



Instituto Nacional
de Salud Pública

*Generación de conocimiento
para el desarrollo de políticas de salud*

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA/

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO

2009-2011

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN TRES LOCALIDADES DE ABASOLO, GUANAJUATO, 2011.

Alumno:

Luis Fernando Ramírez Domínguez.

luferado@hotmail.com

Directora del proyecto:

Dra. Corina Flores Hernández

Asesor. Dr. Benjamín Flores Saldaña

Guanajuato, Junio de 2013

INDICE

INTRODUCCIÓN	- 1 -
1.1. Daños a la salud	- 4 -
1.2. Recursos y servicios.....	- 4 -
1.3. Priorización.....	- 5 -
1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	- 6 -
2.1. Infecciones respiratorias agudas.....	- 6 -
2.2. Promoción de la salud	- 6 -
2.3.1. Las comunidades y entornos saludables	- 7 -
A) Determinantes.....	- 9 -
B) Entornos saludables.....	- 10 -
C) Participación municipal.....	- 11 -
D) Participación comunitaria	- 11 -
2.3.2. La Salud empieza en Casa:.....	- 11 -
2.3.3. Programa de Desarrollo Humano-Oportunidades:	- 12 -
2.4. Evaluación	- 13 -
3. INTERVENCION EDUCATIVA.....	- 14 -
3.1. Técnicas participativas en educación popular	- 15 -
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 16 -
6. JUSTIFICACIÓN	- 23 -
6.1. Impacto económico de las infecciones respiratorias agudas.	- 24 -
6.2. Alternativa de solución.	- 24 -
6.3. Beneficios potenciales.....	- 25 -
6.4. Factibilidad	- 25 -
6.4.1 Administrativa.....	- 25 -
6.4.2. Política	- 26 -
6.4.3. Legal	- 26 -
6.4.4 Social	- 27 -
7. OBJETIVOS.....	- 28 -
7.1. OBJETIVO GENERAL	- 28 -
7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- 28 -

7.3. Metas.....	- 29 -
7.4 Estrategias.....	- 29 -
7.5Límites.....	- 29 -
8. MATERIAL, MÉTODOS E INSTRUMENTOS.....	- 29 -
8.1. Diseño del estudio.....	- 30 -
8.2. Universo.....	- 31 -
8.3. Población en estudio.....	- 31 -
8.4. Unidad observación:.....	- 31 -
8.5. Unidad de análisis:.....	- 32 -
8.6. Tamaño de muestra:.....	- 32 -
8.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	- 32 -
8.7.1. Criterios de inclusión:.....	- 32 -
8.7.2. Criterios de exclusión.....	- 33 -
8.7.3. Criterio de eliminación.....	- 33 -
8.7.4. Aspectos Éticos.....	- 33 -
8.8. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	- 33 -
8.8.1. Recolección de Información:.....	- 33 -
8.9. Ejecución de la intervención.....	- 34 -
8.10. Plan de Análisis de datos.....	- 36 -
8.11. Definición del plan de procesamiento y presentación de la información.....	- 37 -
8.12. CRONOGRAMA.....	- 37 -
8.13. PRESUPUESTO.....	- 38 -
8.13.1Infraestructura.....	- 38 -
8.13.3. Transporte.....	- 38 -
8.13.4. Equipo.....	- 38 -
8.13.5. Recursos materiales.....	- 38 -
9. RESULTADOS.....	- 38 -
9.1.1 FACTORES DETERMINANTES EN EL CAMPO DE LA SALUD IDENTIFICADOS	- 44 -
9.1.1.1 BIOLOGÍA.....	- 44 -
9.1.1.2. Medio ambiente.....	- 46 -
9.1.1.3. Estilos de vida.....	- 48 -

9.1.1.4. Respuesta social organizada	50 -
9.2. Resultados de la intervención educativa	54 -
.....	59 -
10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	59 -
11.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO	63 -
Se realizó una encuesta dirigida al personal de salud de ahora CAISES Abasolo, en donde todo el personal que se le solicitó que participara, aceptó contestar la encuesta, siendo anónima. Sin embargo las respuestas manifestaban conocer el programa de Comunidades saludables pero no conocían su operación, por lo que se descartó el análisis de resultados de dicha encuesta.....	
12. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA INTERVENCIÓN	64 -
14. Anexos	69 -
ANEXO 1. Consentimiento Informado.....	70 -

Relación de Gráficos

Grafico 1. Distribución de la población por edad en quinquenios y sexo en el año 2010.....	2
Grafico No. 2 Abordajes complementarios a la prevención.	8
Grafico 3. Tasa de mortalidad de menores de cinco años por cada 1000 niños nacidos vivos, 1990 y 2008.	17
Grafico 4. Causas de muertes entre niños menores de cinco años, en porcentaje, 2008.	18
Grafico 5. Casos de infecciones respiratorias agudas presentados en México, durante el periodo del año 2000 al 2010.	19
Grafico 6. Casos y tendencia de Infecciones respiratorias agudas reportadas en el Hospital comunitario Abasolo (ahora CAISES) durante el periodo comprendido del año 2004 al 2010.....	20
Grafico 7. Ubicación de las localidades de Tamazula, Las cabrillas y Margaritas en relación con la marcha urbana de la Ciudad de Abasolo, Gto.	30
Grafico 8. Secuencia didáctica basada en los principios del aprendizaje significativo.....	35
Grafico 9. Nivel de Desnutrición de los menores reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	46
Grafico 10. Nivel de lactancia materna a los menores reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.	46
Grafico 11. Uso de combustibles reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	47
Grafico 12.- Manejo de desechos sólidos municipales reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	48

Grafico 13.- Importancia identificada respecto a la contaminación ambiental reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.	48
Grafico 14.- Espacio en donde los menores pasan la mayoría del tiempo, reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.	49
Grafico 15 Nivel de escolaridad de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	50
Grafico 16.- Importancia del lavado de manos, reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	50
Grafico 17.- Importancia de no fumar en el interior de la casa, reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	51
Grafico 18.- Unidades de salud a la que acuden al servicio médico, reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	52
Grafico 19.- Esquema de vacunación en menores, reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	52

Relación de tablas

Tabla No. 1 Relación entre eventos medioambientales y diagnóstico de Infecciones respiratorias agudas calculados mediante razón de momios.	3
Tabla 2 Priorización de los problemas de salud identificados en el Hospital Comunitario de Abasolo, siguiendo el método de Hanlon.	5
Tabla 3. Relación de determinantes en el campo de la salud para las infecciones respiratorias agudas.....	10
Tabla No. 4 Casos reportados con Diagnóstico de Infecciones Respiratorias Agudas en el Municipio de Abasolo, Gto; en el SUIVE, acumulado hasta la semana 52 del 2010 de acuerdo a las unidades reportantes.....	21
Tabla 5.- Calculo del Tamaño de la muestra.....	32
Tabla No. 6 Objetivos operativos de la intervención educativa	34
Tabla 7.Cronograma de actividades.....	38
Tabla 8. Presupuesto.	38
Tabla 9.- Resultado de la revisión del expediente de las comunidades de Tamazula y Cabrillas Certificadas como saludables, en referencia a participación de la comunidad y capacitación de IRA's	40
Tabla 10.- Nivel de escolaridad de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	41
Tabla 11.- Ocupación habitual de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.	42
Tabla 12.- Nivel de ingresos familiares reportados por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.	42
Tabla 13.- Número de habitantes por vivienda de las colonias en estudio.	43
Tabla 14.- Número de habitaciones por vivienda, en las tres colonias en estudio.....	43
Tabla 15.- Participación de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio en el proceso de	

Certificación como Comunidades Saludables.....	44
Tabla 16.- Nivel de participación de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	44
Tabla 17.- Beneficiarias del programa del programa oportunidades de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	45
Tabla 18.- Menores de 5 años que habitan en la vivienda de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.....	45
Tabla 19.- Comparación de uso del servicio de drenaje entre las tres comunidades en estudio.	53
Tabla 20.- Comparación de número de habitantes por vivienda, entre las tres comunidades en estudio.....	53
Tabla 21.- Comparación de fumadores entre las tres comunidades en estudio.....	54
Tabla 22.- Comparación de condición de fumar en espacios ventilados, entre las tres comunidades en estudio.....	54
Tabla 23.- Comparación de la identificación de los signos de alarma por las madres y/o cuidadoras de menores de cinco años, entre las tres comunidades en estudio.....	54
Tabla 24.- Comparación de uso antibióticos en niños, entre las tres comunidades en estudio	55
Tabla 25.- Resultados en porcentaje de aciertos de las evaluaciones realizadas en el taller para fortalecer los conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas, por localidad,	56
Tabla 26.-Comparación de resultados previos y posteriores de la intervención educativa de las tres localidades en estudio mediante el método χ^2 , con Índice de confianza de 95%, valor $\alpha= 0,05$, con 1 grado de libertad.	56
Tabla 27.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluación previa a la intervención, así como en la post intervención, de manera general se manifiesta un cambio significativo.....	57
Tabla 28.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificación de signos de alarma.....	57
Tabla 29.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de Que hace cuando identifica los primeros síntomas de Infección Respiratoria aguda.	58
Tabla 30.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificar la importancia de la ventilación para prevenir las Infecciones Respiratorias agudas.....	58
Tabla 31.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificar la a Quien afecta más las infecciones respiratorias agudas.	58
Tabla 32.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de	

la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificar la importancia del cuidado en la atención al niño en casos de las Infecciones Respiratorias agudas.....	59
Tabla 33.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificar la SI se fuma en la casa.....	59
Tabla 34.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificar la casos de las Infecciones Respiratorias agudas.....	59
Grafico 35.- Distribución de resultados de las evaluaciones de previa y posterior a la intervención educativa	60

INTRODUCCIÓN

El Programa de Acción de Entornos y Comunidades Saludables contempla combatir los problemas que amenazan la salud integral de las personas, familias y comunidades, al fortalecer las conductas saludables que benefician a su población y refuercen el poder de las comunidades sobre los determinantes de su salud.

Mediante la evaluación de la estrategia de promoción para la salud en las comunidades intervenidas en el municipio de Abasolo, Guanajuato, en los años 2010 y 2011, se busca identificar el grado de conocimientos sobre las Infecciones Respiratorias agudas, adquiridos por la población a través de las actividades desarrolladas en el proceso de Certificación de dichas comunidades

El análisis de las características de la población, las condiciones del ambiente y los entornos que afectan a la salud, a través de la estrategia de Promoción Para la salud, contribuye a identificar riesgos e identificar los factores determinantes para la presencia de Infecciones Respiratorias agudas lo que Permite la generación de evidencias para la toma de decisiones que permitan a la población generar habilidades para la prevención así como la atención oportuna y efectiva cuando se lleguen a presentar eventos de Infección respiratoria aguda.

Las infecciones respiratorias agudas, son la primer causa de consulta en la zona de influencia del Hospital Comunitario Abasolo (ahora CAISES Abasolo), los diagnósticos registrados van desde una simple gripe hasta complicarse, y desencadenar las infecciones más comunes como son faringitis, amigdalitis y laringitis aguda¹.

Los cambios bruscos de temperatura, las condiciones del medio ambiente general y al interior de la vivienda, así como en muchas de las ocasiones los resfriados mal atendidos derivado de la automedicación y la percepción familiar de la baja gravedad, son los factores principales por los que se originan las infecciones respiratorias, siendo el 58.5 por ciento del total de diagnósticos registrados en el Hospital Comunitario Abasolo dentro del área de consulta externa en el año 2010. Siendo relevante que el 39.6 por ciento lo ocupa el grupo de menores de 5 años.

ANTECEDENTES

Con base a los resultados obtenidos en el Diagnóstico Integral de salud del área de influencia del Hospital Comunitario de Abasolo (ahora CAISES Abasolo) del municipio de Abasolo, Guanajuato; realizado en el año 2010 se obtuvo la siguiente información:

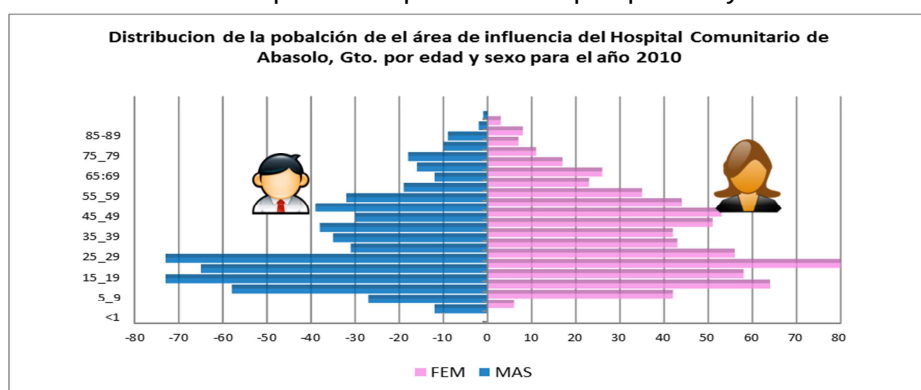
El municipio de Abasolo se encuentra localizado a los 101°31'48" de longitud oeste del Meridiano de Greenwich, y a los 20°26'59" de latitud norte. La altura sobre el nivel del mar es de mil 760 metros. Este municipio se localiza al sureste del estado de

Guanajuato, en la región geográfica y cultural conocida como El Bajío. Ocupando el 1.98% de la superficie total del estado.

El municipio de Abasolo registro en el censo 2010 una población total de 84351 habitantes correspondiendo al 1.5 de la población estatal, siendo para la ciudad de Abasolo 33549 se los cuales son 15768 hombres y 17781 mujeres.

La distribución de la población se representa en una pirámide de base ancha, en transición, observándose que en el quinquenio correspondiente de 20 a 24 años es el que cuenta con mayor población, siendo moderadamente mayor en el grupo femenino, seguido del grupo poblacional de 10 a 14 años. Se hace muy notoria la disminución de la población masculina a partir de los 25 años, derivado del fenómeno de la migración.

Grafico 1. Distribución de la población por edad en quinquenios y sexo en el año 2010.



Las viviendas de la zona de influencia del Hospital Comunitario de Abasolo en un 54.4% cuentan con 4 a 6 habitantes, 24.1% cuenta con más de 6 habitantes y el 21.3% con 1 a 3 habitantes.

La Población manifiesta en un 72.5% que cuenta con satisfactores en servicios como electricidad y gas, contar con televisor y refrigerador, El 22.3% no respondió, el 3% manifestó solamente no contar con refrigerador.

Se identifica que el 80.2% utiliza gas como combustible para cocinar, 1.0% emplean gas y carbón, 17.1% utilizan gas y leña, y solo 0.5% emplean gas leña y carbón, así como 0.5% que emplean gas y parrilla eléctrica.

En las viviendas se identificó que el material con que se cuenta para cubrir el suelo, el 94.9% de las viviendas cuentan con suelo de Cemento, 3% de cemento y tierra y con 0.7% cuentan con suelo de madera, y 0.7% con suelo de tierra.

Los muros de las viviendas en un 91.2% son de tabique o block, 3.8% son de adobe o barro, 3.3% de láminas y el 1.1 % de láminas de asbesto.

El material del techo de las viviendas el 66.8% es de concreto o bóveda, 26.9% lamina de asbesto, 4.9% de lámina de cartón y solo el 1.1% madera.

Con respecto al abastecimiento de agua a las viviendas se encontró que el 58.6% se realiza por medio de pozo, 38.3% de red de distribución, 1.7% de pozo y red de distribución y 1.2% se abastecen de aguajes.

La población percibe como problema ambiental que afecta a su salud la presencia de hornos tabiqueros en u 47.7%, el polvo es la segunda causa identificada con un 17.9%, seguido por la basura con un 13.9% y las aguas estancadas con un 9.3%.

Con respecto a la contaminación ambiental; Existen registrados 429 hornos tabiqueros, de los cuales 78 están ubicados en la zona urbana y 351 en la zona rural; los procesos utilizados para la fabricación de tabique genera altos niveles de contaminación al aire y suelo, ya que los recursos para la quema del tabique son principalmente: combustóleo, leña, diesel, entre otros.

La quema de esquilmos agrícolas es otro factor de contaminación que afecta al medio ambiente e incide con la salud de la población.

A través del diagnóstico integral de Salud realizado al área de influencia del Hospital Comunitario de Abasolo, en el año 2010 (ahora CAISES ABASOLO) los determinantes del medio ambiente fue en donde se encontró mayor relación, calculado mediante la razón de momios, entre las Infecciones Respiratorias Agudas y las siguientes condiciones ambientales.

Tabla No. 1 Relación entre eventos medioambientales y diagnóstico de Infecciones respiratorias agudas calculados mediante razón de momios.

• La quema de esquilmos agrícolas	2.2
• Los hornos tabiqueros	1.5
• Cocina con (biomasa) Carbón y leña	1.25
• Depósito de basura a cielo abierto	1.1

Fuente: Diagnóstico integral de salud realizado en la población del área de influencia del Hospital comunitario Abasolo en el año 2010,

1.1. Daños a la salud²

En los datos de morbilidad, las 10 principales causas encontradas en la Zona de influencia del Hospital Comunitario de Abasolo. Encontramos que las tres primeras causas de morbilidad por enfermedades infecciosas son las IRAS, EDAS y infección de vías urinarias (IVU). Para las enfermedades crónicas la primera es hipertensión arterial Diabetes Mellitus y cáncer. Estos datos coinciden con la información obtenida la encuesta.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la principal causa de consulta pediátrica en atención primaria y servicios de urgencia, constituyendo el 60% de todas las consultas anuales en promedio.

1.2. Recursos y servicios³

El municipio de Abasolo Guanajuato cuenta con cobertura de asistencia médica mediante un Centro de Atención Integral de Servicios Esenciales de Salud (CAISES) siendo una unidad de primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud con ocho módulos, el cual brinda servicio a 28605 habitantes del municipio que se encuentran en las localidades de Abasolo y las aledañas, Se tiene un promedio de atención de 24 consultas diarias por médico y un rechazo estimado de 8 pacientes por día.

Además existen; Un Hospital comunitario de nueva creación, una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 4 hospitales privados y 40 consultorios en donde se oferta servicio de medicina privada, tanto de medicina General como especializada, la atención a los derechohabientes del ISSSTE, se realiza a través de una clínica de medicina familiar.

Existe un consultorio de medicina alternativa, además de la oferta de tres personas que ejercen la medicina tradicional, los cuales se ubican en las comunidad de; Rincón de Martínez, La Florida de González y el otro en la comunidad de La Mesa, estas dos últimas en el área de influencia del Hospital Comunitario Abasolo.

Se cuenta con alrededor de 20 farmacias en algunas de las cuales se ubica también el consultorio médico.

Además existen dos establecimientos dedicados a la venta de plantas medicinales, remedios herbolarios y algunos otros insumos de la medicina tradicional,

A nivel Municipal se encuentra integrado el Comité Municipal de Salud en el cual participan representantes de diversas dependencias municipales, así como otras

instituciones como la Secretaría de Educación, El IMSS, además de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato.

Se cuenta con un grupo de ayuda mutua para la atención, el control y prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas, coordinado por personal de la unidad de salud.

1.3. Priorización

Se realizó un foro con integrantes del comité municipal de salud y médicos del Hospital Comunitario Abasolo en donde se presentan los resultados obtenidos en el Diagnóstico y los reportes oficiales de morbilidad, reportados de diagnósticos acumulados hasta la semana 52 del año 2010, de las unidades notificantes en el Sistema Único de Información para la Vigilancia epidemiológica (SUIVE) así como la información preliminar de muertes por unidad registradas en el sistema estadístico y epidemiológico de defunciones (SEED), se realiza un taller de priorización.

Para medir la magnitud se consideraron las 10 principales causas de morbilidad reportadas en el SUIVE acumuladas hasta la semana 52 del año 2010 fueron las siguientes; Infecciones Respiratorias agudas, Enfermedades Diarreas agudas, Infección de Vías Urinarias, Gingivitis, Úlcera y gastritis, Otitis media, Intoxicación por picadura de alacrán, Violencia y Diabetes Mellitus tipo 2.

Tabla 2 Priorización de los problemas de salud identificados en el Hospital Comunitario de Abasolo, siguiendo el método de Hanlon..

A través del método de Hanlon se analizaron la magnitud, severidad, eficacia y factibilidad de salud de las enfermedades

orden	Diagnósticos	A	B	A +B	C	D	C X D	(A +B)(C*d)
1	Infecciones Respiratorias Agudas	10	9	19	1.5	1	1.5	28.5
2	Infecciones intestinales	9	6	15	1.5	1	1.5	22.5
3	DIABETES	1	10	11	1.5	1	1.5	16.5
4	Otitis media	5	3	8	1	1	1	8
5	Infecciones de vías urinarias	8	8	16	1	0	0	0
6	Gingivitis	7	4	11	1.5	0	0	0
7	Úlcera y Gastritis	6	2	8	1	0	0	0
8	Intoxicación por picadura de alacrán.	4	7	11	1.5	0	0	0
9	Violencia	3	5	8	0.5	0	0	0
10	Mordedura por perro	2	1	3	0.5	0	0	0

A los diagnósticos se les asignó un valor de mayor a menor en base a la frecuencia con que se presentan, de acuerdo a los registros de atención reportados en el SUIVE,

estandarizados en tasas por 100,000 habitantes, hasta la semana 52 del año 2010, siendo el valor máximo 10 y el mínimo el 1, ordenando así los diagnósticos de las 10 primeras causas de enfermedad, considerando que las Infecciones Respiratorias agudas son las que con mayor frecuencia se reportan, con el 58.5% del total de los diagnósticos reportados, como se muestra en la tabla No. 2.

Para obtener el valor de la eficacia se asignó el valor de 1.5 a 0.5, considerando la posibilidad de dar solución a la problemática desde el punto de vista de la literatura revisada.

La ponderación de la severidad, se realizó considerando la carga de mortalidad con que se presentan las 10 primeras causas de morbilidad consensadas para este análisis de prioridad. Se consideran los datos de previos mortalidad reportados en el SEED, se estandarizo una taza de casos por cada 100,000 habitantes, de donde la Diabetes es la causa de mayor frecuencia de que reportan más muertes.

La Factibilidad se creó desde el otorgar la puntuación de 0 a 1 considerado los rubros de: Pertinencia, Económica, Recursos, Legalidad, Aceptabilidad (P.E.R.L.A).

1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

2.1. Infecciones respiratorias agudas.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se complican con neumonía⁴.

Las infecciones respiratorias agudas representan la primera causa de consulta a los servicios de salud⁵ constituyéndose en un importante problema de salud pública

Estas enfermedades afectan a toda la población pero, fundamentalmente, a los menores de 5 años y a las personas de 65 años y más. Una proporción importante de las consultas, hospitalizaciones y muertes por enfermedades del sistema respiratorio es de origen infeccioso. Y, entre ellas, la neumonía, la enfermedad tipo influenza y la bronquiolitis son las enfermedades respiratorias de mayor frecuencia y gravedad.

2.2. Promoción de la salud

Se entienda a la Promoción de salud como "El proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla". Se entiende por determinantes al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos o poblaciones⁶.

El enfoque actual de la promoción de la salud plantea la necesidad de conjuntar tanto acciones educativas con la población como la promoción y ejecución de políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones de vida de las personas⁷.

Uno de los elementos valiosos de la Promoción de la Salud es su carácter anticipatorio a través del servicio integrado, cuyas intervenciones van desde lo individual hasta lo comunitario, identificando los escenarios en los que las personas pueden desarrollar acciones para beneficio de su salud.

La Promoción de la Salud va más allá de la transmisión de contenidos e incorpora los objetivos de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos al fortalecer las conductas saludables que benefician a su población, a través de la promoción de políticas públicas que fomenten la creación de entornos favorables a la salud y refuercen el poder de las comunidades sobre los determinantes de salud y modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad. Para conseguir dicha finalidad, la promoción de la salud utiliza una estrategia de trabajo, la educación para la salud.

2.3.1. Las comunidades y entornos saludables

Una Comunidad Saludable es aquella en la que los habitantes, junto con el personal de salud, los maestros y demás autoridades trabajan para mejorar la Educación y la Salud de la Comunidad, así como los ambientes donde viven, aprenden y se desarrollan⁸.

La OMS ha definido a las comunidades y municipios saludables como aquellos en los cuales "...las autoridades de gobierno, las instituciones de salud y bienestar, las organizaciones públicas y privadas y la sociedad en general, dedican esfuerzos constantes a mejorar las condiciones de vida de la población, promueven una relación armoniosa con el ambiente y expande los recursos de la comunidad para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia".

En la conferencia realizada en la ciudad de México (2000), Los países miembros de la OMS signaron la "Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: de las ideas a la acción" y se comprometieron a:

- Fortalecer la planificación de actividades de promoción de la salud, asignándoles alta prioridad en las políticas y los programas locales, regionales y nacionales;
- Desempeñar una función de liderazgo para asegurarse de que todos los sectores gubernamentales y los actores de la sociedad civil participen en la ejecución de actividades de promoción que fortalezcan y amplíen las alianzas en favor de la salud;
- Emplear todos los medios disponibles para apoyar la preparación de planes de acción nacionales de promoción de la salud adaptados a la circunstancia de cada país;

- Establecer o afianzar las redes nacionales de promoción de la salud.
- Situar a la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales.

Grafico No. 2 Abordajes complementarios a la prevención.



Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012, Entornos y Comunidades Saludables. Secretaría de Salud

El programa de certificación de Comunidades saludables contempla las actividades educativas relacionadas con las infecciones respiratorias que se encuentran dentro del componente de Salud Familiar y, en forma particular en el subcomponente La salud empieza en casa, donde se abordan temáticas relacionadas con el crecimiento y desarrollo infantil, vacunación, así como con padecimientos que afectan a los infantes (diarreas e infecciones respiratorias).

También existen acciones educativas dirigidas específicamente a revisar la sintomatología, signos de alarma y manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) dentro del programa de atención a la salud del niño.

Generalmente estos programas educativos están dirigidos a las madres, No es posible reducir los padecimientos de las prioridades de salud pública sin modificar el entorno y los determinantes de los mismos. Esto se logra a través de las acciones e intervenciones integrales de promoción de la salud incorporadas en este Programa⁹.

Se busca Impulsar la construcción, fortalecimiento y consolidación de la base social en Salud, en municipios y comunidades, propiciando la formación de redes a nivel local, municipal y jurisdiccional, para modificar los determinantes de la salud y generar entornos favorables.

Propiciando la creación de una plataforma para el desarrollo de intervenciones preventivas de los programas prioritarios de salud pública.

El programa de acción de Entornos y Comunidades Saludables se fundamenta en el Modelo Operativo de Promoción de la Salud, partiendo del enfoque anticipatorio y actuando sobre los determinantes para lograr la efectividad desde el nivel individual, familiar y comunitario, persigue facilitar los procesos para que las personas puedan mejorar sus condiciones de vida.

Hay cuatro conceptos clave en este programa.

A) Determinantes

Los determinantes de la salud son el conjunto de condiciones que afectan o favorecen la salud de los individuos y comunidades.

La efectividad de las intervenciones de promoción de la salud se debe medir considerando como han contribuido a modificar los determinantes de la salud.

Para definir los determinantes de la salud es importante primero tener una idea clara y uniforme sobre el concepto de salud, esto es porque dependiendo de cómo concebimos la salud podremos intervenir en los elementos que la conforman. Si la vemos únicamente como la ausencia de enfermedad estaremos dejando fuera lo social, la comunidad, lo público, lo privado, el entorno, el conocimiento y la capacidad de acción.

La salud se refleja en la calidad de vida, bienestar y capacidad funcional de los individuos. Al actuar sobre los determinantes que inciden en la salud mejoramos: la calidad de vida, la independencia funcional y el bienestar de las personas. Disminuyen la morbilidad y mortalidad, así como la discapacidad.

Diversos factores llegan a combinarse para afectar la salud de los individuos y de las comunidades.

Los factores que determinan los problemas de salud pública, con frecuencia no dependen directamente del sector salud, sino en otros sectores, como es el caso de las condiciones de higiene y de agua potable, la eliminación de desechos, humo de leña, por mencionar algunos y estos inciden sobre las infecciones respiratorias agudas y diarreas son responsables del 40% de la misma.

El estado de salud de la persona es determinado por sus circunstancias y entornos, lo cual hace que la salud no sea una cuestión que sólo dependa de la persona por sí misma; de tal forma que los factores como: el lugar donde vivimos, nuestro entorno, los antecedentes genéticos, el ingreso económico y el nivel educativo, así como las relaciones con amigos y familias (redes sociales), entre otros, son determinantes que impactan en la salud de las personas y comunidades (Dalghren y Whitehead, 1991).

El modelo de determinantes en el campo de la salud de Lalonde identifica cuatro determinantes A) los que tienen su origen en la biología. B) Los que provienen del ambiente, C) Los derivados del estilo de vida y D) los que son resultado de los servicios de salud.

El nivel socioeconómico, la escolaridad de los padres, las condiciones de vida de la vivienda y el hacinamiento, la contaminación ambiental, así como la contaminación intradomiciliaria y el hábito de fumar de los convivientes, son factores de riesgo para las IRAs. Incidir en ellos disminuiría de manera importante dicho padecimiento como se ejemplifica en la tabla 3.

Tabla 3. Relación de determinantes en el campo de la salud para las infecciones respiratorias agudas en el entorno intradomiciliario.

	<i>Biología</i>	<i>Ambiente</i>	<i>Estilos de vida</i>	<i>Servicios de salud</i>
Infecciones respiratorias Agudas	-Bajo peso al nacer	-Condiciones de la vivienda	-Ingreso familiar precario	- Acceso
	-Desnutrición	-Contaminación ambiental.	-Madre adolescente	-Saturación de los servicios
	-Sistema inmune deprimido	-Contaminación intradomiciliaria	-Madre analfabeta	-Actividades extramuros
		-Deficiente saneamiento básico	-Desinformación de signos de alarma	-Programas de prevención y Promoción para la salud
		-Deforestación	-Automedicación con antibióticos	
		-Falta de servicios básicos	- Lavado de manos inadecuados	
		-Erosión de suelos	- Hacinamiento	

B) Entornos saludables

Este componente genera una forma de trabajo conjunto entre los diferentes sectores y grupos; estimula el intercambio de ideas y experiencias nacionales e internacionales ya probadas en otros lugares, impulsa la creación de espacios físicos y sociales donde las

personas vivan, estudien y trabajen en condiciones higiénicas, seguras y estimulantes para producir salud y mejorar su calidad de vida.

Su propósito es promover el desarrollo de entornos favorables para la salud, articulando acciones en donde los diferentes sectores, autoridades locales, instituciones civiles y la población en general se relacionen y participen en la identificación de necesidades y recursos, así como en la elaboración de programas y planes específicos para su mejoramiento desde una perspectiva integral de la problemática de la salud.

Su público objetivo será la población, que se interrelaciona en los siguientes espacios: escuelas, sitios de trabajo, unidades médicas, vivienda, lugares de esparcimiento, transporte, municipios y ciudades.

C) Participación municipal.

Las tendencias globales hacia la descentralización de las políticas sociales resaltan el papel preponderante que deben desempeñar las autoridades locales, especialmente los alcaldes, en la distribución y administración de los recursos.

El municipio mexicano constituye el marco para la construcción de Entornos y Comunidades Saludables, ya que es la base de la estructura político-administrativa y el desarrollo económico y social del país; es el gobierno más cercano a las demandas y aspiraciones de las mujeres y hombres de la comunidad y constituye un ámbito de interacciones entre la ciudadanía y las autoridades.

D) Participación comunitaria

La participación comunitaria en salud es la función nata y específica de la Promoción de la Salud, que busca generar la base social que le de sustentabilidad a los servicios de salud. La participación social implica el involucramiento comprometido y activo de la sociedad organizada a favor de la salud.

2.3.2. La Salud empieza en Casa:

Modelo Operativo de Organización Comunitaria, que se inició en 1989, para Promover la participación y responsabilidad familiar en la prevención de riesgos y daños a la salud, fomentando estilos de vida y entornos saludables, mediante la capacitación de madres y padres de familia y la base social organizada para lograr la certificación de localidades en salud¹⁰.

"Bandera Blanca" es una estrategia de la secretaría de Salud, que surgió a través de la Dirección General de Atención Materno Infantil, para contribuir a reducir la mortalidad de

menores de 5 años por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, por medio de informar a las madres de familia sobre los riesgos de estos padecimientos y las medidas prácticas para prevenirlos y tratarlos oportunamente.

Para el logro de estos objetivos, la estrategia de "Bandera Blanca" organiza una amplia movilización social para capacitar y mejorar los conocimientos y actitudes de las madres de familia en la prevención y manejo domiciliario de estos padecimientos, levantando una bandera blanca en las localidades donde el total de amas de casa han sido capacitadas al respecto¹¹.

Para ello se realiza un proceso de capacitación a mujeres con el tarjetero básico que consta de 26 temas dirigiéndose principalmente a mujeres con hijos o al cuidado de menores de 5 años formándose como agentes y procuradoras de la salud así mismo en las localidades seleccionadas para izamiento de Bandera Blanca.

Para evaluar resultados se aplican cédulas de verificación de indicadores tanto de conocimientos y actitudes, como de los determinantes, tanto de la población como de la comunidad y siendo necesario alcanzar el 80% de estos indicadores para obtener el reconocimiento de izamiento de Bandera Blanca en Salud.

2.3.3. Programa de Desarrollo Humano-Oportunidades:

El programa de Desarrollo Humano – Oportunidades constituye un elemento fundamental de la política social de combate a la pobreza y de la política de acceso a los servicios de salud. Para contribuir a mantener la salud de los menores de cinco años, el Programa Oportunidades, brinda acciones preventivas para evitar enfermedades como la desnutrición, control de las enfermedades diarreicas y respiratorias mediante la identificación de signos de alarma de neumonía¹².

Un aspecto importante de la promoción de la salud es su naturaleza transversal - que la relaciona con los programas de acción del sistema de salud y con las acciones de la sociedad en el cuidado de su salud- demandando una gran versatilidad y efectividad para instrumentar acciones que conduzcan a la modificación de estilos de vida y comportamientos para mejorar la salud y calidad de vida, por lo que la estrategia de "Bandera Blanca" y el Programa de "Comunidades Saludables" integra a toda la población, sea beneficiaria o no del programa "Oportunidades".

2.4. Evaluación

La evaluación es un proceso integral que permite valorar los resultados obtenidos en términos de los objetivos propuestos, acorde con los recursos utilizados y las condiciones existentes¹³.

Las evaluaciones en el sector salud tradicionalmente se han dirigido a medir estructuras, procesos y/o resultados de servicios, programas y políticas. Estas evaluaciones han permitido medir el cumplimiento de metas operativas y cuantificar el impacto de estos servicios, programas y políticas sobre algunos indicadores simples de salud. Sin embargo, el cumplimiento de las metas operativas no garantiza necesariamente el cumplimiento del objetivo básico de un sistema de salud -mejorar las condiciones de la población- y la suma de los logros que pudieran haberse alcanzado en los ámbitos de los servicios, programas y políticas no necesariamente constituye un fiel reflejo del desempeño agregado de un sistema de salud¹⁴.

Los sistemas son, por definición, mucho más que la suma de sus partes, por estas razones resultan necesarias las evaluaciones de los servicios, programas y políticas con evaluaciones dirigidas a medir el desempeño, cuantificando el grado en el que se están alcanzando los objetivos intermedios y finales de estos sistemas.

La evaluación constituye un instrumento poderoso para fortalecer la toma de decisiones informadas en todo el ciclo gerencial: define necesidades, contribuye a la supervisión de actividades, identifica desviaciones de los procesos y mejora las actividades de planeación, entre otras cosas. Asimismo, permite identificar y consolidar las mejores prácticas institucionales, y es también un instrumento de aprendizaje en la medida que los resultados de la evaluación se comparten y se utilizan para mejorar el desempeño de los servicios, los programas y los sistemas.¹⁵ Concebir la evaluación como proceso y admitir el valor de la evaluación formativa, involucra la intrínseca necesidad de identificar la educación con el proceso de comunicación, cuya característica esencial es la reversibilidad, o retroalimentación¹⁶.

En el proceso de certificación de comunidades saludables se deben cumplir con diferentes componentes en el proceso:

- I. Organización social a través de la comunidad iniciada
 - a) conformación y activación de un Comité Local de Salud.
 - b) La elaboración del Diagnóstico de Salud Participativo*de la comunidad
 - c) Identificación de prioridades
 - d) Desarrollo de plan de trabajo.

- II. Se considera una comunidad orientada
Formación de agentes y procuradoras(es) de salud en un 90% en 30 variables de las cuales se relacionan con la presencia de Iras las Siguietes:
 - a) Tos y catarro
 - b) Niño(a) menor de 5 años
 - c) Medio ambiente
 - d) alimentación de 1 a 5 años
 - e) Lactancia materna.
- III. Se considera una comunidad como activa cuando se cumplen un avance de al menos en el 90% en 9 variables destacando para la prevención de Iras las Siguietes
 - a) Cumplimiento en la formación de agentes y procuradoras(es)
 - b) Que de las familias tengan un nivel adecuado de higiene
 - c) Que de la población realizando actividades de saneamiento básico.
- IV. En cuanto a los 6 programas específicos que se llevan de manera transversal
 - a) Responsable de salud de la infancia y adolescencia debe validar que el 100% de los < de 5 años en atención integral del niño(a) sano(a).
- V. LA COMUNIDAD SE CERTIFICA COMO SALUDABLE CUANDO:
 - a) El 100% de procuradoras (es) capacitados, 80% aprobaron cédula de evaluación de conocimientos. (Para poder certificar a una comunidad como saludable se debe de capacitar a procuradoras de salud, debiendo lograr responder acertadamente por lo menos el 80% de una cédula de evaluación de conocimientos con 59 reactivos de diversos temas, de las cuales solamente 3 se relacionan con las Infecciones Respiratorias Agudas, 2 sobre la utilización de los servicios de salud para la atención y 2 para actividades de prevención
 - b) Se cumple con el control de prioridades locales en prevención y control de enfermedades
 - c) Se cumple con el Plan de trabajo.

3. INTERVENCION EDUCATIVA

La intervención es el elemento nuclear de todo proceso de enseñanza-aprendizaje¹⁷. Cualquier intervención parte de una evaluación previa, a la que sigue un entrenamiento estratégico que finaliza con una evaluación final, útil para contrastar la eficacia de todo el procedimiento desarrollado.

La Educación de Adultos¹⁸ es una actividad que designa la totalidad de los procesos organizados de educación, en donde las personas desarrollan sus aptitudes, enriquecen sus conocimientos, mejoran sus competencias técnicas o profesionales o les dan una nueva orientación, y hacen evolucionar sus actitudes y su comportamiento en la doble perspectiva de un enriquecimiento integral del hombre y una participación en un desarrollo socioeconómico y cultural equilibrado e independiente.

3.1. Técnicas participativas en educación popular

Partir siempre de la práctica, o sea de lo que la gente sabe, vive y siente; las diferentes situaciones y problemas que enfrentan en su vida, y que en un programa educativo se plantean como temas a desarrollar¹⁹.

Establecer como un proceso sistemático, ordenado, progresivo y al ritmo de los participantes, que permita ir descubriendo los elementos teóricos e ir profundizando de acuerdo al nivel de avance del grupo.

Permitir siempre regresar a la práctica para transformarla, mejorarla y resolverla; es decir, regresar con nuevos elementos que permitan que el conocimiento inicial, la situación, el sentir del cual partimos, ahora nos lo podemos explicar y entender, integral y científicamente, de tal manera que se establece una estrecha vinculación entre el aprendizaje que se da en las experiencias cotidianas y el aprendizaje que fomentan los sistemas de educación de adultos, incluyendo también la participación activa en base a la utilidad inmediata de los conocimientos y reflexiones críticas de los casos que se ejemplificaron.

4. La contaminación intradomiciliaria

La exposición a contaminantes del aire puede causar efectos agudos (corto plazo) y crónicos (largo plazo) en la salud.

Al referirse a contaminación del aire, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's) son un problema importante de salud pública y representan una de las principales causas de atención médica a nivel mundial. Son problemas clínicos de etiología múltiple que se presentan en forma aguda o crónica, con variación estacional predominantemente en invierno.²⁰

Los efectos de los contaminantes sobre la salud dependen de varios factores: predisposición personal, presencia de enfermedades crónicas, tiempo de exposición, concentración, tipo de contaminante y mezclas que se pueden generar.

En el niño asmático, por cada aumento en 10 mcg/mm³ del PM 10 la incidencia de crisis de asma aumenta en 10%, lo que se asocia a mayor concurrencia a servicios de urgencia y necesidad de hospitalizaciones. La contaminación no produce asma, ya que esta condición es predominantemente genética, pero cuando un niño asmático se expone a la contaminación presenta mayor número de crisis y éstas son más graves. En estos pacientes se ha demostrado que existe disminución de la función pulmonar y aumento de la sensibilización alérgica debido a la inflamación crónica de la vía aérea²¹.

Los efectos agudos son inmediatos y reversibles cuando cesa la exposición a los contaminantes. Los más comunes, son la irritación de los ojos, dolor de cabeza y náuseas.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Infecciones Respiratorias Agudas son la principal causa de morbilidad en menores de 5 años. El peligro de muerte por infección respiratoria aguda es alto en el primer año de vida, principalmente en países en vías de desarrollo²².

La prevención de las infecciones respiratorias agudas, se realiza mediante acciones de educación para la salud y promoción de la participación social. Las actividades están dirigidas a la población general, con énfasis en procurar especial atención a niños menores de cinco años²³

Las infecciones respiratorias en los niños presentan las siguientes manifestaciones: nariz tapada con moco, dolor y salida de líquidos del oído, garganta roja o con puntos blancos y tos²⁴.

Las infecciones respiratorias agudas IRA's tienden a ser más graves y prolongadas en las clases menos favorecidas socioeconómicamente, probablemente en razón de las malas condiciones de nutrición y poca promoción para mejorar estilos de vida saludables.

Es importante prevenir que los niños se expongan al contagio de estos padecimientos, que pueden agravarse si su hijo tiene como antecedentes:

- Bajo peso al nacer.
- No se le dio lactancia materna o la recibió en forma muy limitada.
- Desnutrición.
- Vivienda con malas condiciones de higiene y ventilación.

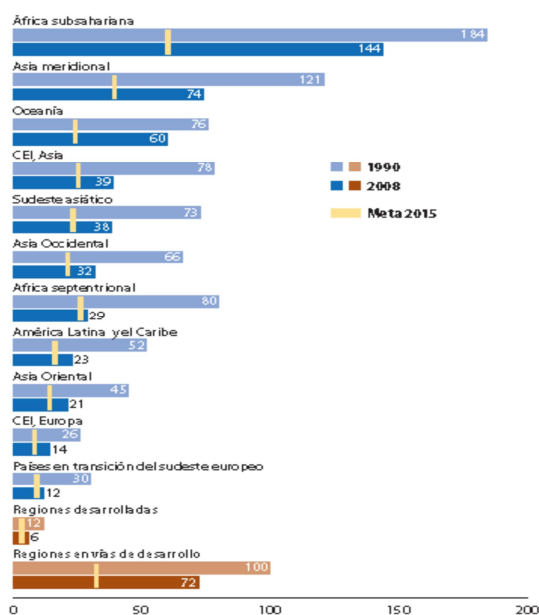
- Que duerman más de cuatro personas en la misma habitación.

Las infecciones respiratorias agudas IRA constituyen una prioridad mundial, formando parte de las cinco Acciones Básicas de Salud preconizadas por la OMS, siendo considerada por algunos autores como aquella de más difícil intervención debido a las dificultades inherentes a su prevención y a su estandarización diagnóstica y terapéutica.

Las metas del Milenio de la OMS²⁵, tiene en su objetivo No.4 La reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años.

En su reporte 2010 la OMS refiere que se han realizado avances sustanciales en la reducción de la mortalidad infantil. Desde 1990, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en los países en desarrollo disminuyó un 28% (de 100 muertes por cada 1000 niños nacidos vivos, a 72 en 2008).

Grafico 3.- Tasa de mortalidad de menores de cinco años por cada 1000 niños nacidos vivos, 1990 y 2008



Fuente. Objetivos del Milenio, OMS informe 2010.

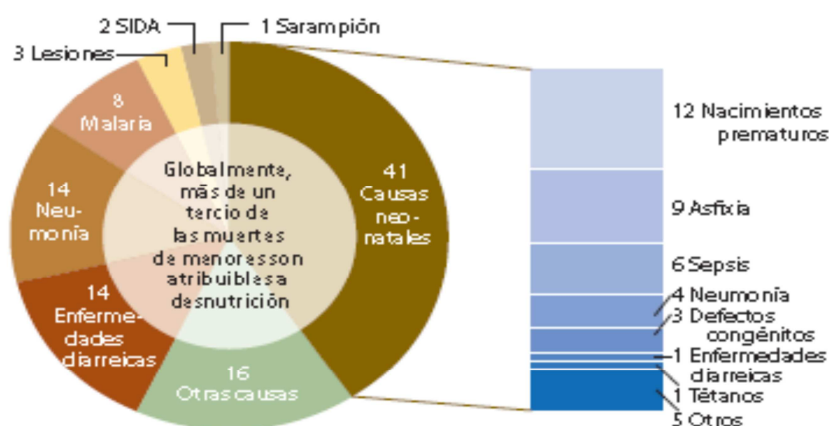
Los principales avances se produjeron en el Norte de África, Asia Oriental, Asia Occidental, América Latina y el Caribe, y en los países de la Comunidad de Estados Independientes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) puntualiza en su Programa para el Control de las Infecciones Respiratorias Agudas, que las muertes por neumonía en niños

menores de cinco años pueden evitarse si las madres de familia, personal paramédico o médico detectan a tiempo el padecimiento y/o la gravedad del mismo a través de por lo menos un signo (taquipnea, tiraje, sibilancias, hipotermia, etc.), para que se dé tratamiento y atención médica de forma temprana y adecuada (OMS 1985).²⁶

Se estima que en el Tercer Mundo ocurren entre 500 y 900 millones de episodios de IRA al año, lo que significa entre un 20 y un 40% del total de todas las hospitalizaciones y el 34% de las muertes de menores de 5 años (ver gráfico 4).

Grafico 4.- Causas de muertes entre niños menores de cinco años, en porcentaje, 2008



Fuente.
Objetivos del
Milenio, OMS
informe 2010

Aproximadamente un 75% de las infecciones respiratorias agudas IRA corresponden a las infecciones de las vías aéreas superiores, cuya importancia nosológica se ve acrecentada por las complicaciones en órganos y tejidos vecinos, entre las que se encuentran las otitis medias agudas, las sinusitis y las neumonías.

La duración de cada episodio es de 2 a 7 días, resolviéndose por completo habitualmente en 2 semanas, lo que significa que el niño padece algún síntoma respiratorio durante 60 a 100 días al año²⁷.

Según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la mortalidad por las infecciones respiratorias agudas, (IRA's) en menores de 5 años (incluye influenza, neumonía, bronquitis y bronquiolitis) va desde 16 muertes por cada 100,000 habitantes en Canadá a más de 3,000 en Haití, donde estas afecciones aportan entre 20 y 25% del total de defunciones en esa edad.

En México, las infecciones respiratorias agudas (IRA) son un problema de salud pública, siendo el diagnostico con el primer lugar de casos registrados a nivel nacional. En el

grafico 5 se presentan los casos de infecciones respiratorias agudas registrados en el periodo comprendido del año 2000 al 2010, manteniendo un comportamiento irregular con su punto más bajo en el año 2004 y repunta en el año 2009 manteniéndose al 2010,

Grafico 5. Casos de infecciones respiratorias agudas presentados en México, durante el periodo del año 2000 al 2010.

Fuente; Estadísticas epidemiológicas, SUIVE000, 52.



La mayor incidencia y letalidad de las infecciones respiratorias agudas, se presenta en el grupo infantil y preescolar²⁸, ya que la tercera parte de los casos son registrados en estos grupos, en el que la neumonía es responsable del 85% de las defunciones.

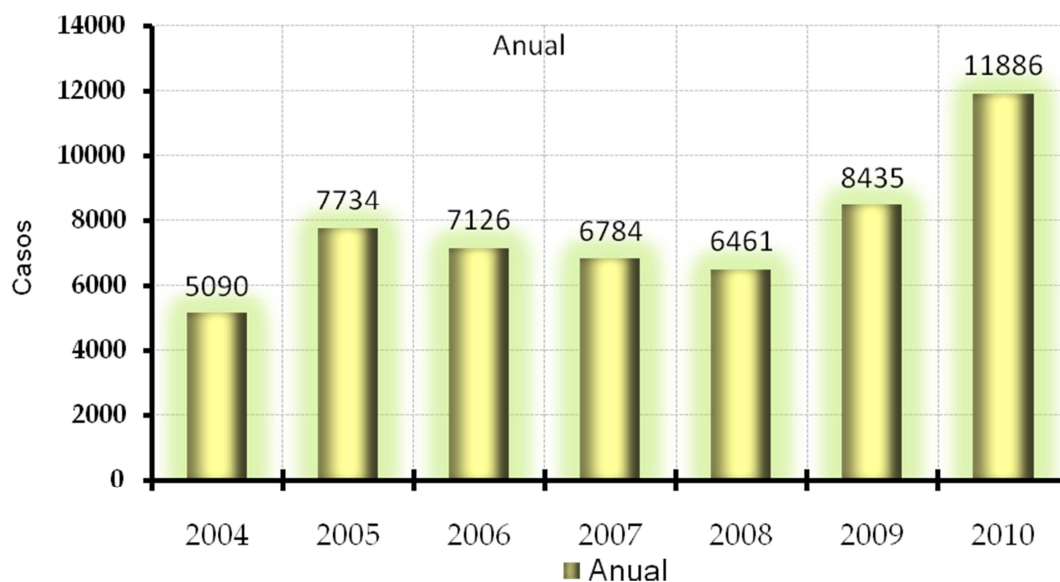
Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan en el país el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años. Se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos²⁹.

En las Infecciones Respiratorias Agudas en 1994, la neumonía era la primera causa de mortalidad infantil tardía, dando cuenta del 24% de las defunciones en este grupo etario; un 60% de ellos ocurrían en domicilio.

La mayoría de las muertes por enfermedades respiratorias ocurren antes del año de edad, especialmente entre los dos y tres meses. El 20% de la mortalidad infantil en algunas regiones de nuestro país es domiciliaria y de ese 20%, un alto porcentaje es atribuible a Infecciones Respiratorias Bajas. El 60% de los niños menores de 1 año y el 50% de los menores de 5 años, padecen un episodio de IRA, en el transcurso de un año, dentro de los cuales se encuentran el síndrome bronquial obstructivo y las neumonías.

Los casos de Infecciones respiratorias agudas reportados por las todas unidades de salud, del área de influencia del hospital comunitario Abasolo, que se integran al Sistema único de información de vigilancia epidemiológica (SUIVE) durante el periodo comprendido del año 2004 al año 2010, han presentado un importante ascenso, partiendo de 5090 casos registrados en 2004, con un crecimiento en 2005, manteniendo una tendencia de disminución moderada hasta 2008 y repuntando para los años 2009 y 2010. (Ver Gráfico 6)

Gráfico 6. Casos y tendencia de Infecciones respiratorias agudas reportadas en el Hospital comunitario Abasolo (ahora CAISES) durante el periodo comprendido del año 2004 al 2010.



Cabe hacer mención que el repunte coincide con el año en que se presenta la emergencia por la epidemia de Influenza y la intensificación de vigilancia para detectar nuevos casos.

Las unidades de atención médica que reportan en el Sistema único de información de vigilancia epidemiológica en el municipio de Abasolo, registraron durante el año 2010 un total de 11886 casos, siendo el Hospital Comunitario Abasolo el que mayor número de casos registro con el 61.15%, de los cuales el 24.20% corresponden a menores de 5 años. De manera general los casos de menores de 5 años ocupan el 34.86 % de diagnósticos por Infecciones respiratorias agudas.

Tabla No. 4 Casos reportados con Diagnóstico de Infecciones Respiratorias Agudas; en el SUIVE, acumulado hasta la semana 52 del 2010 de acuerdo a las unidades que reportan en el Municipio de Abasolo, Gto

UNIDADES DE SALUD QUE REPORTAN AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	UNIDAD DE SALUD	TOTAL DE DIAGNÓSTICOS DE IRAS	% DIAGNÓSTICOS DE IRAS	DIAGNÓSTICOS DE IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS	% DIAGNÓSTICOS EN MENORES DE 5 AÑOS
	H.C. Abasolo	7,268	61.15	2,876	24.20
	IMSS	1,753	14.75	551	4.64
	ISSSTE	1,155	9.18	114	0.96
	Fundación Best	1,514	12.74	542	4.56
	Clínica Nuestra Sra. de la Luz	196	1.65	61	0.51
	Total	11,886	100	4,144	34.86

Fuente: SUIVE semana 52/2010. Citado en el Diagnóstico integral de salud realizado en la población del área de influencia del Hospital comunitario Abasolo en el año 2010

Al referirse a contaminación del aire, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's) son un problema importante de salud pública y representan una de las principales causas de atención médica a nivel mundial³⁰.

Por otra parte, la exposición a contaminantes del aire puede causar efectos agudos y crónicos en la salud, dicha condición se genera como un factor de riesgo para que se presenten complicaciones a las infecciones respiratorias agudas³¹.

Los efectos agudos son inmediatos y reversibles cuando cesa la exposición a los contaminantes. Los más comunes, son la irritación de los ojos, dolor de cabeza y náuseas.

La agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos, considera que la irritación de los ojos, nariz y garganta, asociada a la exposición del smog fotoquímico, no tiene importancia médica y no es efecto adverso sobre la salud. Sin embargo, si esta irritación contribuye a una irritación asmática, llega a ser un efecto adverso³².

El efecto de las partículas depende de su tamaño, ya que las que constituyen la denominada reacción respirable tienen un tamaño menor a 10 µm, destacando las partículas menores a 2,5 µm, que son capaces de llegar hasta los alvéolos, de donde no pueden salir.

Entre los contaminantes químicos están: los productos de la combustión, que son el material particulado, el monóxido de carbono (CO) y el dióxido de nitrógeno (NO₂); y gases como el formaldehído, componentes orgánicos volátiles que se utilizan para limpieza y desinfección, y componentes de los plásticos. El material particulado, el CO y el NO₂ resultan del humo del cigarrillo y del uso de todos los combustibles de biomasa.

El material particulado se determina según el peso molecular de las partículas: PM 10, PM 5, PM 2,5, que se relaciona con el tamaño aerodinámico de las partículas, es decir, con su capacidad para llegar a la vía aérea; el PM 2,5 es el que llega a la vía aérea más distal y el que produce más patologías, pero el que se mide para fines de contaminación ambiental y preemergencia es el PM 10³³.

Las personas permanecen 80% del tiempo en los interiores y 60%, en sus casas; por lo tanto, los preescolares que no asisten a la escuela están expuestos a diferentes fuentes de contaminación intradomiciliaria:

- Derivadas de cocina y calefacción.
- Humo de cigarrillo.
- Contaminantes biológicos, como la humedad de los techos, la caspa o pelo de animales, alimentos mal conservados.
- Pinturas, pegamento, ceras, pesticidas y materiales de construcción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que más de 40% de la morbilidad mundial se origina por factores ambientales, la población infantil es más vulnerable. En todo el mundo, el número de años de vida sana perdidos por habitante debido a factores de riesgo ambientales es aproximadamente cinco veces mayor entre niños de 0 a 5 años que en la población en general. Además, tienen hábitos muy particulares como jugar con la tierra, manipular los alimentos y pasar mucho tiempo al aire libre.³⁴

De este modo, aumentan las enfermedades respiratorias como la bronquitis y enfermedades cardiovasculares, en áreas con alta contaminación atmosférica, es importante mencionar que las partículas, raras veces se presentan de manera aislada, por lo tanto, el efecto buscado debe ser muy específico. Por esta razón, las técnicas epidemiológicas, pocas veces pueden atribuir con certeza el efecto observado.

La educación y el conocimiento sobre las condiciones y factores de riesgos de la enfermedad que los padres o cuidadores adquieran podrían ser un factor clave en la disminución de las cifras de morbi /mortalidad de estas patologías que colapsan las unidades de atención a la salud.

Es importante destacar que si el cuidador del menor de cinco años con infecciones respiratorias agudas, con acceso al servicio de salud, tuvo oportunidad de conversar con el médico y recibir información sobre los cuidados en el hogar, podría responder las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se está dando la comunicación entre los médicos y los cuidadores de los menores cuando solicitan consulta por las infecciones respiratorias agudas?,
- ¿Los cuidadores de los menores de 5 años, recibieron la información suficiente para identificar los signos de alarma?,
- El lenguaje utilizado ¿sería comprensible?,
- ¿Resolvieron sus dudas con el médico?,
- ¿Sintieron la confianza necesaria para repasar la información?,
- ¿Cómo fueron recibidos por el médico?,
- ¿Cómo sería la comunicación interpersonal entre ambos?

La promoción de la Salud como disciplina básica de la salud pública, se enfoca a reconocer los determinantes de la salud para intervenir en esas condiciones e instrumentar acciones para incidir de manera positiva en ellos, de manera tal que se mejore la salud de la población.

Los programas extramuros de promoción para la salud buscan acercarse a la comunidad para fortalecer acciones de educación para la salud de los problemas epidemiológicos prioritarios de cada comunidad.

Con base a este panorama se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES, SE HA LOGRADO LA MODIFICACIÓN DE DETERMINANTES PARA PREVENIR LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS?

6. JUSTIFICACIÓN

Los diversos servicios de salud están destinados básicamente a proporcionar atención médica, a prevenir las enfermedades, a promover y a proteger la salud individual, familiar y comunitaria.

La evaluación es viable en tanto que las actividades desarrolladas se deben de cumplir con un procedimiento establecido en el programa de Entornos saludables.

En México, se han realizado numerosas experiencias de participación de la comunidad en los programas de salud. En dichas experiencias, la mayoría a niveles locales y algunas incluso a niveles nacionales, se han obtenido resultados francamente positivos y estimulantes en ciertos aspectos y fracasos enormes en otros³⁵.

Las enfermedades del rezago y las nuevas amenazas se encuentran ligadas a una “Cultura” que incluye el cambio de estilos de vida y entornos que dañan la salud.

Mediante la “EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN TRES LOCALIDADES DE ABASOLO, GUANAJUATO, 2011”, Se busca medir los efectos del programa de Comunidades Saludables y que resultados se han obtenido para la atención de enfermedades Respiratorias agudas en menores de 5 años, y de la planificación realizada durante el proceso.

Mediante la aplicación de instrumentos de medición se busca identificar el impacto logrado por del programa de Certificación de Comunidades Saludables, para la modificación de los determinantes de las infecciones respiratorias agudas.

6.1. Impacto económico de las infecciones respiratorias agudas.

De acuerdo con las estimaciones realizadas para el período 1995 - 2000, el beneficio económico alcanzado considerando la aplicación de la Norma Oficial Mexicana en relación a muertes evitadas, años de vida productiva ganados y ahorro en la atención ambulatoria, corresponde a: \$2,855,621 de pesos.

Los beneficios principales no cuantificables en términos monetarios derivados de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana son los años de vida potencial ganados y la mejoría en la calidad de la atención al menor de 5 años con las infecciones respiratorias agudas.³⁶

6.2. Alternativa de solución.

Fortalecer los determinantes positivos de la salud, mediante el impulso de la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores

sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud a fin de generar entornos favorables.³⁷

Impulsar la construcción, fortalecimiento y consolidación de la base social en Salud, en municipios y comunidades, propiciando la formación de redes a nivel local, municipal y jurisdiccional, para modificar los determinantes de la salud y generar entornos favorables. Impulsar que los entornos donde las personas viven, estudien y trabajan sean higiénicos, seguros y estimulantes para producir salud y mejorar su calidad de vida, generando un sistema de certificación nacional para la creación de entornos favorables para la salud

Fortalecer las acciones que de manera institucional se han venido realizando, evaluando en primer instancia los logros alcanzados, en el nivel de conocimientos sobre los signos de alarma y las medidas preventivas para las infecciones respiratorias agudas, a través de las intervenciones desarrolladas a través del Programa de Bandera Blanca, integrada en la estrategia de mejora de entornos mediante el programa de Certificación de comunidades Saludables.

6.3. Beneficios potenciales

La madre como principal responsable de los cuidados de los menores y por consecuencia de la atención de las infecciones respiratorias agudas de acuerdo a los conocimientos que tenga de la enfermedad, entendiendo como conocimiento toda información que posee el individuo por medio de una educación formal e informal, la cual puede ser adquirida por creencias, costumbres y prácticas, entendiendo a esta última como un conjunto de habilidades y destrezas obtenidas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada por su impacto, por las observaciones o expresada a través del lenguaje.

6.4. Factibilidad

6.4.1 Administrativa

La incidencia de las Infecciones respiratorias agudas puede ser reducida con estrategias preventivas; en caso contrario, es posible atender los signos de alarma de manera inmediata y evitar se agrave. Por tanto, los programas para el control de esta enfermedad, deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la promoción de la salud capacitando a las cuidadoras de menores a 5 años.

Los Servicios de salud cuentan con un programa de atención para la salud del niño contando con Personal Médico, de Enfermería y de Promoción para la salud, responsable de Grupos de la intervención del programa de comunidades saludables.

Localización del Proyecto; Colonias Tamazula, Cabrillas y las Margaritas del Municipio de Abasolo, Gto; de las cuales la colonia Tamazula se certificó como “comunidad Saludable” en el año 2010, la Colonia Cabrillas se certificó en el año 2011 y la colonia las Margaritas no ha sido intervenida.

Se cuenta con personal Técnico capacitado para realizar la evaluación y para realizar las encuestas.

Se gestionara con dependencias del H. Ayuntamiento los apoyos que resulten necesarios para la realización de esta intervención.

6.4.2. Política

El Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil ha sido desarrollado como una herramienta para lograr las importantes estrategias plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012 (PND), estructuradas en cinco ejes rectores:

Estado de Derecho y seguridad, economía competitiva y generadora de empleos, igualdad de oportunidades, sustentabilidad ambiental y democracia efectiva con política exterior responsable, dando oportunidad a madres para integrarse a la fuerza laboral, lo que propicia la necesidad de contar con cuidadoras de menores de 5 años, a través de redes sociales como la familia o estancias infantiles comunitarias.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se busca desarrollar las competencias de salud. Dentro del eje 3, < a través de las acciones planeadas para el cumplimiento de la meta del Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil.

En el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, integra al Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad Infantil 2007-2012 (PRONAREMI).

6.4.3. Legal

El marco jurídico que da sustento a la atención del problema identificado mediante la priorización se conforma por:

LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS

MEXICANOS D.O.F. 05-II-1917 F.E. D.O.F. 06-II-1917, Ref. D.O.F. 29-X-2003

Establece el derecho que tienen todas las personas a la protección de la salud de conformidad con el Artículo 4º, el cual manifiesta la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

6.4.3.1. Leyes

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. D.O.F. 29-XII-1976. F.E. D.O.F. 02-II-1977, Ref. D.O.F. 21-V-2003.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. D.O.F. 31-XII-1982.
Ref. D.O.F. 13-III-2002

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
D.O.F. 13-III-2002.

Ley General de Salud. D.O.F. 7-II-1984., Ref. D.O.F. 30-VI-2003: en su artículo 110, manifiesta que la promoción de la salud tiene por objetivo crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y promover en el individuo los valores, actitudes y conductas adecuados para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Ley Federal de Procedimientos Administrativos. D.O.F. 4-VIII-1994. Ref. D.O.F. 30-V-2000

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11-VI-2002.

Los gobiernos municipales contribuyen a la creación de comunidades saludables, ya que actúan como promotores del desarrollo social de manera armónica e integral y en beneficio de la salud de su población, en el marco de las atribuciones que le confiere el Artículo 115 constitucional.

6.4.4 Social

Para la realización de este proyecto se contara con Personal de salud y cuidadores de niños menores de 5 años, responsables debidamente capacitados, con el fin de incrementar el desarrollo de sus habilidades y destrezas para un adecuado diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas.

Cuidadores de menores de 5 años comprometidos con su salud y cooperadores en el tratamiento integral del entorno para el cambio de determinantes

Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupa el 1º. Lugar en la priorización de problemas de salud por su magnitud y trascendencia.

Se realizara la intervención en la población participante en la estrategia de comunidades saludables, en 2 colonias de la Ciudad de Abasolo y una colonia que no ha sido intervenida servirá de testigo.

Se identificaran redes sociales creadas mediante la intervención del Programa de Comunidades Saludables y algunas otras existentes en la comunidad.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar los conocimientos adquiridos en el proceso de Certificación de comunidades saludables por la población cuidadora de menores de 5 años, para la prevención de infecciones respiratorias agudas, como resultado de la capacitación en promoción de la salud.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el nivel de conocimiento de los cuidadores de niños de 5 años y menores respecto a los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas.

Verificar que los factores determinantes del medio ambiente que favorecen la presentación de Infecciones Respiratorias agudas, sean identificados por las madres o cuidadoras de menores de 5 años.

Evaluar que los conocimientos adquiridos por las madres o cuidadoras de menores de 5 años en las comunidades certificadas, que participaron en la capacitación sobre el tema de infecciones respiratorias agudas, de la etapa de “Bandera Blanca” sean satisfactorios y se sigan aplicando.

Fortalecer los conocimientos de las madres o cuidadoras de menores de 5 años.

Comparar la relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones respiratorias agudas y factores de riesgo identificados.

7.3. Metas

Revisar la integración de 2 expedientes de comunidades intervenidas por el área de promoción de la salud, en donde se aplicó la estrategia de “Bandera Blanca” como parte del proceso de certificación de comunidades saludables.

- a) Realizar encuestas de conocimientos a 90 cuidadores de menores de 5 años.
- b) Realizar 3 sesiones educativas para el reforzamiento de los conocimientos adquiridos durante el proceso de la implementación del programa de Certificación de Comunidades saludables.

7.4 Estrategias.

Se realizarán entrevistas y gestión de acopio de información a través de la Coordinación Jurisdiccional de promoción para la salud a fin de revisar expedientes de las comunidades a evaluar.

Se gestionarán con la Dirección del CAISES Abasolo (antes Hospital Comunitario) apoyo para la realización de las entrevistas con el personal de salud e identificar a los líderes comunitarios que apoyaron la intervención de Promoción de la salud en la Certificación de las comunidades.

Gestionar con las autoridades Municipales apoyo para realizar la aplicación de los instrumentos y los talleres de capacitación.

7.5 Límites.

Geográficos: Las Colonias “Tamazula” y “Cabrillas” que han sido intervenidas por el Área de Promoción para la salud, con el Programa de certificación de Comunidades saludables, durante los años 2010-2011, así como la Colonia “Las Margaritas” que no ha sido integrada al Programa antes referido.

De tiempo; el desarrollo en campo y los talleres se realizarán en el periodo de Marzo del 2012 a noviembre de 2012.

El análisis y la evaluación se realizarán durante el mes de diciembre de 2012.

8. MATERIAL, MÉTODOS E INSTRUMENTOS

La aplicación del instrumento primario se aplicó a 31 madres con hijos menores de cinco años de edad, de cada una de las comunidades, de las cuales dos Tamazula y Cabrillas fueron Certificadas como saludables y la Colonia Las Margaritas como testigo.

Posteriormente se realizó intervención educativa a 45 madres y/o cuidadores de menores de 5 años, siendo 15 de cada comunidad.

8.1. Diseño del estudio.

Se realizó un estudio comparativo, cuasi experimental.

El estudio se realiza en el transcurso del año 2012, en las localidades de Tamazula, certificado como Comunidad Saludable en el año 2010 y la localidad de Cabrillas, certificada como saludable en el año 2011 y la información obtenida se comparará con la Colonia de Las Margaritas, la cual no ha sido intervenida por el programa de Entornos y comunidades saludables.

La localidad de Tamazula se encuentra al oriente de la mancha urbana de la ciudad de Abasolo, Gto. Tiene esencia rural, actualmente ha sido integrada a la mancha urbana y dotada con los servicios municipales, la zona más al occidente conserva mayormente características rurales y se identifica como “Tamazula Viejo”.

Grafico 7.- Ubicación de las localidades de Tamazula, Las Cabrillas y Margaritas en relación con la mancha urbana de la Ciudad de Abasolo, Gto.



La localidad de Las Cabrillas se encuentra al oriente de la mancha urbana de la ciudad de Abasolo, Guanajuato, también es una zona rural que ha sido integrada a la mancha urbana de Abasolo. Mientras que la localidad de Las Margaritas tiene características del tipo urbano, como colonia periférica en desarrollo.

En las tres localidades la principal actividad se vincula con los hornos tabiqueros, ya sea en la elaboración y cocimiento de tabiques, o en su transporte y comercialización. También en estas localidades se tiene un alto índice de población migrante.

El estudio se realizó en dos etapas; la primer etapa se realiza para contrastar las características socio económicas y las características de la viviendas para comparar las características propias de cada localidad, así como identificar la participación de la población en el proceso de Certificación como comunidades Saludables.

La segunda etapa se enfoca en una intervención educativa con la finalidad de fortalecer los conocimientos de las Cuidadores de los menores de 5 años, en relación a las infecciones respiratorias agudas.

8.1.1 Herramientas:

En la primer etapa, o básica; Se aplicaron encuestas de manera aleatoria estratificada en hogares donde existan menores de 6 años de las colonias en estudio, mediante la cual se explorara las características socio demográficas, condiciones de la vivienda y el nivel de percepción que tienen las madres o cuidadoras de menores de 5 años respecto a los signos de alarma de infecciones respiratorias agudas, los factores del medio ambiente que propician su presentación y la participación que tuvieron en el Proceso de Certificación de su localidad como Comunidad Saludable.

Se realizó la revisión de expedientes del programa de certificación como comunidades saludables, para constatar las evidencias al respecto de las capacitaciones sobre infecciones respiratorias agudas.

En la segunda etapa o de refuerzo de conocimientos; se realiza una evaluación de conocimientos sobre las infecciones respiratorias agudas una de manera previa y otra posteriormente a la intervención educativa.

8.2. Universo.

Madres o cuidadoras de menores de 5 años que vivan en las comunidades de Tamazula, Cabrillas y Col. Las Margaritas.

8.3. Población en estudio.

Se consideró como base a la población femenina cuidadoras de menores a 5 años participantes en las acciones realizadas en el proceso de certificación de entornos saludables; Tamazula y Cabrillas ya certificadas, así como Col. Las Margaritas sin intervención, como población testigo del Municipio de Abasolo, Gto.

8.4. Unidad observación:

Madres o cuidadores de menores de 5 años.

Expedientes de certificación como comunidades saludables.

8.5. Unidad de análisis:

Encuesta de evaluación levantada en las localidades de Tamazula y Cabrillas intervenidas por el programa de comunidades saludables y como grupo de comparación la colonia Las Margaritas correspondientes al área de influencia del Hospital Comunitario Abasolo en el año 2010 y 2011.

Así como las Evaluaciones previas y posteriores a la intervención educativa.

8.6. Tamaño de muestra:

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado para la aplicación del instrumento de medición a cuidadoras de niños de 5 o menos años de edad.

El cálculo de la muestra se utiliza utilizando el software Epidat, en donde la población de la zona de influencia del Hospital Comunitario (ahora CAISES) Abasolo son 33546, en donde 1046 (3.12%) son de 5 o menos años. Se utiliza un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 5%.

Tabla 5.- Calculo del Tamaño de la muestra

Tamaño poblacional: 33546

Proporción esperada:	3.12%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0
Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
5.000	47

Se aplicaron finalmente 93 encuestas, a 31 madres o cuidadores por cada comunidad.

8.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.7.1. Criterios de inclusión:

La población blanco son Cuidadoras de menores de 5 años, incluyendo servicio de guarderías y/o estancias infantiles, si estas son empleadas, que habitan en las comunidades de; Tamazula y Cabrillas, intervenidas por el programa de Certificación de comunidades saludables correspondientes al área de influencia del Hospital Comunitario Abasolo, se incluirán a beneficiarias del programa oportunidades. Así como las de la Colonia Margaritas como población testigo.

8.7.2. Criterios de exclusión

Habitantes que tengan menos de 6 meses de radicar en la comunidad en el periodo de estudio.

8.7.3. Criterio de eliminación

Se eliminarán las encuestas en donde se cuente con un 40% de no respuesta, así como quienes manifiesten no querer participar.

8.7.4. Aspectos Éticos

Se obtuvo el consentimiento del informador antes de la intervención, así mismo se asegura la confidencialidad de los datos obtenidos.

8.8. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

Para la primer etapa o base. Se elaboró un cuestionario con la finalidad de rescatar información básica de cada una de las comunidades encuestadas, dicho instrumento incluye 55 Reactivos divididos en 4 apartados; Historia Ambiental 24 reactivos, Participación Comunitaria 8 reactivos, Conocimientos de Promoción 12 y Prevención de las IRAS reactivos, Factores Determinantes para la presencia de IRAS 11 reactivos.

Para la etapa de refuerzo de conocimientos se aplica una evaluación con 16 reactivos que comprenden conocimientos sobre las infecciones respiratorias aguda, signos de alarma, factores contaminantes intradomiciliarios y medidas preventivas.

8.8.1. Recolección de Información:

El instrumento se aplicó de manera directa y personal a través de encuestadores a las madres y/o cuidadoras de menores de 5 años, en las viviendas en donde se cumplían con los criterios de inclusión, en 3 colonias, 2 sub urbanas (área rural integrada a la mancha urbana) susceptible de alta marginación y una urbana marginada de la cabecera municipal de Abasolo, Gto.

Se realizó una prueba piloto al 5% de la muestra para detectar inconsistencias u omisiones en el cuestionario para la aprobación del instrumento. Así mismo se realizaron las modificaciones requeridas.

Por cada comunidad se realizaron análisis estadísticos descriptivos y de correlación, con la finalidad de identificar las características socio demográficas entre estas. Así como identificar los niveles de participación en el proceso de Certificación de sus comunidades como Saludables.

Posteriormente se convocaron de manera aleatoria, a madres y/o cuidadoras de menores de 5 años, para participar en 3 sesiones educativas para reforzar conocimientos

sobre la atención y signos de alarma en casos de IRAS, bajo la premisa de tener voluntad en participar.

8.9. Ejecución de la intervención

Se revisaron los expedientes del programa de comunidades saludables y verificaron las evidencias colectadas

Tabla 6. Objetivos operativos de la intervención educativa.

OBJETIVOS OPERATIVOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
Planificación de la intervención educativa	Diseño de un programa educativo.	Reunión informativa sobre el proyecto de intervención con las autoridades del municipio y de la dirección de la unidad de salud.
		Identificar un espacio adecuado para la realización de las sesiones educativas
		Elaboración de un cuestionario para evaluar los conocimientos, percepción, y actitudes de las madres participantes.
		Piloteo y Validación de cuestionario para su aplicación.
Identificar el nivel de conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas en las madres con hijos menores de 5 años pre y post intervención.	Realizar el diagnóstico de los conocimientos obtenidos en las intervenciones previas mediante el programa de certificación de comunidades saludables, así como por programa oportunidades, a las madres con hijos menores de cinco años a intervenir.	Presentar a quienes acudieron a la convocatoria, los objetivos de la intervención y registrar a quienes acepten participar
		Aplicación de cuestionario previo a la intervención educativa al grupo de madres participantes.
	Realizar la aplicación de las sesiones educativas de acuerdo a los planes de sesión previamente realizados	Integración del Grupo y conformación de equipos de trabajo
		Realizar la sesión educativa de manera participativa y con dinámicas lúdicas que fortalezcan los temas presentados en la carta descriptiva por sesión
		Discusión final del tema
Evaluación de la intervención educativa	Medir los conocimientos adquiridos en la Intervención educativa	Aplicación de cuestionario Post Intervención al grupo de madres participantes
	Validación de cuestionarios	Revisar resultados y cotejando a los participantes en ambas evaluaciones, eliminar los cuestionarios que respondan menos de 80% del cuestionario o que no hayan aplicado tanto el cuestionario pre intervención como la post intervención.
		Captura y limpieza de bases de datos
	Análisis de resultados	Análisis de estadísticos descriptivos
		Caracterización de los cambios mediante la comparación estadística con χ^2 y análisis de varianzas (anova)

Se realizó un recorrido por las colonias a intervenir identificando personajes clave como Vocales del Programa Oportunidades, Integrantes de comité de salud de la localidad y notables de la comunidad, realizando entrevistas para identificar madres o cuidadores de menores de 5 años a quienes se les aplicara el instrumento de medición.

Se aplicó un instrumento de medición sobre los conocimientos de las medidas preventivas y signos de alarma para las infecciones respiratorias agudas seleccionando de manera aleatoria 93 madres /cuidadores de menores de 5 años a quienes aplicar el instrumento de medición previa acta de consentimiento informado.

Con la finalidad de regresar información a la comunidad, se realizó una intervención educativa para reforzaran los conocimientos una evaluación previa, y una evaluación al final, para evaluar los conocimientos adquiridos.

Para la realización de la intervención educativa se programaron tres sesiones para el fortalecimiento de los conocimientos, las cuales se realizaron con quince días de diferencia entre cada una, debido a la disposición de las participantes.

Grafico 8. Secuencia didáctica basada en los principios del aprendizaje significativo.



Se realiza una evaluación previa consistente en 16 reactivos, de los cuales 8 comprenden el conocimiento de las infecciones respiratorias, 4 de medidas preventivas para evitar la presencia de IRAS y sus complicaciones y 4 de las características del medio ambiente intra-domiciliario que favorecen la presentación de IRAS.

Las sesiones se plantearon para lograr un desarrollo participativo, integrando actividades lúdicas y exposiciones vivenciales.

1. Bienvenida: Se realiza auto presentación incluyendo a los moderadores empleando nombres propios o familiares propiciando la confianza entre los participantes, se colocan etiquetas para identificar a cada uno.
2. Actividad Inicial: Se hace una breve reseña de lo que se trata en la sesión y en su caso un breve resumen de la sesión anterior.
3. Presentación de Video, o diapositivas que presentan situaciones del tema a tratar; En la primer sesión se presento el Video “Quiero pasar de los 5” editado por la OPS (una experiencia Guatemalteca); en la Segunda sesión se presentan diapositivas en Power Point con el tema “Medio ambiente intradomiciliario”, en la tercer sesión se presentan diapositivas con el tema “Como prevenir Infecciones Respiratorias Agudas y sus complicaciones en menores de 5 años”
4. Actividad de aplicación: En este apartado se realizaron actividades lúdicas con los siguientes juegos “El ahorcado”, “El gato” “Sopa de Letras”y “Memoria”, para propiciar mayor facilidad de aprendizaje y retroalimentación.
5. Análisis o conceptos básicos: Se abre un espacio de discusión para fortalecer los conceptos con sus conocimientos previos o con sus intereses. Se propició que mediante la participación con la presentación de diversos comentarios y enfoques.
6. Cierre o Conclusión: se genera una conclusión, con los comentarios aportados.

Una vez concluida la tercera sesión se aplicó el instrumento de evaluación, para realizar el análisis de diferencia de conocimientos entre la evaluación previa y la posterior.

Esta intervención se realizó de acuerdo a lo contenido en las cartas descriptivas de cada sesión, en un lapso de dos meses, iniciando actividades el 13 de junio con la evaluación previa, misma que se realizó en la casa de la cultura municipal, las sesiones de desarrollo del taller se llevaron a cabo en un salón de eventos particular, que permitía una mejor integración del grupo, y culminando el 8 de Agosto de 2012 con la evaluación final.

8.10. Plan de Análisis de datos.

Por cada comunidad se realizaron análisis estadísticos descriptivos, proporciones y de correlación, con la finalidad de identificar las características socio demográficas entre estas. Así como identificar los niveles de participación en el proceso de Certificación de sus comunidades como Saludables.

8.11. Definición del plan de procesamiento y presentación de la información

Una vez aplicado el instrumento de recolección de datos, estos se capturaron en una base de datos utilizando los programas Microsoft Office Excel, y SPSS Versión 21. Primeramente se cotejo la información capturada mediante la limpieza de la base de datos para identificar información incompleta realizando las adecuaciones de acuerdo a la revisión de captura, validación de datos y las correcciones cuando fue necesario.

Una vez que se con las bases limpias se procedió a realizar el análisis estadístico donde se hizo de la siguiente manera:

- Se corre análisis estadísticos descriptivos a la base de datos de la encuesta primaria.
- Se obtuvieron frecuencias y porcentajes de las variables de interés.
- Se realizó un análisis comparativo bivariado entre las diferentes poblaciones con la finalidad de contrastar diferencias entre las comunidades intervenidas por el Proceso de certificación como Comunidades saludables y a su vez compararlas con una localidad no intervenida.

Para la segunda etapa: Se realizó la evaluación de resultado de los conocimientos de las cuidadoras de menores de 5 años que participaron en La intervención educativa. Se corre el análisis de los resultados obtenidos entre la evaluación previa y la posterior a la intervención educativa, empleando estadísticos descriptivos. Para comprobar si existe o no una relación entre las variables, se realiza la prueba estadística de χ^2 , teniendo un nivel de confianza del 95%, el valor de alfa debe ser del 0.05.

Los resultados se resumieron en tablas y gráficos. Comparando datos entre los reportados por cada una de las comunidades a intervenir datos encontrados en las encuestas

8.12. CRONOGRAMA.

Tabla No. 7 Cronograma de actividades

Desarrollo de la intervención	Agosto 2012					Septiembre 2012				Octubre 2012				Noviembre 2012				Diciembre 2012		
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Revisión de expedientes de comunidades saludables																				
Revisión de expedientes fuentes de información																				
Entrevistas y levantamiento de encuestas																				
captura de datos																				
Análisis de la información																				
Elaboración del documento final																				

8.13. PRESUPUESTO

8.13.1 Infraestructura.

Para esta intervención se utilizara la infraestructura propia de la unidad de salud, y se realizaran recorridos por las comunidades en estudio, colonias, realizando entrevistas / encuestas directas, para actividades que requieran reuniones con la población y el informe de resultados se gestionara con el municipio el auditorio de la casa de la cultura de Abasolo.

8.13.2 Recursos Humanos

Se contara con 2 encuestadores, 1 capturista y el investigador.

8.13.3. Transporte

El transporte se realizó por parte del investigador para traslado de encuestadores hacia las localidades en estudio.

8.13.4. Equipo

Se contó con una computadora tipo “Lap Top” en la cual se concentró la base de datos y se realizó el análisis estadístico. Se contó con una impresora, cámara fotográfica y grabadora digital para el registro de evidencias.

8.13.5. Recursos materiales

Se requerirá papelería para impresión de encuestas, consumibles para el equipo de impresión y de registro electrónico (cámara y grabadora)

Tabla 8. Presupuesto.

Función	Concepto	Precio unitario	total
1. Infraestructura	Renta de Aula de sesiones	\$ 1,000.00	\$ 5,000.00
2. Equipo	Equipo de cómputo Lap Top	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00
	Impresora	\$ 1,500.00	\$ 1,500.00
	Cámara digital	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
	Grabadora digital	\$ 2,000.00	\$ 2,000.00
3. Materiales	Papelería	\$ 500.00	\$ 500.00
	Consumibles	\$ 1000.00	\$ 1000.00
4. Recursos Humanos	Salario Investigador	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00
	Salario de Capturista	\$ 3000.00	\$ 3000.00
	Salario Encuestadores	\$ 3000.00	\$ 6000.00
5. Transporte	Combustibles	\$ 5000.00	\$ 5000.00
Total			\$48,500.00

9. RESULTADOS

Derivado de la revisión de los expedientes del proceso de Certificación de las comunidades de Tamazula y Cabrillas como saludables, se identifica que en cuanto al

proceso de certificación, se da cumplimiento programático, no así en cuanto a la participación de la comunidad y las autoridades municipales.

Se identifica por parte de los servicios de salud que la carga operativa se deja sobre pasantes en servicio social de la Carrera de Licenciatura en enfermería y obstetricia, con acciones extramuros de personal médico, primordialmente par atención del programa de adulto y el anciano enfocados a los problemas de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo II.

La participación de la autoridad municipal se limitó a otorgar apoyos en especie y algunas acciones complementarias en el saneamiento básico.

Tabla 9.- Resultado de la revisión del expediente de las comunidades de Tamazula y Cabrillas Certificadas como saludables, en referencia a participación de la comunidad y capacitación de IRA's.

Fases del proceso de certificación de comunidades saludables	Observaciones
Organización social a través de la comunidad iniciada	La organización social de la comunidad, se basa primordialmente en la participación de las familias que cuentan con el programa oportunidades, quienes no son beneficiados con este programa tienen participación escasa.
	Indicador = $\frac{\text{No. de participantes}}{\text{No. de Familias en la comunidad}} \times 100$
	<u>Tamazula:</u> 63.55% de participación No. de familias 236, No. de familias con Oportunidades 133, No. Participantes en el proceso de Certificación como comunidades saludables 150
	<u>Cabrillas:</u> 23.80% de participación No. de familias 126, No. de familias con Oportunidades 22, No. Participantes en el proceso de Certificación como comunidades saludables 30
a) Elaboración del Diagnóstico de Salud Participativo de la comunidad y priorización	No se realiza revisión de fuentes oficiales de información, solamente se consulta el Tarjetero familiar, identificando falta de información, por lo que se realiza encuesta en campo. La priorización se realiza en base a lineamientos de identificación de casos de diabetes e hipertensión planteados desde el nivel central,
	<u>Tamazula:</u> Solamente se recaba información sobre; Diabetes Mellitus II, 14 casos Hipertensión arterial, 21 Casos.
	<u>Cabrillas:</u> Se identifican 130 casos de IRA's, 150 casos Diabetes Mellitus II 150 casos de Hipertensión arterial.

La comunidad se certificada como saludable (100% de procuradoras(es) capacitados, 80% aprobaron cédula de evaluación de conocimientos)	Se aplican 59 reactivos de diversos temas, de las cuales solamente 3 se relacionan con las Infecciones Respiratorias Agudas, 2 sobre la utilización de los servicios de salud para la atención y 2 para actividades de prevención
	Indicador = $\frac{\text{No. de participantes capacitadas en IRA's}}{\text{No total de participantes}} \times 100$
	Tamazula: 70% de participantes capacitadas en IRA's Se formaron 150 agentes o procuradoras, 105 madres capacitadas en atención a IRA's.
	Cabrillas: 100% de participantes capacitadas en IRA's Se formaron a 30 agentes y procuradoras, 30 madres capacitadas en atención a IRA's

9.1 Resultados de la etapa pre intervención.

La medición de las variables socio-demográficas de la población que participo en la encuesta basal, no se consideró la edad ni el estado civil de las encuestadas, siendo el 100% del sexo femenino, concurriendo las madres con hijos menores de cinco años de edad o sus cuidadoras.

En relación al nivel de escolaridad de las encuestadas se identifica que en las localidades de Cabrillas y Tamazula es mayor el número de madres o cuidadoras con primaria completa, mientras que en Las margaritas el mayor número de las madres encuestadas solo cuentan con primaria incompleta. En contraste se destaca que en Tamazula tiene mayor población con secundaria completa, pero también es la única que cuenta con población analfabeta y que solo sabe leer y escribir.

Tabla 10.- Nivel de escolaridad de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.

ESCOLARIDAD						
n=31	CABRILLAS		TAMAZULA		MARGARITAS	
	n	%	n	%	n	%
PRIMARIA INCOMPLETA	10	32,3	6	19,4	12	38,7
PRIMARIA COMPLETA	12	38,7	11	35,5	6	19,4
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	3,2	2	6,5	6	19,4
SECUNDARIA COMPLETA	5	16,1	7	22,6	3	9,7
BACHILLERATO	1	3,2	1	3,2	3	9,7
CARRERA TECNICA	2	6,5	0	0,0	1	3,2
SOLO SABE LEER Y ESCRIBIR	0	0,0	2	6,5	0	0,0
ANALFABETA	0	0,0	2	6,5	0	0,0

En relación de la ocupación de la madre o cuidadora, se presenta en mayor frecuencia las amas de casa.

Tabla 11.- Ocupación habitual de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.

OCUPACION DE LA MADRE O CUIDADORA						
n=31	CABRILLAS		TAMAZULA		MARGARITAS	
	n	%	n	%	n	%
AMA DE CASA	24	77,4	27	87,1	29	93,5
EMPLEADA	3	9,7	3	9,7	2	6,5
COMERCIANTE	4	12,9	1	3,2	0	0,0

En tanto que el ingreso mensual familiar corresponde en mayor frecuencia a 2 salarios mínimos mensuales en las tres poblaciones, Tamazula tiene un ingreso significativamente menor en donde se observa una importante proporción de la población con ingreso de 1 salario mínimo mensual, en tanto que en las margaritas se observa el mejor nivel de ingresos.

Tabla 12.- Nivel de ingresos familiares reportados por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.

INGRESO MENSUAL FAMILIAR						
n=31	CABRILLAS		TAMAZULA		MARGARITAS	
Nivel de ingreso	n	%	n	%	n	%
1SM	5	16,1	12	38,7	3	9,7
2SM	15	45,2	16	51,6	15	48,4
3SM	9	29,0	3	9,7	10	32,3
4 SM O MAS	2	6,5	0	0,0	3	9,7
Nivel de significancia	0.832		0.036		0.255	

*SM= salarios mínimos

Se observa que en la comunidad de Tamazula el número de habites por vivienda es donde se refleja mayor frecuencia, seguido de Cabrillas y Las Margaritas registra un comportamiento de máximo 4 habitantes por vivienda.

Tabla 13.- Número de habitantes por vivienda de las colonias en estudio.

NUMERO DE HABITANTES POR VIVIENDA	CABRILLAS		TAMAZULA		MARGARITAS	
	n	%	n	%	n	%
2	0	0,0	0	0,0	6	19,4
3 A 4	8	25,8	4	12,9	25	80,6
5 O MAS	23	74,2	27	87,1	0	0,0
TOTAL	31	100	31	100	31	100

En cuanto al número de habitaciones por vivienda, en cabrillas se identifica la mayor frecuencia de viviendas con una sola habitación, seguida de Las Margaritas, estableciendo el índice de hacinamiento, en donde se establece la relación entre habitantes con habitaciones, la comunidad de Tamazula manifiesta un mayor índice de hacinamiento.

Tabla 14.- Número de habitaciones por vivienda, en las tres colonias en estudio.

NUMERO DE HABITACIONES POR VIVIENDA						
n=31	CABRILLAS		TAMAZULA		MARGARITAS	
	n	%	n	%	n	%
1	7	22,6	1	3,2	6	19,4
2 A 4	19	61,3	25	80,6	25	80,6
5 O MAS	5	16,1	5	16,1	0	0,0
Índice de hacinamiento	5.02		5.56		0	

En cuanto a la participación en el proceso de Certificación como Comunidades Saludables, Tamazula fue la que mostro el mayor nivel de participación, teniendo en cuenta que Las Margaritas no ha sido integrada al programa de comunidades saludables.

Tabla 15.- Participación de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio en el proceso de Certificación como Comunidades Saludables.

PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN						
	CABRILLAS		TAMAZULA		MARGARITAS	
Nivel de participación	n	%	n	%	n	%
participo	9	29,0	12	38,7	0	0,0
no participo	22	71,0	19	61,3	31	100,0

El nivel de participación en el proceso de certificación de Comunidades Saludables de las encuestadas no fue significativo, su participación consistió mayormente en asistir a reuniones informativas.

Tabla 16.- Nivel de participación de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.

COMO PARTICIPO EN LA CERTIFICACION				
COMO PARTICIPO	CABRILLAS		TAMAZULA	
	n	%	n	%
PROCURADORAS	3	9,7	5	16,1
ASISTIENDO A CAPACITACIONES	0	0,0	1	3,2
ASISTIENDO A REUNIONES	7	22,6	9	29,0
TOTAL	10	31,3	15	48,3

- No se considera a la comunidad Las Margaritas por no haber sido intervenida con el programa de Certificación de comunidades saludables.

De las participantes en la encuesta que son beneficiarias del “Programa Oportunidades”, Tamazula es la que cuenta con mayor número de familias con apoyo.

Tabla 17.- Beneficiarias del programa del programa oportunidades de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.

BENEFICIARIA DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES						
	CABRILLAS		TAMAZULA		MARGARITAS	
Apoyo de programas asistenciales	n	%	n	%	n	%
APOYO CON OPORTUNIDADES	9	29,0	11	35,5	8	25,8
SIN APOYO CON OPORTUNIDADES	22	71,0	20	64,5	23	74,2
TOTAL	31	100	31	100	31	100

Se analizan los niveles de percepción de factores determinantes y su importancia para la prevención de Infecciones Respiratorias Agudas, por parte de los cuidadores de menores de 5 años en las Comunidades de Cabrillas y Tamazula las cuales fueron certificadas como saludables en 2011 y 2010 respectivamente, comparándolas entre si y con la comunidad de Las Margaritas que no fue intervenida por el Programa de Comunidades Saludables.

9.1.1 FACTORES DETERMINANTES EN EL CAMPO DE LA SALUD IDENTIFICADOS

9.1.1.1 Biología

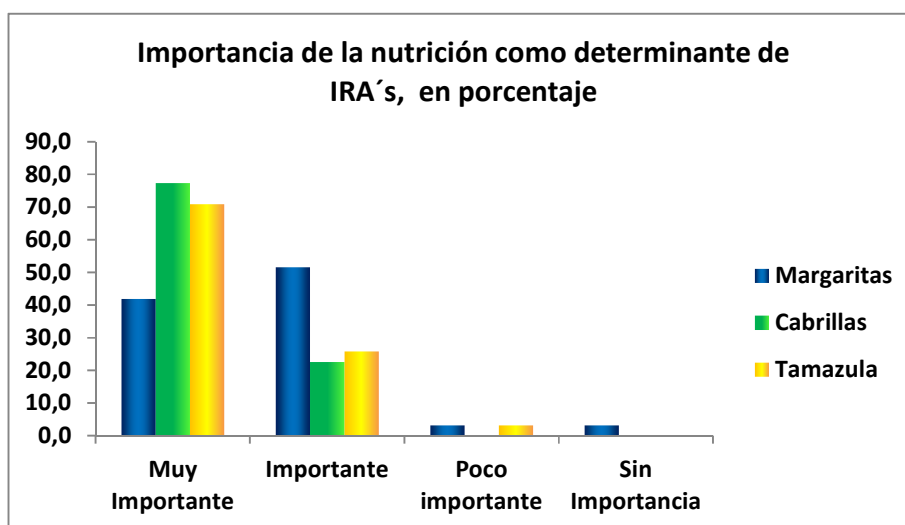
Se identifica que en las tres comunidades que en la mayoría de las viviendas solo hay un menor de 5 años de edad (74%), seguido por las viviendas con dos menores de 5 años (24%) y solamente en una vivienda de la localidad de cabrillas se tiene 3 (1%), menores y una con 4 en la misma vivienda (1%).

Tabla 18.- Menores de 5 años que habitan en la vivienda de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.

Número de menores de 5 años que habitan en la vivienda	MARGARITAS		CABRILLAS		TAMAZULA		Total acumulado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	22	71	25	81	22	71	69	74
2	9	29	5	16	8	26	22	24
3	0	0	1	3	0	0	1	1
4	0	0	0	0	1	3	1	1
TOTAL	31	100	31	100	31	100	93	100

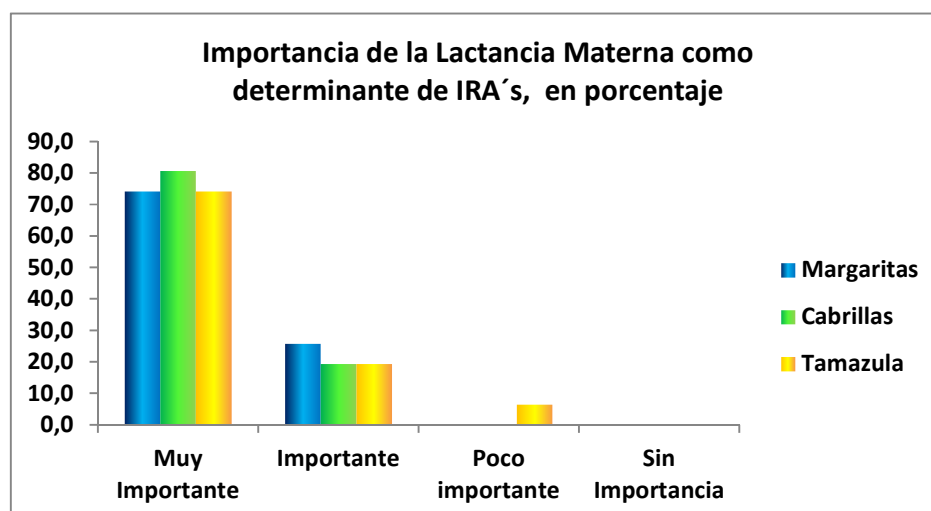
La importancia de la nutrición en para la presentación de problemas de Infecciones respiratorias Agudas en la comunidad de las margaritas que no fue intervenida se percibe como una condición importante con mayor frecuencia, mientras que en las comunidades certificadas manifiestan una percepción de ser un factor muy importante con un porcentaje de 77% en Cabrillas mientras que en Tamazula se presenta con un 71%.

Grafico 9.- Nivel de Desnutrición de los menores reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.



Con respecto a la lactancia materna, se considera como un factor muy importante para prevenir las Infecciones respiratorias Agudas, siendo La comunidad de Cabrillas con un 81% en donde se tiene mayor percepción, seguida con un 74% en Tamazula y margaritas.

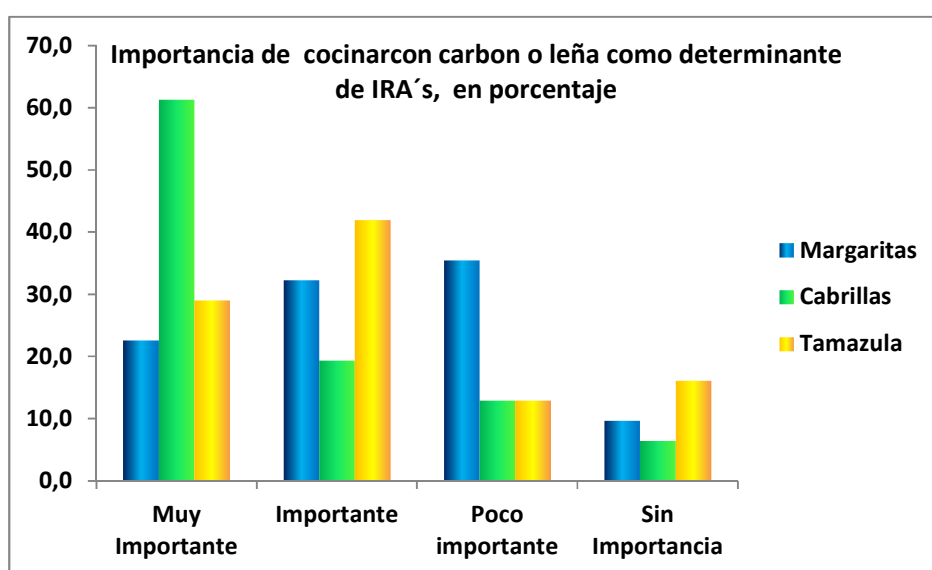
Grafico 10.- Nivel de lactancia materna a los menores reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.



9.1.1.2. Medio ambiente

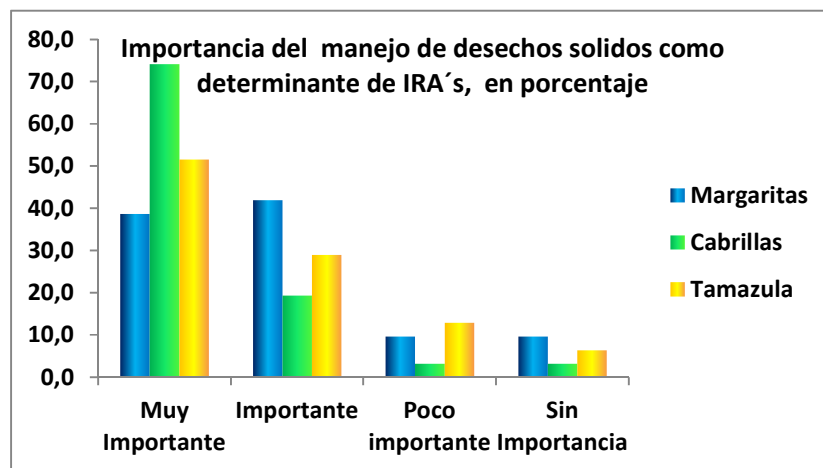
La condición de cocinar con leña como un factor determinante para la presencia de IRAS observa diferencias en el uso de las fuentes de combustible empleado, respecto a su importancia, destacando la comunidad de Cabrillas en la que el 61% la consideran un factor muy importante, seguido de Tamazula con un 29% y Las margaritas con un 23%. Se destaca que no es considerado como importante en Tamazula el 16%, en Las Margaritas el 10% y Cabrillas el 6%.

Grafico 11. Uso de combustibles reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.



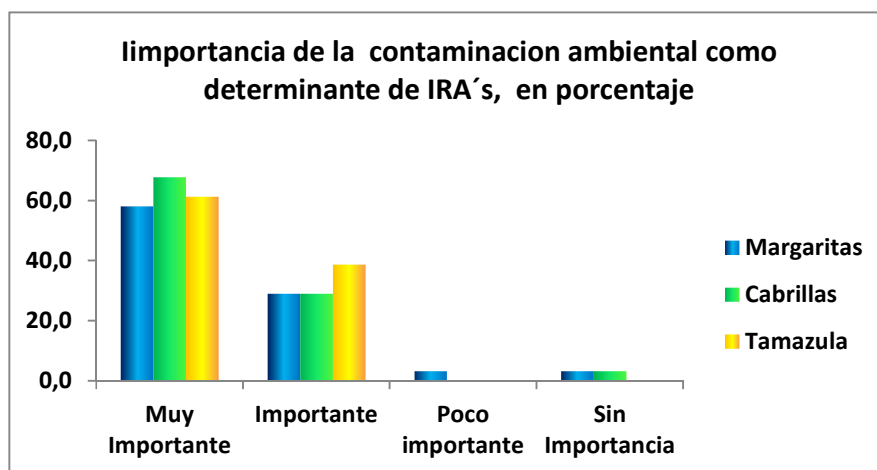
El manejo y disposición inadecuada de desechos intra-domiciliarios, son percibidos como factores para la presencia de IRAS, destacando la comunidad de Cabrillas en donde el 75% lo considera como muy importante y 19% importante, en Tamazula 52% lo consideran muy importante y 29% como importante, en tanto que la comunidad de Las Margaritas el 39% lo consideran muy importante y 41% como importante, sin embargo en Tamazula 13% lo considera poco importante y 6% sin importancia, así como en las margaritas el 10% lo considera poco importante y el 10% sin importancia.

Grafico 12.- Manejo de desechos sólidos municipales reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.



La percepción de la influencia de la contaminación ambiental respecto a la presentación de IRAS, se presenta de una manera uniforme, siendo considerado como muy importante con el 68% e importante el 29%, en Cabrillas, 61% y 39% en Tamazula, así como el 58% y 29% en Las Margaritas.

Grafico 13.- Importancia identificada respecto a la contaminación ambiental reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.

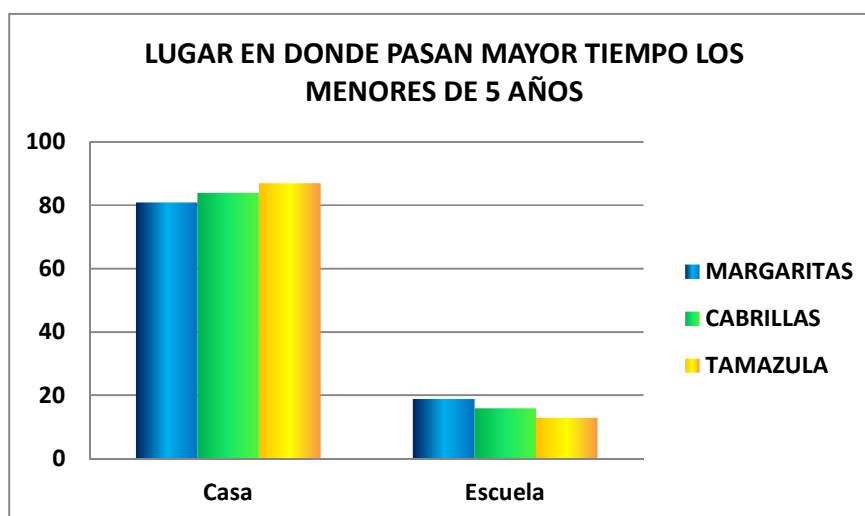


9.1.1.3. Estilos de vida

Los determinantes debidos a los estilos de vida que influyen en la presencia de iras que son percibidos por los cuidadores de menores de 5 años.

La casa es el lugar en donde los menores pasan la mayor parte del tiempo presentan similitud en las tres comunidades siendo Tamazula con 87% la de mayor frecuencia, seguida de Cabrillas con 84% y Las margaritas con 81%.

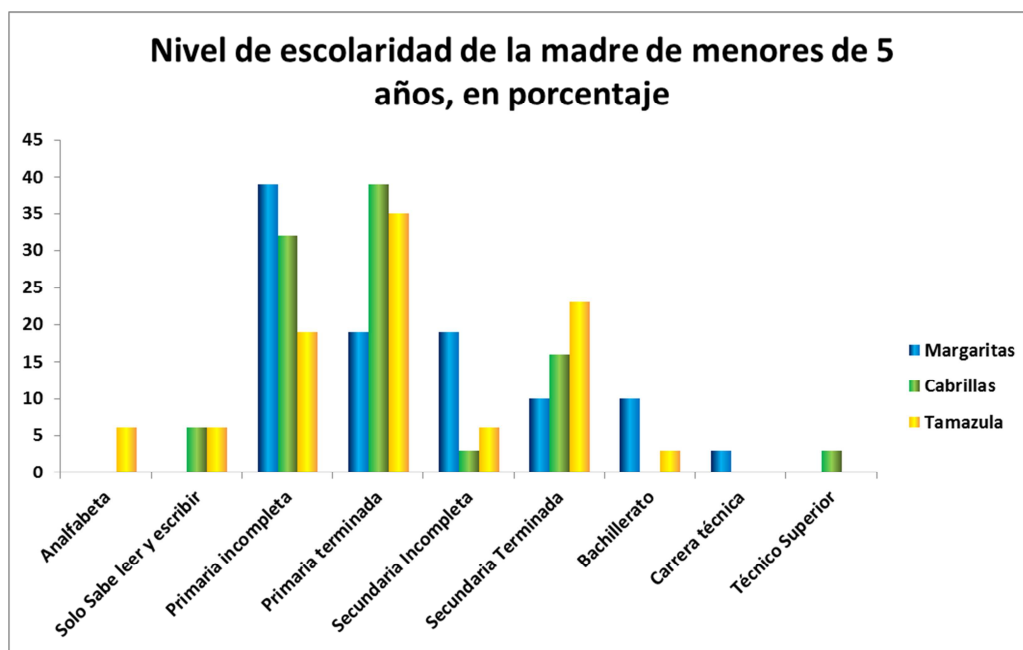
Grafico 14.- Espacio en donde los menores pasan la mayoría del tiempo, reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.



El nivel de escolaridad de la madre o cuidadora es un determinante de fundamental para la prevención de las IRAS, presentándose un bajo nivel de analfabetismo.

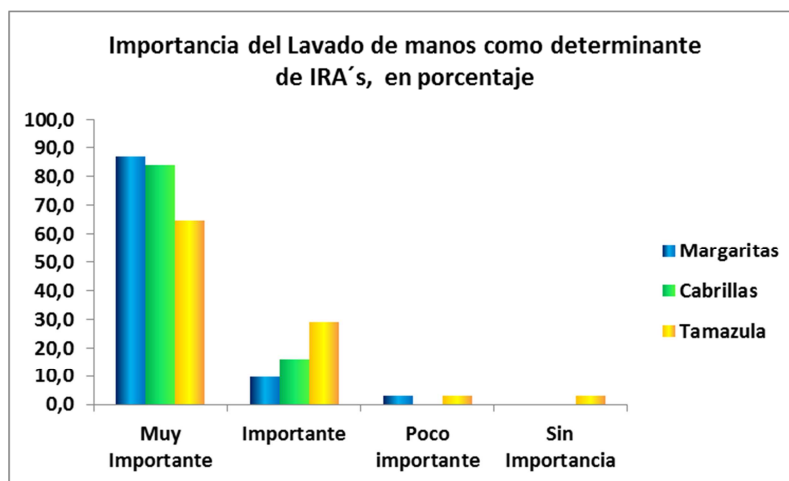
El nivel primaria manifestó la mayor frecuencia, en la localidad de Cabrillas es el que mayormente terminaron la educación primaria con un 39% y dejaron la primaria incompleta el 32%, en Tamazula el 35% concluyeron la primaria y el 19% la dejaron inconclusa, mientras que en Las Margaritas el 39% no terminaron su educación primaria, siendo solamente 19% quienes si lo hicieron, sin embargo en esta última comunidad cursaron el nivel secundaria el 19% que no concluyeron y 10% que terminaron ese nivel educativo, además 10% curso el bachillerato y 3 % una carrera técnica. En Cabrillas 3% dejaron la secundaria inconclusa y 16% si la concluyeron y solo el 3% cursaron a nivel medio superior. En Tamazula se presenta el 23% con secundaria terminada y el 6% que la dejaron inconclusa y solamente el 3% curso el bachillerato.

Grafico 15.- Nivel de escolaridad de las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.



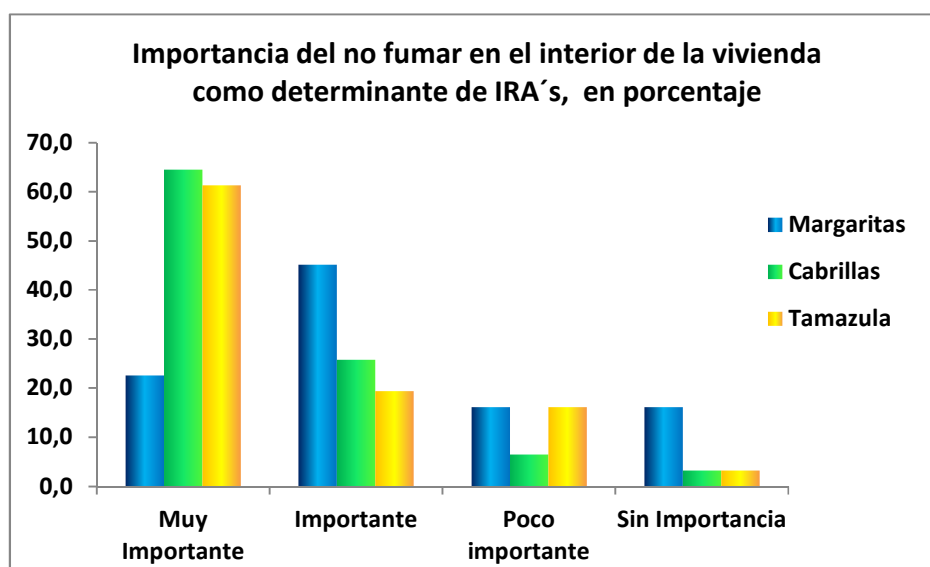
La identificación del lavado de manos como una condición determinante para la prevención de las IRAS, es percibida en la comunidad de Las Margaritas, como muy importante por el 87% y como importante el 10%, en Cabrillas se considera muy importante por el 84% y 16 % como importante, mientras que en Tamazula solamente el 65% lo considera muy importante y 29% como importante.

Grafico 16.- Importancia del lavado de manos, reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.



La condición de fumar dentro de la vivienda es considerada como un factor para la presencia de IRAS, siendo percibida en la comunidad de Cabrillas 65% como muy importante y 26% como importante, en Tamazula el 65% lo considera muy importante y 19% como importante, mientras en Las Margaritas solamente el 23% lo considera muy importante y 45% como importante

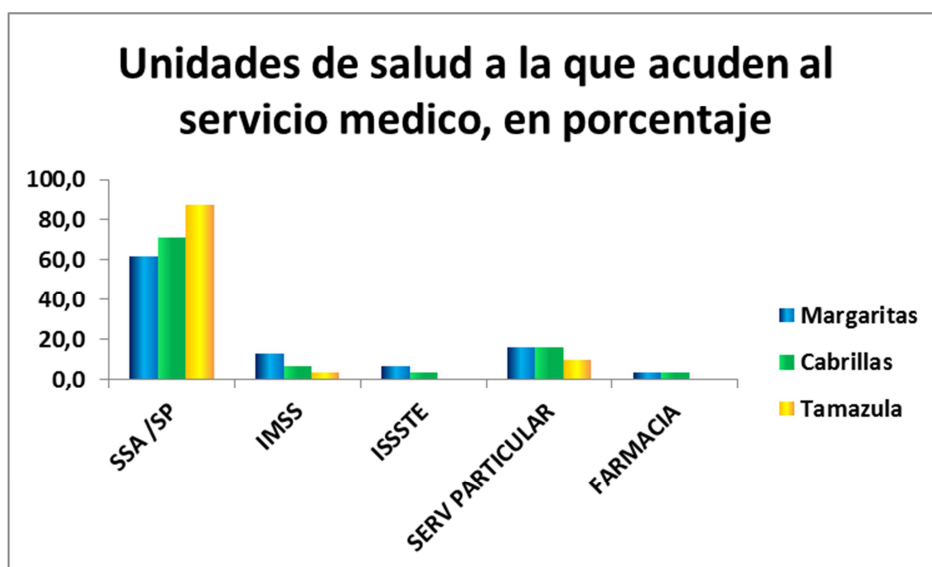
Grafico 17.- Importancia de no fumar en el interior de la casa, reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.



9.1.1.4. Respuesta social organizada

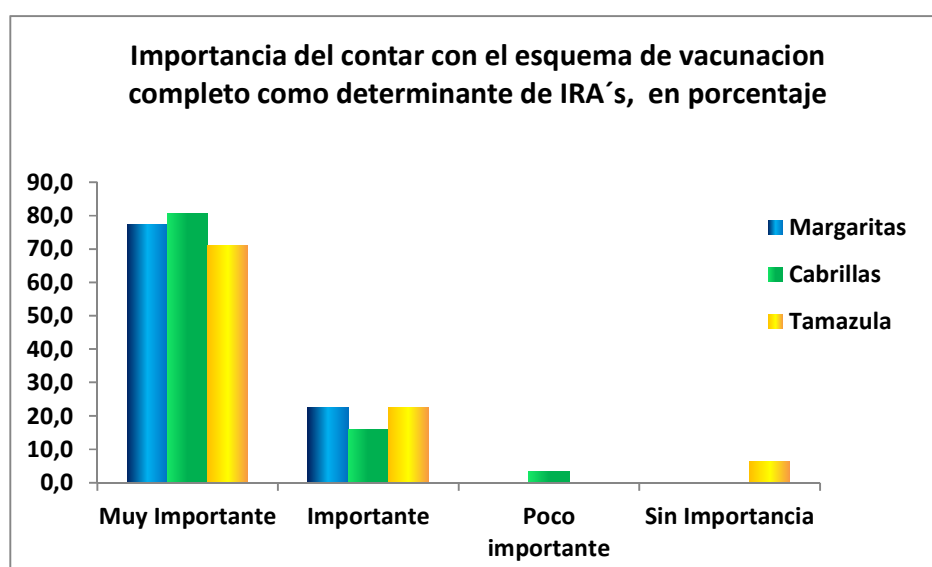
La asistencia a los servicios de salud es percibida como determinante para evitar IRAs. Siendo la comunidad de Tamazula la que acude en un 87% a Los Servicios de Salud del estado como población abierta o como beneficiarios del seguro popular, el 10% acude a servicio Particular y solamente 3% al IMSS; en la comunidad de Cabrillas el 71% acude a los servicios estatales, 16 % a servicio particular, 6% al IMSS, 3% al ISSSTE y 3% acude a las farmacias a solicitar atención; mientras que en Las Margaritas el 61% acude a los servicios estatales, 16% a servicio particular, 13% al IMSS, 6% al ISSSTE y 3% solicitan atención en farmacias.

Grafico 18.- Unidades de salud a la que acuden al servicio medico, reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.



En particular contar con esquemas completos de vacunación en donde la Comunidad de cabrillas considera el 81% como muy importante Y 16 % como importante, en Las margaritas el 77% lo considera muy importante y 23 % como importante, en tanto que Tamazula el 71% lo considera muy importante y 23% como importante.

Grafico 19.- Esquema de vacunación en menores, reportado por las madres encuestadas en las tres colonias en estudio.



9.1.1.5. Comparación de resultados entre poblaciones.

Se realizó análisis de correlación de χ^2 , a las variables de la encuesta, a las cuales se considera un nivel de significancia menor al 0.05 (valor de α) aplicando un intervalo de confianza del 95%.

Posteriormente se realiza un análisis de varianzas (ANOVA), para identificar la diferencia estadística de cada comunidad, así como con entre las comunidades, aplicando el Contraste de Scheffé, siendo este un procedimiento para medir diferencias entre grupos o entre combinaciones de grupos.

De las variables estudiadas se observa una diferencia significativa en la comparación de las comunidades observadas presentándose a continuación los resultados obtenidos

Al comparar las poblaciones se identifica que el servicio de drenaje es significativamente diferente entre las colonias de Cabrillas y Tamazula, entre ellas y con Las margaritas.

Tabla 19.- Comparación de uso del servicio de drenaje entre las tres comunidades en estudio, con base al nivel de significancia calculado a través del análisis de varianzas.

Uso de servicio de drenaje			
	Margaritas	Cabrillas	Tamazula
NIVEL DE SIGNIFICACIA	...	0,965	0,016
	,965	...	0,031
	0,016	0,031	...

Con respecto a los habitantes por vivienda, se contrasta la diferencia entre la colonia Tamazula con la de Las Margaritas, marcándose una clara diferencia entre ambas poblaciones.

Tabla 20.- Comparación de número de habitantes por vivienda, entre las tres comunidades en estudio, con base al nivel de significancia calculado a través del análisis de varianzas.

Habitantes por vivienda			
	Margaritas	Cabrillas	Tamazula
NIVEL DE SIGNIFICACIA	...	0,388	0,035
	0,388	...	0,457
	0,035	0,457	...

En cuanto al hábito de fumar, es marcada la diferencia entre la Colonia Tamazula y las otras dos colonias en estudio.

Tabla 21.- Comparación de identificación de fumadores entre las tres comunidades en estudio, con base al nivel de significancia calculado a través del análisis de varianzas.

Fumadores			
	Margaritas	Cabrillas	Tamazula
NIVEL DE SIGNIFICACIA		1,000	,003
	1,000		,003
	,003	,003	

El comportamiento por localidad manifiesta significancia similar en cuanto a la condición de fumar en espacios ventilados, siendo significativa la diferencia que tienen Tamazula y Las Margaritas con respecto a Cabrillas

Tabla 22.- Comparación de condición de fumar en espacios ventilados, entre las tres comunidades en estudio, con base al nivel de significancia calculado a través del análisis de varianzas.

ambiente ventilado			
	Margaritas	Cabrillas	Tamazula
NIVEL DE SIGNIFICACIA		1,000	,003
	1,000		,003
	,003	,003	

En cuanto a las variables de identificación de signos de alarma se presenta de manera significativa la diferencia entre la población de Las Margaritas con respecto a las Colonias Tamazula y cabrillas. Considerando que la primera no ha sido intervenida con el programa de Comunidades Saludables, además de ser la localidad que manifestó menor cobertura por el programa Oportunidades.

Tabla 23.- Comparación de la identificación de los signos de alarma por las madres y/o cuidadoras de menores de cinco años, entre las tres comunidades en estudio, con base al nivel de significancia calculado a través del análisis de varianzas.

Signos de alarma			
	Margaritas	Cabrillas	Tamazula
NIVEL DE SIGNIFICACIA		,000	,017
	,000		,265
	,017	,265	

En cuanto a la utilización de antibióticos en niños, se identifica una diferencia significativa entre las colonias Tamazula y Las Cabrillas.

Tabla 24.- Comparación de uso antibióticos en niños, entre las tres comunidades en estudio, con base al nivel de significancia calculado a través del análisis de varianzas.

Uso de antibióticos en niños			
	Margaritas	Cabrillas	Tamazula
NIVEL DE SIGNIFICACIA		,828	,114
	,828		,028
	,114	,028	

9.2. Resultados de la intervención educativa.

Una vez que se identificaron las diferencias entre las tres localidades en estudio, se convoca a las madres y/o cuidadoras de menores de 5 años a participar en un taller para fortalecer los conocimientos sobre Infecciones respiratorias agudas, estableciendo como estrategia la integración como un solo grupo y no en conglomerado conforme a las localidades de donde provienen.

Previo a la implementación del taller para fortalecer los conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas se realizó una evaluación con las madres y/o cuidadoras de menores de 5 años en las localidades participantes obteniendo un promedio de 68.06% de aciertos, siendo las participantes de la localidad de Tamazula la que obtuvieron la menor calificación previa y las de Las Margaritas las que obtuvieron el mejor resultado con un 70.42%. No obstante que esta comunidad no ha sido intervenida por el programa de Certificación de comunidades saludables

En la evaluación posterior a la intervención educativa, se observa un cambio notable Destacándose las participantes de Tamazula que logran una calificación que representa un avance del 25%, en tanto que las participantes de las otras dos localidades incrementaron su calificación en un 22.5% cada una.

Tabla 25.- Resultados en porcentaje de aciertos de las evaluaciones realizadas en el taller para fortalecer los conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas, por localidad.

	Previo	Posterior	% Diferencia	
Tamazula	66,25	91,25	25	
Cabrillas	67,5	90	22,5	
Margaritas	70,42	92,92	22,5	
Promedio	68,06	91,39	23,33	

Se realiza prueba para determinar las diferencias entre los conocimientos de las madres y/o cuidadoras de menores de 5 años en las comunidades intervenidas, empleando el método de χ^2 (Chi cuadrada), por cada uno de los reactivos y de cada una de las comunidades participantes, con la finalidad de identificar si se generaron cambios que a través de la intervención educativa, se estableció como índice de confianza el 95%, un valor α (alfa) del 0.05 y dos grados de libertad. (Ver anexo)

Tabla 26.-Comparación de resultados previos y posteriores de la intervención educativa de las tres localidades en estudio mediante el método χ^2 , con Índice de confianza de 95%, valor $\alpha = 0,05$, con 1 grado de libertad.

VARIABLES	TAMAZULA			CABRILLAS			LAS MARGARITAS		
	χ^2	k1 \ P 0,05	SIG	χ^2	k1 \ P 0,05	SIG	χ^2	k1 \ P 0,05	SIG
IDENTIFICACION DE IRAS	0,659	3,841	0,417	1,434	3,841	0,231	1,76	3,841	0,185
IDENTIFICACION DE SINTOMAS	1,677	3,841	0,195	9,13	3,841	0,003	4,6	3,841	0,032
IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA	10,909	3,841	0,001	9,13	3,841	0,003	9,1	3,841	0,003
CAUSAS DE IRAS	6	3,841	0,014	3,333	3,841	0,068	6	3,841	0,014
QUIEN ES MAS VULNERABLE	6	3,841	0,014	4,615	3,841	0,032	9,13	3,841	0,003
QUE HACE	10,909	3,841	0,001	9,13	3,841	0,003	6	3,841	0,014
A QUIEN MAS AFECTA	7,5	3,841	0,006	3,589	3,841	0,058	6	3,841	0,014
CUIDADOS Y ATENCION NIÑO	4,615	3,841	0,032	2,727	3,841	0,099	4,615	3,841	0,032
COMO SE CURA	6	3,841	0,014	3,333	3,841	0,068	0	3,841	1,000
ACCIONES DE PREVENCIÓN	6	3,841	0,014	3,968	3,841	0,046	7,5	3,841	0,006
VENTILACION	4,615	3,841	0,032	4,615	3,841	0,032	6	3,841	0,014
COMO SECUBRE NIÑO ENF	7,5	3,841	0,006	3,333	3,841	0,068	3,333	3,841	0,068
SE LAVA LAS MANOS	4,615	3,841	0,032	2,143	3,841	0,143	3,333	3,841	0,068
FUMA EN CASA	0,833	3,841	0,361	6	3,841	0,014	4,615	3,841	0,032
EXISTE EXPOSICION A HUMO DE LEÑA	6	3,841	0,014	3,333	3,841	0,068	2,142	3,841	0,143
PROMEDIO GENERAL	61,9190207	3,841	0,000	68,3544733	3,841	0,000	62,7018752	3,841	0,000

De manera General se observó un cambio significativo en todos los grupos.

Se observó en Tamazula mejora significativa en 13 de los 16 reactivos y en Las Margaritas se observa mejora en 12 de los 16 reactivos manifestando un reactivo sin cambio entre las dos evaluaciones, en tanto que en Cabrillas en todos los reactivos se identifica en la evaluación posterior un incremento de respuestas acertadas, de donde solamente en 8 reactivos se observa un cambio significativo.

Tabla 27.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones previa a la intervención, así como en la post intervención, de manera general se manifiesta un cambio significativo.

Calificación General			
nivel de significancia	Tamazula	Cabrillas	Las Margaritas
	0,000	0,000	0,000

De Las Variables que manifestaron cambio significativo entre la pre intervención y la post intervención destacan las siguientes.

En el reactivo correspondiente a la identificación de los signos de alarma, Se identifica un cambio significativo en cuanto a la identificación de los signos de alarma, siendo este reactivo el que presentó menos respuestas acertadas en la evaluación previa en los tres grupos intervenidos.

Tabla 28.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificación de signos de alarma.

IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA			
nivel de significancia	Tamazula	Cabrillas	Las Margaritas
	0,001	0,003	0,003

En el reactivo correspondiente a que hace cuando identifica los primeros síntomas de Infección Respiratoria aguda también se observa un cambio significativo entre las respuestas obtenidas en la evaluación pre intervención y la evaluación posterior, observándose cambio en los tres grupos.

Tabla 29.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de Que hace cuando identifica los primeros síntomas de Infección Respiratoria aguda

QUE HACE			
nivel de significancia	Tamazula	Cabrillas	Las Margaritas
	0,001	0,010	0,014

Al evaluar el medio ambiente domiciliario, en el reactivo que plantea la importancia de la ventilación de la vivienda como un factor determinante de las Infecciones respiratorias Agudas, se presentó un cambio significativo en los tres grupos.

Tabla 30.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificar la importancia de la ventilación para prevenir las Infecciones Respiratorias agudas.

VENTILACION DE LA VIVIENDA			
nivel de significancia	Tamazula	Cabrillas	Las Margaritas
	0,031	0,046	0,014

A la pregunta de identificar a Quien afecta más las infecciones respiratorias agudas, se presenta un cambio significativo en las respuestas de los grupos de Tamazula y Las Margaritas, no siendo significativo las respuestas de Cabrillas, quedando por debajo del cambio mostrado en los otros grupos.

Tabla 31.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificar la a Quien afecta más las infecciones respiratorias agudas.

A QUIEN AFECTA MAS			
nivel de significancia	Tamazula	Cabrillas	Las Margaritas
	0,014	0,068	0,014

El cambio observado en el reactivo de los cuidados que hay que tener en la atención al niño, es significativa en los grupos de Tamazula y Las Margaritas, quedando el grupo de cabrillas por debajo de los cambios observados por los otros dos grupos.

Tabla 32.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificar la importancia del cuidado en la atención al niño en casos de las Infecciones Respiratorias agudas.

CUIDADOS EN LA ATENCION DEL NIÑO			
nivel de significancia	Tamazula	Cabrillas	Las Margaritas
	0,031	0,058	0,032

En el ambiente del entorno domiciliario, el fumar en casa es un factor de riesgo para presentar casos de Infecciones Respiratorias agudas, en el reactivo correspondiente en la evaluación de la intervención educativa, Cabrillas y Las Margaritas mostraron un cambio significativo, en tanto que aunque se presenta un incremento de respuestas acertadas, Tamazula no muestra mejora significativa.

Tabla 33.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificar la SI se fuma en la casa.

FUMAN EN CASA			
nivel de significancia	Tamazula	Cabrillas	Las Margaritas
	0,361	0,014	0,032

En relación al reactivo sobre la Identificación de casos de infección respiratorias Agudas no se observó un cambio significativo manteniendo los tres grupos un nivel de respuesta erróneo, aun cuando se incrementó el número de respuestas acertadas entre la evaluación previa y la posterior. Siendo el asma, un presentación crónica, el factor confusor.

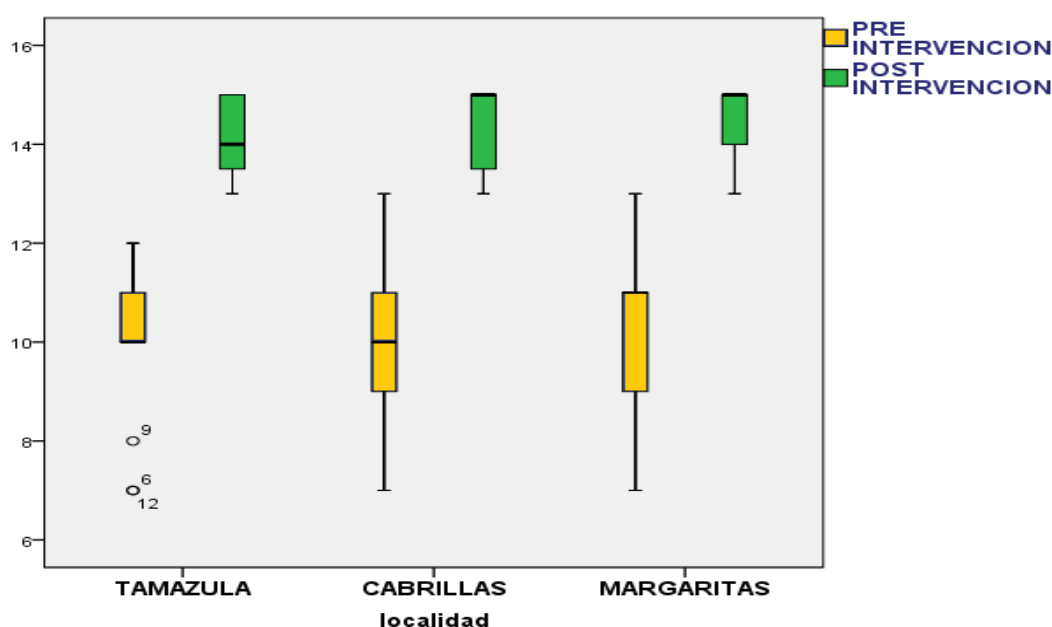
Tabla 34.- Nivel de significancia obtenido al comparar los aciertos obtenidos entre las evaluaciones de la pre intervención y la post intervención, en el reactivo de identificar la casos de las Infecciones Respiratorias agudas.

IDENTIFICACIONDE IRAS			
nivel de significancia	Tamazula	Cabrillas	Las Margaritas
	0,361	0,231	0,185

Al aplicar el análisis de varianza y su comparación entre los grupos, así como intragrupos no se observan cambios significativos, si bien se observa incremento en el número de aciertos en todos los reactivos y en los tres grupos, se mantienen de manera constante las diferencias entre la evaluación previa y la posterior.

En el grafico se observa que los datos de la intervención educativa tanto en la pre evaluación como en la post evaluación no se presenta comportamiento disperso, únicamente en el caso de la post intervención de las participantes de la comunidad de Tamazula no se observan resultados homogéneos, pero tampoco dispersos y en Las Margaritas no se observa dispersión.

Grafico 35.- Distribución de resultados de las evaluaciones, previa y posterior a la intervención educativa.



10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. Las infecciones respiratorias agudas, ocupan el primer lugar dentro del grupo de las veinte principales causas de enfermedad en la República Mexicana, mismo comportamiento se presenta a nivel Estatal y municipal, constituyéndose como un problema de salud Pública.

2. Destaca los menores de cinco años, como la población más susceptibles, toda vez que estos dependen de las madres o cuidadoras, así como de su conocimiento sobre la prevención de este tipo de infecciones, siendo relevante el promover la educación para la salud y el desarrollo de habilidades que permitan una atención oportuna y adecuada a nivel domiciliario y por los servicios de salud.
3. Los servicios de salud han implementado diversos programas y estrategias, como La Salud Empieza en Casa y Bandera Blanca, así como el componente de salud del Programa Oportunidades, con la finalidad de modificar entornos y transmitir conocimientos a las madres y/o cuidadoras de menores de cinco años a fin de desarrollar habilidades para la modificación de los determinantes que propician la presencia de casos e Infecciones Respiratorias Agudas, sin embargo operación de dichos programas no siempre se realizan de acuerdo a los lineamientos operativos, además no se le da el peso específico que conllevan las Infecciones Respiratorias Agudas, reduciendo la relevancia de este problema de salud a un indicador específico como lo es realizar un taller sobre Infecciones Respiratorias Agudas, siendo una sola sesión y dos indicadores en asociación con enfermedad diarreica, la formación de agentes y procuradoras.
4. La participación de la comunidad en la implementación del Programa de Entornos saludables se basó en la Población beneficiaria del Programa Oportunidades.
5. En la investigación se contó con mayor participación de población no beneficiaria del Programa Oportunidades habiéndose realizado un muestreo aleatorio y una vez seleccionada, acepto participar.
6. La implementación del programa de Promoción para la salud, se enfocó a la identificación de casos de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus II, sin considerar las fuentes de información estadística oficial de morbilidad.
7. La investigación considero la identificación de la morbilidad reportada en SUIVE y la Identificación de problemas de salud señalados por la población en el diagnóstico integral de salud realizado previamente.
8. En la evaluación para la Certificación como Comunidades Saludables se aplican 59 reactivos de diversos temas, de las cuales solamente 3 se relacionan con las Infecciones Respiratorias Agudas, 2 sobre la utilización de los servicios de salud para la atención y 2 para actividades de prevención.
9. No se tuvo acceso a las evaluaciones realizadas en el taller de Infecciones Respiratorias agudas, ni a las evaluaciones generales presentada por las participantes

en el proceso de Certificación de Comunidades Saludables por lo que no se pudo medir el cumplimiento del indicador correspondiente

8. El contar con el beneficio de programas subsidiarios como “Oportunidades”, ahonda la diferencia sentida de la población, derivado a los criterios de inclusión a este programa, considerando que no genera equidad, lo que limita la integración de la comunidad y su participación de manera activa, manteniendo la participación a nivel asistencialista, no genera empoderamiento en toda la comunidad.

9. El programa de Certificación de “Comunidades Saludables”, pretende compensar las diferencias con la integración de la comunidad en beneficio de la salud, sin embargo, no se cumplen diversos criterios planteados en el programa, no se lleva a cabo la realización de un diagnóstico participativo, ni se lleva a cabo la priorización de acuerdo con la identificación de las características de la comunidad, en ambas comunidades la priorizan se supedita a la atención de un programa determinado del nivel central, no considerando la priorización en base al panorama epidemiológico identificado en cada comunidad, lo que minimiza la atención a las infecciones respiratorias agudas, a solo una plática que versaba sobre este tema. La Participación de la Autoridad y dependencias municipales se limita a proveer algunos insumos para el mejoramiento físico de ciertos lugares públicos y su saneamiento con participación de la población, sin embargo esa condición no se mantiene, una vez que pasa la certificación se deja de realizar las acciones y actividades de mejora del entorno.

10. El personal de salud no se involucró adecuadamente con la aplicación de la estrategia de “Comunidades Saludables”, dejando su operación a pasantes de enfermería, limitándose a dar apoyo en la atención clínica de pacientes referidos y a integrar la carpeta administrativa del programa, adecuando la información necesaria para el reporte final, esto último sin visitar la comunidad. En el caso de Tamazula, se Liberó a la pasante de enfermería en servicio social, aun teniendo pendiente el cierre de la carpeta de la comunidad, terminando la intervención a nivel administrativo, sin validar en campo el cumplimiento de los objetivos, En tanto que en Cabrillas La Pasante de enfermería que opero el programa, sí entrego la comunidad para su certificación, no obstante se presentaron diversos eventos de hepatitis, que demoro el proceso de certificación y fue certificada una vez que se dio alta sanitaria al brote de hepatitis. Cabe mencionar que dicha comunidad se programó para su recertificación, toda vez que al realizarle una evaluación administrativa posterior se encontraron inconsistencias en la información presentada en las cédulas de evaluación realizadas a nivel municipal.

11. A través del instrumento de medición empleado en la encuesta basal, no manifiesta diferencias significativas entre las tres comunidades, las ya Certificadas como

saludables entre sí, así como con la que no se ha certificado, No se muestra mejora significativa posterior a la Certificación como Comunidades Saludables. Las diferencias encontradas son primordialmente de las variables socio-demográficas, uso de drenaje y hacinamiento en la vivienda. Destacando los determinantes de los estilos de vida, el hábito de fumar, en donde Tamazula manifiesta diferencia significativa con las otras dos localidades. En cuanto a la Respuesta Social Organizada, se identifica que en las localidades certificadas es significativa la diferencia de la identificación de los signos de alarma y en el Uso de antibióticos en menores en niños, siendo más significativa en la Localidad de Cabrillas.

12. Se identifica el interés de las madres en participar en las actividades planteadas, para la intervención educativa se había considerado solamente convocar a 10 participantes por localidad, sin embargo la invitación se hizo generalizada para quien quisiera participar, teniendo una respuesta de 52 personas para la presentación del taller y la evaluación previa, reduciéndose a 47 las personas que iniciaron la primer sesión y solamente 45 se presentaron para la evaluación final. Por lo que solamente se considera a este número como quienes participaron, siendo superior a lo planteado inicialmente.

13. Resultado de la aplicación del taller de capacitación, se pudo identificar que los programas de salud y en particular el de Comunidades saludables, ha sido útil, sin embargo las estrategias de implementación no siempre han sido los más adecuados, lo anterior se pudo comprobar en la participación activa de las asistentes a las sesiones, quienes en la parte de compartir experiencias manifestaban que asistían a las reuniones pero siempre las pláticas las daba la enfermera y solo les preguntaba a las vocales de oportunidades, por lo que las demás asumían una postura pasiva y poco participativa, sin embargo, en general si se aplican los conocimientos y la información de manera cotidiana.

A TRAVÉS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN, NO SE MANIFIESTA UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE LAS LOCALIDADES CERTIFICADAS COMO SALUDABLES A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LOS ENTORNOS Y LA LOCALIDAD ESTUDIADA COMO TESTIGO.

UNA VEZ APLICADA LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA; SE OBSERVA UN CAMBIO SIGNIFICATIVO EN LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ENTRE LAS PARTICIPANTES DE LAS TRES

LOCALIDADES EN ESTUDIO, CUMPLIENDO EL OBJETIVO DE FORTALECER ESA CONDICION.

11.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El personal de enfermería identifico la investigación realizada como una supervisión a su desempeño, por lo que en un principio se mostró colaboradora, pero posteriormente, retiro su apoyo, e incluso informo a las participantes de la intervención educativa que no era obligatorio asistir, lo anterior se derivó de un informe previo a la directora de la unidad y la indicación del nivel estatal de recertificar la comunidad de cabrillas, por no haber cubierto la totalidad de las actividades.

Se realizó una encuesta dirigida al personal de salud de ahora CAISES Abasolo, en donde todo el personal que se le solicito que participara, acepto contestar la encuesta, siendo anónima. Sin embargo las respuestas manifestaban conocer el programa de Comunidades saludables pero no conocían su operación, por lo que se descartó el análisis de resultados de dicha encuesta.

A través de la presidencia municipal, se gestionó un espacio para realizar la intervención educativa, facilitando un aula en la Casa de la Cultura, sin embargo las asistentes mostraron cierta incomodidad debido a las características del inmueble, por lo que se consiguió un salón de fiestas en donde se desarrolló la actividad, contando con el apoyo de personal para la atención y cuidado de algunos niños en tanto transcurría la sesión.

Las evaluaciones que se aplicaron previamente y de manera posterior a la intervención educativa integraba una pregunta sobre si el niño juega en tierra no siendo contestada en la evaluación previa y en un gran porcentaje de la evaluación posterior, al comentar con las participantes a que se debía que dejaran en blanco esa pregunta, respondieron a que sus viviendas no cuentan con piso de tierra y los niños de manera general se mantienen en el interior de la vivienda, por lo que esa pregunta se omitió del análisis.

Derivado de las condiciones de inseguridad, El investigador fue sujeto del robo de material y equipo en donde se tenía respaldado el trabajo realizado y evidencias de la intervención, teniendo que recapturar las encuestas y realizar nuevamente el análisis de datos, por de la actividad realizado desgracia no se pudieron rescatar evidencias graficas de las actividades realizadas en las sesiones de la intervención educativa.

12. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA INTERVENCIÓN

1. Afinar a nivel local, la estrategia del Programa para lograr que sus resultados tengan mayor impacto y confiabilidad.
2. El modelo de atención de la salud en el estado deberá consolidar la formación de personal de Promoción para la Salud, que permita que los promotores del sistema de salud, sean formadores de promotores comunitarios que den seguimiento a la coordinación de actividades al Interior de la comunidad, objetivo aún pendiente con la formación de agentes y procuradoras de salud
3. Se deben crear estrategias que permitan la integración de la población de las localidades, que resuelvan la dependencia de los beneficiarios del Programa OPORTUNIDADES y la integración de los que no son beneficiarios de dicho programa.
4. La actividad de evaluación debe volverse efectiva, contar con lineamientos específicos y favorecer las evaluaciones participativas, considerando se involucren a los diversos niveles de atención y así lograr un mejor impacto y una mayor trascendencia.
5. Cuando se realice alguna intervención de educación para la salud, con adultos se deberá considerar la aplicación de teorías andragógicas y el empleo de metodología participativa, incluyendo actividades lúdicas para la fijación de conceptos, partiendo de la premisa que las participantes poseen ya un conocimiento previo.
6. Instituir esta capacitación en las unidades de salud para lograr competencias en salud de las IRAS en las madres o responsables de menores de cinco años de edad.
7. Dar seguimiento a las competencias en salud que emplean o aplican las madres que participaron en esta intervención esto mediante visita a sus viviendas a una muestra representativa de ellas.
8. Visualizar la importancia de incluir algunas variables en las encuestas, en lo particular en esta investigación no se incluyó los datos de edad ni estado civil, de manera involuntaria en la encuesta basal, sin embargo en la intervención educativa se solicitaba esta información y fue la pregunta que menos respuestas presentó.

13. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

13.1 BIBLIOGRAFÍA

Análisis de Impacto en Salud: Marco Conceptual. VERSIÓN 1.0.D.R. © Secretaría de Salud. Lijja 7, Col. Juárez 06696, México, D.F. Impreso y hecho en México. ISBN: Pendiente

Arenas Monreal, L. Hernández Tezaquipa, I. Jasso Victoria, R. Sostres Vega A. (1999) Promoción de la salud y enfermedades respiratorias en México. Revista Nacional de enfermedades respiratorias México Vol. 12 Número 2 Abril Junio 1999.

Batista Moliner, R. Feal Cañizares, P. (1988) Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente. Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud, Ministerio de Salud Pública. Cuba. RESUMED 1988;11(2):63-6

Benguigui, Y. López Antuñano, F. Schmunis, G. Yunes, J (1999) Infecciones respiratorias en niños, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 525 Twenty-third Street, N.W. • Washington, D.C. 20037, EE.UU. Enero de 1999.

Bossio, J.C. Garcilaso, D. Pérez R. E. (2010) Prevención y control de infección en enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria Pautas provisionales de la OMS/ CHILE. Disponible en; http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CD_EPR_2007_6/en/index.html

Gallegos R. A, Lang, B. Fernández, M. Luján, (2006) Contaminación atmosférica por la fabricación de ladrillos y sus posibles efectos sobre la salud de los niños de zonas aledañas., M. ACTA NOVA; Vol. 3, Nº 2, junio 2006 _ 192

Guía para el equipo de salud No 4 (versión Preliminar), ISSN 1852-1819 / ISSN 1852-219X (en línea) Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación. Av. 9 de Julio 1925 (C1073ABA), Cdad. Autónoma de Bs. As.,. Web: www.msal.gov.ar Impresión: Febrero.

Guía Clínica Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo, Ambulatorio en menores de 5 años. MINISTERIO DE SALUD. 1st Ed. Santiago: Minsal, República Argentina 2005.

Metodología de investigación para la evaluación de programas de salud. Alfaro Alfaro, N. Compilador. Universidad de Guadalajara. Consultado en http://cvsp.cucs.udg.mx/drupal6/documentos/libros/libros/programas_de_salud_5032008.pdf

Moreno Espinosa, S (2006) Efectividad clínica en las infecciones respiratorias agudas (IRAs), Menores de 5 años. Boletín de Practica Medica Efectiva, agosto 2006. Boletín informativo editado por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud Ave. Universidad #655, Cuernavaca,

C.P. 62508, Morelos, México

Montero Rojas, E. (2004) Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Centro Centroamericano de Población. Revista electrónica Volumen 1, número 2, artículo 6, Enero - junio, 2004. Publicado 12 de marzo, 2004. <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>.

Norma oficial mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones Respiratorias agudas en la atención primaria a la salud. SECRETARIA DE SALUD.

Programa de acción específico 2007-2012, Entornos y Comunidades Saludables. Primera edición D.R. © Secretaría de Salud. Lieja 7, Col. Juárez. 06696, México, D.F. Impreso y hecho en México.

Programa de acción específico 2007-2012. Prevención de la mortalidad infantil. Primera edición 2008 D.R. Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, D.F. Impreso y hecho en México.

Romero Hernández, C. Vaca Marín M. Bernal Alcántara, D. (1999) Creencias sobre infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años: Estudio etnográfico en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca, Rev. Instó Mal EnfRespMex, Volumen 12 - número 4, Octubre - diciembre 1999.

Ramírez-Rembao, M. Rojas, R. y García-Cueto R (2009) Influencia de los Contaminantes Atmosféricos en las Infecciones Respiratorias Agudas en Mexicali-Baja California, México, Universidad Autónoma de Baja California, Instituto de Ingeniería, Av. Obregón 927, Segunda Sección, Mexicali, B. C.-México (e-mail: excorg@hotmail.com) Información Tecnológica Vol. 20(3), 89-100 doi:10.1612/inf.tecnol.4060it.08.

Ruvinsky, R. Importancia de las infecciones respiratorias Agudas bajas en países latinoamericanos, [revista de neumología, Colombia, consultada en](http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neumo12400con-importancia.htm)

<http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neumo12400con-importancia.htm>

Solano Siles, A La promoción de la salud, consultada en <http://www.bestpractices-healthpromotion.com/index.html>

Zanini, A. Evaluación de Programas de Promoción de Salud Propuesta de un instrumento para la evaluación y auditoría de programas de promoción de Salud. Librería AKADIA Editorial

13.2 REFERENCIAS

¹Diagnóstico integral de salud realizado en la población del área de influencia del Hospital comunitario Abasolo en el año 2010

²Diagnóstico integral de salud realizado en la población del área de influencia del Hospital comunitario Abasolo en el año 2010

³Diagnóstico integral de salud realizado en la población del área de influencia del Hospital comunitario Abasolo en el año 2010.

⁴ Diagnóstico integral de salud realizado en la población del área de influencia del Hospital comunitario Abasolo en el año 2010,

⁵ Infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños menores de 5 años de edad. Práctica Médica Efectiva, Volumen 2 - Número 3 Marzo 2000 Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, SSA.

⁶ Batista Moliner, R. Feal Cañizares, P. (1988). Las infecciones respiratorias agudas: Un problema siempre Emergente, Editorial. RESUMED 1988;11(2):63-6

⁷ Programa de acción específico 2007-2012. Prevención de la mortalidad infantil. Primera edición 2008 D.R. Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, D.F. Impreso y hecho en México.

⁸ Promoción de la salud e infecciones respiratorias agudas en México. Arenas Monreal Luz, Hernández Tezoquipa Isabel, Jasso Victoria Rogelio, Sotres Vega Avelina. RevInstNalEnfRespMex 1999; 12(2) : 129-132

⁹ Programa de acción específico 2007-2012, Entornos y Comunidades Saludables. Primera edición D.R. © Secretaría de Salud. Lieja 7, Col. Juárez. 06696, México, D.F. Impreso y hecho en México.

¹⁰ Arenas Monreal L. Hernández Tezoquipa I. Jasso Victoria R., Sotres Vega A. Promoción de la salud e infecciones respiratorias agudas en México. RevInstNalEnfRespMex 1999; 12(2) : 129-132

¹¹ Secretaría de salud Jalisco La salud empieza en casa, [2009] Pagina WEB. consultado en <http://www.jalisco.gob.mx/wps/wcm/connect/baf618004dbe315d9f3cff5160bedb77/P+La+Salud+Empieza+en+Casa+2009.pdf?MOD=AJPERES>

¹² Prevención y control de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en el estado de Tlaxcala [1991]. Secretaria de salud gobierno del estado de tlaxcala. 1991. Consultado en <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd12/collect/fondossa/index/assoc/HASH6923/2cdfc710.dir/doc.pdf>. Julio 2011.

¹³ PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES, consultado en <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/4E9F8944-F4B0-4AC6-B503-DE4C86E05169/0/12.pdf>.

¹⁴ Martínez-Salanova Sánchez Enrique. La evaluación de los aprendizajes © <http://www.uhu.es/cine.educacion/didactica/0091evaluacionaprendizaje.htm>

¹⁵ Secretaría de Salud, 2002 Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006 Primera Edición.

¹⁶ Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006, Primera Edición, 2002 Secretaría de Salud.

¹⁷ Martínez-Salanova Sánchez, E. Evaluación de los aprendizajes. <http://evaluaciondelosaprendizajes-vicnelly.blogspot.mx/2011/04/evaluacion-de-los-aprendizajes.html> consultado en mayo 2012.

¹⁸ La Intervención Educativa: Una visión holística de los problemas sociales. Daniel Antonio Jiménez Estrada. Universidad Pedagógica Nacional – Unidad 291, Tlaxcal

¹⁹ Añorga Morales, J. Robau Shelton D., Magaz Cáceres G, Caballero Cárdenas E, del Toro A. Glosario de términos de educación avanzada. Ceneseda/república de cuba

²⁰ Carlos Nuñez H. EDUCAR PARA TRANSFORMAR, TRANSFORMAR PARA EDUCAR. Red Nacional de Educación Popular de México CIDHAL A.C. 8a.

²¹ Ramírez-Rembao M, Rojas R. y García-Cueto R. (2009) Influencia de los Contaminantes Atmosféricos en las Infecciones Respiratorias Agudas en Mexicali-Baja California, México Universidad Autónoma de Baja California, Instituto de Ingeniería, Av. Obregón 927, Segunda Sección, Mexicali, B. C.-México. Información Tecnológica Vol. 20(3), 89-100 doi:10.1612/inf.tecnol.4060it.08

²² Linares, M. Contaminación intradomiciliaria. Actas de Reuniones Clínicas Medwave 2009 Ene;09(1):e3697 doi: 10.5867/medwave.2009.01.3697

²³ Honorio Quiroz, C. Conocimientos y su Relación con las Practicas de las Madres de Niños Menores de Cinco Años Sobre La Prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas. Octubre – Noviembre 2001. Oficina General del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central UNMSM

²⁴Arredondo García, J., Copto García, A., Xochihua Díaz, L., Barron Mijares, C., Nava Ocampo, A., Vera García H., Carbajal Rodríguez L., et al Etiología y cuadro clínico de las infecciones respiratorias agudas. Acta PediatrMéx 2006; 27(Supl. 1) : 37-40 consultado en http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=38294&id_seccion=2210&id_ejemplar=3949&id_revista=17

²⁵Guías de promoción para la salud de niños menores de 5 años. IMSS: consultado en <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/CODE3732-F8C7-4823-BE1C-6F189721A6AB/0/GCSni%C3%B1o.pdf>

²⁶Los Objetivos de desarrollo del Milenio, 8 objetivos para 2015. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. http://www.undp.org/content/undp/es/home/operations/about_us.html. Consultada en 2011

²⁷Romero Hernández C. Vaca Marín M.A. Bernal Alcántara D. [1999] Creencias sobre infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años: Estudio etnográfico en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca Rev Inst Nal Enf Resp Mex Volumen 12 - número 4 Octubre - diciembre 1999 Págs. 250-261

²⁸Rodríguez Lucena Y. Infecciones respiratorias agudas altas en pacientes de 0 a 4 años de edad en la comunidad Divina Pastora | Enfermedades Infecciosas, Neumología, Pediatría y Neonatología | | Publicado: 14/01/2011 |

²⁹Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud. - 11/04/1996

³⁰Norma oficial mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud. [1996] SECRETARIA DE SALUD DIARIO OFICIAL abril de 1996.

³¹RAMIREZ-REMBAO, Martha; ROJAS, Rosa I y GARCIA-CUETO, Rafael. Influencia de los Contaminantes Atmosféricos en las Infecciones Respiratorias Agudas en Mexicali-Baja California, México. Inf. tecnol. [online]. 2009, vol.20, n.3, pp. 89-100. ISSN 0718-0764

³²Manual de auto-instrucción "Curso de orientación para el control de la contaminación del aire" que publica el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS). Consultado en http://www.bvsde.paho.org/cursos_orientacion/prologo.pdf

³³Martínez Q. L. Salud humana y medio ambiente en Chile, *Sustentabilidad y Medio Ambiente para el siglo 21*, Universidad de Santiago de Chile. Consultado en <http://web.usach.cl/ima/quienessomos.htm> el día 28 de junio de 2010.

³⁴Linares, M. Contaminación intradomiciliaria. Actas de Reuniones Clínicas Medwave 2009 Ene;09(1):e3697 doi: 10.5867/medwave.2009.01.3697

³⁵Dr. Fernando Díaz-Barriga Martínez. Proyecto de elaboración del plan de desarrollo social municipal (PLAN DE GRAN VISIÓN). Universidad Autónoma de San Luis Potosí Enero de 2010.

³⁶Vallejo Espinoza, N. Participación de la comunidad para la salud. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cien/participacion.pdf>

³⁷ Norma oficial mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud. [1996] SECRETARIA DE SALUD DIARIO OFICIAL abril de 1996.

³⁸Programa de acción específico 2007-2012, Entornos y Comunidades Saludables. Primera edición D.R. © Secretaría de Salud. Lijja 7, Col. Juárez. 06696, México, D.F. Impreso y hecho en México

14. Anexos

ANEXO 1. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: _____

Yo _____ (nombre completo), reconozco que se me ha informado y explicado detallada y ampliamente de mi participación en el estudio ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, ESTACIÓN JOAQUÍN, MUNICIPIO DE ABASOLO GTO 2012 por lo que declaro lo siguiente:

1. Acepto libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación.
2. La información que proporcione será utilizada de manera confidencial y sólo para los fines de la investigación.
3. Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee o de no contestar a cualquiera de las preguntas que se me realicen.
4. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta unidad de salud, no se verá afectada.
5. Puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio e información sobre los resultados obtenidos si así lo requiero.

Nombre y firma del informante

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma de testigo

Anexo 2. Instrumento de Medición Basal

FOLIO:	FECHA:	ENCUESTADOR:
APELLIDO DE LA FAMILIA:		LOCALIDAD:
HISTORIA AMBIENTAL		
1. ¿Cuál es el principal combustible que usa para cocinar en su casa? 1. Gas 2. Leña 3. Carbón 4. Petróleo		[]
2. ¿La cocina es de uso exclusivo? 1. Si 2. No		[]
3. ¿Tiene usted animales en su casa? 1. Si 2. No		[]
4. ¿Cuál (es)? Puede seleccionar más de una opción [Perros] [Gatos] [Cerdos] [Cabras] [aves de corral] [aves de ornato] [Vacas, bueyes] [otro]		
5. ¿La vivienda que antigüedad tiene?		En años []
¿Condición? 1. Buen estado 2. Resanada 3. Con grietas 4. Con derrumbes		[]
¿Ubicación de su casa? 1. Urbana 2. Sub urbana 3. Rural		[]
6. ¿Cuál es el material de construcción de su vivienda? a) El piso de su casa 1. Firme (cemento) 2. Mosaico 3. Tierra 4. Madera b) Los muros 1. Tabique 2. Adobe 3. Madera 4. Láminas de cartón 5. Láminas de metal c) El techo 1. Loza cemento 2. Teja 3. Hormigón de tierra 4. Madera 5. Láminas		[] [] []
7. ¿Qué fuente de agua potable utiliza?		[]
1. Agua de pozo 2. Agua de la Red Municipal 3. Agua embotellada 4. Se abastece con pipas		
8. ¿Qué tipo de calefacción/aire acondicionado tiene en su casa?		[]
1. Radiador 2. Aire forzado 3. Estufa a gas 4. Estufa a leña 5. Ninguna		
9. ¿Qué utiliza para la eliminación de excretas?		[]
1 Sistema de drenaje 2 Letrinas o fosa séptica. 3. La entierra 4. Ninguno		
¿Cuenta con cuarto de baño de uso exclusivo? 1. Si 2. No		[]
10. ¿Con cuántas habitaciones cuenta en su casa? 1 2 3 4 5 o más		[]
11. ¿Cuántas personas habitan cotidianamente en su vivienda? 1 2 3 4 5 6 7 8 o más		[]
12. ¿Cuál es la escolaridad del jefe o jefa de familia? 1.-Primaria incompleta 2.-Primaria terminada 3.-Secundaria incompleta 4.-Secundaria 5.-Bachillerato 6.-Carrera técnica 7.-Técnico superior 8.-Solo sabe leer y escribir 9.- Analfabeta		[]
13. Cuantos menores de 5 años habitan en el hogar.		[]
14. ¿Dónde pasa su hijo/a la mayor parte del tiempo?		
15. ¿En su casa se almacena Cloro, abono o algún plaguicida? 1. Si 2. No 3. No se		[]
A) Si contesto si, ¿Desde hace cuánto tiempo? 1. Siempre 2. Hace un año 3. Hace un mes		[]
B) ¿El niño habitualmente permanece o juega en el área en donde almacena esos productos?		
1. Si 2. No 3. No se		[]
16. ¿Por cuánto tiempo se exponen sus hijos al sol?		
1) 30 minutos 2) 45 minutos 3) 1 hora o más 4) No se		[]
a) 1. Por la mañana 2. Al medio día 3. En la tarde 4. Al ocaso		[]
17. ¿Hay algún fumador en la familia? 1.-Sí 2.-No 3.-No se		[]
a) Si contesto si, ¿Quién? 1. Padre 2. Madre 3. Hermanos 4. Convivientes		[]
b) Fuman dentro de la casa. 1.-Sí 2.-No		[]



C) ¿Cuándo fuman procuran un lugar que este ventilado?		1.-Sí 2.-No	[]
18. ¿Su hijo/a mira la TV, o utiliza la computadora o juegos de video más de dos horas al día?			[]
1. Sí 2. No 3. No se			
19. ¿Sus niños en donde juegan?			[]
1. Fuera de la casa 2. Al interior de la casa bajo techo.			
3. En patio al interior de la casa 4. Solo entra y sale			
¿Por cuánto tiempo? 1) 15 minutos 2) 30 minutos 3) 45 minutos 4) 1 hora o más.			[]
20. ¿Cuál es la ocupación de los adultos de la casa? []			
21. ¿Cuál es su ingreso familiar mensual? (aproximadamente)		[\$]	
22. ¿Tiene otras preguntas o preocupaciones acerca del ambiente hogareño del niño, o síntomas que puedan ser resultado del medio ambiente? _____			
23. ¿Cuándo se enferma algún integrante de su familia a donde acude para atenderse?		[]	
1. Centro de Salud 2. IMSS 3. ISSSTE 4. Médico Particular 5. Médico Tradicional			
6. Farmacia 7. Otro _____			
24. ¿Cómo considera el trato que recibió por parte del personal de salud donde recibió atención médica?			[]
1.-Excelente 2.-Muy Bueno 3.- Bueno 4.-Deficiente 5.-Malo			
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA			
25. ¿Sabe Usted sobre la Certificación de su comunidad como saludable por parte de la Secretaria de salud?			[]
1.- Sí 2.- No			
a) ¿Cómo se enteró? _____			
26. ¿Ud. Participo en las actividades realizadas?		1.- Sí 2.- No	[]
27. ¿Cómo participo Ud.?			
a) Colaborando en las actividades como procuradora		1.- Sí 2.- No	[]
b) Asistiendo a las capacitaciones		1.- Sí 2.- No	[]
c) Realizando gestiones de mejoras para la comunidad (promotora)		1.- Sí 2.- No	[]
d) Solo asistiendo a las reuniones		1.- Sí 2.- No	[]
28. ¿Qué considera que se puede mejorar?			
29. ¿Cómo considera que fue la coordinación entre el personal de salud y la población?			[]
1.-Buena 2.-Regular 3.-Mala			
30. ¿Usted es beneficiaria de algún programa como oportunidades?			[]
1.- Sí 2.- No			
31. ¿Usted considera que se trabajó igual entre la población que es beneficiaria de oportunidades y las que no?		1.- Sí 2.- No	[]
32. Menciones algunas de las condiciones en la comunidad que hayan sido modificadas para mejorar las condiciones de salud?			
APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES.			
33. Sabe Usted ¿Cuáles son las enfermedades que más se presentan en su comunidad? (Puede marcar más de una opción)			
1.Infecciones Respiratorias 2.Diarreas 3.Dentales 4.Picadura de Alacrán			
5.Gastritis 6.Diabetes 7.Hipertensión [Otras] Cuáles? _____		[, , ,]	



34 Durante el último año ¿Quién de los integrantes de su familia presentaron problemas de salud? (Puede seleccionar más de una opción) [] 1.-Padre 2.-Madre 3.-Hijo/a 4.- Tío/a 5.-Abuelo/a 6.-Otro Quien? _____						
35 En los últimos 6 meses ¿tuvo su hijo (a) problemas de infecciones respiratorias? 1.- Sí 2.- No []						
36 En los últimos 12 meses ¿tuvo su hijo(a) problemas de estornudos, o se le tapa la nariz? 1.- Sí 2.- No []						
37 En los últimos 12 meses, junto con el problema de nariz ¿le picaban o le lloraban los ojos? 1.- Sí 2.- No []						
38 ¿En cuál de los 12 meses ocurrían estos problemas nasales? (puede marcar más de uno) Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre						
39 ¿A su hijo (a) alguna vez le diagnosticaron Rinitis Alérgica? 1.- Sí 2.- No []						
40 De esos padecimientos ¿Cuántas veces acudió al Médico? [] 1.-Siempre 2.-Después de usar remedios 3.-Hasta que se presentó fiebre y dolor intenso 4.-Nunca						
41 ¿Cuántas veces recurrió a remedios caseros? [] 1.- Nunca 2.- 1 vez 3.- 2 a 3 veces 4.- 4 o más veces 5.- Siempre						
42 ¿Si utiliza remedios, qué tipo utiliza comúnmente? [] 1.-Remedios herbolarios 2.-Remedios caseros 3.-Consulta de sanadores o hueseros 4.- Consulta esotéricos						
43 ¿Conoce cuales son los signos de alarma de las infecciones respiratorias para menores de 5 años? 1.- Sí 2.- No []						
44 Mencione todos los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas que Usted conozca. Enlistar <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>1.-</td><td>4.-</td></tr><tr><td>2.-</td><td>5.-</td></tr><tr><td>3.-</td><td>6.-</td></tr></table>	1.-	4.-	2.-	5.-	3.-	6.-
1.-	4.-					
2.-	5.-					
3.-	6.-					
FACTORES DETERMINANTES PARA LA PRESENTACIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS						
45 ¿Considera que los antibióticos son necesarios para el tratamiento de las infecciones respiratorias? 1.- En todos los casos 2.-Solo algunos casos 3.-No sabe []						
46 ¿Utiliza antibióticos en los niños cuando presentan...? [] 1.-Gripe 2.-Tos 3.-Tienen fiebre 4.-Dolor de garganta 5.-Anginas inflamadas 6.-En resfriados						
47 Si al acudir al médico no le recetan ningún antibiótico ¿Qué hace? [] 1.-Visita a otro médico 4.-Médico de farmacia o farmacéutico 2.-Consigue el antibiótico en la farmacia similares 5.- La Consigue con algún conocido 3.- Acepta las recomendaciones del médico 6.-Se Automédica						



48	¿Cuál considera Usted que es la causa principal por lo que se presentan las infecciones respiratorias en los menores de 5 años? 1.-Causas Naturales 2.-Cambios de Temperatura 3.-Contagio 4.-Descuido de las madres 5.-Contaminación Ambiental 6.-Mala higiene 7.-Otros []
49	¿Cuál fue el medio que aportó información a la madre para la atención de las enfermedades respiratorias de los menores de 5 años? 1.-Mensajes televisados 2.-Mensajes de radio [] 3.-Notas de periódico 4.-Promotor de salud 5.-El médico de la Unidad de Salud 6.-La enfermera de la Unidad de Salud 7.-Un familiar o conocido 8.-No tuvo información
50	¿En qué momento es más importante de llevar a un menor de 5 años a un servicio de salud?
51	¿Qué importancia considera Usted que tiene cada una de las acciones que se enlistan a continuación para la prevención de las infecciones respiratorias? (califique cada opción) 1. MUY IMPORTANTE 2. IMPORTANTE 3. POCO IMPORTANTE 4. SIN IMPORTANCIA a) Lactancia Materna [] e) Contaminación Ambiental [] b) Desnutrición [] f) Fumar al interior de la casa [] c) Cocinar con carbón y/o leña [] g) Acumulación de basuras y desechos de animales [] d) Contar con el esquema completo de vacunación [] h.-Lavado de manos al preparar alimentos []
52	¿Se continua con la organización de la comunidad para mejorar las condiciones que afectan la salud? 1.- Sí 2.- No []
53	¿Qué se está haciendo? 1. Pláticas 2. Capacitación 3. Talleres 4. Otras []
54	¿Qué se ha modificado en tu localidad para evitar las infecciones respiratorias en los menores de 5 años? 1.-Manejo adecuado de basura 2.-Cocina con leña o carbón 3.-Contaminación [] ambiental 4.-Presencia de fauna nociva y transmisora 5.-Consumo de tabaco en el domicilio
55	¿Cuándo acudió a la unidad de salud, el personal de salud le dio suficiente información de manera clara para la atención del menor? [] 1.-Siempre 2.-Casi siempre 3.-Ocasionalmente 4.-Casi nunca 5.-Nunca

GRACIAS!!

Anexo 3

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS POR LAS MADRES O CUIDADORAS DE MENORES DE 5 AÑOS.

NOMBRE _____ EDAD _____ años

No. de Hijos menores de 5 años _____ Colonia o
localidad. _____

Pertenece al programa oportunidades (si) (no).

Participo en el programa de Certificación de Comunidades Saludables (si) (no).

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas a lo que sabe acerca de las infecciones respiratorias agudas o de acuerdo a su experiencia

1.- ¿Qué son las infecciones respiratorias agudas?	☐	6.- ¿En caso de identificar una infección respiratoria que hace?	☐
1) tos, resfriado, neumonía, anginas. 2) diarrea, deshidratación. 3) asma. 99) No Sabe		1) Acudir al médico. 2) Darle antibióticos y medicamentos que tiene en casa. 3) Darle remedios caseros. 99) No Sabe	
3.- ¿Cuáles son los signos de alarma de Las infecciones respiratorias agudas?	☐	7.- ¿A quiénes afectan las infecciones respiratorias agudas?	☐
1) Respira más rápido 2) Se le hunden las costillas al respirar. 3) No quiere comer ni beber 4) Fiebre por más de tres días. 5) Todas las anteriores 6) Ninguna de las anteriores 99) No sabe		1) Sólo niños y ancianos 2) Sólo a las mujeres 3) Todos, no importa el edad y sexo 99) No Sabe	
4.- Son Causa de Infecciones respiratorias agudas.	☐	8 ¿Cuáles son los síntomas de una Infección respiratoria aguda?	☐
1) contaminación de alimentos, mucho calor 2) Cambios bruscos de temperatura, exposición al polvo, fumar dentro de casa. 3) picadura de insectos 99) No Sabe		1) Nariz tapada y con mocos 2) Tos 3) Dolor de garganta 4) Dolor de oído 5) Fiebre mayor a 38 grados 6) Todas las anteriores 7) Ninguna de las anteriores 99) no sabe	
5.- ¿Quiénes son más afectados cuando se presente en infecciones respiratorias agudas	☐	9.- ¿Qué hace usted si identificar una enfermedad respiratoria en su niño?	☐
1) Los menores de cinco años. 2) Los adolescentes. 3) Las mujeres embarazadas. 99) No Sabe		1) Le dará un remedio casero ¿cuál? - 2) Le dará un medicamento que tienen casa ¿Cuál? 3) Pedirle consejo algún familiar 4) Llevarlo a la unidad de salud	



	99) No Sabe
	10.- ¿Cómo cree usted que se cura o se tratan las infecciones respiratorias agudas? ☐
11.- Son acciones de prevención de Infecciones respiratorias agudas. ☐	15. ¿Permites que los niños jueguen con tierra? ☐
1) Lactancia materna, Nutrición balanceada, ventilación de la vivienda.	4) Acudir al médico
2) Evitar el polvo y el Humo en el interior la vivienda.	99) No Sabe
3) Todas las anteriores.	3) Algunas Veces
99) No Sabe	4) Nunca
12 ¿Cada cuándo ventila su casa? ☐	16 ¿En qué momento acostumbra lavarse las manos? ☐
1) Siempre	1) Cuando voy al baño
2) La mayoría de las veces	2) Cuando como
3) Algunas Veces	3) Cuando Preparo alimentos
4) Nunca	4) Cuando toco a los animales
	5) Cuando tengo una actividad recreativa
	6) Después de toser o estornudar
13 ¿Cuándo tose o estornuda con qué se cubre la boca? ☐	17 ¿Evitas fumar en el interior de La casa? ☐
Con las manos	4) Siempre
Con el antebrazo	5) La mayoría de las veces
Con un pañuelo desechable	6) Algunas Veces
Con nada	4) Nunca
14 ¿Qué haces cuándo el niño está enfermo? ☐	18 ¿ En tiempo de frio utilizas braceros o Algún sistema de calefacción con carbón O leña. ☐
1) lavarte las manos con mayor frecuencia, evitas acudir con el niño a sitios concurridos, Compartes alimentos del niño con los demás	1) Siempre
2) dejas que escupa en el suelo	2) La mayoría de las veces
3) lo dejas jugar con los demás niños	3) Algunas Veces
4) lo automedicas	4) Nunca
5) Todas las anteriores	

GRACIAS POR PARTICIPAR

Anexo 4

Tablas de cálculo de χ^2 (chi cuadrada) y significancia estadística de las variables del cuestionario de evaluación de la Intervención educativa calculada a partir de la distribución de χ^2 , Con 95% de índice de confianza y 1 grado de libertad (K).

Valor Critico o $k_1 \setminus P 0,05 = 3,841$.

TAMAZULA				CABRILLAS				MARGARITAS			
IDENTIFICACION DE INFECCION RESPIRATORIA				IDENTIFICACION DE INFECCION RESPIRATORIA				IDENTIFICACION DE INFECCION RESPIRATORIA			
	pre	post			pre	post			pre	post	
ACIERTO	11	13	24	ACIERTO	9	13	22	ACIERTO	10	15	25
ERROR	4	2	6	ERROR	4	2	6	ERROR	4	2	6
	15	15	30		15	15	28		15	15	31
	pre	post			pre	post			pre	post	
ACIERTO	12	12		ACIERTO	11,7857143	11,7857143		ACIERTO	12,0967742	12,0967742	
ERROR	3	3		ERROR	3,21428571	3,21428571		ERROR	2,90322581	2,90322581	
	pre	post	0,41682816	X2	pre	post	0,23105689	X2	pre	post	0,18517984
ACIERTO	0,08333333	0,08333333		ACIERTO	0,65844156	0,12510823		ACIERTO	0,36344086	0,69677419	
ERROR	0,33333333	0,33333333		ERROR	0,19206349	0,45873016		ERROR	0,41433692	0,28100358	
χ^2	0,83333333	significancia	0,65924063			1,43434343				1,75555556	
SINOMAS				SINOMAS				SINOMAS			
	pre	post			pre	post			pre	post	
ACIERTO	10	13	23	ACIERTO	8	15	23	ACIERTO	11	15	26
ERROR	5	2	7	ERROR	7	0	7	ERROR	4	0	4
	15	15	30		15	15	30		15	15	30
	pre	post			pre	post	1		pre	post	
ACIERTO	11,5	11,5		ACIERTO	11,5	11,5		ACIERTO	13	13	
ERROR	3,5	3,5		ERROR	3,5	3,5		ERROR	2	2	
χ^2	pre	post	0,19532108	X2	pre	post	0,00251392	X2	pre	post	0,03168639
ACIERTO	0,19565217	0,195652174		ACIERTO	1,06521739	1,06521739		ACIERTO	0,30769231	0,30769231	
ERROR	0,64285714	0,642857143	1,67701863	ERROR	3,5	3,5	9,13043478	ERROR	2	2	4,61538462
SIGNOS DE ALARMA				SIGNOS DE ALARMA				SIGNOS DE ALARMA			
	pre	post			pre	post			pre	post	
ACIERTO	7	15	22	ACIERTO	8	15	23	ACIERTO	8	15	23
ERROR	8	0	8	ERROR	7	0	7	ERROR	7	0	7
	15	15	30		15	15	30		15	15	30
	pre	post			pre	post			pre	post	
ACIERTO	11	11		ACIERTO	11,5	11,5		ACIERTO	11,5	11,5	
ERROR	4	4		ERROR	3,5	3,5		ERROR	3,5	3,5	
χ^2	pre	post	0,00095693	X2	pre	post	0,00251392	X2	pre	post	0,00251392
ACIERTO	1,45454545	1,454545455		ACIERTO	1,06521739	1,06521739		ACIERTO	1,06521739	1,06521739	
ERROR	4	4	10,9090909	ERROR	3,5	3,5	9,13043478	ERROR	3,5	3,5	9,13043478
CAUSAS				CAUSAS				CAUSAS			
	pre	post			pre	post			pre	post	
ACIERTO	10	15	25	ACIERTO	12	15	27	ACIERTO	10	15	25
ERROR	5	0	5	ERROR	3	0	3	ERROR	5	0	5
	15	15	30		15	15	30		15	15	30
	pre	post			pre	post			pre	post	
ACIERTO	12,5	12,5		ACIERTO	13,5	13,5		ACIERTO	12,5	12,5	
ERROR	2,5	2,5		ERROR	1,5	1,5		ERROR	2,5	2,5	
χ^2	pre	post	0,01430588	X2	pre	post	0,06788915	X2	pre	post	0,01430588
ACIERTO	0,5	0,5		ACIERTO	0,16666667	0,16666667		ACIERTO	0,5	0,5	
ERROR	2,5	2,5	6	ERROR	1,5	1,5	5,33333333	ERROR	2,5	2,5	6



MAS AFEC			
	pre	post	
ACIERTO	10	15	25
ERROR	5	0	5
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	12,5	12,5	
ERROR	2,5	2,5	
χ^2	pre	post	0,01430588
ACIERTO	0,5	0,5	
ERROR	2,5	2,5	6

MAS AFEC			
	pre	post	
ACIERTO	11	15	26
ERROR	4	0	4
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	13	13	
ERROR	2	2	
X2	pre	post	0,03168639
ACIERTO	0,30769231	0,30769231	
ERROR	2	2	4,61538462

MAS AFEC			
	pre	post	
ACIERTO	8	15	23
ERROR	7	0	7
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	11,5	11,5	
ERROR	3,5	3,5	
X2	pre	post	0,00251392
ACIERTO	1,06521739	1,06521739	
ERROR	3,5	3,5	9,13043478

QUE HACE			
	pre	post	
ACIERTO	7	15	22
ERROR	8	0	8
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	11	11	
ERROR	4	4	
χ^2	pre	post	0,00095693
ACIERTO	1,45454545	1,45454545	
ERROR	4	4	10,9090909

QUE HACE			
	pre	post	
ACIERTO	8	15	23
ERROR	7	0	7
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	11,5	11,5	
ERROR	3,5	3,5	
X2	pre	post	0,00251392
ACIERTO	1,06521739	1,06521739	1
ERROR	3,5	3,5	9,13043478

QUE HACE			
	pre	post	
ACIERTO	10	15	25
ERROR	5	0	5
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	12,5	12,5	
ERROR	2,5	2,5	
X2	pre	post	0,01430588
ACIERTO	0,5	0,5	
ERROR	2,5	2,5	6

A QUIEN			
	pre	post	
ACIERTO	9	15	24
ERROR	6	0	6
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	12	12	
ERROR	3	3	
χ^2	pre	post	0,0061699
ACIERTO	0,75	0,75	
ERROR	3	3	7,5

A QUIEN			
	pre	post	
ACIERTO	7	12	19
ERROR	8	3	11
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	9,5	9,5	
ERROR	5,5	5,5	
X2	pre	post	0,05818015
ACIERTO	0,65789474	0,65789474	
ERROR	1,13636364	1,13636364	3,58851675

A QUIEN			
	pre	post	
ACIERTO	10	15	25
ERROR	5	0	5
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	12,5	12,5	
ERROR	2,5	2,5	
X2	pre	post	0,01430588
ACIERTO	0,5	0,5	
ERROR	2,5	2,5	6

CUIDADOS			
	pre	post	
ACIERTO	11	15	26
ERROR	4	0	4
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	13	13	
ERROR	2	2	
χ^2	pre	post	0,03168639
ACIERTO	0,30769231	0,307692308	
ERROR	2	2	4,61538462

CUIDADOS			
	pre	post	
ACIERTO	9	13	22
ERROR	6	2	8
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	11	11	
ERROR	4	4	
X2	pre	post	0,09864761
ACIERTO	0,36363636	0,36363636	
ERROR	1	1	2,72727273

CUIDADOS			
	pre	post	
ACIERTO	11	15	26
ERROR	4	0	4
	15	15	30
	pre	post	
ACIERTO	13	13	
ERROR	2	2	
X2	pre	post	0,03168639
ACIERTO	0,30769231	0,30769231	
ERROR	2	2	4,61538462



COMO SE CURA					COMO SE CURA					COMO SE CURA			
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	10	15	25		ACIERTO	12	15	27		ACIERTO	13	13	26
ERROR	5	0	5		ERROR	3	0	3		ERROR	2	2	4
	15	15	30			15	15	30			15	15	30
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	12,5	12,5			ACIERTO	13,5	13,5			ACIERTO	13	13	
ERROR	2,5	2,5			ERROR	1,5	1,5			ERROR	2	2	
χ^2	pre	post	0,01430588		X2	pre	post	0,99269804		X2	pre	post	1
ACIERTO	0,5	0,5			ACIERTO	0,16666667	0,16666667			ACIERTO	0	0	
ERROR	2,5	2,5	6		ERROR	1,5	1,5	3,33333333		ERROR	0	0	0
PREVENCION					PREVENCION					PREVENCION			
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	10	15	25		ACIERTO	8	13	21		ACIERTO	9	15	24
ERROR	5	0	5		ERROR	7	2	9		ERROR	6	0	6
	15	15	30			15	15	30			15	15	30
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	12,5	12,5			ACIERTO	10,5	10,5			ACIERTO	12	12	
ERROR	2,5	2,5			ERROR	4,5	4,5			ERROR	3	3	
χ^2	pre	post	0,01430588		X2	pre	post	0,04636583		X2	pre	post	0,0061699
ACIERTO	0,5	0,5			ACIERTO	0,5952381	0,5952381			ACIERTO	0,75	0,75	
ERROR	2,5	2,5	6		ERROR	1,38888889	1,38888889	3,96825397		ERROR	3	3	7,5
VENTILACION					VENTILACION					VENTILACION			
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	11	15	26		ACIERTO	11	15	26		ACIERTO	10	15	25
ERROR	4	0	4		ERROR	4	0	4		ERROR	5	0	5
	15	15	30			15	15	30			15	15	30
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	13	13			ACIERTO	13	13			ACIERTO	12,5	12,5	
ERROR	2	2			ERROR	2	2			ERROR	2,5	2,5	
χ^2	pre	post	0,03168639		X2	pre	post	0,03168639		X2	pre	post	0,01430588
ACIERTO	0,30769231	0,307692308			ACIERTO	0,30769231	0,30769231			ACIERTO	0,5	0,5	
ERROR	2	2	4,61538462		ERROR	2	2	4,61538462		ERROR	2,5	2,5	6
COMO SE CUBRE					COMO SE CUBRE					COMO SE CUBRE			
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	9	15	24		ACIERTO	12	15	27		ACIERTO	12	15	27
ERROR	6	0	6		ERROR	3	0	3		ERROR	3	0	3
	15	15	30			15	15	30			15	15	30
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	12	12			ACIERTO	13,5	13,5			ACIERTO	13,5	13,5	
ERROR	3	3			ERROR	1,5	1,5			ERROR	1,5	1,5	
χ^2	pre	post	0,0061699		X2	pre	post	0,06788915		X2	pre	post	0,06788915
ACIERTO	0,75	0,75			ACIERTO	0,16666667	0,16666667			ACIERTO	0,16666667	0,16666667	
ERROR	3	3	7,5		ERROR	1,5	1,5	3,33333333		ERROR	1,5	1,5	3,33333333



Instituto Nacional
de Salud Pública

Generación de conocimiento
para el desarrollo de políticas de salud

NIÑO ENF					NIÑO ENF					NIÑO ENF			
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	12	15	27		ACIERTO	12	15	27		ACIERTO	11	15	26
ERROR	3	0	3		ERROR	3	0	3		ERROR	4	0	4
	15	15	30			15	15	30			15	15	30
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	13,5	13,5			ACIERTO	13,5	13,5			ACIERTO	13	13	
ERROR	1,5	1,5			ERROR	1,5	1,5			ERROR	2	2	
χ^2	pre	post	0,06788915		X2	pre	post	0,06788915		X2	pre	post	0,03168639
ACIERTO	0,16666667	0,16666667			ACIERTO	0,16666667	0,16666667			ACIERTO	0,30769231	0,30769231	
ERROR	1,5	1,5	3,33333333		ERROR	1,5	1,5	3,33333333		ERROR	2	2	4,61538462
LAVADO DE MANOS					LAVADO DE MANOS					LAVADO DE MANOS			
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	11	15	26		ACIERTO	13	15	28		ACIERTO	12	15	27
ERROR	4	0	4		ERROR	2	0	2		ERROR	3	0	3
	15	15	30			15	15	30			15	15	30
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	13	13			ACIERTO	14	14			ACIERTO	13,5	13,5	
ERROR	2	2			ERROR	1	1			ERROR	1,5	1,5	
χ^2	pre	post	0,03168639		X2	pre	post	0,14323491		X2	pre	post	0,06788915
ACIERTO	0,30769231	0,307692308			ACIERTO	0,07142857	0,07142857			ACIERTO	0,16666667	0,16666667	
ERROR	2	2	4,61538462		ERROR	1	1	2,14285714		ERROR	1,5	1,5	3,33333333
FUMA EN CASA					FUMA EN CASA					FUMA EN CASA			
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	11	13	24		ACIERTO	10	15	25		ACIERTO	11	15	26
ERROR	4	2	6		ERROR	5	0	5		ERROR	4	0	4
	15	15	30			15	15	30			15	15	30
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	12	12			ACIERTO	12,5	12,5			ACIERTO	13	13	
ERROR	3	3			ERROR	2,5	2,5			ERROR	2	2	
χ^2	pre	post	0,36131043		X2	pre	post	0,01430588		X2	pre	post	0,03168639
ACIERTO	0,08333333	0,08333333			ACIERTO	0,5	0,5			ACIERTO	0,30769231	0,30769231	
ERROR	0,33333333	0,33333333	0,83333333		ERROR	2,5	2,5	6		ERROR	2	2	4,61538462
EXPOSICION A HUMO					EXPOSICION A HUMO					EXPOSICION A HUMO			
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	10	15	25		ACIERTO	12	15	27		ACIERTO	13	15	28
ERROR	5	0	5		ERROR	3	0	3		ERROR	2	0	2
	15	15	30			15	15	30			15	15	30
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	12,5	12,5			ACIERTO	13,5	13,5			ACIERTO	14	14	
ERROR	2,5	2,5			ERROR	1,5	1,5			ERROR	1	1	
χ^2	pre	post	0,01430588		χ^2	pre	post	0,06788915		X2	pre	post	0,14323491
ACIERTO	0,5	0,5			ACIERTO	0,16666667	0,16666667			ACIERTO	0,07142857	0,07142857	
ERROR	2,5	2,5	6		ERROR	1,5	1,5	3,33333333		ERROR	1	1	2,14285714
total					total					total			
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	162	229	391		ACIERTO	159	230	389		ACIERTO	169	233	402
ERROR	78	11	89		ERROR	81	10	91		ERROR	71	7	78
	240	240	480			240	240	480			240	240	480
	pre	post				pre	post				pre	post	
ACIERTO	195,5	195,5			ACIERTO	194,5	194,5			ACIERTO	201	201	
ERROR	44,5	44,5			ERROR	45,5	45,5			ERROR	39	39	
χ^2	pre	post	0,000	0	χ^2	pre	post	0,000	0	χ^2	pre	post	0,000
ACIERTO	5,74040921	5,740409207	3,5788E-15		ACIERTO	6,47943445	6,47943445	1,366E-16		ACIERTO	5,09452736	5,09452736	2,4049E-15
ERROR	25,2191011	25,21910112	61,9190207		ERROR	27,6978022	27,6978022	68,3544733		ERROR	26,2564103	26,2564103	62,7018752

¹ Diagnóstico integral de salud realizado en la población del área de influencia del Hospital comunitario Abasolo en el año 2010

² Diagnóstico integral de salud realizado en la población del área de influencia del Hospital comunitario Abasolo en el año 2010.

³ Diagnóstico integral de salud realizado en la población del área de influencia del Hospital comunitario Abasolo en el año 2010,

⁴ Infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños menores de 5 años de edad. *Práctica Médica Efectiva*, Volumen 2 - Número 3 Marzo 2000 Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, SSA.

⁵ Batista Moliner, R. Feal Cañizares, P. (1988). Las infecciones respiratorias agudas: Un problema siempre Emergente, Editorial. RESUMED 1988;11(2):63-6

⁶ Programa de acción específico 2007-2012. Prevención de la mortalidad infantil. Primera edición 2008 D.R. Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, D.F. Impreso y hecho en México.

⁷ Promoción de la salud e infecciones respiratorias agudas en México. Arenas Monreal Luz, Hernández Tezoquipa Isabel, Jasso Victoria Rogelio, Sotres Vega Avelina. *RevInstNalEnfRespMex* 1999; 12(2) : 129-132

⁸ Programa de acción específico 2007-2012, Entornos y Comunidades Saludables. Primera edición D.R. © Secretaría de Salud. Lieja 7, Col. Juárez. 06696, México, D.F. Impreso y hecho en México.

⁹ Arenas Monreal L. Hernández Tezoquipa I. Jasso Victoria R., Sotres Vega A. Promoción de la salud e infecciones respiratorias agudas en México. *RevInstNalEnfRespMex* 1999; 12(2) : 129-132

¹⁰ Secretaria de salud Jalisco La salud empieza en casa, [2009] Pagina WEB. consultado en <http://www.jalisco.gob.mx/wps/wcm/connect/baf618004dbe315d9f3cff5160bedb77/P+La+Salud+Empieza+en+Casa+2009.pdf?MOD=AJPERES>

¹¹ Prevención y control de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en el estado de Tlaxcala [1991]. Secretaria de salud gobierno del estado de tlaxcala. 1991. Consultado en <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd12/collect/fondossa/index/assoc/HASH6923/2cdfc710.dir/doc.pdf>. Julio 2011.

¹² PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES, consultado en <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/4E9F8944-F4B0-4AC6-B503-DE4C86E05169/0/12.pdf>.

¹³ Martínez-Salanova Sánchez Enrique. La evaluación de los aprendizajes © <http://www.uhu.es/cine.educacion/didactica/0091evaluacionaprendizaje.htm>

¹⁴ Secretaría de Salud, 2002 Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006 Primera Edición.

¹⁵ Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006, Primera Edición, 2002 Secretaría de Salud.

¹⁶ Martínez-Salanova Sánchez, E. Evaluación de los aprendizajes. <http://evaluaciondelosaprendizajes-vicnnelly.blogspot.mx/2011/04/evaluacion-de-los-aprendizajes.html> consultado en mayo 2012.

¹⁷ La Intervención Educativa: Una visión holística de los problemas sociales. Daniel Antonio Jiménez Estrada. Universidad Pedagógica Nacional – Unidad 291, Tlaxcal

¹⁸ Añorga Morales, J. Robau Shelton D., Magaz Cáceres G, Caballero Cárdenas E, del Toro A. Glosario de términos de educación avanzada. Ceneseda/república de cuba

¹⁹ Carlos Nuñez H. EDUCAR PARA TRANSFORMAR, TRANSFORMAR PARA EDUCAR. Red Nacional de Educación Popular de México CIDHAL A.C. 8a.

²⁰ Ramírez-Rembao M, Rojas R. y García-Cueto R. (2009) Influencia de los Contaminantes Atmosféricos en las Infecciones Respiratorias Agudas en Mexicali-Baja California, México Universidad Autónoma de Baja California, Instituto de Ingeniería, Av. Obregón 927, Segunda Sección, Mexicali, B. C.-México. *Información Tecnológica* Vol. 20(3), 89-100 doi:10.1612/inf.tecnol.4060it.08

²¹ Linares, M. Contaminación intradomiciliaria. Actas de Reuniones Clínicas Medwave 2009 Ene;09(1):e3697 doi: 10.5867/medwave.2009.01.3697

²² Honorio Quiroz, C. Conocimientos y su Relación con las Practicas de las Madres de Niños Menores de Cinco Años Sobre La Prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas. Octubre – Noviembre 2001. Oficina General del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central UNMSM

²³ Arredondo García, J., Copto García, A., Xochíhua Díaz, L., Barron Mijares, C., Nava Ocampo, A., Vera García H., Carbajal Rodríguez L., et al Etiología y cuadro clínico de las infecciones respiratorias agudas. Acta PediatrMéx 2006; 27(Supl. 1) : 37-40 consultado en http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=38294&id_seccion=2210&id_ejemplar=3949&id_revista=17

²⁴ Guías de promoción para la salud de niños menores de 5 años. IMSS: consultado en <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/CODE3732-F8C7-4823-BE1C-6F189721A6AB/0/GCSni%C3%B1o.pdf>

²⁵ Los Objetivos de desarrollo del Milenio, 8 objetivos para 2015. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. http://www.undp.org/content/undp/es/home/operations/about_us.html. Consultada en 2011

²⁶ Romero Hernández C. Vaca Marín M.A. Bernal Alcántara D. [1999] Creencias sobre infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años: Estudio etnográfico en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca Rev Inst Nal Enf Resp Mex Volumen 12 - número 4 Octubre - diciembre 1999 Págs. 250-261

²⁷ Rodríguez Lucena Y. Infecciones respiratorias agudas altas en pacientes de 0 a 4 años de edad en la comunidad Divina Pastora | Enfermedades Infecciosas , Neumología , Pediatría y Neonatología | | Publicado: 14/01/2011 |

²⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud. - 11/04/1996

²⁹ Norma oficial mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud. [1996] SECRETARIA DE SALUD DIARIO OFICIAL abril de 1996.

³⁰ RAMIREZ-REMBAO, Martha; ROJAS, Rosa I y GARCIA-CUETO, Rafael. Influencia de los Contaminantes Atmosféricos en las Infecciones Respiratorias Agudas en Mexicali-Baja California, México. Inf. tecnol. [online]. 2009, vol.20, n.3, pp. 89-100. ISSN 0718-0764

³¹ Manual de auto-instrucción “Curso de orientación para el control de la contaminación del aire” que publica el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS). Consultado en http://www.bvsde.paho.org/cursos_orientacion/prologo.pdf

³² Martínez Q. L. Salud humana y medio ambiente en Chile, *Sustentabilidad y Medio Ambiente para el siglo 21*, Universidad de Santiago de Chile. Consultado en <http://web.usach.cl/ima/quienessomos.htm> el día 28 de junio de 2010.

³³ Linares, M. Contaminación intradomiciliaria. Actas de Reuniones Clínicas Medwave 2009 Ene;09(1):e3697 doi: 10.5867/medwave.2009.01.3697

³⁴ Dr. Fernando Díaz-Barriga Martínez. Proyecto de elaboración del plan de desarrollo social municipal (PLAN DE GRAN VISIÓN). Universidad Autónoma de San Luis Potosí Enero de 2010.

³⁵ Vallejo Espinoza, N. Participación de la comunidad para la salud. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cien/participacion.pdf>

³⁶ Norma oficial mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud. [1996] SECRETARIA DE SALUD DIARIO OFICIAL abril de 1996.

³⁷ Programa de acción específico 2007-2012, Entornos y Comunidades Saludables. Primera edición D.R. © Secretaría de Salud. Lijja 7, Col. Juárez. 06696, México, D.F. Impreso y hecho en México