

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO



**“MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL HOGAR POR RESPONSABLES DE MENORES
DE 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN
EDUCATIVA, EN LA COMUNIDAD DE TOTOTLÁN, JALISCO”**

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

Alumno: Luis Alberto Hernández García

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO

2009 - 2011

Director: M.S.P. Carmen Beatriz Delgadillo Jaime

Instituto Nacional de Salud Pública

Asesor: M.S.P. José Francisco Flores Alatorre

Instituto Nacional de Salud Pública

Asesor: M.C.S.P. Manuel Sandoval Díaz

Secretaría de Salud Jalisco, Coordinación de Micobacteriosis

Cuernavaca, Morelos; septiembre 2013

ÍNDICE

I	Introducción	1
II	Antecedentes	3
<i>II.1</i>	<i>Panorama mundial</i>	<i>3</i>
<i>II.2</i>	<i>Panorama americano</i>	<i>3</i>
<i>II.3</i>	<i>Panorama nacional</i>	<i>4</i>
<i>II.4</i>	<i>Panorama estatal</i>	<i>5</i>
<i>II.5</i>	<i>Panorama local</i>	<i>6</i>
<i>II.5.1</i>	Demografía	6
<i>II.5.2</i>	Ubicación y delimitación geográfica	6
<i>II.5.3</i>	Medios de comunicación	7
<i>II.5.4</i>	Educación	7
<i>II.5.5</i>	Servicios de salud	7
<i>II.5.6</i>	Daños a la salud	8
III	Reporte de Priorización	11
IV	Proyecto de Intervención en Salud	13
<i>IV.1</i>	<i>Antecedentes bibliográficos</i>	<i>13</i>
<i>IV.1.1</i>	Descripción del problema central	20
<i>IV.1.2</i>	Problemas secundarios	22
<i>IV.1.3</i>	Causas	23
<i>IV.1.4</i>	Consecuencias	23
<i>IV.2</i>	<i>Alternativa de Solución</i>	<i>23</i>
<i>IV.2.1</i>	Beneficios potenciales	24
<i>IV.2.2</i>	Elementos favorables	24
<i>IV.2.3</i>	Obstáculos a enfrentar	24
<i>IV.3</i>	<i>Justificación</i>	<i>25</i>
<i>IV.3.1</i>	Importancia del problema a ser intervenido	25
<i>IV.3.2</i>	Importancia relativa de la estrategia de solución	26
<i>IV.3.3</i>	Relación con políticas, planes, programas y proyectos	26
<i>IV.4</i>	<i>Identificación del producto</i>	<i>26</i>
<i>IV.5</i>	<i>Objetivos</i>	<i>27</i>
<i>IV.5.1</i>	General	27
<i>IV.5.2</i>	Específicos	27
<i>IV.5.2</i>	Metas	28
<i>IV.6</i>	<i>Estrategias</i>	<i>28</i>

IV.7	<i>Limites</i>	29
IV.7.1	Área geográfica	29
IV.7.2	Temporalidad	29
IV.7.3	Mercado: características de la población	29
V	Estudio de Factibilidad	30
V.1	<i>Factibilidad de mercado</i>	30
V.2	<i>Factibilidad financiera</i>	33
V.3	<i>Factibilidad administrativa</i>	33
V.4	<i>Factibilidad política</i>	33
V.5	<i>Factibilidad social y legal</i>	34
VI	Material y Métodos	35
VI.1	<i>Diseño de estudio</i>	35
VI.1.1	Hipótesis nula	35
VI.1.2	Hipótesis alterna	35
VI.2	<i>Universo</i>	35
VI.3	<i>Tamaño de muestra</i>	36
VI.3.1	Unidad de observación	36
VI.3.2	Unidad de análisis	36
VI.4	<i>Criterios</i>	36
VI.4.1	Inclusión	36
VI.4.2	Exclusión	36
VI.4.3	Eliminación	36
VI.5	<i>Diseño de la intervención social</i>	37
VI.6	<i>instrumentos</i>	40
VI.7	<i>Elaboración del cuestionario</i>	40
VI.7.1	Cuestionario de conocimientos	41
VI.7.2	Cuestionario de evaluación del taller educativo	41
VI.8	<i>Reclutamiento de participantes</i>	41
VI.9	<i>Aplicación del instrumento</i>	42
VI.9.1	Pilotaje del instrumento	42
VI.9.2	Cuestionario diagnóstico de conocimientos	42
VI.9.3	Cuestionario para la evaluación de taller educativo	43
VI.9.4	Cuestionario final de conocimientos	43
VI.10	<i>Análisis estadístico</i>	44
VI.10.1	Identificación de las variables	44
VI.10.2	Recolección de datos	44

VI.10.3	Fase evaluativa	45
VI.10.4	Procesamiento de la información	45
VI.10.5	Consideraciones éticas	45
VII	Reporte de Ejecución	47
VII.1	<i>Comparativo con lo planeado</i>	47
VII.2	<i>Limitaciones y problemas</i>	47
VIII	Resultados, Análisis y Conclusiones	49
VIII.1	<i>Resultados</i>	49
VIII.2	<i>Análisis</i>	55
VIII.3	<i>Conclusión</i>	57
IX	Propuesta de Modelo de Evaluación	58
X	Recomendaciones	59
X.1	<i>Nivel nacional</i>	59
X.2	<i>Nivel estatal</i>	59
X.3	<i>Nivel regional</i>	60
X.4	<i>Nivel local</i>	60
X.5	<i>Recomendaciones de mejora en el proyecto</i>	61
XI	Referencias Bibliográficas	62
XII	Anexos	65

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.-	Infraestructura Médica para el 2010, Tototlán, Jalisco	8
TABLA 2.-	Principales causas de Morbilidad 2009, Tototlán, Jal.	9
TABLA 3.-	Principales causas de Morbilidad 2009, en menores de 5 años, Tototlán, Jal.	9
TABLA 4.-	Materiales para la Vivienda, Tototlán, Jal. 2010	10
TABLA 5.-	Cobertura de Servicios Básicos, Tototlán, Jal. 2010	10
TABLA 6.-	Atención a las Familias Demandantes, Tototlán, Jal. 2010	10
TABLA 7.-	Priorización en base a Hanlon (Cálculo)	12
TABLA 8.-	Modelo de Análisis de los Determinantes de acuerdo a M. Lalonde	21
TABLA 9.-	Análisis de Alternativas de Solución	22
TABLA 10.-	Capacitación a los responsables de menores de 5 años, Tototlán, Jal. 2010	23
TABLA 11.-	Capacitación a tutores y niños de 5 a 9 años	31
TABLA 12.-	Capacitación a adolescentes de 10 a 19 años	31
TABLA 13.-	Capacitación a hombres de 20 a 59 años	31
TABLA 14.-	Capacitación a mujeres de 20 a 59 años	31
TABLA 15.-	Capacitación a mayores de 60 años	31
TABLA 16.-	Diagrama de Gantt, 2012	39
TABLA 17.-	Financiamiento para una serie de talleres en EDAs	40
TABLA 18.-	Cumplimiento de objetivos	47
TABLA 19.-	Demografía de participantes	49
TABLA 20.-	Estadística descriptiva	50

ÍNDICE DE PIRÁMIDES Y FIGURAS

PIRÁMIDE 1.-	Pirámide poblacional	6
FIGURA 1.-	Resultado de la evaluación final de los casos	52
FIGURA 2.-	Resultado de la evaluación final de los controles	53
FIGURA 3.-	Distribución de resultados, Diagnóstico Final contra Diagnóstico inicial	54

ÍNDICE DE ANEXOS

CARTA 1.-	Consentimiento informado para mayores de 18 años	65
CARTA 1.-	Consentimiento informado para tutores	67
CUEST 1.-	Evaluación de conocimientos en lo referente al manejo de las EDAs	69
CUEST 2.1.-	Cuestionario de percepción del taller impartido	73
CUEST 2.2.-	Cuestionario de percepción del taller impartido	74
CUEST 2.3.-	Cuestionario de percepción del taller impartido	75
CUEST 2.4.-	Cuestionario de percepción del taller impartido	76
CUEST 2.5.-	Cuestionario de percepción del taller impartido	77
CUEST 2.6.-	Cuestionario de percepción del taller impartido	78
CARTA 1.-	La comunidad	79
CARTA 2.-	Generalidades de las EDAs	82
CARTA 3.-	Prevención de las EDAs	85
CARTA 4.-	Higiene y seguridad en el hogar	88
CARTA 5.-	Signos de alarma en una diarrea	91
CARTA 6.-	El A, B, C de la atención en el hogar	94
TABLA 21.-	Desarrollo Social y Demografía de Tototlán, Jal 2010	97
TABLA 22.-	Morbilidad General 2010. Tototlán, Jalisco	97
TABLA 23.-	Priorización en base a Hanlon (A.- Magnitud)	98
TABLA 24.-	Priorización en base a Hanlon (B.- Severidad del Problema)	98
TABLA 25.-	Priorización en base a Hanlon (C.- Eficacia de la Solución)	99
TABLA 26.-	Priorización en base a Hanlon (D.- Factibilidad)	99
TABLA 27.-	Condiciones de los Casos y Controles	100
TABLA 28.-	Variables analizadas en la evaluación inicial	100
TABLA 29.-	Participantes en el Proyecto de Intervención	100
TABLA 30.-	Análisis de contingencia, grupos contra controles	101
TABLA 31.-	Pruebas de comparación de proporciones	101
TABLA 32.-	Estimación de riesgo	102

FIGURA 4.-	Regionalización Administrativa del Estado de Jalisco	103
FIGURA 5.-	Región de la Ciénega, Jalisco	103
FIGURA 6.-	Modelo de Promoción de Salud de Pender, 1996	104
FIGURA 7.-	Diseño de Caos y Controles de tipo Caso-Cohorte	104
FIGURA 8.-	Diseño clásico de un estudio de Casos y Controles	105
FIGURA 9.-	Personal involucrado en el Proyecto de Intervención Educativa	105
FIGURA 10.-	Distribución por Grupo Etario	106
FIGURA 11.-	Distribución por Estado Civil	106
FIGURA 12.-	Distribución por Ocupación	106
FIGURA 13.-	Distribución por Escolaridad	106
FIGURA 14.-	Medidas de asociación e impacto potencial en controles	107
FIGURA 15.-	Medidas de asociación e impacto potencial en casos	107
FIGURA 16.-	Distribución de conocimiento entre los casos y controles	108

I. Introducción

En Palabras del Dr. Julio Frenk, -la Salud Pública es una ciencia del carácter multidisciplinario que se involucra en la protección de la salud comunitaria, y sin lugar a dudas su pilar central es la participación comunitaria-.¹ En este sentido, se busca el mejorar las condiciones de salud de la comunidad mediante la promoción de la salud y de los estilos de vida saludables, a través de las campañas de concientización y educación.

El aprendizaje en salud es una tarea indispensable en la atención en el hogar de las diversas patologías que aquejan a los infantes, para el presente proyecto, las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs)²; la información adquirida como parte del proceso educativo se sustenta en la creación y recreación de datos, esto implica un método o instrumento para el desarrollo del conocimiento colectivo; apartado que se explotó con el presente estudio de caso – cohorte, en los responsables de los menores de 5 años de edad.

El estudio es de casos y controles pareados por grupo en cuanto a su responsabilidad y lugar de residencia, que busca el prevenir la incidencia de EDAs a través de un manejo oportuno y adecuado en el hogar, y así evitar las complicaciones y muerte del menor. La intervención se realiza desde un panorama integrador, apoyado en el diálogo problematizador que permite el desarrollo de estrategias y romper con el paternalismo de los servicios de salud locales.

Durante el periodo de estudio, se trabaja en un grupo de 40 responsables de menores de 5 años, el apartado de promoción de la salud, el cual evalúa las técnicas educativas tradicionales contra las técnicas participativas de la educación popular. El análisis se lleva en conjunto con personalidades locales y regionales que realizan actividades educativas e identifican el *verbalismo* como el método tradicional actual.

Cabe hacer mención que este proyecto nace del Diagnóstico Integral de Salud 2010 de la comunidad de Tototlán y posterior al ejercicio de priorización, el cual permite identificar diversos problemas, idealizando una solución, evaluando su factibilidad, y detallando el plan de ejecución, con el fin de aprovechar al máximo los recursos humanos, materiales y financieros de la comunidad.^{3 y 4}

El presente estudio es una alternativa que busca innovar el sistema educativo que imparte la institución sanitaria responsable de la localidad, a través de diversos ajustes hacia un empoderamiento colectivo de la salud de sus menores y con ello demostrar el impacto sustantivo de una promoción en salud participativa.⁵

El objetivo principal de la presente intervención es evaluar el proceso dinámico de atención de las Enfermedades Diarreicas Agudas que se atienden en los hogares de la comunidad, en base a los conocimientos desarrollados durante el estudio; a través de las diversas corrientes educativas en los responsables de los menores de 5 años de edad.

El resultado obtenido se sustenta en el valor de la Chi Cuadrada de Pearson, que establece una proporción estadísticamente significativa (IC del 95%), $X^2 = 28.97$, entre los resultados de ambos grupos, lo que rechaza la hipótesis nula ($H_0 = X_1 = X_2$); demostrando así la existencia de una diferencia en la generación de conocimiento en la comunidad de Tototlán. Lo cual concluye que los casos (técnicas participativas de la educación popular) presentan avances mayores de los obtenidos por los controles (educación bancaria), para que así la educación popular represente una alternativa de importancia para la mejora de los conocimientos de los responsables de los menores de 5 años de edad.

El resultado de este proyecto tiene como eje central la participación comunitaria, sumado al personal sanitario que brinda atención en la unidad de salud de la comunidad, además de contar con el apoyo de sectores de importancia política-social como lo son el ayuntamiento y el sistema educativo, por lo que se considera factible el continuar con su implementación, ampliándolo a la población tototlense de las diversas localidades municipales que cuenten con unidad de salud.

II. Antecedentes

1. Panorama mundial

En el mundo, cada uno de los aproximadamente 140 millones de niños nacidos anualmente experimenta entre 7 y 30 episodios de diarrea durante sus primeros 5 años de vida, de los cuales 11,000 de estos niños tendrán un desenlace fatídico.^{6 y 7}

En 1990 se celebró la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, y en el marco de los compromisos, se definió reducir en 50% la mortalidad por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) a 1992, existiendo para dicho año 3.3 millones de muertes por EDAs, y de 1995 al año 2000, esta enfermedad ocasionó el 11.8% de las muertes en menores de 5 años⁸; llegado el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en su indicador de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY's), a las EDAs ocupando el 5° lugar; para el año 2005, le designó el 17% de las muertes en ese grupo de edad.⁷

Las EDAs son una enfermedad de circulación universal, y se presenta pese a lo destacable de las condiciones sanitarias de cada país dentro de las 10 principales causas de morbilidad infantil, representando en un alto gasto en la demanda de atención sanitaria⁹; entre los patógenos a destacar, se encuentra el rotavirus con 111 millones de episodios de EDAs anuales, 25 millones de consultas médicas, 2 millones de hospitalizaciones y entre 352 mil y 592 mil muertes; de las cuales 82% ocurren en familias con difícil acceso a los servicios de salud públicos. El virus afecta principalmente a menores de 3 años y su incidencia se maximiza entre los 6 y 24 meses de edad.¹⁰

2. Panorama americano

Nicaragua impulsó su sistema de salud posterior a la crisis global, sin embargo persisten sus problemas de salud, ya que su inversión económica en atención médica no refleja una mejoría significativa de la situación de salud de sus comunidades.¹¹

El *somocismo* y las pésimas condiciones de vida en que se vivía sumió a las mayorías en condiciones pésimas de salud, ya que se carecía de una estructura salubrista, lo que permitió que 121 niños de cada mil nacidos en 1977, murieran antes de cumplir un año, de enfermedades como EDAs. Por lo que Nicaragua posterior a la revolución se encontró con la enorme tarea de crear un sistema de salud acorde a las necesidades de su comunidad.¹¹

En 1985 en el Perú se reportaron 13,500 defunciones por EDAs (cada 20 minutos se moría un niño por las complicaciones de la diarrea), siendo la primera causa de morbi-mortalidad en niños menores de 5 años de edad. El Programa de Control de Enfermedades Diarreicas del Ministerio de Salud del Perú y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS trabajaron para disminuir la mortalidad,

basados en la Terapia de Hidratación Oral (THO), alimentación continua, uso racional de antibióticos y la Rehidratación Intravenosa en la deshidratación grave.¹²

En la actualidad las EDAs han sido desplazadas al tercer lugar como causa de morbi-mortalidad infantil. Cuando en 1991, el Perú afrontó una de las epidemias más severas de cólera, ya habían trabajado intensamente en la capacitación del personal de salud en la THO, lo que le permitió ostentar una de las tasas de letalidad más baja registrada (0.8%) en el mundo.¹²

En 1996, se adoptó la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) para mejorar las condiciones de salud de dicho grupo etario en los países en desarrollo, considerada como una herramienta fundamental para alcanzar uno de los objetivos del Desarrollo del Milenio (disminuir en 2/3 la mortalidad en menores de 5 años entre 1990 y 2015).¹²

La mortalidad en menores de 1 año en América Latina y el Caribe, está ocupada por las EDAs en un 8%, mientras que de los 2 a los 5 años, se representan en un 20%. Norte América solo presenta un 0.1% de las muertes por dicha causa (50 veces menos).¹²

3. Panorama nacional

En México, aún mueren niños debido a las complicaciones de las EDAs, la inequidad social es un factor condicionante de letalidad, reflejado entre campesinos e indígenas con difícil acceso a los servicios de salud, y por ende a la promoción participativa.¹³ En la actualidad las EDAs continúan dentro de las 10 principales causas de morbilidad, presentándose al año más de 1 millón de casos, principalmente en menores de 1 año de edad.¹⁴

Para 1990 la mortalidad por diarreas fue de 122.6 defunciones por 100,000 menores de 5 años; ya para el año 2007 la tasa de mortalidad había descendido a 14.2, esto solo fue posible por la inversión de recursos en acciones y políticas de salud aún vigentes en los estados que conforman a la República Mexicana, acciones como: la vacunación, la ministración de vitamina A y albendazol, la lactancia materna exclusiva y la THO, siendo esta última una de las estrategias más importantes. Dentro del interior de la república el estado de Chiapas presentó la tasa de mortalidad más alta con 32.8 por 100,000 menores de 5 años, superando considerablemente la tasa nacional ubicada en 14.2 (2.3 veces más); Baja California Sur se mostró como el estado con menos muertes presentando sólo una defunción en menores de 5 años.¹⁵

4. Panorama estatal

En Jalisco se destacan las experiencias publicadas en relación a la fórmula de hidratación oral en 1959, en la región de los Altos, el Dr. Carlos Ortiz Mariotte y el Dr. Cevallos realizaron un ensayo piloto de intervención en menores de 5 años de edad, con el uso de la THO, los resultados señalaron un importante descenso de la tasa de mortalidad, cuatro veces más que la del grupo testigo.¹⁶

Lo anterior marcó el inicio de la institucionalización de servicios que realizan actividades asistenciales y de capacitación del personal de salud, ya en marzo de 1983 con fines asistenciales y de investigación, la operación de los centros de hidratación oral había ascendido a 60 en hospitales rurales del Programa Nacional de Solidaridad Social Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR; tres meses más tarde, se instaló el subgrupo interinstitucional de hidratación oral en diarreas cuyos trabajos concluyeron con la propuesta de que la THO se instituyera como mínimo de atención de la salud de toda la población y fuera el fundamento de las actividades organizadas en contra de las diarreas.

Como consecuencia, en 1984 se formuló y puso en operación el Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas (PRONACED) y para 1988 el programa ya era proyectado a la comunidad como un modelo de comunicación interpersonal y de comunicación masiva.¹⁶

En 1993, Jalisco propone la *Autopsia Verbal*¹⁷, que es institucionalizada de forma nacional, esta es una encuesta dirigida a los familiares del infante fallecido, con el objetivo de identificar los eslabones críticos en la atención de salud de los menores de 5 años de edad, es aplicada por personal de enfermería y aborda apartados que van desde las condicionantes socioculturales de la familia hasta las determinantes de los servicios de salud públicos y privados involucrados en la atención.¹⁶

En el periodo comprendido entre 1999 a 2002 se estuvo trabajando, en unificar los criterios sobre la capacitación al personal de salud para el componente de EDAs. El Centro Estatal de Capacitación (CEC) surgido en Jalisco en 1999, aborda la capacitación a las madres de los menores de 5 años de edad, ya que estimaba una disminución escalonada bajo esta acción. El 26 de septiembre de 2006, aparece en el diario oficial de la federación la modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999¹⁸, Para la atención a la salud del niño, en los numerales 3.7.6, 7.2.6.1.2, 7.2.6.2.1 y 7.2.6.2.4, en los cuales se ajustan la dosificación y técnica de administración para la THO.¹⁰

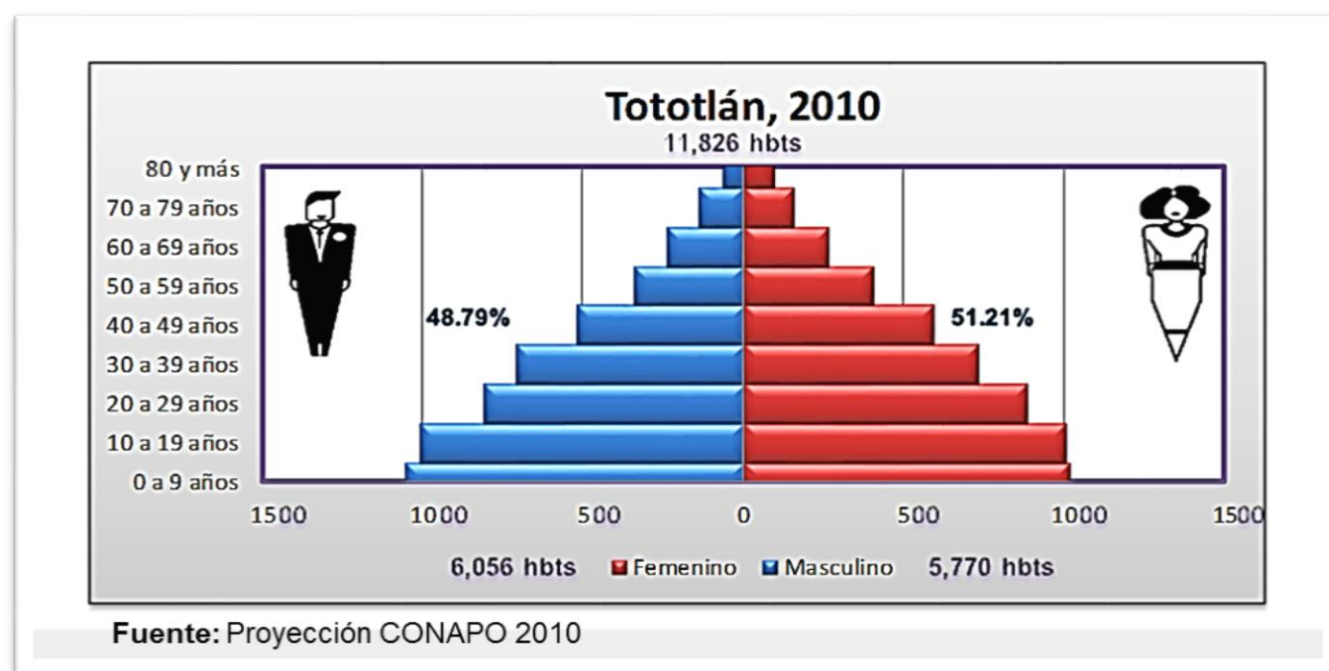
5. Panorama local

5.1. Demografía

Tototlán desde 1825 pertenecía al 3er. Cantón de La Barca y en 1838 se le da la categoría de pueblo, fijándose sus límites para el día 27 de abril de 1888, en su historia Tototlán se vio envuelta en la Revolución Cristera, desde enero de 1926 a junio de 1929, tomando parte activa en batallas y escaramuzas.¹⁹

La comunidad de Tototlán estaba conformada por una población de 11,826 habitantes según fuente de proyección del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2010 y según se muestra en la pirámide del tipo progresiva, con una base ancha y una cima angosta; referenciado a poblaciones en que la natalidad y la mortalidad son elevada y el ritmo de crecimiento poblacional es rápido (pirámide 1).³

PIRÁMIDE 1: Pirámide demográfica de Tototlán, Jalisco



5.2. Ubicación y delimitación geográfica

La localidad es parte de la Región Sanitaria IV, Ciénega, se localiza al centro oriente del estado, a 1,800 metros sobre el nivel del mar, representa el 0.367% del territorio de Jalisco, con 292.85 km², colinda al norte con Tepatitlán de Morelos; al este con Tepatitlán de Morelos, Atotonilco el Alto y Ocotlán; al sur con Ocotlán y Zapotlán del Rey; y al oeste con Zapotlán del Rey, Zapotlanejo y Tepatitlán de Morelos.¹⁵

5.3. Medios de comunicación

En cuanto a infraestructura carretera, la Secretaría de Comunicaciones y Transporte (SCT) ha desarrollado: la carretera Tototlán-Ocotlán, Tototlán-Zapotlanejo y Tototlán-Atotonilco. De importancia el mencionar que estos accesos carreteros cuentan con rutas de camiones de la empresa Primera Plus y Servicios Coordinados, en base a ello la distancia entre las ciudades que destacan por sus servicios de salud son: Tototlán – Ocotlán (25 km, 00:21 horas), Tototlán – Atotonilco el Alto (30 km, 00:30 horas.) y Tototlán – Guadalajara (64.69 km, 00:46 horas).³

5.4. Educación

El municipio de Tototlán cuenta con 26 centros educativos de nivel preescolar, 35 primarias 8 secundarias o telesecundarias y 3 escuelas de nivel medio superior. Se cuenta, también, con 1 centro de educación especial.²⁰

Sobre la educación de nivel superior, ésta se encuentra prestada por la Universidad de Guadalajara (Centro Universitario de la Ciénega), con sede en Ocotlán.³

En Tototlán, el porcentaje de analfabetismo en mayores de 15 años es de 8.8% según CONAPO 2010, cifra importante para retomar en la adecuación futura de la elaboración de talleres.

5.5. Servicios de salud

En el municipio de Tototlán, la atención en salud se otorga en importancia: por los servicios públicos que oferta la Secretaría de Salud Jalisco, misma que presta sus servicios a los derechohabientes del Seguro Popular, para tal atención se cuenta con: 2 Centro de Salud, 1 Módulo de salud Rural, 2 Consultorios Populares y 10 Casas de Salud en las diversas localidades que conforman el municipio; dentro de la atención de segundo nivel, el usuario debe de trasladarse al Hospital de Primer Contacto de Atotonilco el Alto, a la Unidad Especializada de Atención Obstétrica Neonatal o al Hospital Regional de La Barca, como parte de la Región Sanitaria, para una atención especializada (tercer nivel de atención) es necesario acudir a los hospitales de las zona metropolitana (Guadalajara y Zapopán, Jalisco).

El Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con una Clínica de Atención; para la demanda de atención hospitalaria, en la región existe el Hospital General de Zona Médico Familiar No. 6 en la Ciudad de Ocotlán, Jalisco, fuera de ello para el 3° nivel de atención se debe de trasladar a zona metropolitana (Tonalá, Tlaquepaque y Guadalajara, Jalisco).

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) oferta sus servicios en un módulo de atención en las instalaciones de Protección Civil, si el usuario requiere de servicios del 2° y 3° nivel es necesario acudir a zona metropolitana (Tlaquepaque y Zapopán, Jalisco).

Los Servicios Médicos Municipales, además de llevar a cabo procesos médico-legales, son responsables de la atención de urgencias (traslados y accidentes), que se ofertan a través de Protección Civil. Por último, de los Servicios Médicos Privados, Tototlán cuenta con La Clínica Monserrat, donde se ofertan servicios de especialidades básicas (Gineco-obstetricia, Cirugía, Medicina Interna, entre otras); 5 Consultorios de medicina general, 2 Laboratorios de Análisis Clínicos y 1 Laboratorio de Análisis Radiológicos.³

Los datos anteriores se resumen en la tabla 1 para el municipio en el 2010:

TABLA 1: Infraestructura Médica para el 2010, Tototlán, Jalisco

Componente	SSJ	IMSS	ISSSTE	SMM	Privado	Total
<i>Centros de Salud</i>	2	1	1	1		5
<i>Consultorios Populares</i>	2					2
<i>Módulos de Salud</i>	1					1
<i>Casas de Salud</i>	10					10
<i>Clínicas</i>					2	2
Total estructura	15	1	1	1	2	20
Fuente: Hernández L. Diagnóstico integral de salud estratégico de Tototlán, Jalisco. Jalisco, 2010:43p						

5.6. Daños a la salud

En relación al perfil epidemiológico de la comunidad; las tablas 2 y 3 muestran los resultados de las primeras 10 causas de morbilidad diagnosticada para el 2010. En lo referente a menores de 5 años de edad, cabe destacar las IRAs y las EDAs, con tasas de 618.97 y 76.75 por 1,000 habitantes. La morbilidad sentida para este grupo etario obtenida a través de las cédulas de encuestas reportó una demanda de atención en un 17.2% para IRAs y 10.9% para EDAs.³

TABLA 2: Principales causas de Morbilidad 2009, Tototlán, Jal.

No	Causa	No. Casos	*Tasa Incidencia
1	Infecciones respiratorias agudas	2,827	152.28
2	Infección de vías urinarias	309	16.64
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	278	14.97
4	Accidentes leves	207	11.15
5	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	183	9.86
6	Intoxicación por picadura de alacrán	163	8.78
7	Candidiasis urogenital	98	5.28
8	Otitis media aguda	74	3.99
9	Hipertensión Arterial	71	3.82
10	Asma y estado asmático	64	3.45

N = 18,565
Fuente: SUIVE, CONAPO 2009
 * x 1,000 habitantes

TABLA 3: Principales causas de Morbilidad 2009, en menores de 5 años, Tototlán, Jal.

No	Causa	No. Casos	*Tasa Incidencia
1	Infecciones respiratorias agudas	1,129	618.97
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	140	76.75
3	Desnutrición leve	33	18.09
4	Conjuntivitis	21	11.51
5	Infección de vías urinarias	21	11.51
6	Otitis media aguda	19	10.42
7	Amebiasis intestinal	16	8.77
8	Intoxicación por picadura de alacrán	12	6.58
9	Asma y estado asmático	11	6.03
10	Resto de diagnósticos	11	6.03

N = 1,824
Fuente: SUIVE, CONAPO 2009;
 * x 1,000 habitantes

En base a los resultados obtenidos de la encuesta, el hacinamiento (relación entre el número de personas del hogar y el número de recintos habitables que ocupan en una vivienda) queda descartado como determinante social, ya que en promedio solo mostro 1.5 habitantes por habitación, requiriéndose arriba de 3 para considerarse como factor contribuyente de la enfermedad.²¹

Los materiales de construcción y servicios básicos con los que cuentan las viviendas se presentan en las tablas 4 y 5.³ En cuanto a los servicios suministrados por el municipio, la mayoría de la población de la cabecera municipal cuenta con agua entubada, drenaje y baño sanitario.²¹

TABLA 4: Materiales para la Vivienda, Tototlán, Jal. 2010

Tipo de Casa				Tipo de piso		
Ladrillo	Adobe	Lamina	Otro	Mosaico	Cemento	Tierra
97.1%	2.9%	0.0%	0.0%	72.8%	26.9%	0.3%

n = 312

Fuente: Encuesta para el DISE de Tototlán, Jal. 2010

TABLA 5: Cobertura de Servicios Básicos, Tototlán, Jal. 2010

Agua			Drenaje		Luz eléctrica		Eliminación de excretas		
Entubada	Pozo artesano	Pozo	Si	No	Si	No	W.C.	Letrina	Aire libre
100.0%	0.0%	0.0%	99.4%	0.6%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%

n = 312

Fuente: Encuesta para el DISE de Tototlán, Jal. 2010

En la integralidad de atención, el 74.3% refirió haber tenido surtido de su receta y 76.6% consideras adecuado el trato recibido en la consulta, en cuanto al tiempo de espera solo 39.2% de las atenciones cumple con el apartado de calidad en atención, estos datos se ilustran en la tabla 6.³

TABLA 6: Atención a las Familias Demandantes, Tototlán, Jal. 2010

Padecimiento		Atención del Padecimiento		Surtido de Medicamento		Calidad de Atención		Tiempo de Espera	
IRAs	17.2%	SSJ	34.5%	100%	45.6%	Excelente	21.6%	20 min	39.2%
EDAs	10.9%	IMSS	32.2%	< 100%	28.7%	Buena	55.0%	30 min	24.0%
Accidentes	4.7%	ISSSTE	6.4%	Ninguno	25.7%	Regular	17.0%	60 min	8.2%
Crónico-Degenerativas	29.7%	SMM	3.5%			Mala	6.4%	> 60 min	28.7%
IVUs	4.7%	Privado	23.4%						
Intoxicación	0.5%								
Otras	32.3%								

Fuente: Encuesta para el DISE de Tototlán, Jal. 2010

IRAs: Infecciones Respiratorias Agudas, **EDAs:** Enfermedades Diarreicas Agudas, **IVUs:** Infecciones de Vías Urinarias, **SSJ:** Secretaría de Salud Jalisco, **IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social, **ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, **SMM:** Servicios Médicos Municipales

III. Reporte de Priorización

Es posible plantear múltiples argumentos para justificar la priorización en el campo de la salud; en general estos argumentos se refieren a la relación desfavorable entre necesidades y recursos, y al costo alternativo de estos últimos.⁴

Al analizar los resultados obtenidos del diagnóstico integral de salud, se eligieron los aspectos que enmarcan la metodología, como la información de una fuente unisectorial (*Secretaría de Salud Jalisco*) registrada durante un periodo determinado (*1 año*); los casos, son aquellos que fueron diagnosticados por primera vez (*incidencia*), representado en *tasas por 1000 habitantes*.⁴

Siguiendo la metodología de *Hanlon*, se calificó el componente *A* o determinación de la *Magnitud*, que representa el número de personas afectadas en relación a la población total del municipio de Tototlán; donde destacan las *IRAs* con *8 puntos*, las *IVUs* y las *EDAs* con *6 puntos*.⁴

En el componente *B*, el cual mide la severidad o la *Trascendencia* del problema de salud, a las *EDAs* con una tasa de *25.8 por 1,000 habitantes*, son el problema calificado con mayor puntuación, tomando en cuenta la problemática que ocasiona no solo en el hogar; sino al momento de consultar al personal de salud en el primer nivel de atención.⁴

El componente *C* o *Eficacia* de la Solución se refiere a la posibilidad de modificar el problema con los recursos y tecnologías actuales. A las *EDAs* se le otorgó una de las calificaciones más altas secundario a los recursos existentes, designados por el Programa de Atención a la Salud del Infante y Adolescente (*PASIA*), empleados en *Biológicos, Electrolitos Orales, Desparasitantes, Vitaminas y Minerales, entre otros*.⁴

Para el último componente, designado *D* o *Factibilidad* de la Intervención, se desglosa la palabra *PEARL*, donde *P* es *Pertinencia*, *E* es factibilidad *Económica*, *A* es *Aceptabilidad*, *R* es disponibilidad de *Recursos* y *L* es *Legalidad*. En cuanto a pertinencia, todos las patologías tienen un componente positivo al igual que la legalidad; sin embargo en cuanto a la factibilidad económica, reflejada en un gasto de bolsillo, *la diabetes, las úlceras y la hipertensión arterial* suponen un costo elevado; en el componente aceptabilidad, las *infecciones de vías urinarias y la candidiasis* representan su apartado negativo por el cambio de hábitos y conductas cotidianas; y por último en cuanto a recursos, los sistemas de salud cuentan con muy poco o casi nulos recursos para prevenir las *úlceras e intoxicaciones por picaduras de alacrán*. Recordando que cualquier apartado negativo arrojará una puntuación de cero.⁴

En cuanto a la ecuación de los diversos componentes antes descritos, que nos otorgarán un producto numérico (orden a priorizar), se ilustra la siguiente tabla:

TABLA 7: Priorización en base a Hanlon (Cálculo)

*Causa de Consulta	A	B	C	D	(A+B)(CXD)
Enfermedades Diarreicas Agudas	6	10	1.5	1	24
Infecciones Respiratorias Agudas	8	8	1	1	16
Otitis Media Aguda	6	4	1	1	10
Conjuntivitis	4	1	1	1	5
Infección de Vías Urinarias	6	6	1	0	0
Diabetes Mellitus	6	9	0.5	0	0
Úlceras, gastritis y duodenitis	6	7	0.5	0	0
Intoxicación por picadura de alacrán	6	5	1.5	0	0
Candidiasis Urogenital	4	2	1	0	0
Hipertensión Arterial	4	3	0.5	0	0

Como resultado del método aplicado, se identificó el problema de *EDAs*, como causa prioritaria y factible de intervenir en la comunidad de Tototlán. Basado en la *Historia Natural de la Enfermedad* y la *Medicina Basada en Evidencias*, se visualizaron las diversas ventanas de oportunidad para intervenir en el primer nivel de atención, con un enfoque *promocional – educativo – formativo - preventivo*.⁴

IV. Proyecto de Intervención en Salud

1. Antecedentes bibliográficos

Panorama epidemiológico

En los países en desarrollo cada niño menor de 5 años experimentará de dos a tres episodios de diarrea por año; para el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 17% las muertes en menores por dicha causa, además de ocupar el quinto lugar expresada en Años de vida ajustados por discapacidad.

Su principal agente infeccioso es el rotavirus, que causan entre el 70 y 80% de los casos, seguido de las bacterias con el 15% y finalizan los parásitos solo con un 5%.

En México, en 1990 la mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) fue de 122.6 defunciones por 100 mil menores de 5 años, descendiendo la tasa significativamente en 2007 al registrarse sólo 14.2. Esta enfermedad disminuyó un 8.1 % en su tasa de incidencia, ya que paso de 189.48 en el 2000 a 174.22 en el 2007; afectando principalmente a los menores de un año de edad.

Las EDAs se agrupan en ocho padecimientos de los cuales las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas son responsables del 89% seguido de la amebiasis intestinal con un 8% y otras infecciones intestinales debidas a protozoarios con un 2%.

A nivel estatal Tabasco fue primero con 350 casos por cada mil niños, mientras que Sonora fue el menor en reportar solo 101 casos por cada mil.¹⁵

Definición de enfermedad diarreica aguda

La EDA es de origen infeccioso, causada por virus, bacterias, parásitos y/o hongos, caracterizada por presentar un cuadro clínico autolimitado menor de cinco días, de inicio rápido con presencia de evacuaciones líquidas e incremento en la frecuencia de las mismas, puede ir acompañada de otros signos o síntomas como vómito, náusea, dolor abdominal o fiebre; sus principales complicaciones son la deshidratación y la desnutrición.

Entre los factores predisponentes destaca la manipulación inadecuada y contaminación de los alimentos, condiciones higiénico-sanitarias deficientes, cambios estacionales, uso de medicamentos, intoxicación alimentaria y agentes infecciosos.¹⁵

Fisiopatología

La enfermedad diarreica aguda, resulta de la disminución del paso del agua de la luz intestinal a la sangre, lo cual ocasiona que el volumen que llega al colon supere su capacidad de absorción. La infección invade la mucosa, se producen toxinas, lo que causa una disminución de la capacidad de absorción del líquido. Las células de las criptas, son las encargadas de reparar las vellosidades lesionadas, con un período de 24 a 72 horas, lo que haría desaparecer a la diarrea.¹⁵

Historia natural de la enfermedad

El término de historia natural de la enfermedad se refiere al conjunto de características clínicas y subclínicas de la enfermedad en un periodo de tiempo determinado, sin la intervención de terapéutica

alguna; lo cual las hace única, aunque pueden existir variaciones entre individuos debido a características del huésped, agente agresor y/o medio ambiente.

La historia natural de las infecciones entéricas comprende 2 periodos: prepatogénico y patogénico, bajo el diseño de Leavell y Clarck. El primero menciona que para que la enfermedad se presente, es necesaria la intervención de varios factores en un periodo de tiempo y en un individuo; al completarse esta directriz, inicia el periodo patogénico o la enfermedad. Este periodo se relacionan con la triada de: agente, huésped y ambiente.

Entre los factores de riesgo asociados al desarrollo de la diarrea se destacan:

- a. *En el Recién nacido*: ser pre-término (< 37 semanas) o de bajo peso (< 2500 gr), no alimentación al seno materno y una estancia hospitalaria > 10 días.
- b. *En los lactantes*: antecedente de bajo peso, no alimentación al seno materno, diarreas anteriores y malos hábitos higiénicos del responsable del menor.

El periodo prepatogénico se puede prevenir a través de la promoción de la salud y protección específica (Prevención primaria). El periodo patogénico incluye una etapa subclínica y otra clínica, las cuales se contienen mediante un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y por medio de la limitación de la incapacidad (Prevención secundaria); finalmente se encuentra la Rehabilitación (Prevención terciaria) del paciente en caso necesario, que tiene como objetivo integrar útilmente al paciente a la sociedad.¹⁵

Prevención

Esta consiste en difundir las medidas necesarias para disminuir la morbilidad y mortalidad, sus características se sustentan en ser eficaces y fáciles de aplicar; van dirigidas a los responsables de los menores de cinco años de edad, y se deben de llevar a cabo en las comunidades y en la consulta de atención.

La atención eficaz y oportuna de las diarreas se sustenta en dos pilares: la administración de líquidos de baja osmolaridad (Vida Suero Oral) y mantener la alimentación habitual, lo que previene las principales complicaciones (deshidratación y desnutrición).

Las medidas de prevención se dividen en las que interrumpen la transmisión de la enfermedad (agua potable y de calidad, disposición segura de excretas, higiene personal, el manejo correcto de los desechos sólidos y el manejo seguro de los alimentos) y las que incrementan la resistencia del huésped (lactancia materna exclusiva, vacunación, suplementación con vitamina A, entre otras).

Lactancia Materna

La lactancia materna reduce la incidencia de diarreas en los menores de 6 meses, además de proveer los nutrimentos necesarios, contiene inmunógenos protectores, esta estéril, se encuentra a temperatura adecuada y es gratuita; como medida adicional promueve los lazos emocionales entre la madre e hijo.

Alimentación Responsable

Posterior a los 6 meses, es tiempo de la ablactación para lo cual es necesario utilizar agua hervida o desinfectada para dar de beber y preparar los alimentos, además de conservarlos en recipientes limpios y tapados.

La leche a administrar debe ser sometida a tratamiento térmico (pasteurizada, ultrapasteurizada, hervida, evaporada, en polvo, etc.), la carne de res o de puerco debe estar bien cocida, los alimentos tendrán que ser frescos.

Higiene en el Hogar

Las pautas de importancia en el responsable del menor de 5 años se enlistan a continuación: lavado de manos antes de preparar los alimentos; lavar las manos del menor antes de cada comida; mantener limpias y cortas las uñas del menor; servir los alimentos enseguida de haberlos preparado; lavar bien los utensilios de la preparación de los alimentos y con los que se le da de comer al menor, antes de utilizarlos; lavar con agua limpia y estropajo, las frutas y verduras, desinfectando las que no se puedan tallar; y lavar a chorro de agua las carnes y el huevo antes de utilizarlos.

Por último es importante refrigerar los alimentos sobrantes en recipientes limpios y cerrados; antes de consumirlos volver a calentarlos hasta que hiervan.

Saneamiento ambiental

En la Salud Pública, el saneamiento ambiental ocupa un lugar muy importante, su principal propósito es controlar, disminuir o eliminar los riesgos derivados de ciertas condiciones especiales del ambiente físico y social, que pueden afectar la salud. Entre los componentes del saneamiento básico se encuentran:

- c. Suministro de agua potable para consumo humano.
- d. Alcantarillado.
- e. Eliminación adecuada de excretas.
- f. Recolección y disposición de residuos sólidos.
- g. Vivienda y control de fauna nociva.

Suministro de Agua Potable para Consumo Humano

Se piensa que el 88% de las EDAs son producto de agua insalubre y de un saneamiento y una higiene deficiente. México tiene una baja disponibilidad de agua potable ocupando el lugar 81 a nivel mundial, solo se abarca el 88.8% de las viviendas.

Un servicio de agua óptima no solo consiste en suministrar el agua necesaria, también implica la calidad de la misma a fin de evitar efectos adversos sobre la salud. El agua segura debe cumplir una serie de requisitos físicos, químicos y microbiológicos.

Alcantarillado

Las obras de alcantarillado o drenaje deben ser una consecuencia del abastecimiento del agua, ya que con el uso del agua corriente se producen grandes cantidades de efluentes que tienen que evacuarse

y eliminarse en forma adecuada. Debido a que el 80% del abastecimiento de agua en México, proviene de pozos profundos es imperante que el sistema de alcantarillado sanitario no se convierta en fuente de contaminación. En el 2006 México tenía una cobertura urbana de alcantarillado del 86% y rural del 58.3%.

El componente anterior va de la mano con la eliminación de las excretas, que consiste en desecharla en inodoros, excusados o letrinas o enterrándola en sitios alejado de los hogares, caminos o fuentes de agua.¹⁵

Suplementación con vitamina A

La Vitamina “A” (VA) es uno de los micronutrientes que ha demostrado tener mayores beneficios en la salud de los niños, ya que estimula la maduración del epitelio gastrointestinal y mejora la respuesta del sistema inmunológico.

Al mejorar niveles de VA, la sobrevivencia en niños de 6 meses a 6 años de edad se incrementa en cerca de 40%, además disminuyen las hospitalizaciones.¹⁵

Inmunizaciones

Entre las medidas de prevención para las EDAs se contempla la aplicación de vacunas contra rotavirus y sarampión. La infección por rotavirus es responsable de alrededor de 600,000 muertes anuales y 40% de las hospitalizaciones por diarrea en menores de 5 años de edad en el mundo, por lo que la vacuna ha demostrado una eficacia de 73 a 90%.¹⁵

Capacitación a madres

Los diversos documentos insisten en la participación de la madre durante el proceso de atención en menor de cinco años que cursa con diarrea, con acciones asertivas puntuales al padecimiento y con ello evitar las complicaciones del menor. Por lo que este componente recae sobre el personal de salud, visualizando como oportunidad la demanda de atención bajo los diversos esquemas de la línea de vida; más sin embargo los lineamientos o normativas no proponen una metodología educativa, en la cual pueda apoyarse el personal.

El modelo educativo que pretende la institución repunta el desarrollo de actitudes y prácticas de las madres hacia sus hijos fomentando el autocuidado y promocionando un estado saludable en el hogar. La modalidad de difusión es individual o grupal y se le recomienda al personal respetar la culturalidad poblacional, estimular la comunicación, elogiar las buenas acciones, aconsejar y recomendar mejores prácticas; esta difusión la recomiendan de una manera informal o formal con materiales como: Rotafolios, Trípticos, Carteles, Sobres de Vida Suero Oral y DVD.

La evaluación de la capacitación la sustentan en el uso de preguntas de verificación abiertas que generen la participación, dentro del contenido recomendado a tratar es: la lactancia materna exclusiva, ablactación y destete, higiene y almacenamiento de los alimentos, lavado de manos, manejo correcto del agua potable, disposición segura de las excretas y desechos sólidos, deshidratación, signos de alarma, uso de VSO, la ingesta de vitamina A y la aplicación de todas las vacunas.

Acciones Educativas

Importante el mencionar que la estrategia que propone el Centro Nacional de la Salud de la Infancia y la Adolescencia, está fundamentada en la participación comunitaria, más sin embargo no es algo que suceda en la Región Sanitaria Ciénega, en Jalisco, según el Diagnóstico de Salud de la comunidad de Tototlán.

Además recomiendan una capacitación práctica, poder aterrizar los conocimientos a las prácticas diarias, más sin embargo, sigue siendo un componente educador, considerando a la comunidad, un grupo analfabeta, sin experiencia y tradiciones; con esto se busca que la comunidad memorice los conocimientos y no que trascienda con ellos, incorporándolos a su estructura mental.

Atención en el Hogar

Los servicios de salud reconocen como fundamental la atención y cuidados que se le brinden en el hogar, ya que de estos dependen la prevención de la deshidratación y la correcta evolución del paciente, dejando en claro los signos de alarma de las diarreas.

El punto medular de la atención está orientado a la Terapia de Hidratación Oral, que en este caso consiste en la preparación del Vida Suero Oral y su ministración, sin suspender la alimentación y en caso necesario acudir a la consulta médica, lo que conlleva a los componentes de la atención, el A, B, C de la atención. En conclusión un niño con diarrea tiene mayor probabilidad de vivir, si su madre utiliza la terapia de hidratación oral y es capaz de reconocer los signos de alarma.

El CeNSIA reconoce como un factor condicionante hacia la capacitación y por ende a la atención a las madres indígenas, jóvenes, analfabetas, bajo nivel de escolaridad y bajo ingreso económico.¹⁵

Perspectiva de la Intervención

El atender a un menor de 5 años en el hogar, cuando cursa con una enfermedad diarreica aguda, representa un reto para el responsable del mismo, y solo el conocimiento de acciones puntuales puede ser la pauta para llevar a buenos términos el cuadro infeccioso. Por lo que educar es el principio de la acción, y no se hace a la mera manera escolar en México, en la cual el que sabe enseña al que no sabe; va más allá de ello, como un proceso continuo y sistemático de interacción entre la práctica y la teoría, impulsado por aquellos que tienen un mayor nivel de reflexión e información referente a la enfermedad y su prevención, solo así se producen cambios y se generan acciones; a eso se le denomina educación popular en el presente proyecto.²²

La comunicación a través de la educación popular busca una conciencia de la realidad, la cual combina hechos, situaciones y circunstancias, con interpretaciones, emociones, sentimientos y actitudes, sobre la presente enfermedad. Esto hace que el conocimiento sea profundo solo al mezclar experiencia y teoría, como proceso de educación-acción, aclarando que no todo conocimiento y experiencia le pertenece al grupo coordinador.²³

El enfoque del problema, donde la comunidad es el primer actor sobre el campo de la salud, recomienda un diagnóstico previo, analizando los componentes principales de la enfermedad (*biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud*).²⁴

Por lo que trabajar bajo el modelo de Lalonde, pese a sus limitaciones, permite un esquema con la capacidad de abarcar el problema en su amplitud, ya sea a través de uno de sus componentes antes mencionados o la combinación de los cuatro, a fin de evaluar su importancia relativa y su interacción.²⁵ Esta división de acciones pretenden interrumpir la transmisión de la enfermedad e incrementar la resistencia a la misma, bajo el enfoque de talleres de trabajo.²⁶

El enfoque de logros es dependiente de la colectividad entre comunidad e instituciones, porque solo así se conducen cambios en las políticas pública, y para acercarse a la población es importante la promoción de la salud, la cual en palabras de la Dra. Ilona Kickbusch “*Es el desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas...*”, que invitan a la participación activa la que según el sociólogo Jeremy Rifkin, es “*La incorporación de la comunidad desde la identificación de los problemas hasta la evaluación de los programas...*”; aunado a ello la Organización Panamericana de la Salud propone tres mecanismos internos: el autocuidado, la ayuda mutua y los entornos sanos.²⁷

La promoción de la salud difunde la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de aptitudes personales para el fomento de la salud, y la reorientación de los servicios de salud; con el objetivo de restar recursos y potencializar acciones.²⁸

Para ejemplificar el párrafo anterior, en la Conferencia Internacional de Ottawa de 1986, el político y Ministro de Salud de Canadá Marc Lalonde, cuestionó las políticas de salud de su país mediante su informe (1974), mencionando que los recursos en salud se dedicaban fundamentalmente a la organización y mantenimiento de los servicios asistenciales a la enfermedad, y muy poco para incidir en los condicionantes de las enfermedades más prevalentes y responsables de la mayor mortalidad de los canadienses.²⁹

En consecuencia, una política pública saludable es una intención de modificar positivamente las determinantes que afectan la salud; La PhD Nola J. Pender en su obra “*Prevención de la enfermedad y promoción de la salud servicios prestados por los profesionales de enfermería: la predicción de los posibles consumidores*” plantea que promover un estado óptimo de salud debe anteponerse a las acciones preventivas, ya que identifica factores que influyen en la toma de decisiones y las acciones que se toman para prevenir la enfermedad, esto a través del contexto cognitivo-perceptual de la comunidad, basado en tres rubros:

1. La Acción Razonada (Icek Ajzen y Martin Fishbein): plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.
2. La Acción Planteada: con mayor probabilidad de ejecución, si el usuario tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.
3. La Teoría Social-Cognitiva (Albert Bandura): la cual esta cimentada en la autoeficacia, como factor influyente para lograr el éxito.

Pender agrega que si un individuo tiene una alta percepción de su capacidad, seguro realizará dicha conducta, volviéndola repetitiva y adquiriendo día a día más seguridad y satisfacción por su desempeño.

Para concluir el contexto de promoción de la salud como un estado deseado cuando se provee a la persona cuidado y educación, los conocimientos, la voluntad y las condiciones, los cuales se complementan, los dos primeros como factores internos y el tercero como factor externo a la persona, características que pueden desarrollarse con la participación popular activa.²⁷

En su total contraste, en la educación bancaria en los servicios asistenciales, el personal de salud es el educador, el cual conduce al usuario en la memorización mecánica de la información referente a la enfermedad. Los responsables de los menores de 5 años de edad son así una especie de recipientes en los que se deposita las acciones a realizar durante la enfermedad, por lo que la única conciencia a crear en el usuario es la de archivar los conocimientos.³⁰

El pedagogo Paulo Freire (1921 – 1997) opinaba de la marcada pasividad del modelo bancario, “oprimiendo” a los usuarios, ya que el mismo no les permite adaptarse a su entorno. Por lo que su propuesta se sustenta en la “Educación Problematicadora”, eliminando así la unidireccional, ya que permite la comunicación de ida y vuelta, permitiendo que ambos se eduque entre sí, mientras se establece un diálogo en el cual tiene lugar el proceso educativo. Esto da la pauta a la independencia del conocimiento, destruyendo la pasividad del usuario, incitándolo a su realidad personal (reflexión-acción y práctica).³⁰

Para el presente proyecto la educación popular es el método alternativo, enfocado a la promoción de actividades que contribuyen a la transformación conductual, bajo la necesidad de cambio de la comunidad participante, con la capacidad de actuar conscientemente y con el sustento de referencias escritas de Nola J Pender y Paulo Freire, expertos de la materia.²⁷ Evitando confundir el contexto con las prácticas que se imparte de manera gratuita a la “gente del pueblo, los pobres, los marginados”; ya que no basta el que los usuarios sean miembros de las clases populares.³¹

La educación popular, entonces, es una propuesta teórico-práctica, flexible y en construcción, su visión es integral, comprometida con la comunidad; se sustenta desde una posición ética - humanista, asume una posición de carácter dialéctico, rechazando por tanto el viejo, tradicional y todavía “consagrado” marco positivista; en consecuencia, desarrolla una propuesta metodológica, pedagógica y didáctica basada en la participación, en el diálogo, en la complementación de distintos saberes, y todo ello desde y para una opción política comunitaria de salud.³²

1.1. Descripción del problema central

La morbilidad en menores de 5 años sigue afectando a las familias y los servicios médicos de la localidad de Tototlán, Jalisco, por su parte las EDAs mantienen su demanda constante en el centro de salud; durante el año 2011 esta patología cobró una vida, a modo de confirmación la tasa de morbilidad en la población menor de 5 años fue de 7.6 por cada 100 infantes.

La morbilidad sentida obtenida como fuente primaria a través de las cédulas de encuestas reportó que de los 113 menores de 5 años analizados el 89.3%, había acudido a consulta en el último año, de los cuales el 10.9% fue secundario a las EDAs.

En la tabla 8 se muestran diversos componentes desde una visión ampliada del informe estructurado por Marc Lalonde³³, con una visión Individual – Poblacional – Servicios de Salud; donde el problema central son las EDAs y las consecuencias que desencadenan en los diversos componentes ya mencionados; posterior a ello se analizan los problemas secundarios, a destacar la Demanda de Atención, las Complicaciones de las EDAs, el Gasto de Bolsillo y la Mortalidad por EDAs, y las consecuencias que cada apartado conlleva desde un enfoque interpersonal, comunitario y de la estructura de salud.³

TABLA 8: Modelo de Análisis de los Determinantes de acuerdo a M. Lalonde

Problema / Consecuencias	Individuales	Poblacionales	A nivel de Sistemas y Servicios de Salud
Problema Central			
Enfermedad Diarreica Aguda	Complicaciones orgánicas y funcionales del menor de 5 años, y Gasto de bolsillo Familiar	Elevación de las tasas de morbilidad por EDAs (7.6%)	Saturación de los servicios (23.4%) y Altos costos en la atención
Problemas secundarios			
Demanda de Atención	Secuelas orgánicas y psicológicas	Saturación de los servicios (23.4%), Largo tiempo de espera (28.7%) y Baja calidad en la atención (6.4%)	Saturación de los servicios(23.4%) y Altos costos de la atención
Complicación de las EDAs	Mortalidad	Aumento de la demanda de atención de segundo y tercer nivel, Aumento del gasto de bolsillo y Aumento de la tasa de mortalidad específica	Saturación de los servicios de atención de segundo y tercer nivel, Altos costos en la atención
Gasto de Bolsillo	Empobrecimiento familiar	Inequidad social	Demanda de atención del sector privado (23.4%)
Mortalidad	Secuelas psicológicas familiares	Desconfianza de los servicios públicos de salud (23.4%)	Evaluación de los sistemas actuales de salud (<i>autopsia verbal</i>)
Fuente: Encuesta para el DISE de Tototlán, Jal. 2010			

En la tabla 9 se presentan algunas de las soluciones probables ante las diversas determinantes de la salud, sustentadas sobre la educación popular, la cual es propositiva en cuanto a su estructura metodológica, referida en elementos participativos, acompañados de la didáctica, que permiten el desarrollo de un proceso de enseñanza-aprendizaje activo, esta propuesta tiene como punto de partida, la propia práctica social de los participantes en el proceso educativo y enfrentar los obstáculos con una ideología participativa y comunitaria.³²

TABLA 9: Análisis de Alternativas de Solución

Alternativas	Beneficios Potenciales	Elementos Favorables	Obstáculos a enfrentar
Solución Integral de la Atención de las EDAs en el Hogar	Participación comunitaria, Compromiso de los prestadores de salud y los familiares del paciente, y El aumento de la Educación para la salud poblacional	Personal de Salud, Población blanco, Servicios médicos municipales, Regidor de Salud, Coordinadores Regionales de Promoción, PASIA y Educación, y Área física	Romper la dependencia de la comunidad hacia los servicios de salud, Eliminar la percepción de la población hacia las técnicas de impartición de las pláticas actuales, Jornadas saturadas del personal de salud, Insumos para llevar a cabo los talleres
Mejoramiento en la Atención de las EDAs en el Centro de Salud de Tototlán	Especialización de la atención en EDAs en los menores de 5 años, Implementación del área de rehidratación oral, disminución de la saturación de los servicios de segundo y tercer nivel y Disminución del gasto de bolsillo de la población	Área física y Recursos materiales	Recurso humano y Resistencia al cambio
Mejoramiento del Sistema de Cloración del Agua de la Comunidad	Contar con agua de calidad que ayude a prevenir el contagio de las EDAs en el hogar y Contar con un suministro para el tratamiento de las EDAs en el hogar	Sistema de Agua Potable, Personal de Ayuntamiento y Recursos de la Secretaría de Salud Jalisco	Resistencia al cambio, Renovación de los sistemas de agua potable y Mejoramiento del sistema de cloración actual
Fuente: Encuesta para el DISE de Tototlán, Jal. 2010			

El análisis a través de las tablas 8 y 9 resume la problemática y algunas de las alternativas de solución, con sus pros y contras, lo cual nos ha permitido generar el siguiente planteamiento:

¿Es posible mejorar el proceso de atención en el hogar por los responsables de los menores de 5 años de edad con enfermedad diarreica aguda, a través de una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán, Jalisco, durante el 2012?

1.2. Problemas secundarios

La falta de generación de conocimientos en salud a través del diálogo entre el personal de salud y los usuarios de los servicios es una problemática que involucra a gran parte de los problemas priorizados, ya que a través del intercambio de información se genera una conducta proactiva que resta la morbilidad y las causas de muerte en el infante, entre las enfermedades a destacar se encuentran las Infecciones Respiratorias agudas (IRAs), las Infecciones de Vías Urinarias (IVU) y la Intoxicación por Picadura de Alacrán.^{3 y 4}

1.3. Causas

Para las causas de desinformación comunal en lo referente a la salud de los menores de 5 años de edad, se involucra tanto al personal de salud como a los usuarios demandantes de atención; ya que la falta de sensibilización de los prestadores de servicio, sumado a la falta de conocimiento sobre los métodos educativos adecuados para las comunidades ha dado pauta a una capacitación deficiente y sin generación de conocimiento; por otro lado los usuarios denominados como grupos cautivos son forzados a acudir a múltiples sesiones que desde su percepción no suman conocimiento a sus actitudes cotidianas, porque no contemplan sus necesidades básicas y/o sus estilos de vida.

Actualmente la Secretaría de Salud en la Región Sanitaria Ciénega no ve una representación participativa en las comunidades; más bien solo los ha clasificado en los linderos de comunidades vulnerables.^{3 y 4}

1.4. Consecuencias

Sustentado en el análisis de las diversas fuentes que conserva el centro de salud, uno de los componentes que mostró mayor deficiencia en el municipio por parte del plan integral de atención en los menores de 5 años y sumado a los factores antes mencionado, es el correspondiente a la educación en salud en su apartado de capacitación a las madres, según fuente primaria y representada en la tabla 10.

TABLA 10: Capacitación a los responsables de menores de 5 años, Tototlán, Jal. 2010

Atenciones	IRAs	EDAs	Preparación de VSO	Manejo de VSO	Estimulación temprana
101	0.0%	0.0%	8.9%	7.9%	1.0%

n = 101

Fuente: Encuesta para el DISE de Tototlán, Jal. 2010

2. Alternativa de Solución

Como respuesta a la interrogante anterior y en conocimiento de las deficiencias sobre el componente educativo de los responsables de los menores de 5 años, en cuanto a las generalidades de las EDAs y el manejo de la enfermedad en el hogar, se realizó una intervención educativa encaminada a la mejora del conocimiento referente a la enfermedad, su prevención y manejo primario, a través del establecimiento de acciones asertivas.^{2 y 5}

Ya en base a los datos obtenidos en el diagnóstico de salud del municipio y siendo el componente educativo uno de los aspectos medulares en cuanto a la demanda de atención e incidencia de enfermedades agudas y autolimitadas, con la presente alternativa se implementó una serie de talleres con técnicas participativas, adaptado a la comunidad y sus particularidades socioculturales. La población objetivo de la intervención fueron los responsables de los menores de 5 años de edad que demandan atención en el Centro de Salud de Tototlán, Jalisco.

En lo referente a recursos humanos con que cuenta el municipio se encuentran conformados por los sectores de salud y de educación (médicos, enfermeros, promotores de salud y maestros) cada uno de ellos parte esencial de la integralidad que se pretende hacia la intervención constructivista; en resumen con el presente proyecto se logra la generación de conocimiento de una manera dual, por parte del personal de salud y los usuarios que son las madres de familia para el presente estudio.

2.1. Beneficios potenciales

En cuanto a los logros que se esperan al iniciar el proyecto se enlistan los siguientes: una sensibilización hacia los responsables de los menores de 5 años en lo referente a la enfermedad y sus posibles complicaciones; unos usuarios con conocimiento de las generalidades de la enfermedad y un adecuado manejo de la prevención de la misma; una identificación oportuna por parte de las madres de los niños menores de 5 años en lo referente a los signos de alarma y con ello la corresponsabilidad de la salud familiar.

2.2. Elementos favorables

Los elementos favorecedores son los siguientes: Asesoría y supervisión por parte del personal regional responsable de los componentes de educación y salud; involucramiento de los responsables de los menores de 5 años de edad y de los prestadores de los servicios de salud; la implementación de un esquema de educación novedoso tanto para el personal de salud y los usuarios.

2.3. Obstáculos a enfrentar

Sin dejar a un lado los componentes negativos, mencionamos la proyección de alguno de los obstáculos: Límites establecidos por las instituciones representantes de los involucrados (Secretaría de Salud Jalisco, Secretaría de Educación Jalisco y H. Ayuntamiento de Tototlán) en la asignación de los recursos y viáticos del personal; resistencia del personal de salud al cambio de actividades cotidianas y esquema laboral, basado en productividad clínica; restricción de horarios a jornada laboral

del personal participante; resistencia de los usuarios a participar en sesiones educativas, enmarcadas en la cotidianidad e imposición por programas de ayuda condicionada (Oportunidades).

3. Justificación

3.1. Importancia del problema a ser intervenido

En el mundo los niños experimentan de 7 a 30 episodios de diarrea en sus primeros 5 años de vida, con el riesgo de un desenlace fatídico; pese a lo destacable de las condiciones sanitarias de los países, esta patología está dentro de los 10 primeros planos de morbilidad infantil.^{6, 7, 9 y 10}

En América se ha trabajado de la mano con la OPS y OMS para incidir en la mortalidad, basados en estrategias como la THO y la alimentación continua. No menos ha hecho México al reducir su tasa de mortalidad en 2007 a un 14.2 por 100 000 habitantes, secundario de la inversión de recursos en acciones y políticas de salud; más sin embargo las EDAs continúan siendo un problema de salud en las comunidades rurales a pesar de los avances que se han logrado en el siglo XX, referente al manejo de las mismas.^{12 y 15}

La mortalidad en infantes secundaria a EDAs, ha ido esclareciendo los factores condicionantes y de riesgo que la suscitan, más sin embargo aún existen rezagos en cuanto a la calidad de información y la pertinencia de la misma, lo que representa un problema adicional al subregistro de las defunciones, por lo que en países que aún se encuentra en desarrollo su sistema de salud, se emplea la técnica llamada autopsia verbal, metodología para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde que enferma hasta que fallece.^{34 y 35}

Consistente en el análisis oportuno, mediante la recolección activa de las actas de defunción y las visitas a los hogares de los menores fallecidos, con el fin de obtener nuevos datos, para así identificar factores de riesgo y fallas en el sistema de salud, y así corregirles. Jalisco ha utilizado dicha técnica desde 1993, lo que dio pauta a institucionalizarse de forma nacional.^{16 y 36}

Estas patologías siguen ocasionando un costo de bolsillo a las familias de Tototlán, ya que la atención en el hogar al día de hoy, no es una herramienta que se use de manera habitual en la comunidad; adicional a esto se suma la falta de servicios de salud pública durante el horario nocturno, por lo que las madres o tutores de los menores de 5 años de edad acuden a los servicios privados, lo que ocasiona un coste para la familia.

Motivo por el cual es factible trabajar sobre las herramientas existentes en la comunidad, las cuales representan una alternativa para llevar a cabo la atención en el hogar de las EDAs, evitando por consecuente las complicaciones y por supuesto el gasto de bolsillo.³

3.2. Importancia relativa de la estrategia de solución

Por lo que con el presente proyecto se visualiza una comunidad sensibilizada y participe en los contextos que involucran su salud y la de sus familias; usuarios con conocimiento de la enfermedad y un adecuado manejo de la misma.

Lo cual se contextualiza desde la experiencia del pedagogo Paulo Freire (1921 – 1997), quien insiste en el diálogo como proceso educativo, evitando por ende la pasividad de la comunidad, lo cual sustituye al sistema unidireccional de información, permitiendo que la información sea fluida en el ir y venir entre el personal médico y el usuario. En resumen Freire textualiza el dialogo problematizador como un aprendizaje profundo, un rezo de los oprimidos y la liberación a través de la crítica de su historia.”³¹

3.3. Relación con políticas, planes, programas y proyectos

Finalmente el contexto del proyecto está centrado en las directrices del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), con un enfoque que busca fortalecer la seguridad e higiene en el manejo del agua y los alimentos; y una política sustentada en la equidad de la distribución de los servicios públicos que se presta a la población (drenaje, agua entubada, disposición de basura y la atención en salud), desde la Constitución Política Mexicana, la Ley General de Salud, el Plan Nacional de Salud, el Plan Sectorial de Salud y el Programa Anual Nacional.

Este fortalecimiento se cimenta en los lineamientos estatales establecidos por el PASIA, a través de su componente de Enfermedades Diarreicas Agudas, distribuidos de manera prioritaria en cada una de las 13 Regiones Sanitarias; como componente regional apoya sus acciones en el Programa Regional Anual, las Normas Oficiales Mexicanas, Manuales y Guías de Práctica Clínica, actividades que son distribuidas entre los 125 municipios que conforman a Jalisco y que para el presente estudio, ocupa Tototlán.

4. Identificación del producto

Este proyecto es dependiente de diversos materiales, para llevar a buen término los talleres, entre los que destacan: salón, sillas, mesas, laptop, cañón proyector, pantalla, pintarrón, rotafolio, cartulinas, marcadores, cuadernos, lapiceras, lápices, borradores, sacapuntas, jarras, tazas, cucharas, gafetes, cubetas con agua, jabón, alimentos, cloro, plata coloidal, servilletas, entre otros.

La presente intervención fue dependiente de 40 participantes, divididos en dos grupos de manera equitativa, los cuales fueron invitados de los afiliados al programa de Oportunidades, una vez planteados los objetivos del presente estudio y los posibles beneficios que conllevaría participar en el mismo.

Posteriormente se conformó el equipo de coordinadores integrado por 2 médicos, 2 enfermeras y 2 promotores de salud, ello posterior a exponer los objetivos de la intervención e incluir su aporte durante el estudio, tanto para el apartado bancario como en el componente popular.

El proyecto se desarrolla con un enfoque constructivista, al involucrar a la comunidad de una manera activa, bajo proceso referenciados por expertos de la educación popular del continente americano (Paulo Freire, Nola J. Pender, Carlos Núñez).^{5, 22, 30 y 37}

El producto del proyecto se organiza en 6 talleres educativos de 90 minutos cada uno, lineados en las técnicas educativas adaptadas del ejemplar “técnicas participativas para la educación popular ilustradas”.

La temática está estructurada en la integralidad estratégica del proceso de salud y la participación comunitaria (la comunidad, generalidades de las EDAs, la prevención de las EDAs, higiene y seguridad en el hogar, los signos de alarma de las EDAs y el ABC de la atención en el hogar.

5. Objetivos

5.1. General

Evaluar los conocimientos obtenidos de los responsables de los menores de 5 años de edad, mediante una intervención educativa orientada hacia al proceso de atención de las Enfermedades Diarreicas Agudas que se atienden en los hogares de la comunidad de Tototlán, Jalisco, de agosto a noviembre de 2012.

5.2. Específicos

- 1) Identificar las necesidades de aprendizaje de los usuarios del centro de salud a través de una muestra comunitaria sobre la prevención y atención en el hogar de los menores de 5 años y las Enfermedades Diarreicas Agudas.
- 2) Implementar una intervención educativa basada en el dialogo problematizador con la participación de un grupo comunitario.
- 3) Formar personal de salud que aplique la metodología de las técnicas de la educación popular en sus participaciones comunitarias.
- 4) Comparar los conocimientos obtenidos por los responsables de los menores de 5 años de edad participantes, entre la metodología participativa y bancaria.

5.3. Metas

- 1) Evaluación del 100% de la muestra comunitaria de la presente intervención, para identificar sus necesidades de aprendizaje sobre el proceso de atención en el hogar de los menores de 5 años con Enfermedad Diarreica Aguda.
- 2) Diseño de 1 programa de trabajo sustentado en las técnicas de la educación popular.
- 3) Desarrollo de 6 talleres educativos necesarios para trabajar las necesidades obtenidas.
- 4) Ajuste del contenido temático a las técnicas de la educación bancaria.
- 5) Selección de 2 grupos de participantes, integrados por 20 madres de menores de 5 años cada uno.
- 6) Creación de 1 material de evaluación, compuesto por un apartado cualitativo y uno cuantitativo.
- 7) Generación de 1 equipo de coordinadores estructurados bajo las técnicas participativas para la educación popular.
- 8) Valoración del 100% de las participantes en cuanto a sus conocimientos adquiridos en las diversas modalidades de educación.

6. Estrategias

- 1) Evaluar al 100% de los participantes de la presente intervención a través del material de evaluación creado.
- 2) Analizar la información obtenida del grupo de educación participativa y educación bancaria.
- 3) Identificar las necesidades de aprendizaje de las voluntarias de la intervención, sobre la prevención y atención en el hogar de los menores de 5 años con EDAs.
- 4) Crear un programa sustentado en la educación problematizadora, que sea difundido a través de un total de 6 talleres.
- 5) Presentar el contenido temático a las autoridades de salud, para su replicación con la educación bancaria a uno de los grupos participantes.
- 6) Acudir a una reunión del grupo de oportunidades, correspondiente al AGEB seleccionado y hacer abierta la invitación a las madres que cumplan con los criterios de inclusión.
- 7) Poner a consideración el material de evaluación ante el consejo de evaluación, para su evaluación y/o modificación.
- 8) Conformar 2 equipo de coordinadores integrados por 1 médico, 1 enfermero(a) y 1 promotor(a) de salud.
- 9) Comparar los resultados obtenidos, posterior a la aplicación de ambas corrientes educativas.
- 10) Concluir los resultados obtenidos entre ambos modelos educativos.

7. Límites

7.1. Área geográfica

El presente proyecto de intervención se realizó en la localidad de Tototlán, Jalisco, México; con un criterio de selección sobre Áreas Geográficas Estadísticas Básicas (AGEBs).

7.2. Temporalidad

De agosto a noviembre de 2012, se llevó a cabo el presente estudio de casos y controles, organizado mediante temporalidad semanal.

7.3. Mercado: características de la población

La investigación realizada fue en un grupo de 40 mujeres, residentes de los AGEBS 0023, 0076 y 0131, en consideración de sus determinantes sociales, donde se distribuyen 11,826 habitantes, con una proporción 1:1 entre mujeres y hombres. El 30.6% cuentan con el Seguro Popular y 32.8% sin afiliación alguna. 38.9% de las mujeres de entre los 20 y 49 años de edad son casadas y otro 15% en unión libre, con un promedio 0.83 niños a su responsabilidad.³

V. Estudio de Factibilidad

En el contexto de la factibilidad, el educador mexicano Carlos Núñez Hurtado (1942 – 2008) en su tratado “educar para transformar... transformar para educar” hace énfasis en lo siguiente:

Una de las características esenciales de la educación popular, es su flexibilidad para incorporar elementos de otros modelos educativos (pedagógicos, dinámicos, entre otros); pero su definición está dada por su concepción y compromiso, que refleja un proceso de formación y capacitación que se da dentro de la acción organizada del pueblo, a fin de construir una comunidad nueva, de acuerdo a sus intereses.³⁸

Por otro lado, no debe entenderse a la acción como el hecho final del proceso de educación; no hay que pensar que hasta que se haya concluido el proceso teórico, se está preparado para la práctica, ya que esta ideología rompería de nuevo la esencia dialéctica, ya que la práctica a través de la acción es la fuente de conocimiento y el criterio de su propia verdad.³⁸

1. Factibilidad de mercado

La localidad de Tototlán está dividida en 12 AGEBS; en el 2010, la localidad contaba con 11,826 habitantes divididos en un 51.21% para mujeres y 48.79% para hombres. A través de la aplicación de 312 cédulas en la encuesta, utilizadas bajo el método de muestreo aleatorio, se obtuvo que el 30.6% de la población seleccionada (1,294) contaba con la derechohabencia del Seguro Popular, mientras que otro 32.8% menciona no contar con seguridad social alguna; lo que nos otorgó un total del 63.4% de usuarios potenciales del centro de salud de Tototlán.

Continuando con el análisis de mercado, se reportó de un total de 2,598 mujeres entre 20 y 49 años de edad, de las cuales un aproximado de 38.9% eran casadas y otro 15% vivían en unión libre, lo que nos da un total aproximado de 1,400 mujeres con características para tener a su responsabilidad un menor de 5 años en su familia, comparado a los 1,163 infantes menores de los 5 años; promediando 0.83 niños por pareja.

El centro de salud de Tototlán está constituido por 7 médicos generales, 10 enfermeras y 2 promotores de salud. Los cuales atienden el 34.5% de las patologías de la comunidad, de las cuales el 10.9% corresponde a las EDAs. En cuanto a acciones para la prevención de enfermedades (vacunación), al cierre de mayo de 2012 existía una cobertura de vacunación en menores de 5 años en cuanto a anti Rotavirus del 33.63% y SRP del 50.97%. Uno de los apartados que mostró mayor deficiencia en el municipio por parte de los sectores de otorgamiento de salud, son los correspondientes a la capacitación, según fuente primaria y representada en las tablas 11, 12, 13, 14 y 15.³

TABLA 11: Capacitación a tutores y niños de 5 a 9 años

Atenciones	IRAs	EDAs	Accidentes	Obesidad	Manejo de VSO	Cuidado Dental	Actividad Física
6	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	16.7%	16.7%

n = 6

Fuente: Encuesta para el DISE de Tototlán, Jal. 2010

TABLA 12: Capacitación a adolescentes de 10 a 19 años

Atenciones	Accidente	Obesidad	Métodos PF	Embarazo	Cuidado Dental	Actividad Física
14	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	28.6%	35.7%

n = 14

Fuente: Encuesta para el DISE de Tototlán, Jal. 2010

TABLA 13: Capacitación a hombres de 20 a 59 años

Atenciones	ITS	Métodos de PF	Enfermedades Crónicas	Tabaquismo	Alcoholismo
44	4.5%	0.0%	0.0%	75.0%	18.2%

n = 44

Fuente: Encuesta para el DISE de Tototlán, Jal. 2010

TABLA 14: Capacitación a mujeres de 20 a 59 años

Atenciones	Embarazo	Sx de Alarma	CaCu y CaMa
185	5.4%	3.8%	3.8%

n = 185

Fuente: Encuesta para el DISE de Tototlán, Jal. 2010

TABLA 15: Capacitación a mayores de 60 años

Atenciones	Alimentación	Accidentes	Autoestima
51	0.0%	0.0%	0.0%
n = 51			
Fuente: Encuesta para el DISE de Tototlán, Jal. 2010			

Al final del análisis de los datos obtenidos de fuentes primarias y secundarias en sus diversos apartados, se visualizó viable la implementación de una serie de talleres de participación popular referente a las EDAs, su manejo y sus complicaciones; a los responsables de los menores de 5 años de edad, en la comunidad de Tototlán, con apoyo del sector salud, sector educativo, la comunidad y el ayuntamiento de la localidad. Factibilidad técnica

El contenido de la temática, en primera instancia fue supervisado por el responsable regional del PASIA; posterior a ello se realizó una evaluación de partida a los diversos participantes, una vez perfeccionadas las deficiencias de la intervención, se emitieron los resultados a participantes y a autoridades involucradas.

El PASIA en la Región Sanitaria IV, contó con los recursos humanos, financieros y técnicos para la impartición de la temática a las madres de menores de 5 años, los cuales son propensos a presentar EDAs; respaldados en el Programa Nacional de Salud 2007 – 2012, el Programa Sectorial de Salud de los Infantes y Adolescentes 2007 - 2012, la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 (Para la atención a la salud del niño), el Manual de EDAs 2009, el programa regional de las EDAs 2011-2012, Mensajero de la Salud, plan de Verano 2012, entre otros.^{7, 15, 16 y 25}

Por lo que la principal acción fue trabajar el formato de impartición de la información a la comunidad en cuanto a las EDAs, con apoyo del Regidor de Salud del municipio, el sector salud en su apartado local y regional, y la secretaría de educación pública apartado regional (DERSE).

El formato con el que se trabajó busco el no entorpecer las acciones que se venían realizando en la comunidad, más allá de ello resulto una alternativa de educación liberadora, que le permitiera a la comunidad empoderarse de su situación actual y futura de salud.

2. Factibilidad financiera

Referente al financiamiento se visualizó que no debería existir un fondo fijo, ya que el material para los talleres fue responsabilidad de la Secretaría de Salud Jalisco, al igual que la cobertura del sueldo del mismo; en cuanto a la difusión, la responsabilidad fue por parte del ayuntamiento, al igual que el sueldo del regidor, caso similar al de la DERSE.

3. Factibilidad administrativa

La organización del puesto en marcha de la estrategia, estuvo a cargo del investigador con el apoyo directo del coordinador regional de PASIA, coordinador de área en salud del municipio, representante de la DERSE y regidor de Salud del municipio. La difusión fue a través de la invitación a pares por parte de los participantes, con el previo consentimiento del sector de salud regional (Director) y la venia del representante de la comunidad (Presidente municipal).

La contención del proyecto estuvo a cargo del coordinador de área en salud del municipio y los prestadores de servicios de salud del centro de salud de la localidad, mientras que en el apartado de difusión y acreditación de resultados, el apoyo fue por parte del regidor de salud.

En el apartado de costo, el financiamiento fue por parte de la Secretaría de Salud Jalisco a través de la Región Sanitaria IV y el Ayuntamiento de Tototlán Jalisco.

En cuanto al espacio físico, el centro de salud, cuenta con un auditorio para 50 personas, por lo que la inversión fue similar al apartado anterior.

4. Factibilidad política

El mayor alcance visualizado, fue la disminución en la demanda de atención por EDAs en el centro de salud, evitar las complicaciones de una enfermedad auto limitada y por supuesto cubrir la necesidad sentida de la comunidad, en cuanto a la salud del infante se refiere. Pocos son los apartados que supusieron un obstáculo a la puesta en marcha del proyecto, la primera fue el borrar el panorama que se tenía por parte de la población sobre el formato de las capacitaciones actuales y el segundo fue el de actitud por parte del personal de salud para retomar el apartado preventivo en una población demandante en cuanto a lo curativo.

5. Factibilidad social y legal

El impacto social que se buscó proyectar fue el otorgamiento de las herramientas a través del conocimiento para manejar de manera oportuna y consciente las EDAs en el hogar y reconocer el momento idóneo de buscar el apoyo médico seguro.

La participación comunitaria fue el principal logro que se buscó a través de este proyecto, con una visión hacia la conciencia social y la corresponsabilidad de la salud de los menores de 5 años en el hogar. Por lo que la integración de la comunidad a través del vínculo usuarios–prestadores de salud fue la herramienta de trabajo hacia proyectos futuros en el apartado de salud de Tototlán. El presente proyecto no buscó desplazar la atención tradicionalista de la población a con las EDAs, en concreto, fue integrar conocimiento para la toma de decisiones asertivas, en bien de la familia y el gasto de bolsillo.

Para el presente proyecto fue necesario citar solo algunos de los párrafos que constituyen los diversos derechos de la comunidad, como es el caso del párrafo cuarto del artículo 4º, correspondiente al Título Primero, Capítulo I, De los Derechos Humanos y sus Garantías de La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que cita: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Dentro de la Ley General de Salud, Título Primero, Disposiciones Generales, Capítulo Único, Artículo 2º, dentro de algunos de los derechos a la protección de la salud se mencionan algunas de sus finalidades: XV.- La prevención y control de enfermedades transmisibles; y XVIII.- La asistencia social.

Lo anterior se complementó con los ejes centrales y rectores antes mencionados y relacionados con la salud del infante.

VI. Material y Métodos

1. Diseño de estudio

El presente proyecto se diseñó bajo la estructura de un estudio Caso – Cohorte, ya que el criterio de selección de la población en estudio se basó en la presencia (casos) o ausencia (controles) del evento en estudio y en el que el investigador fijó el número de eventos a estudiar, así como el número de sujetos sin evento (controles) que se incluyeron como población de comparación (Pareamiento Grupal).

El común denominador en el estudio es la utilización de un sistema que permite concentrar información sobre la población expuesta al evento en tiempos relativamente cortos y, en general, sin la necesidad de invertir cuantiosos recursos económicos.³⁷

Para la realización de la intervención se realizó una cohorte utilizando variables como tiempo, lugar y espacio, esta cohorte es del tipo prospectiva y se evalúa mediante el diseño de una tabla de 2 x 2.

1.1. Hipótesis nula:

El conocimiento de los responsables del menor de 5 años de edad no presenta mejora posterior a la intervención educativa basada en la educación popular, por lo que no hay diferencia entre los diversos métodos de educación.

1.2. Hipótesis alterna:

El conocimiento de los responsables del menor de 5 años de edad presenta mejora, posterior a la intervención educativa basada en la educación popular, por lo que existe una diferencia significativamente positiva entre la educación popular y la educación bancaria.

2. Universo

La unidad de observación fue la madre de familia, y el análisis se dirigió hacia los saberes en la atención de las EDAs en los menores de 5 años de edad, respaldado en la aplicación de un cuestionario que permitió evaluar lo teórico-práctico.

Se tomaron en cuenta los responsables de los menores de 5 años de edad, que habitaban en los AGEBS seleccionados, que disponían de los servicios de atención en salud que se brindan en el CS de la localidad y que voluntariamente se incorporaron a la estrategia de intervención.

Por lo que se pretende que los resultados obtenidos, en cuanto a las estrategias encaminadas a modificar el sistema educativo que utiliza el centro de salud, permita en un futuro próximo beneficiar a

los 1,163 infantes menores de los 5 años, en la atención que reciben por sus responsables en sus hogares.

3. Tamaño de la muestra

El estudio se realizó en un grupo de 20 madres de menores de 5 años de edad (casos), en comparativa con un grupo equitativo (controles), residentes de los AGEBS 0023, 0076 y 0131 de la comunidad de Tototlán, dada su ubicación en relación al centro de salud y la similitud de determinantes sociales de sus viviendas, así como miembros activos del programa de Oportunidades.³

3.1. Unidad de observación

La unidad de observación fueron los responsables de los menores de 5 años de edad (que hubiesen presentado al menos un episodio de EDA), sus conocimientos, actitudes y prácticas que ejerce en beneficio del niño y la economía familiar.

3.2. Unidad de análisis

La unidad de análisis corresponde al aprendizaje que se genere del responsable del menor de 5 años de edad hacia el proceso de atención en hogar.

4. Criterios

4.1. Inclusión

Las madres o tutores de menores de 5 años de edad, residentes de la localidad de Tototlán por más de 6 meses, que sepan leer y escribir, además de que habiten en los AGEBS seleccionados, que cuenten con los servicios de atención en salud que se otorgan en el centro de salud y que acepten la integración a la estrategia.

4.2. Exclusión

Las madres o tutores de menores de 5 años de edad de diversos AGEBS no seleccionados, que no soliciten los servicios en el centro de salud y aquellos responsables que cumplen con el criterio de inclusión; pero que no acepten participar en el proyecto.

4.3. Eliminación

Las madres o tutores de menores de 5 años de edad, que cumpla con lo establecido en los criterios de inclusión; pero que sean analfabetas, además de aquellos que decidan abandonar la intervención.

Cabe hacer la mención que para este proyecto no fue necesario utilizar los criterios de eliminación, ya que las madres seleccionadas en la primera etapa, ninguna de ellas fue analfabeta.

5. Diseño de la intervención social

La intervención en el apartado educacional que se implementó en la localidad de Tototlán, se basó en una serie de talleres, en total 6, comprendidos en uno por semana (miércoles 5, 12, 19 y 26 de septiembre, y miércoles 3 y 10 de octubre; a las 10:00 horas), cada uno de los talleres tuvo una duración de 90 minutos, lo que al finalizar el total de talleres acumuló 9 horas crédito, cada grupo (casos y controles) estuvo integrado por 20 participantes, mismos que fueron dividido en 4 equipos de 5 integrantes, además se contó con 3 tutores (médico, enfermera y promotor); al finalizar cada uno de los 6 talleres de técnicas de participación popular, se aplicó un instrumento de evaluación de desempeño, para analizar el desarrollo de los temas; fue importante contar con material alusivo al tema (El material que se utilizó fue seleccionado por el comité evaluador), al finalizar el proyecto se entregó la constancias de participación a las asistentes por parte de las autoridades.

El presente proyecto inició con la conformación del comité evaluador, integrado por el componente externo: representante de la DERSE, representante del ayuntamiento y representante de la coordinación de área en salud municipal. Una vez seleccionado el componente participativo, se procedió a la difusión de información del proyecto, mediante la reunión de acuerdos, con el formato para autoridades y los grupos incorporados

Firmadas las cartas de autorización se procedió a la aplicación del cuestionario inicial, instrumento conformado por 20 reactivos de opción múltiple; las preguntas estuvieron dirigidas a examinar los conocimientos sobre los factores determinantes propuestos por Marc Lalonde (Ambientales, Biológicos, Socioculturales y de Atención en Salud) que desencadenan las EDAs, las acciones que las previenen y que evitan complicaciones, este instrumento fue aplicado a los 40 participantes por igual.

En la elaboración del cuestionario participaron las autoridades de salud, tanto las regionales como las locales, posterior a ello fue evaluado y corregido por el comité evaluador. Previa aplicación, este instrumento fue piloteado en 10 madres de menores de 5 años de edad de la comunidad de La Barca, que asistían a demandar atención en el centro de salud de dicha localidad, previo consentimiento informado. La aplicación del cuestionario de conocimientos aplicado en la localidad de Tototlán, se llevó a cabo en dos etapas:

Primera Etapa: Se desarrolló con los participantes seleccionados que ya habían firmado su consentimiento informado, previo al primer taller educativo, (Etapa fundamental para la realización del diagnóstico basal). Los resultados codificados fueron compartidos con las autoridades.

Segunda etapa: Se realizó posterior al haber concluido los 6 talleres (casos) y las 6 capacitaciones (controles); esta aplicación evaluó los componentes teórico-prácticos de la atención en el hogar.

Una vez procesados, evaluados y comparados los resultados obtenidos mediante herramientas electrónicas, las cuales corroboraron la validez del proyecto en la localidad, fueron presentados estos resultados en conjunto con la conclusión y las recomendaciones hacia la institución de salud en sus diversos componentes: estatal, regional y local.

Los diversos apartados descritos anteriormente se desglosan en el siguiente diagrama de Gantt, organizado en temporalidad semanal con un total de 4 meses del año 2012, mostrado en la tabla 16.

TABLA 16: Diagrama de Gantt, 2012

Eventos		Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
		Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
		1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a
1	Conformación del comité de evaluación	■															
2	Selección de la población blanco (casos y controles)		■														
3	Reunión de acuerdos con participantes y autoridades			■													
4	Aplicación de cuestionario inicial			■													
5	Presentación de resultados a participantes				■												
6	Impartición de talleres de técnicas participativas en EDAs					■	■	■	■	■	■						
7	Aplicación de cuestionario final										■						
8	Visitas aleatorias a participantes (casos y controles)											■					
9	Análisis de los resultados												■				
10	Discusión y Conclusiones													■	■		
11	Presentación de resultados a participantes y autoridades															■	
12	Acuerdos y Recomendaciones																■

Para el apartado financiero se muestra la tabla 17, donde cabe aclarar que los recursos serán aportados por la Secretaría de Salud Jalisco, Región Sanitaria IV, Ciénega – La Barca:

TABLA 17: Financiamiento para una serie de talleres en EDAs

CONCEPTO	CANTIDAD	JORNADAS	COSTO UNITARIO	TOTAL
Investigador Principal	1	37	\$800	\$29,600.00
Coord. Regional del PASIA	1	15	\$800	\$12,000.00
Coord. de Área en Salud Mpal.	1	15	\$1,000	\$15,000.00
Regidor de Salud	1	15	\$1,000	\$15,000.00
Representante de la DERSE	1	15	\$600	\$9,000.00
Médicos Generales	2	15	\$800	\$24,000.00
Enfermeras	2	15	\$400	\$12,000.00
Promotor de Salud	2	15	\$400	\$12,000.00
Vaestros	2	15	\$400	\$12,000.00
Tutores	3	10	\$600	\$18,000.00
Salón	Renta			\$1,500.00
Viáticos	Concentrado de todos los participantes			\$5,000.00
Gasolina	Concentrado de vehículos involucrados			\$5,000.00
Difusión	Para un taller			\$5,000.00
Insumos médicos	Para un taller			\$3,000.00
Material diverso	Para un taller			\$5,000.00
Material de hogar	Para un taller			\$4,000.00
Material electrónico	Para un taller			\$12,000.00
TOTAL	16	167	\$6,800.00	\$199,100.00
Fuente: SAT 2010				

6. Instrumentos

- 1) Cuestionario de conocimientos. (ver anexos)
- 2) Cuestionario para la evaluación del taller educativo. (ver anexos)

7. Elaboración del cuestionario

De los instrumentos antes mencionados, en su elaboración se tomaron en cuenta los siguientes puntos:

7.1. Cuestionario de conocimientos

En lo referente al cuestionario de conocimientos (ver Anexos, página 70) generales sobre las EDAs en los menores de 5 años de edad, se estructuró en 6 componentes (La comunidad, Generalidades de las EDAs, La prevención de las EDAs, Higiene y Seguridad en el Hogar, Los signos de alarma de las EDAs y El ABC de la atención en el hogar), ubicados en 20 preguntas de opción múltiple:

- La comunidad, 2 preguntas
- Generalidades de las EDAs, 3 preguntas
- La prevención de las EDAs, 3 preguntas
- Higiene y Seguridad en el Hogar, 3 preguntas
- Los signos de alarma de las EDAs, 3 preguntas
- El ABC de la atención en el hogar, 6 preguntas

7.2. Cuestionario de evaluación del taller educativo

En cuanto al cuestionario para evaluar los talleres educativos, herramienta utilizada solo en el grupo de casos, en total fueron 6 cuestionarios, que se aplicaron a la totalidad de asistentes, al finalizar cada uno de los talleres, este cuestionario estuvo compuesto de 5 interrogantes abiertas, estas preguntas no fueron necesariamente repetitivas, ya que se fueron adaptando al avance del grupo y los resultados que se fueron obteniendo de cada uno de los talleres, también es de importancia el mencionar que estas respuestas no fueron evaluadas como correctas o incorrectas, ya que se tomaron en cuenta cada uno de los 600 comentarios a lo largo del proyecto.

8. Reclutamiento de participantes

Para el puesto en marcha de la presente intervención fueron necesarios 40 participantes, los cuales fueron divididos en dos grupos de 20 participantes (casos y controles) tomando en cuenta los criterios de elección mencionados con anterioridad (inclusión, exclusión y eliminación), para llegar a la obtención de los voluntarios se siguió el siguiente proceso:

- a. Reunión con los involucrados en el presente estudio (Investigador, Región Sanitaria IV, DERSE y Ayuntamiento) para dialogar sobre el proyecto y los puntos clave de la intervención; así como la conformación del Comité Evaluador.
- b. Asamblea con los grupos de Oportunidades para plantearles las necesidades y posibles beneficios que conllevaría el presente estudio para las familias y los menores de 5 años de edad que conforman a las mismas, hacer extensiva la invitación a participar en el proyecto, la seriedad y privacidad del presente, y la elección de los 40 participantes.

- c. Congregación con el centro de Salud de Tototlán (Investigador, Coordinador de área, Médicos, Enfermeras y Promotores de Salud) para exponer los objetivos de la intervención e incluir a los que estarían participando en el presente estudio, tanto en el apartado tradicional como en el componente popular (capacitadores tutores colaboradores).
- d. Presentación de los participantes al equipo colaborador y evaluador, espacio para preguntas y respuestas, firma del consentimiento informado, conformación de los 2 grupos a través de la aleatorización y aplicación del cuestionario diagnóstico.

9. Aplicación del instrumento

9.1. Pilotaje del instrumento:

Ya una vez diseñado y definido el cuestionario de conocimientos por los participantes del proyecto y las autoridades involucradas, se llevó a cabo la prueba piloto en el auditorio del centro de salud de La Barca, con el propósito de resolver los apartados técnicos y definir el esquema de codificación y las tablas del vaciado de datos para ejecutar las acciones estadísticas con los recursos informáticos previamente mencionados. En dicho pilotaje se aplicó el cuestionario por el investigador principal y un par de enfermeros pasantes del servicio social de la región sanitaria IV, a 10 madres responsables de menores 5 años de edad que se encontraban demandando atención en la unidad de salud; se analizó el tiempo promedio para el término del cuestionario con un resultado de aproximadamente 30 minutos, así como las interrogantes que surgieran de los voluntarios referente al tecnicismo del vocabulario empleado y el grado de dificultad de cada una de las interrogantes el cual fue nulo, lo cual nos permitió mantener el cuestionario anexo.

9.2. Cuestionario diagnóstico de conocimientos:

1. Se reunieron a los 40 participantes en el auditorio del centro de salud, acompañados del comité evaluador, lo cual evitó la participación del equipo investigador.
2. Los participantes (casos y controles) tomaron asiento y se les otorgó el cuestionario y un lápiz con punta; el comité evaluador dio lectura a las instrucciones para el llenado correcto del cuestionario, antes de iniciar se respondieron las dudas pertinentes y se les permitió contestar el cuestionario en 30 minutos, dentro de las indicaciones se les pidió a las participantes esperar a que finalice el tiempo para hacer la entrega de su cuestionario pese a haber terminado previo a la conclusión del tiempo.
3. Al término del tiempo el comité evaluador recogió la totalidad de cuestionarios, sin excepción alguna, cerciorándose que los datos personales estuvieran llenados de manera correcta.

4. Ya concluido el tiempo, el equipo de investigación pudo entrar al auditorio, donde tomó nota de las observaciones tanto del equipo evaluador, como de los participantes.
5. Se les hizo entrega del calendario de actividades a cada uno de los participantes, así como las notas correspondientes para participar en sus talleres.
6. El comité evaluador fue el responsable de calificar los cuestionarios, posterior a ello el equipo investigador capturó la información en la base de datos creada en Microsoft Excel 2010, lo que dio un diagnóstico general y uno específico referente a los casos y controles.

9.3. Cuestionario para la evaluación de taller educativo.

Cabe hacer la aclaración de que este cuestionario fue aplicado solo al grupo de casos, y el mismo fue aplicado al término de cada taller:

1. Al termino del taller y reunidos los participantes en el auditorio, se les invitó a tomar asiento y se les otorgó el cuestionario conjuntamente con un lápiz con punta.
2. Se les leyeron las instrucciones para el llenado correcto y se les otorgaron 10 minutos para concluirlo.
3. Al término del tiempo el equipo de investigadores recolectó los cuestionarios, y se despidió a los participantes.
4. Ya reunido el equipo que trabajó con casos, el investigador principal dio lectura a cada una de las observaciones, mientras que el secretario del equipo anotó las observaciones, excluyendo aquellas que fueron repetitivas.
5. Con el total de observaciones, se realizó un taller FODA, ya que el cuestionario no solo estuvo enfocado a los puntos equívocos de los talleres, sino que buscó reforzar los atinos de la estrategia educativa hacia esta particular comunidad.
6. Al concluir el taller FODA se elaboró una presentación, la cual se compartió con el grupo al inicio del próximo taller educativo, sin rebasar 5 minutos.
7. La anterior presentación fue la pauta para la elaboración del siguiente cuestionario, que reforzó las soluciones o encomiendas de los asistentes a los talleres, estableciendo así, un diálogo problematizador.

9.4. Cuestionario final de conocimientos:

1. Nuevamente se reunieron a los 40 participantes en el auditorio del centro de salud, acompañados del comité evaluador y evitando la presencia de los equipos “capacitadores”.
2. Los participantes (casos y controles) tomaron asiento y se les otorgó el mismo cuestionario; pero con las adecuaciones técnicas pertinentes, previa evaluación y autorización de los diversos

comités y expertos involucrados en la presente investigación. El lápiz con punta volvió a ser una herramienta a otorgar a cada uno de ellos. El comité evaluador leyó las indicaciones para el llenado correcto del cuestionario, antes del inicio se accedió a responder las dudas de los participantes y se les pidió concluyeran su cuestionario en los próximos 20 minutos, previamente establecido se recogieron el total de exámenes solo al haber terminado el tiempo y evaluando el llenado completo de los datos personales.

3. Al haber finalizado la actividad, todos los integrantes del proyecto de investigación entraron para agradecer la participación de los equipo.
4. Posterior a evaluar y capturar los resultados bajo las reglas antes mencionadas, se ejecutó el análisis, bajo los paquetes informáticos, previamente seleccionados.

10. Análisis estadístico

Para este apartado se pretende comparar los resultados teóricos desarrollados a través de las diversas doctrinas de educación y mediante las herramientas de evaluación empleadas, sin olvidarse de medir el desarrollo personal secundario al diagnóstico basal.

El análisis básico consiste en la elaboración de diversas tablas que contengan las frecuencias de las diversas variables utilizadas, finalmente el estadístico que permitió corrobora la hipótesis alterna y por lo tanto rechazar la hipótesis nula fue la prueba de Chi cuadrada de Pearson.

10.1. Identificación de las variables

Independientes: Talleres de educación popular, Capacitación tradicional a responsables de los menores de 5 años de edad.

Dependiente: Conocimientos de los responsables de los menores de 5 años en lo referente a las Generalidades de las EDAs, su Prevención, Higiene en el Hogar, Seguridad de los Alimentos, Signos de Alarma de una EDA y el A, B, C, de la Atención, para ambos modelos educativos.

Asociadas: Sexo, Edad, Estado Civil, Escolaridad, Ocupación, Número de hijos, Parentesco, entre otras.

10.2. Recolección de datos

Para el presente estudio y la obtención de datos se utilizaron 2 instrumentos: un cuestionario de conocimientos en base al modelo de Marc Lalonde (2 etapas), en su apartado diagnóstico y final, estos componentes midieron ambos métodos utilizados (casos y controles), para posteriormente hacer la

comparación de resultados. Bajo el mismo apartado se utilizó un cuestionario de percepción del desarrollo del taller, secundario a cada uno de ellos en el que se emplearon las técnicas participativas de la educación popular, para control de calidad interno.

10.3. Fase evaluativa

Se aplicó el cuestionario de conocimientos final a los participantes, una semana posterior al haber concluido los dos grupos sus talleres y capacitaciones.

10.4. Procesamiento de la información

Para la identificación de diferencias significativas entre los resultados obtenidos antes y después de aplicada la intervención educativa se utilizaron medidas de asociación como la Razón de Odds (OR) y medidas de impacto potencial entre ellas el Riesgo Atribuible en su Fracción en expuestos (FAe) y en su Fracción en población (FAp).

El procesamiento se realizará mediante los paquetes informáticos Microsoft Excel 2010 e IBM SPSS Statistics 20, el análisis estadístico se hará calculando las frecuencias del grupo de casos (expuestos) y el de controles (no expuestos), a través de las tablas de contingencia.

10.5. Consideraciones éticas

La estrategia de consentimiento para el presente proyecto; esta realizada en base a la experiencia de la Encuesta Nacional de Tabaquismo en México 2009, donde el prototipo que se utilizó fue el consentimiento informado verbal.²⁴

Entre los puntos que se aplicaron en los consentimientos para trabajar en conjunto a través de los talleres, fueron la obtención de información en las evaluaciones, para el logro de los resultados esperados. Se aplicaron consentimientos a todos los entrevistados, para los menores de 18 años los consentimientos fueron dirigidos a los padres o tutores y el asentimiento para los menores. Tanto los consentimientos como los asentimientos verbales estuvieron siempre disponibles de manera impresa, cartas 1 y 2 (ver anexos). Estos consentimientos fueron leídos a los participantes, proporcionando toda la información relacionada al proyecto en acción.

El consentimiento informado contenía una introducción, que relató el proyecto y la participación de cada uno de los integrantes, se hizo referencia a la confidencialidad estricta de sus datos personales, al tiempo de participación, el calendario de talleres, así como los días de evaluación. Se fue muy estricto al mencionar que no existe un beneficio directo por su participación en el proyecto; sin embargo, la

información que se obtuviera ayudaría a redefinir el sistema de educación que se utiliza en los servicios de salud del municipio.

En resumen, con la lista de posibles participantes, se reunieron a los mismos para hacerles la invitación, donde se explicó en qué consistía el proyecto y se leyó el consentimiento informado (carta 1), no fue necesario utilizar el asentimiento para menores de edad (carta 2), aquellos participantes que aceptaron firmar conformaron los equipos.

VII. Reporte de Ejecución

1. Comparativo con lo planeado

En lo referente a lo planeado se evaluó al 100% de los participantes y posterior a la aplicación del cuestionario diagnóstico se logró identificar las deficiencias generales en lo referente a la Prevención y atención de las EDAs dentro del hogar, lo cual permitió adecuar los 6 talleres cubriendo dichas necesidades y a la vez apegándose a los lineamientos enmarcados por el CeNSIA.

Esta temática se analizó con el comité evaluador, y posterior a la aprobación se difundió entre ambas coordinaciones de los casos y controles, para que la información a manejar fuera la misma; pero con diferentes enfoques, dependientes de la estrategia educativa.

En cuanto a la educación popular se trabajó en cada uno de los talleres mediante un dialogo problematizador, para lograr una participación activa comunitaria, la cual fue evaluada posteriormente a cada taller con el cuestionario de percepción, en los cuales los resultados fueron positivos. Lo cual permitió a los coordinadores de dichos talleres esquematizar una vertiente diferente de información, obteniendo la percepción de la comunidad y compartiendo sus experiencias.

Finalmente al concluir con la temática en ambos modelos educativos se aplicó la evacuación final, donde se obtuvieron los resultados del presente proyecto, conjuntamente con el análisis y las recomendaciones pertinentes.

TABLA 18: Cumplimiento de objetivos

OBJETIVOS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	TIEMPO	AJUSTES
Identificar la necesidad de conocimiento de las madres sobre el manejo en el hogar de las EDAs en los menores de 5 años.	Logrado (100%)	Se realizó el muestreo en 40 madres de la comunidad, logrando así un diagnóstico basal sobre las EDAs y su atención	2 semanas	Aumentar la muestra y la distribución de AGEBS
Implementar una intervención educativa basada en el dialogo problematizador con la participación de un grupo comunitario.	Logrado (100%)	Se implementó un total de 6 talleres, bajo los lineamientos de la educación popular, fomentando el dialogo de ida y vuelta	8 semanas	Implementar la misma técnica educativa en componentes como las Infecciones Respiratorias Agudas en el menor de 5 años de edad
Formar personal de salud que aplique la metodología de las técnicas de la educación popular en sus participaciones comunitarias.	Logrado (100%)	Se formó un equipo de 3 personajes (médico, enfermera y promotor) sensibilizados en las técnicas educativas populares que fomentan la participación activa de la comunidad	10 semanas	Involucrar a la totalidad del personal de salud en los próximos talleres educativos
Comparar los conocimientos obtenidos por los responsables de los menores de 5 años de edad participantes, entre la metodología participativa y bancaria.	Logrado (100%)	Se realizó la comparación de ambos métodos en grupos de 20 madres, bajo los mismos términos, con el fin de evitar sesgar la información	4 semanas	Realizar una medición en campo, bajo la aplicación de los conocimientos teóricos en el hogar

2. Limitaciones y problemas

Para el presente estudio una limitante de importancia fue la muestra por trabajar, a sabiendas de las dificultades presentes en cuanto a los recursos y costos del presente estudio; sin embargo es importante mencionar algunos apartados considerados para el cálculo de la muestra empleada en el presente proyecto.

Ya lo decía Arquímedes en una de sus frases célebres y modificadas por Jaume Marrugat³⁷: “Dadme el número suficiente de pacientes y demostraré como estadísticamente significativa cualquier diferencia por pequeña que sea”

En base al principio general que justifica trabajar con muestras es que resulta más barato, más rápido, más fácil y es más exacto, con una mínima probabilidad de error (en general $\leq 5\%$). Por lo que el número de individuos que pueden participar en un estudio pueden ser cuestiones de orden logístico (como las limitaciones financieras, el número de pacientes disponibles en el caso de enfermedades infrecuentes y las propias necesidades de tiempo del estudio).³⁸

Para muestras pequeñas se deben considerar distribuciones del tipo binomial exacta, la de Poisson, la de Student, entre otras. Bajo dichas recomendaciones y utilizando el programa GRANMO³⁸ se hizo el cálculo de la muestra con las siguientes consideraciones:

- Aceptando un riesgo $\alpha < 0.05$ (0.99) para una precisión β de ± 0.2 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.5, se precisa una muestra aleatoria poblacional de alrededor de 40 responsables de menores de 5 años de edad, bajo una reposición del 5%, asumiendo que la población de la factibilidad de mercado es de 1400 sujetos.
- Finalmente para el cálculo de los casos y controles, se realizó la medición con un riesgo α de 0.05 y un riesgo β de 0.2 en un contraste bilateral, se precisaron alrededor de 20 casos y 20 controles para detectar una OR mínima de 10; asumiendo que la tasa de expuestos en el grupo control sería del 0.5, se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 0%, todo ello bajo la aproximación de POISSON.

VIII. Resultados, Análisis y Conclusiones

1. Resultados

Al concluir el proyecto, se desarrollaron los 6 talleres educativos, se aplicaron el 100% de los instrumentos (20 caso y 20 controles) de la primera y segunda etapa.

La siguiente tabla refleja el apartado porcentual de las características generales (sociodemográficas) del grupo participante:

TABLA 19: Demografía de mujeres participantes

Edad	Edo Civil	Ocupación	Escolaridad	< 5 años	Parentesco
Promedio 30	Casada 77.5% Unión Libre 22.5%	Hogar 90% Empleada 10%	Primaria 92.5% Secundaria 7.5%	Total 58 Promedio 1	Madre 100% Otro 0%

N = 40

Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

En la intervención educativa participaron 40 mujeres responsables de niños menores de 5 años de edad, las cuales residen en la localidad de Tototlán, Jalisco. Las edades de las participantes oscilan entre los 21 y 41 años con una media de 30 años de edad, el 55% (22) se ubicaron en el grupo de los 20's, un 43% (17) en los 30's y solo el resto (1) en los 40's. De las mismas mujeres 31 son casadas mientras que 8 mantienen una relación en unión libre y solo 1 de ellas está separada; el día con día en sus ocupaciones mantiene a 36 señoras en el hogar mientras que 4 más son empleadas (1 en cooperativa escolar, 1 en presidencia, 1 más en taquería y finalmente 1 en tortillería). En cuanto a la formación académica las participante solo estuvieron cursando el apartado básico, 37 de ellas se mantuvieron en la primaria y solo 3 lograron concluir la secundaria; el grupo en su totalidad está conformado por madres entre las cuales se suman 58 menores de 5 años como hijos y acumulan un promedio de 1.4 menores por participante.

De las 40 participantes solo el 41.3% tenía nociones referente a lo que es una comunidad, ya una vez dividida en sus variantes el 40% sabía que era una comunidad y el 43% cuáles son sus fortaleza; en cuanto a las generalidades de las Enfermedades Diarreicas Agudas, del total de las responsables de los menores de 5 años de edad, el 33.3% conocía un cuanto al respecto, ya que solo 9 madres reconocieron que era una diarrea, 14 sabía de su clasificación y solo 17 ubicaba las complicaciones de la enfermedad. En uno de los apartados más importantes la prevención, el resultado fue solo un poco por encima de los dos anteriores con un 38.3%, ya en su desglose solo el 37.5% sabía del cómo prevenir una diarrea, el 42.5% cuales son las actividades que realiza el sector salud para el

fortalecimiento de la prevención y en menor proporción el 35% sabía de las actividades en pro de este componente por parte del municipio; La higiene complementa el apartado anterior con un resultado del 46.7%, en su desglose 19 participantes conocía sobre la seguridad y manejo de los alimentos, 17 conocían la técnica de lavado de manos y 20 del manejo adecuado de los alimentos.

En cuanto a la atención que puede ser reflejada dentro del hogar tenemos las variables correspondientes a los signos de alarma, con un consenso general del 37.5%, donde el 40% sabía sobre signos de alarma, 47.5% conocía cuáles eran los más comunes y solo el 25% identificaba que hacer cuando el niño presentaba los mismos; para finalizar uno de los apartados a evaluar que resume en gran medida el plan de acción ante un menor de 5 años con diarrea es el A, B, C del cual casi la mitad de los participantes lo identificaban (47%), el 37.5% sabía sobre que era el A, B, C, el 65% conocía del componente de Alimentación, 70% identificaba a las Bebidas abundantes, 40% hacían uso de la Consulta oportuna, 38% sabía de la integralidad de una consulta y finalmente el 33% identificaba a la calidad como punto primordial de la atención médica integral.

Posterior a la aplicación del cuestionario para el diagnóstico del grupo participante, se utilizó el programa Microsoft Excel 2010 para conjuntar la información, elaborar tablas y obtener los resultados ya mencionados; además de elaborar diversos cálculos estadísticos en base a los aciertos obtenidos de un cuestionario de 20 interrogantes, en la primera etapa y representados en la siguiente tabla:

TABLA 20: Estadística descriptiva

Casos		Controles	
Media	7.9	Media	8.75
Mediana	8	Mediana	8
Moda	8	Moda	8
Desviación estándar	1.4473	Desviación estándar	2.6730
Varianza de la muestra	2.0947	Varianza de la muestra	7.1447
Curtosis	0.7806	Curtosis	1.7381
Rango	6	Rango	12
Mínimo	5	Mínimo	4
Máximo	11	Máximo	16
Suma	158	Suma	175
Cuenta	20	Cuenta	20

Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

Dentro de la dinámica de evaluación de resultados finales, se utilizaron medidas de impacto (*Razón de Momios*, *Riesgo Atribuible Exponencial* y *Razón Atribuible Poblacional*) que demuestran que las diversas metodologías utilizadas en el presente estudio son el parte aguas para contener las EDAs, ya que la educación por sí misma es una herramienta que va empoderando a las comunidades con su salud y es el instrumento de elección en la promoción de la salud.

En el caso de los controles, para el cual se utilizó la educación tradicional o bancaria se evaluaron los resultados basales contra los finales, demostrando que en cada uno de los componentes obtuvo avance en cuanto a los conocimientos en los participantes.

Para el componente de *Comunidad* se observa que un responsable de menor de 5 años que acuda a una capacitación tendrá 1.5 veces más oportunidad de trabajar en comunidad y para la comunidad, lo que se representa que en los expuestos a la intervención habrá mejoras del 33.3%, lo que representaría para la población un beneficio del 18.5%. El siguiente componente corresponde a las *Generalidades y la Prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas*, que muestra un beneficio de 1.6 veces más de los participantes sobre los no participantes, en cuanto al apartado atribuible exponencial es de 38.6% mientras que la fracción poblacional es del 22.1%. Para la *Higiene y Seguridad de los Alimentos*, represento 1.9 veces más de significancia sobre los no capacitados, la fracción exponencial fue de 47% y la poblacional de 26.4%. Finalmente lo correspondiente al área de *Signos de Alarma y el ABC de la Atención*, fue de aproximadamente el doble (1.98) de beneficio para los asistentes a la capacitación, lo que es para los expuestos a la educación tradicional una fortaleza del 49.5% y para la población de 28.4%.

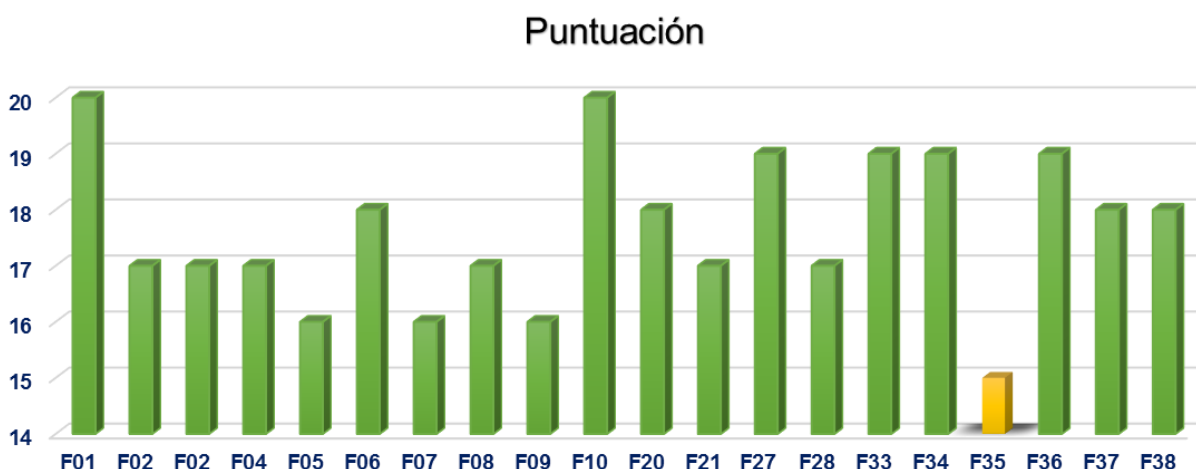
El impacto potencial obtenido del trabajo realizado bajo las técnicas participativas de la educación popular, se enlista en sus apartados específicos: *Comunidad*, en este punto se observa que el partícipe de esta técnica tendrá 12 veces más oportunidad de identificar las bondades de una comunidad y trabajar en conjunto, lo que representa en expuestos a la educación constructivista un 91.8% de mejora, y en cuanto a la población el 62.4%.

Posteriormente identificamos los logros sobre las *Generalidades y la Prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas*, con una proporción de casi 11 veces más de los participantes sobre no participantes de talleres, en cuanto al atribuible exponencial es de 90.7% mientras que la fracción poblacional es del 63.3%. En cuanto a la *Higiene y Seguridad de los Alimentos*, represento 28.5 veces más, el apartado más sobresaliente del presente estudio, la fracción exponencial fue de 96.5% y la poblacional de 68%. Finalmente en *Signos de Alarma y el ABC de la Atención*, fue de 9.7 veces más de beneficio para los asistentes de las técnicas participativas, lo que es para los expuestos a la educación problematizadora una fortaleza del 90% y para la población de 61.4%.

De importancia el evaluar las diferencias de impacto entre cada uno de los grupos, que por separado recibieron la temática seleccionada por el comité evaluador y según recomiendan los diversos lineamientos y normativas, en total acumularon alrededor de 9 horas, divididas en 6 temas que se describen a continuación por su relación entre sí, los resultados son posteriores a la aplicación del cuestionario final, en cuanto al apartado de Comunidad, los casos tuvieron 10.68 veces más oportunidad en las herramientas de una comunidad comparado a los controles; en cuanto a la Fracción Atribuible de expuestos (FAe) es de 58.45% y la Fracción Atribuible de población (FAp) de 43.83%. Seguidamente los logros de *Generalidades y la Prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas*, con una proporción de los casos de 9.2 veces más sobre los controles, en cuanto al FAe es de 52.1% mientras que la FAp es de 41.2%. Mencionar que en lo referente a la *Higiene y Seguridad de los Alimentos*, represento 26.61 veces más, nuevamente estando por arriba los casos sobre los controles, la FAe fue de 49.45% y la FAp de 41.48%. Finalizamos la evaluación entre los diversos métodos educativos al mencionar que sobre los *Signos de Alarma y el ABC de la Atención*, fue de 7.77 veces más de beneficio para los asistentes de las técnicas participativas, lo que es para la FAe del 40.22% y para FAp de 32.96%.

Una vez tomando en cuenta los rangos de calificación definidos por el comité de evaluación, basados en la semaforización que se utiliza en los *Indicadores Caminando a la Excelencia* (Verde, Amarillo, Rojo y Negro) se muestran las siguientes figuras, que representan los resultados de los casos y controles:

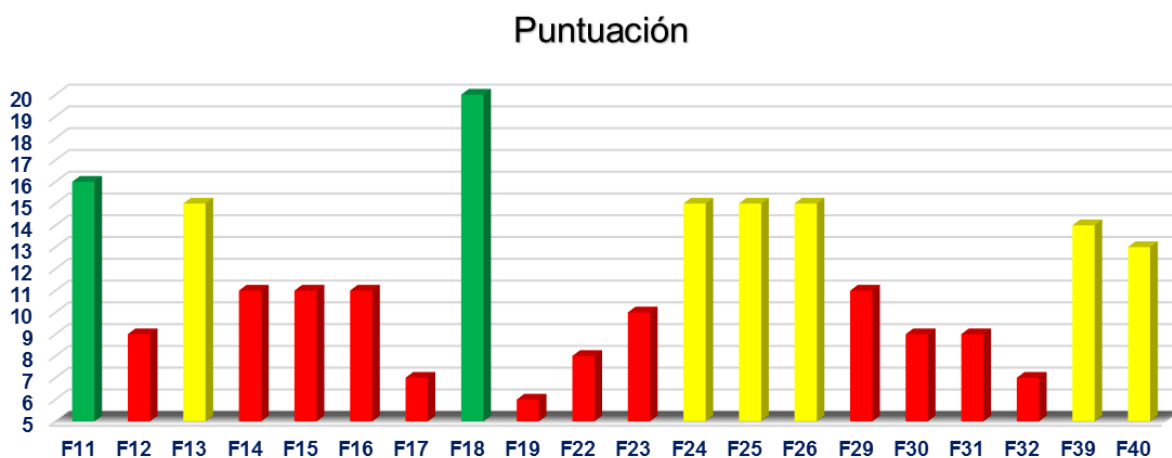
FIGURA 1: Resultado de la evaluación final de los casos



Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

En la figura anterior se muestran los resultados capturados desde el cuestionario final, en donde se observan resultados ubicados entre “*Satisfactorio y Sobresaliente*”.

FIGURA 2: Resultado de la evaluación final de los controles

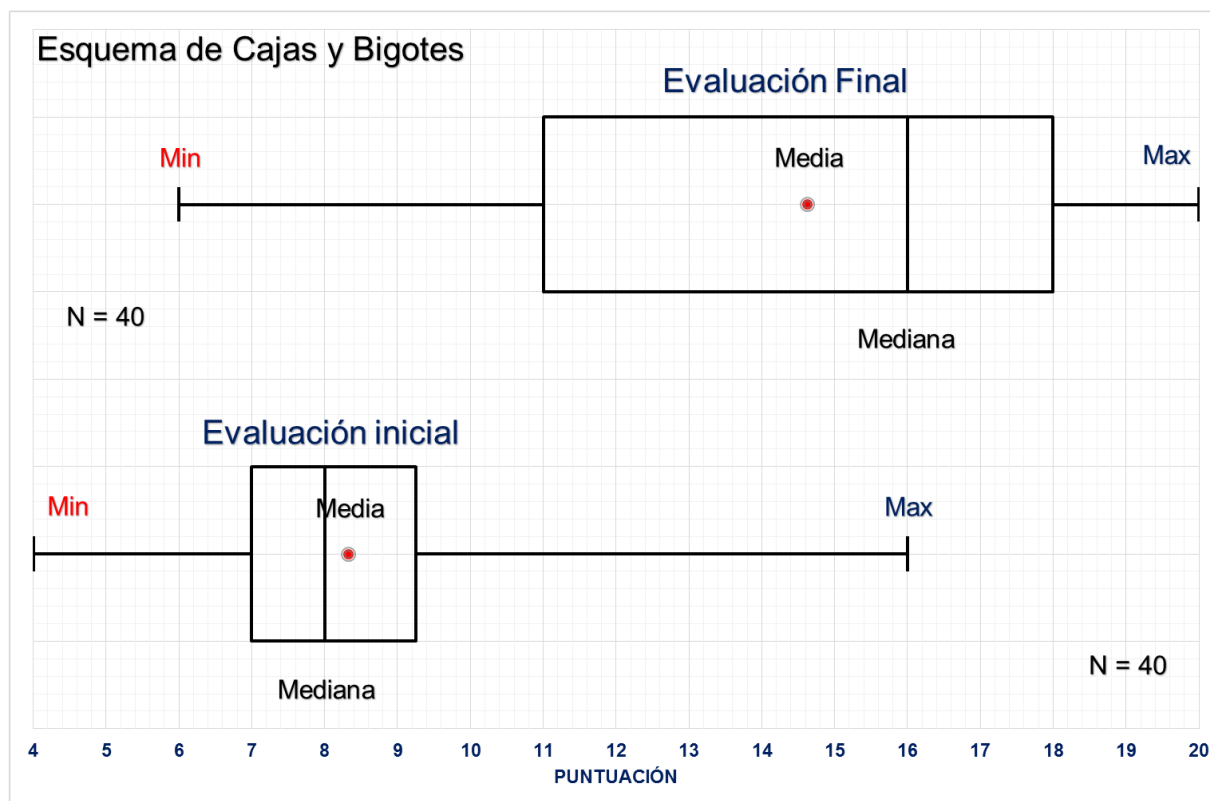


Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

Para la figura 14 se muestran los resultados capturados desde el cuestionario final en el grupo de controles, en donde se observan resultados que van desde “*Mínimo hasta Sobresaliente*”; en cuanto a la realización de las tablas de contingencia y por recomendaciones de los expertos en educación (maestros y representantes de la DERSE) se utilizaron dos grupos (dicotómico) “*Aprobado y No aprobado*”, para el primer rubro solo están considerados los participantes que obtuvieron 16 o más aciertos, ubicándose en el apartado colorimétrico de sobresaliente; por debajo de 16 aciertos los participantes se catalogan como no aprobados.

En la siguiente figura se observan la representación de la dispersión de los resultados obtenidos del diagnóstico final y el diagnóstico inicial:

FIGURA 3: Distribución de resultados, Diagnóstico Final contra Diagnóstico inicial



Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

La figura anterior, en el componente de evaluación final muestra la distribución de los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario final, la anchura de esta caja muestra una gran dispersión de datos entre los casos y controles, existe una asimetría negativa entre la mediana y la media, y por último el mencionar que los bigotes son asimétricos con una proporción negativa entre el derecho y el izquierdo. Ya en la evaluación inicial se observa una distribución de resultados tras el cuestionario inicial, con una anchura mucho menor que en el cuadro uno, por lo que la caja muestra una menor dispersión de resultados entre los casos y controles, existe apenas una asimetría positiva entre la mediana y la media, y por último el mencionar que los bigotes son asimétricos con una proporción positiva entre el izquierdo y el derecho.

Finalmente para el proceso de la tabla de 2 x 2 (contingencia) se utilizó el programa IBM SPSS Statistic 20 para el cálculo de la diferencia existente entre los resultados de las muestras de los casos y los controles, utilizando la X^2 (Chi cuadrada de Pearson) y medidas de riesgo.

La tabla de contingencias muestra que los participantes de ambos grupos (casos y controles) que posterior a la evaluación final y en base a los valores aprobatorios designados por el comité evaluador

fueron clasificados en los *No aprobados* y los *Aprobados*; en lo referente a los casos el 95% aprobó mientras que solo el 10% de los controles logro el mismo cometido.

Para las *variables independientes y dependientes* se utilizó la *Chi Cuadrada de Pearson*, para así establecer la proporción de significación entre los resultados de ambos grupos del presente proyecto con un IC del 95% (α 5%). Para la presente evaluación no fue necesario el uso de la corrección de Yates ni la Prueba de Fisher ya que los valores esperados sobrepasaron frecuencias de 5 observaciones. Los resultados obtenidos son estadísticamente significativos ya que la $X^2 = 28.97$, por lo que su $p < 0.05$, lo que rechaza la hipótesis nula ($H_0 = X_1 = X_2$), misma que tiene relación con el azar; demostrando así la existencia de una diferencia estadística ($H_A = X_1 > X_2$) significativa en la generación de conocimiento en la comunidad de Tototlán.

Por último en cuanto al componente de riesgo, que para el presente estudio se presenta como beneficio comunitario, la distribución por grupo mostró que los casos demuestran una mayor probabilidad de aprobar por conocimiento en comparación a los controles, dado que la intervención educativa a la que fueron sometidos representa una OR de 171 con un IC de 95% de 14.2 – 2053.

2. Análisis

Para 1979 y 1980 en Nicaragua se realizaron acciones de salud, enfocadas a la educación comunitaria a través de la participación popular, pese de no contar en ese momento con una organización suficiente, lo que daba por resultado una limitada calidad, cobertura y permanencia de las acciones; sin embargo, dichas experiencias fueron enmarcando diversos trabajos futuros.¹¹

Ya una vez analizados los resultados obtenidos en sus trabajos anteriores, se implementan, las Jornadas Populares de Salud (JPS) que se basaron en una estructura organizativa y en un modelo de capacitación popular que buscaba asegurar la multiplicación del conocimiento.¹¹

Dentro de los impactos obtenidos la diarrea pasó, de ser la primera causa de muerte en los hospitales a la cuarta causa (efecto de la capacitación, acciones de saneamiento y la promoción de la rehidratación oral en el país). La metodología de capacitación llevada a cabo en las JPS por medio del taller, demostró la factibilidad de la capacitación del pueblo en forma activa, masiva y en poco tiempo.¹¹

Los resultados anteriores fueron comparados con México donde los problemas de salud eran de igual manera preocupantes. Si bien los índices generales de salud demostraban resultados alentadores, se encontraban lejos de los límites ideales a alcanzar. A esto se sumaba el subregistro de enfermedades y muertes, se puede concluir que los problemas detectados eran mayores, al analizar los datos por

estados y sobre todo por clase social, donde se observaba una distribución muy desigual de la enfermedad y la muerte.¹¹

De los diversos problemas que se padecían era viable prevenirlos, pero no sólo a través de medidas técnico-administrativas en el campo de la salud, sino que son necesarias aun en la actualidad medidas que pasan al campo de lo político-estructural. Dentro de algunas de las políticas dictadas por el Estado mexicano en materia de salud interesa el análisis referente a la educación y a la participación en salud. A pesar de que durante casi un lustro anterior al presente estudio revisado, en lo que se refiere a educación en salud se habían llevado a cabo en diversos intentos por implementar acciones con efectos intrascendentes.¹¹

Ya para 1984, en la Ley General de Salud, publicada en febrero, se encontraba a la educación para la salud, con el objetivo de "fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitieran participar en la prevención de enfermedades y accidentes, proporcionando conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por el ambiente."¹¹

Adentrándonos en el análisis de cómo se trabaja en pro de la educación para la salud, surgen diversas observaciones. En México, generalmente la educación se formula de manera vertical; desde arriba se formulan, proponen y desarrollan los programas y en ningún momento se habla de hacer partícipes a aquellos sectores a los cuales se dirige el trabajo, reafirmandose con esto la subordinación de dichos grupos sociales (Paternalismo-Opresión). No se fomenta a la comunidad hacia una visión crítica de su realidad y se desestima la organización para solventar sus problemas de salud y enfermedad, producto de las contradicciones sociales y políticas que se vivían.¹¹

Por lo que en México, al igual que un sin número de países, el papel que la educación en salud fue el tapiz con el cual ocultar la raíz de los problemas, justificar la sociedad de clases y reproducir una ideología dominante. Respecto a la "participación de la comunidad", se lee que esta fue canalizada a apoyar y fortalecer al sistema de salud (estructura y funcionamiento de los sistemas de salud).¹¹

Más sin embargo como los procesos sociales no son unidireccionales sino dialécticos y contradictorios, se ha venido generando un trabajo alternativo en salud, diferentes grupos, independientes han ido desarrollando una serie de experiencias a nivel popular que combinan la atención médica con la educación, organización y participación en salud. Estas experiencias tienen origen y vinculación de diversos tipos: grupos religiosos, organizaciones políticas, instituciones universitarias o grupos que no reconocen filiación organizativa o institucional. La mayoría de ellos intentan contribuir con su trabajo al fortalecimiento de la conciencia de clase y de la organización popular.¹¹

El texto revisado finaliza con lo siguiente: *“Para finalizar, es importante recordar tanto para Nicaragua como para otros países, que no son los servicios de salud los que cambiarán a mediano plazo y espectacularmente la situación de salud, sino que este cambio será producto de las modificaciones sobre los distintos determinantes de las condiciones de trabajo y de vida de las mayorías”*.¹¹

3. Conclusión

Posterior al análisis de la información obtenida tras los instrumentos de medición se concluye que el grupo correspondiente a los casos, los cuales fueron expuestos a las técnicas participativas de la educación popular, presentaron avances estadísticamente significativos, por arriba de los obtenidos por el grupo de controles, mismos que fueron expuestos a la capacitación enmarcada en la educación bancaria; cuya diferencia fue analizada en base a los resultados obtenidos en la tabla de contingencia con una $X^2 = 28.97$ y una $p < 0.05$.

El presente estudio permitió estructurar un modelo de aprendizaje en base al diálogo, desde y para los usuarios del centro de salud, sobre la prevención y atención en el hogar de los menores de 5 años en relación a las Enfermedades Diarreicas Agudas.

El personal coordinador demostró contar con habilidades para desarrollar una metodología basada en las técnicas de la educación popular

Por lo que se logra alcanzar el objetivo del presente estudio y se concluye que la intervención educativa a través de la educación popular representa ventajas importantes para la mejora de los conocimientos de los responsables de los menores de 5 años de edad en relación al conocimiento que se adquiere con la educación bancaria.

IX. Propuesta de Modelo de Evaluación

En lo referente a la evaluación del instrumento, la respuesta correcta aportó 1 punto mientras que una respuesta incorrecta calificó como 0 puntos, la suma de la totalidad de los puntos obtenidos generó la siguiente clasificación en cuanto a conocimiento general y en base a los argumentos de los diversos expertos (representantes de la DERSE y maestros) que conforman el comité evaluador:

- Sobresaliente (16 a 20 puntos)
- Satisfactorio (12 a 15 puntos)
- Mínimo (6 a 11 puntos)
- Precario (0 a 5 puntos)

El cuestionario que se aplicó al inicio (diagnóstico) y al final (evaluación) de los talleres contuvo las mismas interrogantes; las cuales contenían diversos tecnicismos, buscando que fuera el mismo lenguaje a utilizarse en lo posterior entre médico – paciente, referente a las EDAs, su prevención, manejo y complicaciones, Cuestionario 1 (ver Anexos).

El cuestionario para la evaluación de taller educativo, se analizó de manera cualitativa, orientado por la percepción de los participantes del grupo de casos, que estuvo conformado por 5 interrogantes abiertas, aplicado al final de los talleres, en total fueron 6 cuestionarios, los cuales sus interrogantes fueron diversas y dependientes de las respuestas y observaciones, Cuestionarios 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 y 2.6 (ver Anexos).

La validez del tipo de preguntas y respuestas del cuestionario de conocimientos, en su componente técnico y nivel de dificultad, se revisó y rediseño por los comités involucrados en el proyecto, con el objetivo de que el contenido o datos fueran el estándar universal (dominio comunal) según normativa y lineamientos establecidos por las Secretaría de Salud y el CeNSIA:

- a. Programa Nacional de Salud 2007 – 2012
- b. Programa Sectorial de Salud de los Infantes y Adolescentes 2007 – 2012
- c. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 (Para la atención a la salud del niño)
- d. Manual de EDAs 2009
- e. Programa regional de las EDAs 2011-2012
- f. Mensajero de la Salud
- g. Plan de Verano 2012
- h. Evidencias y Recomendaciones SS-156-08, ER y Guía de Referencia Rápida SS-156-08, RR

X. Recomendaciones

En cuanto al siguiente apartado es importante mencionar que el presente estudio no pretende evidenciar los trabajos relacionados a la educación de ninguna estancia, más bien busca el fortalecer las iniciativas actuales que se viven en la comunidad, otorgando con los resultados presentes solo una herramienta de trabajo, fomentar la comunicación entre pares y definir un esquema de trabajo colectivo basado en alguno de los siguientes puntos, es por ello que en base a los resultados del presente estudio se elaboran las siguientes recomendaciones a las diversas instancias.

1. Nivel nacional:

- Destinar mayores recursos en su partida educativa al Programa de Atención a la Salud del Infante y del Adolescente, en su componente de Enfermedades Diarreicas Agudas, para el fortalecimiento educativo en salud (Comunidad – Personal de Salud).
- Asegurar el uso adecuado de los recursos, etiquetando cada uno de los componentes económicos destinados al sector educativo.
- Revisar los planes de estudio del personal de salud en formación, con énfasis en fortalecer el trabajo comunitario.
- Fortalecer el acceso al servicio social en las diversas comunidades, con el objetivo de integrar el trabajo comunitario, y por ende la promoción de la salud hacia las EDAs.
- Apoyar los programas de investigación de los diversos niveles, impulsando la integralidad de disciplinas en pro de la prevención de las EDAs y sus complicaciones.

2. Nivel estatal:

- Vigilar el uso adecuado de los recursos monetarios destinados a la educación y promoción de la salud en las diversas regiones sanitarias, en el PASIA, componente de EDAs.
- Trabajar de la mano con las universidades para la elaboración de los planes de estudio con un enfoque salubrista hacia la atención en el hogar de las EDAs.
- Reactivar el uso regional de los diagnósticos de salud, para la elaboración de los Programas Operativos Anuales del Infante en base a priorización de las necesidades locales hacia la prevención de las EDAs y no por designación generales de actividades estatales.
- Ofertar las facilidades para la formación del personal de salud en educadores comunitarios, de la prevención y promoción de las EDAs y sus complicaciones.
- Intensificar las metas destinadas al trabajo de campo y la convivencia comunitaria del primer nivel de atención, con un enfoque salubrista, en pro de combatir las EDAs y sus secuelas.

- Modificar el esquema educativo actual que se lleva a cabo en grupos cautivos (Oportunidades), permitiendo una educación participativa hacia la solución de las EDAs y sus consecuencias.
- Fortalecer el trabajo dedicado a la línea de vida en el menor de 5 años de edad, con énfasis a los componentes que contribuyen a acortar los brotes de diarreas y su letalidad, mediante los recursos del Seguro Popular, con el fin de acrecentar la calidad y la puntualidad de estrategias actuales (Yo quiero, yo puedo prevenir las diarreas en el hogar y evitar sus complicaciones).

3. Nivel regional:

- Calendarizar de manera anual las capacitaciones dedicadas a la formación del personal de salud en lo referente al manejo de las EDAs en la comunidad y de las complicaciones en la unidad de salud.
- Garantizar la calidad de los talleres educativos dedicados al personal de salud, bajo la evaluación previa de las cartas descriptivas, con el apoyo de personajes externos, expertos en la enseñanza comunitaria.
- Involucrar a la comunidad en la decisión y selección de temáticas a desarrollar, mediante diversas fuentes de recolección de información, desarrolladas por personal capacitado.
- Reconocer el componente educativo y de investigación en EDAs con publicación de carteles y proyectos de intervención.
- Fortalecer el trabajo de campo de los prestadores del servicio social dedicados a las EDAs, con el desarrollo y uso de herramientas de información (DISE).
- Evaluar el impacto de las diversas actividades dedicadas a la promoción de la salud en EDAs en los diversos municipios y localidades.

4. Nivel local:

- Trabajar en el fortalecimiento del personal de salud (personal de base, de contrato y prestadores del servicio social) en lo enmarcado por los textos oficiales que rigen la prevención, diagnóstico y tratamiento de las EDAs.
- Fortalecer los conocimientos actuales referentes a la promoción de la salud hacia con las EDAs, a través de las diversas corrientes educativas.
- Estructurar una dinámica grupal con cupos limitados de trabajo entre los 20 y 25 participantes con el fin de facilitar el proceso participativo y de comunicación, no solo en los usuarios, también en los futuros promotores de la salud, que son el personal de salud.

- Fomentar el trabajo conjunto con los responsables de los menores de 5 años de edad, para que identifiquen su hogar como la oportunidad inicial del manejo de las EDAs y con ello evitar complicaciones y el gasto de bolsillo familiar.
- Programar visitas domiciliarias, con la venia previa y con el fin de evaluar el desenvolvimiento de los usuarios sensibilizados, para así establecer un plan educativo que permita la retroalimentación.
- Continuar con los trabajos educativos en la comunidad de Tototlán, ya que el presente proyecto demuestra, que la voluntad y la comunicación atrae cambios en las conductas cotidianas.
- Continuar (participantes del proyecto) con una demanda de atención de calidad de los servicios de salud, con el fin del crecimiento comunitario.

5. Recomendaciones de mejora en el proyecto

Finalmente el comentar que para la mejora consciente del presente estudio, es necesario considerar los siguientes puntos:

- La muestra para replicar el presente proyecto debe ser mayor, considerando aumentar la proporción de los controles sobre los casos.
- El muestreo debe de considerar a la comunidad en su totalidad, bajo un muestreo aleatorio.
- La conformación del comité evaluador debe contener a líderes comunitarios, con el fin de que aporten una percepción comunitaria.
- La evaluación inicial y final debe de ser además de escrita en campo, dentro del hogar; para poder analizar las acciones en la atención de las EDAs.
- La adicción de un mayor número de participantes en la coordinación de los talleres educativos, tanto del personal de salud, como del personal educativo.
- Ampliar la temática (tiempo) en lo referente a las soluciones de rehidratación oral, con la participación expertos.
- Exponer los resultados a las autoridades estatales, en la búsqueda de la adicción de diversas secretarías y organismos.

XI. Referencias Bibliográficas

1. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Pública Méx 1985;27:438-453
2. Coll C., Palacios J. y Marchesi A. Desarrollo psicológico y educación. 2ª Edición. España. Editorial Alianza, 2001
3. Hernández L. Diagnóstico integral de salud estratégico de Tototlán, Jalisco. Jalisco, 2010:43p
4. Hernández L. Taller de priorización en salud. Jalisco, 2011: 7p
5. Vargas L. Técnicas participativas para la educación popular. Chile. Editorial CIDE, 1987:284p
6. Román E, Barrio J. Diarrea aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP 2010; 2:11-20.
7. Centro Nacional para la Salud del Infante y Adolescente [Serie en Internet] 2011 [Consultado 2011 marzo 29]. Disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/infancia/edas.html>
8. Ordóñez Leonardo, Angulo Esther. Desnutrición y su relación con parasitismo intestinal en niños de una población de la Amazonia colombiana. Revista del Instituto Nacional de Salud 2002; 22
9. González M.M. Avances biomédicos en gastroenterología infantil. Almería:ISSN, 2007
10. Diana Carolina, Eduardo E., Rodrigo D., Dioselina P. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública 2007
11. Jeannette-Ulate J, Benno-Keijzer. Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México. Nueva Antropología, 1985; 7:153-176
12. Organización Panamericana de la Salud. Lanzamiento del nuevo Manual de Tratamiento de Diarrea en Niños- Serie PALTEX N° 48 [Serie en Internet] 2009 [Consultado 2012 diciembre 12]. Disponible en: http://new.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&task=view&id=387&Itemid=308
13. S. L. Aprendiendo a prevenir la deshidratación en comunidades Alejadas y Mercados Mexicanos. Social Science & Medicine, 2009:1499-1507
14. Cardona Jaiberth, Rivera Yennifer, Llanes Mauricio. Parásitos intestinales y medicina tradicional en indígenas embera chamí del departamento de Caldas. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia 2011;31:209-421
15. CeNSIA. Enfermedades Diarreicas Agudas: Prevención, Control y Tratamiento. Distrito Federal: Secretaría de Salud Jalisco, 2009
16. Secretaría de Salud Jalisco. Consejo Nacional para el CONACED [Serie en Internet] 1993-94 [Consultado 2011 marzo 30]. Disponible en: http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e2.php?id=001690
17. Tomé P, Reyes H, Rodríguez L, Guiscafré H, Gutiérrez G. Muerte por diarrea en niños: un estudio de factores pronósticos. Salud Pública Méx 1996; 38:227-236
18. Diario Oficial de la Federación. [monografía en internet]. México: SEGOB, 2006. [consultado 2012 noviembre]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4932551&fecha=26/09/2006

19. Región Sanitaria IV, Programa de Acción Regional en Enfermedades Diarreicas Agudas. La Barca: Secretaría de Salud Jalisco 2010
20. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Enciclopedia de los Municipios de México [Serie en Internet] 2005 [Consultado 2011 junio 02] Disponible en: www.e-local.goh.mx/work/templates/enciclo/jalisco/mpios/14105a.htm
21. SEIJAL. Cédulas Municipales [Serie en Internet] 2010 [Consultado 2011 junio 02] Disponible en <http://sig.jalisco.gob.mx/cedulas/>
22. Díaz-Fernández Lyliam, Mendoza-Sánchez Mercedes, Izquierdo-Estevez Arnaldo. Diarrea persistente: algunos factores de riesgo. Rev Cubana Pediatría 1999; 71:23-27
23. Puiggrós Adriana. La educación popular en América Latina: orígenes, polémicas y perspectivas. 1ª. edición. México: Editorial Nueva imagen, 1984:340
24. Rivas-Navarro Manuel. Procesos cognitivos y aprendizaje significativo. Madrid: Editorial Consejería de educación, 2008:300
25. Cruz-Acosta Andrés, Donato-Pérez Antonio. Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo. Un enfoque integral. Rev Cubana Salud Pública 1996; 22
26. García-García I. Promoción de la salud: una antología. Rev Esp Salud Pública [serie en internet] 1997 [consultado 2012 noviembre 10]; 71:317-320
27. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM -031-SSA2-1999. Para la atención de la Salud del Niño. México: SEGOB, 2006. (FECHAS DE PUBLICACIÓN) [consultado 2012 noviembre]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2055866&fecha=09/06/2000
28. Giraldo Alexandra. Hacia la Promoción de la Salud. 2010; vol.15:128-143
29. OMSC de Ottawa - Ottawa (Canadá): OMS, 1986
30. Restrepo, Málaga. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. 1ª. edición. Bogotá: Editorial Panamericana, 2001:298
31. Freire Paulo. Pedagogía de la esperanza. 5ª. edición. México: Editorial Siglo veintiuno editores, 2002:233
32. Freire Paulo y Millán Santos. Puntos de encuentro en sus trayectorias de compromiso social y educativo. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 2004, Págs. 79-101
33. M. D. J. Priorización en Salud. Universidad de Chile - Facultad de Medicina - Escuela de Salud Pública - División en Políticas y Gestión en Salud. (2004)
34. Hernández Luis. Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa. 1ª. edición. Jalisco, 2012:60
35. Núñez Carlos. Educar para transformar, transformar para educar. Guadalajara: Editorial Caminos, 2006;vol.10:199-214
36. Hernández-Ávila Mauricio, Garrido-Latorre Francisco, López-Moreno Sergio. Diseño de Estudios Epidemiológicos. Salud Pública Méx. 2000;42:144-154

37. Marrugat J, Vila J, Pavesi M. Estimación del tamaño de la muestra en la investigación clínica y epidemiológica. Estadística en Medicina, Med Clm (Barc) 1998; 111:267-276
38. Calculadora de Tamaño muestral GRANMO [sitio de internet]. España: Unidad de Lípidos y Epidemiología Cardiovascular. Unidad de Informática Médica. Instituto Municipal de Investigación Médica; [actualizado 2012 Abril 16; consultado 2013 ene 28]. Disponible en: <http://www.imim.es/ofertadeserveis/software-public/granmo/>
39. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. Salud Pública Méx. 2010

XII. Anexos

CARTA 1: Consentimiento Informado para mayores de 18 años

Lea el siguiente texto:

Buenos días/tardes estimado(a) señor(a):

En la actualidad el alumnado del Instituto Nacional de Salud Pública en conjunto con la Región Sanitaria IV, Ciénega – La Barca, la Delegación Regional de la Secretaría de Educación y el H. Ayuntamiento de Tototlán, está llevando a cabo el proyecto: “Mejora del Proceso de Atención en el Hogar por Responsables de menores de 5 años con Enfermedad Diarreica Aguda mediante una Intervención Educativa, en la comunidad de Tototlán, Jalisco”.

Este proyecto está enfocado hacia los responsables de los menores de 5 años que fueron seleccionados, recolectará la información referente al desarrollo de habilidades secundarias a la asistencia a una serie de talleres de educación popular o a una serie de capacitaciones de educación bancaria, sobre la prevención, manejo y complicaciones de las Enfermedades Diarreicas Agudas, con el objetivo de brindar calidad de atención ya sea dentro del hogar o en el centro de salud, al infante.

Una vez elegido(a) de entre la totalidad de la comunidad, usted tiene la libertad de participar o no, durante las próximas 10 semanas, en los talleres o capacitación, según sea clasificado(a) por las autoridades competentes del presente proyecto, es importante mencionarle que solo será requerida su presencia un día por semana con una permanencia menor a 2 horas, no existe beneficio monetario alguno por su participación en el estudio; sin embargo, la información, el conocimiento y habilidades que usted obtenga le ayudarán no solo a usted en lo particular, sino también a su familia, a la comunidad, al municipio y a la misma Región Sanitaria.

Toda la información que obtengamos será completamente confidencial, es decir, será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) mediante un número y no mediante su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines académicos, pero se presentarán de tal manera que usted no podrá ser identificado(a).

Los riesgos a los que podría exponerse en esta investigación son mínimos. Si durante los talleres existiera alguna molestia o temática que le(a) hiciera sentir un poco incómodo(a), usted estará en su derecho de comentarlo o interrumpir su participación, bajo la notificación a las autoridades del presente proyecto, ya que su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de la misma en cualquier momento, por lo que su decisión será respetada sin que ello implique ninguna consecuencia para usted o su familia.

En caso de alguna duda referente al proyecto o a los derechos que usted tendrá como participante, le otorgaremos una tarjeta informativa con los datos del investigador responsable y del Coordinador de Área en Salud del municipio; Adicionalmente, encontrará los teléfonos de las oficinas regionales para obtener mayor información u orientación para cualquier queja o aclaración.

Gracias por su participación

Estudiante de la M.S.P. Luis Alberto Hernández García
Responsable del Proyecto

Pregunte al entrevistado:

¿Está de acuerdo con participar en el proyecto?

No (De las gracias y concluya la entrevista).

Sí (Pídale que escriba su nombre y firma).

Nota: Si el entrevistado es menor de edad, pídale que firme y les otorgue los datos de su tutor legal para concertar una cita y pedirle otorgue la autorización para que el menor participe.

NOMBRE:

FIRMA:

CARTA 2: Consentimiento informado para tutores

Lea el siguiente texto:

Buenos días/tardes estimado(a) señor(a):

En la actualidad el alumnado del Instituto Nacional de Salud Pública en conjunto con la Región Sanitaria IV, Ciénega – La Barca, la Delegación Regional de la Secretaría de Educación y el H. Ayuntamiento de Tototlán, está llevando a cabo el proyecto: “Mejora del Proceso de Atención en el Hogar por Responsables de menores de 5 años con Enfermedad Diarreica Aguda mediante una Intervención Educativa, en la comunidad de Tototlán, Jalisco”.

Este proyecto está enfocado hacia los responsables de los menores de 5 años que fueron seleccionados, recolectará la información referente al desarrollo de habilidades secundarias a la asistencia a una serie de talleres de educación popular o a una serie de capacitaciones de educación bancaria, sobre la prevención, manejo y complicaciones de las Enfermedades Diarreicas Agudas, con el objetivo de brindar calidad de atención ya sea dentro del hogar o en el centro de salud, al infante.

Su hijo(a) fue elegido(a) de entre la totalidad de la comunidad, usted tiene la libertad de permitirle participar o no, durante las próximas 10 semanas, en los talleres o capacitación, según sea él(ella) clasificado(a) por las autoridades competentes del presente proyecto, es importante mencionarle que su hijo(a) solo será requerido(a) un día por semana con una permanencia menor a 2 horas, no existe beneficio monetario alguno por la participación en el estudio; sin embargo, la información, el conocimiento y habilidades que él(ella) obtenga le ayudarán no solo a su hijo(a) en lo particular, sino también a su familia, a la comunidad, al municipio y a la misma Región Sanitaria.

Toda la información que obtengamos será completamente confidencial, es decir, será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Su hijo(a) quedará identificado(a) mediante un número y no mediante su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines académicos, pero se presentarán de tal manera que él (ella) no podrá ser identificado(a).

Los riesgos a los que se podría exponer su hijo(a) en esta investigación son mínimos. Si durante los talleres existiera alguna molestia o temática que le(a) hiciera sentir incómodo(a), él (ella) o usted estará en su derecho de comentarlo o interrumpir su participación, bajo la notificación a las autoridades del presente proyecto, ya que la participación de su hijo(a) en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarle la participación o de retirarlo(a) del estudio en cualquier momento, por lo que su decisión será respetada sin que ello implique ninguna consecuencia para él (ella), usted o su familia.

En caso de alguna duda referente al proyecto o a los derechos que su hijo(a) tendrá como participante, le otorgaremos una tarjeta informativa con los datos del investigador responsable y del Coordinador de Área en Salud del municipio; Adicionalmente, encontrará los teléfonos de las oficinas regionales para obtener mayor información u orientación para cualquier queja o aclaración.

Gracias por su tiempo.

Estudiante de la M.S.P. Luis Alberto Hernández García
Responsable del Proyecto

Pregunte al entrevistado:

¿Está de acuerdo en que su hijo(a) participe en el proyecto?

No (De las gracias y concluya la entrevista).

Sí (Pídale que escriba el nombre de su hijo(a) y firme).

NOMBRE DEL MENOR:

FIRMA DEL TUTOR:

CUESTIONARIO 1: Evaluación de conocimiento en lo referente al manejo de las EDAs en el hogar

Para el siguiente cuestionario, usted deberá contestar las siguientes 20 interrogantes, colocando el número que usted cree es el adecuado en cada una de las **R:** ____, sólo existe una respuesta correcta, por lo que solo tendrá que colocar un número para cada pregunta.

Este cuestionario debe ser llenado con lápiz por si desea corregir una respuesta sea sencillo, sus números deben de ser claros, sin enmendadura o tachaduras, al finalizar el total de respuestas, esperé hasta que se concluyan los 30 minutos que se le otorgaron para contestar, ya que solo a esa hora su cuestionario será recogido.

F ____

I. ¿Qué es una comunidad?

R: ____

1. Es una localidad que cuenta con casas, iglesia, plaza, centro de salud, doctores y enfermeras.
2. Es un grupo de personas que tienen un mismo objetivo y que a pesar de todas sus diferencias siempre encuentran la manera de lograr sus metas como uno solo.
3. Son personas que viven en la misma colonia, tienen las mismas carencias, los mismos problemas y día con día buscan individualmente solucionarlos.

II. ¿Cuáles son las fortalezas de una comunidad?

R: ____

1. El bien común, altruismo, confianza, liderazgo, organización, entre otras.
2. Agua, drenaje, piso de cemento o mosaico, casas de ladrillo entre otras.
3. El bien particular, auto-superación, autoritarismo, auto-confianza, la familia, entre otras.

III. ¿Qué es una diarrea?

R: ____

1. Enfermedad intestinal, generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas y frecuentes, en número de tres o más en 24 horas.
2. Es líquida, muy frecuente, de color amarillenta, puede contener moco o sangre, generalmente causada por virus, parásitos o bacterias.
3. Es una enfermedad que se caracteriza por dolor abdominal, vómitos, diarrea y puede haber deshidratación, y si no se atendiera a tiempo puede ocurrir la muerte.

IV. ¿Cómo se debe clasificar una diarrea?

R: ____

1. Aguda: menor de 2 semanas de duración, crónica: mayor a 2 semanas de duración.
2. Con deshidratación y sin deshidratación.
3. Viral, parasitaria y bacteriana.

V. ¿Cuáles pueden ser las complicaciones de una diarrea?

R: _____

1. Desnutrición, deshidratación e incluso la muerte.
2. Dolor abdominal, vómito y diarrea con sangre
3. Pérdida escolar, búsqueda de atención y gasto económico familiar.

VI. ¿Cómo puedes prevenir una diarrea?

R: _____

1. Lavado de manos, tratamiento de agua, y lavado y desinfección de alimentos.
2. Desparasitación, vitamina A y vacunación.
3. Antibióticos, Agua de garrafón y Vida Suero Oral.

VII. ¿Qué actividades debe realizar la institución de salud para prevenir las diarreas?

R: _____

1. Dotar de drenaje, agua potable y piso de cemento a la comunidad.
2. Disminuir el otorgamiento de antibiótico en las diarreas.
3. La desparasitación familiar, la ministración de vitamina A y la vacunación contra el sarampión y el rotavirus.

VIII. ¿Cuáles acciones le corresponden a las autoridades municipales en pro de la prevención de las diarreas?

R: _____

1. El saneamiento ambiental y el otorgamiento de despensas.
2. Ejecutar las estrategias que propone la secretaría de salud.
3. Suministro de agua potable, drenaje y programas que apoyen el mejoramiento de la vivienda.

IX. ¿Cuáles son los puntos más importantes de la seguridad de los alimentos?

R: _____

1. Limpia tus manos con gel alcoholado, compra tus alimentos en un lugar seguro aunque sean un poco más caros, compra agua de garrafón.
2. Mantén recortadas y limpias tus uñas y coloca depósitos específicos para la basura orgánica e inorgánica.
3. Lavado de manos, desinfección de superficies y utensilios, tratamiento de agua, y lavado y desinfección de los alimentos.

X. ¿Selecciona los pasos correctos del lavado de manos?

R: _____

1. 1 abre la llave, 2 lava tus manos hasta el codo con jabón, 3 enjuaga completamente tus manos, 4 seca tus manos y 5 utiliza gel alcoholado
2. Usa jabón de preferencia líquido, talla enérgicamente toda la mano incluyendo la muñeca por lo menos 20 segundos, enjuaga completamente, seca tus manos de preferencia con papel desechable, y utilízalo para cerrar la llave y abrir la puerta.
3. No será necesario lavarte las manos si ya utilizaste gel alcoholado, pues es un desinfectante y puedes quitar su efecto si lavas tus manos.

XI. ¿Qué puntos son importantes al manejar y consumir alimentos?

R: _____

1. Tener limpias las manos, utilizar cubiertos y ser educado al momento de comer.
2. Separar alimentos crudos de los cocinados, refrigerar los productos lácteos, no dejar fuera los alimentos preparados por más de 2 horas, hierva los alimentos de refrigeración antes de consumirlos y evita consumir alimentos en la calle.
3. Cocer siempre los pescados y mariscos, preparar suficiente comida a inicio de la semana y congelar lo que sobre para no exponer tantos los alimentos y finalmente descongelar bien los alimentos antes de servirlos.

XII. ¿Qué son los signos de alarma?

R: _____

1. Son las últimas horas del menor y si no se atiende puede fallecer.
2. Son la deshidratación, la fiebre, la anorexia, evacuaciones con sangre entre otras.
3. Es el conjunto de signos y síntomas que se reconocen en el menor y nos permiten actuar a tiempo para evitar las complicaciones fatales de la enfermedad.

XIII. ¿Cuáles son los signos de alarma más comunes en la diarrea?

R: _____

1. La deshidratación, la boca seca y el llanto sin lágrimas.
2. El dolor abdominal, la fiebre, el llanto y la deshidratación.
3. Sed intensa, evacuaciones o vómitos frecuentes, no come o bebe, fiebre alta y sangre en las evacuaciones.

XIV. ¿Qué es lo que debe hacer al identificar los signos de alarma en el menor?

R: _____

1. Alimentarlo e hidratarlos.
2. Acudir inmediatamente a que el menor reciba atención médica u hospitalaria.
3. Utilizar paracetamol, Vida Suero Oral y trimetoprim con sulfametoxazol.

XV. ¿Qué es el ABC en las diarreas?

R: _____

1. Es la abreviatura de las Enfermedades Diarreicas Agudas.
2. Es el abecedario de las diarreas, por ejemplo "EDAs".
3. Es una serie de pasos que nos marcan la pauta a realizar cuando el menor presenta una diarrea.

XVI. ¿A qué se refiere la Alimentación en las diarreas?

R: _____

1. Suspender todos los alimentos, pues esto ocasiona que siga vomitando o evacuando.
2. Continuar con lactancia materna y la alimentación habitual con mayor frecuencia que la acostumbrada.
3. Evitar los alimentos con irritantes, grasas y sobre todo la lactancia, pues la leche ocasiona más diarrea.

XVII. ¿A Qué se refiere las Bebidas en la diarrea?

R: _____

1. A darle el Vida Suero Oral al pequeño en el biberón.
2. A darle abundante “seven o sprite” al menor y se puede agregar almidón o maicena.
3. Darle de tomar abundantes líquidos, de preferencia el Vida Suero Oral, si no lo tiene puede ser atole de arroz o de maíz, sopa de zanahoria o lentejas, jugo de manzanilla o yerbabuena o hasta agua fresca de frutas, solo se debe de evitar refrescos y jugos industrializados.

XVIII. ¿A Qué se refiere la Consulta oportuna?

R: _____

1. A solicitar información por teléfono al centro de salud en caso de que el menor empeore, esto sirve para no dar una vuelta y la regresen.
2. A acudir a recibir atención médica si el menor no mejora en los próximos 3 días o antes, si se presentan los signos de alarma.
3. A llevar al pequeño al centro de salud en cuanto inicie la diarrea.

XIX. ¿Qué documento le permite exigir una atención, si su menor necesita atención de urgencia?

R: _____

1. El reglamento de buen gobierno.
2. La carta de los derechos generales de los pacientes.
3. La carta de las obligaciones generales de los médicos y las enfermeras.

XX. ¿Qué puntos debe vigilar para recibir una atención de calidad, en su centro de salud?

R: _____

1. Que le den antibiótico y suficientes sobres de Vida Suero Oral.
2. Que la enfermera y el médico revisen la cartilla de salud del menor y la actualicen.
3. En la atención debe recibir un trato digno; información suficiente de la enfermedad de su hijo, el tratamiento y su posible evolución; finalmente usted podrá elegir que tratamiento desea se le dé a su hijo en base a las opciones que le ofrezca el médico.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE CUESTIONARIO

CUESTIONARIO 2.1: Cuestionario de percepción del taller impartido

El siguiente cuestionario requiere que plasme su sentir referente a cada una de las siguientes preguntas que surgen de este taller, sin preocupación alguna, sea sincero(a) al hacerlo, ya que las siguientes preguntas, permitirán que los talleres futuros sean mucho mejores.

Fecha: Día: 05 Mes: Septiembre Año: 2012.

Taller No.: 1

1. ¿Qué es lo que esperaba de este primer taller?

2. ¿Hasta qué porcentaje se logró cumplir su expectativa acerca de este taller y por qué?

3. ¿Qué fue lo que más le gusto de este taller?

4. ¿Qué fue lo que menos le gusto de este taller?

5. ¿Qué sugeriría usted para que el próximo taller fuera mejor?

GRACIAS, este cuestionario es confidencial, por lo tanto lo que usted escribió, solo usted sabrá que es suyo; pero será importante para todos.

CUESTIONARIO 2.2: Cuestionario de percepción del taller impartido

El siguiente cuestionario requiere que plasme su sentir referente a cada una de las siguientes preguntas que surgen de este taller, sin preocupación alguna, sea sincero(a) al hacerlo, ya que las siguientes preguntas, permitirán que los talleres futuros sean mucho mejores.

Fecha: Día: 12 Mes: Septiembre Año: 2012.

Taller No.: 2

1. ¿Qué opinión le dejó este segundo taller?

2. ¿Realmente le sirvió este taller para entender que es una diarrea y por qué?

3. ¿Qué le gustaría que siguiera pasando en los siguientes talleres?

4. ¿Qué es lo que le gustaría que eliminemos de los siguientes talleres?

5. ¿Defina con sus propias palabras que es una comunidad y de un ejemplo?

GRACIAS, este cuestionario es confidencial, por lo tanto lo que usted escribió, solo usted sabrá que es suyo; pero será importante para todos.

CUESTIONARIO 2.3: Cuestionario de percepción del taller impartido

El siguiente cuestionario requiere que plasme su sentir referente a cada una de las siguientes preguntas que surgen de este taller, sin preocupación alguna, sea sincero(a) al hacerlo, ya que las siguientes preguntas, permitirán que los talleres futuros sean mucho mejores.

Fecha: Día: 19 Mes: Septiembre Año: 2012.

Taller No.: 3

1. ¿Cree que realmente va avanzando con estos talleres y por qué?

2. ¿Aún continúa su entusiasmo de venir o le gustaría que ya acabará?

3. ¿Qué tienen de diferente estos talleres a los de antes?

4. ¿Qué tienen de parecido estos talleres a los de antes?

5. ¿Defina con sus propias palabras que es una diarrea?

GRACIAS, este cuestionario es confidencial, por lo tanto lo que usted escribió, solo usted sabrá que es suyo; pero será importante para todos.

CUESTIONARIO 2.4: Cuestionario de percepción del taller impartido

El siguiente cuestionario requiere que plasme su sentir referente a cada una de las siguientes preguntas que surgen de este taller, sin preocupación alguna, sea sincero(a) al hacerlo, ya que las siguientes preguntas, permitirán que los talleres futuros sean mejores.

Fecha: Día: 26 Mes: Septiembre Año: 2012.

Taller No.: 4

1. ¿Ha notado mejoras de los talleres desde el primer taller, hasta el que se impartió hoy?

2. ¿Qué cree usted que deberíamos utilizar en los siguientes 2 talleres?

3. ¿Desde el inicio hasta el día de hoy, que es lo que más le ha disgustado?

4. ¿Mencione los pasos del lavado de manos?

5. ¿Cómo cree usted que deberíamos evaluar sus conocimientos al finalizar los talleres?

GRACIAS, este cuestionario es confidencial, por lo tanto lo que usted escribió, solo usted sabrá que es suyo; pero será importante para todos.

CUESTIONARIO 2.5: Cuestionario de Percepción del Taller Impartido

El siguiente cuestionario requiere que plasme su sentir referente a cada una de las siguientes preguntas que surgen de este taller, sin preocupación alguna, sea sincero(a) al hacerlo, ya que las siguientes preguntas, permitirán que los talleres futuros sean mucho mejores.

Fecha: Día: 03 Mes: Octubre Año: 2012

Taller No.: 5

1. ¿Qué opinión tiene de las personas que les han impartido los talleres?

2. ¿Qué le parece el lugar donde se imparten las capacitaciones?

3. ¿Le gustaría que se le dieran otros temas con la misma técnica? ¿Cuál o Cuáles temas?

4. ¿Mencione que debe hacer para que el agua potable se pueda consumir?

5. ¿Qué recomendaciones puede usted dar para que los alimentos se consuman de manera segura?

GRACIAS, este cuestionario es confidencial, por lo tanto lo que usted escribió, solo usted sabrá que es suyo; pero será importante para todos.

CUESTIONARIO 2.6: Cuestionario de Percepción del Taller Impartido

El siguiente cuestionario requiere que plasme su sentir referente a cada una de las siguientes preguntas que surgen de este taller, sin preocupación alguna, sea sincero(a) al hacerlo, ya que las siguientes preguntas, permitirán que los talleres futuros sean mucho mejores.

Fecha: Día: 10 Mes: octubre Año: 2012

Taller No.: 6

1. Finalmente dé su comentario referente a estos talleres

2. Mencione lo que le pareció más importante de los talleres

3. ¿Qué es la diarrea?

4. ¿Cómo previene a la diarrea?

5. En el futuro ¿Cómo atendería una diarrea?

GRACIAS, este cuestionario es confidencial, por lo tanto lo que usted escribió, solo usted sabrá que es suyo; pero será importante para todos.

CARTA DESCRIPTIVA 1: La comunidad

Objetivo General

Identificar los componentes esenciales de una comunidad (los individuos, las costumbres, los valores, las tareas, los roles sociales) y con ello establecer una identidad común hacia las problemáticas actuales y emergentes.

Tiempo:

1 hora 30 minutos (90 minutos)

Materiales y/o recursos didácticos:

Gafetes, hojas blancas, lápices, cartulinas, marcadores, rotafolio, equipo de cómputo, cañón, pelota de plástico, cuestionario y folletos de resumen del taller.

Actividades didácticas a desarrollar:

Actividad 1.- Introducción (10 minutos).

Entrega de gafetes, presentación del equipo de moderadores y explicación generalizada del contenido de los 6 talleres.

Dinámica *“presentación por parejas”*¹

Objetivo específico: Presentar e integrar a los participantes, esta dinámica se utiliza en esta sesión ya que la mayoría de las participantes han convivido largo tiempo dentro de la comunidad.

Instrucciones: La (él) coordinador indica que formen equipos de dos personas, explicando que se van a presentar por parejas y se intercambiarán información como nombre, edad, el tiempo que tienen viviendo en la comunidad y ¿qué les gustaría estar haciendo en tres años?

Actividad 2.- (10 minutos).

Dinámica *“La cola del buey”*¹

Objetivo específico: Animar y recrear el ambiente de confianza. Posterior a la presentación del equipo de trabajo.

¹ Centro Ecuménico de educación popular (CEPEDA), Técnicas participativas de educación popular, ed. Lumen Humanitas, Bs. As., 1996.

Instrucciones: Sentados en círculo, la (él) ponente se queda en el centro y empieza a hacer una pregunta a cualquiera de los participantes, la respuesta debe ser siempre “la cola del buey”, todo el grupo debe reírse menos el que está respondiendo, si se ríe se va saliendo, gana quien menos se rio y se entrega un obsequio.

Actividad 3.- Presentación de Imágenes (10 minutos).

Tema *¿Qué es la comunidad?*

Objetivo específico: Ejemplificar la comunidad a través de los ojos de los participantes.

Instrucciones: Se les pide a los participantes que tomen asiento en su sillas designadas y se iniciará una proyección de diversas imágenes que representan diversas situaciones de una comunidad (los individuos, las costumbres, los valores, las tareas, los roles sociales), el contenido está conformado en un 90% de imágenes y solo el 10% restante de escritura.

Actividad 4.- Audio libro² (30 minutos).

Tema: *Como tratar con gente difícil*

Objetivo específico: Reconocer los diversos escenarios que se presenta en la comunidad como un obstáculo.

Instrucciones: En su mismo lugar se les pedirá a los integrantes del grupo cierren sus ojos, despejen su mente y escuchen detenidamente, mientras se reproducen algunos componentes del audio libro (Madurez, Síndrome de los oídos sordos y Tipos de personas difíciles) los cuales introducen un contexto de escucha y análisis.

Actividad 5.- Videos (10 minutos).

Tema: *Diversos (Youtube)*

Objetivo específico: Identificar los diversos componentes que constituyen una comunidad y forman la denominada “Salud Comunitaria”.

Instrucciones: Se le pedirá a cada uno de los asistentes que se pongan de pie y formen un semicírculo mientras se proyectan una serie de videos (Salud según la OMS, Derecho a la Salud y Salud Comunitaria) que representan vivencia de comunidades en pro del autocuidado y la salud comunitaria.

² Lozano, César. Como tratar con gente difícil. 2000

Actividad 6.- Conclusiones (15 minutos).

Dinámica: *Opinión de los participantes*

Objetivo específico: Involucrar a la asistencia en la participación dinámica y proactiva, en la búsqueda constante del empoderamiento del autocuidado.

Instrucciones: Así de pie como se encuentran se les pedirán cierren el círculo y con el moderador en el centro lanzará la pelota a algún participante el cual en breves palabras comentará sus conclusiones del día, posterior a ello lanzará la pelota a un nuevo compañero y así en lo sucesivo hasta agotar el tiempo destinado a la actividad.

Actividad 7.- Aplicación de cuestionario (5 minutos).

Dinámica: *cuestionario de percepción del taller*

Objetivo específico: Identificar los obstáculos, deficiencias y oportunidades de los próximos talleres.

Instrucciones: Se les pedirá al grupo tomen asiento y se les otorgará la encuesta que tendrán que responder de manera honesta en beneficio de los trabajos futuros. Finalmente se despedirá a los participantes otorgándoles un resumen del día y las recomendaciones para el próximo taller.

CARTA DESCRIPTIVA 2: Generalidades de las EDAs

Objetivo General

Desarrollar las herramientas básicas para reconocer una enfermedad diarreica aguda, así como su evolución y sus posibles complicaciones.

Tiempo:

1 hora 30 minutos (90 minutos)

Materiales y/o recursos didácticos:

Gafetes, hojas blancas, lápices, cinta masking tape, cartulinas, marcadores, rotafolio, equipo de cómputo, cañón, cuestionario y folletos de resumen del taller.

Actividades didácticas a desarrollar:

Actividad 1.- Introducción (20 minutos).

En esta primera parte se tocará los puntos relevantes del día, como lo son el objetivo general del taller y los objetivos específicos, lo que permitirá desarrollar una herramienta analítica y plasmarla en la encuesta al final del taller, convirtiendo al foro en evaluadores diarios; además de continuar con un proceso de animación y afinidad entre los participantes.

Dinámica *“baile de presentación”*³

Objetivo específico: Conocer a partir de actividades afines, objetivos comunes o interés específicos.

Instrucciones: Se planteará la siguiente pregunta en un principio: ¿Qué es a lo que te dedicas?, la respuesta debe ser breve, por ejemplo “al campo”, otra respuesta podría ser “al hogar”, entre diversas más; en el papel que se les otorga cada uno escribe su nombre y la respuesta a la pregunta y se pega la hoja en el pecho. Se pone la música y al ritmo de esta se baila, dando tiempo para ir encontrando compañeros que tengan respuestas semejantes o iguales a las propias.

Conforme se van encontrando compañeros con respuestas afines se van cogiendo del brazo y se continua bailando y buscando nuevos compañeros que puedan integrar al grupo. Cuando la música para, se ve cuantos grupos se han formado; si hay muchas personas solas, se da una segunda oportunidad para que todos encuentren a su grupo, agregando una segunda pregunta como: ¿Cuál es

³ Centro Ecuménico de educación popular (CEPEDO), Técnicas participativas de educación popular, ed. Lumen Humanitas, Bs. As., 1996.

tu rango de edad? y se sigue el proceso anterior. Se da un corto tiempo para que intercambien entre sí el porqué de la respuesta de sus tarjetas; luego el grupo expone al plenario en base a que afinidad se conformó, cuál es la idea del grupo sobre el tema, (por ejemplo, porque es esa actividad a la que la mayoría se dedica) y el nombre de sus integrantes.

Actividad 2.- Presentación de Imágenes (10 minutos).

Tema *¿Qué son las Enfermedades Diarreicas Agudas?*

Objetivo específico: Identificar a las EDAs como enfermedad infectocontagiosa autolimitada.

Instrucciones: Se les pide a los participantes que tomen asiento en su sillas designadas y se iniciará una proyección de diversas imágenes que representan diversas situaciones de las EDAs en menores de 5 años de edad (niños; aparato digestivo; virus, parásitos y bacterias; agua y alimentos), el contenido está conformado en un 90% de imágenes y solo el 10% restante de escritura.

Actividad 3.- Cuento vivo¹ (20 minutos).

Tema: *“Una comunidad donde morían los niños por diarrea”*

Objetivo específico: Animación, Concentración.

Instrucciones: Todos los participantes están sentados en círculo. El coordinador empieza a contar un relato sobre el tema mencionado, donde irá incorporando personajes en diversas situaciones actitudes y acciones. Se explica que cuando el coordinador señale a cualquier compañero (a) este debe actuar como la persona bajo la situación mencionada en la que se está haciendo referencia en el relato. Una vez iniciado el cuento el coordinador puede hacer que el relato se vaya construyendo colectivamente de manera espontánea dándole la palabra a otro compañero.

Actividad 4.- Lluvia de ideas en tarjetas (30 minutos).

Tema: *¿Qué son las diarreas?*

Objetivo específico: Poner en común el conjunto de ideas o conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre un tema y colectivamente llegar a una síntesis o acuerdos comunes.

Instrucciones: El coordinador debe de hacer una pregunta clara, que exprese el objetivo que se persigue (*¿Qué son las diarreas en los niños menores de 5 años?*). La pregunta debe permitir a los participantes responder a partir de su realidad y su experiencia o nuevos conocimientos desarrollados y anotar la idea principal en la tarjeta. Solamente se le pide al compañero que aclare lo que dice en

caso de que no se le haya comprendido lo anotado; posterior a ello deberán pasar al frente y pegar sus ideas en la cartulina, tal como vayan surgiendo en desorden; una vez terminado este paso se discuten para escoger aquellas ideas que resuman la opinión de la mayoría del grupo, realizándose un proceso de eliminación de tarjetas.

Actividad 5.- Conclusiones (5 minutos).

Dinámica: *Resumen de los coordinadores*

Objetivo específico: Permitir que los coordinadores realicen algunas conclusiones de la información proporcionada por la asistencia.

Instrucciones: El coordinador presentará sus conclusiones utilizando las ideas centrales de la actividad anterior para lograr acercarse al objetivo general del taller.

Actividad 6.- Aplicación de cuestionario (5 minutos).

Dinámica: *cuestionario de percepción del taller*

Objetivo específico: Identificar los obstáculos, deficiencias y oportunidades de los próximos talleres.

Instrucciones: Se les otorgará la encuesta que tendrán que responder de manera honesta en beneficio de los trabajos futuros. Finalmente se despedirá a los participantes otorgándoles un resumen del día y las recomendaciones para el próximo taller.

CARTA DESCRIPTIVA 3: Prevención de las EDAs

Objetivo General

Reforzar las actitudes proactivas hacia la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el hogar.

Tiempo:

1 hora 30 minutos (90 minutos)

Materiales y/o recursos didácticos:

Gafetes, hojas blancas, lápices, cinta masking tape, hilaza, jabón, agua, servilletas de papel, equipo de cómputo, cañón, cuestionario y folletos de resumen del taller.

Actividades didácticas a desarrollar:

Actividad 1.- Introducción (15 minutos).

Se iniciará este taller retomando un punto de importancia como lo es el objetivo general del taller, lo que ayudará a reforzar el análisis individual que hemos incluido como apartado a desarrollar al finalizar el proyecto actual.

Dinámica “*quítame la cola*”⁴

Objetivo específico: Animar al grupo.

Instrucciones: Todos los participantes se colocan un papel en forma de cola en la parte posterior unido con masking tape a la altura de la cintura, luego pasan su brazo izquierdo por detrás de la cintura y se lo amarran con la cuerda al codo del brazo derecho. (De esta manera se reduce considerablemente la capacidad de movimiento del brazo derecho).

Una vez que están todos listos se da la señal de inicio del juego mientras se reproduce el twist de la diarrea y todos deben tratar de quitar los pañuelos de los demás participantes. Aquel que logre quitar la mayor cantidad de pañuelos sin perder el suyo, es el ganador. Una vez que a uno le hayan quitado el papel de cola o que suelte el brazo izquierdo tendrá que salir del juego.

Actividad 2.- Presentación de Imágenes (10 minutos).

⁴ Centro Ecuménico de educación popular (CEPEDO), Técnicas participativas de educación popular, ed. Lumen Humanitas, Bs. As., 1996.

Tema *¿Cómo prevenir las Enfermedades Diarreicas Agudas?*

Objetivo específico: Reconocer las fortalezas de la vida cotidiana que otorgan protección a la salud de los infantes.

Instrucciones: Se les pide a los participantes que tomen asiento e iniciará la proyección imágenes que ejemplifican las actividades y situaciones de la vida cotidiana que refuerzan y son parte importante de la prevención de las EDAs en los menores de 5 años de edad (lavado de manos, hábitos saludables, vacunación, lactancia, vitaminas y minerales, y desparasitación), el contenido estará conformado en un 90% de imágenes y solo el 10% restante de escritura.

Actividad 3.- Video (10 minutos).

Tema: *“Doña higiene al rescate”*

Objetivo específico: Concentración y Análisis.

Instrucciones: Todos los participantes están sentados en círculo. El coordinador reproduce el video, mientras el grupo observa detenidamente el relato contenido en el filme.

Actividad 4.- Video - Taller (40 minutos).

Tema: Técnica de lavado de manos

Objetivo específico: Unificar la técnica de lavado de manos entre la comunidad de responsables de menores de 5 años de edad que acuden al proyecto educativo.

Instrucciones: El coordinador debe pedirle al grupo de participantes que este muy pendiente del siguiente video, ya que en él se muestra la técnica de lavado de manos. Posterior a ello se utilizarán los diversos baños del centro de salud para que realicen la técnica de lavado de manos; posterior a ello se reunirá a todos los participantes para continuar con la última actividad.

Actividad 5.- Conclusiones (5 minutos).

Dinámica: *Resumen de los Participantes*

Objetivo específico: Permitir que los participantes realicen sus conclusiones del presente taller.

Instrucciones: Los participantes podrán presentar sus conclusiones utilizando las ideas centrales de la actividad.

Actividad 6.- Aplicación de cuestionario (10 minutos).

Dinámica: *cuestionario de percepción del taller*

Objetivo específico: Analizar los obstáculos, deficiencias y oportunidades de los próximos talleres.

Instrucciones: Se les otorgará la encuesta que tendrán que responder de manera honesta en beneficio de los trabajos futuros. Finalmente se despedirá a los participantes otorgándoles un resumen del día y las recomendaciones para el próximo taller.

CARTA DESCRIPTIVA 4: Higiene y seguridad en el hogar

Objetivo General

Reconocer las herramientas del hogar, que refuerzan la salud y evitan las enfermedades.

Tiempo:

1 hora 30 minutos (90 minutos)

Materiales y/o recursos didácticos:

Gafetes, hojas blancas, lápices, cinta masking tape, hilaza, jabón, bola de hilo, agua, servilletas de papel, agua, cloro, plata coloidal, estropajo, cepillo, bolsas para basura, equipo de cómputo, cañón, cuestionario y folletos de resumen del taller.

Actividades didácticas a desarrollar:

Actividad 1.- Introducción (15 minutos).

En el presente y cuarto taller la introducción estará mediada por el objetivo general del taller, proceso sobre el cual se busca seguir desarrollando el análisis individual de los participantes.

Dinámica “*la telaraña*”⁵

Objetivo específico: Integrar al grupo.

Instrucciones: Los participantes se colocan de pie formando un círculo y se le entrega a uno de ellos la bola de hilo; el cual tiene que decir su nombre, interés de participación. Este toma la punta de la bola de hilo y la lanza a otro compañero mientras le realiza una pregunta de los talleres anteriores, quien a su vez debe contestar la pregunta, decir su nombre e interés de participación y seguir los pasos del compañero anterior. La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de telaraña.

Una vez que todos mencionaron los datos y se respondieron las preguntas, quien se quedó con la bola de hilo debe regresarla al que se la envió, repitiendo los datos dados por su compañero. Este a su vez, hace lo mismo de tal forma que la bola va recorriendo la misma trayectoria pero en sentido inverso, hasta que regrese al compañero que inicialmente la lanzo. Hay que advertir a los participantes la

⁵ Centro Ecuménico de educación popular (CEPEDO), Técnicas participativas de educación popular, ed. Lumen Humanitas, Bs. As., 1996.

importancia de estar atentos a la presentación de cada uno, pues no se sabe a quién va a lanzarse la bola y posteriormente deberá repetir los datos del lanzador.

Actividad 2.- Presentación de Imágenes (10 minutos).

Tema *¿Qué es la Higiene y la Seguridad en el Hogar?*

Objetivo específico: Afianzar cada una de las fortalezas de la vida cotidiana en el hogar con el fin de brindar una protección a la comunidad familiar.

Instrucciones: Una vez los participantes en su asiento correspondiente se iniciará la proyección de imágenes que ejemplifican las actividades y situaciones de la vida cotidiana que fortalecen y son parte importante de la prevención de las EDAs en los menores de 5 años de edad (lavado de manos; desinfección de las áreas de la preparación de los alimentos; desinfección del agua a través de la cloración, administración de plata coloidal o hervir del agua; lavado de frutas y verduras, y su desinfección con plata coloidal o cloro; lavado de carnes; uñas recortadas y limpias; separación y deposición de la basura), el contenido estará conformado en un 90% de imágenes y solo el 10% restante de escritura.

Actividad 3.- Video (10 minutos).

Tema: *“Higiene en el hogar”*

Objetivo específico: Reflexión y Análisis.

Instrucciones: Todos los participantes estarán sentados en sus respectivos lugares. El coordinador entonces podrá reproducir el video, mientras el foro observa detenidamente el relato contenido en el filme.

Mientras tanto los coordinadores pedirán a las responsables de los menores de 5 años que tomen en sus hojas las notas más relevantes.

Actividad 4.- Video (15 minutos).

Tema: *“Seguridad e higiene alimentaria en el hogar”*

Objetivo específico: identificar los riesgos que denotan un obstáculo en la salud familiar.

Instrucciones: El coordinador debe pedirle al grupo de participantes que este muy pendiente del siguiente video, ya que en él se muestra las técnicas correctas para la preparación de alimentos en el hogar.

De la misma manera que en el apartado anterior, se les pedirá tomen nota de los puntos de importancia.

Actividad 5.- Video - Taller (30 minutos).

Tema: *“Purificación de agua”*

Objetivo específico: Conocer un método alternativo de la purificación del agua.

Instrucciones: Al reproducir el video actual, el público estará atento a las diversas técnicas presentes. Bajo la misma dinámica de los videos anteriores cada una de las participantes tomarán sus notas y a finalizar el mismo se pasará al taller.

Con los materiales presentes el grupo A realizará las técnicas necesarias para preparar de manera segura los alimentos en su hogar, bajo una simulación en sus respectivos equipos. Los tutores tendrán que aprovechar el espacio para esparcir sus conclusiones.

Actividad 6.- Aplicación de cuestionario (10 minutos).

Dinámica: *cuestionario de percepción del taller*

Objetivo específico: Reflexionar sobre los obstáculos, barreras y fortalezas de los próximos talleres.

Instrucciones: Se les entregará la encuesta que tendrán que responder de manera honesta en beneficio de los trabajos futuros. Finalmente se despedirá a los participantes otorgándoles un resumen del día y las recomendaciones para el próximo taller.

CARTA DESCRIPTIVA 5: Signos de alarma en una diarrea

Objetivo General

Identificar oportunamente los signos de alarma que se pueden presentar en una diarrea, con el fin de evitar complicaciones, secuelas y hasta la muerte del menor.

Tiempo:

1 hora 30 minutos (90 minutos)

Materiales y/o recursos didácticos:

Gafetes, cartulinas, marcadores, hojas blancas, lápices, cinta masking tape, equipo de cómputo, cañón, cuestionario y folletos de resumen del taller.

Actividades didácticas a desarrollar:

Actividad 1.- Introducción (10 minutos).

Ya con el quinto taller en marcha se pondrán a prueba algunas herramientas desarrolladas con anterioridad, como lo son el análisis y la capacidad de resumen a través de las siguientes actividades que se irán desarrollando.

Dinámica “Caos”⁶

Objetivo específico: Animar al grupo.

Instrucciones: Se reparte una serie de papeles (tantos como participantes hay) en los que los coordinadores han escrito una serie de acciones. Cada participante debe actuar en el momento indicado, de acuerdo a lo que indica el papel que recibió.

Uno de los coordinadores, una vez que explico lo anterior, da una señal, todos empiezan a actuar y a otra señal todos paran la actuación y así por varias veces.

Actividad 2.- Presentación de Imágenes (10 minutos).

Tema *Recapitulación*

⁶ Centro Ecuménico de educación popular (CEPEDO), Técnicas participativas de educación popular, ed. Lumen Humanitas, Bs. As., 1996.

Objetivo específico: Permitir que los asistentes de los talleres visualicen las imágenes y posterior al análisis de las mismas, mencionen a través de una manera resumida la continuidad e información de los talleres anteriores.

Instrucciones: Con los participantes de pie se iniciará la proyección de imágenes que ejemplifiquen la información contenida en los talleres anteriores; al finalizar la misma se les permitirá a los asistentes dar sus comentarios, el contenido de la presentación estará conformado en un 90% de imágenes y solo el 10% restante de escritura.

Actividad 3.- Presentación de Imágenes (10 minutos).

Tema *¿Cuáles son los signos de alarma que se deben tener en cuenta en una diarrea?*

Objetivo específico: Fortalecer la identificación de los signos de alarma, que se pueden suscitar durante la presencia de diarrea en un menor de 5 años.

Instrucciones: Una vez los participantes tomen asiento, se proyectarán las imágenes que ejemplifican las situaciones contenidas en los signos de alarma más comunes de las EDAs en los menores de 5 años de edad (Persistencia de las evacuaciones líquidas por más de 3 días, sangre en las evacuaciones, vómitos frecuentes, fiebre, sed intensa, falta de apetito y el no deseo de ingerir líquidos), el contenido estará conformado en un 90% de imágenes y solo el 10% restante de escritura.

Actividad 4.- Video (30 minutos).

Tema: *“Enfermedades diarreicas”*

Objetivo específico: Reflexión y Análisis.

Instrucciones: Todos los participantes estarán sentados en sus respectivos lugares. El coordinador entonces podrá reproducir el video, mientras el foro observa detenidamente el relato contenido en el filme.

Mientras tanto los coordinadores pedirán a las responsables de los menores de 5 años que tomen en sus hojas las notas más relevantes.

Actividad 5.- Papelógrafo (20 minutos).

Tema: *“Los signos de alarma”*

Objetivo específico: identificar y conocer los signos de alarma que podrían presentarse durante una diarrea.

Instrucciones: Se escribe en los papeles ordenadamente y con letra grande los acuerdos a los que ha llegado el grupo en la discusión de cualquier tema (signos de alarma).

El papelógrafo es un instrumento muy útil porque permite que todo lo que se ha ido discutiendo a lo largo de una jornada de capacitación quede por escrito y los participantes puedan retornar a los elementos o síntesis que se han ido haciendo. El Papelógrafo puede utilizarse en cualquier fase del taller, es solamente un instrumento, elaborado colectivamente que permite recoger por escrito lo central de las reflexiones del grupo.

Actividad 6.- Aplicación de cuestionario (10 minutos).

Dinámica: *cuestionario de percepción del taller*

Objetivo específico: Reflexionar sobre los obstáculos, barreras y fortalezas de los próximos talleres.

Instrucciones: Se les entregará la encuesta que tendrán que responder de manera honesta en beneficio de los trabajos futuros. Finalmente se despedirá a los participantes otorgándoles un resumen del día y las recomendaciones para el taller final próximo.

CARTA DESCRIPTIVA 6: El A, B, C de la atención en el hogar

Objetivo General

Unificar las actividades que se deben de llevar dentro del hogar, durante el curso de una diarrea para así evitar las complicaciones y llevar a cabo una resolución fisiológica del padecimiento.

Tiempo:

1 hora 30 minutos (90 minutos)

Materiales y/o recursos didácticos:

Gafetes, hojas blancas, lápices, bola de hilo, jarra de agua, agua potable, sobre de vida suero oral, limón, azúcar, sal, harina de arroz, manzana, estufa eléctrica, equipo de cómputo, cañón, cuestionario y folletos de resumen del taller.

Actividades didácticas a desarrollar:

Actividad 1.- Introducción (20 minutos).

Finalmente en el sexto taller se pretende aprovechar las herramientas y habilidades de los participantes de los talleres.

Dinámica “*la telaraña*”⁷

Objetivo específico: Reforzar el conocimiento de los responsables de los menores de 5 años.

Instrucciones: Los participantes se colocan de pie formando un círculo y se le entrega a uno de ellos la bola de hilo; este toma la punta de la bola de hilo y la lanza a otro compañero mientras le realiza una pregunta de los talleres anteriores, quien a su vez debe contestar la pregunta y seguir los pasos del compañero anterior. La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de telaraña.

Una vez que todos respondieron las preguntas, quien se quedó con la bola de hilo debe regresarla al que se la envió, repitiendo la respuesta que su compañero anteriormente había dado. Este a su vez, hace lo mismo de tal forma que la bola va recorriendo la misma trayectoria pero en sentido inverso, hasta que regrese al compañero que inicialmente la lanzo. Hay que advertir a los participantes la

⁷ Centro Ecuménico de educación popular (CEPEDO), Técnicas participativas de educación popular, ed. Lumen Humanitas, Bs. As., 1996.

importancia de estar atentos a la presentación de cada uno, pues no se sabe a quién va a lanzarse la bola y posteriormente deberá repetir la respuesta del lanzador.

Actividad 2.- Presentación de Imágenes (10 minutos).

Tema *¿Qué es el A, B, C de la atención en el hogar?*

Objetivo específico: Desarrollar una atención integral y oportuna por los responsables de los menores de 5 años, cuando el mismo presente una enfermedad diarreica aguda, para con ello evitar las complicaciones y el gasto de bolsillo.

Instrucciones: Una vez con los participantes en sus respectivas sillas se iniciará la proyección de imágenes y textos que muestren la información contenida en el presente taller; al finalizar la misma se les permitirá externar dudas y/o comentarios, el contenido de la presentación estará conformado en un 90% de imágenes y solo el 10% restante de escritura.

Actividad 3.- Video (20 minutos).

Tema: *“2da Parte - Enfermedades diarreicas”*

Objetivo específico: Reflexión y Análisis.

Instrucciones: Ya con todos los participantes sentados, el coordinador reproducirá la segunda parte del video, mientras el foro observa detenidamente el relato contenido en el filme.

Mientras tanto los coordinadores pedirán a las responsables de los menores de 5 años que tomen en sus hojas las notas más pertinentes.

Actividad 4.- videos diversos (30 minutos).

Tema: *“Anuncio del Vida Suero Oral, Vida Suero Oral, Preparación de una Solución de Hidratación Oral, Solución de Rehidratación Oral, Suero Casero, Papilla de Arroz y Manzana”*

Objetivo específico: Reconocer los elementos con los que se cuenta en el hogar, que pueden ser parte esencial del tratamiento de una diarrea, incorporando remedios casero y experiencia cultural de nuestros antepasados.

Instrucciones: Nuevamente se le pide a la audiencia que tome asiento y este pendiente de los diversos videos, mientras podrán ir incorporando en sus hojas notas que le den una pauta para sus comentarios.

Importante el mencionar que podrán aportar sus diversos remedios, que han llegado a utilizar ante una situación de diarrea, lo que permitirá que los coordinadores orienten a la asistencia sobre la seguridad de la utilización de sus métodos y recetas actuales.

Actividad 5.- Aplicación de cuestionario (10 minutos).

Dinámica: *cuestionario de percepción del taller*

Objetivo específico: Reflexionar sobre la totalidad de los talleres, las barreras que surgieron y las fortalezas que permitieron el desarrollo total de los talleres.

Instrucciones: Se les entregará la encuesta que tendrán que responder de manera honesta en beneficio de los trabajos futuros. Finalmente se despedirá a los participantes otorgándoles un resumen del día y las fechas para las evaluaciones futuras (cuestionario final y guía de observación).

TABLA 21: Desarrollo Social y Demografía de Tototlán, Jal. 2010

Componente	Dato
Grado de Intensidad Migratoria	Alto
Grado de marginación	Bajo
Población total 2010	21,871
% Ocupantes en viviendas con piso de tierra	2.15
% Ocupantes en viviendas sin agua entubada	14.86
% Ocupantes en viviendas sin drenaje ni servicio sanitario	2.45
% Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	0.56
% Población de 15 años o más analfabeta	8.88
% Población de 15 años o más sin primaria completa	31.43
% Población de 15 años o más sin secundaria completa	4.85
Viviendas totales por municipio	7,199

Fuente: Consejo Estatal de Población Vivienda 2010

TABLA 22: Morbilidad General 2010, Tototlán, Jalisco

No	CIE-10	Causas de Consulta	No de Casos	%	Tasa x 1,000 hbts
1	J00-J006	Infecciones Respiratorias Agudas	3042	66.9%	257.2
2	N30	Infección de Vías Urinarias	386	8.5%	32.6
3	A08-A09	Enfermedades Diarreicas Agudas	305	6.7%	25.8
4	E10-E14	Diabetes Mellitus	176	3.9%	14.9
5	K25-K29	Úlceras, gastritis y duodenitis	167	3.7%	14.1
6	T63	Intoxicación por picadura de alacrán	152	3.3%	12.9
7	H65	Otitis Media Aguda	109	2.4%	9.2
8	B37	Candidiasis Urogenital	94	2.1%	7.9
9	B30	Conjuntivitis	60	1.3%	5.1
10	I10-I15	Hipertensión Arterial	58	1.2%	4.9

N = 11,826

Fuente: SUIVE 2010

TABLA 23: Priorización en base a Hanlon (A.- Magnitud)

*Causa de Consulta	Puntuación
Infecciones Respiratorias Agudas	8
Infección de Vías Urinarias	6
Enfermedades Diarreicas Agudas	6
Diabetes Mellitus	6
Úlceras, gastritis y duodenitis	6
Intoxicación por picadura de alacrán	6
Otitis Media Aguda	6
Candidiasis Urogenital	6
Conjuntivitis	6
Hipertensión Arterial	4

* 500 o más = 10; 50 a 499 = 8; 5 a 49 = 6; 0.5 a 4.9 = 4; 0.1 a 0.4 = 2; < 0.1 = 0

TABLA 24: Priorización en base a Hanlon (B.- Severidad del Problema)

*Causa de Consulta	Puntuación
Enfermedades Diarreicas Agudas	10
Diabetes Mellitus	9
Infecciones Respiratorias Agudas	8
Úlceras, gastritis y duodenitis	7
Infección de Vías Urinarias	6
Intoxicación por picadura de alacrán	5
Otitis Media Aguda	4
Hipertensión Arterial	3
Candidiasis Urogenital	2
Conjuntivitis	1

*0 a 10

TABLA 25: Priorización en base a Hanlon (C.- Eficacia de la Solución)

*Causa de Consulta	Puntuación
Enfermedades Diarreicas Agudas	1.5
Intoxicación por picadura de alacrán	1.5
Infecciones Respiratorias Agudas	1
Infección de Vías Urinarias	1
Otitis Media Aguda	1
Candidiasis Urogenital	1
Conjuntivitis	1
Diabetes Mellitus	0.5
Úlceras, gastritis y duodenitis	0.5
Hipertensión Arterial	0.5

*0.5 a 1.5, establecido mediante PERCEPCIÓN

TABLA 26: Priorización en base a Hanlon (D.- Factibilidad)

*Causa de Consulta	P	E	A	R	L	Puntuación
Infecciones Respiratorias Agudas	1	1	1	1	1	1
Enfermedades Diarreicas Agudas	1	1	1	1	1	1
Otitis Media Aguda	1	1	1	1	1	1
Conjuntivitis	1	1	1	1	1	1
Infección de Vías Urinarias	1	1	0	1	1	0
Diabetes Mellitus	1	0	1	1	1	0
Úlceras, gastritis y duodenitis	1	0	0	0	1	0
Intoxicación por picadura de alacrán	1	1	1	0	1	0
Candidiasis Urogenital	1	1	0	1	1	0
Hipertensión Arterial	1	0	1	1	1	0

*SÍ = 1, NO = 0, según PERCEPCIÓN

TABLA 27: Condiciones de los Casos y Controles

Tipo de estudio de casos y controles	Representatividad		Simultaneidad	Homogeneidad
	Casos	Controles		
<i>Caso-cohorte</i>	Sí	Sí	Asegurada	Definitiva
<i>Caso-caso</i>	Azar	Azar	Asegurada	Definitiva
<i>Casos y controles anidado en una cohorte</i>	Sí	Sí	Asegurada	Definitiva
<i>Casos y controles con base poblacional</i>	Azar	Sí	Posible	Posible
<i>Casos hospitalarios y controles con base poblacional</i>	No	Sí, siempre que se obtengan de un marco muestral de la población de que surgen los casos	Desconocida	Desconocida
<i>Casos hospitalarios y controles vecindarios</i>	No	No	Desconocida	Desconocida
<i>Casos y controles hospitalarios</i>	No	No	Desconocida	Desconocida

Fuente: Hernández-Ávila Mauricio, Garrido-Latorre Francisco, López-Moreno Sergio. Diseño de Estudios Epidemiológicos. Salud Pública Mex. 2000;42:144-154

TABLA 28: Variables analizadas en la evaluación inicial

Comunidad	Generalidades			Prevención			Higiene			Signos			ABC					
16 17	9	14	17	15	17	14	19	17	20	16	19	10	15	26	28	16	15	13
40.0% 43%	23%	35.0%	42.5%	37.5%	42.5%	35%	47.5%	42.5%	50.0%	40.0%	47.5%	25%	37.5%	65.0%	70.0%	40.0%	38%	33%
41.3%	33.3%			38.3%			46.7%			37.5%			47%					

N = 40

Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

TABLA 29: Participantes en el proyecto de intervención

Válidos		Perdidos		Total	
<i>n</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>n</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>n</i>	<i>Porcentaje</i>
40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

TABLA 30: Análisis de contingencia, grupos contra controles

Variables Cualitativas, Categóricas, Nominales, Dicotómicas			Conocimiento (Variable Dependiente)		
			No aprobados	Aprobados	Total
Grupos (Variable Independiente)	Casos	Observados	1	19	20
		Esperados	9.5	10.5	20
		%	5%	95%	100%
	Controles	Observados	18	2	20
		Esperados	9.5	10.5	20.0
		%	90.0%	10.0%	100.0%
	Total	Observados	19	21	40
		Esperados	19.0	21.0	40.0
		%	47.5%	52.5%	100.0%

Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

TABLA 31: Pruebas de comparación de proporciones

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
<i>X² de Pearson</i>	28.97	1	.0000	.0000	.0000
<i>Corrección de Yates</i>	25.66	1	.0000		
<i>Prueba exacta de Fisher</i>				.0000	.0000
<i>n</i>	40				

Dentro de las frecuencias esperadas no se encontró valor alguno inferior a 5. La frecuencia mínima esperada fue 9.50.

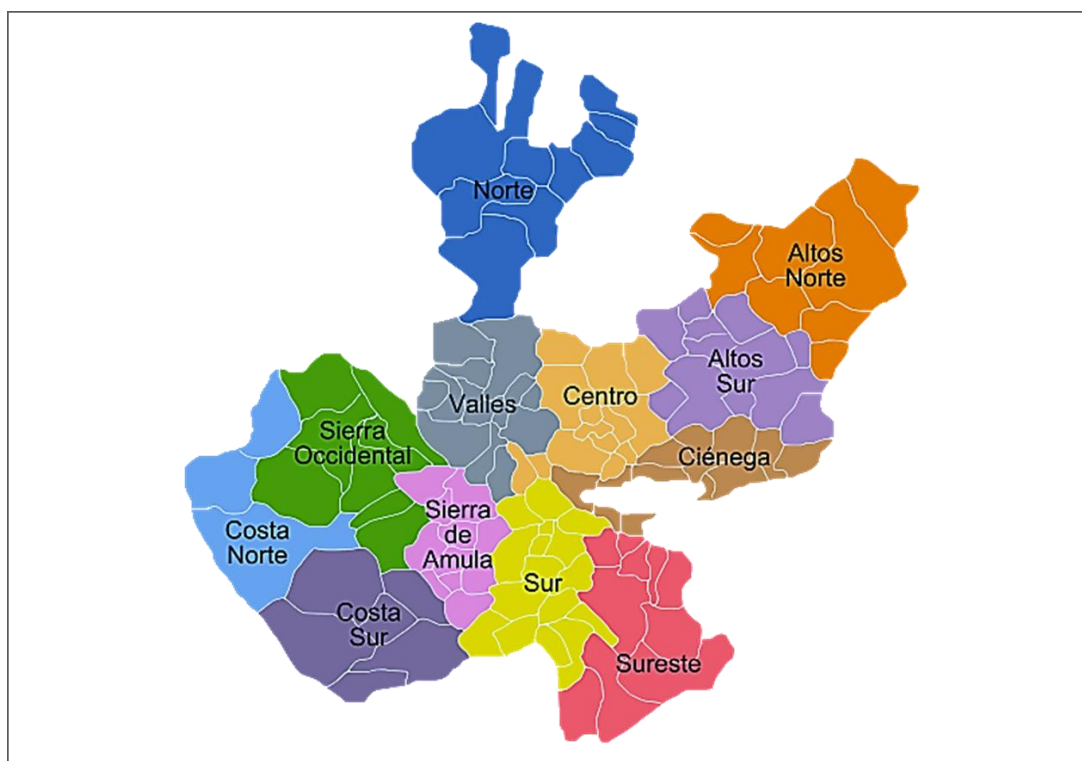
Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

TABLA 32: Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
<i>Razón de ventajas para Casos - Controles</i>	171	14.2	2053
<i>Cohorte Conocimiento = Aprobado</i>	9.5	2.5	35.5
<i>Cohorte Conocimiento = No aprobado</i>	.1	.01	.4
<i>n</i>	40		

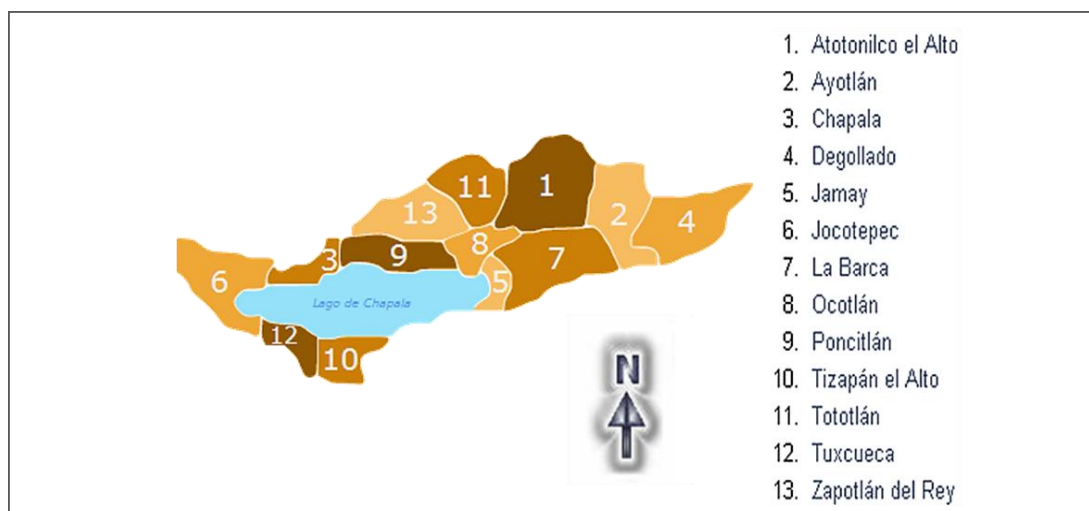
Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

FIGURA 4: Regionalización Administrativa del Estado de Jalisco



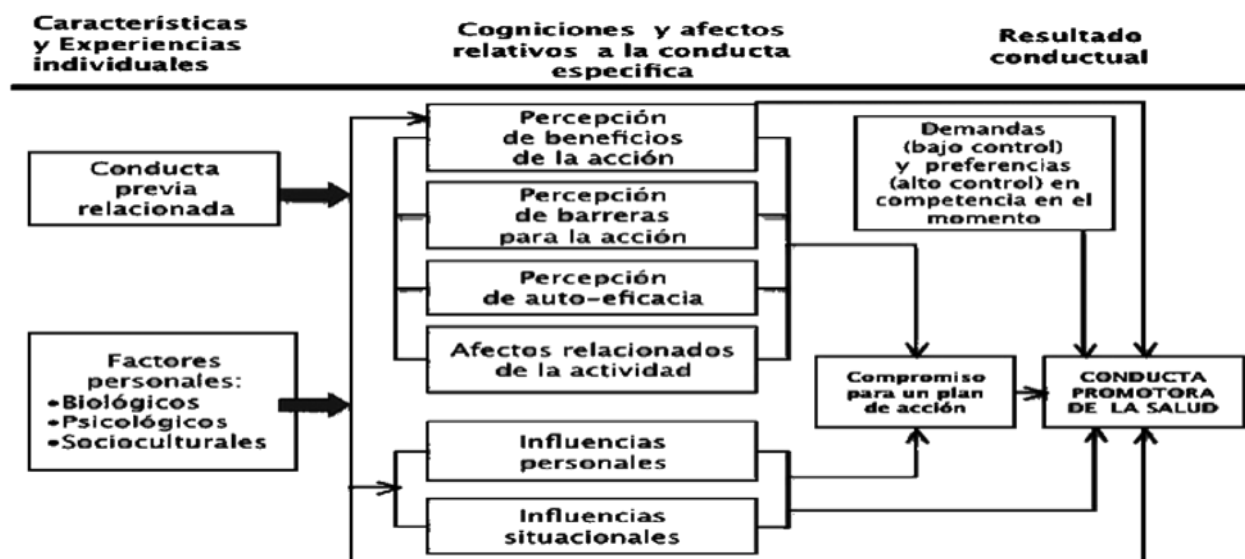
Fuente: Wikipedia [sitio de internet]. [Actualizado 2012 nov 24; consultado 2012 nov 25]. Fundación Wikimedia, Inc.; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Regiones_del_Estado_de_Jalisco

FIGURA 5: Región de la Ciénega, Jalisco



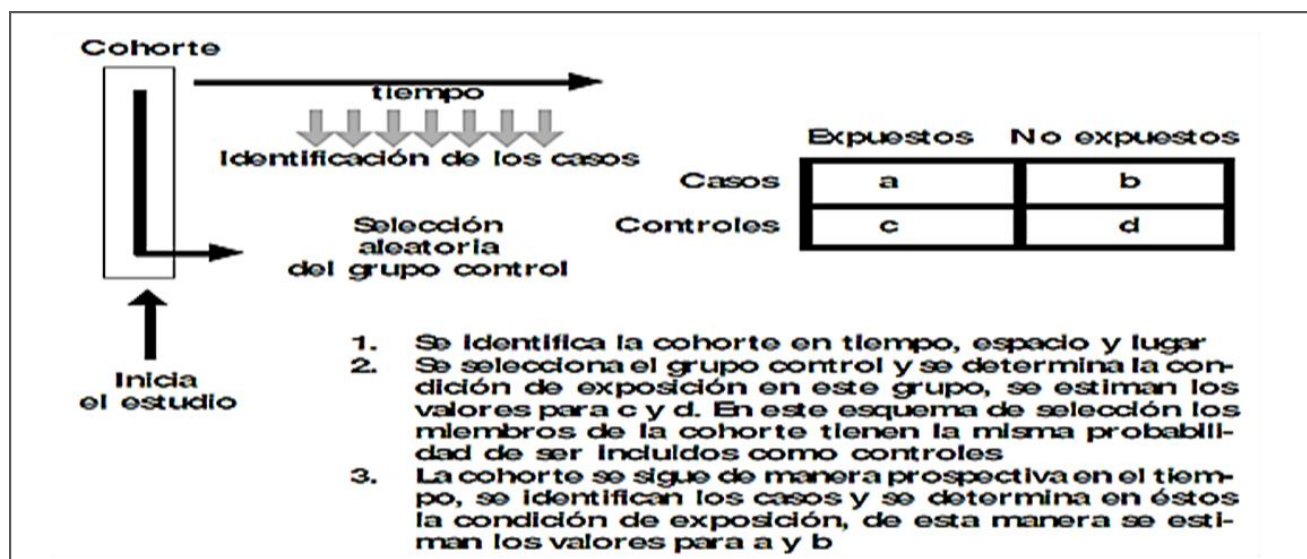
Fuente: Wikipedia [sitio de internet]. [Actualizado 2012 nov 24; consultado 2012 nov 25]. Fundación Wikimedia, Inc.; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Regiones_del_Estado_de_Jalisco

FIGURA 6. Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996.



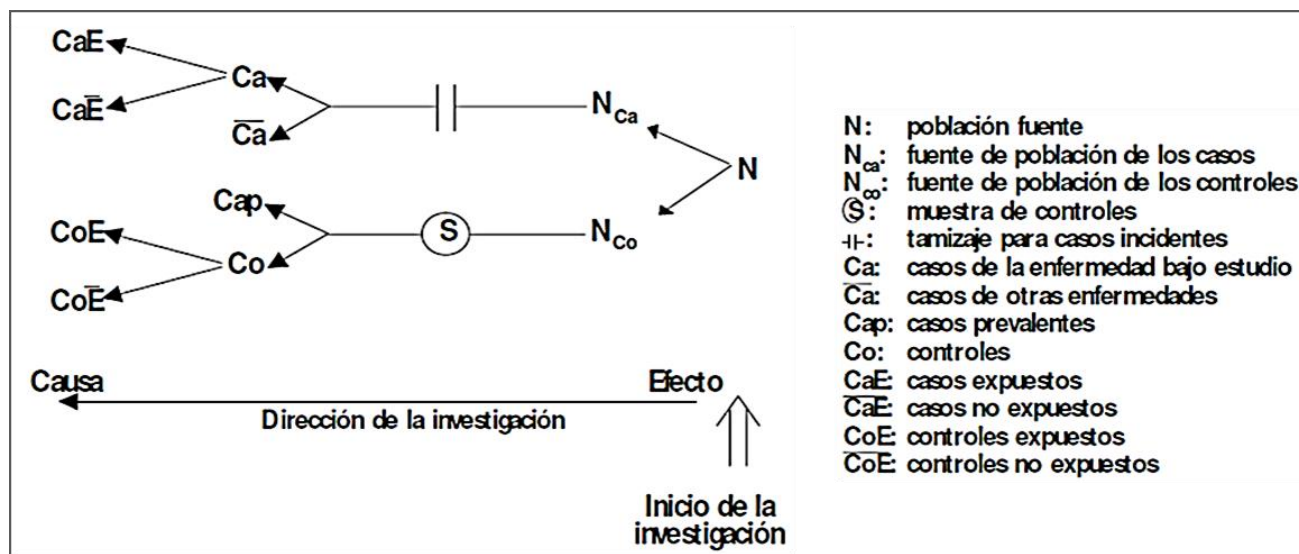
Fuente: Modelo de Promoción de la Salud de Pender 1996

FIGURA 6: Diseño de Casos y Controles de tipo Caso-Cohorte



Fuente: Hernández-Ávila Mauricio, Garrido-Latorre Francisco, López-Moreno Sergio. Diseño de Estudios Epidemiológicos. Salud Pública Mex. 2000;42:144-154

FIGURA 8: Diseño clásico de un estudio de Casos y Controles



Fuente: Lazcano-Ponce E, Salazar-Martínez E, Hernández-Ávila M. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Salud Pública Mex 2001; 43:135-150

FIGURA 9: Personal involucrado en el Proyecto de Intervención Educativa

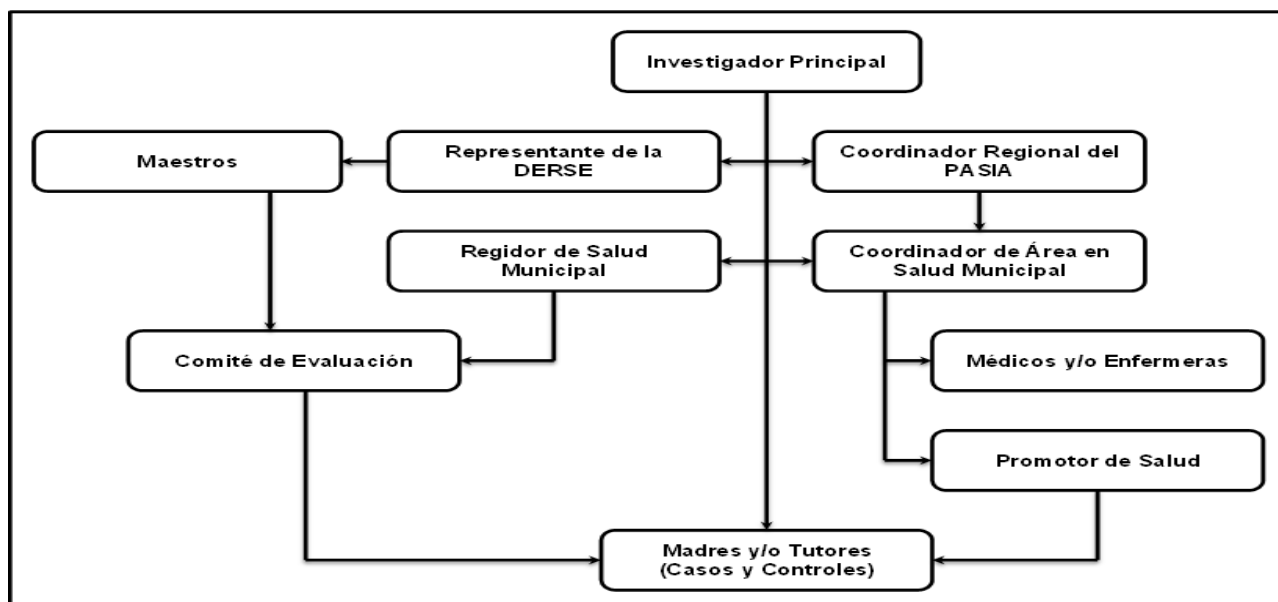


FIGURA 10: Distribución por Grupo Etario³⁶

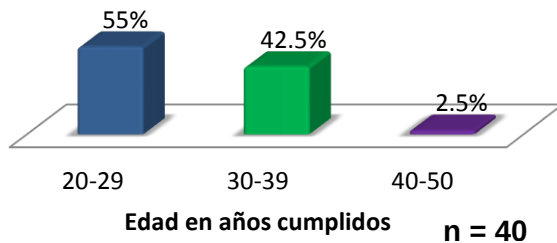


FIGURA 11: Distribución por Estado Civil³⁶

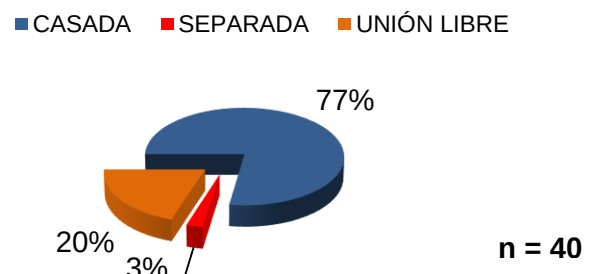


FIGURA 12: Distribución por Ocupación³⁶

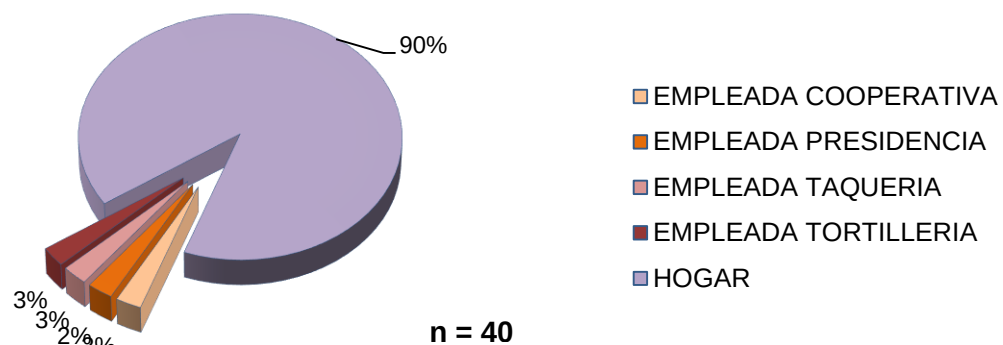


FIGURA 13: Distribución por Escolaridad³⁶

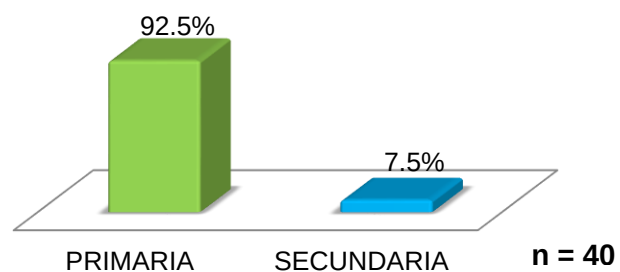
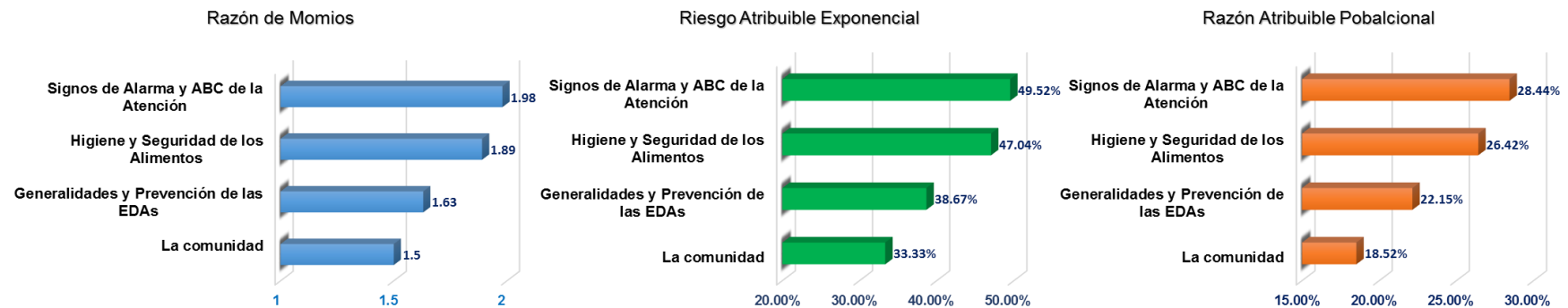
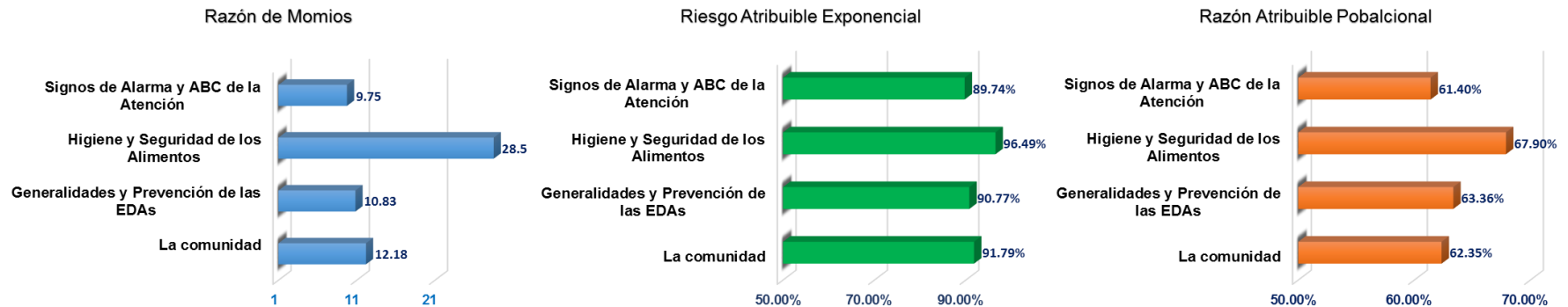


FIGURA 14: Medidas de asociación e impacto potencial en controles ($n = 20$)



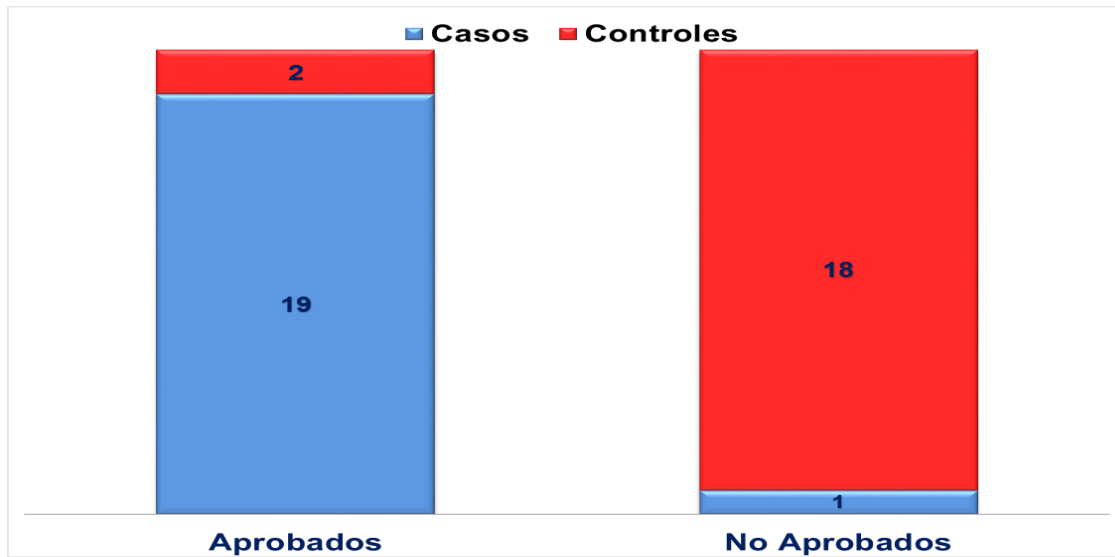
Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

FIGURA 15: Medidas de asociación e impacto potencial en casos ($n = 20$)



Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán

FIGURA 16: Distribución del conocimiento entre los casos y controles



Fuente: Mejora del proceso de atención en el hogar por responsables de menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda mediante una intervención educativa, en la comunidad de Tototlán