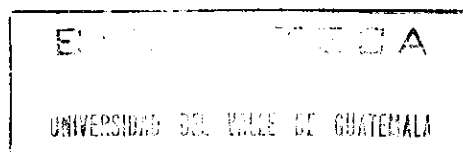


UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

FACULTAD DE EDUCACION



EFFECTOS DE LA METODOLOGIA PARTICIPATIVA

EN LAS PRACTICAS DE SALUD

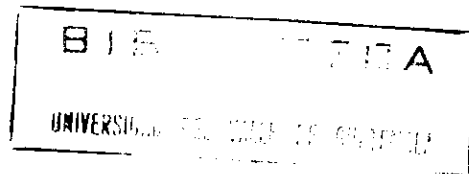
DORA RODRIGUEZ DE ARREAGA

GUATEMALA, 1994

EFFECTOS DE LA METODOLOGIA PARTICIPATIVA
EN LAS PRACTICAS DE SALUD



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
FACULTAD DE EDUCACION



EFECTOS DE LA METODOLOGIA PARTICIPATIVA
EN LAS PRACTICAS DE SALUD

DORA RODRIGUEZ DE ARREAGA

TRABAJO DE INVESTIGACION PRESENTADO PARA OPTAR
EL GRADO DE

LICENCIADO EN EDUCACION PARA LA SALUD

GUATEMALA, 1994

Vo. Bo.:

(f) *Yelitú de Baessa*
Dra. Yelitú de Baessa
Asesora.

(f) *Rafael Ralón Rodas*
Dr. Rafael Ralón Rodas
Asesor.

Tribunal:

(f) *Gloria J. Aguilar P.*
Licenciada Gloria Julia Aguilar P.

(f) *Yelitú de Baessa*
Dra. Yelitú de Baessa

(f) *Rafael Ralón Rodas*
Dr. Rafael Ralón Rodas

Fecha de aprobación: 9 de noviembre de 1994.

A mis hijas, Sara y Ruth.

A mi madre, Francisca v. de Rodríguez.

A mi esposo y mis hermanos,
por su cariño, apoyo y comprensión,
cuya presencia me impulsa a seguir
adelante.

A la memoria de mi padre, Luis Emilio
Rodríguez Barahona.

A la Dra. Yetilú de Baessa,
por su enseñanza y paciencia.

RESUMEN

El presente estudio investigó los efectos de la metodología participativa en las prácticas de salud de las madres del área marginal.

Las hipótesis de investigación plantearon que existe una diferencia significativa entre el cambio de prácticas de salud y el uso de metodología participativa, en comparación con el uso de metodología tradicional.

El estudio se realizó con una muestra de 100 madres del área marginal de la zona 7 de Guatemala, comprendidas entre las edades de 18 a 40 años, residentes en dos sectores de dicha comunidad.

El cambio de prácticas en salud fue determinado a través de observaciones semanales, después de desarrollar el programa educativo previsto y mediante una encuesta desarrollada con este fin.

Los datos fueron analizados estadísticamente por medio de la prueba "t" de Student, de dos colas.

Los resultados obtenidos a un nivel de probabilidad de $P = 0.05$ indican que existe una diferencia significativa en el cambio de prácticas de higiene de los alimentos y preocupación por la salud individual y familiar al utilizar la metodología participativa.

CONTENIDO

	Página
RESUMEN.....	v
I. INTRODUCCION.....	1
A. Justificación.....	3
B. Antecedentes.....	3
II. FUNDAMENTOS TEORICA.....	5
A. Concepción tradicional de la educación... 5	5
1. Característica de la educación tradicional	5
B. Conceptualización participativa de la educación.....	7
C. La Educación Sanitaria y las Prácticas en Salud.....	9
D. Características socioeconómicas que inciden negativamente en la salud.....	12
1. La pobreza.....	12
a. La emigración.....	14
E. Estudios afines.....	15
III. METODOLOGIA.....	18
A. Problema.....	18
B. Hipótesis.....	18
C. Variables.....	20
a. Variable independiente.....	20
b. Variable dependiente.....	20
D. Definiciones operacionales	20
E. Diseño de la investigación	21

F. Población y muestra	21
G. Instrumentos.....	22
H. Procedimiento.....	23
IV. RESULTADOS.....	26
A. Estadística descriptiva	26
B. Estadística inferencial	27
C. Discusión de resultados	28
D. Conclusiones	30
E. Recomendaciones	30
V. BIBLIOGRAFIA	32
APENDICES	36
A. Programa educativo	36
B. Tabla de especificaciones de objetivos	37
C. Instrumentos Pre y Post-test	42
LISTADO DE CUADROS	

Cuadro	Página
1 Características de los Grupos de Estudio.....	21
4.1.1 Estadística Descriptiva del Pre y Post-test de Prácticas en Salud de los Grupos Estudiados (N: 100).....	26

4.2 Estadística Inferencial Post-test prueba

"t" de la Diferencia de Media de los
Grupos Investigados..... 27

I. INTRODUCCION

Uno de los temas más discutidos de nuestro tiempo es la educación. Se ha tratado de encontrar algunos esquemas en los cuales se desarrolle en forma efectiva la conciencia del individuo, para romper paradigmas educativos que hacen de la educación un proceso que no permite al educador ser más que un transmisor y al educando un receptor, Freire (1983:73).

Actualmente se necesita de una educación en la que haya evidencia de aprendizaje que genere nuevas conductas y conocimiento; que promueva un espíritu de cambio reflexivo y que haga al educador una persona que incite a la participación, capaz de crear nuevos modelos de educación.

La educación participativa es una forma efectiva de despertar la conciencia del individuo, el docente deja de ser el que lo sabe todo y el alumno se convierte en una persona que participa, activamente, que busca respuestas y que no se limita a recibir pasivamente. Gardiner (1991:6-12).

Hoy en día la educación participativa ha encontrado un campo fértil en la salud, se ha convertido en una forma rápida, efectiva y segura de llegar a las personas haciendo uso de instrumentos sencillos y de bajo costo. Alvarez (1989:5).

Se ha comprobado que la metodología participativa es efectiva para capacitar voluntarios en salud y promotores rurales, según lo indican, OPS/OMS (1986:45), INCAP (1988:50) APROFAM (1993:25), aunque las instituciones anteriores no se

han interesado en capacitar directamente a las madres. Es por ello que el presente estudio tiene como objetivo comprobar la efectividad de la metodología participativa en el cambio de prácticas en salud de un grupo de 100 madres del área marginal de la zona 7 de Guatemala.

La intervención fue dirigida a las madres por ser ellas las que se encargan de promover la salud y la educación de sus familias y mantenerlas en un nivel funcional aceptable.

Además, se considera que este puede ser un grupo clave en la solución de la problemática de salud y educación a nivel local y familiar.

Para realizar el estudio se tomó en cuenta las prácticas de salud del grupo, así como sus características socioeconómicas.

La intervención también responde a la propuesta de la OPS/OMS en 1990, en donde pide al sector salud que salga del paradigma dominante centrado en la enfermedad, ya que se ha desestimado la prevención y promoción de la salud a través de la educación, porque no se le ve como algo importante y que impacte a los ojos de los demás.

Aunque el presente estudio no es la única solución para enfrentar al problema de salud y educación que tiene nuestro país, es un intento por buscar una salida viable y eficiente.

A. Justificación

Si la estructura de una sociedad crea sus propias formas educativas, una sociedad como la nuestra con una economía tan deteriorada exigirá una educación que llegue a toda la población y ésto sólo se puede lograr, con la unión de esfuerzos de varios sectores para mejorar la situación actual. Acebal (1989:100).

Es por eso, que las investigaciones que se realizan sobre los cambios de prácticas en salud y aplicación de metodologías que influyen en ellas, se revisten de especial importancia pues aportan elementos que permiten sustentar y demostrar la necesidad de educar, orientar y capacitar a los educandos en la adquisición de nuevas prácticas que permitan implementar la salud en su vida.

El presente estudio lleva implícito un intento educativo tendente a que la población objetivo, en este caso el grupo de madres de una área marginal de la zona 7 de Guatemala, se familiarice con las prácticas de salud que favorezcan su desarrollo.

B. Antecedentes:

Se habla de educación participativa desde principios del siglo XX, aunque no se le denomina de esta manera, se le llama: "Escuela Activa", "Escuela Nueva", "Educación Nueva". Estos tipos de educación promueven la práctica educativa, no sólo la teoría árida y sin sentido.

En Guatemala, la metodología participativa surge en el

campo de la salud a partir de 1984 con el apoyo de UNICEF, proporcionándole una opción viable hacia el cambio y desarrollo de los esquemas tradicionales de salud.

La metodología participativa ha logrado tener mayor aceptación en el campo de los distritos de salud, que en el área hospitalaria. Quizás porque dicha metodología viene a reforzar la atención primaria en salud y dentro de ella la participación comunitaria.

Al revisar las investigaciones realizadas en esta área se encontraron cuatro estudios relacionados con la práctica de salud, su influencia en la misma y el desarrollo de la poblacional utilizan metodología participativa.

OPS/OMS (1988) y UNICEF (1986), han realizado estudios con la metodología participativa tendente a disminuir la incidencia de diarrea e infecciones respiratorias agudas en Guatemala, capacitando promotores de salud y voluntarios.

INCAP (1986) ha utilizado la metodología participativa para realizar estudios de diarrea y nutrición, pero en el área rural con voluntarios en salud.

APROFAM (1993) trabaja en la capacitación participativa a grupos dentro y fuera de la capital, a la fecha han capacitado a 3.000 voluntarios y promotores. Estas instituciones no capacitan madres directamente.

II. FUNDAMENTACION TEORICA

En este capítulo se hace una revisión de las diversas teorías y supuestos que fundamentan los planteamientos del presente estudio.

A. Concepción tradicional de la educación:

Freire (1983:72) dice que la educación tradicional o "Bancaria", no permite discusión ni reflexión, únicamente aceptación de los dogmas ya establecidos, el educador es "depositario de la educación".

Chadwick (1987:30) expone que en la educación tradicional el educando tiene participación insuficiente dentro del proceso enseñanza - aprendizaje, es un ser estático que se sienta en una banca a escuchar lo que le dice el profesor y aún más preocupante, piensa que la función del educador es dictar la materia.

Según Dewey, citado en Fermoso (1985:125) en la educación tradicional no se toma en cuenta las necesidades personales de aprendizaje, se observa solamente la transmisión de conocimientos sin distinción de lo útil, de lo que no lo es, siguiendo esquema lineales sin fundamento sólo porque así está establecido.

1. Características de la educación tradicional:

La concepción tradicional sostiene la relación vertical educador - educando y presenta, según expone Freire

(1982:17), las siguientes características:

"El educador es siempre el que educa, el educando el que se educa.

El educador es quien habla, el educando el que escucha.

El educador elige el contenido de los programas, el educando recibe en forma de "deposito".

El educador prescribe, el educando sigue la prescripción

El educador es quien sabe, el educando el que no sabe.

El educador es el sujeto de la educación, el educando el objeto".

En la actualidad, la concepción tradicional de la educación no se ha logrado superar, los educandos continúan siendo ejercitados en archivar, en vez de desarrollar una conciencia crítica, se le sigue imponiendo pasividad, lo que facilita adaptarse al mundo y a la realidad parcializada que se les presenta en lugar de crear, transformar y producir nuevos conocimientos.

ESQUEMA TRADICIONAL DE LA EDUCACION

A Educador

"

Relación "

" sobre

Metodología Tradicional

de simpatía "

B Educando

quebrada.

FUENTE: Freire (1983:104)

B. Conceptualización participativa de la educación:

La educación participativa según García,1 (1991:6)

es:

"La corriente de pensamiento pedagógico que propone una metodología basada en principios de espontaneidad, respeto a la dignidad del educando y muy especialmente a la generación de un ambiente de alegría, cordialidad y experimentación agradable en el proceso de aprendizaje orientado".

La educación participativa no desestima el saber popular, le da realce, enriquece los conocimientos y experiencias de un grupo. Su principio fundamental es que cada persona posee un caudal de conocimientos para compartir y tiene la capacidad de recibir de otros y enriquecerse a sí mismo.

Vargas (1988:10) menciona los tres principios fundamentales de la educación participativa.

1. Parte de la realidad.
2. Lleva a una reflexión teorizada
3. Genera nueva práctica enriquecida".

Gardiner (1991:11) señala como características de la educación participativa las siguientes:

- "Promueve el diálogo y la discusión
- Fomenta la conciencia de grupo.
- Establece relación entre práctica teoría - práctica.
- Se fundamenta en procesos.
- Promueve el compromiso de los participantes.

Coloca al educando como sujeto y objeto de la misma".

Vargas (1988;15) expone que la metodología participativa tiene implicaciones pedagógicas, rompe con los esquemas tradicionales, el curriculum no es impuesto o inflexible, el educador deja de ser dador para convertirse en facilitador. En definitiva, el docente tiene que cambiar su mentalidad, debe permitir que el alumno piense y razone por sí mismo.

Novack (1991;235) menciona que la metodología participativa exige una planificación formal de cada actividad que se desarrollará, permite la existencia de un plan con objetivos generales, específicos y de comportamiento.

García (1991;2) dice que la ventaja más grande de la metodología participativa es que puede coexistir con otras metodologías, se apoya en ellas para poder desarrollarse con plenitud y sirve para dar un toque diferente a los métodos tradicionales.

Por otro lado, Freire (1992;90-104) expone con su método social activo que la metodología debe ser:

"Crítica y criticista pasa de la pasividad ingenua a la crítica, ampliando y profundizando la capacidad de captar desafíos en el tiempo".

Por lo expuesto anteriormente, se considera que la metodología participativa es la mejor opción para lograr un cambio de actitudes en las personas, sobre todo en adultos.

C. La educación sanitaria y las prácticas en salud:

OPS/OMS (1980) dicen que para llevar a cabo la educación sanitaria, es necesario conocer el componente salud-enfermedad, así como los riesgos para la salud. También indican que se debe saber el nivel de conocimientos de la comunidad acerca de comportamientos sanos y malsanos, comprender los tipos de sentimientos, pensamientos y comportamientos que tienen los miembros de la comunidad respecto de la salud.

La OPS/OMS (1978) definen a la salud como:

"El completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o afecciones".

Para lograr la salud se debe llevar a cabo ciertas prácticas que, aunque sencillas y simples, no siempre se cumplen. Acebal (1989:240), dice al respecto que la higiene es una práctica que no requiere de elementos sofisticados para poder alcanzarse.

Turner (1989:4) discute sobre la higiene definiéndola como: Ciencia que promueve y preserva la salud; hace además una subdivisión de ella:

"1. Higiene personal: ésta se ocupa del mantenimiento de la salud del individuo.

2. Higiene de la comunidad, se ocupa del control del medio ambiente."

Entre las prácticas de higiene personal está el simple lavado de manos, que dentro del campo de la salud adquirió importancia hace más de 100 años cuando Semlewis, citado en

Remolina (1986:1), lo introdujo en la cirugía para evitar la infección. En la actualidad se utiliza para prevenir enfermedades diarreicas e infectocontagiosas o transmisibles.

En el boletín Diálogo sobre las diarreas OIS/OMS (1991:7-9) dentro del capítulo de consejos prácticos se menciona la higiene como el medio más eficaz para mantener la salud. Las prácticas que allí se toman en cuenta son: higiene del hogar y la comunidad, higiene del agua, higiene al manipular alimentos. Estas sencillas prácticas al parecer sin importancia, son en general causas de morbilidad en los países en desarrollo.

Existen algunos estudios realizados en décadas pasadas como los que cita Paganini (1980:98-104). Estos estudios ven la relación entre la salud y la vivienda.

A pesar de los adelantos en las técnicas epidemiológicas aún persisten algunas dificultades de metodología y las pruebas no son concluyentes.

Ellis (1966:45-66) informó de una relación positiva entre la mortalidad infantil y las condiciones socioeconómicas incluyendo el hacinamiento. Stockwell (1967:66-89), a partir del estudio de Ellis, examinó cuatro índices específicos: ocupación, ingreso económico, alquiler y hacinamiento.

Pero sólo observó una relación significativa entre la mortalidad neonatal y los ingresos económicos.

Halliday (1978:30-98) y Wright (1979:55-78) demostraron que el sarampión y la tos ferina solían manifestarse a una edad más temprana en hogares con hacinamientos. Benjamin y

Brett (1965:14-79) lograron encontrar una relación entre el hacinamiento y la tuberculosis.

Turner (1980:6) hace una relación entre el conocimiento, las prácticas y la salud, menciona que se puede lograr una mejor salud, pero no sólo por tener conocimiento de cómo lograrlo, sino por la aplicación de prácticas para llevar a ella y dice que existe una relación positiva entre la escala de valores y la higiene. Esta relación tiene influencia del medio donde se desenvuelven las personas, su nivel económico, sus metas y los intereses que los mueven. El mismo autor observa la forma cómo el conocimiento llega al individuo y dice que esta manera de llegar al hombre es importante para que las prácticas de higiene permanezcan presentes en la vida del individuo. Asegura que se debe hacer reflexionar a la persona sobre las implicaciones que tiene al no seguir las prácticas sencillas de higiene en la salud individual y familiar.

En relación con lo anteriormente observado por Turner, Biocca (1989:60) dice:

"La educación sanitaria es una especialización que persigue aplicar principios educativos que promueven el cambio de conducta con respecto a la salud en el individuo y la comunidad, se basa en un proceso educativo eminentemente dinámico, que expresa a través de la coordinación de los elementos y sectores constituyentes, con miras a lograr cambios requeridos para promover, proteger y recuperar la salud".

La educación para la salud es una tarea sistemática y programada, en consecuencia dirigida a la formación del individuo y la comunidad. Su objetivo básico es modificar, perfeccionar y promocionar normas que constituyen la base de las conductas frente a la salud que tendrá la población, tanto en sus componentes individuales, como en las relaciones grupales y comunitarias. Los objetivos de la educación para la salud identificados por la OPS/OMS (1985) son:

1. Fomentar y proteger la salud de los individuos y de las comunidades.
2. Utilizar correctamente los servicios disponibles para la recuperación de la salud y seguir cabalmente las indicaciones prescritas.
3. Contribuir a prolongar la vida con sentido vital más que temporalmente.
4. Apoyar y participar en acciones de salud.
5. Actuar como factor de desarrollo de la personalidad y en la formación de nuevos hábitos de existencia armónica y feliz.

D. Características socioeconómicas que inciden negativamente en la salud:

1. La pobreza:

"La pobreza debe entenderse como el producto de procesos que van a extenderse en grados variables de dificultad que encuentran determinados grupos sociales para acceder a los satisfactores más indispensables para la sobrevivencia en condiciones humanamente aceptables".

Melendreras (1991:2)

Tradicionalmente la pobreza se ha referido únicamente a la situación de ingresos sin tomar en cuenta las carencias que van asociadas a ella, lo que parcializa su conceptualización. La pobreza tiene relación con la situación de salud y el deterioro de las condiciones de vida de la población, lo que se refleja en el perfil epidemiológico y en las tasas de morbilidad y mortalidad generales.

Se ha llegado incluso a construir una clasificación de las familias según su estado de pobreza:

1. Familias pobres:

- En pobreza extrema
- En pobreza no extrema

2. Familias no pobres.

Las familias que se encuentran en **pobreza extrema**: son aquellas que tienen ingresos inferiores al costo de la canasta básica de alimentos.

Familias en **pobreza no extrema**: son aquellas familias que tienen ingresos para cubrir la canasta básica, pero no pueden cubrir las necesidades de la canasta de bienes y servicios. Melendreras. (1991:2-3).

La situación de pobreza en Guatemala está en un 79% a nivel nacional: en pobreza extrema el 57%, mientras que la pobreza no extrema está en un 22% y los no pobres son sólo un 11%, según informe de FUND (1991).

Es evidente que las condiciones de pobreza de la sociedad, tiene relación con la situación y el modelo económico general del país, tanto en la capacidad de generar condiciones de bienestar, como en la distribución del ingreso. Estos aspectos tienen relación con la situación de empleo nacional y los procesos migratorios.

2. La emigración está conceptualizada como:

" El conjunto de personas que han abandonado su residencia habitual para establecerse en otro país o región".

(García, Pelayo: (1983:190)

Actualmente la emigración está determinada por la localización de los mercados de trabajo y aún se continúa sub-utilizando la fuerza laboral agrícola, lo que condiciona los bajos ingresos y el sub-empleo rural.

En la capital de Guatemala la población de las áreas urbano-precarias asciende al 35% de la población total, según informe de FUND (1991). Y aún sigue creciendo debido a que la población rural no cesa de emigrar a la capital en busca de empleo.

Se entiende por área urbano-precaria, a aquellos asentamientos humanos que se componen básicamente de emigrantes del campo, lo cuales tienden a utilizar cuanto esta a su alrededor, adobe, lámina, madera, plástico, piedra; etc.

para levantar sus chozas. Además, incluyen dentro del hogar la crianza de animales domésticos como: cerdos, gallinas y

otros. estos asentamientos carecen de los servicios sanitarios mínimos, tales como: distribución de agua, disposición de excretas y basura en forma adecuada. Todo lo cual crea la desorganización del ambiente urbano.

De todos los aspectos anteriores se deduce la dificultad que tienen los grupos urbano precarios para satisfacer sus necesidades mínimas de subsistencia; alimentación, vivienda, vestido, educación, salud, saneamiento básico y recreación. Melendreras (1991-30-35).

E. Estudios afines:

Las investigaciones realizadas en Guatemala sobre prácticas de salud, en su mayoría se han llevado a cabo por estudiantes de medicina, de nutrición y algunos médicos interesados en la salud pública.

Irina Hurtarte (1986:5-89) realizó un estudio experimental sobre salud familiar, encaminando las prácticas de salud hacia la nutrición. Dicho estudio se llevó a cabo en dos comunidades rurales, se tomó en cuenta 110 sujetos de los cuales el 50% eran madres y el otro 50% eran padres. Se observó a través de una encuesta los conocimientos, actitudes y prácticas respecto de salud y nutrición que estos poseían, con base en ello se elaboró al final una propuesta de programa educativo, el cual no pudo llevarse a cabo en su totalidad, pues se observó que los padres no tenían interés en lo que se les quería enseñar.

Hurtarte (1986:85) concluye que la causa probable del

desinterés de los padres fue la metodología empleada con el grupo, pues sólo se impartieron charlas educativas no participativas.

Dina Naranjo (1988:12-45) estudió aspectos antropológicos sobre investigación en salud y nutrición, donde concluye que para que la salud y la nutrición se mantengan en la comunidad debe tomarse en cuenta la participación de la misma, pues las personas del área rural desconfían de gente nueva que quiere imponerles prácticas no usuales para ellos.

Pérez Rodríguez (1990:10-54) realizó un estudio experimental sobre actitudes y prácticas de madres y tutores frente a las infecciones respiratorias, la muestra fue de 160 madres y tutores. Nuevamente se insistió en los conocimientos actitudes y prácticas que tienen los tutores y las madres respecto de las infecciones respiratorias. Los resultados denotan que aunque las personas posean conocimientos sobre cómo tratar las infecciones respiratorias no los llevan a la práctica. Deja el autor la inquietud para buscar la forma más indicada que logre cambiar la actitud de las madres, y los tutores para aplicar lo que ya saben.

Angel Hernández (1989:12-67) realizó un estudio experimental sobre introducción de prácticas de salud en dos comunidades capacitando a voluntarios en salud con metodología participativa. Los resultados muestran que en una de las comunidades se logró introducir algunas prácticas, pero en la otra no. Considera el autor que posiblemente la

forma como reclutó a los voluntarios fue una de las razones por las que no se logró los resultados deseados. En la comunidad "A", los voluntarios fueron elegidos por la comunidad, mientras que en la comunidad "B" ellos se ofrecieron para realizar el trabajo sin aprobación de la comunidad. El autor resalta la importancia que tiene la participación e involucramiento de la comunidad a fin de lograr un auténtico cambio de actitudes.

III. METODOLOGIA

En este capítulo se describen los aspectos metodológicos de la investigación, los cuales son: Problema, hipótesis, variables, definiciones, operaciones, diseño de la investigación, población y muestra, instrumentos y procedimientos empleados.

A. Problema:

El objetivo fundamental del presente trabajo es dar respuesta al siguiente problema que lo motivó:

La metodología participativa es más efectiva para cambiar las prácticas de salud en las madres del área marginal que la metodología tradicional?

B. Hipótesis:

Del problema planteado se derivan las siguientes hipótesis que serán sometidas a prueba:

1. H₀: La media de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de higiene personal del grupo experimental no difiere significativamente del grupo de comparación a un nivel de probabilidad de $\alpha = 0.05$.

H₁: La media de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de higiene personal del grupo experimental difiere significativamente del grupo control a un nivel de probabilidad de $\alpha = 0.05$.

- 2.HO:La media de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de higiene de la vivienda del grupo experimental no difiere significativamente del grupo de comparación a un nivel de probabilidad de $\alpha=0.05$.
- H1:La media de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de higiene de la vivienda del grupo experimental difiere significativamente del grupo de comparación a un nivel de probabilidad de $\alpha=0.05$.
- 3.HO:La media de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de higiene de los alimentos del grupo experimental no difiere significativamente del grupo de comparación a un nivel de probabilidad de $\alpha=0.05$.
- H1:La media de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de higiene de los alimentos del grupo experimental difiere significativamente del grupo de comparación a un nivel de probabilidad de $\alpha=0.05$.
- 4.HO:La media de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de preocupación por la salud individual y familiar del grupo experimental no difiere significativamente del grupo de comparación a un nivel de probabilidad de $\alpha=0.05$.
- H1: La media de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de preocupación por la salud individual y familiar del grupo experimental difiere significativamente del grupo control a un nivel de probabilidad de $\alpha=0.05$.

C. Variables:

Las variables consideradas para esta investigación fueron las siguientes:

1. Variables independiente:

- a. Grupo de madres que reciben metodología tradicional vs. madres que reciben metodología participativa.

2. Variables dependiente:

- a. Puntaje obtenido en el cuestionario de prácticas en salud.

D. Definiciones operaciones de las variables:

1. Metodología tradicional: En este trabajo se entiende por metodología tradicional a la educación centrada en el docente..

2. Metodología participativa: Se define como educación centrada en el alumno. En ella el alumno toma parte activa en el proceso.

3. Prácticas en salud: Es el punteo burdo total alcanzando por sujeto en el cuestionario sobre prácticas de salud, el cual se obtiene de la sumatoria total de las respuestas positivas en cada una de las áreas: higiene personal, higiene de la vivienda de los alimentos y salud individual y familiar.

E. Diseño de la investigación:

El diseño de la presente investigación corresponde a un estudio de tipo experimental con la modalidad de pre y post-test, utilizando dos grupos: uno experimental al cual se aplicó la metodología participativa y otro de comparación en donde se aplicó metodología tradicional.

F. Población y muestras:

El grupo de estudio lo constituyeron 100 madres del área marginal de la zona 7 de Guatemala, 50 en el grupo experimental y 50 en el grupo de comparación. el 100% de ellas era alfabeta y con las siguientes características:

CUÁDRO No.1
Características de los grupos de estudio

Edad	%	Ingreso Mensual	%	Promedio de niños por Fam.	%
18 a 20	40	100 a 150	30	2 a 3	20
26 a 35	30	151 a 200	40	4 a 5	35
36 a 40	30	201 a 300	30	5 a más	45

Fuente: Cuestionario aplicado al grupo de madres (1993).

La comunidad escogida se encuentra en la lotificación "Tierra Nueva II", a 7 kilómetros del centro de la capital; sus características son las de un área marginal, cuenta con una vía de acceso, drenajes a flor de tierra, el agua la obtienen comprándola en camiones cisterna, el material de las casas es de madera, lámina, plástico, cartón y otros materiales.

Se observa gran cantidad de animales domésticos, entre ellos perros, gatos, gallinas, patos y cerdos, dentro de las casas.

La comunidad está dividida en 10 sectores por parte del centro de salud, se tomaron dos de ellos denominándoseles sector "A" y sector "E". Para determinar el grupo de madres se tomó en cuenta el diagnóstico de salud del lugar, elaborado por el personal del centro de salud, en 1,993. Se consideró que el grupo idóneo para trabajar era el de señoras comprendidas entre los 18 y 40 años de edad, alfabetas, con 3 a 5 niños o más y con un ingreso promedio entre Q. 150.00 a Q.200.00. Este era el grupo más vulnerable y el menos atendido por el centro de salud. Para poder llevar a cabo la investigación, se entrevistó a todas las mujeres con la características anteriores y las que aceptaron someterse al programa fueron seleccionadas, es decir que la muestra consistió en madres que voluntariamente aceptaron ir al curso.

G. Instrumentos:

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario de observación de prácticas de salud, que contiene aspectos

como: higiene de la vivienda, higiene personal, de los alimentos y prácticas de salud individuales y familiares, respecto de la enfermedad. Este instrumento se adaptó de un cuestionario utilizado en un estudio realizado en un área marginal de la ciudad de Guatemala por la Universidad de Pensylvania, en conjunto con la Universidad del Valle de Guatemala.

Antes de aplicar el instrumento a los grupos de estudio, se realizó una prueba piloto con una comunidad similar a la estudiada, a fin de verificar si el cuestionario era apropiado al nivel educativo de esta población, además se revisó el instrumento para detectar si éste respondía a los objetivos del programa. Después de probado el instrumento, se determinó que no era necesario hacerle algún cambio.

H. Procedimiento:

Después plantear la metodología se procedió de la siguiente manera:

Con el grupo de comparación se utilizó la metodología tradicional. Los alumnos de este grupo no tuvieron participación activa dentro de las sesiones, se limitaron a escuchar y copiar lo que el maestro decía.

breve descripción de las actividades con este grupo: En cada sesión el maestro se dirigía a las alumnas de la siguiente manera: "Buenas tardes señoras, hoy les voy a dictar lo que es la higiene, saquen sus cuadernos y lápices y copien lo que les diré... bueno, ahora que ya copiaron lo que dicté por

favor copien lo que estoy escribiendo en el pizarrón. Como veo que no tienen preguntas, cuando terminen de copiar pueden irse a sus casas, gracias por su atención".

Como se puede apreciar, la actitud del docente es de un depositario y la de los alumnos la de simples depósitos, sin mayor participación en su propia educación, aceptando lo que se les impone, haciendo parecer al docente como el sabelotodo y a los alumnos como los que no saben nada. En el grupo se observó apatía y aburrimiento durante las sesiones.

Mientras que con el grupo experimental se utilizó la metodología participativa, las alumnas tuvieron participación directa, preguntando, ejecutando algunos procedimientos y elaborando algún material de apoyo para su uso personal.

Breve descripción de las actividades: En cada sesión, el docente se dirigía a ellos de la siguiente manera: "Buenas tardes, el día de hoy trataremos el tema que continua del listado que elaboramos la semana pasada; para ello necesito dos voluntarias, las cuales realizarán los pasos del lavado de manos con un vaso de agua. Bien, ahora pensemos todas cómo podemos empezar y cómo no gastar toda el agua sólo en enjabonarnos las manos....Bien doña Carmen, primero vamos a humedecer el jabón....Doña Estela, no se puede meter la mano en el vaso....Claro, doña Rosa, el lavado de manos no permite que pasemos microbios de un lugar a otro. En este grupo se observó más interés, menos deserción, más deseos de participar. La actividad se desarrolló en un ambiente de cordialidad, juego y colaboración.

Los dos grupos estuvieron bajo la guía del mismo experimentador.

La actividad se realizó durante 12 semanas comprendidas del 2 de agosto al 5 de noviembre de 1,993, en horario de 3 a 4 de la tarde, en días alternos de la siguiente manera: lunes, miércoles y viernes con el grupo comparación; martes, jueves y sábado con el grupo experimental.

V. RESULTADOS

En este capítulo se presentan las estadísticas descriptivas e inferenciales de los datos obtenidos en la investigación, así como su correspondiente análisis.

A. Estadística descriptiva:

Para cada una de las variables se calcularon los estadígrafos: media y desviación estándar.

Los resultados del pre-test demuestran que no existe diferencia estadísticamente significativa en los grupos al inicio del estudio en la aplicación de prácticas de salud, como lo indica el siguiente cuadro.

CUADRO 4.1

Estadísticas descriptivas del pre-test
de prácticas en salud de los grupos estudiados

Variable	Grupo de comparación		Grupo experimental		Rango Posible
	N:50 XA	SA	N:50 XA	SA	
1.Higiene Personal	2.4	3.0	2.6	3.5	
2.Higiene de la vivienda	2.5	3.5	2.4	3.0	
3.Higiene de los alimentos	2.7	3.6	2.6	3.5	
4.Preocupación por la salud individual y familiar.	2.2	3.0	2.0	3.0	

FUENTE: Cuestionario de Prácticas de Salud (1993)

B. Estadística Inferencial:

Con el fin de establecer si la diferencia de las medias de los grupos que utilizaron metodología participativa y metodología tradicional eran significativas, se utilizó el estadígrafo "t" de Student de dos colas, para datos no correlacionados. En el cuadro 4.2 que aparece abajo se presentan los resultados.

Al analizar los valores de "t" se observa que las medias para ambos grupos en lo referente a prácticas de higiene personal y de la vivienda no son significativas, pero en el caso de higiene de los alimentos y preocupación por la salud individual y familiar sí difieren significativamente, con una probabilidad de 0.05 la "t" esperada a 98 gl. es de 2,000 para un nivel de probabilidad de $\alpha=0.05$.

CUADRO 4.2
Estadística Inferencial
Post-test Interencial "t" de la diferencia
de medidas de los grupos investigados N:100

VARIABLES	Grupo Experimental N:50		Grupo comparación N:50		"t"	RANGO POSIBLE
	XA	SA	XB	SB		
1.Higiene personal	5.00	3.7	4.00	2.8	2.777	0 - 5
2.Higiene de la Vivienda	4.9	3.5	3.00	2.7	2.878	0 - 12
3.Higiene de los alimentos	4.00	3.00	2.00	2.6	3.746 *	0 - 5
4.Preocupación por la salud individual y fam.	4.00	3.50	2.20	2.7	3.756 *	0 - 10

*Significación $P > 0.05$

FUENTE: Cuestionario de Prácticas de Salud

C. Discusión de resultados:

A continuación se discuten los resultados encontrados en el presente estudio.

El objetivo básico de la presente investigación fue demostrar la efectividad de la metodología participativa en los cambios de prácticas en salud de las madres del área marginal.

La primera hipótesis planteada en el estudio indica que: las medias de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de higiene personal del grupo experimental difiere significativamente del grupo control a un nivel de probabilidad de $\alpha = 0.05$; sin embargo, la diferencia entre los grupos no fue estadísticamente significativa. Esto podría deberse a que el intervalo de tiempo de observación, luego de finalizado el programa, fue muy corto y no demostró el cambio que realmente pudo ocurrir, o el tiempo de entrenamiento fue muy corto, en este caso se tiene que rechazar la hipótesis alterna y aceptar la hipótesis nula.

En relación a la hipótesis 2, que establece que las medias de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de higiene de la vivienda del grupo experimental difiere significativamente del grupo control a un nivel de probabilidad de $\alpha = 0.05$. En este caso tampoco se encontró que la "t" era estadísticamente significativa. Lo anterior se puede deber también al poco tiempo que transcurrió entre el curso y la observación y las madres no habían tenido tiempo de asimilar y adoptar lo aprendido o el tiempo del curso fue

demasiado breve. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alternativa.

En cuanto a la tercera hipótesis que establece que la media de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de higiene de los alimentos del grupo experimental difiere significativamente del grupo control a un nivel de probabilidad de $\alpha = 0.05$. En este caso se observa que la "t" es estadísticamente significativa, por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa. Quizás en este caso lo aprendido por las madres se ha visto reforzado por mensajes en radio y T.V. sobre cómo mantener los alimentos con un buen nivel higiénico, o las madres tuvieron menos dificultad para cambiar sus creencias y actitudes referentes a esta área.

Al comparar la cuarta hipótesis que establece que las medias de los puntajes obtenidos en el cuestionario en el área de salud individual y familiar del grupo experimental difiere significativamente del grupo de comparación a un nivel de probabilidad de $\alpha = 0.05$. Se observa en este caso que la "t" es estadísticamente significativa, lo cual permite aceptar la hipótesis alternativa y rechazar la hipótesis nula.

En estos dos últimos casos se puede afirmar que la metodología participativa fue efectiva y que sí hay evidencia de cambios en algunas de las prácticas de salud de las madres del área marginal investigada. Se considera que lo anterior es posible porque una característica de la metodología es que el estudiante se siente responsable de su aprendizaje.

participa. aprende de otros, reconoce la utilidad y significado del aprendizaje en sí, Gardiner (1991:11).

D. Conclusiones:

En síntesis y con base en los resultados obtenidos en relación al problema planteado en el presente estudio, se puede concluir que:

1. El cambio de prácticas en salud del grupo de madres que utilizó la metodología participativa es significativo en comparación con el grupo que utilizó metodología tradicional, en lo que se refiere a prácticas de higiene de los alimentos y salud individual y familiar.
2. La metodología participativa despertó en los educandos el interés por aprender, tal como se observó en el desarrollo de las sesiones periódicas con el grupo.
3. La educación tradicional hace que el alumno se observe pasivo y desmotivado. Pero es importante también insistir que la metodología tradicional no debe rechazarse totalmente, sino tomar de ella lo bueno y utilizarlo a través de la metodología participativa.
4. Sin embargo, para lograr cambios significativos y duraderos en educación de prácticas en salud, es probable que la metodología participativa dé mejores resultados.

R. Recomendaciones:

1. Utilizar con grupos la metodología participativa para dar educación en salud y lograr algunos cambios observables.
2. Favorecer la participación activa de los alumnos, al dar educación en salud, a través del establecimiento de un ambiente de colaboración y confianza.
3. Aprovechar los aspectos positivos de la metodología tradicional, a fin de aplicarlos dentro de la educación participativa.
4. Evaluar después de un año de haberse llevado a cabo el programa educativo, para detectar si aún persisten los cambios, como lo menciona Dina Naranjo (1986:40) en uno de los estudios afines al tema.

V. BIBLIOGRAFIA

- Acebal, Frederick. Medicina de la comunidad
1,989 Buenos Aires, Editorial Intermédica, 150 pp.
- Alvarez, Rodrigo. Tecnología educativa en salud.
1,989 Guatemala, Publicaciones INCAP, 1-33, 88.pp.
- Alvarez, Román. La Educación Sanitaria en América Latina.
1,990 México. Editorial La Prensa Médica. 131.pp.
- APROFAM Memoria de trabajo 1,993. Material
1,993 fotocopiado proporcionado por Dr. Rolando López.
59.pp
- _____ Entrevista realizada al Dr. Rolando López 1,993
Jefe de Educación Comunitaria. Guatemala
- Benjamin, Jhon, Stuart Brett. Epidemiología de la
1,985 Tuberculosis. México, D.F. Editorial la Médica, 194
pp.
- Biocca, Sammuels. Higiene de la comunidad. México, D.F.
1,980 Editorial Interamericana. 124 pp.
- Chadwick, Cliftón. Estrategias Cognitivas. Santiago de
1,987 Chile Editorial Pontificia Universidad católica. 131
pp

- Ellis, Thomas. Sociedad y salud. Buenos Aires, 1.966 Argentina. Editorial Losada. 144 pp.
- Fermoso, Estebanes Faciano. Teoría de la Educación. México, 1985 D.F. Editorial Trillas, 216 pp.
- Freire, Paulo, La Educación como práctica de la Libertad. México, Editorial Siglo Veintiuno. 155 pp.
- La Pedagogía del Oprimido. México, 1983 Editorial Siglo Veintiuno. 176 pp.
- García, Jorge. Proyecto de Seguimiento de CAP. USAID 1,991 The experiment, in international living (E.I.L.) 58 pp.
- García, Pelayo Diccionario de Sociología. Treceava 1.973 Edición Madrid. Editorial Larousse. 1,099 pp.
- Gardiner, Thomas. Proyecto de Seguimiento de CAP. USAID 1,991 The experiment in international living (E.I.L.) 58 pp.
- Halliday, Richard Salud Pública. Caracas. Editorial 1.978 Interamericana. 150 pp.
- Hernández, Angel. Educación Participativa aplicada a Voluntarios en Salud. Guatemala, USAC Tesis para optar el Título de Médico y Cirujano. 60 pp.
- Hurtarte, Irina. Las prácticas de Salud y la Nutrición 1.986 Guatemala. INCAP. Tesis para optar al Título de Licenciada en Nutrición. 150 pp
- INCAP Compilado de Documentos sobre Diarrea. 1.986 Guatemala, publicaciones INCAP. 308 pp.

- _____ Boletín Bimensual sobre Educación y
 1.988 Nutrición. Publicaciones INCAP, L-43. Guatemala.
 Melendreras, Tristan. Mapeo de la Pobreza. Guatemala,
 1.991 Instituto Nacional de Salud, 80 pp.
 Naranjo, Dina. Aspectos Antropológicos sobre Salud y
 1.988 Nutrición. Guatemala, INCAP. Tesis para optar al
 Título de Licenciada en Nutrición 140 pp.
 Novack, John. La Educación Participativa y la Salud.
 1.991 México. Editorial Latinoamericana. 324 pp
 OPS/OMS Atención Primaria en Salud. Declaración
 1.978 de Alma Atta. Rusia. 98 pp.
 _____ Boletín Diálogo sobre las Diarreas.
 1.980 OPS/OMS. 25 pp.
 _____ Boletín Diálogo sobre las Diarreas.
 1.985 OPS/OMS. 45 pp.
 _____ La participación Comunitaria. OPS/OMS.
 1.986 Boletín No. 23. U.S.A. 100 pp.
 _____ Boletín Diálogo sobre las Diarreas.
 1.988 OPS/OMS No. 40. U.S.A. 160 pp.
 _____ La Conceptualización de la salud. OPS/OMS
 1.990 Boletín 50. U.S.A. 170 pp.
 Paganni, Stephan. Comunidad y Medicina. Buenos Aires
 1.980 Editorial Intermédica. 168 pp.

- Pérez, Rodríguez. Los conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud de Madres y Tutores de Milpas Altas Guatemala. USAC. Tesis para optar al Título de Médico y Cirujano. 110 pp.
- 1990
- PUND Informe Anual de Indicadores para América Latina. U.S.A. PUND, 156 pp.
- 1.991
- Remolina, Pedro. Epidemiología y salud. México, Editorial 1.985 Trillas, 140 pp.
- Stockwell, Robert. La Economía y la Salud. México, Editorial 1.967 Editorial La Prensa. 137 pp.
- Turner, Fred. Higiene y Salud. Buenos Aires, Editorial 1.980 Kapeluz. 270 pp.
- UNICEF Educación Participativa. Folleto No. 35, 1.986 60 pp.
- Vargas, William. Fundamentos de la Metodología Participativa UNICEF. Guatemala, C.A. 60 pp.
- 1.988
- Wright, John. Epidemiología del Sarampión. Buenos Aires, Editorial 1.979 Losada. 159 pp.

A P P E N D I C E S

APENDICE "A"

PROGRAMA EDUCATIVO

I. Identificación:

Comunidad: Area marginal, zona 7
Responsable: Dora Rodriguez de Arreaga
Grupo: 100 madres de la comunidad
Año: 1993

II. Objetivos Generales:

1. Capacitar a un grupo de 100 madres del área marginal.
2. Lograr el cambio de prácticas de salud del grupo de madres.
3. Estimular la participación de la mujer en la salud familiar.
4. Establecer un canal de comunicación entre el distrito de salud y la comunidad.

III. Breve Descripción del Programa:

El presente programa contiene conocimientos básicos que debe poseer una madre para prevenir y promocionar la salud de su familia. Pretende modificar las prácticas de salud que aún no han sido asimiladas por el grupo a trabajar.

Consta de dos unidades:

1. Higiene personal y de la vivienda.
2. Atención de los problemas de salud en las instituciones y en el hogar.

ACTIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGIA PARTICIPATIVA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION
laga correctamente lavado de manos con un vaso de agua.	A. HIGIENE PERSONAL 1. Lavado de manos.	Participativa	Cartel reflexivo	Del 2/8/93 al 14/8/93	Se hara una prueba diagnóstica para determinar el grado de conocimiento
epita uno a uno en forma correcta lo procedimientos demostrados.	2. Baño 3. Cambio de ropa 4. Cepillo Dental 5. Cuidado del Cabello 6. Cuidado de la uñas 7. Cuidado de nariz y oídos	Uso de las técnicas Figura Fotogeneradora de ideas.	Utensilios necesarios		Observación sistemática de cada procedimiento.
plique los conocimientos adquiridos sobre higiene en el hogar	B. HIGIENE DEL HOGAR 1. Airear la vivienda	Demostración	Papelógrafo		Devolución de los procedimientos, por las madres.
iscuta sobre mejorar el problema de la basura en el hogar.	2. Disposición adecuada de la basura.	Cuento de cuadros.	Cuadros del Cuento.	Del 18/8/93 al 28/8/93	Comprobación del producto obtenido a través de lista de cotejo.
mejore el uso de la letrina en todos los miembros de la familia.	3. Disposición de excretas, uso y cuidado de la letrina.				
determine porqué es importante no tener animales en el dormitorio.	4. Cuidado de los animales en el hogar.	Demostración			
manipule con higiene los alimentos que prepara.	C. HIGIENE DE LOS ALIMENTOS 1. Manipulación de alimentos				
utilice con higiene los utensilios de cocina.	2. Conservación de los alimentos.	Demostración	Utensilios de cocina	Del 30/8/93 al 11/9/93	
utilice los recursos alimenticios con que cuenta.	3. Uso higiénico de los utensilios de cocina. 4. Aprovechamiento de recursos alimenticios.				

UNIDAD II
ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN LAS INSTITUCIONES Y EN EL HOGAR

OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION
A. CONTROL PERIODICO DE SALUD					
1. Utilice correcta y oportunamente los servicios de salud.	1. La atención que brindan los servicios de salud	Excursión al Centro de salud.	Personal del Centro de Salud.	Del 13/9/93 al 25/9/93	Observación directa.
2. Repita paso a paso el trámite para obtener un control de salud.	2. Trámite para obtener un control de salud.	Sociodrama	Grupo de madres.		Preguntas sobre qué hacer para obtener un control de salud.
3. Aplica con exactitud los pasos para detectar un niño con deshidratación.	3. Importancia del cumplimiento de citas y tratamientos.				
B. TRATAMIENTOS CASEROS DE ALGUNAS ENFERMEDADES.					
4. Utilice con exactitud las sales de rehidratación oral.				Del 27/9/93 al 9/10/93	
5. Determina correctamente los signos de alarma en caso de infección respiratoria aguda.	1. Detección de deshidratación en un niño con diarrea.	Reflexión Acción	Cartel reflexivo.		
6. Haga con exactitud los pasos para dar respiración boca a boca.	2. Como hidratar a un niño en el hogar con SRO.	Demostración	Pichel, agua, cuchara y SRO		Discusión de casos y presentación de soluciones.
	3. Detección de signos de alarma en caso de catarro y neumonía (I.R.A.).	Lluvia de Ideas	Cartel reflexivo y papelógrafo.		Devolución del procedimiento. Verificar si aprendió a controlar la temperatura.
C. PRIMEROS AUXILIOS EN CASA.					
	1. Cómo dar respiración boca a boca.	Demostración	Voluntaria	Del 11/10/93 al 5/11/93	

OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION
7. Utilice correctamente la técnica de inmovilizar una persona.	2. Inmovilización del herido.	Desmostración Lluvias de ideas	Tablas, escobas, palos, sábanas, cinchos. Voluntaria	Del 11/10/93 al 5/11/93	Devolución correcta de los procedimientos aprendidos.
8. Emplea con exactitud los pasos para detener una hemorragia pequeña.	3. Como contener hemorragias leves.	Técnica Fotogeneradora de ideas.	Cartel reflexivo		Observación directa.
9. Haga correctamente al menos un vendaje en caso de fractura.	4. Qué hacer en caso de fractura.	Demostación	Cartón, cincho, escobas, etc.		
10. Ejecute con exactitud los pasos correctos para apagar el fuego en una persona en llamas.	5. Qué hace en caso de quemadura.	Demostación	Una manta.		Resolución y discusión de casos.

APENDICE "B"
Tabla de especificaciones de Objetivos

OBJETIVOS	COGNOSCITIVO		EFECTIVO		PSICOMOTRIZ		TOTAL
	Conc.	Apl.	Eval.	Valorizar	M. Fla.	Con. no ver	
1. Higiene personal	1				1		2
2. Higiene del hogar		1	2	1			4
3. Higiene de los alimentos		2			1		3
4. Control periódico de la salud	1	1					2
5. Tratamientos caseros de algunas enfermedades.		2	1				3
6. Primeros auxilios		1			3	1	5
TOTAL	2	7	3	1	5	1	19

APENDICE "C"

Boleta de Observación Utilizada con Madres

FICHA FAMILIAR:

APELLIDOS DE LA FAMILIA: _____

DIRECCION: _____

EDUCACION DE LOS MIEMBROS: _____

SABEN TODOS LEER Y ESCRIBIR: _____

INGRESO FAMILIAR ESTIMADO: _____

OCUPACION DEL JEFE DE CASA: _____

INSTRUMENTOS GENERALES:

A continuacion encontrara una serie de observaciones que usted debe chequear con una "X", ya sea en la casilla SI o NO como usted considere que debe ser.

En la serie de preguntas, por favor encierre en circulo la respuesta que considere correcta.

PRE-TEST DE
PRÁCTICAS DE SALUD

OBSERVACION:

HIGIENE PERSONAL:

	SI	NO
1. A la señora se le ven las manos limpias y las uñas cortas		
2. El aspecto físico de la señora es limpio y sin mal olor		
3. La señora se recoge el cabello y se ve peinada		
4. La ropa que viste se ve limpia y sin arrugas		
5. Sus dientes se ven limpios y no tiene mal aliento.		

HIGIENE DE LA VIVIENDA

1. El piso de la vivienda se ve limpio, sin papeles ni basura		
2. Se observa que tiene un depósito de basura y lo mantiene tapado		
3. Se ve que tiene un lugar específico para quemar y/o enterrar la basura		
4. Al entrar a la casa se sienten malos olores		
5. Se observa que la casa tiene varias ventanas y están abiertas		
6. Se observa excremento humano en el suelo y lejos de la letrina		
7. La letrina se ven sin papeles ni excremento humano en el suelo		
8. Amarra sus animales en un solo lugar		
9. El dormitorio se ven sin animales		
10. La cocina se ven sin animales		
11. El lugar donde mantiene sus animales se ve limpio, sin basura, excremento o suciedad.		
12. Las paredes de la casa se ven sin restos de basura y/o comida		

HIGIENE DE LOS ALIMENTOS:

	SI	NO
1. La mesa donde cocina los alimentos se ve limpia, sin restos de alimenticios, moscas, basura y trastos sucios		
2. Los utensilios de cocina se ven limpios y cubiertos con una manta		
3. Se ve que mantiene tapados los alimentos		
4. Se observa que el agua que toma y con la que cocina está tapada y limpia		
5. Se observan moscas en la casa		

PREOCUPACION POR SU SALUD
INDIVIDUAL Y FAMILIAR

1. Posee un carnet de salud que indica que asiste a control a un servicio de salud cuando lo necesita		
2. Lleva a sus hijos a control a un servicio de salud		
3. Lleva a sus hijos a un servicio de salud para que los vacunen		
4. Mantiene medicamentos y productos tóxicos fuera del alcance de los niños		
5. El lugar donde juegan los niños está limpio, sin basura ni objetos peligrosos		

PREGUNTAS:

1. Cuando en su casa alguien se enferma, ella:

- a) Acude al servicio de salud
- b) Busca al curandero
- c) Busca la farmacia
- d) Le da los primeros auxilios

2. Cuando a algún miembro de la familia le da diarrea, ella:
- a) Lo lleva al servicio de salud
 - b) Le da sales de hidratación oral
 - c) Le da tratamiento casero con aguas
 - d) Le da tratamiento con otros medicamentos
3. Cuando a algún miembro de la familia le da tos, catarro o gripe, ella:
- a) Controla la fiebre y la tos con medicamentos caseros
 - b) Controla la tos y la fiebre con otros medicamentos
 - c) Busca el servicio de salud
 - d) Busca al curandero
4. Cuando su hijo se enferma de diarrea, qué alimentos le da?
- a) Suspende la leche y los alimentos con grasa
 - b) Continúa con dieta regular
 - c) Le da solamente agua azucarada
 - d) Le suspende los alimentos algún tiempo
5. Cuando su hijo tiene gripe, tos, catarro qué alimentos le da?
- a) Cambia la dieta del niño
 - b) Continúa con la misma dieta
 - c) Agrega más líquidos a la dieta
 - d) Suspende la leche y los alimentos con grasa.