

TRES ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA PROMOVER EL DESARROLLO DEL NIÑO EN EL MARCO DE LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.

M.C. JOSE ANGEL VERA NORIEGA
Centro de Investigación en Alimentación y
Desarrollo A.C.

R ESUMEN

Se describen tres métodos de comunicación educativa en salud, diseñados e implementados como tecnología apropiada a la salud en la zona serrana del estado de Sonora. Día municipal de crecimiento y desarrollo como estrategia comunitaria de evaluación del maternaje permite contar con un sistema de contingencias sociales inmediatos a la estimulación y cuidado del niño. Diez sesiones en cinco años, a través de procedimientos de desvanecimiento y superposición, permiten, a la madre a aprender a pesar y medir a su niño con precisión, y a su vez, a manejar un programa para estimular el desarrollo infantil.

Un entrenamiento a promotoras de salud sobre cuidado diagnóstico y tratamiento de padecimientos respiratorios, evidenció el manejo del concepto de mucosa como elemento fundamental para la discriminación de los cuadros patológicos. Tres semanas entre las

sesiones fueron importantes para permitir el ejercicio de las actividades y conocimientos aprendidos.

Finalmente, un programa de educación nutricional probó su utilidad con adolescentes en la transmisión de información sobre selección, preparación y consumo de frutas y verduras. El sistema de audiofolleto con técnica de diálogo parece ser una técnica útil para el establecimiento de conocimientos sobre nutrición en adolescentes de la zona rural.

La tendencia actual de la comunicación educativa en salud se centra en el diseño e implementación de una tecnología apropiada para la educación en salud. Los costos y ajustes a la cultura son elementos deseables y que cada vez se exigen más en las tareas diarias de educación para la salud.

Palabras claves: Estrategia, atención primaria, desarrollo del niño.

INTRODUCCIÓN

A partir de la reunión de Alma-Ata se estimuló y promovió el diseño y evaluación del material educativo en salud a través de un paradigma de investigación-acción con la comunidad (Mota, 1990).

* Documento leído en la conferencia internacional de psicología de la salud el día 8 de Octubre 1992, en la Habana, Cuba. El autor agradece a la Universidad de Sonora y al grupo de psicólogos de Cuba el apoyo para asistir al evento.

Parte de las políticas de promoción de la salud en el contexto de Atención Primaria a la Salud (A.P.S.), proponían que debería cuidarse el trabajo en comunidad, no transgredir las costumbres, creencias y hábitos que constituyen un elemento sustantivo de la cultura. Con el tiempo la premisa de preservación cultural y cuidado ecológico, con cambios en los estándares de salud, se convirtió en un elemento omnipresente del discurso académico y político. Sin embargo, pocos trabajos publicados incluían evidencias respecto de la manera de analizar, medir o considerar variables tan intrincadas.

La consideración de los factores socioculturales requieren permanencia por largos períodos de la comunidad, además de elaborar y validar instrumentos de medidas y sistemas observacionales lo suficientemente sensibles para poder detectar la relación entre comportamiento del presente y el bagaje cultural de las personas.

Las anteriores consideraciones son criterios de lo que llamamos tecnología apropiada a la salud (W.H.O., 1988). Por lo que se aprecia en la literatura el diseño de programas, o bien se sigue manteniendo un sistema vertical de implementación, o en su defecto existe la tendencia a considerar aspectos del lenguaje cotidiano o de su dialecto como un argumento para justificar el ajuste a la comunidad del programa. Los resultados que se describen a continuación fueron concebidos siguiendo de cerca las dos normas anteriores, a saber: continuidad en el diseño, evaluación e implementación durante períodos extensos y permanencia en la comunidad para la observación, y además, medida de la relación existente entre aspectos culturales y estilos de comportamiento frente a procesos salud-enfermedad. Los sistemas descritos forman parte de un programa de investigación cuyo objetivo fundamental de nuestro estudio fue evaluar un modelo técnico para facilitar el desarrollo del niño de 0 a 6 años en zonas rurales, sin desnutrición endémica, que maneja como variables independientes las siguientes: educación para la salud-nutrición y servicios con atención al desarrollo bajo el rubro de

entrenamiento de habilidades para el cuidado del niño. Las variables dependientes en la comunidad-familia-individuo, en un grupo control y experimental, proveen un análisis longitudinal del estado dietario-nutricional, morbi-mortalidad, social antropológico, estimulación del niño en el hogar, calidad de las interacciones familiares y desarrollo de la conducta individual.

De nuestra experiencia quisiera, en esta ocasión, destacar algunas de las lecciones que pueden ser de utilidad en este contexto de México y posiblemente en otras latitudes de nuestra Latinoamérica. La primera se refiere a un sistema de monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño; la segunda a un sistema instruccional para elaborar un programa de entrenamiento a madres en el diagnóstico, tratamiento y prevención de infecciones respiratorias agudas y, finalmente, se presentará una breve discusión sobre el diseño e implementación de un programa de educación nutricional.

Monitoreo del crecimiento y desarrollo del Niño

Objetivos:

El sistema de vigilancia y entrenamiento a madres en el cuidado y crecimiento del niño incluyó medidas antropométricas y del desarrollo que fueran útiles para el cumplimiento de los siguientes objetivos:

a) Encontrar un sistema de medidas con una aplicación que fuese breve y de bajo costo, y que nos proporcionara de manera eficiente y confiable indicadores de morbilidad, desarrollo y antropometría.

b) Que a través de los datos obtenidos pudieran compararse nueve comunidades en diez momentos del tiempo con un efecto mínimo de arrastre y regresión.

c) Que los datos obtenidos fueran comparables también con otras latitudes dentro y fuera del país.

d) Que el sistema de medida, además de monitorear la salud y el desarrollo del niño, sirviera para entrenar a las madres en el

levantamiento e interpretación de los datos de sus hijos.

e) Que pudiera aplicarse y entrenar al mayor número de madres en el menor tiempo posible e hiciera probable que un buen número de personas interactuara alrededor de los conceptos de crecimiento y desarrollo.

f) Que nos permitiera establecer un sistema de recompensa intrínseco y social generalizado al maternaje y cuidado del niño, con el objeto de mantener una ejecución de respuestas

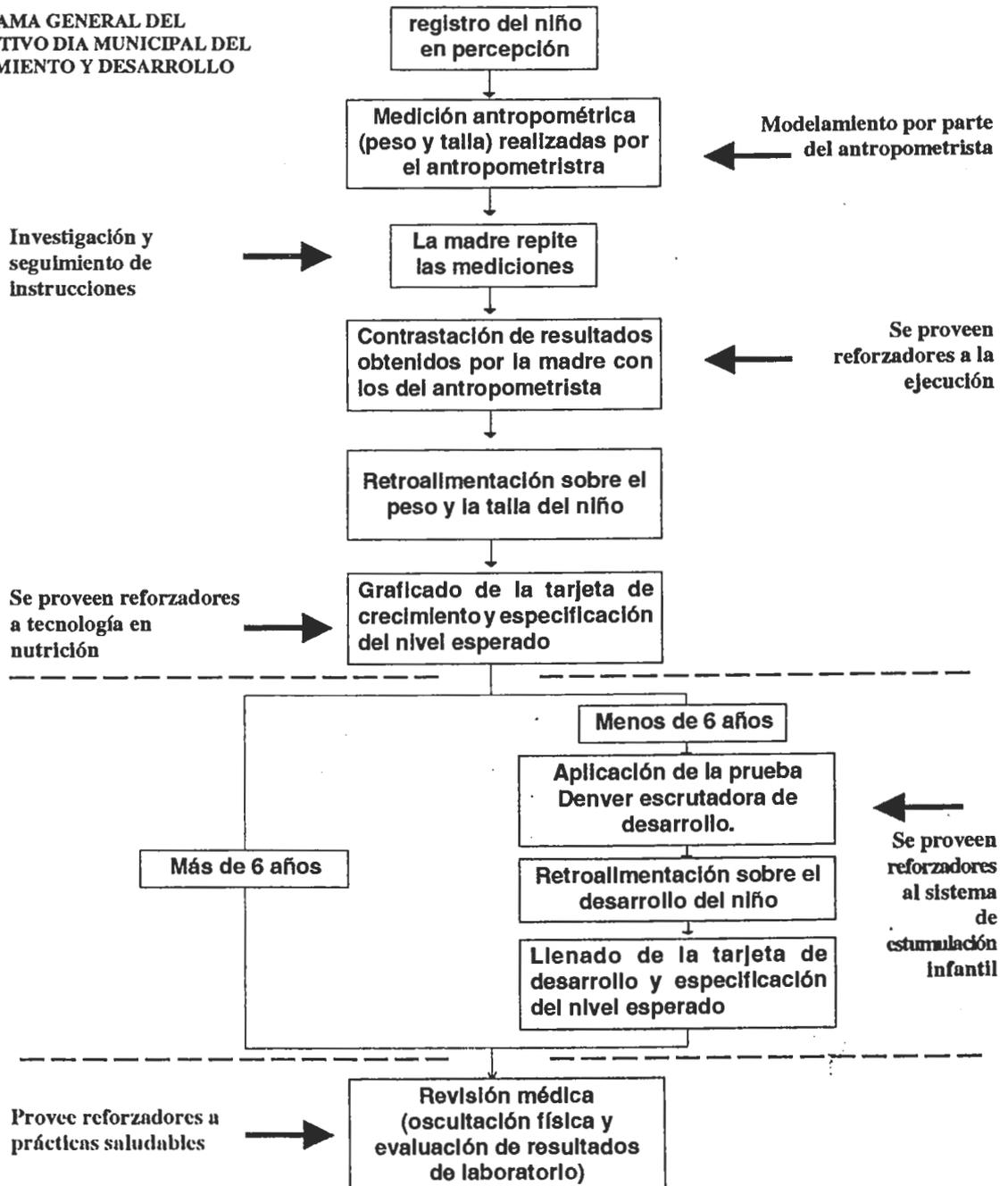
pertinentes y lo suficientemente frecuentes como para observar cambios en el comportamiento de las medidas antropométricas, de salud y desarrollo.

METODO

Procedimiento:

El procedimiento se presenta en el siguiente diagrama:

DIAGRAMA GENERAL DEL OPERATIVO DIA MUNICIPAL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO



Medidas:

El personal necesario para evaluar 125 niños de 0 a 10 años en 12 horas, se integra por un antropometrista, dos psicólogos, dos médicos y un interpretador de peso y talla; cinco ayudantes de entre los adolescentes de la localidad para llevar el control y orden de los asistentes; uno para ayudar a la antropometrista, un tercero para apoyar al interpretador de peso-talla y dos más ayudando a los psicólogos. Los psicólogos y médicos son prestadores de servicio social entrenados, por lo que el costo de evaluación, enseñanza y corrección del crecimiento y desarrollo es menor de 50 centavos de dólar por niño.

Esto quiere decir que es posible atender con este método en un día al total de los niños de una comunidad de 2000 habitantes, muy común en la zona rural.

El entrenamiento de las madres en el monitoreo del crecimiento físico consta de 10 sesiones, una de cada 6 meses, bajo el nombre de "Día Municipal de Crecimiento y Desarrollo". La primer sesión es demostrativa; en la dos, tres y cuatro se trata de entrenar a la madre en la toma de la talla con estadiómetro (2do. día), transferir a cinta metálica casera (3er. día) y observar las condiciones que mejoren la precisión e interpretar y graficar la curva de talla (4to. día). Durante las sesiones cinco, seis y siete la madre aprende a tomar el peso en la balanza Acuu-Weight (5to. día), transfiere a la balanza de abarrotes (6to. día) e interpreta y grafica la curva del peso (7to. día). En las tres últimas sesiones toma, interpreta y grafica, mejorando su precisión y transfiriendo la toma a sus hogares de manera independiente.

Por otro lado, el entrenamiento para evaluar el desarrollo humano consta de 10 sesiones, una cada 6 meses, bajo el instrumento llamado Prueba de Escrutinio del Desarrollo Denver.

La primera sesión es demostrativa y en la siguiente sesión se le entrega a la madre un libro sobre estimulación y promoción del desarrollo del niño y se le explica la manera de usarlo.

En las siguientes sesiones y dependiendo de las áreas que requieran estimulación se le

señalaban los ejercicios a llevar a cabo durante los 6 meses de intervalo entre sesiones.

RESULTADOS

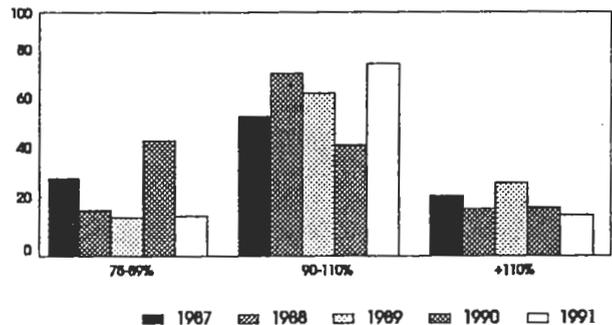
Crecimiento:

El análisis gráfico del peso para la edad se elabora a partir de las adecuaciones de NCHS (1976) y en términos de la clasificación de Gómez (1956). Se presentan las categorías para los niños normales (90%-100% de la adecuación), delgados normales (76%-89%) y obesos (arriba del 110%) de 2 a 6 años en 5 muestras estudiadas de 1987-1991, promediando las dos muestras anuales.

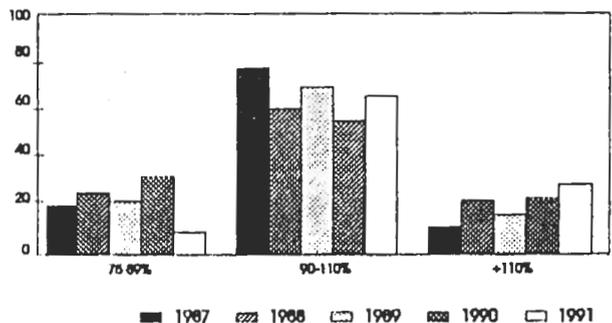
En lo general puede observarse que hacia 1991 en los niños de 2 a 5 años se presentan porcentajes más o menos constantes en niños normales, aún cuando la tasa más alta se ubica en 1991. Por otro lado, es interesante observar la dinámica de peso para los niños de 5 a 6 años en donde la reducción en el número de sujetos delgados normales implica un aumento en el número de niños de esta edad con sobre peso (Ver gráfica 1).

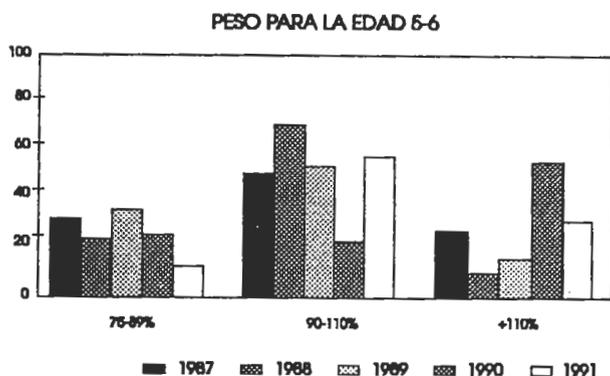
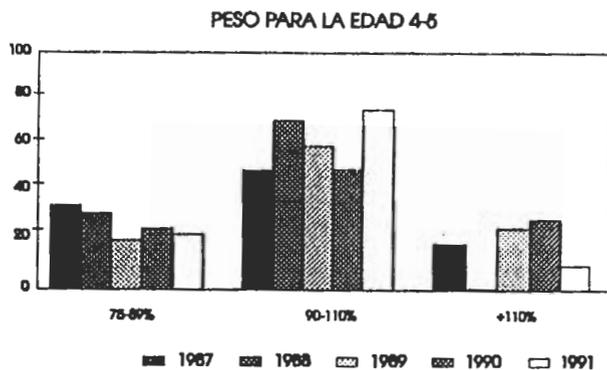
El análisis

PESO PARA LA EDAD 2-3



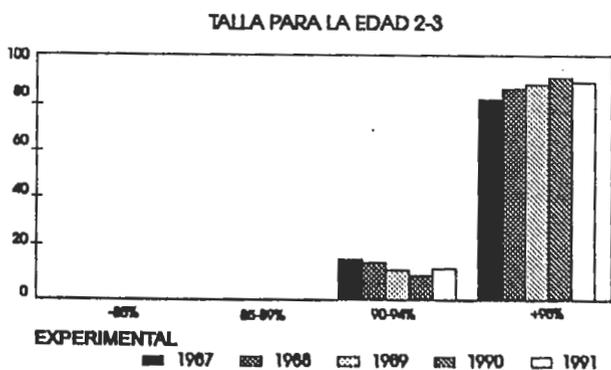
PESO PARA LA EDAD 3-4



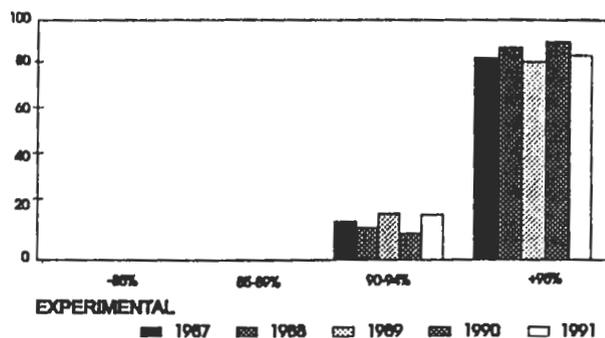


Gráfica 1. Adecuaciones NCHS (1976) del peso para la edad Durante un estudio de 5 años.

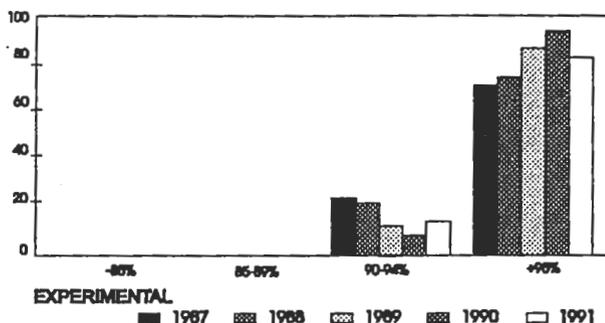
gráfico de la talla para la edad parte de las adecuaciones de NCHS (1976) y está presentado en términos de la clasificación de Kanawati y McLaren (1976) para una muestra de 5 años, promediando dos levantamientos por años (Ver gráfica 2).



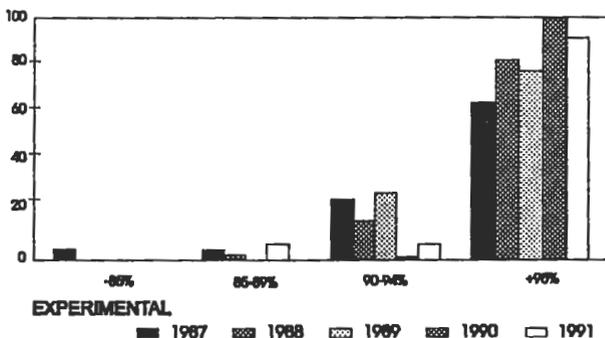
TALLA PARA LA EDAD 3-4



TALLA PARA LA EDAD 4-5



TALLA PARA LA EDAD 5-6



Gráfica 2. Adecuaciones NCHS (1976) de la talla para la edad Durante un estudio de 5 años.

Como puede observarse, no existen niños de 2 a 5 años con retardo moderado y grave. Los cambios que se observan a través de los años en la talla en niños están más bien asociados a las características de un diseño de panel para el cual los niños pueden ser los mismos en cada levantamiento y generar esas pequeñas diferencias.

La talla para la edad en niños de 5 a 6 años expresa, aún cuando de manera muy somera, los cambios esperados por el programa de monitoreo y educación, pues como se observa

desaparecen en el tiempo los casos de retardo moderado y grave. Podría decirse que el programa establece las condiciones para el mantenimiento de una progresión adecuada de la talla en niños de 2 a 5 años y mejora los estándares de crecimiento en niños de 5 a 6 años.

Desarrollo:

Los datos que se presentan en las gráficas se refieren a los porcentajes de niños normales, potenciales, de riesgo y con problemas del desarrollo. Estas categorías atienden a la evaluación prescrita por Frankenburg y Doods (1967), en donde el niño normal no presenta ningún fallo en las conductas evaluadas en las cuatro áreas; el niño de riesgo tiene dos fallos en una área o tres en diferentes áreas del desarrollo y, finalmente, el niño con problemas con cuatro o más fallos en las conductas evaluadas en las subescalas. No detectados se refiere a niños con un sólo fallo, que en el sistema de evaluación Frankenburg y Doods (1967) sería considerado normal.

Si consideramos a ambos normales y atendemos a la categoría de riesgo y problema, y recordamos que el diseño de panel no exige la misma muestra en distintos momentos, se explicarán las pequeñas diferencias que se observan en los levantamientos.

Sin embargo, no dejará de parecernos curioso que en la medida en que se incrementa la edad aumenta el número de niños de riesgo y con problemas. Esto se asocia de la misma forma con el nivel de estimulación que el niño recibe en el hogar, toda vez que al aumentar la edad del niño la madre va dejándolo a su arbitrio. Estos niños al no ser dependientes de la madre asisten a las sesiones de monitoreo de manera independiente, lo cual incrementa la variabilidad de los datos, pues en estos niños la probabilidad de asistir depende de más variables que aquellos que dependen de la madre. Por otro lado, en este grupo etáreo una buena cantidad de reactivos evalúan repertorios de socialización y autoayuda que por las características de la comunidad son los menos estimulados y promovidos.

Anecdóticamente el comportamiento de las madres se desarrollo de la manera siguiente:

-Todas usaron el estadiómetro con una diferencia mínima de 5mm comparada con la medida de una antropometrista adiestrada.

-Todas fueron capaces después de localizar una escuadra adecuada para tomar las mediciones con cintas con un alto grado de confiabilidad. Por otro lado, las medidas de peso primero en la balanza Accu-Weight y después en una balanza de abarrotes no difirieron en más de 5gr. de las de un modelo. La tarjeta de crecimiento funcionó como una consecuencia positiva importante que mantenía un sistema motivacional intrínseco y de reforzamiento social generalizado promoviendo un adecuado comportamiento maternal y servía como una fuente de consecuencias sociales positivas que se entregaban de una manera esporádica durante los 6 meses transcurridos entre cada medición.

-Todas estas consecuencias sociales por mantener al niño dentro de la curva de la salud comprometían a la madre, esto es, hacían más probable que la madre se involucrara en una buena parte de los programas de Atención Primaria que se manejaban en la comunidad como intento de mantener el crecimiento dentro de los estándares normales.

Por lo anterior, se propone que una estrategia educativa que contempla el monitoreo del crecimiento vinculado a la educación, a la vez que facilita la evaluación social del comportamiento de la madre expresado en la ubicación del niño dentro de la curva de crecimiento, es un elemento disposicional que puede facilitar la adherencia de los grupos a los programas de Atención Primaria.

Programa de Entrenamiento en el Diagnóstico, Prevención y Control de IRA'S

Objetivos:

En nuestra segunda experiencia se pretendía:

a) Que el usuario reconociera en otra persona y en sí mismo los componentes generales del aparato respiratorio alto y bajo, y a la vez fuera capaz de referir de manera

directa y substitutiva el algoritmo de su funcionamiento partiendo del concepto de mucosa;

b) Que el usuario fuera capaz de discriminar una irritación, inflamación e infección en el sistema respiratorio alto;

c) Que el usuario manejará un sistema de selección múltiple secuencial que vaya desde la cuantificación de síntomas y signos a la dosificación de medicamentos.

Para definir los contenidos se llevaron a cabo tres reuniones con las amas de casa en cinco sectores, con el objeto de dilucidar acerca de creencias y formas de aplicación que ellas sustentaban alrededor del diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas.

Procedimiento:

En un período exploratorio, se observó que la población era incapaz de localizar físicamente y de imaginar las características de cada una de las partes del aparato respiratorio. Las participantes explicaban la secreción del moco como un proceso gravitatorio ejercido por el cerebro. Explicaciones intuitivas e interesantes fueron aducidas para explicar el proceso infeccioso; finalmente se obtuvieron una serie de recetas para los distintos padecimientos, mismas que sirvieron como base para elaborar los objetivos de tratamiento y prevención.

El programa consta de cuatro unidades: anatomía y funcionamiento del aparato respiratorio (nariz, faringe, tráquea, bronquios, bronquiolos y alvéolos); desarrollo del concepto del moco y mucosa; irritación, inflamación e infección (principio de las tres I's); identificación, atenuación y tratamiento de infecciones respiratorias agudas. Toda unidad contenía tres subunidades: descripción estructural-funcional; diagnóstico y tratamiento; prevención. Cada subunidad se dividió en objetivos específicos, contenido, materiales, técnicas a utilizar, evaluación y ejecución aceptable.

Se utilizaron como materiales fotos, diapositivas, y videograbaciones que fueron obtenidas en visitas domiciliarias a enfermos

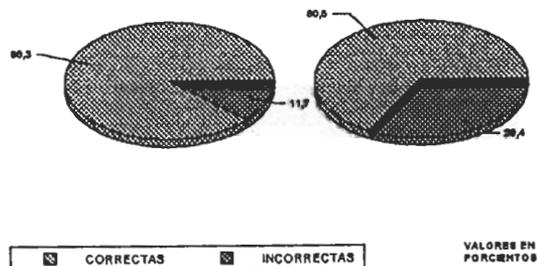
en zona rural y urbana, lo mismo que en el hospital del IMSS y DIF. Este material fue editado y presentado a las amas de casa en el entrenamiento diagnóstico para establecer habilidades de discriminación compleja (Terrace, 1966).

Por otro lado, se usaron modelos de porcelana del cuerpo humano, los cuales podían desarticularse en sus partes internas para la enseñanza de la anatomía, lo mismo que para la referencia directa y el dibujo sobre el cuerpo en un niño (Warner y Bower, 1987).

Resultados:

Los datos obtenidos son claros en relación con las habilidades adquiridas por las madres, tal y como se muestra en la tabla 1; un contraste paramétrico de hipótesis presenta diferencias significativas en la post-prueba contrastando grupo control vs grupo experimental, mientras que en la prueba, parece existir ya una diferencia de los grupos en sus conocimientos sobre anatomía y la forma de diagnosticar una IRA. Sin embargo, en la post-prueba los valores obtenidos son mucho mayores que los de pre-prueba. En general puede observarse (gráfica 4), que el porcentaje de respuestas correctas en el grupo experimental resultó ser mucho mayor al del control.

GRÁFICA 4. PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL EN AL POST PRUEBA

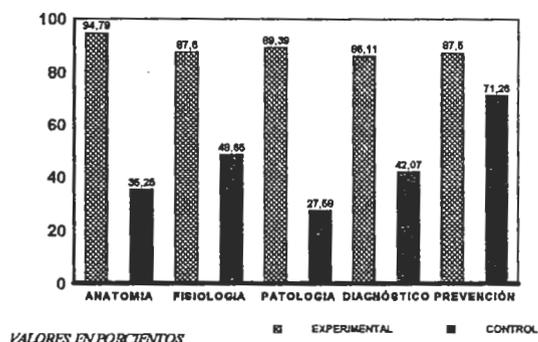


CONDICION / AREA	ENTRE GRUPOS	
	PRE-PRUEBA	POST-PRUEBA
ANATOMIA	5.1209	11.34441 *
FISIOLOGIA	0.7704	6.2495 *
PATOLOGIA	1.7161	13.4557 *
DIAGNOSTICO	3.6557	5.7483
PREVENCIÓN	0.9366	1.5704

Tabla 1. Resultado de la T de student para las distintas comparaciones entre grupos y pruebas en las areas de conocimiento del programa.

En la gráfica 5 pueden observarse las diferencias entre grupos en la pre-prueba. Las respuestas correctas siempre fueron mayores en el grupo experimental. Se observa de nuevo que el conocimiento sobre diagnóstico y prevención es alto, lo cual era previsible si recordamos que antes de elaborar el programa estudiamos sus creencias y concepciones acerca de la forma de diagnosticar, tratar y prevenir las infecciones respiratorias agudas. Espero, se hace evidente en la gráfica 6 que el aumento es considerable en la post-prueba en el grupo experimental, mientras se mantiene el mismo nivel de respuestas correctas para el grupo control.

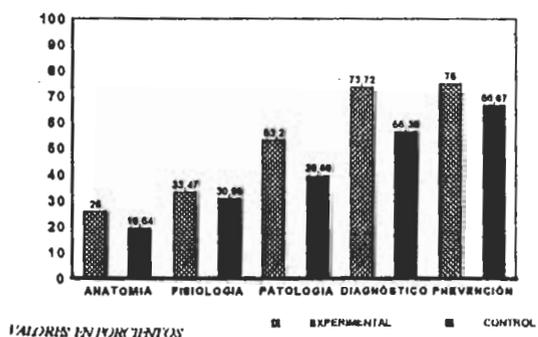
GRAFICA 5. PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS POR ÁREA EN LA POST PRUEBA PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL



Resulta curioso el aumento que se sucede en la post-prueba para el grupo control y es posible explicarlo por un efecto de transferencia de información intra comunitaria que sensibiliza a los pobladores a preguntar y leer sobre el tema.

Por último, la única baja de la pre a la post prueba se observa en el grupo control en el área

GRAFICA 6. PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS POR ÁREA EN LA PRE PRUEBA PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL



de patología, aun cuando no es significativa; creemos que esta se debe a las diferencias que arroja el responder al azar a reactivos de opción múltiple.

Los datos hablan por si mismos, el análisis y definición de conductas objetivo conjugado con la elaboración de cartas descriptivas (Gago, 1987; ver esquema 1) bajo un modelo conductual para conceptualizar la adquisición de habilidades verbales y discriminativas complejas parece generar datos satisfactorios.

Diseño, implementación y evaluación de un programa de Educación Nutricional

Objetivos:

Implementar un sistema instruccional de educación nutricional para un grupo de adolescentes de una comunidad rural.

Elaborar con una técnica de audiofolleto un programa de educación nutricional ad-hoc a la cultura alimentaria de la región.

Evaluar con una metodología pre-post-prueba con grupo control y experimental un programa de educación nutricional a través de la técnica de audio-folleto.

Procedimiento:

Un grupo experimental y uno control, el primero con pre-evaluación, post-evaluación y seguimiento; y el segundo sólo con post-evaluación y seguimiento.

El programa se impartió por medio del sistema de audio folleto, que consiste en impartir lecciones con un cassette previamente grabado y de la lectura simultánea de los cuadernos, con información ad-hoc a la cultura alimentaria de la región. El objetivo principal es medir los efectos del programa educativo, además de obtener información sobre el material utilizado en el programa.

El grupo experimental lo conformaron los estudiantes del segundo nivel, siendo un total de 24 estudiantes. El grupo control estuvo

Gráfica 7. Se presentan las medias aritméticas obtenidas en la prueba de conocimiento del grupo control y grupo experimental

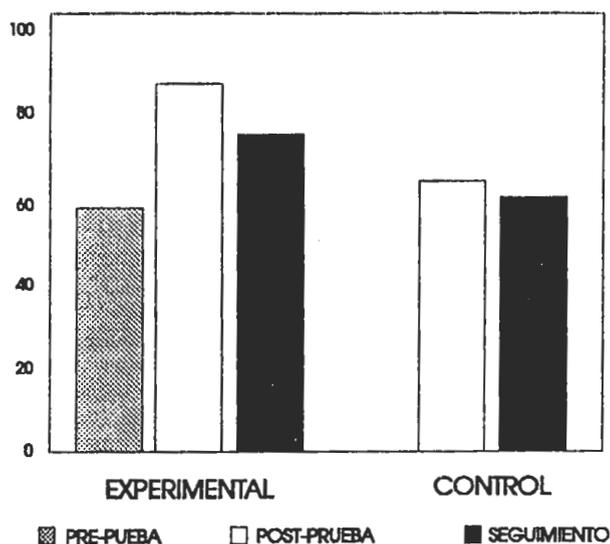


Tabla 2.

Análisis de significancia donde se presenta el Grupo Control y Experimental.

	Grupos	Intervalo Confianza	t (tablas)	t (calculada)
Pre-experimental	Post-experimental	23,0.05	2,089	1,924
	post-control	64,0.05	2,000	2,42
	seguimiento experimental	44,0.05	2,021	1,38
Post-experimental	post-control	64,0.05	2,000	8,44
	seguimiento experimental	44,0.05	2,021	2,17
Post-control	seguimiento control	62,0.05	1,834	0,89

eran apoyadas por ilustraciones que representaban escenas de la vida cotidiana. Al término de cada lección se encuentran las conclusiones donde se resumen los objetivos anteriormente mencionados, y se concluyo cada unidad con un cuestionario en donde los estudiantes responderían las preguntas de la prueba que contiene cada fascículo.

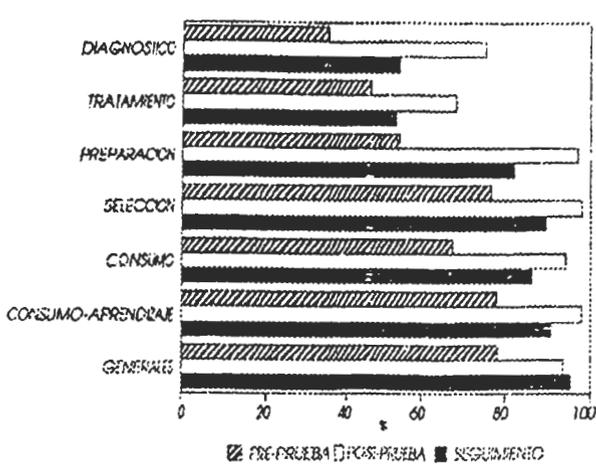
Resultados:

El resultado obtenido en la prueba de conocimientos para el grupo experimental en la pre-prueba fue de un 59.8%; para la post-prueba se presentó un incremento de 28.4%, siendo en total 87% y 76% para la evaluación de seguimiento se mantuvo un 17.2% de conocimiento adquirido y una disminución del 11.4% de la media de calificación (gráfica 7).

Con el fin de verificar las diferencias entre los grupos se aplicó una "T de Student". Al realizar el análisis intragrupal encontramos que existen diferencias después de que los alumnos participaron en el curso. Para poder descartar cualquier factor que pudiera haber influido en la aplicación del programa, se procedió a realizar el análisis intergrupual, donde se observó que en el grupo control no existieron diferencias significativas con relación al grupo experimental (ver tabla 2).

Para un análisis más exhaustivo, la prueba de conocimiento se dividió en las 7 áreas que se describen en la gráfica 8, obteniéndose en cada una de ellas la frecuencia absoluta y porcentajes para el grupo experimental. Se encontró que en las áreas de diagnóstico, tratamiento y preparación los niveles de entrada estuvieron por abajo del 60%, mientras que las áreas restantes estuvieron por arriba del 60%.

Para la post-prueba las áreas de diagnóstico y tratamiento tuvieron porcentajes por abajo



Gráfica 8. Se presentan las medias aritméticas obtenidas en la prueba de conocimiento del grupo control y experimental

del 80% y las áreas restantes por arriba del 90%. En la prueba de seguimiento siguen siendo las áreas de diagnóstico y tratamiento las que continúan con más bajo porcentaje de menos del 60% pero sin llegar a la línea base de entrada.

Las áreas de diagnóstico, tratamiento y preparación en la post-prueba del grupo de control presentaron un porcentaje por abajo del 60%, mientras que las áreas de selección, consumo, consumo-aprendizaje y generales presentaron porcentajes entre el 80 y 90%.

La prueba de seguimiento presentó diferencias con respecto a la post-evaluación entre el 9% y 3% en el área de consumo-aprendizaje hubo aumento de un 2% únicamente (Ver gráfica 8).

CONCLUSIONES GENERALES

El comportamiento pro-saludable no genera consecuencias inmediatas a las respuestas adecuadas. Adherencia terapéutica, nutrición, obesidad, ecología son problemas que no dejan ver sus consecuencias de manera inmediata. El Día Municipal de Crecimiento y Desarrollo diseñado para establecer una red social de contingencias dentro de la comunidad,

funciona como un programa encadenado en donde la madre estimula y cuida a su hijo esperando las consecuencias finales en los días de medición y permite en este tiempo recibir por parte de otras madres consecuencias sociales inmediatas.

De los resultados puede observarse que los preescolares en comunidades de desarrollo medio donde preponderadamente existe desnutrición leve, se genera una tendencia a aumentar de peso por arriba del cien por ciento de la adecuación de peso para la edad. En los infantes (0-3) se observan cambios en peso la edad. En los cinco años de levantamiento que son pocos sistemáticos, pero parecen apuntar a un mantenimiento del peso. En relación con la talla del común denominador es la estabilidad en el crecimiento adecuado para la edad, que para los objetivos de prevención en la comunidad resultan promisorios. El desarrollo de los niños en los tres momentos ilustrados muestra que existen pocos niños con presuntas alteraciones del desarrollo. En los preescolares aparece durante los tres levantamientos un número pequeño de niños con presuntas alteraciones que no aumentan ni decrecientan la frecuencia.

El programa para formar promotoras en el cuidado de infecciones respiratorias muestra que el uso del video es útil para entrenar en discriminaciones condicionales para evaluar sintomatología y con ello poder ser consecuente en el tratamiento y posología. Puede ser implementado con personas con cuarto grado de escolaridad básica, mayores de 35 años sin experiencia en el campo de la salud. El concepto de mucosa resulta ser el vínculo fundamental para reconocer la anatomía, fisiología y patología del sistema respiratorio.

Finalmente, un programa de educación nutricional adolescentes rurales cuyo objetivo sea la transmisión de información podría utilizar exitosamente un sistema de audio folleto con la técnica de diálogo.

BIBLIOGRAFÍA

Frankenburg, W. K. y Doods, J.R. (1967): DENVER DEVELOPMENT SCREENING TEST. The Journal of

Pediatrics, 71,(2):181-191

- Gago, A. (1987): ELABORACION DE CARTAS DESCRIPTIVAS: GUIA PARA PREPARAR EL PROGRAMA DE UN CURSO. México: Ed. Trillas.
- Gómez, F., Ramos Galván, F., et al (1956): MORTALITY Y IN SECOND AND THIRD DEGREE MALNUTRITION, Journal Tropical Pediatrics.
- Kanawati y McLaren (1976): ASSESSMENT OF THE NUTRITIONAL STATUS OF THE COMMUNITY: Nutrition in the Community. D.S. McLaren CED. London: John Wiley and Sons.
- Mota, H.F., (1990): ESTRATEGIAS PARA LA DISMINUCIÓN DE LA MORBI-MORTALIDAD POR DIARREAS AGUDAS. Salud Pública de México. 32,(3):254-260.
- N.C.H.S. (1976): GROWTH CHARTS-UNITED STATES. Dept. of Health Education and Welfare. Public Health Services, Health Resources Administration. 25(3):76-1120.
- Terrace, H.S. (1966): STIMULUS CONTROL. En Honig (Eds.). Operant Behavior: Areas of Research and Application. New York: Appleton Century Croft.
- Warner, D. y Bower, B. (1987): APRENDIENDO A PROMOVER LA SALUD. (Eds.) Centro de Estudios Educativos A.C. Segunda Reimpresión. México D.F.