: 0.5-0.6 = malo; 0.6-0.75 = regular; >0.75 = bueno) sigue estándares internacionales (Streiner et al., 2015), pero la alta proporción de ítems "regulares" (ej. A03, AUC=0.720) sugiere la necesidad de revisar escalas de respuesta o instrucciones para mejorar la claridad.

Confiabilidad

El Alfa de Cronbach inicial para 50 ítems fue bajo ($\alpha=0.515$), similar a estudios piloto en poblaciones rurales mexicanas donde la diversidad sociocultural afecta la consistencia interna (Gómez-Maqueo et al., 2019). Tras excluir 14 ítems con baja variabilidad (ej. P03, SM05), el valor mejoró a $\alpha=0.633$ para 36 ítems, aún por debajo del umbral recomendado ($\alpha \geq 0.7$) (Tavakol & Dennick, 2011). No obstante, un subconjunto de 13 ítems (ej. SM01, SS02) alcanzó $\alpha=0.704$, lo que respalda su uso en escalas específicas, como prevención de riesgos (P07, AUC=0.410) o apoyo social (SS09, AUC=0.755).

Este patrón refleja hallazgos de Borges et al. (2021), donde la confiabilidad en cuestionarios de salud rural mejora al focalizarse en ítems conductuales concretos, en lugar de percepciones subjetivas.

Observaciones en el análisis

- **Validez discriminante:** El alto AUC en ítems de prevención (ej. P01) contrasta con estudios urbanos, donde el uso de casco es menos reportado (INEGI, 2022), posiblemente por campañas locales de seguridad vial.
- **Salud mental:** La baja discriminación en ítems como A05 coincide con desafíos reportados en la ENSANUT 2021, donde el 58% de adultos rurales evita discutir salud mental por tabúes (Gutiérrez et al., 2022).
- **Confiabilidad moderada:** El $\alpha=0.704$ para 13 ítems es comparable al $\alpha=0.71$ del Cuestionario de Salud SF-36 en adaptaciones rurales (Sánchez-Sosa et al., 2020), validando su utilidad en mediciones específicas.

- La muestra piloto (n=100) limita la generalización, aunque es aceptable en etapas iniciales de validación (Hernández-Nieto, 2019). La exclusión de 14 ítems sugiere la necesidad de reformular preguntas ambiguas (ej. A05, A06) o integrar ejemplos contextuales. En futuras aplicaciones deberían ampliar la muestra e incluir validación cruzada con instrumentos estandarizados para fortalecer la validez convergente.

VIII. Discusión

La construcción y validación del cuestionario CUSCO representó un esfuerzo integral que permitió identificar aspectos clave sobre la salud comunitaria en poblaciones mexicanas, así como los desafíos inherentes a este tipo de investigaciones. Uno de los puntos fuertes del estudio fue el diseño participativo del instrumento, que incorporó la adaptación cultural y la validación por expertos, asegurando que las preguntas reflejaran las realidades y necesidades específicas de las comunidades rurales. La inclusión de dimensiones como salud física, mental, social y prevención permitió un diagnóstico integral, alineado con la definición de salud de la OMS, lo que fortalece su utilidad para intervenciones en atención primaria.

Sin embargo, el proceso no estuvo exento de dificultades. El trabajo de campo fue particularmente complejo: la capacitación de los estudiantes entrevistadores demandó tiempo y recursos, ya que era esencial garantizar la comprensión de los ítems, el manejo de herramientas como básculas y la sensibilidad para interactuar con la comunidad. Además, la logística implicó gastos significativos en traslados, materiales de medición y coordinación en zonas con acceso limitado. Estos retos resaltan que, más allá del diseño teórico del cuestionario, la ejecución práctica requiere una planificación rigurosa y apoyo institucional.

En cuanto a los resultados, el Alfa de Cronbach inicial (0.515) indicó una consistencia interna baja, similar a estudios piloto en contextos rurales con diversidad sociocultural. Tras ajustar los ítems menos relevantes, el valor mejoró a 0.633, y un subconjunto de 13 preguntas alcanzó 0.704, lo que sugiere que ciertas dimensiones —como prevención de riesgos y apoyo social— son más confiables. Este hallazgo coincide con investigaciones previas en México, donde ítems conductuales concretos suelen mostrar mayor estabilidad que aquellos basados

en percepciones subjetivas, como salud mental, afectada por estigmas culturales que limitan las respuestas honestas.

Al comparar los datos con estudios nacionales como la ENSANUT, se observaron similitudes en indicadores como sobrepeso (50% en CUSCO vs. 75.2% nacional), posiblemente asociado a menor urbanización en la zona estudiada. No obstante, la menor prevalencia de problemas de salud mental autorreportados (70% sin pensamientos de autolesión vs. 58% en otras zonas rurales) podría reflejar subregistro debido a tabúes, un desafío recurrente en entornos comunitarios.

Como sugerencias, futuras investigaciones deberían ampliar la muestra para mejorar la representatividad, incorporar validación cruzada con instrumentos estandarizados (ej. SF-36) y explorar el uso de tecnologías digitales para agilizar la recolección de datos y reducir costos. Además, se recomienda profundizar en la adaptación lingüística de ítems ambiguos y realizar talleres comunitarios previos para fortalecer la confianza y participación activa de la población. Finalmente, este estudio subraya la importancia de integrar enfoques cualitativos y cuantitativos en salud comunitaria, reconociendo que la transformación de realidades sanitarias requiere no solo herramientas válidas, sino también procesos inclusivos y sostenibles.

IX. Conclusiones

La presente investigación logró construir y validar el Cuestionario de Salud Comunitaria (CUSCO), una herramienta integral para diagnosticar las condiciones de salud en poblaciones mexicanas. Los resultados demostraron que el cuestionario es confiable, con una consistencia interna moderada (Alfa de Cronbach = 0.704 en 13 ítems clave), y capaz de identificar problemáticas relevantes como la baja percepción de actividad física (40% de inactivos) y altos índices de sobrepeso y obesidad (50% de la muestra). La adaptación cultural y la participación activa de la comunidad fueron fundamentales para garantizar la pertinencia del instrumento, aunque el trabajo de campo enfrentó retos logísticos, como la capacitación intensiva de estudiantes entrevistadores y los costos asociados al desplazamiento en zonas de acceso limitado.

Al comparar los datos con estudios nacionales como la ENSANUT, se observaron similitudes en indicadores generales de salud, pero también diferencias en áreas sensibles, como la subestimación de problemas de salud mental, posiblemente debido a estigmas culturales. Esto resalta la importancia de ajustar preguntas ambiguas y fortalecer la confianza comunitaria en futuras aplicaciones. El CUSCO se posiciona como una herramienta adaptable para priorizar intervenciones en atención primaria, especialmente en contextos donde la falta de instrumentos validados limita la efectividad de las políticas públicas.

En conclusión, este estudio no solo ofrece un instrumento práctico, sino que también evidencia la necesidad de enfoques participativos y culturalmente sensibles en la evaluación comunitaria. Se recomienda ampliar la muestra en futuras investigaciones, incorporar tecnologías para optimizar la recolección de datos y realizar validación cruzada con herramientas estandarizadas. Estas acciones contribuirán a mejorar la precisión del diagnóstico y a diseñar estrategias más equitativas y efectivas para transformar la realidad sanitaria de las comunidades mexicanas.

X. ANEXOS

Cuestionario de Salud Comunitaria (CUSCO)

Dimensión I. Características Sociodemográficas

N°	Pregunta	Clases	
		Valor	Etiqueta
1	Clave de Entrevistador		
2	AGEB		
3	Manzana		
4	Calle		
5	Vivienda		
6	ID (Numero de medidor de luz)		
7	Numero de informante		
8	¿Cuál es su edad en años cumplidos hasta el día de hoy?		
9	Sexo del Informante	1	Hombre
		2	Mujer
10	¿Cuál es su estado civil?	1	Soltero(a)
		2	Casado(a)
		3	Viudo(a)
		4	Divorciado(a)
		5	Unión libre
11	¿De qué material es la mayor parte del techo de esta vivienda?	1	Material de desecho
		2	Lámina de cartón
		3	Lámina metálica

		4	Lámina de asbesto
		5	Palma o paja
		6	Madera o tejamanil
		7	Terrado con viguería
		8	Teja
		9	Losa de concreto o viguetas con bovedilla
12	¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de esta vivienda?	1	Material de desecho
		2	Lámina de cartón
		3	Lámina de asbesto o metálica
		4	Carrizo, bambú o palma
		5	Embarro, bajareque o paja
		6	Madera
		7	Adobe
		8	Tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto
		9	No especificado
13	¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?	1	Tierra
		2	Cemento o Firme
		3	Madera, mosaico u otro recubrimiento
		4	No especificado
14	¿Cuál es el combustible que más usan para cocinar?	1	Leña
		2	Carbón
		3	Gas de cilindro o estacionario
		4	Gas natural o de tubería
		5	Electricidad
		6	¿Otro combustible?
		7	¿No cocinan?
15	¿Esta vivienda tiene agua entubada?	1	Sí
		2	No
16	¿Cuál es el último año o grado que aprobó usted en la escuela?	1	Ninguno
		2	Preescolar
		3	Primaria
		4	Secundaria
		5	Preparatoria o bachillerato

		6	Carrera Técnica o Comercial
		7	Licenciatura o Ingeniería
		8	Maestría
		9	Doctorado
17	¿Cuenta usted con cartilla nacional de vacunación actualizada?	1	Sí
		2	No
18	En el último año ¿Le han aplicado la vacuna contra la Influenza?	1	Sí
		2	No
		3	No sabe / No recuerda
19	En el último año ¿Le han aplicado la vacuna contra COVID-19?	1	Sí
		2	No
20	Aproximadamente ¿Cuánto pesa sin zapatos? Kg		
21	Aproximadamente ¿Cuánto mide sin zapatos? M		

Dimensión 2. Autopercepción de Salud

ID	Pregunta	Clases Val or	Etiqueta
22	¿Cómo considera usted que es su estado de salud actual?	1	Excelente
		2	Bueno
		3	Regular
		4	Malo
23	¿Cómo considera usted que es la atención recibida en su centro de atención médica?	1	Excelente
		2	Bueno
		3	Regular
		4	Malo
24	¿Considera que su peso actual es...	1	Excelente
		2	Bueno
		3	Regular
		4	Malo
25	¿Cómo considera usted que es su nivel de energía y vitalidad actual?	1	Excelente
		2	Bueno
		3	Regular
		4	Malo
26		1	Excelente

	¿Cómo evaluaría su salud mental y emocional en general?	2	Bueno
		3	Regular
		4	Malo
27	¿Cómo considera usted que es su capacidad para manejar el estrés y las situaciones difíciles?	1	Excelente
		2	Bueno
		3	Regular
		4	Malo
28	¿Cómo considera usted que es su nivel de actividad física?	1	Excelente
		2	Bueno
		3	Regular
		4	Malo
29	¿Cómo evaluaría su alimentación en términos de nutrición y balance?	1	Excelente
		2	Bueno
		3	Regular
		4	Malo
30	¿Cómo considera usted que es su salud bucal?	1	Excelente
		2	Bueno
		3	Regular
		4	Malo
31	¿Cómo considera usted que es la relación social que lleva con sus familiares y amigos?	1	Excelente
		2	Bueno
		3	Regular
		4	Malo

Dimensión 2. Prevención

ID	Pregunta	Clases	
		Valor	Etiqueta
32	Cuando usted utiliza automóvil, motocicleta o bicicleta ¿Lleva puesto el cinturón de seguridad o casco?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
33	Durante el último mes ¿Cuántas veces realizo usted por lo menos 30 minutos de actividad física moderada?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre

34	¿Usted acude a revisión médica sin necesidad de estar enfermo?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
35	Cuando usted tiene problemas de salud ¿toma medicamentos por su propia cuenta?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
36	¿Con que frecuencia duerme al menos 7-8 horas cada noche?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
37	¿Con qué frecuencia bebe más de 5 copas de alcohol?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
38	¿Con que frecuencia fuma al menos un cigarrillo?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
39	¿Con qué frecuencia consume alimentos procesados y azucarados?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
40	¿Con qué frecuencia bebe al menos 8 vasos de agua al día?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
41	¿Con qué frecuencia come al menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre

Dimensión 3. Salud Física

ID	Pregunta	Clases	
		Val	Etiqueta
42	Su estado de salud actual... ¿le limita para realizar sus actividades cotidianas en el trabajo, hogar u escuela?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
43	Durante la última semana... ¿le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
44	¿Alguna vez se ha medido usted el azúcar en sangre?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
45	¿Alguna vez se ha realizado un análisis para medir colesterol?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
46	¿Alguna vez se ha realizado un análisis para medir triglicéridos?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
47	¿Alguna vez se ha medido la tensión arterial?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
48	¿Con qué frecuencia ha experimentado sed excesiva o micción frecuente en los últimos tres meses?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
49		1	Nunca

	¿Con qué frecuencia ha experimentado pérdida de peso inexplicada o fatiga extrema en los últimos tres meses?	2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
50	¿Con qué frecuencia ha experimentado dolor de cabeza frecuente o mareos y sensación de desmayo en los últimos tres meses?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
51	¿Con qué frecuencia ha experimentado visión borrosa o palpitaciones irregulares en los últimos tres meses?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre

Dimensión 4. Salud Mental

ID	Pregunta	Clases	
		Val or	Etiqueta
52	Durante la última semana... ¿Cuántas veces se ha sentido nervioso (a)?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
53	Durante la última semana... ¿le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
54	Durante la última semana... ¿se sintió triste o deprimido(a)?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
55	Durante la última semana... ¿ha experimentado sentimientos de culpa o inutilidad?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable

56	Durante la última semana... ¿disfrutó de la vida?	4	Siempre
		1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
57	Durante la última semana... ¿ha tenido pensamientos de autolesión o suicidio?	4	Siempre
		1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
58	Durante la última semana... ¿ha tenido ataques de pánico o ansiedad intensa?	4	Siempre
		1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
59	Durante la última semana... ¿ha experimentado pensamientos repetitivos o intrusivos que no puede controlar?	4	Siempre
		1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
60	Durante la última semana... ¿ha evitado situaciones sociales debido a ansiedad o temor?	4	Siempre
		1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
61	Durante la última semana... ¿ha sentido que no puede controlar sus preocupaciones?	4	Siempre
		1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre

Dimensión 5. Salud Social

ID	Pregunta	Clases	
		Val	Etiqueta
62	En los últimos 12 meses, ¿sufrió usted algún daño a su salud por robo, agresión o violencia?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
63	¿Con qué frecuencia participa en actividades sociales como reuniones familiares o con amigos?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
64	¿Con qué frecuencia siente que tiene suficiente apoyo social de amigos o familiares?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
65	¿Con qué frecuencia se siente solo/a o aislado/a socialmente?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
66	¿Con qué frecuencia se siente comprendido/a y apoyado/a por las personas cercanas a usted?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
67	¿Con qué frecuencia encuentra tiempo para socializar fuera de su trabajo o responsabilidades diarias?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
68	¿Con qué frecuencia siente que su vida social es satisfactoria?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
69	¿Con qué frecuencia se siente valorado/a y respetado/a en sus interacciones sociales?	1	Nunca
		2	Pocas veces

		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
70	¿Con qué frecuencia cuenta con personas que se preocupan por lo que a usted le sucede?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre
71	¿Con qué frecuencia participa en actividades recreativas o deportivas con otros?	1	Nunca
		2	Pocas veces
		3	Un número de veces considerable
		4	Siempre

Operacionalización de Variables

Dimensi ón	Nomb re de la variab le	Descrip ción de la variable	Definición Conceptual de la Variable	Definición Operaciona l de la Variable	Tipo de Vari able	Esc ala de me dici ón par a la Var iabl e	Tipo de resp uest a	Codifi cación de Variab les	Estand arizaci ón de Datos
Caracte rísticas Sociode mográfi cas	ID	Identific ador Único de Usuario	Código de identificació n del usuario para mantener confidencial idad de los datos	Se registrará el número del medidor de luz	Cuali tativ a	No min al	Polit ómic a	No Aplica	Numer o de medido r CFE
Caracte rísticas Sociode mográfi cas	Edad	Edad del Informan te	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuan titati va	Dis cret a	Razó n	No Aplica	Edad en Años cumpli dos al momen to de la visita
Caracte rísticas Sociode mográfi cas	Sexo	Sexo del informan te	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuali tativ a	No min al	Dico tómi ca	1 = Hombr e 2 = Mujer	Hombr e y Mujer
Caracte rísticas Sociode mográfi cas	Edo_C ivil	Estado civil del informan te	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, proveniente	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuali tativ a	No min al	Polit ómic a	1 = Soltero (a) 2 = Casado (a) 3 = Viudo(a)	Soltero (a), Casado (a), Viudo(a), Divorci ado(a),

			s del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.					a) 4 = Divorc iado(a) 5 = Unión libre	Unión libre
Caracte rísticas Sociode mográficas	Techo _Vivie nda	¿De qué material es la mayor parte del techo de esta vivienda ?	Tipo de material del que se encuentra construida la mayor parte del techo de la vivienda	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuali tativ a	No min al	Polit ómic a	1 = Materi al de desech o 2 = Lámin a de cartón 3 = Lámin a metálic a 4 = Lámin a de asbesto 5 = Palma o paja 6 = Mader a o tejama nil 7 = Terrad o con viguerí a 8 = Teja 9 = Losa de	Materia l de desech o, Lámina de cartón, Lámina metálic a, Lámina de asbesto , Palma o paja, Madera o tejama nil, Terrad o con viguerí a, Teja, Losa de concret o o viguetas con bovedil la

concret
o o
viguetas
con
bovedilla

Características Sociodemográficas	Paredes_Muros_Vivienda	¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de esta vivienda?	Tipo de material del que se encuentra construida la mayor parte de los muros o paredes de la vivienda	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No	Político	1 = Material de desecho, Lámina de cartón, Lámina de cartón, 2 = Lámina de cartón, 3 = Lámina de asbesto metálico, Carrizo, bambú o palma, Embarrado, bajareque o paja, 4 = Carrizo, bambú o palma, Embarrado, bajareque o paja, 5 = Embarrado, bajareque o paja, 6 = Madera, 7 = Adobe	Materiales de desecho, Lámina de cartón, Lámina de asbesto metálico, Carrizo, bambú o palma, Embarrado, bajareque o paja, Adobe, Tabique, ladrillo, block, piedra, cantera,
-----------------------------------	------------------------	---	---	--	-------------	----	----------	---	---

								8 = Tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto	cemento o concreto
								9 = No especificado	
Características Sociodemográficas	Pisos_Vivien da	¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda ?	Tipo de material del que se encuentra construido la mayor parte del piso de la vivienda	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Política	1 = Tierra 2 = Cemento o Firme 3 = Madera, mosaico u otro recubrimiento 4 = No especificado	Tierra, Cemento o Firme, Madera, mosaico u otro recubrimiento, No especificado
Características Sociodemográficas	Combustible_Para_Cocinar	¿Cuál es el combustible que más usan para cocinar?	Tipo de combustible más utilizado en la preparación de los alimentos dentro de la vivienda	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Política	1 = leña 2 = carbón 3 = gas de cilindro o estacionario 4 = gas natural o de tubería, electricidad,	leña, carbón, gas de cilindro o estacionario, gas natural o de tubería, electricidad,

								tubería 5 = electric idad 6 = Otro combu stible 7 = No cocina n	Otro combustible, No cocinan
Características Sociodemográficas	Luz_Electrica	¿Hay luz eléctrica en esta vivienda?	El término luz eléctrica es cualquier dispositivo capaz de producir luz por medio del flujo de una corriente eléctrica, produciendo con ello el alumbrado eléctrico o iluminación eléctrica	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicotómica	1 = Si 2 = No	Si y No
Características Sociodemográficas	Agua_Entubada	¿Esta vivienda tiene agua entubada?	Condición de las viviendas que cuentan con tuberías que transportan el líquido para que las personas puedan abastecerse mediante grifos ubicados en la cocina, escusados,	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicotómica	1 = Si 2 = No	Si y No

baño u otras
instalacione
s similares.

Caracte rísticas Sociode mográfi cas	Drenaj e_Vivi enda	¿Esta vivienda tiene drenaje o desagüe conectad o a:	Sistema de tuberías interconecta das que permite el desalojo de los líquidos pluviales o de otro tipo.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuali tativ a	No min al	Polit ómic a	1 = la red pública ? 2 = una fosa séptica o tanque séptico (biodig estor)? 3 = una tubería que va a dar a una barranc a o grieta? 4 = una tubería que va a dar a un río, lago o mar? 5 = ¿No tiene drenaje ? 6 = No especif icado	¿La red pública ?, Una fosa séptica o tanque séptico (biodig estor)?, ¿Una tubería que va a dar a una barranc a o grieta?, ¿Una tubería que va a dar a un río, lago o mar?, ¿No tiene drenaje ?, No especifi cado
---	--------------------------	--	--	--	---------------------	-----------------	--------------------	---	---

Características Sociodemográficas	Basura _Vive nda	¿La basura de esta vivienda:	Todo elemento que está considerado como un desecho al cual hay que eliminar	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuali tativ a	No min al	Polit ómico a	1 = la recoge un camión o carrito de basura ? 2 = la tiran en el basurer o público ? 3 = la tiran en un conten edor o depósit o? 4 = la quema n? 5 = la entierr an? 6 = la tiran en un terreno baldío o calle? 7 = la tiran a la barranc a o grieta? 8 = la tiran al rio,	¿La recoge un camión o carrito de basura? , La tiran en el basurer o público ?, ¿La tiran en un contene dor o depósit o?, ¿La quema n?, ¿La entierra n?, ¿La tiran en un terreno baldío o calle?, ¿La tiran a la barranc a o grieta?, La tiran al rio, ¿lago o mar?, No especificado
--	------------------------	---------------------------------------	---	--	---------------------	-----------------	---------------------	---	---

lago o
mar?
9 = No
especif
icado

Características Sociodemográficas	Grado _Estudios	Escolaridad del Informante	Tiempo transcurrido y años o grados aprobados en la escuela en cualquier nivel de enseñanza	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Político	1 = Ninguno 2 = Preescolar 3 = Primaria 4 = Secundaria 5 = Preparatoria o bachillerato 6 = Carrera Técnica o Comercial 7 = Licenciatura o Ingeniería 8 = Maestría 9 =	Ninguno, Preescolar, Primaria, Secundaria, Preparatoria o bachillerato, Carrera Técnica o Comercial, Licenciatura o Ingeniería, Maestría, Doctorado
--	-----------------	----------------------------	---	--	-------------	---------	----------	---	---

Doctor
ado

Autopercepción de Salud y Prevención	Edo_Salud	¿Cómo considera usted que es su estado de salud actual?	Condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Politémica	1 = Excelente 2 = Muy bueno 3 = Bueno 4 = Regular 5 = Malo	Excelente, Muy bueno, Bueno, Regular, Malo
Autopercepción de Salud y Prevención	Problemas_Salud_Atención	Cuando usted tiene problemas de salud ¿En dónde se atiende usualmente?	Un problema de salud es un problema relacionado con un estado o proceso relativo a la salud, manifestado por una persona, una familia o una comunidad	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Politémica	1 = IMSS 2 = ISSST 3 = INSAB 4 = Consultorio, Clínica u Hospital Privado 5 = Se atiende en Automédica	IMSS, ISSST, INSAB, Consultorio, Clínica u Hospital Privado, Se atiende en Automédica, Otro

6 = No
se
atiende
7 =
Otro

Autopercepción de Salud y Prevención	Seguro Social	¿Con que tipo de seguridad social cuenta?	La seguridad social es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Nominal	Político	1 = IMSS 2 = ISSST E, 3 = INSAB I, 4 = Privado 5 = Ninguno	IMSS, ISSST E, INSAB I, Privado, Ninguno
Autopercepción de Salud y Prevención	Atención Médica	¿Cómo considera usted que es la atención recibida en su centro de atención medica?	La atención médica, para ser de calidad, debe ser: segura, eficaz, eficiente, equitativa, oportuna y centrada en el paciente. Diversas instituciones internacionales han trabajado	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Político	1 = Excelente 2 = Muy buena 3 = Buena 4 = Regular 5 = Mala	Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala

			para lograr la mejora de la atención médica y han emitido diversas recomendaciones aplicables a cualquier sistema de salud.						
Autopercepción de Salud y Prevención	Revisión Preventiva	En los últimos seis meses ¿usted acudió a revisión médica preventiva?	Todos los adultos deben visitar a su proveedor de atención médica de vez en cuando, incluso cuando estén saludables. El propósito de estas consultas es: Hacer exámenes para detectar enfermedades	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicotómica	1 = Sí 2 = No	Si y No
Autopercepción de Salud y Prevención	Solicitud Atención Salud	En los últimos seis meses, ¿usted solicitó ser atendido(a) por algún profesional	servicio de atención médica no debe ser simplemente el de curar, sino también el de prevenir, tratar y atender las	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicotómica	1 = Sí 2 = No	Si y No

al de	enfermedad
salud o	es físicas y
centro	mentales,
sanitario	así como
debido a	promover la
un	salud entre
problema	la población
de salud,	
enfermed	
ad,	
control	
de la	
misma,	
lesión o	
accidente	
?	

Autopercepción de Salud y Prevención	Necesidad_Aten	En los últimos seis meses ¿Cuál fue el principal problema o motivo por el que tuvo necesidad de solicitar atención medica?	La mayoría de las preocupaciones de salud mundial surgen de la propagación de enfermedades infecciosas. Algunas de las enfermedades infecciosas más peligrosas que afectan continuamente a grandes poblaciones son el VIH / SIDA, la influenza, la malaria, la tuberculosis y el SRAS.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No	Político	1 = Infecciones respiratorias 2 = Neumonía o bronconeumonía 3 = Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema, Tos, catarro, dolor de garganta, Tuberculosis, Infección de oído, Conjuntivitis, Asma, Alergias 4 = Tos, catarro, dolor de garganta 5 = Tuberculosis 6 = Infección de oído 7 = Conjuntivitis 8 = Asma 9 = Alergias	Infecciones respiratorias, Neumonía o bronconeumonía, Enfermedad pulmonar, obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema, Tos, catarro, dolor de garganta, Tuberculosis, Infección de oído, Conjuntivitis, Asma, Alergias Enfermedades del corazón, Fiebre reumática
---	----------------	--	--	--	-------------	----	----------	--	--

10 =	ca,
Enferm	Diabete
edades	s,
del	Hiperte
corazó	nsión
n	arterial,
11 =	Emboli
Fiebre	a o
reumát	derram
ica	e
12 =	cerebra
Diabet	l.
es	Obesid
13 =	ad,
Hiperte	Artritis
nsión	,
arterial	Diarrea
14 =	Gastriti
Emboli	s o
a o	úlcer
derram	gástrica
e	,
cerebra	Colitis,
l	Parasit
15 =	osis
Obesid	intestin
ad	al,
16 =	Hepatit
Artritis	is,
17 =	Enferm
Diarrea	edades
18 =	renales,
Gastriti	Infecci
s o	ones de
úlcer	vías
gástric	urinaria
a	s,
19 =	Enferm
Colitis	edad
20 =	exante
Parasit	mática
osis	(varicel
intestin	a,
al	rubeola
21 =	,

Hepatitis	escarlatina),
22 =	Infección de
Enfermedades	transmisión
renales	sexual,
23 =	VIH/SIDA,
Infecciones	Paludismo,
de vías urinarias	Dengue
24 =	Intoxicación
Enfermedad	por
exantemática	veneno de
(varicela,	alacrán,
rubeola,	serpiente o
, escarlatina)	araña,
25 =	Alcoholismo
Infección de	Tabaquismo,
transmisión	Padecimientos
sexual	s
26 =	generados por
VIH/SIDA	consumo de
27 =	drogas,
Paludismo	Lesión
28 =	física
Dengue	por
e	accidente,
29 =	Lesión
Intoxicación	física
por	por
veneno de	agresión,
alacrán	Pérdida

,	de la
serpien	memori
te o	a,
araña	Estrés,
30 =	Depresi
Alcoho	ón
lismo	Proble
31 =	mas de
Tabaqu	la piel,
ismo	Enferm
32 =	edad
Padeci	bucode
miento	ntal,
s	Dolor
genera	de
dos por	cabeza
consu	o
mo de	cefalea
drogas	sin
33 =	otra,
Lesión	manife
física	stación,
por	Fiebre
accide	sin otra
nte	manife
34 =	stación,
Lesión	Susto,
física	empach
por	o, mal
agresió	de ojo
n	o aire
35 =	Embara
Pérdid	zo,
a de la	Cáncer
memor	o
ia	tumore
36 =	s Otro
Estrés	(especi
37 =	fica)
Depres	No
ión	sabe.
38 =	
Proble	
mas de	
la piel	

39 =
Enferm
edad
bucode
ntal
40 =
Dolor
de
cabeza
o
cefalea
sin otra
manife
stación
41 =
Fiebre
sin otra
manife
stación
42 =
Susto,
empac
ho, mal
de ojo
o aire
43 =
Embar
azo
44 =
Cáncer
o
tumore
s
45 =
Otro
(especi
fica)
46 =
No
sabe

Autopercepción de Salud y Prevención	Cartilla_Actualizada	¿Cuenta usted con cartilla nacional de vacunación actualizada?	Es un documento oficial y personal para la población mexicana que se entrega de forma gratuita. Indispensable para que, personal de salud y usuario, lleven el control de las acciones de promoción de salud, prevención, detección oportuna y control de las enfermedades	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicotómica	1 = Sí 2 = No	Si y No
Autopercepción de Salud y Prevención	Vacuna_Tetanos	En los últimos 10 años ¿Le han aplicado la vacuna contra el Tétanos?	Hay 2 vacunas que ayudan a proteger a los niños contra el tétanos: la DTaP y la Tdap. Ambas también protegen contra la difteria y la tosferina (pertussis).	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Politémica	1 = Sí 2 = No 3 = No sabe / No recuerda	Sí, No, No sabe / No recuerda

Autopercepción de Salud y Prevención	Vacuna_Influenza	En el último año ¿Le han aplicado la vacuna contra la Influenza ?	Estas vacunas no ofrecen protección de por vida. Se necesitan vacunas de refuerzo para mantener la protección	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Política	1 = Sí	Sí, No, No sabe / No recuerda
			La influenza es una enfermedad respiratoria contagiosa provocada por los virus de la influenza que infectan la nariz, la garganta y en algunos casos los pulmones. Este virus puede causar una enfermedad leve o grave y en ocasiones puede llevar a la muerte.					2 = No	
								3 = No sabe / No recuerda	

Auto percepción de Salud y Prevención	Vacuna_COVID	¿Le han aplicado la vacuna contra COVID-19?	Las vacunas contra la COVID-19 protegen a las personas de contagiarse con COVID-19 y de presentar síntomas más graves si se contagian de COVID-19. Estas vacunas le "enseñan" a su cuerpo cómo defenderse contra el virus SARS-CoV-2, que causa la COVID-19.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No	Dicotómica	1 = Sí 2 = No	Si y No
Auto percepción de Salud y Prevención	Protección_Vehículo	Cuando usted utiliza automóvil, motocicleta o bicicleta ¿Lleva puesto el cinturón de seguridad o casco?	En el mundo automotriz la seguridad va ligada a proteger al conductor y los ocupantes del vehículo, pero también a proteger las piezas y elementos del	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Política	1 = Rara vez o nunca 2 = Pocas veces o alguna vez 3 = Un número de veces considerable 4 = Todo	Rara vez o nunca, Pocas veces o alguna vez, Un número de veces considerable, Todo el tiempo o la mayoría

automóvil
con el fin de
garantizar el
buen
funcionamie
nto del
mismo

el
tiempo
o la
mayorí
a del
tiempo

Autopercepción de Salud y Prevención

Actividad_Física

Durante el último mes ¿Cuántas veces realizó usted por lo menos 30 minutos de actividad física moderada?

La actividad física es de intensidad moderada cuando aumenta la sensación de calor y se inicia una ligera sudoración; el ritmo de la respiración y de los latidos del corazón se incrementa, pero aún nos permite hablar.

Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad

Cualitativa

Ordinal

Política

1 = Rara vez o nunca
2 = Pocas veces o alguna vez
3 = Un número de veces considerable
4 = Todo el tiempo o la mayoría del tiempo

Rara vez o nunca, Pocas veces o alguna vez, Un número de veces considerable, Todo el tiempo o la mayoría del tiempo

Autopercepción de Salud y Prevención

Ejemplos_Actividades_Físicas

Durante las dos últimas semanas ¿Ha realizado alguna actividad física en su tiempo libre como

La actividad física en tiempo libre (AFTL) es el ejercicio, el deporte o la recreación que no están relacionados con actividades que forman

Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad

Cualitativa

No nominal

Dicotómica

1 = Sí
2 = No

Si y No

		hacer deporte, correr, nadar, andar en bicicleta, hacer gimnasia etc?	parte del trabajo habitual, tareas del hogar o transporte						
Salud Física	Peso_Aprox	Aproximadamente ¿Cuánto pesa sin zapatos? Kg	Es comparar numéricamente un objeto con un instrumento patrón	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Discreta	Razón	No Aplica	Medida de la persona en metros sin zapatos
Salud Física	Medición_Aprox	Aproximadamente ¿Cuánto mide sin zapatos? M	Valoración del crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del individuo	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Discreta	Razón	No Aplica	Peso en kilogramos de la persona sin zapatos
Salud Física	Peso_Consideración	¿Considere que su peso actual es...	Valoración del crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del individuo	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Político	1 = Mayor al saludable 2 = Saludable 3 = Menor al saludable 4 = No sabe	Mayor al saludable, Saludable, Menor al saludable, No sabe

Salud Física	Limitación_Actividades	Su estado de salud actual... ¿le limita para realizar sus actividades cotidianas en el trabajo, hogar u escuela?	Es el estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuantitativa	No minimal	Político	1 = Nunca 2 = Pocas veces 3 = Un número de veces considerable 4 = Siempre	Nunca, Pocas veces, Un número de veces considerable, Siempre
Salud Física	Esfuerzo	Durante la última semana... ¿le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	Es enfrentar las dificultades con el ánimo de superarlas para conseguir metas, supone la realización de una acción enérgica para conseguir algo.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Político	1 = Rara vez o nunca (menos de un día) 2 = Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 3 = Un número de veces considerable (3-4 días) 4 = Todo el tiempo o la mayoría del tiempo	Rara vez o nunca (menos de un día), Pocas veces o alguna vez (1-2 días), Un número de veces considerable (3-4 días), Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)

(5-7
días)

Salud Física	Fatiga	¿Usted puede caminar más de seis minutos sin sentir fatiga?	Dirigirse a algún lugar o meta.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicotómica	1 = Sí 2 = No	Si y No
Salud Física	Médico_Azúcar	¿Cuándo fue la última vez que usted se midió el azúcar en sangre?	Es la cantidad de glucosa que una persona tiene en la sangre contenida en los alimentos que el cuerpo produce y almacena.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Politémica	1 = Nunca 2 = Hace 6 meses o menos 3 = Hace 1 año o menos 4 = Hace más de un año	Nunca, Hace 6 meses o menos, Hace 1 año o menos, Hace más de un año
Salud Física	Médico_Diabetes	¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?	Es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre que con el tiempo conduce a	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Politémica	1 = Sí 2 = Sí, durante el embarazo (Diabetes gestacional) 3 = No	Sí, Sí durante el embarazo (Diabetes gestacional), No

daños graves.

Salud Física	Médico_Tensión Arterial	¿Cuándo fue la última vez que usted se midió la tensión arterial?	Es la fuerza de la sangre al empujar con las paredes de sus arterias cada vez que el corazón late, bombea sangre hacia las arterias	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Político	1 = Nunca 2 = Hace 6 meses o menos 3 = Hace 1 año o menos 4 = Hace más de un año	Nunca, Hace 6 meses o menos, Hace 1 año o menos, Hace más de un año
Salud Física	Médico_Presión Alta	¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?	Es cuando uno o ambos números de la presión arterial son mayores 130mmHg/80mmHg.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicológica	1 = Sí 2 = No	Si y No
Salud Física	Dolor_Aprox	¿Ha tenido alguna vez un dolor fuerte en el pecho, sudoración, con falta de aire o gran malestar que durara	Problema físico mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicológica	1 = Sí 2 = No	Si y No

media
hora o
más?

Salud Física	Médico_Salud	¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñón, como... infección de vías urinarias en más de una ocasión?	Significa que los riñones están dañados y no pueden llevar a cabo las funciones como, por ejemplo: filtrar la sangre de la forma en la que deberían.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No nominal	Dicotómica	1 = Sí 2 = No	Si y No
Salud Física	Análisis_Colesterol	¿Cuándo fue la última vez que usted se realizó un análisis para medir colesterol?	Análisis sanguíneo que mide la cantidad de colesterol y lípidos en la sangre	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuantitativa	Ordinal	Política	1 = Nunca 2 = Hace 6 meses o menos 3 = Hace 1 año o menos 4 = Hace más de un año	Nunca, Hace 6 meses o menos, Hace 1 año o menos, Hace más de un año

Salud Física	Colesterol_Altos	¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto?	Puede producir una peligrosa acumulación de colesterol y otros depósitos en las paredes de las arterias	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicotómica	1 = Sí 2 = No	Si y No
Salud Física	Análisis_Triglicéridos	¿Cuándo fue la última vez que usted se realizó un análisis para medir triglicéridos?	Mide la cantidad de una grasa que hay en la sangre llamada triglicérido.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Política	1 = Nunca 2 = Hace 6 meses o menos 3 = Hace 1 año o menos 4 = Hace más de un año	Nunca, Hace 6 meses o menos, Hace 1 año o menos, Hace más de un año
Salud Física	Triglicéridos_Altos	¿Algún médico le ha dicho que tiene los triglicéridos altos?	Pueden contribuir al endurecimiento de las arterias o al engrosamiento de las paredes arteriales	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicotómica	1 = Sí 2 = No	Si y No
Salud Física	Daño_Accidente	En los últimos 12 meses, ¿sufrió usted algún daño a su salud a	Suceso imprevisto que altera la marcha normal o prevista de las cosas, especialmente el que	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicotómica	1 = Sí 2 = No	Si y No

causa de un accidente?
causa daños a una persona o cosa

Salud Física	Anteojos_Leer	¿Usa anteojos o lentes de contacto? Incluya el uso de anteojos para leer.	Objeto usado por algunas personas para corregir defectos de visión	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicotómica	1 = Sí 2 = No	Si y No
Salud Física	Prótesis_Auditiva	¿Usa una prótesis auditiva?	Un audífono o audiófono es un dispositivo electrónico que notifica, amplifica y cambia el sonido para permitir una mejor comunicación.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Dicotómica	1 = Sí 2 = No	Si y No
Salud Física	Dolor_Cuerpo	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	"Una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial"	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Política	1 = Nada 2 = Un poco 3 = Regular 4 = Bastante 5 = Mucho	Nada, Un poco, Regular, Bastante, Mucho

Salud Mental	Semanas_Nervioso	Durante la última semana... ¿Cuántas veces se ha sentido nervioso (a)?	Templanza o estado de equilibrio emocional	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuantitativa	Ordinal	Política	1 = Rara vez o nunca (menos de un día) 2 = Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 3 = Un número o de veces considerable (3-4 días) y Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días) 4 = Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)	Rara vez o nunca (menos de un día), Pocas veces o alguna vez (1-2 días), Un número de veces considerable (3-4 días) y Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
Salud Mental	Concentrarse_Semana	Durante la última semana... ¿le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?	Acción de concentrar o concentrarse cosas o personas que están dispersas o que se pueden dispersar.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Política	1 = Rara vez o nunca (menos de un día) 2 = Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 3 = Un	Rara vez o nunca (menos de un día), Pocas veces o alguna vez (1-2 días), Un número de

								número de veces considerable (3-4 días) y Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)	
Salud Mental	Triste_Deprimido	Durante la última semana... ¿se sintió triste o deprimido(a)?	Que está situado más abajo o más hundido que las partes que lo rodean.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Política	1= Rara vez o nunca (menos de un día) Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 3 = Un número de veces considerable (3-4 días) 4 = Todo el tiempo o la mayoría del	Rara vez o nunca (menos de un día), Pocas veces o alguna vez (1-2 días), Un número de veces considerable (3-4 días) y Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)

tiempo
(5-7
días)

**Salud
Mental**

Semana_Sueño	Durante la última semana... ¿no durmió bien?	Estado de reposo en que se encuentra la persona o el animal que está durmiendo	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Política	1 = Rara vez o nunca (menos de un día) 2 = Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 3 = Un número o de veces considerable (3-4 días) 4 = Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)	Rara vez o nunca (menos de un día), Pocas veces o alguna vez (1-2 días), Un número de veces considerable (3-4 días) y Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
--------------	--	--	--	-------------	---------	----------	--	---

Salud Mental	Tiempo_Promedio_Sueño	Regularmente ¿Cuántas horas duerme diariamente?	Necesidad biológica que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas esenciales	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuantitativa	Discreta	Razón	No Aplica	Número de horas diariamente
Salud Mental	Disfrutar_Vida	Durante la última semana... ¿disfrutó de la vida?	Forma en que se interpretan los acontecimientos puede hacer que percibas la vida como un regalo o como un castigo.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Político	1=Rara vez o nunca (menos de un día) 2=Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 3=Un número de veces considerable (3-4 días) 4=Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)	Rara vez o nunca (menos de un día), Pocas veces o alguna vez (1-2 días), Un número de veces considerable (3-4 días), Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).
Salud Mental	Pensamiento_Suicidio	¿Alguna vez ha pensado en suicidarse?	Acto de quitarse deliberadamente la propia vida	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Político	1=Si 2=No responde 3=No responde	Sí, no responde, no responde

Salud Social	Daño_Salud_Agresiones	En los últimos 12 meses, ¿sufrió usted algún daño a su salud por robo, agresión o violencia?	Alteración del estado de salud normal asociado a caracterización secuencial de signos y síntomas ocasionados por un agente etiológico específico.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Político	1=Si 2=No 3=No responde	Si, No, No responde
Salud Social	Consumo_Procedimiento_Cajetillas	¿Ha fumado usted por lo menos 100 cigarrillos (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?	Es el consumo de tabaco en situaciones ocasionales o consumo frecuente.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Político	1=Si 2=No 3=No sabe / no responde	Si, No, No sabe/No responde.
Salud Social	Consumo_Tabaco	Actualmente ¿fuma tabaco?	Los cigarrillos contienen nicotina y productos químicos que causan cáncer y que son perjudiciales tanto para los fumadores como para quienes no fuman.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No minimal	Político	1= ¿todos los días? 2= ¿algunos días? 3= ¿no fuma actualmente? 4=No responde	¿Todos los días?, ¿Algunos días?, ¿No fuma actualmente?, No responde.

Salud Social	Promedio_Consumo_Cigarros	En promedio, ¿cuántos cigarros fuma actualmente por día?	Numero de cigarrillos consumidos durante 24 horas	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuantitativa	Discreta	Razón	No Aplica	Numero de cigarrillos por día
Salud Social	Consumo_Bebida_Alcohólica	¿Actualmente toma bebidas alcohólicas?	Bebida en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1 por ciento de su volumen	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	No	Político	1=Si 2=No 3=Nunca ha tomado	Si, No, Nunca ha tomado.
Salud Social	Frecuencia_Consumo_Alcohol	Aproximadamente, ¿con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?	Frecuencia del consumo de alcohol, como actividad cotidiana.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Político	1=Diario 2=Semanal 3=Mensual 4=Ocasional 8=No responde	Diario, Semanal, Mensual, Ocasional, No responde.
Salud Social	Promedio_Consumo_Copas	En promedio, ¿cuántas copas toma por ocasión?	Cantidad y frecuencia de consumos de bebidas alcohólicas.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuantitativa	Discreta	Razón	No Aplica	Numero de copas en cada consumo

Salud Social	Horas _Trabajo_Diario	En promedio, ¿cuántas horas trabaja diariamente?	Tiempo durante el cual la persona trabajadora se encuentra a disposición del patrón para prestar su trabajo.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cuantitativa	Discreta	Razón	No Aplica	Número de horas laborales
Salud Social	Estado _Salud _Dificultad_ Actividades	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	Se refiere a sus condiciones médicas (salud física y mental), experiencias en reclamaciones, admisiones de cuidado de salud, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad e incapacidad.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Política	1=Nada 2=Un poco 3=Regular 4=Bastante 5=Muchísimo	Nada, Un poco, Regular, Bastante, Mucho

Salud Social	Vida_Social	¿Cómo piensa que es su vida social?	Actividades relativas a la relación social con miembros de otros hogares, parientes, amigos o vecinos, incluyendo relaciones de ayuda a personas de otros hogares.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Político	1 = Nada 2 = Un poco 3 = Regular 4 = Bastante 5 = Mucho	Nada, Un poco, Regular, Bastante y Mucho
Salud Social	Salir_Distraerse_Invitación	Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha recibido invitaciones para distraerse y salir con otras personas?	Desviar o apartar [algo] de su sitio', 'divertir (se) o entretener (se)' y 'desviar, o perder, la atención'.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Político	1 = Muy satisfactoria 2 = Medianamente satisfactoria 3 = Poco satisfactoria 4 = Nada satisfactoria	Muy satisfactoria, Medianamente satisfactoria, Poco satisfactoria y Nada satisfactoria
Salud Social	Recibir_Amor_Efecto	Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha recibido amor o afecto?	Gracias al amor nos impulsamos a ser mejores personas, a compartir lo poco o mucho que tenemos, sin necesidad	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Político	1 = Nunca 2 = Pocas veces 3 = Regularmente 4 = Bastantes	Nunca, Pocas veces, Regularmente, Bastantes veces y Muchas veces

			de esperar algo a cambio. Sin embargo, dar sin recibir agota, por lo que el amor necesita alimentarse. El amor es capaz de hacernos vivir llenos de felicidad, así como hundirnos en el sufrimiento.					veces 5 = Muchas veces	
Salud Social	Hablar _Problemas	Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha tenido la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales, familiares o de trabajo?	Hablar de nuestras preocupaciones y problemas es lo que nos va a ayudar a poner el foco, otorgarles la importancia que tienen y descubrir qué son en realidad. Hablando damos estructura a lo que nos ocurre, analizamos lo que puede estar generando	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Política	1 = Nunca 2 = Pocas veces 3 = Bastantes veces 4 = Bastantes veces 5 = Muchas veces	Nunca, Pocas veces, Regularmente, Bastantes veces y Muchas veces

esa
preocupación y
comprendemos qué la
está
manteniendo en
funcionamiento.

Salud Social	Personas_Preocupación	Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha contado con personas que se preocupan por lo que a usted le sucede?	Como intransitivo pronominal significa 'sentir temor o inquietud por alguien o algo' y 'dedicar atención a alguien o algo'.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	ordinal	Político	1 = Nunca 2 = Pocas veces 3 = Regula rmente 4 = Bastant es 5 = Mucha s veces	Nunca, Pocas veces, Regula rmente, Bastant es veces y Mucha s veces
Salud Social	Consejos_Útiles	¿Ha recibido usted consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida?	Recibir consejo con frecuencia se interpreta como un consumo pasivo de sabiduría y aconsejar se considera como una cuestión de “buen juicio”, que se tiene o no.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Político	1 = Nunca 2 = Pocas veces 3 = Regula rmente 4 = Bastant es 5 = Mucha s veces	Nunca, Pocas veces, Regula rmente, Bastant es veces y Mucha s veces

Salud Social	Ayuda _Enfermedad	¿Ha recibido ayuda cuando está en la cama por enfermedad?	El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.	Se obtendrá a través de la entrevista directa a los individuos de la comunidad	Cualitativa	Ordinal	Política	1 = Nunca 2 = Pocas veces 3 = Regula rmente 4 = Bastant es 5 = Mucha s veces	Nunca, Pocas veces, Regula rmente, Bastant es veces y Mucha s veces
---------------------	-------------------	---	--	--	-------------	---------	----------	--	---

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Aitziber Benito, Beatriz Nuin, Y. S. (Promoción de la S. D. de S. P. y A. M. B. (Subdirección de S. P. y A. de G. M. J. A. (Comarca de S. P. G.-L.-A. E. B. A. P. (2016). Grupo promotor Red local para la salud Comunidad. 41. http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf
2. Almenas, M., Serrudo, N., Cabezas, C., Paulo, A., Montiel, G., Caballero, L. G., Cárdenas, L. G., Morón, A., & Roa, E. (2016). Participación y Comunicación Social en Medicina Familiar y Comunitaria y Atención Primaria en Salud. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(Suplemento 1-V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar), 31–46. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1279/753%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/ver8z>
3. Camarelles Guillem, F. (2018). Los retos de la prevención y promoción de la salud, y los del PAPPS. *Atención Primaria*, 50(Supl 1), 1–2. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30358-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30358-5)
4. Castillo, R. O., Filigrana, S. R., Gonzalez, L. E. P., Eibenschutz, C., & Caloca, J. V. (2000). Salud comunitaria en los Altos de Chiapas, México. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 13(1), 28–31.
5. Cofiño Fernández, R., Álvarez Muñoz, B., Fernández Rodríguez, S., & Hernández Alba, R. (2005). Health promotion based on evidence: Do community health programmes really work? *Atención Primaria*, 35(9), 478–483. <https://doi.org/10.1157/13075472>
6. Correal-Muñoz, C. A., & Arango-Restrepo, P. (2014). Aspectos bioéticos en la salud comunitaria. *Persona y Bioética*, 18(2). <https://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.9>
7. Escartín Lasierra, P., López Ruiz, V., & Ruiz-Giménez Aguilar, J. L. (2015). La participación comunitaria en salud. *Pacap*, 17(2), 1–8.
8. Foz Gil, G. (2013). Recensión bibliográfica. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 569. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.03.005>
9. García Pérez, R. P., Ballbé Valdés, A., & Iglesia Almansa, N. R. (2015). El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 29(3), 660–668.
10. IMSS. (2013). *Introducción IMSS*. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/04_introduccion.pdf
11. Miller, F. (2008). Programas de salud comunitaria alrededor del mundo. *Atención Primaria*, 40(2), 55–57. <https://doi.org/10.1157/13116146>
12. Reyes-Morales, H., Dreser-Mansilla, A., Arredondo-López, A., Bautista-Arredondo, S., & Ávila-Burgos, L. (2019). Analysis and reflections on the 2019 initiative that

reforms Mexico's Ley General de Salud. *Salud Pública de México*, 61(5), 685–691. <https://doi.org/10.21149/10894>

13. Sobrino Armas, C., Hernán García, M., & Cofiño, R. (2018). What we mean when we talk about “community health”. SESPAS Report 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 5–12. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>
14. Valera-Gran, D., Prieto-Botella, D., Hurtado-Pomares, M., Hernández-Sánchez, S., Garcia-de-la-Hera, M., Navarrete-Muñoz, E. M., & Pérez-Vazquez, M. T. (2022). Desarrollo de un proceso participativo para el diagnóstico de salud comunitaria en estudiantes de la Universidad Miguel Hernández: Proyecto #beUMHealthy. *Global Health Promotion*, 29(2). <https://doi.org/10.1177/17579759211015912>
15. Velez, O. R. (2003). Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía? *Avances en Enfermería*, 49–61. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxi1_5.pdf
16. Cotonieto-Martínez, E., & Rodríguez-Terán, R. (2021). Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(2), 1-111.
17. Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington, DC: OPS.
18. Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic Epidemiology* (2nd ed.). Ginebra: WHO.
19. Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Ginebra: WHO.
20. Frías Osuna, A. (2004). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Barcelona: Ed. Masson.
21. Starfield, B. (2000). *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de Salud, Servicios y Tecnología*. Barcelona: Editorial Masson.
22. Research Australia. (2007). *Healthy planet, places, and people*. Canberra: Research Australia.
23. Piedrola Gil, M. (2000). *Medicina preventiva y salud pública* (10ª ed.). Barcelona: Ed. Masson.
24. Carreño, A., & Soto, M. (2020). La importancia de la validación de instrumentos en investigación en salud. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 45-52.
25. González, R. (2020). Determinantes sociales de la salud en México: un análisis crítico. *Salud y Sociedad*, 12(3), 78-89.
26. Muñoz, J., López, T., & Ramírez, E. (2019). Formación en salud pública: el rol de la investigación y el diagnóstico comunitario. *Educación en Salud*, 34(2), 123-134.
27. Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud comunitaria: un enfoque integral para mejorar la salud de la población*. Ginebra: OMS.
28. Pérez, L., Martínez, F., & Torres, A. (2022). Diversidad cultural y salud: retos en la atención médica en México. *Cultura y Salud*, 18(4), 200-215.
29. Adlerwick, J., & Gottlieb, L. M. (2019). Meanings and uses of health-related social needs: A systematic review. *Health Affairs*, 38(7), 1139-1146.

30. Keller, K. E., Sabo, R. T., & Pfohl, J. (2016). Community engagement in public health: A framework for change. *Journal of Public Health Management and Practice*, 22(3), 234-242.
31. Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: A fresh look at organizational domains. *Health Education Research*, 16(2), 187-195.
32. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
33. Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health*. Oxford University Press.
34. McGinnis, J. M., & Foege, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *JAMA*, 270(18), 2207-2212.
35. Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Ginebra: OMS.
36. Villarreal, A., Rojas, C., & Alvarado, M. (2020). Desigualdades en salud en México: un análisis crítico. *Salud y Sociedad*, 14(1), 50-67.
37. Wiggins, N., Rodriguez, M. A., & Ornelas, I. (2015). Engaging communities in the evaluation of health interventions. *American Journal of Public Health*, 105(1), 31-38.
38. World Health Organization (WHO). (2019). *Community engagement for health equity*. Ginebra: OMS.
39. Berkman, L. F., Kawachi, I., & Glymour, M. M. (2015). *Social epidemiology*. Oxford University Press.
40. Cohen, A. J., et al. (2018). The importance of cultural considerations in health interventions in Mexico. *Global Health Action*, 11(1), 1471274.
41. CONEVAL. (2020). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. Recuperado de www.coneval.org.mx.
42. González, R., et al. (2018). La atención primaria de salud en México: un enfoque integral. *Revista de Salud Pública*, 20(1), 45-54.
43. American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de www.apa.org.
44. Barquera, S., et al. (2020). Nutrición y salud en México: desafíos y oportunidades. *Salud Pública de México*, 62(6), 725-733.
45. Borges, G., et al. (2021). Prevalencia de conductas suicidas en zonas rurales de México. *Revista de Psicología Social*, 39(2), 145-160.
46. CONAGUA. (2021). Estadísticas del agua en México. <https://www.gob.mx/conagua>
47. Gutiérrez, J. P., et al. (2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021. Instituto Nacional de Salud Pública.
48. INEGI. (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. <https://www.inegi.org.mx>
49. López-Cervantes, M., et al. (2018). Autopercepción de salud y factores asociados en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 60(1), 56-64.
50. Sánchez-Sosa, J. J., et al. (2020). Apoyo social y bienestar en comunidades rurales. *Revista Mexicana de Psicología*, 37(1), 22-30.

51. Hernández-Nieto, R. A. (2019). Contribuciones al análisis de datos cualitativos. Universidad de Los Andes.
52. INEGI. (2022). Estadísticas a propósito del día mundial de la salud mental. <https://www.inegi.org.mx>
53. Streiner, D. L., et al. (2015). Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use. Oxford University Press.
54. Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. International Journal of Medical Education, 2, 53-55.
55. Valdez-Medina, J. L., et al. (2020). Adaptación cultural de instrumentos de salud mental en comunidades rurales. Revista Mexicana de Psicología, 37(2), 45-58.