

Instituto Nacional
de Salud Pública

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

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO
2009-2011

**ESTRATEGIA PARA LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA DIRIGIDA A
RESPONSABLES DE MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA
AGUDA EN MINERAL DE POZOS, SAN LUIS DE LA PAZ, GTO, 2012**

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

Román Hernández Lara
Matrícula: 2009420110
dr_rockman@hotmail.com

Directora: Dra. en C. Luz Verónica Díaz de León.

Asesora: Dra. en C. Corina Flores Hernández.

CUERNAVACA, MORELOS; JULIO DE 2013.

**Estrategia para la detección y atención oportuna
dirigida a responsables de menores de 5 años con
Infección Respiratoria Aguda en Mineral de Pozos, San
Luis de la Paz, Gto, 2012.**

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	5
2	ANTECEDENTES.....	7
2.1	Situación Geográfica.....	7
2.2	Demografía.....	8
2.3	Morbilidad.....	9
2.4	Mortalidad.....	11
2.5	Afecciones relacionadas con IRA.....	11
2.6	Factores Determinantes en IRA.....	12
2.7	Recursos y Servicios.....	15
2.8	Respuesta Social Organizada.....	15
2.9	Priorización.....	16
3	MARCO TEÓRICO.....	19
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
5	JUSTIFICACIÓN.....	33
6	OBJETIVOS.....	34
6.1	Objetivo General.....	34
6.2	Objetivos Específicos.....	34
6.3	Estrategias.....	35
7	METAS.....	39
8	MATERIAL, MÉTODOS E INSTRUMENTOS.....	40
8.1	Tipo de Intervención.....	40
8.2	Límites de Espacio.....	40
8.3	Límites de Tiempo.....	40
8.4	Población de Estudio.....	40
8.4.1	Tipo de Muestreo.....	41

8.4.2	Tamaño de Muestra.....	41
8.5	Criterios de Selección.....	42
8.5.1	Criterios de Inclusión.....	42
8.5.2	Criterios de Exclusión.....	42
8.5.3	Criterios de Eliminación.....	42
8.6	Selección y Operacionalización de variables.....	42
8.7	Instrumento de Medición.....	43
8.8	Ejecución de la Intervención.....	45
8.9	Presupuestos.....	47
9	ESTUDIO DE FACTIBILIDAD.....	48
9.1	Factibilidad de Mercado.....	48
9.2	Factibilidad Técnica.....	49
9.3	Factibilidad Administrativa.....	50
9.4	Factibilidad Política.....	51
9.5	Factibilidad Social.....	52
9.6	Factibilidad Legal.....	53
10	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	54
11	PLAN DE ANÁLISIS.....	55
12	RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN.....	56
13	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	68
13.1	Discusiones.....	69
13.2	Conclusiones.....	72
14	RECOMENDACIONES.....	74
15	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	76
16	BIBLIOGRAFÍA.....	78
17	ANEXOS.....	83

1. INTRODUCCIÓN

Se considera una Infección Respiratoria Aguda (IRA) a la enfermedad infecciosa causada por microorganismos que afectan el aparato respiratorio durante un período menor a 15 días.¹

De acuerdo a los resultados encontrados en la comunidad de Mineral de Pozos en el municipio de San Luis de la Paz, Guanajuato; gracias a la realización del Diagnóstico Integral de Salud (DIS)², en base a los determinantes, factores predisponentes y respuesta social organizada que influyen en el proceso de salud enfermedad en dicha comunidad en 2010, sumado a la priorización aplicada, se consideró factible la solución del problema mediante una intervención educativa, se evidencia que el principal grupo de patologías que prevalecen en esta comunidad es el de las llamadas “Enfermedades Transmisibles”, de éstas; sobresalen las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's), las cuales constituyen las principales causas de morbilidad en diferentes niveles. Toda la población es afectada, pero en quienes se hace más preocupante la situación es en los grupos de los extremos de la vida, es decir; en menores de 5 años y mayores de 60 años, teniendo un impacto mayor en los menores de 5 años, secundario a la alta tasa de complicaciones que llegan a sufrir y que se traduce en un mayor riesgo de muerte.

Es necesario tener medidas de prevención así como un diagnóstico, manejo y control estricto para vigilar y evitar sus complicaciones.

En el presente trabajo se muestran los resultados obtenidos del proyecto de intervención: “Estrategia para la detección y atención oportuna dirigida a responsables de menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda en Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Guanajuato”.

Esta intervención buscó brindar un impacto positivo reflejado en la detección y atención oportuna de menores de 5 años con IRA y evitar así sus complicaciones, con el objetivo de capacitar en forma constante e integrada a los responsables de niños y niñas menores de cinco años, con un enfoque preventivo, realizando además un diagnóstico oportuno y certero así como un

control estricto para poder limitar las complicaciones de las IRA's en la población perteneciente al área de influencia de la Unidad Médica de Atención Primaria a la Salud (UMAPS) Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Guanajuato, durante Marzo a Julio de 2012. Fortaleciendo el interés por parte de los responsables de menores de 5 años en el cuidado de estos en una forma integral, fundamentado en el modelo transteórico de cambio.

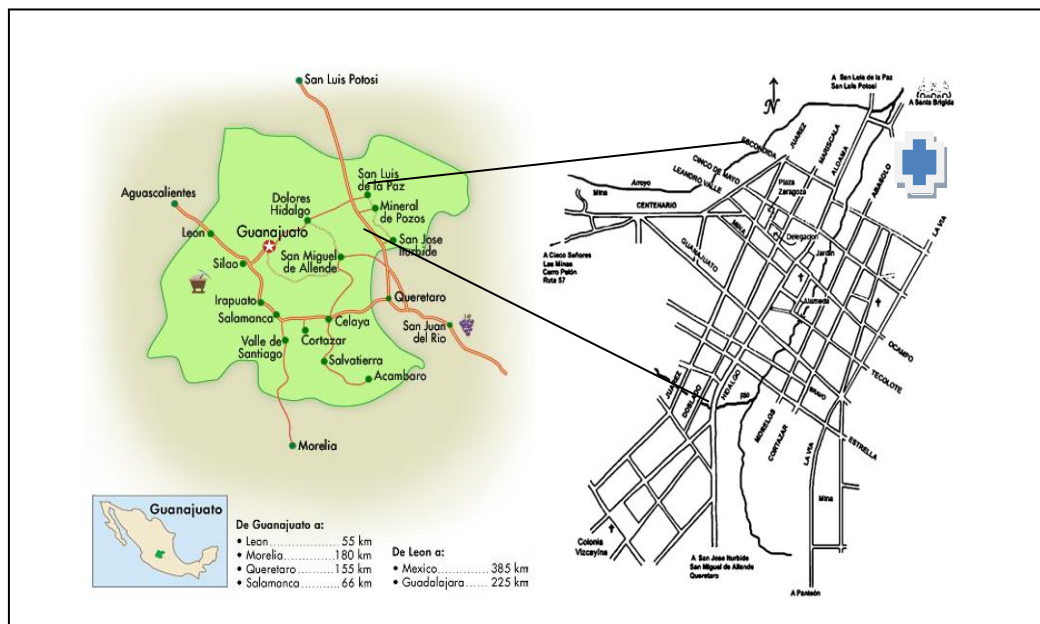
2. ANTECEDENTES

2.1 Situación Geográfica

Guanajuato está formado por 46 municipios, dividido en 8 jurisdicciones sanitarias, de acuerdo a la Secretaría de Salud.³ San Luis de la Paz, forma parte de la número 2.

San Luis de la Paz, llamado; “Nación Chichimeca” o “La puerta a la Sierra Gorda” se caracteriza por ser el centro agrícola y comercial más importante de la Sierra Gorda, cuenta con una población de más de 115,000 habitantes (INEGI, 2010), de los cuales poco más del 50% vive en el área urbana. Es la región con mayor extensión territorial, pero también la de menor número de habitantes, muy dispersos y en concentraciones pequeñas, con el más difícil acceso, por lo que presentan el índice más alto de ruralidad del estado.⁴

Figura 1. Mapas. República Mexicana, Guanajuato, San Luis de la Paz y Mineral de Pozos.



Fuente: Mapas de México.⁵ Se presentan la República Mexicana (en rosa), posteriormente el estado de Guanajuato (en verde) y dentro de este, la localización de San Luis de la Paz, además, se hace una ampliación de lo que es la comunidad de

Mineral de Pozos, especificando la ubicación de la Unidad Médica de Atención Primaria a la Salud (UMAPS) (cruz azul).

El Mineral de Pozos se ubica 10km al sur de San Luis de la Paz, 38Km al norte de San José Iturbide y 10km al oeste de la carretera 57. Ver figura 1. Se estima una población de más de 3500 habitantes (INEGI, 2010) ocupando el tercer lugar después de la cabecera municipal y la Misión de Chichimecas.⁶

2.2 Demografía

La población residente de Mineral de Pozos, tiene una distribución inicialmente de tipo ascendente con un pico máximo en los adultos jóvenes para después presentar el descenso de la población y cambiar notablemente la composición de la población en cuanto a género corresponde. Datos disponibles de CONAPO de 2010, cuenta con un total de: 3856 habitantes (toda la población del área de influencia, que corresponde a 5 comunidades además de Mineral de Pozos, que son; Cerrito de Garibaldi, San Isidro, Los Dolores San Juan, La Escobilla, La Estación).

Con los resultados obtenidos en el Diagnostico Integral de Salud realizado en 2010 en la comunidad de Mineral de Pozos, la media de edad de la población corresponde a 27.7 años, con una Desviación Estándar de 20.2 años. Por lo que la mayor parte de la población se encuentra entre 7.5 años y 47.9 años de edad. Representando a la población escolar y a la población económicamente activa y en edad fértil.

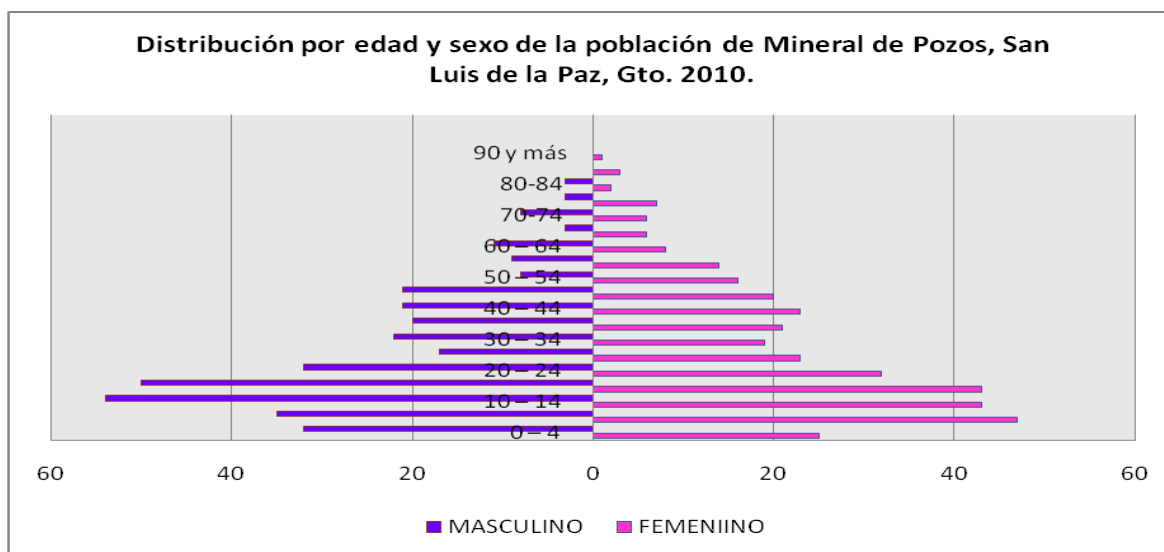
La distribución de la población de acuerdo al género se encuentra de la siguiente manera; predomina el femenino con un 50.7% y el 49.3% corresponde al masculino. Como se esperaría, de acuerdo a las cifras a nivel nacional.

Con los datos anteriores, podemos sacar la pirámide poblacional y analizar con ello, qué edad y género son los que predominan actualmente en la Comunidad

de Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto, durante el año 2010. Ver Gráfica 1.⁷

La pirámide poblacional es de base ancha, donde se ve un predominio de la población infantil desde los 5 años hasta los adultos jóvenes de 24 años, después del cual se observa una ligera disminución, llama la atención que los adultos mayores de 60 años, la cantidad es aún poca comparada con los demás grupos etarios.

Gráfica 1. Pirámide poblacional, de acuerdo a edad por quinquenios y sexo.



Fuente: Encuesta para el DIS, Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto. 2010.

2.3 Morbilidad

Enseguida se enlistan las principales causas de morbilidad. Ver Tabla 1. Porcentaje de las principales causas de morbilidad reportadas por la población encuestada, Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto, 2010.

Se presentan las 10 principales causas de morbilidad, de las cuales, en primer lugar se encuentran las de tipo transmisible. Se observa que más de la mitad de la población del sexo femenino (56.3%) y masculino (55.3%) presentaron durante el año 2010 en alguna ocasión IRA. Importantes cifras reflejan

enfermedades de tipo crónico degenerativo, tales como Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica.

De los determinantes de salud asociados a enfermedades, en este rubro se calculó la Razón de Momios (RM) en cuanto a la presencia de utilizar la leña como combustible y su asociación con la presencia de IRA, teniendo un resultado de $RM = 0.92$, al igual que el contar con chimenea y la presencia de IRA con una $RM = 0.89$, la relación encontrada con la presencia de polvo e IRA es de $RM = 0.68$, la relación entre Fumar con IRA es de apenas $RM = 0.70$, por lo cual no se encuentran datos que evidencien el factor identificable para la presencia de IRA en particular.⁷

Tabla 1. Causas de Morbilidad en Mineral de Pozos, 2010.

ENFERMEDAD	Género		Total
	Femenino	Masculino	
IRA	203 (56.3%)	193 (55.3%)	396 (55.9%)
Ninguna	116 (32.3%)	112 (32.1%)	228 (32.2%)
Otra	39 (10.9%)	27 (7.7%)	66 (9.32%)
DM 2	13 (3.6%)	12 (3.4%)	25 (3.5%)
HAS	16 (4.5%)	8 (2.2%)	24 (3.4%)
EDA	5 (1.3%)	4 (1.1%)	9 (1.3%)
IVU	3 (.8%)	1 (.3%)	4 (.6%)
Asma	1 (.3%)	3 (.9%)	4 (.6%)
Dermatitis	2 (.6%)	1 (.3%)	3 (.4%)
Cáncer	1 (.3%)	1 (.3%)	2 (.3%)
EPOC	1 (.3%)	0 (0%)	1 (.1%)
Total	359	349	708

Fuente: Encuesta para el Diagnóstico Integral de Salud, Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto. IRA; Infección Respiratoria Aguda, DM 2; Diabetes Mellitus tipo 2, HAS; Hipertensión Arterial Sistémica, EDA; Enfermedad Diarreica Aguda, IVU; Infección de Vías Urinarias, EPOC; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

2.4 Mortalidad

Las causas de muerte se observan en la tabla 2, en la que predomina el infarto agudo al miocardio, la mayoría relacionados con enfermedades de tipo crónico degenerativo. Sin duda, esto evidencia la transición epidemiológica que estamos experimentando en el país. Se reporta “Falla Orgánica Múltiple” y ésta también está relacionada principalmente con las enfermedades crónicas las cuales en un momento se agudizan y terminan dañando múltiples órganos blanco.⁷

Tabla 2.-Mortalidad en Mineral de Pozos, año 2010. Aquí se muestran las defunciones en donde destaca Falla Orgánica Múltiple e Infarto Agudo al Miocardio. De las 14 muertes, la división por género, fue de 7 masculinos y 7 femeninos. Observamos que las principales causas son por enfermedades crónicas degenerativas o sus complicaciones. Y la edad mayormente afectada es el grupo comprendido de 65 años y más con el 50% del total de las defunciones.

Causa	Año 2010
	No. Casos
1-Asfixia por bronco aspiración	1
2-Insuficiencia y encefalopatía hepática	1
3-Hipertensión Arterial Sistémica e Infarto Agudo al Miocardio	3
4-Falla Orgánica Múltiple	4
5-DM-2 (complicaciones)	3
6-Complicaciones de Cáncer de Próstata	1
7-Insuficiencia Cardíaca Congestiva	1

Fuente: Registro Civil de Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto., 2010.

2.5 Afecciones relacionadas con las IRA

Se establece que los factores que pueden contribuir a que aumente el riesgo de padecer IRA, en los menores de 5 años son:

Endógenos; estado inmunológico, desnutrición, bajo peso al nacer, deficiencias nutrimentales como vitamina C.

Exógenos o ambientales; Contaminación ambiental, fuera y dentro del domicilio, tabaquismo pasivo, cambios bruscos de temperatura, hacinamiento, contacto con personas portadoras de IRA.

En el estilo de vida; ausencia de lactancia materna, esquemas de vacunación incompletos, descuidos de los responsables de los menores de 5 años.

Propios de Sistemas y Servicios de Salud; Personal capacitado para diagnóstico y control correcto, no atender la normativa y al protocolo establecido para la atención del menor.

2.6 Factores Determinantes en IRA:

Con base en el Modelo de Lalonde^{8,9}, existen diversos factores que determinan la presencia de Infección Respiratoria Aguda y las complicaciones de esta:

- Factores Biológicos: Edad, sexo, estado nutricional.
- Factores Ambientales: Hacinamiento, contaminación con polvo, humo de tabaco, cambios bruscos de temperatura, temperatura ambiental fría, nivel de escolaridad de los responsables de los menores de 5 años, nivel socioeconómico.
- Factores relacionados con hábitos y costumbres: Tabaquismo, hacinamiento.
- Factores relacionados con los servicios de salud: Limitación en capacitación a madres o responsables del cuidado de menores de 5 años, con identificación oportuna de datos de alarma en IRA. Falta de capacitación por equipo multidisciplinario, escasa promoción de atención oportuna en IRA, falta de adherencia al tratamiento, alta prescripción de antibióticos para casos que no lo ameritan, abasto inadecuado de

medicamentos, falta de personal sensibilizado ante este problema, dificultad de acceso a los servicios.

En la tabla 3 se ejemplifican los Determinantes en Salud del Problema Según la clasificación de Marc Lalonde:

Tabla 3. Determinantes en salud del problema según Marc Lalonde⁹.

Factores Biológicos	Factores Ambientales	Hábitos y Costumbres	Factores de Servicios de Salud
Edad* y género	Hacinamiento, deficiente ventilación en la vivienda	Hacinamiento	Saturación de servicios de salud
Estado nutricional* (bajo peso al nacer*)	Contaminación ambiental (humo de leña o tabaco)	Tabaquismo	Personal de salud poco sensibilizado ante esta problemática
Enfermedades concomitantes*	Clima ambiental frío, cambios bruscos de temperatura	Malos hábitos de alimentación	Dificultad de acceso a los servicios de salud*
Ausencia de lactancia materna	Zona minera	Ingreso bajo o insuficiente	
IRA recurrentes	Tabaquismo pasivo	Piso de tierra	
Esquema incompleto de vacunación	Atención en estancias infantiles	Padres con escasa escolaridad*	

*Factores de mal pronóstico. En caso de presentarse alguno de ellos, se deberá hacer mayor énfasis en la atención con calidad y calidez.⁹

Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la combinación de 4 variables: la biología humana (genética, envejecimiento), el medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural), el estilo de vida (conductas de salud) y el sistema de asistencia

sanitaria. De estas, sólo la biología humana no se puede modificar, las otras 3 sí son susceptibles de modificaciones.¹⁰

En Mineral de Pozos y su área de influencia se evidencian como principales causas de morbilidad durante los últimos 3 años, enfermedades de tipo transmisible, tales como; Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) además del aumento paulatino en consultas médicas por enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus-2 (DM-2) e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS). La mortalidad, está causada primordialmente por enfermedades de tipo crónico degenerativo, a decir; DM-2, Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) e insuficiencia cardiaca.¹¹

Medio Ambiente: En cuanto a la vivienda el reporte del DIS concluye que la media es de 5.5 habitantes por vivienda. En contraste con el número de cuartos por vivienda pues reportan el 28% con solo 2 cuartos, favoreciendo que el número de personas por habitación en la que duermen se incremente el hacinamiento y con ello, la prevalencia de enfermedades de tipo transmisibles. El uso de la cocina para fin único es del 93%, aún así, el 6% lo utiliza como cocina dormitorio también. Sobresale que de los materiales con los que están construidas las viviendas, el techo; el 67% es de bóveda principalmente en conjunto con cemento, pero el 33% aún utiliza láminas de diferentes tipos, sobre todo de asbesto.⁷

Los combustibles más usados son, primariamente el gas en 98.9% pero también la leña tiene un importante uso con el 71%, de estas viviendas que usan leña como combustible, el 43% tiene chimenea para la salida del humo.

La alta prevalencia de zoonosis en la comunidad está relacionada con las condiciones precarias en las que vive la población en la comunidad, ya que el 76.7% de la población convive con animales, principalmente perros.

Percepción de riesgos ambientales: principalmente al polvo manifiestan el riesgo con un 37.7%. Los riesgos químicos percibidos están predominantemente referidos por el tabaquismo en un 21%.

De la calidad del aire, el 53% refiere que es regular, el 38% bueno.

La población económicamente activa es muy importante en cualquier sociedad y en Mineral de Pozos, predomina el 28% ganando 2 salarios mínimos, el 36% de las viviendas ganan de \$3,400 a \$5,100 y el 34% de \$1,700 a \$3,400. En la mayoría de las familias (61%) sólo hay una persona que trabaja, el 61% de las viviendas solo una persona aporta gasto.⁷

2.7 Recursos y Servicios

El 97% de la población cuenta con algún servicio de salud, de estos, el 75% acude a la UMAPS en Mineral de Pozos, el 37% a la clínica del IMSS e ISSSTE, el 15.3% al Hospital General y solo el 14% a consultorio privado (incluyendo fundación Best o farmacias similares). El 62% de la población encuestada refiere acudir en promedio una vez al mes, 72% están satisfechos pues siempre les resuelven el problema, el 73% de la población encuestada refiere regresaría a la unidad a recibir servicio. De las causas por las cuales no regresarían mencionan como primer lugar el que lo trataron mal con un 51%, el 11% porque no estuvo de acuerdo con el diagnóstico y El 56% de la población utiliza algún tipo de medicina tradicional, principalmente a base de herbolaria (59%).⁷

2.8 Respuesta social organizada.

La comunidad de Mineral de Pozos y áreas de influencia, cuenta con una cobertura de asistencia médica a través de la UMAPS (la que con mayor frecuencia hace uso la población), además existe el Hospital General del Noreste, una clínica del IMSS, y una del ISSSTE, a estas 3 unidades en cabecera municipal, recientemente en Febrero de 2013 inició la atención en el Hospital Materno del municipio. En Mineral de Pozos no existe un establecimiento que funja como consultorio para medicina tradicional o alternativa, pero sí existe en otras comunidades cercanas. Sólo existe la farmacia de la UMAPS en la localidad de Mineral de Pozos y una doctora que

brinda atención privada, también cuenta con farmacia. Se cuenta con establecimientos dedicados a la venta de plantas medicinales, remedios herbolarios y algunos otros insumos de la medicina tradicional, pero esto en cabecera municipal. De acuerdo con el modelo operativo de salud para el estado de Guanajuato, un Núcleo básico de atención en salud, se compone de un médico general o familiar, una enfermera clínica y una enfermera sanitarista y alrededor de 3000 habitantes o 700 familias, bajo esta perspectiva la necesidad está parcialmente cubierta, con apenas 2 médicos y 3 enfermeras en dicha unidad de salud. De acuerdo a la OCDE, en 2007, el promedio de médicos por 1000 habitantes se ubicó en 3.1 médicos por 1000 habitantes y hasta 9.6 enfermeras. En México, en 2008, se ubicó de 1.5 médicos por cada 1000 habitantes, por entidad federativa, los 10 estados mejores provistos se encontraron entre 1.7 y 3.1 médicos por cada 1000 habitantes, tomando en cuenta los médicos que se encuentran en la UMAPS laborando, teniendo muy por debajo de la media internacional, nacional e incluso estatal (3.1, 1.5, 1.2 respectivamente) con tan solo 0.6 médicos por cada 1000 habitantes. De igual manera en cuanto al personal de enfermería en 2008, en los mejores países con 9.6 enfermeras, a nivel nacional con 2.0, a nivel estatal con 1.7 y en Mineral de Pozos, apenas alcanza 0.8 enfermeras por cada 1000 habitantes. En el caso de odontólogos no hay en la comunidad por parte de la UMAPS así que la relación es de 0. La razón enfermera – médico, se encuentra por encima de la media nacional y estatal, con 1.3 y 1.4 respectivamente, en Mineral de Pozos se encuentra a 1.5.¹²

La población está organizada con diversos comités entre ellos, los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) con pacientes diabéticos, hipertensos y obesos. Comités de agua. Existe la delegación, representada por una delegada la cual es elegida por la comunidad que habita Mineral de Pozos, durante un período de 3 años.⁷

2.9 Priorización

Analizando los resultados obtenidos en el DIS realizado, se identificaron los principales problemas de salud de la localidad, decidí utilizar el método de priorización de CENDES-OPS¹³ (Organización Panamericana de la Salud - Centro de Estudios del Desarrollo) en donde se tienen diferentes puntos a ponderar de acuerdo a:

- a) **Magnitud:** Porcentaje del total de la morbilidad, escala del 0 al 10. Número de defunciones que causa un daño en una población específica durante un tiempo determinado
- b) **Trascendencia:** Importancia de la patología en la comunidad, escala del 0 al 1. Impacto que sobre una comunidad producen las defunciones por ese daño.
- c) **Vulnerabilidad:** Posibilidad de actuar en la patología o probabilidad de evitarlo de acuerdo a la tecnología actual.¹⁴ Escala de acuerdo al tipo de enfermedad. 1: erradicables, 0.66: Infecciosas, 0.33: crónico no transmisibles y 0: incurables o mortales.

El resultado obtenido se hizo en una matriz donde se consideraron las 10 principales patologías causantes de morbilidad, obteniendo (ver gráfica 2) las IRA como prioridad imprescindible.

Tabla 4. Modelo CENDES-OPS.

Priorización con base a la Morbilidad identificada según el DIS en Mineral de Pozos, SLPz, Gto. durante el año 2010

Orden	DESCRIPCION CAUSA BÁSICA DE MORBILIDAD	Núm de enfermos 2010	Tasa por 1000 hab.	Magnitud 0-10	Trascendencia 0-1	Vulnerabilidad 0-1	VALOR P
1	Infecciones Respiratorias Agudas	396	102.7	8.23	0.31	0.66	1.68
2	Diabetes Mellitus 2	25	6.50	0.52	0.27	0.33	0.05
3	Hipertensión Arterial	24	6.22	0.50	0.11	0.33	0.02
4	Caries y fluorosis	13	3.40	0.27	0.07	1	0.02
5	Enfermedad Diarreica Aguda	9	2.33	0.19	0.06	0.66	0.01
6	Infección de Vías Urinarias	4	1.04	0.08	0.05	0.66	0.00
7	Asma	4	1.04	0.08	0.04	0.33	0.00
8	Dermatitis	3	0.78	0.06	0.04	1	0.00
9	Cáncer	2	0.52	0.04	0.03	0	0.00
10	EPOC	1	0.26	0.02	0.02	1	0.00
	TOTAL	481		10.00	1.00		

Fuente: Datos basados en los resultados obtenidos en el DIS, Mineral de Pozos, 2010

3. MARCO TEÓRICO

Las IRA son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por distintos gérmenes (en más del 80% virus y menos del 20% bacterias).¹⁵ Hace referencia a toda afección que compromete una o más partes del aparato respiratorio, durante un lapso no mayor de 15 días, aunque el principal origen sea por virus y otro tanto se autolimiten, son la principal causa de indicación de antibióticos en el mundo. Se clasifican según el sitio anatómico afectado en altas o bajas, siendo la epiglotis el punto de separación de los dos tipos de patologías.¹⁶

Entre las altas tenemos a Rinofaringitis, faringoamigdalitis, sinusitis, otitis media aguda y, como bajas se incluyen la epiglotitis, laringitis, laringotraqueobronquitis, bronquitis, bronquiolitis y neumonía.¹⁶ Ver Figura 2.

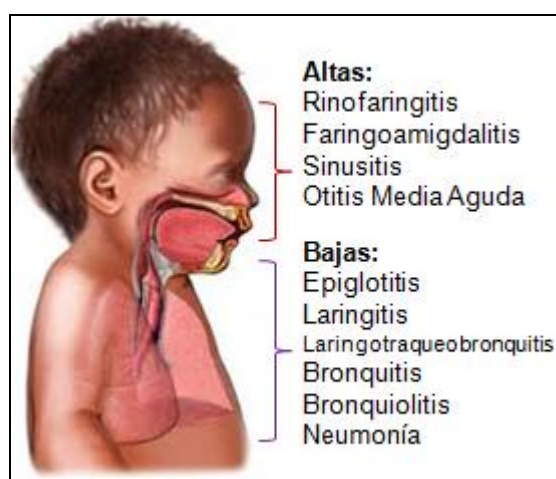


Figura 2. Esquema donde se representa la división anatómica para la clasificación de IRA en Altas o Bajas.

Las IRA's representan la principal causa de morbilidad en el mundo y la causa más frecuente de utilización de los servicios de salud en todos los países.¹⁷

En la mayoría de los países en desarrollo de la Región de las Américas, las IRA's se encuentran entre las 3 primeras causas de muerte de niños menores de 1 año y entre las 2 primeras de niños de 1 a 4 años. La neumonía es la

responsable de entre el 85% y el 90% de estas muertes, lo que representa aproximadamente 150.000 muertes anuales de menores de 5 años en la región, de las cuales el 95% ocurren en los países en desarrollo de América. Además de su importancia como causa de mortalidad, las IRA son la principal causa de morbilidad infantil, con una incidencia de entre 4 y 6 episodios anuales en las zonas urbanas y entre 5 y 8 en las zonas rurales.¹⁸

A nivel nacional se han presentado los siguientes casos por infección respiratoria: En México, durante el año 2008, de un total de 24,120,252 casos reportados de IRA, en menores de 1 año se presentaron 2,705,922 casos y en el grupo de 1 a 4 años, fueron 5,366,057, sumados dan un total de 8,071,979, es decir; representan el 34.5% del total de morbilidad acerca de IRA a nivel poblacional en este grupo de edad.¹⁹

En el estado de Guanajuato durante el año 2011 se tiene el reporte de 1,336,160 casos de IRA, de los cuales se presentaron 596,999 casos en población masculina y 739,161 casos en población femenina. . Constituyéndose a las IRA's como la primera causa de enfermedad en la población menor de 5 años, distribuidos de la siguiente manera: en menores de 1 año se reportaron 150,374 casos (78,464 en población masculina y 71,910 en población femenina) y en el grupo de 1 a 4 años 327,653 casos (168,657 en población masculina y 158,996 en población femenina) sumando en su conjunto 478,027 casos, es decir; el 35.78% de todos los casos del total de la población.²⁰

En el 2011, en el estado de Guanajuato la principal causa de mortalidad en la población infantil se debió a enfermedades del corazón, con 1,443 casos y una tasa de 1210.3 (tasa por 100,000 nacidos vivos esperados). En 4° lugar se encuentra; Influenza y Neumonía, presentándose 49 casos en total (tasa 41.1). la revisión por género nos señala que durante este año hubo 25 defunciones en niños (tasa 41.3) y 24 defunciones en niñas (tasa 40.9). También se encuentra dentro de las 20 principales causas de mortalidad la IRA con 4 casos (tasa 3.4),

en niños, ocupó el lugar 12 y fueron 3 casos (tasa 1.18) y en niñas ocupó el lugar 18, con 1 caso (tasa 1.7)¹⁹, por lo que es necesario que las madres o personas responsables de los menores realicen actividades preventivas para evitar la presencia de estas.²¹

De los grandes problemas que afectan a nuestra infancia, las IRA ocupan un papel importante en esta época donde las enfermedades emergentes y reemergentes reciben una mayor atención de la comunidad científica por causa de la enorme trascendencia en el mundo de hoy y su repercusión futura.²²

Con base a un buen Diagnóstico, podemos implementar un mejor tratamiento, así es en medicina y como tal, en el área de la Salud Pública se realiza.²³

En el Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012 las IRA están agrupadas en el grupo de las enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción, y este grupo se ha denominado enfermedades de rezago por dos razones: porque se trata de padecimientos que se pueden prevenir y porque afectan a poblaciones pobres que tienen problemas de acceso a bienes y servicios básicos, dentro de los que destacan los servicios de salud. Dentro de este mismo programa se ha señalado como uno de los problemas referente a los recursos humanos, la escasez de trabajadores de la salud bien preparados.²⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, definió el término salud como un “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Sin embargo, recientemente se han postulado definiciones holísticas como la de Payne y Hahn: como “la capacidad del ser humano para utilizar los recursos intrínsecos y extrínsecos dentro de cada dimensión de la salud en relación a la óptima participación en las actividades que contribuyen al crecimiento y desarrollo durante cada etapa del ciclo de vida”.²⁵

Mario Testa delimita al DIS de la siguiente manera:

“Debe estar conformado por tres características esenciales que son: el estado de salud de la población objetivo, los factores condicionantes o determinantes de salud y los recursos o servicios con los que se cuenta. Esto con el objetivo de realizar la planeación apropiada para la prestación de servicios de salud” ²⁶

La salud comunitaria son las acciones destinadas a proteger y mejorar el estado de salud de una población o comunidad. Todas están enfocadas en la disminución de la mortalidad y morbilidad, protección al medio ambiente y de alimentos, servicios básicos y participación activa de los miembros. Otra característica de la salud comunitaria es el seguimiento de los integrantes, es decir habrá un líder que promueva estas acciones en beneficio de todos.²⁷

Se debe tener en cuenta que el tiempo que transcurre entre el inicio de un proceso de educación popular, el logro de la participación comunitaria activa en la toma de decisiones y los cambios en la salud puede ser considerable.²⁸

Las diversas capacitaciones que actualmente se realizan, orientadas a las madres o responsables de niños y niñas menores de 5 años, en la unidad de salud, no reúnen teorías cognitivas y constructivistas orientadas a los adultos responsables de los menores.

Se han identificado teorías acerca de que las personas cambian su pensamiento y posteriormente su conducta, hemos aprendido acerca de cómo las personas cambian y cómo podemos ayudar a más personas a cambiar.²⁹

Para llevar a cabo la intervención educativa, se tomó como base el **modelo Transteórico de cambio**, que a continuación se describe²⁹:

Este modelo es descrito por Prochaska y Di Clemente (1984); se fundamenta en la premisa de que las personas pasan por varias etapas, disposición y motivación antes de tomar acciones en su comportamiento. Con la

recomendación de enfocarse en las necesidades del individuo. Estas etapas son^{30, 35, 48.}

MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO

ETAPA:

CARACTERÍSTICAS:

PRECONTEMPLACIÓN Las personas no están interesadas en cambiar o tomar acciones en el futuro cercano, “No pienso hacer ningún cambio.” Las personas se mantienen en esta etapa por: no estar informados o están mal informados acerca de las consecuencias de sus comportamientos. Están negando que exista un problema. Por lo que existe falta de conocimientos, habilidades y recursos, o por creencias de salud distorsionadas.³⁰ Subestiman los beneficios del cambio y sobreestiman los costos. Los mismos procesos pueden ser procesados en forma diferente por las diferentes personas.

CONTEMPLACIÓN “Estoy considerando cambiar en un futuro próximo.” La persona ya tiene más conciencia de que existe un problema y piensa con mayor seriedad hacer cambios en su conducta.³⁰ Aunque están muy conscientes de los beneficios del cambio también lo están de los contra, no están preparados para los programas orientados a la acción, el paradigma dominante de tratamiento.

PREPARACIÓN “Estoy considerando cambiar en un futuro cercano.” La persona inicia los intentos para hacer cambios en el comportamiento. Generalmente ha hecho consciente las

ventajas y desventajas. El manejo consiste en ayudar a establecer objetivos específicos y realistas y reforzar los cambios que vaya logrando.³⁰ Incluye la asistencia a un grupo de recuperación, hablar con su médico. Están listos para usarlos.

ACCIÓN

“Cambio de conducta o comportamiento”. En esta etapa se han modificado conductas en sentido positivo, en nuestro caso, mayor atención en la salud y cuidado de sus menores de 5 años, en caso de que presenten una IRA, identificar los datos de alarma y acudir a los servicios de salud en forma oportuna. No cuenta la simple mejoría estadística, debe ser más mejoría clínica y real. La provisión de información y la participación en un programa formal refuerzan las acciones en el cambio de comportamiento.³⁰

MANTENIMIENTO

“Cambio sostenido por un periodo largo.” Se inicia después de una acción continua, en la que se esfuerza por mantener comportamientos saludables y evitar regresar a etapas previas. Se refuerza la habilidad para resolver problemas.³⁰

Las acciones del presente proyecto de intervención educativa se fundamentan en ésta teoría, ya que estimula y favorece el aprendizaje, por lo tanto favorece en las responsables de niños y niñas menores de 5 años aprender y aplicar los conocimientos en su vida diaria en su propio beneficio. Cabe señalar que el cambio no ocurre de una manera continua, sino de una manera secuencial, tal

como se describió y que la tarea inicial de la persona es tomar conciencia de la etapa en la que se ubica.

Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994, diferencian entre los denominados procesos experienciales y los procesos conductuales. Los primeros hacen referencia a estrategias cognoscitivas y afectivas como el aumento de la conciencia sobre la severidad del problema (proceso de concienciación), la vivencia emocional de situaciones asociadas al comportamiento en cuestión (proceso de alivio por dramatización).

La intervención educativa, ya sea en las etapas de pre contemplación o contemplación, es fundamental la información que permita rechazar las prácticas antiguas para incorporar nuevas, por lo tanto serán capacitadas en temáticas específicas de salud que fortalezcan y enfatizen la importancia de cambiar los hábitos.

Los materiales y técnicas didácticas se desarrollaron con base a lo que se estipula en la NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999^{31,49}, Para la atención a la salud del niño, darla a conocer a la población blanco.^{9, 31} En dicha Norma presentan algunas disposiciones generales que comprende:

1.- Que la atención integrada al menor de 5 años incluirá: vigilancia en vacunación, nutrición, motivo de consulta y capacitación de la madre (principalmente sobre la identificación de los signos de alarma en las Infecciones Respiratorias Agudas)

En el apartado N°8 (ver tabla 8) señala la prevención y control de las IRA's.

Tabla 5. Medidas de prevención y control recomendadas en la NOM-031-SSA2-199, para la atención de la salud del niño. Apartado de Infección Respiratoria Aguda.

Medidas de Prevención ^{9, 31, 49}	Medidas de Control ^{9, 31, 49}
Lactancia exclusiva en los primeros 4 o 6 meses de edad. Orientación a la familia acerca de la adecuada alimentación para evitar desnutrición. Presentar cuadro de vacunación al corriente de acuerdo a la edad del menor. Evitar fumar cerca del menor. Evitar combustión de leña o uso de braseros. Evitar cambios bruscos de temperatura. Abrigar bien a los menores en caso de frío. Aporte adecuado de líquidos y alimentos ricos en vitaminas “A” y “C”, como cítricos. Evitar hacinamiento. Ventilar la habitación del menor. Fomentar la atención médica del menor.	En la atención de niños con IRA, el interrogatorio e inspección se deben orientar a la identificación de neumonía como principal complicación o bien en otitis media, faringoamigdalitis purulenta o alguna infección bacteriana. La polipnea es el signo predictor más temprano de neumonía y es el primer mecanismo que el organismo pone en marcha ante la dificultad respiratoria. Clínicamente las IRA se clasifican en: a.- IRA sin neumonía. Engloba a; Rinofaringitis, faringitis congestiva, fringoamigdalitis purulenta, Otitis Media Aguda, laringitis y bronquitis. b.- IRA con neumonía y dificultad respiratoria leve (polipnea o taquipnea) c.- IRA con neumonía y dificultad respiratoria grave (tiraje, cianosis, disociación tóraco-abdominal).

Fuente: NOM-031-SSA2-199 para la atención del niño. Apartado IRA.³¹

También señala el manejo de los casos con IRA se basa en tres planes:

Tabla 6. Planes de manejo recomendados en la NOM-031-SSA2-1999³¹, para la atención de la salud del niño. Apartado de Infección Respiratoria Aguda.

PLAN A	PLAN B	PLAN C
Medidas Generales (aumento de consumo de líquido, alimentación habitual, no suspender lactancia, control de fiebre con paracetamol a 60mg/kg/día, dividido en 4 tomas, no aplicar supositorios en menores de 1 año, no antihistamínicos, revalorar en 48hrs al menor) Capacitar a la responsable del cuidado del menor en identificar signos de dificultad respiratoria: Respiración rápida, tiraje, dificultad para respirar, beber o amamantarse, para que en caso necesario acuda en forma urgente al servicio médico. Revisar y actualizar cartilla de vacunación así como estado nutricional. El uso de antibióticos se reserva de acuerdo a la consideración médica.	Tratamiento ambulatorio. Aumento de ingesta de líquidos. Alimentación habitual. En caso de sibilancias: administrar salbutamol. Revaloración a las 24hrs. Antimicrobianos. Capacitación del responsable del cuidado del menor. (Ver Plan A)	Tratamiento para niños con neumonía leve o grave. Envío inmediato a hospital. Si es necesario con oxígeno a 6lts x minuto. Control de fiebre con paracetamol. En caso de sibilancias; tratar con salbutamol oral o inhalado o adrenalina subcutánea.

Fuente: NOM-031-SSA2-199 para la atención del niño. Apartado IRA.³¹

Por otro lado, las redes sociales o redes de intercambio es de fundamental importancia para el estudio en la mortalidad infantil para las familias de escasos recursos, para las cuales las redes de apoyo, para las cuales son la única posibilidad de apoyo con que pueden contar y el único soporte para aligerar las pesadas cargas de la vida cotidiana. Estas redes, llegan a ser interacciones espontáneas, prácticas más o menos formalizadas o llegar a ser más formales y más frecuentemente entre iguales.

Es así como Sluzki, 1996, describe que una “**red social significativa**” es un conjunto de seres con quienes interactuamos de manera regular, conversamos, intercambiamos señales que nos corporizan, que nos hacen reales y cuya razón más de ser más frecuente es; “el apoyo social”. Se refuerza con instituciones informales como el parentesco, vecindad, compadrazgo y amistad, las cuales se adaptan a la situación y se integran a una ideología de ayuda mutua. Cuando una sociedad se complejiza, al igual que las funciones familiares, las principales esferas de la vida social tienden a aislarse, así las relaciones sociales se hacen más complejas y la interacción entre las redes de parentesco no son tan fluídas, convirtiéndose en “difusas y selectivas”.³²

Las redes sociales operan de acuerdo a la cercanía física: confianza (capacidad y deseo de entablar una relación de intercambio); la voluntad de cumplir con las obligaciones implícitas en dicha relación y la familiaridad mutua para descartar la posibilidad de ser rechazado. Lomnitz describe que se logra mayor confianza si existe igualdad de carencia entre los involucrados. Además, los integrantes de la misma red son dinámicos, pues se componen más de funciones y no de personas, por ejemplo; una abuela puede funcionar o no como parte de la red de apoyo, o hacerlo sólo en algunas etapas de la vida, y no formar parte de la red sólo por pertenecer al entorno de la familia.³²

También pueden llegar a ser negativas, pues pueden agravar los riesgos, por ejemplo; donde hay parientes que aconsejan no hacer nada o no medicar

cuando es necesario, o personal de salud que no atiende adecuadamente o no informa.³³

Franks, Peter; Cambell et al destacan la importancia del funcionamiento familiar, más que la relación social externa, para evitar o producir síntomas depresivos.³³

La ausencia de una red social se entiende como la falta de ayuda en el momento requerido.³³

Las capacitaciones se desarrollaron tomando en cuenta los siguientes temas generales, respecto a identificación oportuna de datos de alarma en IRA en menores de 5 años con IRA y la solicitud de atención en servicios de salud, la profundidad y el tipo de información que se pretende transferir será de acuerdo a las necesidades detectadas en el diagnóstico realizado:³³

Tabla 7. Características de la red social^{31, 32, 33}

RED SOCIAL	
ESTRUCTURA	FUNCIONAMIENTO
1.- DENSIDAD DE LA RED	1.- LAZO SOCIAL
A) Extensión: Número de integrantes a.1 Amplia a.2 Restringida	A) Consanguinidad B) Amistad y otros lazos afectivos C) Relaciones vecinales y comunitarias
B) Frecuencia de los cambios b.1 Frecuente b.2 Esporádica	2.- ACCESIBILIDAD A) Espacial -geográfica: cercanía B) Temporal: disponibilidad y oportunidad en el tiempo
2.- CONECTIVIDAD	3.- TIPO DE INTERCAMBIO
A) Estable: no condiciona intercambios (continua) B) Inestable: condiciona sus intercambios (discontinua)	A) De información B) Pecuniario y de otros bienes C) De tiempo (cuidado de los niños) y espacio (alojamiento) D) Convivencia social
3.- POROSIDAD DE LA RED	
A) Permeable; incorporación de nuevos integrantes B) Impermeable; no permite nuevas incorporaciones	

Hasta la fecha ha habido muy pocos esfuerzos continuos de garantía de calidad en los países en desarrollo. Muchas de las evaluaciones se han concentrado en la medición de los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y cobertura. Pocas han enfatizado la calidad de los servicios o el proceso de la prestación de éstos y aún menos realizan esfuerzos sistemáticos para mejorar la calidad con base en los resultados del proceso de prestación de servicios. Por ejemplo; en el caso de las IRA, no nada más verificar la frecuencia de atención de los pacientes en riesgo, específicamente en los menores de 5 años, sino que la atención sea de calidad y que se refleje en la satisfacción de los usuarios. Se evalúa el grado en el cual el servicio se presta de acuerdo a las normas prescritas.³⁵

La calidad, de acuerdo a W. Edwards Deming; hace referencia a “hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”. Para cumplir lo anterior se necesita:

- a) Competencia profesional; capacidad y desempeño de funciones del grupo de salud, administrativo y personal de apoyo.
- b) Acceso a los servicios; eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud (geográfica, económica, social, lingüística)
- c) Eficacia; Eficacia de las normas de prestación de servicios y orientación clínica.
- d) Satisfacción del cliente; relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y la comunidad, producen confianza y credibilidad, se demuestran por el respeto, confidencialidad, cortesía y comprensión.
- e) Eficiencia; suministran atención más óptima dentro de los recursos con los que se cuenta.
- f) Seguridad; reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros efectos.

- g) Comodidades; acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver a la unidad de salud para recibir atención nuevamente.

La causas básicas de la deficiencia en la calidad de los servicios se relacionan con deficiencias en los sistemas y procesos que son responsables del diseño y producción de bienes y servicios, atribuyéndose pocas veces a la capacidad de los trabajadores, e incluso con mayor frecuencia a una motivación insuficiente para hacerlo bien.³⁶

La calidad en la atención a la salud se define como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud. El litigio en la práctica médica, influye en el comportamiento de los usuarios y los médicos. Puede contribuir a la calidad al obligar a los médicos a ser más cuidadosos y al estimular a los pacientes a ser más exigentes, esto puede ser causa de déficit en la calidad de la atención, ya que por miedo, los médicos pueden solicitar realizarse estudios innecesarios, hasta peligrosos y muy costosos.³⁷

La atención a la salud en sí misma combina las contribuciones de los pacientes y de los prestadores de atención a la salud. El prestador de la salud tiene la responsabilidad de tomar las decisiones técnicas apropiadas en el proceso de selección de las estrategias diagnósticas y terapéuticas, de ejecutar todos los procedimientos de la manera más hábil posible y de manejar las relaciones personales con el paciente en forma ética, humana y placentera, para que se garantice el grado más efectivo de participación del paciente y sus familiares.³⁷

Las autoridades del Sector Salud han reconocido que los servicios de salud de inferior calidad, no promueven la equidad ni maximizan la mejoría en la salud, por ello, la población está acudiendo más a los servicios de salud privados que a las clínicas de salud y hospitales públicos.³⁸

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La identificación acerca de la gran problemática que representan las IRA, en la comunidad estudiada, está fundamentada en la alta tasa de morbilidad que prevalece, se ha mencionado que a pesar de que afecta a toda la población, en quienes tiene mayor repercusión, es en la población menor de 5 años, principalmente por complicaciones por neumonía, en quienes además, al ser dependientes del cuidado de su madre, padre, hermano(a) mayor u otra persona, éstas deben estar capacitadas para poder identificar oportunamente y certeramente los datos de alarma en este tipo de patologías para poder acudir a su servicio de salud de forma pertinente para evitar la presencia de las complicaciones. Recordar que la tasa de mortalidad en los países en desarrollo llega a ser más del doble comparado con los países desarrollados. Por ello, una mejoría del conocimiento de las madres y de otros responsables del cuidado de los niños sobre los signos de alarma de la neumonía y la atención adecuada del niño con IRA en el domicilio contribuirá a mejorar esta situación que se presenta en Mineral de Pozos.

Con base en lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Es posible que mediante la estrategia de una intervención educativa basada en el modelo transteórico del cambio favorece un mayor conocimiento en la detección y atención oportuna dirigida a madres y responsables de niños y niñas menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda en Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto, 2012?

5. JUSTIFICACIÓN

La mayoría de los episodios de IRA son procesos infecciosos autolimitados ocasionados en general por virus y, en menor frecuencia, por bacterias. Esta es una de las razones por la cual los menores de 5 años no son llevados a recibir atención en la unidad de salud en Mineral de Pozos sino que son atendidos en sus hogares por las madres y otras personas responsables de su cuidado. Sin embargo, algunos episodios de IRA pueden revestir gravedad, razón por la cual la diferenciación clara entre aquellos episodios que pueden ser manejados en el hogar y los que requieren asistencia en un servicio de salud tiene la máxima importancia para evitar muertes y casos graves de IRA que pueden producir secuelas y discapacidad en los niños.

Por todo lo anterior considero que la presente investigación basó su justificación en la necesidad de alcanzar mecanismos o medidas que ayuden a prevenir y controlar enfermedades que afectan a nuestra población.

Elaborar el DIS en Mineral de Pozos, facilitó la identificación de los principales indicadores de bienestar o bien de marginación de la población. Realizando la metodología para priorización, sirve para trabajar en IRA dadas las diferentes características que presentó en magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. También es importante mencionar que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño, comprende un apartado especial para la atención en cuanto a IRA se refiere, en el que se considera de vital importancia la capacitación a personas responsables de niños y niñas menores de 5 años con IRA para evitar las complicaciones utilizando sus servicios de salud de forma oportuna.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Evaluar los conocimientos para realizar la detección oportuna de datos de alarma en Infección Respiratoria Aguda así como el uso oportuno de los servicios de salud a personas responsables del cuidado de niños y niñas menores de 5 años en Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto.

6.2 Objetivos Específicos

- 1) Determinar el nivel de conocimientos acerca de las IRA en la población en estudio (responsables de menores de 5 años), incluyendo identificación de datos de alarma y momento en acudir a servicios de salud.
- 2) Explicar a los responsables de los menores de 5 años, la definición de IRA, los datos de alarma que presentan y sus posibles complicaciones, aplicando método educativo con el desarrollo de técnicas cognitivas y constructivistas, utilizando el modelo transteórico de cambio.
- 3) Mostrar los conocimientos adquiridos por parte de la población en estudio.
- 4) Promover en la población responsable de menores de 5 años la aplicación de los conocimientos aprendidos durante la capacitación, en su vida diaria.
- 5) Comparar los conocimientos en la población en estudio, con las evaluaciones pre y post intervención educativa.

6.3 Estrategias.

Estrategia 1: Diagnóstico de necesidades de conocimiento, habilidad y actitud en los responsables de menores de 5 años.

1.1. Presentación de proyecto a la población en estudio, apoyados en área de promoción, utilizando medios de difusión y panorámicos que se efectuaron en la comunidad.

Se llevó a cabo la presentación de los resultados del DIS en la comunidad en estudio en el mes de Marzo de 2012, en un horario de 19:00hrs a 20:00hrs (ya que antes de esta hora, algunas personas estaban ocupadas en pláticas o catecismo) en el aula de la parroquia de la misma comunidad donde se convocó al personal de salud de la UMAPS, así como al personal del CAISES de San Luis de la Paz, personal de presidencia y medios de comunicación, además de la invitación hacia la población (se hizo hincapié en las personas que, de acuerdo a los datos del DIS podían participar en el proyecto), la cual se realizó con el apoyo de señoras de la comunidad.

Se asistió a las escuelas: preescolar, primaria tanto en turno matutino y vespertino, telesecundaria en turno matutino y Video Bachillerato (VIBA) en turno vespertino. En donde se platicó con autoridades de las escuelas, para solicitar el permiso, se pasó a platicar con los alumnos de todos los grados escolares y se les hizo una anotación en el pizarrón para que sus padres asistieran a la reunión en el aula de la parroquia.

Colocación de carteles en las puertas de entrada de los alumnos.

Se eligió el aula de la parroquia de la comunidad, por la capacidad de recibir a poco más de 150 personas, cuenta con sillas, para lo cual, solicité autorización al párroco en turno, con previa cita con su secretaria.

También por la ubicación de la misma parroquia que se encuentra en el centro de Mineral de Pozos.

Considerando el porcentaje de la población que corresponde al 99% católica.

Figura 3.

Figura 3. Izquierda: Entrada del aula de la parroquia de Mineral de Pozos. Derecha: Fachada principal de la parroquia de San Pedro Apóstol, Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto.



Fuente: Archivo personal de investigador. 2013.

Acudieron:

Personal de la UMAPS. Enf. Beatriz Fernández Baliño.

Personal de CAISES (Coordinadora médica) Dra. Sandra Piñón Segundo.

Personal de presidencia. Lic. Yadira Romero.

Personal de SEDESOL, con la publicación de los resultados a través de su portal en internet. Lic. César Ramírez.

Personal que labora en la delegación de la comunidad. Secretaria de la Delegación, quien acudió en representación de la delegada de Mineral de Pozos.

1.2. Elaboración y pilotaje de instrumento de medición, en base al lenguaje escolaridad y medio ambiente utilizados por los responsables de menores de 5 años. Ver Anexo 1.

1.3. Aplicación del instrumento

- 1.4. Captura de datos
- 1.5. Evaluación de resultados
- 1.6. Planeación de contenidos temáticos acorde a necesidades

Estrategia 2: Diseño de un programa educativo.

2.1. Diseño de un programa educativo incluyendo temas respecto a qué es una Infección Respiratoria Aguda, su sintomatología, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, complicaciones, cuidados en casa, cuidados generales del niño menor de 5 años, asistencia a consulta en forma oportuna. Anexo 4

Estrategia 3: Implementación de capacitación.

- 3.1. Integración del equipo multidisciplinario (personal médico, personal de enfermería, promotor de salud, psicólogo y nutrióloga, al igual que personas líderes de la comunidad, tales como la delegada, presidentes de comités de padres de familia en el preescolar).
- 3.2. Elaboración de listas de asistencia para las personas en estudio.
- 3.3. Realización de siete talleres de capacitación, con un grupo integrado por 29 personas, (previa reunión con personal multidisciplinario y población blanco) con una duración de 120 a 150 minutos cada sesión y con una frecuencia de cada dos semanas.
- 3.4. Evaluación pre y post intervención, al inicio del taller (el conjunto) y al concluir dicho taller. En la evaluación post intervención se incluye grado de cumplimiento del programa.
- 3.5. Captura de datos.

Estrategia 4: Retroalimentación por parte de las participantes entre sí mismas y respeto mutuo.

4.1. Realización de demostraciones por parte de las participantes en la manera adecuada de tomar la temperatura axilar en sus menores de 5 años, así como saber interpretarla.

4.2 Realizar sociodrama con la participación voluntaria de las responsables del cuidado de los menores de 5 años.

4.3. Replanteamiento de contenidos por sesión en base a evolución

Estrategia 5: Evaluación de resultados.

5.1 Evaluación de resultados.

5.2 Retroalimentación de las medidas a implementar.

5.3 Entrega de reconocimientos e informe de resultados de la ejecución del proyecto.

7 METAS

1. Conformación del grupo a intervenir de personas responsables del cuidado de niños y niñas menores de 5 años para la intervención.
2. Elaborar un programa educativo.
3. Realizar y aplicar un cuestionario de conocimientos para la medición basal y post-intervención a los responsables de los menores de 5 años.
4. Realización de 7 talleres educativos. Además de las reuniones previas, tanto para la presentación de los resultados del DIS así como el inicio del proyecto con las personas responsables de menores de 5 años.
5. De acuerdo a la evaluación basal, aumentar en más del 30% las habilidades para que los responsables de los menores de 5 años, identifiquen los datos de dificultad respiratoria en sus niños.

El orden que se llevó con la realización de los diferentes talleres educativos estuvo basado en lo siguiente:

1. Toma de asistencia.
2. Bienvenida.
3. Actividad inicial.
4. Dinámica de grupo con apoyo fundamental de Lic. en psicología y promoción. Además de cada integrante del equipo multidisciplinario de acuerdo al tema a impartir.
5. Exposición del tema a desarrollar
6. Dudas, preguntas, comentarios.
7. Cierre.

8 MATERIAL, MÉTODOS E INSTRUMENTOS

Hi: Los conocimientos en identificación de datos de alarma en IRA y la atención oportuna a los servicios de salud al enfermar sus niños y niñas menores de 5 años, mejoran en las participantes posterior a recibir taller de estrategia educativa basada en el modelo transteórico de cambio.

8.1 Tipo de intervención

Se empleó un estudio experimental de tipo ensayo comunitario, comparando los resultados encontrados antes y después de la intervención en un grupo de personas responsables del cuidado de niños y niñas menores de 5 años. En la intervención iniciaron participando 29 responsables de niños o niñas menores de 5 años, la concluyeron 24 de ellas, es decir; el 82.8% de las participantes. La fuente de datos que se empleó es en base a datos primarios.

8.2 Límites de espacio

La intervención educativa se llevó a cabo en las instalaciones de la delegación de la comunidad Mineral de Pozos, ya que su ubicación geográfica es en el centro de la misma comunidad teniendo accesos fáciles, favoreciendo la asistencia a los talleres de la población en estudio, se esperó tener una mínima en asistencia del 80% por parte de las responsables de los menores de 5 años.

8.3 Límites de tiempo

Se realizó en un periodo de 4 meses, comprendido entre los meses de Marzo de 2012 a Julio de 2012.

8.4 Población de Estudio

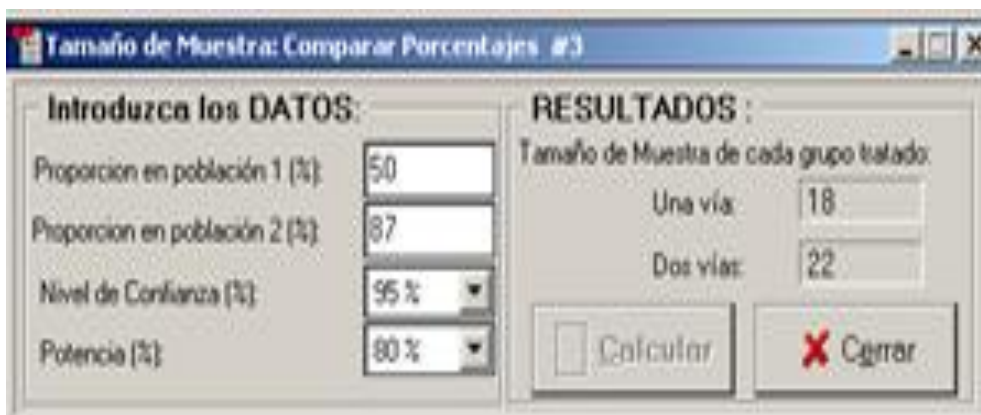
El universo de trabajo está integrado por personas que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de niños y niñas menores de 5 años en Mineral de Pozos.

8.4.1 Tipo de Muestreo³⁹

Utilicé el muestreo probabilístico por conglomerados, formando 1 grupo de personas responsables del cuidado de niños o niñas menores de 5 años, constando de 29 personas, aunque en dicho grupo, por diversas situaciones no fueron tomadas en cuenta el total de las 29 personas que iniciaron la intervención, porque no cumplieron con los requisitos que se señalaron en cuanto a la asistencia o participación en las diversas actividades que se llevaron a cabo.

8.4.2 Tamaño de la muestra

De acuerdo a los datos obtenidos en el DIS, se encontraron 60 menores de 5 años, por lo cual se hizo cálculo de muestra utilizando el programa win episcopo para cálculo de diferencia de proporciones entre dos grupos con un nivel de confianza de 95% y potencia de 80% lo que resulta 18 pacientes más 15% de pérdidas ajustándose a 29 participantes en el grupo.



Introduzca los DATOS:		RESULTADOS:	
Proporción en población 1 (%)	50	Tamaño de Muestra de cada grupo tratado:	
Proporción en población 2 (%)	87	Una vía:	18
Nivel de Confianza (%)	95 %	Dos vías:	22
Potencia (%)	80 %		
		Calcular	Cerrar

8.5 Criterios de Selección:

8.5.1 Criterios de Inclusión:

Toda aquella persona que tiene bajo su responsabilidad, el cuidado de niño o niña menor de 5 años de edad, que viven en Mineral de Pozos y que firmaron

su consentimiento informado (Ver anexo 2) así como desearon participar en forma altruista.

Personas que tengan bajo su responsabilidad a niños o niñas menores de 5 años que hubieran contestado las evaluaciones diagnósticas basal y final.

8.5.2 Criterios de Exclusión:

Toda aquella persona que tiene a su cargo niños o niñas menores de 5 años pero que llevan viviendo un período menor de 3 meses en Mineral de Pozos.

Personas que aún queriendo participar, no tuvieran bajo su responsabilidad el cuidado de algún niño o niña menor de 5 años.

8.5.3 Criterios de Eliminación:

Toda aquella persona responsable de un niño menor de 5 años que haya abandonado o, no asista en cualquier momento del trabajo a intervenir.

Toda aquella persona responsable de un niño menor de 5 años que no deseó participar en el estudio así como aquellas que no cumplieron con lo estipulado en la capacitación.

8.6 Selección y operacionalización de variables:

Las variables que se seleccionaron y operacionalizaron fueron las siguientes:

Variable dependiente: conocimiento en la detección de datos de alarma en IRA por parte de los responsables de los niños y niñas menores de 5 años y acudir en forma oportuna a unidad de salud en las responsables del cuidado de menores de 5 años.

Variable independiente: Las personas que acuden a recibir la estrategia educativa durante 4 meses.

8.7 Instrumento de Medición

El pilotaje del instrumento de medición se llevó a cabo con población similar a las participantes, responsables de menores de 5 años, 15 personas que viven en Mineral de Pozos. Además el instrumento de medición está basado en el “cuestionario de factores de riesgo” de Infecciones Respiratorias Agudas⁴⁰, que consta de 10 preguntas, que se aplica en las unidades de salud de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, además; se sumaron cuestionamientos basados en las definiciones de la NOM-031-SSA2-1999³¹ y datos para asistencia a servicios de salud para adaptarlo a la comunidad y con los fines que el estudio tuvo, como lo es la parte de satisfacción de la atención en la unidad de salud considerándolo reflejo de la atención que reciben en la misma.

La **evaluación escrita** que se aplicó previa y posterior a la capacitación lo integran una serie de 26 reactivos, divididos en 3 partes: Ver anexo 1.

1.- Primera Parte: conformada por 8 reactivos que incluyen datos sociodemográficos de la responsable del menor de 5 años tales como; nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, dirección, años de estudio y número de niños o niñas menores de 5 años bajo su responsabilidad.

2.- Segunda Parte: conformada por 12 reactivos, divididos de la siguiente manera;

N° de pregunta	Tipo de pregunta	Evaluó datos de:
9	Abierta	Concepto de IRA
10	Abierta	Consideración importante o no de las IRA en su

		comunidad
17	Abierta	Concepto de Neumonía
18	Abierta	Cómo sabe si su niño(a) se está agravando por tos o catarro
11	Cerrada	Acciones que realiza en el hogar para evitar IRA
12	Cerrada	Acciones que realizan para el control de la fiebre
13	Cerrada	A qué profesional de la salud considera como mejor opción para revisión de su niño(a)
14	Cerrada	Identificación de datos de alarma en menores de 5 años
15	Cerrada	Identificación de dato más grave de IRA
16	Cerrada	Mayor complicación en IRA
19	Cerrada	Acción ante una IRA
20	Cerrada	Cuidados que brinda en el hogar para evitar complicaciones

Fuente: Instrumento de evaluación.

3.- Tercera Parte; está conformada por los reactivos 21 al 26 en los cuales miden aspectos relacionados acerca de si entienden al médico la explicación que les brinda al atender a sus menores de 5 años por IRA, la percepción de las usuarias al acudir a atenderse a la UMAPS, la frecuencia en que son atendidos, si externa al médico las dudas que tiene acerca de la enfermedad de su niño o niña y, el apoyo familiar o social que busca al tener a su menor de 5 años con IRA. Esto con la intención de evaluar la asistencia oportuna por parte de las participantes a solicitar servicio a su Unidad de salud.

En esta sección además; en el análisis factorial refleja 3 componentes donde todos tienen puntajes mayores a 0.50. Y en él se cargan al componente 1, estos 3 componentes explican arriba del 50% de la varianza.

Para definir las respuestas correctas se realizó la revisión de la bibliografía primordialmente en la NOM-031-SSA-1999.³¹

8.8 Ejecución de la Intervención

Se realizó la capacitación a grupos de personas divididas de acuerdo a sus afinidades para poder obtener una adquisición de conocimientos más alto, siendo quincenal dicha capacitación para evitar el descuido de los servicios.

La forma específica que se utilizó para que el producto del proyecto llegue a los usuarios del servicio propuesto, es a través de capacitaciones específicas a personas responsables del cuidado de niños(as) menores de 5 años con pre y post evaluación, brindando seguimiento para el uso de este conocimiento correcto.

La duración de cada sesión fue de 120 a 150 minutos, de manera quincenal, consensando que el día más pertinente para el grupo descrito fue en miércoles por las mañanas, evitando interferir en sus actividades cotidianas.

Se capacitó a 29 personas responsables de niños(as) menores de 5 años en forma inicial concluyendo esta capacitación sólo 24, en la identificación oportuna de datos de alarma en IRA, así como su atención a tiempo en los servicios de salud en su comunidad.

El desarrollo de las diferentes actividades estipuladas, comprendió el curso de 4 meses, dando continuidad y seguimiento a la población en estudio.

Como primer punto se realizó una reunión con el personal de la UMAPS así como con los directivos del preescolar de la comunidad y la delegada, para poder formar un subgrupo supervisor, dedicado a llevar el control de las actividades programadas.

Se presentó el proyecto y explicó los motivos de la importancia del problema a intervenir y los objetivos del mismo. Se realizaron las capacitaciones al personal involucrado.

La intervención se realizó de acuerdo al calendario en horarios que se decidieron por consenso y en las instalaciones de la delegación para mayor comodidad de la población, favoreciendo su asistencia y con ello, su mejor aprovechamiento. Ver Figura 4.



Figura 4. Arriba: Entrada a la delegación de la comunidad Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto. Abajo: Zona lateral que colinda con la plaza de la misma comunidad, a la entrada de la casa de la cultura y donde permitieron realizar el sociodrama.

Fuente: Archivo personal de investigador. 2013.

Se contó con la participación de una Psicóloga que trabaja en CAISES San Luis de la Paz, quien trabajó a través de diferentes técnicas, dinámicas de integración grupal, así como la sensibilización hacia las participantes para que concienticen la corresponsabilidad del cuidado de sus niños, los compromisos y responsabilidades que adquirirían al estar en el grupo a trabajar, basado en el modelo transteórico de cambio.

También participó una Nutrióloga que labora en el CAISES San Luis de la Paz, para poder atender las diferentes dudas acerca de la alimentación que deben recibir los niños y niñas menores de 5 años

Participó además; Licenciado en Enfermería y Obstetricia que trabaja en CAISES Colón, Irapuato, para poder señalar el cuadro de vacunación en los menores de 5 años y resolver dudas al respecto.

Las actividades se controlaron a través de técnicas de evaluación como son; lista de cotejo y rúbrica y la observación de la participante en el transcurso de la intervención.

La evaluación final de cada integrante del grupo en estudio fue de acuerdo a la asistencia. Se entregaron resultados a las participantes de acuerdo a su lenguaje, facilitando la comprensión de las mismas.

8.9 Presupuestos:

Recursos Financieros: se desglosan en la siguiente tabla

RECURSOS FINANCIEROS					
Proceso	Partida	Rubro	Precio unitario	Cantidad	Costo total
RECURSOS HUMANOS					
48	1001	Investigador	\$ 20,000.00	1	\$ 60,000.00
48	1001	Capacitadores	\$ 15,000.00	3	\$ 135,000.00
48	1200	Capturista	\$ 2,000.00	1	\$ 6,000.00
*Sueldos por 3 meses: duración de la intervención				Subtotal	\$ 201,000.00
RECURSOS MATERIALES					
Material de oficina					
48	500	Papelería			
48	5001	Tonner para impresión blanco y negro	\$ 1,100.00	1	\$ 1,100.00
48	5001	Tonner para impresión color	\$ 1,500.00	1	\$ 1,500.00
48	5003	Plumas, lápices, hojas	\$ 2,000.00	1	\$ 2,000.00
48	5005	Fotocopias	\$ 0.50	1000	\$ 500.00
Material de uso directo					
48	1005	Transporte	\$ 1,200.00	3	\$ 3,600.00
48	7016	Capacitación	\$ 3,000.00	2	\$ 6,000.00
				Subtotal	\$ 14,700.00
GASTOS DE INVERSIÓN					
Proceso	Partida	Rubro	Precio unitario	Cantidad	Costo total
48	2505	Equipo de cómputo	\$10,000.00	1	\$ 10,000.00
48	2505	Proyector para computadora	\$ 13,000.00	1	\$ 13,000.00
				Subtotal	\$ 23,000.00
				TOTAL	\$ 238,700.00

9.- ESTUDIO DE FACTIBILIDAD:

9.1 Factibilidad de mercado

a) Demanda:

El número total de consultas otorgadas por la UMAPS Mineral de Pozos durante el año 2009 fue de 6,421 de las cuales, 2,283 fueron de primera vez (780 fueron por IRA) y 4,138 subsecuentes, brindadas a una población de 3,586 habitantes, lo que equivale a 1.8 consultas por habitante en el año 2009. Durante el año 2010 se encuentra también que la primera causa de morbilidad continúa siendo por IRA, representando el 34 % del total de las consultas de primera vez otorgadas en la UMAPS, con una tasa de prevalencia de 217.51 por cada 1000 habitantes. Cabe señalar que del total de consultas por IRA en toda la población, el 47.1% se ubicó en la población menor de 5 años. Se pretende que con la realización de esta intervención mejore la calidad de atención por IRAS en la UMAPS, con el beneficio de los niños y niñas menores de 5 años. Recordando que la atención a la población menor de 5 años por IRA, se otorga de forma gratuita independiente de la afiliación a cualquier sistema de salud.^{7, 11, 20}

b) Oferta:

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada a los servicios de salud y por tanto, comprende acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente, enfocando los servicios a preservar la salud por medio de actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación. Estos servicios se otorgan frente a padecimientos frecuentes y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de poca complejidad técnica.⁴¹

La UMAPS Mineral de Pozos, atiende población de 7 comunidades, cuenta con 2 consultorios médicos, central de enfermería, sala de espera, cuarto de

hospitalización, sala de expulsión, cuarto de CEYE, farmacia, área de vacunación y estimulación temprana, almacén, área de descanso para médico, cocina, área de ejercicios para impartir pláticas o realizar actividades recreativas, área verde.⁷

Los servicios que se ofrecen son: Consulta médica general, urgencias médicas y quirúrgicas menores, inmunizaciones, curaciones, suturas, servicio de hidratación oral, servicio de hospitalización y observación, pláticas de educación y promoción para la salud, aplicación de férulas y yesos, cirugías menores, atención de partos en caso necesario y saneamiento básico.

9. 2 Factibilidad Técnica

a) Tamaño: El tamaño de la producción fue de 24 madres responsables de niños menores de cinco años de edad, en un período de 4 meses, quienes tuvieron mínimo el 85% de asistencia.

A pesar de que la UMAPS cuenta con un área para la impartición de pláticas, se decidió cambiar el lugar a impartir los talleres, pues la UMAPS se encuentra a la periferia de la comunidad y dificulta su acceso, no así, la delegación de la comunidad, ubicada en un lugar céntrico y con mayor espacio físico además de mejores instalaciones, pues se encuentra techado. Se solicitó apoyo por parte de CAISES municipal para apoyo con personal de promoción, psicología, y nutrición. En cuanto al personal médico y de enfermería se encuentra en condiciones óptimas para participar.

b) Proceso de producción:

El proceso técnico que se empleará es una intervención educativa creando un modelo innovador donde el proceso enseñanza – aprendizaje sea facilitador y dinámico, para ello, es necesario desarrollar actividades tales como: talleres, demostraciones, exposiciones y discusiones. Fundamentado en el modelo transteórico de cambio.

c) Costos:

Los costos de inversión en infraestructura no son requeridos debido a la infraestructura física instalada en la comunidad, específicamente en la delegación, aunque se requiere de aproximadamente 37 mil pesos para apoyo de materiales didácticos y viáticos al personal docente.

El equipo de capacitación estuvo conformado por el responsable del proyecto, dos médicos, tres enfermeras en la Unidad y un LEO de CAISES Colón, además del apoyo de psicología, nutrición y promoción, del cual se solicitó el apoyo en CAISES municipal, en conjunto fuimos los responsables del reforzamiento de los conocimientos.

9. 3 Factibilidad Administrativa

Los Servicios de Salud del municipio y de la localidad se apegan a los lineamientos estipulados en el Plan Nacional de Salud de la actual administración Federal.

- a) Factores Externos:** La accesibilidad y disponibilidad por parte del personal involucrado para que se lleve a cabo el proyecto, tales como médicos, enfermeras, psicóloga, nutrióloga y promotor de la salud así como los directivos de la UMAPS y CAISES, al igual que las autoridades a nivel Jurisdiccional que faciliten la realización de las capacitaciones planeadas.
- b) Organización Interna:** Evaluaciones periódicas al interior del personal de la UMAPS Mineral de Pozos, que está recibiendo las capacitaciones
- c) Personal:** Los Recursos Humanos que se requieren para llegar a nuestros objetivos, basados primariamente en el Director del Proyecto, así como los 2 médicos de la unidad, las 3 enfermeras. Sumado al apoyo de una psicóloga, una nutrióloga, un promotor y un LEO con amplio conocimiento en materia de vacunación. Con las características relacionadas con la accesibilidad y disponibilidad para dar y recibir capacitaciones.

- d) La estructura necesaria para la adecuada organización del proyecto se graficó en el organigrama que a continuación se muestra: Ver figura 5.

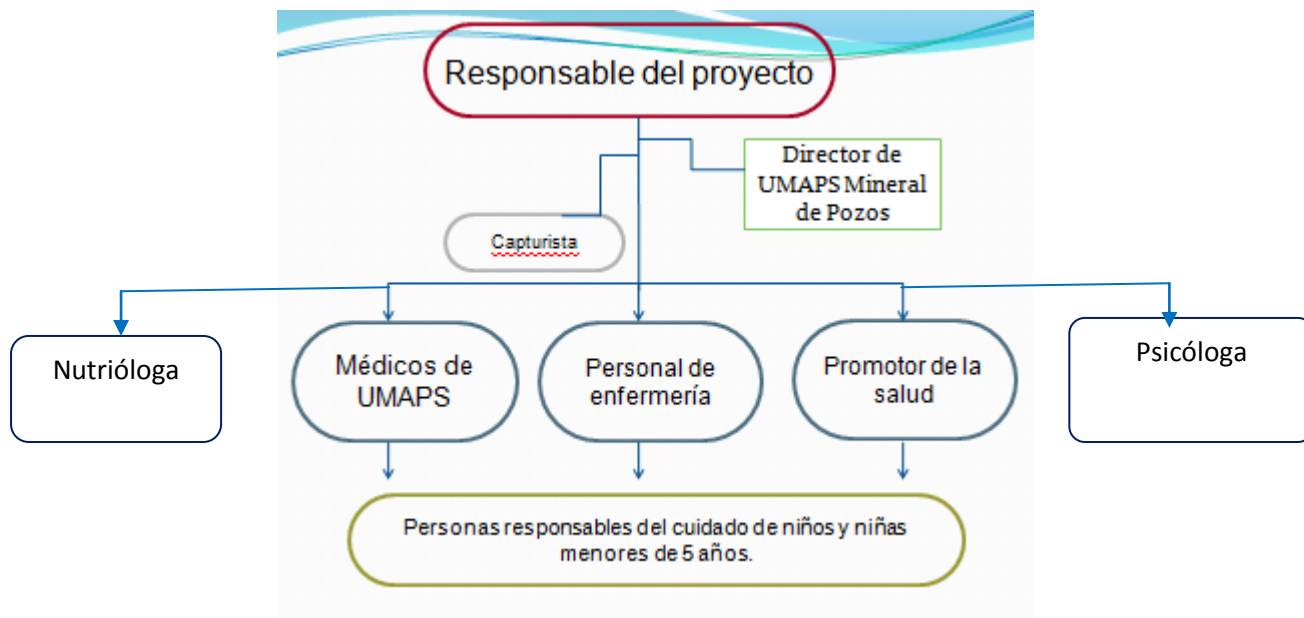


Figura 5. Organización del personal que participó en el proyecto. Mineral de Pozos, 2012.

Al realizar este proyecto se influyó en los responsables del cuidado de los menores de 5 años para una identificación oportuna de datos de alarma en IRA que favorecerá una asistencia oportuna a los servicios de salud. Sumado a las características que se desarrolló en las participantes, siendo sobre todo, participativas y dispuestas a practicar lo aprendido en las capacitaciones recibidas para cuidar de mejor manera a sus niños (as) menores de 5 años.

9. 4 Factibilidad Política

Existe la disposición política tanta de las autoridades del sector salud, educativa y local para su implementación, pero es importante lograr la sensibilización de los familiares de las responsables de menores de cinco años para lograr su apoyo en el cuidado de sus hijos durante el tiempo que dure la capacitación. Aunado la declaración de Alma Ata en el año de 1989 cuya

política establecida es la de lograr la salud para todos en el año 2000 a través de la estrategia de la atención primaria a la salud. El Plan Nacional de Salud y el Plan Estatal de Salud cuentan con políticas de fomento de la cultura de la salud impulsando la educación para la salud y la responsabilidad ciudadana en relación a la salud individual

Políticas de control como la proporción de un tratamiento estandarizado gratuito a los menores de 5 años del país que presenten cuadros clínicos de IRA.

9. 5 Factibilidad Social

Se esperó que al realizarse este proyecto de intervención, se tuviera un impacto social positivo, reflejado en una identificación adecuada de datos de alarma en IRA en los menores de 5 años con IRA por parte de sus cuidadores así como la asistencia a los servicios de salud de forma oportuna.

Dando a conocer la trascendencia en cuanto a la morbilidad y mortalidad de este tipo de enfermedades, se esperó que la integración y participación de la comunidad fuera positiva así como del personal de salud que labora en UMAPS Mineral de Pozos, sobre todo en el Médico Pasante en Servicio Social. Que poco a poco se vayan cambiando los hábitos de la población, caracterizados por utilizar primero la automedicación o bien el realizar de forma no oportuna la identificación de datos de alarma para acudir a revisión médica en tiempo y forma. Beneficia a los tomadores de decisiones pues al integrar al personal a una mejora en la atención de pacientes menores de 5 años con IRA, brindarán más facilidades para las capacitaciones continuas tanto a nivel interno como externo es decir; local como jurisdiccional. Sumado a la accesibilidad por parte del personal médico y paramédico para dar y recibir capacitaciones y con ello lograr los objetivos del proyecto, así como a los directivos tanto de la UMAPS, CAISES, Jurisdicción y a otras organizaciones como patronatos de salud, siguiendo los lineamientos de la NOM-031-SSA2-1999.³¹

Esta intervención contribuirá a empoderar a las madres en el manejo de las IRA y demandar atención oportuna e indirectamente en el fortalecimiento de las redes sociales.

9.6 Factibilidad Legal

La base legal de esta investigación se ampara por los compromisos contraídos por nuestro país con diferentes organismos tales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud para reducir la mortalidad infantil por enfermedades prevenibles.

Siguiendo los lineamientos de Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño tiene por objeto asegurar la atención integrada del menor de 5 años, en su apartado a la atención en IRA.

El Programa Nacional de Salud 2007 - 2012 el cual considera prioridad la atención a las enfermedades respiratorias agudas en los menores de cinco años.⁴²

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido solamente con fines de este estudio.

Se solicitó autorización al director del CAISES de San Luis de la Paz, así como al personal médico y de enfermería de la UMAPS de Mineral de Pozos para realizar este estudio.

No existió conflicto alguno de intereses para la realización de este estudio ni en la participación de los trabajadores de la UMAPS.

Se solicitó autorización a través de un consentimiento informado a las responsables de niños y niñas menores de 5 años, (Ver anexo 2) haciéndoles la invitación para participar, especificando duración del estudio, en qué consistía y que su participación era altruista, confidencial y voluntaria, así como sus objetivos académicos. Basado en lo establecido en el código de Helsinki⁴³ y la normatividad en investigación en salud vigente en la República Mexicana y el Estado de Guanajuato.

11. PLAN DE ANÁLISIS:

Se capturaron los datos obtenidos de las evaluaciones a través de paquete Excel para Microsof Windows Starter y STATISTICA. Realizando la revisión en base de datos de acuerdo a la operacionalización de las variables, identificando información incompleta o errónea para corregirse oportunamente. A continuación y con base en lo anterior se describe lo que se realizó con los datos:

1. Se obtuvieron medidas de las 3 secciones del instrumento. En las variables sociodemográficas se aplicaron medidas de tendencia central
2. Se realizó el análisis descriptivo para cada pregunta (ítems 9 a la 26)
3. Se aplicó la prueba de Wilcoxon buscando diferencias significativas en la pre y la post evaluación. Las variables consideradas son no paramétricas por lo que se utiliza esta prueba que es una alternativa de la prueba t de student, involucrando muestras pareadas, se utiliza para comparar las diferencias entre dos muestras de datos tomados antes y después del evento a estudiar.

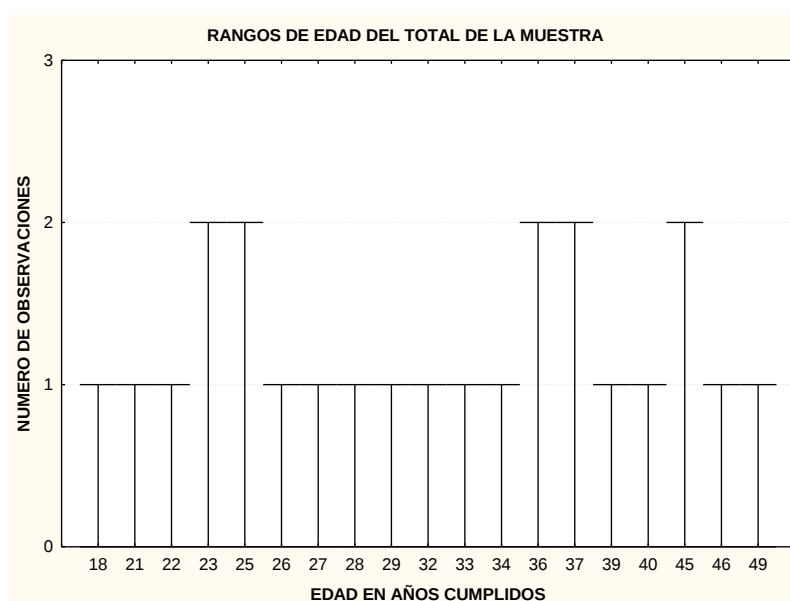
12. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN:

Muestro los resultados que se obtuvieron en la presente intervención educativa en frecuencia (n) y porcentajes (%) previa a la intervención y posterior a la misma.

Se incluyeron 29 mujeres inicialmente a quienes les fue realizada la intervención. A todas se les tomaron sus datos generales y se les aplicó el cuestionario de evaluación antes y después de la intervención. Concluyeron dicha intervención 25 mujeres, representando el 82.7% del total inicial.

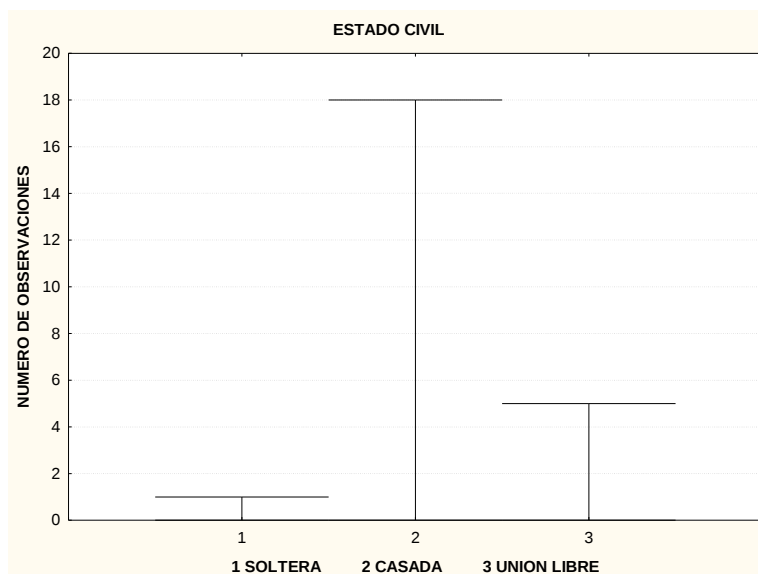
DATOS GENERALES

El 100% de la muestra fue de género femenino con una edad promedio de 32.33 ± 8.80 años de edad, con un rango de 18 a 49 años (gráfica 1).



Gráfica 2. Rangos de edad del total de la muestra.

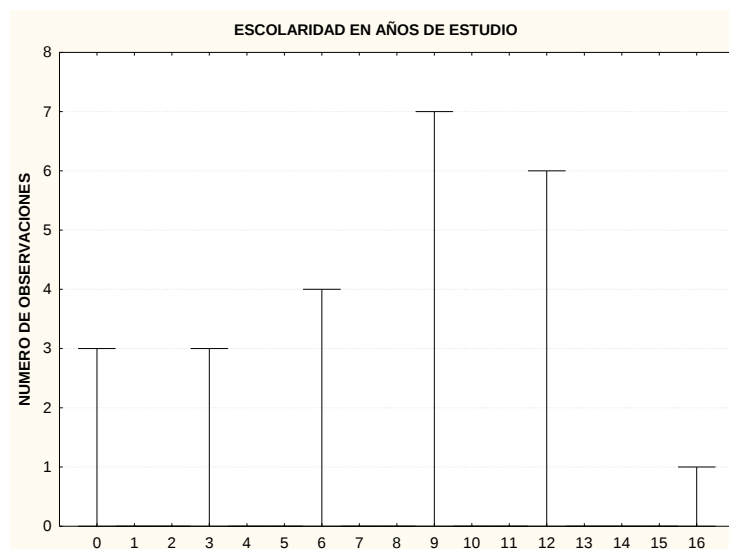
Un 75% (n=18) son casadas y una menor frecuencia para solteras con el 4% (n=1) (gráfica 2).



Gráfica 3. Frecuencias para estado civil.

El 92% (n=22) dedicadas al hogar y solo el 8% (n=2) con labores fuera de casa (una empleada doméstica y una no especifica en dónde labora).

Para escolaridad se encontró un rango de 0 a 16 años de estudios, teniendo un promedio de 7.6 ± 4.4 años (gráfica 3).



Gráfica 4. Años de estudio, rango de 0 a 16 años.

El 58% (n=14) cuidaban a un menor de 5 años, 33% (n=8) a dos menores y el 8 % (n=2) a 3 menores de 5 años de edad.

A continuación se presenta el análisis descriptivo para cada pregunta.

Reactivo # 9. Se trata de una pregunta abierta y se tuvo que agrupar el tipo de respuesta, por lo que se estratificó como sigue: grave, moderado y no contestaron.

Se evaluó el significado de IRA para las participantes, encontrando en un inicio que el 58.33% de las mismas lo percibían como algo grave y posterior a la intervención se elevó a más del 83%. Además al inicio hubo quien no contestó y al final, todas contestaron.

De las respuestas que se obtuvieron fueron las siguientes:

“algo preocupante porque si no es atendido puede darle neumonía, que es más grave” Sra. JDVT.

“cuando tiene temperatura, tos, moco y dolor de garganta” Sra. SAR.

Significado de IRA para las responsables del cuidado de los menores de 5 años				
	PRE		POST	
Significa una enfermedad:	n	%	n	%
No Contestó	1	4.16	0	0
Grave	14	58.33	20	83.33
Moderada	9	37.5	4	16.66
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 10. Se trata de una pregunta abierta y se tuvo que agrupar el tipo de respuesta, por lo que se estratificó como sigue: Sí, No y No contestó. En la evaluación inicial sólo el 87.5% consideró como un problema importante a las

IRA en su comunidad, posterior a la intervención el 100% lo consideró de esta manera, como parte de la sensibilización que tuvieron las participantes.

¿Consideran a las IRA como un problema importante en su comunidad?				
	PRE		POST	
Consideración	n	%	n	%
Sí	21	87.5	24	100
No	2	8.33	0	0
No contestó	1	4.16	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Se trata de una pregunta abierta y se tuvo que agrupar el tipo de respuesta, por lo que se estratificó como sigue: Por los cambios en el clima, por consecuencias de las IRA, no sabe y no contestó. En la evaluación inicial la respuesta que predominó acerca de por qué consideraban importante a las IRA's en su comunidad, el 41.66% no contestó, a diferencia de la evaluación posterior a la intervención donde más del 79% contestó que por los cambios en la temperatura ambiental que muy frecuentemente padecen.

¿Por qué consideras que es un problema importante?				
	PRE		POST	
Factor	n	%	n	%
Por los Cambios en el clima	5	20.83	19	79.16
Por consecuencias de las IRA	3	12.5	5	20.83
No sabe	6	25	0	0
No contestó	10	41.66	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Respuestas como: *“porque es un lugar donde hay muchos cambios de temperatura, hay calor y frío en el mismo día...”* Sra. MMO

“porque afecta a los niños menores y personas adultas y por los cambios bruscos de temperatura...” Sra. ERR.

Reactivo # 11. Se observa que al inicio que realizan más de una actividad es poco más del 58% y posterior a la intervención el 75% realiza más de una actividad.

¿Qué hace en casa para evitar que su niño(a) enferme de IRA?				
	PRE		POST	
Actividad:	n	%	n	%
Le da vitaminas	1	4.16	0	0
Evitar cambios bruscos de temperatura	8	37.5	6	25
Abundantes líquidos, control de contaminantes ambientales	1	4.16	0	0
Más de una actividad	14	58.33	18	75
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 12. En la evaluación previa a la intervención el 8.33% realizaba las dos actividades, como lo marca la literatura, a diferencia de la evaluación posterior a la intervención que aumentó hasta el 33.33%. Disminuye de forma importante la medicación del 70.83% al 37.5%.

Cuando su niño(a) tiene fiebre, ¿qué hace para controlársela?				
	PRE		POST	
Actividad:	n	%	n	%
Lo baño y le doy medicamento para la fiebre	17	70.83	9	37.5
Lo baño con agua tibia y lo llevo al médico	5	20.83	7	29.16
Hacen las dos actividades	2	8.33	8	33.33
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 13. En la evaluación previa a la intervención hubo participantes que contestaron que acudir con la enfermera era la mejor opción y una inclusive que no llevarlo a ninguna parte era lo mejor, a diferencia de la evaluación post intervención que estas respuestas ya no fueron señaladas.

¿Con quién consideras que es lo mejor para que lleves a tu niño(a) a revisión al estar enfermo(a) de IRA?				
	PRE		POST	
Opción:	n	%	n	%
Médico	21	87.5	24	100
Enfermera	2	8.33	0	0
No llevarlo a ninguna parte	1	4.16	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 14. En la evaluación pre intervención, sólo el 29.16% identificaba más de un dato de alarma, a diferencia de la post intervención que subió hasta el 75%.

¿Cuál o cuáles datos de alarma en la IRA identificas?				
	PRE		POST	
Dato de alarma	n	%	n	%
Fiebre	8	33.33	5	20.83
Hundimiento de costillas	1	4.16	0	0
Llanto intenso	3	12.5	0	0
Respiración rápida y agitada	3	12.5	0	0
Se ponga morado(a) de labios o dedos	2	8.33	1	4.16
Más de un dato de alarma	7	29.16	18	75
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 15. Las participantes señalaron en la evaluación previa a la intervención en primer lugar con un 33.33% cianosis y posteriormente la polipnea con 25%. Las cuales aumentaron en porcentaje posterior a la intervención con un 58.33% y 37.5%, importante mencionar que el hundimiento de costillas y llanto intenso ya no fueron señaladas posterior a la intervención.

¿Cuál es el dato de alarma en la IRA más grave?				
Dato de alarma	PRE		POST	
	n	%	n	%
Fiebre	5	20.83	1	4.16
Hundimiento de costillas	4	16.66	0	0
Llanto intenso	1	4.16	0	0
Respiración rápida y agitada	6	25	9	37.5
Se ponga morado(a) de labios o dedos	8	33.33	14	58.33
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 16, A pesar de que en la evaluación previa a la intervención, las participantes señalaron la neumonía (50%) como la mayor complicación en IRA, el 41.66% señalaron que convulsione por la fiebre, a diferencia de la evaluación posterior a la intervención donde el 83.33% señaló la neumonía y sólo el 16.66% a las convulsione.

¿Cuál es la mayor complicación por IRA?				
Complicación	PRE		POST	
	n	%	n	%
Convulsione por fiebre	10	41.66	4	16.66
Neumonía o Pulmonía	12	50	20	83.33
Pérdida de peso	2	8.33	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 17, Se trata de una pregunta abierta y se tuvo que agrupar el tipo de respuesta, por lo que se estratificó como sigue: Complicación de IRA, daño pulmonar, describen signos y síntomas, puede causar la muerte y no sabe. Lo más sobresaliente es señalar que en la evaluación inicial 25% de las participantes menciona que no sabe y el 25% que puede causar la muerte a diferencia de la evaluación post intervención en la que se ubican con un 0% y 62.5% respectivamente.

Significado de Neumonía				
	PRE		POST	
	n	%	n	%
Complicación de IRA	2	8.33	0	0
Daño Pulmonar	8	33.33	7	29.16
Describen signos y síntomas	2	8.33	2	8.33
Puede causar la muerte	6	25	15	62.5
No sabe	6	25	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

De las respuestas que se obtuvieron fueron:

“Enfermedad que afecta los pulmones, ocasionada por una infección de la garganta y puede ocasionar la muerte...” Sra. LN

“se da por una infección respiratoria que les da calentura mayor de 38.5°C, se le hunden las costillas, respiran muy agitados y puede producir la muerte...”

Sra. MEMH

Reactivo # 18, se trata de una pregunta abierta y se tuvo que agrupar el tipo de respuesta, por lo que se estratificó como sigue: Fiebre, hundimiento de costillas, llanto intenso, respiración rápida y agitada, se pone morado, otros y no sabe, esto con el fin de apoyar la pregunta # 14. En la evaluación inicial se encuentra un 25% señalando que no sabe y en la evaluación posterior lo señala 0%, predomina un 58.33% con respiración rápida y agitada.

¿Cómo sabe que su niño(a) se está agravando por tos o catarro?				
	PRE		POST	
	n	%	n	%
Fiebre	2	8.33	2	8.33
Hundimiento de costillas	0	0	2	8.33
Llanto intenso	4	16.66	0	0
Respira rápido y agitado	7	29.16	14	58.33
Se pone morado	1	4.16	3	12.5
Otros	4	16.66	3	12.5
No sabe	6	25	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

“Cuando empieza con fiebre mayor de 37.5°C, ronquido en el pecho, hundimiento de costillas, labios y uñas moradas, signos de alarma...” Sra. MCTG

“Empieza a presentar datos de alarma, dificultad para respirar, temperatura mayor de 37.5°C, y empieza a ponerse morado...” Sra. MCTH

Reactivo # 19. La finalidad de la intervención fue concientizar a la población acerca de la utilización de los servicios de salud, con la dotación gratuita de la consulta así como del medicamento a los niños menores de 5 años por IRA. Por lo cual a pesar de que en las dos evaluaciones predomina la respuesta de que llevan a su niño(a) al centro de salud (UMAPS), lo hacen en un 62.% y 91.66% antes y después de la intervención.

¿Qué hace Usted cuando su niño(a) se enferma?				
	PRE		POST	
	n	%	n	%
Lo llevo al Centro de Salud	15	62.5	22	91.66
Le doy remedios caseros	3	12.5	0	0
Lo llevo con médico privado	4	16.66	2	8.33
Más de una acción	2	8.33	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 20, La finalidad de la capacitación fue que realizaran el mayor número de actividades como medidas de prevención para evitar que una IRA se pueda complicar. Siendo así, se logró que la opción con mayor número de actividades a realizar pasara del 0% en la evaluación previa a la intervención al 50% posterior a la intervención.

¿Qué cuidados en el hogar le da a su niño(a) al tener IRA, para evitar que se complique?				
	PRE		POST	
	n	%	n	%
Comida habitual y abundantes líquidos	2	8.33	0	0
Evitar cambios bruscos de temperatura	2	8.33	0	0
Vitamina C	3	12.5	0	0
Revisión al médico en 48/72hrs	2	8.33	0	0
Darle medicamentos prescritos	0	0	0	0
Elige 2 opciones	4	16.66	8	33.33
Elige 3 / 4 opciones	11	45.83	4	16.66
Elige 5 o más opciones	0	0	12	50
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 21. A pesar de que la opción elegida acerca de si le entiende al médico cada que lleva a su niño(a) a revisión por IRA fue; “siempre” en ambas evaluaciones, en la previa sólo el 37.5% lo señaló a diferencia del 66.66% en la posterior.

Al llevar a su niño(a) al médico, ¿le entiende lo que le dice acerca de la enfermedad del niño (a)?				
	PRE		POST	
	n	%	n	%
Siempre	9	37.5	16	66.66
Casi Siempre	8	33.3	7	29.16
La mitad de las veces	7	29.16	1	4.16
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 22. En ambas evaluaciones contestaron las participantes que son “bien” atendidas en su unidad de salud, el cambio fue que inicialmente sólo la señalaron el 54.16% y posteriormente el 79.16%.

Cuando llevas a tu niño(a) a consulta por IRA al Centro de Salud, ¿Cómo te tratan?				
	PRE		POST	
	n	%	n	%
Bien	13	54.16	19	79.16
Regular	9	37.5	4	16.66
Mal	1	4.16	1	4.16
Muy Mal	1	4.16	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 23. En la evaluación inicial predominó el “casi siempre” como respuesta a la frecuencia de atención en la UMAPS, a diferencia del 58.33% que posterior a la intervención marcaron que “siempre” fueron atendidas.

Con qué frecuencia te atienden en el Centro de Salud cuando llevas a tu niño(a) con IRA				
	PRE		POST	
	n	%	n	%
Siempre	5	20.83	14	58.33
Casi Siempre	10	41.66	8	33.33
La mitad de las veces	2	8.33	1	4.16
Casi Nunca	4	16.66	1	4.16
Nunca	3	12.5	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 24. En ambas mediciones predominó la respuesta que “siempre” preguntan las dudas que tienen al médico respecto a la enfermedad de su niño(a), pero aumento del 58.33% al 87.5% en la evaluación pre intervención y post intervención respectivamente.

Le pregunta al médico que le atiende las dudas que tenga acerca de la enfermedad de su niño(a)				
	PRE		POST	
	n	%	n	%
Siempre	14	58.33	21	87.5
Casi Siempre	8	33.33	3	12.5
La mitad de las veces	2	8.33	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 25. La satisfacción con la atención que recibieron en su UMAPS posterior a la revisión del niño(a) enfermo(a) aumentó del 91.66% al 100% pre y post intervención respectivamente.

Cómo se siente después de que han revisado a su niño(a) en el Centro de Salud?				
	PRE		POST	
	n	%	n	%
Satisfecho	22	91.66	24	100
Insatisfecho	2	8.33	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

Reactivo # 26. Favoreciendo la exploración acerca de la red de apoyo de la participante, me permito señalar que el cambio además de que aumentaron las opciones de solicitar apoyo a sus parejas (esposos) y familiares (sobre todo, mamá e hijas), en la evaluación previa a la intervención el 16.66% no solicitaban apoyo, a diferencia de la evaluación posterior a la intervención en la cual el 0% lo señaló.

Cuando enferma tu niño(a), ¿A quién pides apoyo?				
	PRE		POST	
	n	%	n	%
Pareja (esposos)	10	41.66	12	50
Familiar	9	37.5	12	50
Vecino	1	4.16	0	0
No pido apoyo	4	16.66	0	0
Total	24	100	24	100

Fuente. Instrumento de evaluación.

12. 1 Estadística Inferencial

PRUEBA DE WILCOXON

Se aplicó la prueba de Wilcoxon buscando diferencias significativas en la pre y la post evaluación. Las variables consideradas son no paramétricas por lo que se utiliza esta prueba que es una alternativa de la prueba t de Student, involucrando muestras pareadas, se utiliza para comparar las diferencias entre dos muestras de datos tomados antes y después del evento a estudiar.

En la tabla siguiente se presentan los resultados para cada uno de los ítems.

N°	PREGUNTA	T	Z	P
9	SIGNIFICADO DE IRA	16.50	1.12	0.262
10	IRA ES UN PROBLEMA IMPORTANTE	2.00	0.53	0.592
10	¿POR QUÉ?	92.00	0.12	0.903
11	ACCIONES EN CASA PARA EVITAR COMPLICACIONES	1.00	1.75	0.079
12	ACCIONES PARA CONTROLAR FIEBRE	4.50	2.70	0.006
13	CON QUIÉN LLEVA A REVISIÓN A SU NIÑO(A) CON IRA	0.00	1.60	0.108
14	IDENTIFICACIÓN DE DATO(S) DE ALARMA EN IRA	23.00	2.32	0.019
15	DATO DE ALARMA MÁS GRAVE	22.00	2.37	0.017
16	MAYOR COMPLICACIÓN DE IRA	9.00	1.26	0.207
17	SIGNIFICADO DE NEUMONÍA	43.00	0.17	0.861
18	CÓMO SABE QUE SE ESTÁ AGRAVANDO SU NIÑO(A) CON IRA	51.50	1.48	0.138
19	ACCIÓN CUANDO SU NIÑO(A) ENFERMA	0.00	2.36	0.017
20	CUIDADOS EN EL HOGAR PARA EVITAR COMPLICACIONES DE IRA	5.50	3.71	0.0002
21	LE ENTIENDE AL MÉDICO ACERCA DE IRA	0.00	2.93	0.003
22	CÓMO LE ATIENDEN A SU NIÑO(A) CON IRA EN EL CENTRO DE SALUD	0.00	2.20	0.027
23	FRECUENCIA DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD	5.00	3.12	0.001
24	ACLARA DUDAS ACERCA DE IRA EN SU NIÑO(A)	0.00	2.52	0.011
25	SATISFACCIÓN POSTERIOR A CONSULTA DE SU NIÑO(A) CON IRA	0.00	0.00	0.00
26	A QUIÉN PIDE APOYO AL ENFERMAR SU NIÑO(A) POR IRA	1.50	1.88	0.059
	ESPECIFIQUE	0.00	2.02	0.043

Resultando con significancia estadística los ítems 12, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 26. Mismas que están relacionadas con los datos de alarma y los cuidados iniciales que se le dan al menor que padece IRA. Lo anterior demuestra que la intervención fue útil ya que resalta la importancia de una detección oportuna de complicaciones y cuidados.

13. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

13.1 Discusiones:

El presente trabajo de investigación que se efectuó en la comunidad de Mineral de Pozos, municipio de San Luis de la Paz, Gto., con la finalidad de demostrar que una intervención educativa basada en el modelo transteórico de cambio orientada a las responsables del cuidado de los niños y niñas menores de 5 años puede producir cambios positivos, tanto para la identificación de datos de alarma en IRA en forma oportuna como en la asistencia a los servicios de salud en forma temprana.

Se evidenció que antes de la intervención educativa, los conocimientos acerca de la Infección Respiratoria Aguda eran escasos y que mejoraron posterior a la intervención. Favoreciendo la identificación en forma oportuna los datos de alarma en IRA así como su asistencia al servicio médico en forma más temprana, lo que se traduce en menor probabilidad de complicaciones en los niños afectados.

De las diferencias relevantes entre las respuestas de las participantes antes y después de la intervención es que en un inicio, el número de respuestas “no sé” o “no contestó” estuvieron presentes, a diferencia de la evaluación posterior a la intervención donde ya no se observaron.

El valor comparativo tiene diferencia estadísticamente significativa en la mayoría de los ítems evaluados (10 de 18), es decir; los conocimientos en la identificación oportuna de datos de alarma en IRA y la asistencia temprana a solicitar la atención médica mejoraron en las responsables del cuidado de menores de 5 años en la comunidad de Mineral de Pozos, con base en el modelo transteórico de cambio.

De acuerdo a los resultados de la ENSANUT 2012, la cobertura de los menores de cinco años y los familiares de los que cuentan con seguridad social, la cobertura de protección en salud en el ámbito nacional llega a cerca de 79% de los mexicanos, que representa un incremento en la cobertura de 39.8 millones de personas en el 2000 a 85.8 millones en 2012, lo que en teoría mejora el acceso a los servicios de salud por parte de la población.⁵¹

13.2 Conclusiones:

Después de la revisión de los resultados en el presente trabajo, se puede concluir lo siguiente:

1. Se realizó un estudio con la participación de 24 mujeres, que viven en la comunidad de Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto., las cuales son responsables del cuidado de menores de 5 años, el 87.5% (n=21) son mamás y el 12.5% (n=3) son abuelas.
2. El nivel de conocimiento en relación a la identificación de datos de alarma en forma oportuna fue regular en un inicio y mejoró al final de la intervención en la población en estudio, lo que favorecerá una atención oportuna lo que se espera que incida en la disminución de las complicaciones por IRA.³¹
3. Se evidencian cambios importantes en la percepción de las participantes acerca de la asistencia a los servicios de salud, en este caso, a la UMAPS de Mineral de Pozos, lo que se puede traducir en que hay una relación directamente proporcional entre el conocimiento de los datos de alarma en IRA y, la solicitud de un mejor servicio, es decir; a mayor empoderamiento de la comunidad acerca de su propia salud, mayor será la demanda de los servicios de salud. Respecto a la calidad del servicio, 84.8% de los usuarios la perciben como muy buena o buena, el 12.1% la considera regular y 3.2 la consideró mala o muy mala. Aunado a ello,

12.5% de los usuarios no regresarían a la misma institución que los atendió.⁵¹

Se considera efectiva la intervención realizada.⁴⁴ Tamayo DI et al en su estudio Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas, realizada en Camagüey, Cuba, demuestran el impacto positivo en el conocimiento acerca de las IRA en las personas que participaron en dicho estudio. Así como también lo demuestran los datos de la ENSANUT 2012, La detección de signos de alerta en los niños ante la presencia de IRA y la procuración de atención médica se incrementó de 2006 a 2012 en cerca de 10%.⁵¹

La importancia de poseer conocimientos científicos, verdaderos, reales, acerca de las IRA, favorece que los responsables del cuidado de los niños y niñas menores de 5 años, identifiquen por un lado de forma temprana los datos de alarma y por otro, favorece la asistencia en forma oportuna a solicitar la atención médica, ya que como lo señalan en la ENSANUT 2012: Durante 2010 se registraron en el país 28 865 muertes en menores de cinco años, muchas de las cuales podrían haberse evitado a través del acceso efectivo a intervenciones de salud o con acciones sobre el medio ambiente y los determinantes sociales.

El proceso de cambio conductual y, subyacente actitudinal, es un proceso complejo que implica no sólo aprender algo nuevo, sino olvidarse de algo que está muy arraigado en la personalidad y en las relaciones sociales del individuo⁴⁵

La importancia de proveer modelos de cambio actitudinal hacia estilos de vida saludable radica en la promoción de la salud y en la búsqueda de mejores estándares de calidad de vida a nivel individual y a nivel país, evitando así llegar a las altas tasas de morbilidad y mortalidad proyectadas.

Los resultados observados no sólo evidencian el aprendizaje basado en el modelo transteórico de cambio, sino incluyeron otros tipos de aprendizaje tales como el social, el modelado entre otros.⁴⁶

Los resultados coinciden con lo reportado por Bronfman en el que comprueban que las familias de origen son casi la única red con que cuentan muchas de las familias y que son percibidas como “entorno” en la rutina de la vida cotidiana y también como parte del “nosotros”.³²

La garantía de la calidad promueve la confianza, mejora la comunicación y fomenta una comprensión más clara de las necesidades y las expectativas de la comunidad. Si no se ofrece servicio de calidad, la población no tendrá confianza y acudirá a los servicios de salud sólo en caso de extrema necesidad de atención curativa.³⁵

Si no se trata bien al paciente, es probable que éste no atienda las recomendaciones formuladas por el grupo de salud, o que no obtenga la atención necesaria en el futuro a raíz de que se siente incómodo por la forma en la que fue tratado.³⁷ Así lo menciona Donavedian y por ello considero de vital importancia la empatía que se genera en la relación médico – paciente.

14. RECOMENDACIONES

Considerando las características del grupo de mujeres que se incluyeron en el presente estudio, se debe realizar la impartición de los temas de forma más dinámica e incluyente, donde favorezca la interacción entre las participantes.

Insistir en la asistencia de hombres a este tipo de capacitaciones ya que el 100% de las participantes son mujeres, lo que refleja la costumbre de que la mujer es la que tiene que cuidar a los niños(as). Además de extender la invitación y por tanto, la asistencia de otros integrantes de la familia, que no nada más sean (madre o abuela) sino que se incluyan: hermanos, tíos, etc.

Para que haya impacto positivo a largo plazo se sugiere que haya mayor seguimiento de este grupo de personas, ya que si bien el aplicar esta técnica educativa, también comprende que para asegurar la permanencia en la etapa de mantenimiento tiene que haber constancia en las capacitaciones.⁴⁷ aunado a favorecer la disminución de factores de riesgo de acuerdo a los determinantes de la salud, de acuerdo a lo que corresponde al sistema de salud en la que se garantizará la cobertura de esquema de vacunación básica en menores de 5 años.⁵²

Favorecer la impartición de los temas de forma más frecuente y constante, ya que el tiempo entre una plática y otra fue prolongado lo que podría traducirse en menor retención de los temas aprendidos e insistir en el compromiso que adquieren las participantes ya que le restaban importancia a los talleres por estar en las celebraciones religiosas en su comunidad.

Mejorar los contenidos temáticos, con inclusión de material didáctico acorde a las características de la población, con el apoyo del equipo

multidisciplinario como se hizo; médico, psicóloga, enfermero, promotor, nutrióloga.

Se sugiere mejorar la comunicación e interacción entre el personal de la Unidad de Salud y la población, ya que se observó que el involucramiento del personal estuvo mermado por la cantidad de trabajo así como por la apatía de los mismos a realizar “otra actividad”, sobre todo si era fuera del horario de trabajo.

Por lo tanto, es importante incidir en la población afectada, el trabajo en equipo, que el personal de salud esté realmente sensibilizado ante esta problemática y que, se trabaje con personas que han tenido ya con anterioridad, algún evento que haya puesto en peligro la vida de un menor, lo que favorecerá mayor involucramiento de la población, al autoconsiderarse parte de la solución al problema que les afecta, tal como lo señalan diferentes teorías de aprendizaje.

Es de suma importancia conocer los factores personales (creencias, valores, costumbres, medio familiar y social) para poder apoyar e identificar los factores que facilitan la modificación de la actitud.

Las teorías de cambio plantean la importancia de proveer al individuo de las posibilidades para que éste pueda realizar el cambio que se le ha solicitado³³. En este caso, si se pide identificar de manera oportuna los datos de alarma y acudir en forma temprana a los servicios de salud, se le debe brindar la seguridad y tranquilidad de que cuando acuda, va a ser bien atendido y solucionado el problema que presentará con su menor de 5 años.

El modelo implementado sirvió para poder tener resultados desde lo individual a lo grupal, tal como se describe en Modelo transteorico de cambio.⁴⁵

El nivel individual se caracteriza por considerar los procesos personales a observar e intervenir, considerando los momentos precisos en los que se encuentren los sujetos.

El nivel grupal considerará procesos de modelado, resolución de conflictos e iniciativas grupales.

El nivel organizacional considerará las políticas y gerencias que faciliten el cambio.

15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se llevaron a cabo 9 reuniones, de las cuales 2 fueron exclusivamente para la aplicación de los instrumentos de evaluación, antes y después de la intervención, que por la disponibilidad de las participantes, se realizó en fin de semana, para no afectar sus actividades entre semana, que desde un inicio, a pesar de la flexibilidad por parte del investigador, fue difícil poder decidir que las reuniones se hicieran entre semana, de las personas que ya no concluyeron su participación fue porque trabajaban, otras llegaban tarde porque iban primero a dejar a sus otros hijos a la escuela, a otras se les dificultaba llegar a tiempo por el tiempo del trayecto entre su casa y el aula de la delegación. Así mismo se realizó una minuta para cada sesión. Ver anexo 3.

Otra característica que limitó el mejor desarrollo de este trabajo de estudio fue el hecho de que el responsable del proyecto trabajaba en guardias nocturnas en el Hospital General del Noreste, en un horario de 20:00 a 8:00hrs, siendo que los talleres fueron en días miércoles de 9:15 a 11:30hrs, el cansancio fue un factor importante, el cual tuvo que ser soportado ya que las participantes, consideraron el miércoles como el día en que menos les afectaba en sus labores diarias.

A pesar de que se solicitó desde el mes de marzo la participación de autoridades de presidencia municipal, así como de la secretaría de desarrollo social aunado a la difusión por medios de comunicación locales, no hubo seguimiento en el desarrollo del proyecto por parte de los involucrados, secundario a la campaña política que se presentó en esas fechas (Julio 2012).

Ajustes en el trabajo de campo:

La implementación del presente proyecto tuvo varios ajustes en tiempo, dadas las diferentes circunstancias que se presentaron en la comunidad, ya que en Mayo, tuvimos que posponer algunas actividades por que hubo varios eventos de carácter religioso que limitó la asistencia de las señoras a las dinámicas, además de modificar los horarios y días de reunión debido a los tiempos que

solicitaban las participantes, inclusive hubo la necesidad de reunirnos en fines de semana.

16 BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín primera causa de enfermedad en menores de cinco años. [serie en internet] [Consultado el 08 de Julio de 2011]. Disponible en: http://salud.guanajuato.gob.mx/noticias/detalle_noticia.php/7442
2. Hernández Lara Román. Diagnóstico Integral de Salud. Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto. México. 2010. Documento no publicado. Disponible en Instituto Nacional de Salud Pública.
3. Estado de Guanajuato, México. Información de los 46 Municipios. [Serie en internet] [Consultado el 25 ago, 2010] Disponible en: <http://www.ruelsa.com/gto/edo2.html>
4. Sánchez-Martínez M. (2007) Mineral de Pozos, Guanajuato. México, D.F. Datacolor,116-132.
5. Mapas de México. Estado de Guanajuato, División por municipio. [Serie en internet] [Consultado el 20 de septiembre de 2010]. Disponible en <http://www.google.com.mx/imgres.com/images/mapa>
6. Sánchez-Martínez M. (2007) Mineral de Pozos, Guanajuato. México, D.F. Datacolor,116-132.
7. Hernández Lara Román, (2010) Diagnóstico Integral de Salud, Mineral de Pozos, México. Documento no publicado. Disponible en la Biblioteca del Instituto Nacional de Salud Pública.
8. Lalonde, Marc. A new perspective on the health of Canadians. Canada. 198. p 31-34.
9. Práctica médica efectiva. Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Vol 3, N°7, 2001.
10. Organización Mundial de la salud. Promoción de la salud. Glosario. [Monografía en internet] Ginebra: OMS. 1998. [Consultado 2010 septiembre 10]. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
11. Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) 2008, 2009, hasta la semana 35 de 2010. UMAPS, Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto

12. OPS-OMS. Indicadores básicos. Situación de Salud en México, 2008. [Monografía en internet]. México:OPS-OMS. [Consultado 2011 marzo 17];2-3. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/indicadores/>
13. Método CENDES-OPS. Capítulo 6. Revisado el 06 de Julio de 2011. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_46_\(part2\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_46_(part2)_spa.pdf)
14. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P, Editorial Mc Graw Hill, (2010) Metodología de la Investigación. 5ª. Edición. México:361-389
15. González J.A. Infecciones respiratorias agudas y su control. En: González J.A. temas de pediatría. La Habana. Ciencias Médicas: 2005. p: 15-16.
16. Nereida, Valero. Etiología viral de las infecciones respiratorias agudas. Investigación Clínica. Maracaibo, Venezuela. 2009. 359-368.
17. Enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica. Prevención y control de infección en la atención de la salud Consultado el 20 Junio de 2011. Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/11_EPR_AM3_E3_SPAN_LR.pdf
18. Control de Infecciones Respiratorias. Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, 70, 2000. Revisado el 10 de Julio de 2011. Disponible en: <http://www.ambiente-ecologico.com/ediciones/070-05-2000/070-cepis.html>
19. Sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica 2011. Secretaría de Salud. Guanajuato. 2011. Agenda estadística de Guanajuato.
20. Sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica 2011. Veinte principales causas de morbilidad y mortalidad en Guanajuato por Grupo de Edad, 2011. CENAVECE Epimediología.

21. Boletín primera causa de enfermedad en menores de cinco años. Consultado el 10 de Julio de 2011. Disponible en: http://salud.guanajuato.gob.mx/noticias/detalle_noticia.php/7442
22. Tamayo. DI, Almarales G. Pupo G, Tamayo JR. Infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 5 años de Halv-Buílico, Timor Leste. Rev. Cient. Med 2008; 12 (4): 1-8.
23. López Luna María Concepción. (1993) Salud Pública. Editorial: Interamericana -Mc-Graw-Hill México D.F. Págs. 212-224.
24. Secretaría de salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. [serie en línea] México, 2007 [consultado 17 junio 2011] Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
25. Méndez Vargas Rodolfo. (2010). El diagnóstico de salud en el contexto de la identificación de necesidades de salud. INSP. Cuernavaca, México.
26. Colimon, K.H. (1990) Fundamentos de Epidemiología, 2 Edición, Madrid, Ed. Díaz de Santos.
27. An Introduction to Community Health. (1999) James F. McKenzie y col. Third Edition. Editorial Jones and Bartlett Publishers. 4-5.
28. Sánchez L, Pérez D, Alfonso L, Castro M, Sánchez LM, Van der Stuyft P, et al. Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2008;24(1):61–9.
29. Mark A. Hubble, Barry L. Duncan and Scott D. Miller, Washington, DC. The heart and soul of change: What Works in therapy. 2008.
30. Prochaska O, James. Motivación para el cambio, 1982
31. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Bibliografía de Internet. Revisado el 02 de Julio de 2010. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>.

32. Bronfman, Mario. Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil. México. p: 144-166.
33. Franks, Peter; Cambell, Thomas y Shields, Cleveland G. Social relationships and health: The relative roles of family functioning and social support. Soc. Sci. Med. V.34, N°7, 1992. Gran Bretaña.
34. Pavón Lasso, H. (1985) Evaluación de los Servicios de Salud. Conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo. Modelo PRIDES, Universidad del Valle, Facultad de Salud. pp.47-62
35. Di Petre, Brown. Lynne Miller, Franco. Nadwa, Rafeh. Hatzell, Teresa. Garantía de calidad de la atención de salud de los países en desarrollo. USA. p: 1-31
36. Donabedian, Avedis. M.D. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Rev. Salud Pública de México. Vol.35, N° 3.p:238-248. México.
37. Donabedian, Avedis . Garantía y monitoría de la atención médica. Instituto Nacional de Salud Pública, 1992. México. p 3-20.
38. Doyle, Vicki. Haran, Dave. Garantía de calidad en la atención de la salud. Agosto 2000. Liverpool, Engalnd.
39. Introducción a la inferencia estadística. Bibliografía de internet. Revisado el 10 de Julio de 2011. Disponible en: http://www.uv.es/~rmartine/inferencia_ADE/tipos%20de%20muestreo.PDF
40. Secretaría de Salud. Cuestionario de riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas. Instrumento que es utilizado en las unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud de Guanajuato.
41. Secretaría de Salud. Lineamientos de operación para el estudio de regionalización operativa en el estado. Abril de 2012. Página: 8.
42. Carrasquero R. El estudio del mercado guía para estudios de factibilidad. 2004, Bibliografía de Internet. Consultado el 13 Julio de 2011. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos3/docs/mar/estmktpref.htm>.

43. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en humanos, año, Bibliografía de Internet. Consultado el 03 Febrero de 2012. Disponible en: http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf
44. Tamayo, DI. et al. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas, realizada en Camagüey, Cuba, Bibliografía de internet. Consultado el [01 de Julio de 2013] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552010000300015&script=sci_arttext)
45. Fuentes C, Javiera. Modelo de cambio conductual orientado a la promoción de estilos de vida saludable en la organización. Santiago de Chile, 2009 p:5)
46. Sarmiento, Santana Mariela. La enseñanza y el aprendizaje, una estrategia permanente. Universidad Rovira y Virgili. Bibliografía de Internet. [Consultado el 20 de Junio de 2013] Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8927/D->
47. Mayor Martínez, Luis. López Camps, Roque. Procesos psicológicos y adicciones – Procesos de cambio. Proceso terapéutico de cambio. El modelo trasteórico de Prochaska y DiClemente. Valencia, 1998, p: 8-45.
48. Pérez-Pastén E, Bonilla-Islas A. (2010). Educación en diabetes: manual de apoyo. Diplomado de educadores en diabetes. Federación Mexicana de Diabetes A.C. Universidad Anáhuac. 2ª edición; México D.F.
49. Normas Oficiales Mexicanas de salud. Consultado el 14 de Julio de 2011. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/ssss/nom/normas%20oficiales.htm>.
50. Intervenciones comunitarias contra las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas en Nepal. Madhu Ghimire, Yasho Vardhan Pradhan & Mahesh Kumar Maskey. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/3/09-065649-ab/es/index.html>

51. Ensanut 2012. Bibliografía de internet. [Consultado el 01 de Mayo de 2013] [Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf]
52. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012. Evidencia para la política pública en salud. Infecciones respiratorias agudas. México, 2012. p: 1-4

17. ANEXOS. Anexo 1. Instrumento de Evaluación.

CAPACITACIÓN EN IDENTIFICACIÓN DE DATOS DE ALARMA EN INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y SU ATENCIÓN OPORTUNA EN SERVICIOS DE SALUD, MINERAL DE POZOS, GTO. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Instrumento de evaluación:

Fecha de Aplicación:

Encuestador:

dd	Mm	aa
----	----	----

1. Nombre Completo:
Años

2. Edad:

3. Sexo: Femenino
Libre

Masculino

4. Estado Civil: Soltero

casada

Unión

5. Ocupación: Hogar

Estudia

Trabaja:

especifique _____

6. Dirección:

7. ¿Hasta qué año estudió? No estudió

Primaria Incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Bachillerato

Licenciatura

8. ¿Cuántos hijos o niños menores de 5 años tiene bajo su responsabilidad?

9. Para Usted, ¿qué significa que su niño(a) tenga una Infección Respiratoria Aguda?

10. ¿Considera que las Infecciones Respiratorias en su comunidad son un problema importante?

Si No ¿por qué?

11. ¿Qué hace Usted en su casa para evitar que su niño no se enferme de Infección Respiratoria Aguda?

Le da vitaminas

Cuidados en casa como evitar que salga al frío o abrigándolos bien

Le doy seno materno, abundantes líquidos junto con una alimentación balanceada y control de contaminantes ambientales. ☐3

12. Cuando su niño tiene calentura, ¿qué hace para que se le baje o se le controle?

Nada, espero a que se le baje solita ☐1

Lo baño con agua tibia ☐2

Lo baño y le doy medicamento para la calentura (paracetamol, metamizol, etc.) ☐3

Lo baño con agua tibia y lo llevo al médico ☐4

13. ¿Con quién consideras que es lo mejor para que lleves a tu hijo a revisión al tener Infección Respiratoria Aguda?

☐1 Con algún familiar ☐2 Médico ☐3 Enfermera ☐4 Con curandero ☐5 No llevarlo a ninguna parte

14.Cuál o cuáles datos de alarma en la Infección Respiratoria Aguda, identifica en su niño ☐1 ☐2 ☐3

1) Fiebre (temperatura mayor de 37.5°C) 2) Que se le hundan las costillas

3) Que llore mucho su niño(a) ☐4 4) Que respire muy rápido y agitado ☐5

5) Se ponga morado de los labios o manos.

15. De los siguientes datos de alarma, ¿Cuál es para Usted el más grave que puede presentar su niño(a)?

☐1 Fiebre (temperatura mayor de 37.5°C) ☐2 Que se le hundan las costillas ☐3
3) Que llore mucho su niño(a) ☐4 Que respire muy rápido y agitado ☐5
Se ponga morado de los labios o dedos.

16. Para Usted, ¿cuál es la mayor complicación que puede presentar su niño(a) en una Infección Respiratoria Aguda?

☐1 Que convulsione por la fiebre ☐2 Que le de neumonía o pulmonía
☐3 Que baje de peso por dejar de comer

17. ¿Qué significa para Usted, Neumonía?

18. ¿Cómo sabe Usted que su niño(a) se está agravando por complicaciones de tos o catarro?

19. ¿Qué hace Usted cuando su hijo se enferma?

☐1 Lo llevo al Centro de Salud ☐2 Le doy remedios caseros ☐3
Espero a que presente datos de alarma ☐4 4) Lo llevo al Hospital ☐5
llevó con médico privado ☐5) Lo

20. ¿Qué cuidados en el hogar, debe darle a un niño con tos y catarro para evitar que se complique?

- ☐ 1 Alimentación con seno materno (si es menor de 6 meses)
- ☐ 2 Dar su comida habitual con abundantes líquidos (si es mayor de 6 meses)
- ☐ 3 Evitar cambios bruscos de temperatura
- ☐ 4 Favorecer la ingesta de alimentos ricos en vitamina C (cítricos; limón, naranja, guayaba, papaya) si es mayor de 6 meses.
- ☐ 5 Llevar a su niño a revisión por el médico en las siguientes 48 a 72 horas (2 o 3 días)
- ☐ 6 Darle el medicamento o medicamentos que le haya dado el médico a su niño

21. Al llevar a su niño a consulta con el doctor, ¿le entiende lo que le dice acerca de la enfermedad de su niño(a)?

- ☐ 1 Siempre
- ☐ 2 Casi siempre
- ☐ 3 La mitad de las veces
- ☐ 4 Casi Nunca
- ☐ 5 Nunca

22. Cuando has llevado a consulta a tu hijo por Infección Respiratoria, ¿cómo te atienden en la UMAPS?

- ☐ 1 Bien
- ☐ 2 Regular
- ☐ 3 Mal
- ☐ 4 Muy mal

23. Cada que acudes a la UMAPS a atender a tu hijo por IRA, te atienden:

- ☐ 1 Siempre
- ☐ 2 La mayoría de las veces
- ☐ 3 La mitad de las veces
- ☐ 4 Casi nunca
- ☐ 5 Nunca

24. ¿Le pregunta al doctor si es que tiene dudas acerca de la enfermedad de su niño?

- ☐ 1 Siempre
- ☐ 2 Casi siempre
- ☐ 3 La mitad de las veces
- ☐ 4 Casi nunca
- ☐ 5 Nunca

25. ¿Cómo se siente después de que han revisado o checado a su hijo en su clínica?

- ☐ 1 Satisfecho
- ☐ 2 Me da lo mismo
- ☐ 3 Insatisfecho

26. Cuando enferma tu hijo(a), ¿a quién le pides que te apoye y acompañe mientras está enfermo tu hijo(a)?

- ☐ 1 Pareja (esposo(a))
- ☐ 2 Familiar (especifique)
- ☐ 3 Vecino
- ☐ 4 No pido apoyo

¡Gracias!

Anexo 2. 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 la detección y atención oportuna dirigida a responsables de menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda en Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, 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 de conformidad

Nombre y firma del investigador

Anexo 3. Minuta de Reunión con responsables de niños menores de 5 años.

Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto. a de Marzo de 2012.

Estando reunidos en las instalaciones correspondientes a la Delegación de Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto. y siendo las _____ hrs del día ____ de _____ de 2012, se encuentran _____ responsables de menores de 5 años, se procede a llevar a cabo la información sobre la **Estrategia para la detección y atención oportuna dirigida a responsables de menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda en Mineral de Pozos, San Luis de la Paz, Gto, 2012.**

Con un ____% de los responsables citados, determinando que inicia quórum legal, se inicia la reunión programada. Exponiendo los siguientes puntos:

Punto 1.-

Acuerdo _____

Punto 2.-

Acuerdo _____

Asunto

Varios: _____

Se determina que la siguiente reunión sea el día ____ de _____ del presente a las ____ hrs. En este mismo lugar.

ATENTAMENTE

Nombre de quien realizó el acta de la reunión.

GLOSARIO DE TÉRMINOS:

IRA: Infección Respiratoria Aguda.

DIS: Diagnóstico Integral de Salud.

UMAPS: Unidad Médica de Atención Primaria a la Salud. (1 a 4 NBSS)

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda.

DM 2: Diabetes Mellitus tipo 2.

HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.

EVC: Evento Vascular Cerebral.

GAM: Grupos de Ayuda Mutua.

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.

Modelo CENDES-OPS: Organización Panamericana de la Salud - Centro de Estudios del Desarrollo

CAISES: Centro de Atención Integral en Servicios Esenciales de Salud. (5 a 12 NBSS o más)

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad Social y Servicios para Trabajadores del Estado.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

PNS: Plan Nacional de Salud

RM: Razón de Momios:

NBSS: Núcleo básico de servicios de salud, está conformado por un médico general, una enfermera de campo y una enfermera clínica.

OMS: Organización Mundial de la Salud.