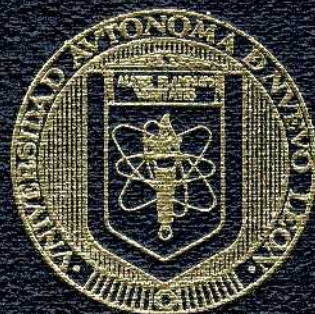


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



MOTIVACION DEL PROMOTOR VOLUNTARIO DE SALUD
EN LA PARTICIPACION COMUNITARIA

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE
MAESTRO EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD COMUNITARIA

PRESENTA

LIC. EN ENF. ELMA NELI MARTINEZ MARTINEZ

MONTERREY, N. L.



BIBLIOTECA

No permitido para fotocopiar

AC14
M377
1993
c.2
7846

[Handwritten signature]

Prohibida la reproducción total o parcial sin la autorización del autor

BIBLIOTECA



AC14

M377

131

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO



MOTIVACION DEL PROMOTOR VOLUNTARIO DE SALUD
EN LA PARTICIPACION COMUNITARIA

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE
MAESTRO EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD COMUNITARIA

PRESENTA

LIC. EN ENF. ELMA NELI MARTINEZ MARTINEZ

MONTERREY, N. L.

JULIO DE 1993



BIBLIOTECA

AC14

U377

1993

C.2

131

07846

AC14
M377
1993
C. 2
131
07846



1230007846

C. 2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

MOTIVACION DEL PROMOTOR VOLUNTARIO DE SALUD

EN LA PARTICIPACION COMUNITARIA

MOTIVACION DEL PROMOTOR VOLUNTARIO DE SALUD

EN LA PARTICIPACION COMUNITARIA

LIC. EN ENF. ELMA N E L I S

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRO EN ENFERMERIA

CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

LIC. P R E S E N T A

LIC. EN ENF. ELMA NELI MARTINEZ MARTINEZ

MONTERREY, N.L., JULIO DE 1993

NOTA DE APROBACION

**MOTIVACION DEL PROMOTOR VOLUNTARIO DE SALUD
EN LA PARTICIPACION COMUNITARIA**

COMISION DE TESTES

ALUMNA *Elma Neli Martinez de Onofre*

LIC. EN ENF. ELMA NELI MARTINEZ DE ONOFRE

ASESORA *Ileana Pisanty Marin*

LIC. MA. ILEANA PISANTY MARIN

SECRETARIO
[Signature]
VICAL

MONTERREY, N.L., MEXICO, JULIO DE 1993

INDICATORIA

A MI Padre Celestial por todas las bendiciones que me ha dado durante toda mi vida.

NOTA DE APROBACION

A mi Exoso Juan Francisco Ochoa Navarro, por el amor, paciencia y motivación para seguir adelante en mi superación profesional.

COMISION DE TESIS

A mis hijas Karina, Cindy y Susi por su gran amor, paciencia y entendimiento en los momentos que me fue por

M^a Lleana P. de García

PRESIDENTE

A mis Padres Ma. de Jesús Martínez y Marcelinda Martínez, a quien les debo todo lo que

ma Del Refugio Álvarez

SECRETARIO

[Signature]

VOCAL

A mi compañero Ing. Manuel Robles (Q.E.P.D.) por su aportación tan valiosa en la realización de mi tesis.

DEDICATORIA

A Mi Padre Celestial por todas las bendiciones que me ha dado durante toda mi vida.

A mi Esposo Juan Franciso Onofre Navarro, por el amor, paciencia y motivación para seguir adelante en mi superación profesional.

A mis hijas Karina, Sindy y Susi por su gran amor, paciencia y entenderme en los momentos que no fue posible estar con ellas.

A mis Padres Ma. de Jesús Martínez y Hermelindo Martínez, a quien les debo todo lo que soy, gracias por su dedicación durante toda mi existencia.

A los maestros por su apoyo y motivación.

A mi compañero Ing. Manuel Robles (Q.E.P.D.) por su aportación tan valiosa en la realización de mi tesis.

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Kellogg's por su aportación de la beca para llevar a cabo mi formación académica.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A la Lic. Ileana Pisanty, por su optimismo y apoyo brindado durante la asesoría de mi tesis.

A la Lic. Dora Elia Silva Luna, por su apoyo y asesoría en la elaboración de la tesis.

Al Dr. José Omar González Ríos y Dr. Jesús Mario Araiza Chavez, por su apoyo durante mi carrera profesional.

A todos los Maestros del Post-Grado por compartir sus conocimientos y experiencias.

A todos mis compañeros de trabajo que de alguna manera me motivaron para concluir mi carrera profesional, en especial a la Enfermera Blanca Celia Escamilla Ramírez.

A la Srta. Socorro Patiño Reyes, por su esmero en el mecanografiado de la tesis.

INDICE

	PAG.
RESUMEN	
CAPITULO I	
Introducción	1
Planteamiento del Problema	3
Hipótesis	5
Objetivo General	5
Importancia del Estudio	6
Limitaciones del Estudio	7
Definición de Términos	7
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	11
CAPITULO III	
METODOLOGIA	18
CAPITULO IV	
RESULTADOS	23
CAPITULO V	
DISCUSION	61
BIBLIOGRAFIA CITADA	65
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	66
ANEXO 1	INSTRUCTIVO PARA LA APLICACION DEL INSTRUMENTO.
ANEXO 2	ENCUESTA A PROMOTORES VOLUNTARIOS DE SALUD.

RESUMEN

El presente estudio descriptivo, retrospectivo y transversal se llevó a cabo en la comunidad de Sabinas Hidalgo, Nuevo León, con promotores voluntarios de salud registrados en el programa de participación comunitaria. Fue realizado con el propósito de indagar si la motivación de acuerdo a la Teoría de Clayton P. Alderfer influye en la participación comunitaria de éste personal voluntario en los Programas de Salud.

Se aplicó un cuestionario en los módulos de primer nivel de atención para conocer la satisfacción de necesidades básicas y la participación comunitaria en los Programas de Salud. La muestra aleatoria fue de 33 promotores voluntarios de salud, el método estadístico empleado para el análisis de datos fue la X^2 de independencia y el coeficiente R de Pearson.

Los resultados revelaron que la satisfacción de las necesidades básicas, fueron medianamente y no satisfechas. En cuanto a la participación comunitaria en los Programas de Salud, se encontró que se da en forma pasiva y que el promotor no participa en los Programas de Salud de acuerdo a los indicadores utilizados.

Los hallazgos en este estudio dan evidencia para afirmar que la participación comunitaria activa por parte del promotor voluntario depende de la satisfacción de las necesidades básicas, hallazgo que servirá de base para que la enfermera comunitaria al emprender un programa de trabajo en la comunidad tendrá, que entre otros aspectos, indagar acerca de la motivación de los individuos para lograr mejores resultados y cumplir con los objetivos planteados.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A partir de la declaración de Alma-Ata, 1978 *"El pueblo tiene derecho a participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de Salud"* se asocia muy estrechamente el concepto de atención primaria a la salud con la participación comunitaria. Existen estudios al respecto con los cuales se han hecho grandes aportaciones a los programas de atención primaria a la salud, sin embargo, existe la necesidad de continuar realizando estudios que conduzcan a buscar estrategias para conseguir una participación más activa de la comunidad, logrando obtener un mayor éxito en los Programas de Salud.

La rapidez del crecimiento de las comunidades urbano-marginadas y la creciente incapacidad de las ciudades para proporcionar servicios públicos ha estado dando lugar a problemas de desorganización social cada vez más graves que merecen ser estudiados en todos sus aspectos. Este fenómeno se debería de tomar en cuenta al diseñar los programas de salud con estrategias de atención primaria y participación de la comunidad.

La participación comunitaria no es un fenómeno nuevo en la humanidad, los primeros habitantes de México,

lucharon unidos para dominar la naturaleza, lo que implicó un enorme esfuerzo entre todos los indígenas.

En América Latina, en el período colonial, los habitantes se unían solidariamente para buscar estrategias y ayudar a grupos indígenas a superar sus dificultades y a satisfacer sus necesidades.

La participación comunitaria se entiende como un proceso de auto-transformación de los individuos, en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo.

Los voluntarios en el programa de participación comunitaria juegan un papel esencial, entre ellos se encuentran los promotores voluntarios de salud, que trabajan en forma desinteresada en su tiempo libre. Tomando en cuenta esta característica o cualidad altruista, deberían ser considerados como un elemento fundamental del equipo de salud. Sin embargo, frecuentemente este personal se registra en el programa de participación comunitaria, inicia sus actividades y posteriormente se desanima y termina dándose de baja, se desconocen los factores que expliquen este fenómeno por lo que se considera que la falta de motivación pudiera estar dando

lugar a que no continuen con su labor.

Claytón P. Alderfer en su Teoría de motivación refiere que los individuos tienen que satisfacer sus necesidades básicas de existencia, relación y crecimiento, afirma, que una vez satisfechas se propondrán nuevas metas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las comunidades a nivel urbano y rural en busca de salud para todos, han avanzado mucho en la solución de sus problemas de salud, en donde se ha tenido como estrategia la cobertura de atención primaria y muy estrechamente ligado el concepto de participación comunitaria. Las políticas, los sistemas y las actividades de los profesionales de salud comunmente están encaminados a exhortar y proveer motivación para que la gente de la comunidad adopte nuevos caminos para lograr la salud, no obstante, la evidencia muestra qu esto ocurre en muy baja proporción de la población y que por ^{el} contrario la gente toma actitudes que son perjudiciales para su salud.

EXORTAR

Dentro de los programas de la Subsecretaría Estatal de Salud se encuentra el de fomento a la salud, que a su vez tiene como objetivo, impulsar la participación activa

de la comunidad por medio de promotores voluntarios entre otros, mismos que dependen del equipo de salud de los módulos del primer nivel de atención.

En los módulos de atención primaria de la comunidad de Sabinas Hidalgo, N.L., se ha observado que los promotores voluntarios de salud, se han estado dando de bajo y algunos abundan el programa, dando evidencia los registros que en febrero de 1991, del 100 por ciento que estaban registrados (88) disminuyeron para enero de 1992 al 41 por ciento (38).

Con frecuencia se ha visto, que los esfuerzos que se han hecho para lograr la participación comunitaria en programas de salud, han dependido y dependen de los programas de educación para la salud.

No obstante los resultados no han sido alentadores ya que no se ha alcanzado la cobertura de atención primaria que se ha programado, lo cual, sin descartar otras múltiples causas pudiera ser en gran parte a la disminuída participación de los promotores voluntarios de salud.

En el programa de participación comunitaria se encuentran registradas las actividades específicas del promotor voluntario de salud, no obstante, los registros muestran que en su mayoría no se cumplen. Al colaborar con este personal se ha visto que realizan funciones de

acuerdo a las demandas y necesidades del equipo de salud,
 En base a lo descrito se busca conocer si la motivación,
 entre otros factores da lugar para que los promotores
 voluntarios de salud no participen activamente en los
 programas de salud.

requisito

HIPOTESIS

La participación comunitaria activa, por parte del
 Promotor Voluntario de Salud depende de la satisfac-
 ción de las necesidades básicas de existencia,
 relación y crecimiento.

La participación comunitaria activa por parte del
 Promotor Voluntario de Salud es independiente de la
 satisfacción de las necesidades básicas de existen-
 cia, relación y crecimiento.

OBJETIVO GENERAL

Determinar si la motivación del Promotor Voluntario
 de Salud, influye en su participación comunitaria en los
 Programas de Salud.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Con este estudio la Enfermera Comunitaria contará con los elementos para obtener una mayor participación comunitaria por parte del promotor voluntario, ya que si este se encuentra motivado se lograrán las coberturas planteadas en los programas de salud.

Este personal voluntario es elemento fundamental de apoyo en el quehacer de la Enfermera Comunitaria, ya que por medio de él se obtiene información sobre hábitos y costumbres de la comunidad y pueden participar motivando a otros individuos a cambiar actitudes que son perjudiciales para la salud, de su familia o bien de la misma comunidad.

Por otro lado, para el logro de los objetivos y metas, los programadores y los servicios de salud requieren necesariamente de la participación de la totalidad de los individuos que conforman las comunidades humanas, quienes además de los beneficiarios de salud, deben actuar para asegurar que el impacto y permanencia de éstas alcancen los resultados que buscan, mismos que se pueden lograr mediante la motivación.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se considera como limitación un indicador utilizado en el instrumento en el cual se le pregunta al Promotor Voluntario de Salud si contaba con casa propia, más no se preguntó cuáles eran las condiciones de la vivienda lo cual nos daría más pautas para determinar más finamente la satisfacción de la necesidad de existencia.

Este estudio no se puede generalizar ya que los valores culturales, creencias, tradiciones y nivel socioeconómico pueden diferir de otras comunidades.

DEFINICION DE TERMINOS

Participación Comunitaria.- Cuando los individuos asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo.

Participación Comunitaria Activa.- En la cual los Promotores Voluntarios emprenden iniciativas y acciones que conducen al bienestar de sus familias y comunidad.

Participación Comunitaria Pasiva.- En la cual los Promotores Voluntarios realizan acciones que han sido diseñadas sin ser tomadas en cuenta y que se controlan desde fuera.

No participación comunitaria.- Cuando los Promotores Voluntarios solo se inscriben en el Programa sin que realicen acciones o iniciativas para el bienestar propio y de la comunidad.

Motivación.- Conjunto de intereses, impulsos, necesidades y deseos que mueven al promotor voluntario a realizar una determinada actividad.

Necesidad de Existencia Satisfecha.- Cuando el Promotor Voluntario de Salud ha satisfecho las necesidades fisiológicas como alimentación, servicios públicos, vivienda y percepción económica.

Necesidad de Existencia Medianamente Satisfecha.- Cuando el Promotor Voluntario de Salud no tiene satisfecha una de las siguientes necesidades: fisiológicas como alimentación, servicios públicos, vivienda y percepción familiar.

Necesidad de Existencia No Satisfecha.- Cuando el Promotor Voluntario de Salud está desprovisto de lo indispensable para satisfacer sus necesidades fisiológicas como alimentación, servicios públicos, vivienda y percepción familiar.

Necesidad de Ejercimiento Medianamente Satisfecha.-

Necesidad de Relación Satisfecha.- Cuando el Promotor Voluntario de Salud logra mantener una relación con su familia, comunidad y equipo de salud de tal manera que le puedan brindar apoyo para que participe activamente en los Programas de Salud.

Necesidad de Relación No Satisfecha.- Cuando el

Necesidad de Relación Medianamente Satisfecha.- Cuando el Promotor Voluntario de Salud mantiene ocasionalmente relación con su familia, comunidad y equipo de salud de tal manera que le puedan brindar apoyo para que participe en los Programas de Salud.

Necesidad de Relación No Satisfecha.- Cuando el Promotor Voluntario no mantiene relación con su familia, comunidad y equipo de salud de tal manera que no recibe apoyo para realizar sus actividades.

Necesidad de Crecimiento Satisfechas.- Cuando el equipo de salud toma en cuenta las ideas y habilidades del promotor voluntario de salud en acciones propias y de beneficio para su comunidad.

Necesidad de Crecimiento Medianamente Satisfecha.- Cuando ocasionalmente se le permite al Promotor Voluntario de Salud, aportar ideas y desarrollar sus habilidades en los Programas de Salud.

Necesidad de Crecimiento no Satisfecha.- Cuando al Promotor Voluntario de Salud no se le toma en cuenta para que aporte ideas y desarrolle sus habilidades en los Programas de Salud de la comunidad.

CAPITULO II

MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

Tanto en México como en otros países latinoamericanos se han tenido numerosas experiencias de participación comunitaria en Programas de Salud.

La participación comunitaria no es un fenómeno nuevo en la humanidad, la participación directa, era una práctica de ciertas clases en los primeros griegos, y la formación de estructuras políticas, comunales y colectivas, también formaban parte de la historia antigua de la humanidad.

La participación comunitaria fue definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el de la colectividad, así como la capacidad para contribuir conciente y constructivamente con el proceso de desarrollo.

El promotor voluntario de salud surge de la participación comunitaria hacia el año de 1921, donde su actividad estaba encaminada a el control de brotes epidémicos de enfermedades como la fiebre tifoidea, el paludismo y la viruela.

En el año de 1934 el Departamento de Salubridad Pública encaminaba la participación del promotor voluntario en beneficio propio y de sus familiares, posteriormente en el año de 1970 se puso en operación el programa de extensión de cobertura, cuyo objetivo fundamental era prestar atención de salud en localidades de 500 a 2500 habitantes.

En el sexenio de 1970 a 1976, se establecieron varios programas de apoyo a la salud comunitaria, uno de ellos el programa campesino de orientación familiar que fue desarrollado por el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) que preparó a mujeres del medio rural para el trabajo social voluntario, para mejorar la calidad de atención del embarazo, parto y puerperio.

Es en 1978 cuando la intervención del promotor voluntario en coordinación con el personal institucional, realizan acciones de salud para la población a quien representa, siendo algunas de estas, las visitas domiciliarias para promover los programas de salud, impartición de pláticas a las familias, referencias de pacientes para la detección de enfermedades al Centro de Salud, participación en obras de desarrollo comunal, como mejoramiento de la vivienda, construcción de letrinas, huertos familiares, elaboración de material de apoyo de los programas,

participación en campañas de vacunación entre otras.

El promotor voluntario de salud es aquel que constituye un personal no remunerado, mayor de 18 años y que debe ser conocido por su comunidad, con un horario de acuerdo a sus posibilidades, teniendo a su cargo, 10 familias incluyendo la suya.

En Bogotá, Colombia, Agudelo (1984), realizó un estudio para determinar las características principales de la participación comunitaria en salud, en el grupo de los promotores voluntarios se observó que la participación fue mas efectiva si procedía de la comunidad y menos efectiva si vivían fuera de la comunidad.

Los Promotores Voluntarios de Salud debieran ser considerados como un elemento fundamental del equipo de salud.

Wernere (1985), en México, D.F., refiere que la mayor parte de éste personal aprende a seguir órdenes y a llenar formularios, en vez de tomar la iniciativa o ayudar a la gente a resolver sus problemas bajo sus propias condiciones, causa por lo cual muchos de ellos se desaniman, se hacen descuidados y terminan dejando su labor de promotor.

Christensen y Karlquist en su estudio (1986), en Pulcalpa, Perú, evaluarón la labor de los promotores voluntarios de salud en donde demostraron que los motivos

de abandono más frecuentes, fueron el empleo, los estudios, el embarazo, la crianza de los hijos y los desacuerdos personales. Recomienda^N que al elegir los promotores es importante tener en cuenta la motivación de cada persona e investigar sus condiciones de vida que le permitirán trabajar como promotor de la salud.

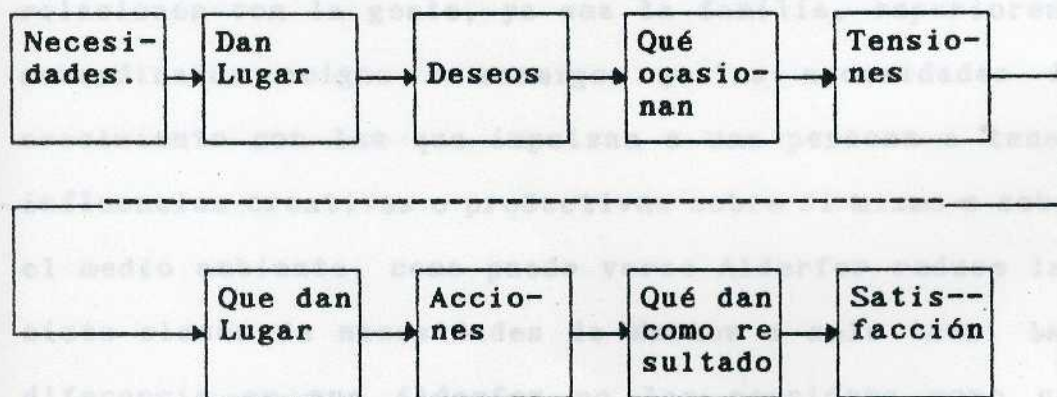
El equipo de salud debe tomar parte activa en las acciones mediante el diálogo en la comunidad, si no cumple estas condiciones, no podrá realizar un trabajo efectivo con la comunidad: debe existir una actitud de respeto profundo por cada uno de los integrantes de la comunidad.

De la Rosa en su proyecto de Aidestech (1989), en México, "Educación entre compañeras" hace resaltar que la confianza es primordial y refiere que "cuando usted cree en las personas y las apoya ellas también creerán en usted".

Dentro de las experiencias obtenidas al trabajar con este grupo de voluntarios, es que la motivación es fundamental para que su participación sea activa y constante, lo anterior lo demostró^(X) Martínez en 1992 al trabajar con un grupo de promotores voluntarios en la Colonia Fomerrey IV de Apodaca, N.L., en los cuales se tomó en cuenta sus deseos y necesidades, además de los problemas existentes en la comunidad para la elaboración

de un programa de enseñanza y capacitación donde se lograron los objetivos establecidos.

Por otro lado, Berelson y Steiner (1964), en New York, definen la motivación como el estado interno que da energía activa o mueve y que dirige o canaliza la conducta hacia metas. Así mismo considera que la motivación implica una reacción en cadena que comienza con el sentimiento de necesidades, que produce deseos o metas que se buscan las cuales a su vez dan tensiones (es decir, deseos no satisfechos) que después conducen a acciones para el logro de las metas y finalmente se produce la satisfacción de los deseos, tal como se describe en la siguiente gráfica:



David Mc Clelland (1953), en New York, describe la motivación "como la necesidad de encontrar satisfacción en una forma de conducta" y describe 3 tipos de necesidades básicas que son de poder, afiliación y logro.

Igualmente en la misma ciudad, Abraham Maslow (1982), en su teoría considera un conjunto de necesidades humanas básicas y se dan en orden ascendente y son fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de estima y autorealización.

Existe otra teoría de motivación que puede ser considerada como una variante de la Teoría de Maslow, es la Teoría de Clayton P. Alderfer (1962), New York, su teoría se centra en que existen tres necesidades humanas básicas que son las de existencia, relación y crecimiento, en donde la necesidad de existencia incluye todas las diversas formas de deseos materiales y fisiológicas tales como alimento, agua, remuneración y buenas condiciones de trabajo. La necesidad de relación son las que implican relaciones con la gente, ya sea la familia, superiores, subordinados amigos o enemigos y las necesidades de crecimiento son las que impulsan a una persona a tener influencias creativas o productivas sobre si mismo o sobre el medio ambiente, como puede verse Alderfer reduce las siete clases de necesidades de Maslow a solo tres, la diferencia es que Alderfer no las considera como una jerarquía, para este Teórico, una necesidad continua siendo fuerte independientemente que otra se haya satisfecho o no. A

Con apoyo en las teorías de Motivación descritas, se

puede considerar la motivación como un conjunto de intereses, impulsos, necesidades y deseos que mueve a actuar en una dirección determinada, se podría decir que es el motor y energético, al mismo tiempo de cualquier actividad humana. Así mismo se puede afirmar que una persona está motivada, cuando actúa casi incansablemente, en pos de una meta, para alcanzar un objetivo. Y más que por la esperanza de un premio o el temor a un castigo, porque concibe esa meta como algo intrínsecamente valioso.

En este sentido, el promotor voluntario de salud es una persona que necesita obtener lo que desea, satisfacer sus necesidades básicas ya sea en forma parcial o total y de no lograrla se suscita un cierto estado de ansiedad que trae como consecuencia la no participación activa.

Para los propósitos de esta investigación se consideraron las diferentes teorías de motivación como apoyo, pero cabe aclarar, que la que más se ajustó al objetivo de estudio fue la del Teórico Clayton P. Alderfer.

SUJETOS

La unidad de estudio fue el Promotor Voluntario de Salud registrado en el Programa de Participación Comunitaria captados en los seis Módulos de Primer Nivel de Atención de la localidad de Sabinas Hidalgo, Nuevo León.

CAPITULO III

METODOLOGIA

El estudio se llevó a cabo en la comunidad de Sabinas, Hidalgo, Nuevo León, teniendo como universo los promotores voluntarios registrados en los módulos de Primer Nivel de Atención.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

De acuerdo al problema y los objetivos planteados, el tipo de estudio fué descriptivo, restrospectivo y transversal. Este método permitió pesquisar la satisfacción de las necesidades básicas, para posteriormente obtener el perfil motivacional. De igual manera permitió identificar la realización de las actividades del promotor voluntario de salud. Para finalmente correlacionar las variables independientes con la dependiente.

SUJETOS

La unidad de estudio fue el Promotor Voluntario de Salud registrado en el Programa de Participación Comunitaria captados en los seis Módulos de Primer Nivel de Atención de la localidad de Sabinas Hidalgo, Nuevo León.

A los cuales se les aplicó el instrumento mediante previa cita con apoyo de la enfermera responsable del módulo.

El instrumento fue estructurado en 5 secciones usando

CRITERIOS DE INCLUSION

Sección I. Datos generales del informante.

- Promotores Voluntarios de Salud.
- Ambos sexos.
- Mayores de 18 años.
- Tener mas de 3 meses de haberse registrado.
- Que resida en la localidad.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Tener menos de 3 meses de ser Promotores Voluntarios.
- Cambios de residencia.
- Menores de 18 años.

MATERIAL Y METODO

Para obtener la información se elaboró un cuestionario precodificado con preguntas de opción múltiple, se realizó una prueba piloto con 10 elementos del Centro de Salud Villaldama, Nuevo León, con las mismas características requeridas para el estudio. Hubo necesidad de hacer

algunos ajustes en la redacción de las preguntas que daban evidencias de no ser claras para el informante.

El instrumento fue estructurado en 5 secciones usando preguntas de opción múltiple.

Sección I. Datos generales del Informante.

Valoración de Motivación.

Sección II. Indicadores para valorar la satisfacción de la necesidad de existencia.

Sección III. Indicadores para identificar la satisfacción de la necesidad de relación.

Sección IV. Indicadores para identificar la satisfacción de la necesidad de crecimiento.

Sección V. Indicadores para identificar la participación comunitaria.

PROCEDIMIENTO

El estudio se realizó en la población seleccionada, la que reunía los requisitos de inclusión.

Mediante una cita previa con apoyo de la enfermera responsable del módulo, el Promotor Voluntario acudió a la unidad, donde la autora del estudio, después de haber

establecido el Rapport se procedió a la aplicación del cuestionario en un consultorio el cual reunía las condiciones para que el informante contestara libremente las preguntas.

La muestra fue aleatoria, seleccionándose a los Promotores Voluntarios que cumplían con los requisitos de inclusión.

La fórmula que se utilizó para obtener la muestra fue para población pequeña:

$$N = \frac{N \cdot P \cdot Q \cdot Z^2}{(N-1)(EE)^2 + P \cdot Q \cdot Z^2}$$

Los valores que se dieron fueron: $P = 0.8$, $Q = 0.2$ y el error estimado del 5%.

$$N = \frac{(38) (0.8) (0.2) (1.96)^2}{(38-1)(.05)^2 + (0.8) (0.2) (1.96)^2}$$

$$N = \frac{23.356928}{0.707156} = 33$$

$$0.707156$$

El levantamiento de los datos se llevó a cabo durante dos meses en turnos matutino y vespertino dos veces por semana.

Para el procesamiento de datos se utilizó la microcomputadora y se trabajó con el Programa Estadístico para Ciencias Sociales (S.P.S.S.), se hizo la descripción

establecido el Rapport se procedió a la aplicación del cuestionario en un consultorio el cual reunía las condiciones para que el informante contestara libremente las preguntas.

La muestra fue aleatoria, seleccionándose a los Promotores Voluntarios que cumplieran con los requisitos de inclusión.

La fórmula que se utilizó para obtener la muestra fue para población pequeña:

$$N = \frac{N_0 \cdot P \cdot Q \cdot Z^2}{(N_0 - 1)(EE)^2 + P \cdot Q \cdot Z^2}$$

Los valores que se dieron fueron: $P = 0.8$, $Q = 0.2$ y el error estimado del 5%.

$$N = \frac{(38) (0.8) (0.2) (1.96)^2}{(38-1)(.05)^2 + (0.8) (0.2) (1.96)^2}$$

$$N = \frac{23.356928}{0.707156} = 33$$

El levantamiento de los datos se llevó a cabo durante dos meses en turnos matutino y vespertino dos veces por semana.

Para el procesamiento de datos se utilizó la microcomputadora y se trabajó con el Programa Estadístico para Ciencias Sociales (S.P.S.S.), se hizo la descripción

estadística y se aplicó la X^2 de independencia y el coeficiente R de Pearson.

Para la presentación de los resultados, se siguió el

ASPECTOS ETICOS se obtuvo la información.

Se revisó la frecuencia de las variables estudiadas.

Para llevar a cabo el estudio se contó con la autorización del Jefatura de la Jurisdicción Sanitaria No. 5, de igual manera se tuvo coordinación con el equipo de salud responsable de los módulos.

Se solicitó la participación voluntaria de cada uno de los informantes, explicándoles en forma detallada el objetivo del estudio. Así mismo que la información se manejará en forma confidencial, manteniendo en el anonimato las respuesta obtenidas.

cada indicador se le dio un valor del 1 al 3.

1. Participación Activa.
2. Participación Pasiva.
3. No se da una participación.

DEMOGRAFICOS

De las 33 personas estudiadas, el rango de edad que más predomina es de 20-29 años con un 42 por ciento, en segundo lugar se encuentra el grupo de 30 a 39 años con un

CAPITULO IV

RESULTADOS

Para la presentación de los resultados, se siguió el orden con el que se obtuvo la información.

Se revisó la frecuencia de las variables estudiadas, los datos absolutos y relativos se ordenaron en figuras y tablas de frecuencia simple y cruzadas.

Las frecuencias de cada uno de los reactivos correspondientes a la satisfacción de necesidades se ubicaron en un valor del 1 al 3.

1. Necesidad satisfecha.
2. Necesidad medianamente satisfecha.
3. Necesidad no satisfecha.

Para conocer la participación comunitaria, también cada indicador se le dió un valor del 1 al 3.

1. Participación Activa.
2. Participación Pasiva.
3. No se da una participación.

DEMOGRAFICOS

De las 33 personas estudiadas, el rango de edad que más predomina es de 20-29 años con un 42 por ciento, en segundo lugar se encuentra el grupo de 30 a 39 años con un

27 por ciento, de 40 a 49 años con un 15 por ciento y de 15 a 19 el nueve por ciento, por último de 50 a 59 años un siete por ciento.

El sexo predominante es el femenino con un 97 por ciento, respecto al estado civil el 82 por ciento son casados, el 15 por ciento son viudos y el tres por ciento son solteros.

El grado de escolaridad, el 42 por ciento cuentan con primaria completa, el 33 por ciento primaria incompleta y sólo el 21 por ciento tiene secundaria.

De los Promotores Voluntarios de Salud entrevistados el 91 por ciento respondió que su familia está integrada de 2 a 6 miembros.

En cuando al tipo de seguridad el 88 por ciento de los sujetos respondieron no tener ninguna seguridad social por lo que se ven en la necesidad de acudir a la Secretaría de Salud; sólo el 12 por ciento cuenta con seguridad social.

La casa, el 48 por ciento la tienen satisfecha y el 37 por ciento no la tienen satisfecha. El trabajo del esposo el 67 por ciento medianamente satisfecho y el 18 por ciento no satisfecho. En la gráfica No. 1 se describen los datos anteriores.

TABLA NO. 1
SATISFACCION DE LAS NECESIDADES DE EXISTENCIA
DE LOS PROMOTORES DE SALUD DE SABINAS HIDALGO, N.L.

NECESIDAD DE EXISTENCIA.	ALIMENTACION		EL AGUA		SERV. PUBLICO		CASA		TRABAJO DEL ESPOSO	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
Satisfecha	2	6	10	30	1	3	16	48	5	15
Medianamente Satisfecha.	11	33	15	46	4	64	5	15	22	67
No Satisfecha.	20	61	8	24	11	33	12	37	6	18
Total	33	100	33	100	33	100	33	100	33	100

FUENTE: ENCUESTA A PROMOTORES DE SALUD, 1992.
(E.P.S. 1992).

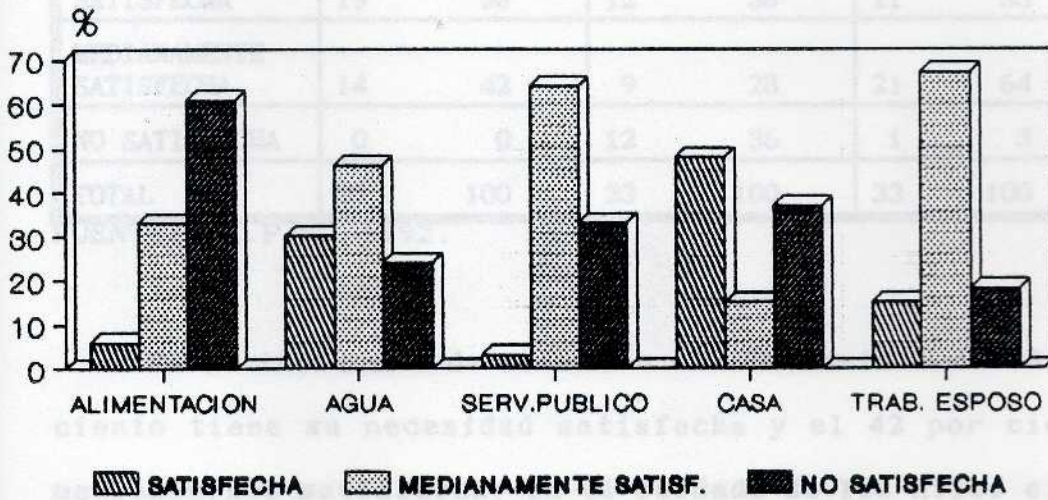
En cuanto a la satisfacción de la necesidad de existencia en el indicador alimentación, el 61 por ciento no tienen satisfecha la necesidad. El agua, el 46 por ciento medianamente satisfecha y el 30 por ciento satisfecha. Servicios públicos el 64 por ciento medianamente satisfecha y el 33 por ciento no la tienen satisfecha. La casa, el 48 por ciento la tienen satisfecha y el 37 por ciento no la tienen satisfecha. El trabajo del esposo el 67 por ciento medianamente satisfecho y el 18 por ciento no satisfecho. En la gráfica No. 1 se describen los datos anteriores.

TABLA NO. 3

SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE RELACION

DEL PROMOTOR DE SALUD HIDALGO, N.L.

GRAFICA NO. 1 SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA



F: ENCUESTA PROMOTORES DE SALUD. 1992.
(FUENTE: E.P.S. 1992)

por ciento no tienen satisfecha su necesidad, así como el
 satisfacción; en cuanto a la
 relación con la comunidad el 64 por ciento se encuentra
 medianamente satisfecha. En la gráfica No. 2 se pueden
 observar los datos anteriores.

TABLA NO. 2
 SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE RELACION
 DEL PROMOTOR DE SALUD DE SABINAS HIDALGO, N.L.

INDICADOR	LA FAMILIA		EL CUIDADO DE LOS HIJOS		LA COMUNIDAD	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%
SATISFECHA	19	58	12	36	11	33
MEDIANAMENTE SATISFECHA	14	42	9	28	21	64
NO SATISFECHA	0	0	12	36	1	3
TOTAL	33	100	33	100	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

En el indicador de relación con la familia el 58 por ciento tiene su necesidad satisfecha y el 42 por ciento medianamente satisfecha; en el cuidado de los hijos el 36 por ciento no tienen satisfecha su necesidad, así mismo el 36 por ciento la tienen satisfecha; en cuanto a la relación con la comunidad el 64 por ciento se encuentra medianamente satisfecha. En la gráfica No. 2 se pueden observar los datos anteriores.

TABLA NO. 3
SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE CRECIMIENTO
DE
GRAFICA NO. 2
SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE RELACION



FUENTE: E.P.S. 1992

observa que el 53 por ciento no está satisfecha su necesidad, el 35 por ciento está medianamente satisfecha, en lo que concierne al indicador en la importancia de realizar actividades para sacar fondos económicos para beneficio propio el 85 por ciento de los promotores voluntarios de salud se la tienen satisfecha. En la gráfica No. 3 se describen los datos anteriores.

TABLA NO. 3
SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE CRECIMIENTO
DE LOS PROMOTORES DE SALUD

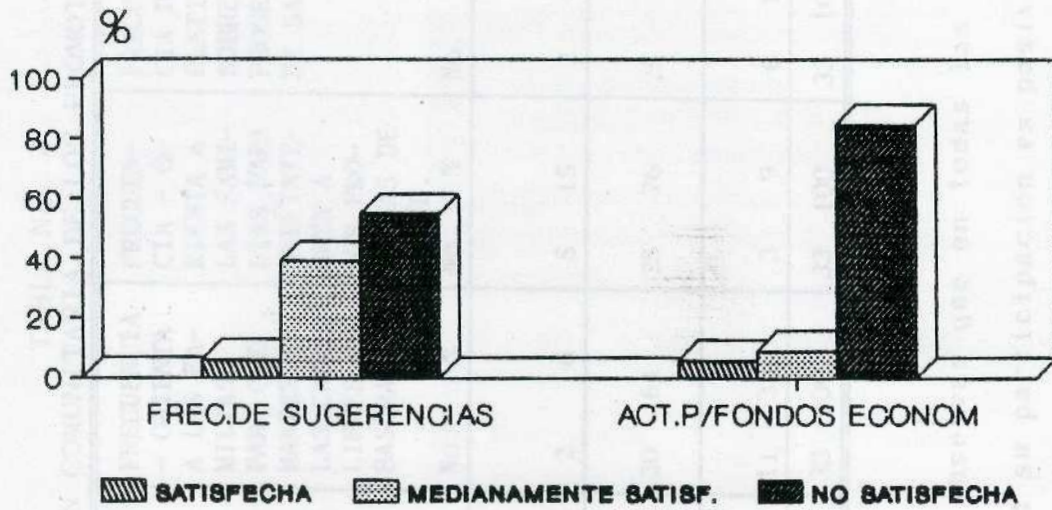
NECESIDAD DE CRECIMIENTO	FRECUENCIA CON Q' PIDEN SUGERENCIAS PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS.		DA IMPORTANCIA A REALIZAR ACTIVIDADES PARA OBTENER FONDOS ECONOMICOS PARA BENEFICIO PROPIO.	
	No.	%	No.	%
Satisfecha.	2	6	2	6
Medianamente Satisfecha.	13	39	3	9
No satisfecha.	18	55	28	85
Total.	33	100	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

Con respecto a la satisfacción de la necesidad de crecimiento en cuanto a la frecuencia para pedirle sugerencias para la solución de problemas que afectan a su comunidad, se observa que el 55 por ciento no está satisfecha su necesidad, el 39 por ciento está medianamente satisfecha, en lo que concierne al indicador en la importancia de realizar actividades para sacar fondos económicos para beneficio propio el 85 por ciento de los promotores voluntarios de salud no la tienen satisfecha. En la gráfica No. 3 se describen los datos anteriores.

*↑
aquí no describen
en la gráfica NO*

GRAFICA NO. 3 SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE CRECIMIENTO



FUENTE: E.P.S. 1992

Tabla No. 4
PARTICIPACION COMUNITARIA DE LOS PROMOTORES DE SALUD

INDICADOR	FRECUENCIA DE SU PARTICIPACION EN CAMPANAS DE VACUNACION.		FRECUENCIA ORIENTA A LAS FAMILIAS PARA LA IMPLEMENTACION DE HUERTAS FAMILIARES.		FRECUENCIA ORIENTA A LAS FAMILIAS PARA QUE MANTENGAN LAS CALLES LIBRES DE BASURA.		FRECUENCIA ORIENTA A LAS FAMILIAS PARA QUE INTENDAN A LOS PROGRAMAS DE SALUD.		FRECUENCIA DE PLATICAS SOBRE LOS PROGRAMAS DE SALUD.		FRECUENCIA REACTIVA REANUNCIA VISITARIAS PARA PROMOVER LOS PROGRAMAS DE SALUD.		FRECUENCIA CON QUE SE REUNE EN LA COMUNIDAD PARA BUSCAR ALTERNATIVAS DE SOLUCION A PROBLEMAS.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PARTICIPACION ACTIVA	6	18	3	9	2	6	5	15	2	6	2	6	2	6
PARTICIPACION PASIVA	24	73	12	36	20	61	25	76	25	76	27	82	9	27
NO PARTICIPA	3	9	18	55	11	33	3	9	6	18	4	12	22	67
TOTAL	33	100	33	100	33	100	33	100	33	100	33	100	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

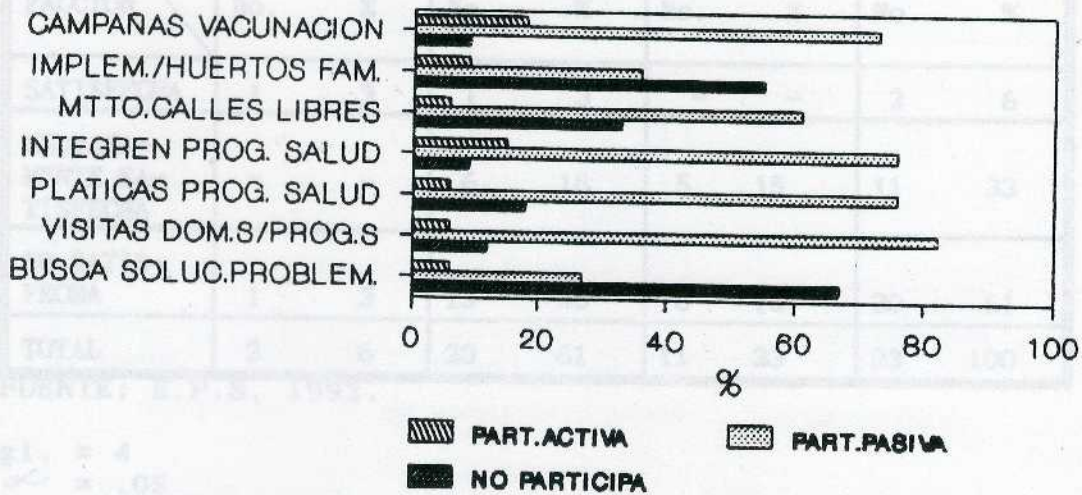
En la tabla No. 4 se puede observar que en todas las actividades que realizo el promotor voluntario de salud su participación es pasiva o no participa.

TABLA No. 3

FRECUENCIA CON QUE ORIENTA A LAS FAMILIAS PARA QUE MANTENGAN LAS CALLES LIBRES DE BASURA Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA (ALIMENTACION)

GRAFICA NO. 4

**PARTICIPACION COMUNITARIA
¿CON QUE FRECUENCIA PARTICIPA Y ORIENTA?**



FUENTE: E.P.S., 1992.

FUENTE: E.P.S. 1992

En el cuadro se puede observar que el 61 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente y el 33 por ciento no participan, de los cuales el 68 por ciento no tienen la necesidad de existencia satisfecha y un 33 por ciento la tienen medianamente satisfecha. La χ^2 de independencia el dato observado es menor y una correlación leve. Por lo tanto, la participación comunitaria es independiente de la satisfacción de la necesidad de alimentación, en la gráfica No. 6 se describen los datos.

TABLA No. 5

FRECUENCIA CON QUE ORIENTA A LAS FAMILIAS PARA QUE MANTENGAN LAS CALLES LIBRES DE BASURA Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA (ALIMENTACION)

PARTI- CIPA- CION SATIS- FACCION	PARTICIPA- CION ACTIVA		PARTICIPA- CION PASIVA		NO PARTI- CIPA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SATISFECHA	1	3	1	3	-	-	2	6
MEDIANA- MENTE SA- TISFECHA	-	-	6	18	5	15	11	33
NO SATIS- FECHA	1	3	13	40	6	18	20	61
TOTAL	2	6	20	61	11	33	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

$$g1. = 4$$

$$\alpha = .05$$

$$X^2 = \text{Teórica} = 9.49$$

$$X^2 = \text{Observada} = 8.46$$

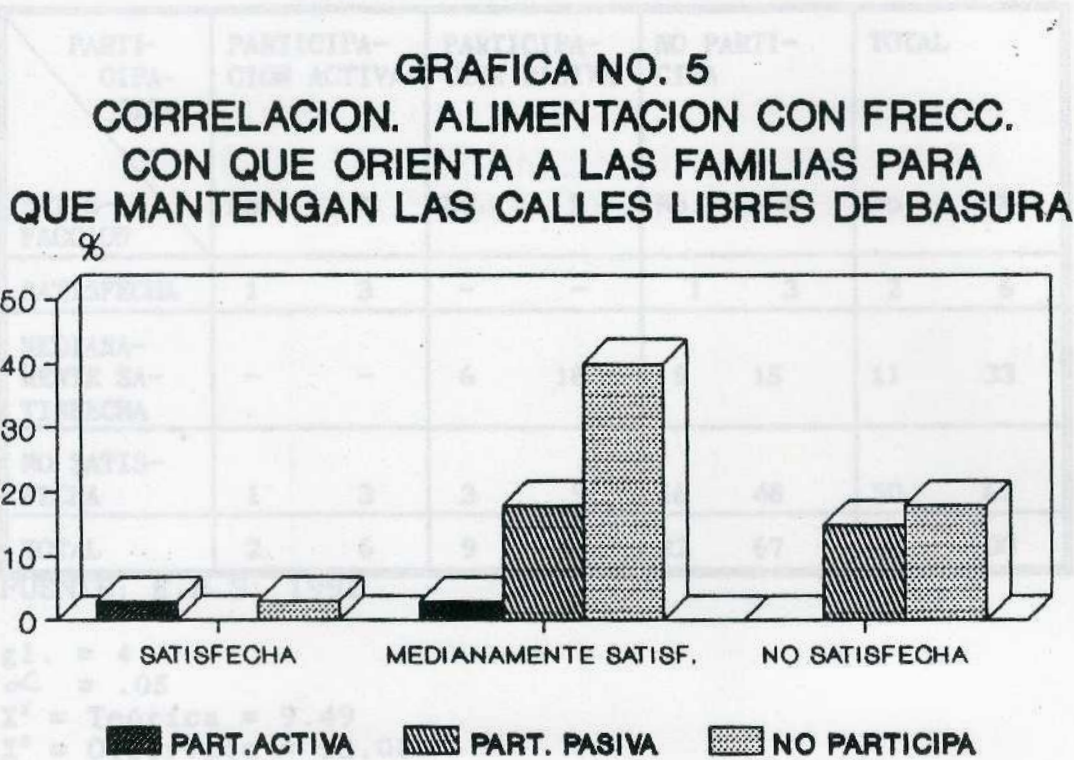
$$L = .0761$$

$$R = .0962$$

En el cuadro se puede observar que el 61 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente y el 33 por ciento no participan, de los cuales el 58 por ciento no tienen la necesidad de existencia satisfecha y un 33 por ciento, la tienen medianamente satisfecha. La X^2 de independencia el dato observado es menor y una correlación leve. Por lo tanto, la participación comunitaria es independiente de la satisfacción de la necesidad de alimentación, en la gráfica No. 6 se describen los datos.

TABLA No. 5

SE REUNE EN LA COMUNIDAD PARA BUSCAR ALTERNATIVAS DE SOLUCION A PROBLEMAS Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA (ALIMENTACION)



$GL = 4$
 $\alpha = .05$
 $X^2_{Teórica} = 0.949$
 $X^2_{observada} = 8.46$

FUENTE: E.P.S. 1992

En el cuadro se puede observar que el 27 por ciento de los participantes no participan y el 27 por ciento participan pasivamente de los cuales el 57 por ciento su nivel de satisfacción es adecuada su necesidad de existencia y el 33 por ciento medianamente satisfecho. La χ^2 de independencia muestra que el dato observado es mayor y una correlación baja pero definida. Por lo tanto la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud es dependiente de la satisfacción de la necesidad de existencia, medida a través del indicador alimentación. En la gráfica No. 5 se muestran los datos.

TABLA No. 6

SE REUNE EN LA COMUNIDAD PARA BUSCAR ALTERNATIVAS DE SOLUCION A PROBLEMAS Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA (ALIMENTACION)

PARTICIPACION / SATISFACCION	PARTICIPACION ACTIVA		PARTICIPACION PASIVA		NO PARTICIPA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SATISFECHA	1	3	-	-	1	3	2	6
MEDIANAMENTE SATISFECHA	-	-	6	18	5	15	11	33
NO SATISFECHA	1	3	3	9	16	48	20	61
TOTAL	2	6	9	27	22	67	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

gl. = 4

$\mathcal{L} = .05$

$X^2 = \text{Teórica} = 9.49$

$X^2 = \text{Observada} = 13.08$

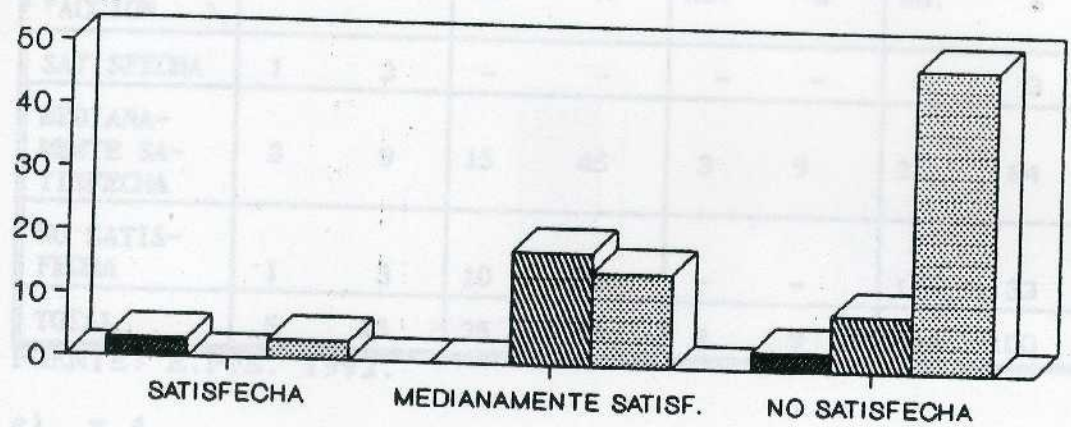
$\mathcal{L} = .0109$

R = .3400

En el cuadro se puede observar que el 67 por ciento de los promotores voluntarios no participan y el 27 por ciento participan pasivamente de los cuales el 57 por ciento no tienen satisfecha su necesidad de existencia y el 33 por ciento medianamente satisfecha. La X^2 de independencia muestra que el dato observado es mayor y una correlación baja pero definida. Por lo tanto la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud es dependiente de la satisfacción de la necesidad de existencia, medida a través del indicador alimentación. En la gráfica No. 6 se muestran los datos.

TABLA No. 7
FRECUENCIA CON QUE ORIENTA LAS FAMILIAS PARA QUE SE
INTEGREN A LOS PROGRAMAS DE SALUD Y SATISFACCION DE LA
NECESIDAD DE EXISTENCIA. (ALIMENTOS).

GRAFICA NO. 6
CORRELACION. ALIMENTACION CON FRECC.
CON Q'SE REUNE EN LA COMUNIDAD PARA
BUSCAR ALTERNATIVAS DE SOL. A PROBLEMAS



PART. ACTIVA
 PART. PASIVA
 NO PARTICIPA

$GL = 4$
 $\chi^2_{\text{Observada}} = 7.88$
 $\alpha = .05$
 $\chi^2_{\text{Teórica}} = 9.49$

$GL = 4$
 $\alpha = .05$
 $\chi^2_{\text{Teórica}} = 9.49$
 $\chi^2_{\text{observada}} = 13.08$

FUENTE: E.P.S. 1992.

se puede observar que el 54 por ciento tienen su necesidad de
 existencia medianamente satisfecha. La χ^2 de independencia
 muestra que el dato observado es menor y una correla-
 ción leve. Por lo tanto, la participación comunitaria por
 parte del productor voluntario de salud es independiente de
 su satisfacción de alimentos. En la gráfica No. 7 se
 muestran los datos.

TABLA No. 7

FRECUENCIA CON QUE ORIENTA LAS FAMILIAS PARA QUE SE INTEGREN A LOS PROGRAMAS DE SALUD Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA. (ALIMENTOS).

PARTI- CIPA- CION	PARTICIPA- CION ACTIVA		PARTICIPA- CION PASIVA		NO PARTI- CIPA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SATIS- FACCION								
SATISFECHA	1	3	-	-	-	-	1	3
MEDIANA- MENTE SA- TISFECHA	3	9	15	45	3	9	21	64
NO SATIS- FECHA	1	3	10	30	-	-	11	33
TOTAL	5	15	25	75	3	9	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

gl. = 4

\mathcal{L} = .05

X^2 = Teórica = 9.49

X^2 = Observada = 7.88

\mathcal{L} = .0959

R = .0720

FUENTE En el cuadro se puede observar que el 75 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente de los cuales el 54 por ciento tienen su necesidad de existencia medianamente satisfecha. La X^2 de independencia muestra que el dato observado es menor y una correlación leve. Por lo tanto, la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud es independiente de su satisfacción de alimentos. En la gráfica No. 7 se muestran los datos.

TABLA No. 5
 FRECUENCIA CON QUE DA PLATICAS A LAS FAMILIAS Y LA
 SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA (SERVICIOS
 PUBLICOS)



PART. ACTIVA
 PART. PASIVA
 NO PARTICIPA

$\chi^2 = 7.88$
 $GL = 4$
 $\alpha = .05$
 $\chi^2_{Teórica} = 9.49$
 $\chi^2_{observada} = 7.88$

FUENTE: E.P.S. 1992.

... se puede observar que el 64 por ciento de los promotores voluntarios participan activamente y el 18 por ciento no participan. De los cuales el 64 por ciento tiene medianamente satisfecha su necesidad de existencia. La χ^2 de independencia muestra el dato observado mayor y una correlación baja pero definida. Por lo tanto, la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud es dependiente de la satisfacción de los servicios públicos en la existencia del mismo. En la gráfica No. 7 se muestran los datos.

TABLA No. 8

FRECUENCIA CON QUE DA PLATICAS A LAS FAMILIAS Y LA SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA (SERVICIOS PUBLICOS).

PARTI- CIPA- CION SATIS- FACCION	PARTICIPA- CION ACTIVA		PARTICIPA- CION PASIVA		NO PARTI- CIPA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SATISFECHA	2	6	6	18	3	9	11	33
MEDIANA- MENTE SA- TISFECHA	-	-	19	58	2	6	21	64
NO SATIS- FECHA	-	-	-	-	1	3	1	3
TOTAL	2	6	25	76	6	18	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992

$$g1. = 4$$

$$\mathcal{L} = .05$$

$$X^2 = \text{Teórica} = 9.49$$

$$X^2 = \text{Observada} = 9.03$$

$$\mathcal{L} = .0603$$

$$R = .2694$$

En el cuadro se puede observar que el 76 por ciento de los promotores voluntarios participan activamente y el 18 por ciento no participan, de los cuales el 64 por ciento tienen medianamente satisfecha su necesidad de existencia. La X^2 de independencia muestra el dato observado mayor y una correlación baja pero definida. Por lo tanto, la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud es dependiente de la satisfacción de los servicios públicos en la existencia del mismo. En la gráfica No. 8 se muestran los datos.

TABLA No. 9

FRECUENCIA QUE REALIZA VISITAS DOMICILIARIAS Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA (SERVICIOS PUBLICOS)



PART. ACTIVA
 PART. PASIVA
 NO PARTICIPA

$GL = 4$
 $\alpha = .05$
 $\chi^2 \text{ Observada} = 13.64$
 $\chi^2 \text{ Teórica} = 9.49$
 $R = .4965$

$GL = 4$
 $\alpha = .05$
 $\chi^2 \text{ Teórica} = 9.49$
 $\chi^2 \text{ observada} = 9.03$

FUENTE: E.P.S. 1992

Para se puede observar se puede observar que el 64 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente y el 33 por ciento no participa de los cuales el 64 por ciento tienen medianamente satisfecha su necesidad de existencia. La χ^2 de independencia muestra un dato observado mayor y una correlación moderada. Por lo tanto, la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud es dependiente de la satisfacción de los servicios públicos en su vivienda. En la gráfica No. 8 se muestran los datos.

TABLA No. 9
 FRECUENCIA QUE REALIZA VISITAS DOMICILIARIAS Y
 SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE
 EXISTENCIA (SERVICIOS PUBLICOS).

PARTI- CIPA- CION SATIS- FACCION	PARTICIPA- CION ACTIVA		PARTICIPA- CION PASIVA		NO PARTI- CIPA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SATISFECHA	-	-	-	-	1	3	1	3
MEDIANA- MENTE SA- TISFECHA	-	-	18	56	3	9	21	64
NO SATIS- FECHA	2	6	9	27	-	-	11	33
TOTAL	2	6	27	83	4	12	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992

$$g1. = 4$$

$$\mathcal{L} = .05$$

$$X^2 = \text{Teórica} = 9.49$$

$$X^2 = \text{Observada} = 12.64$$

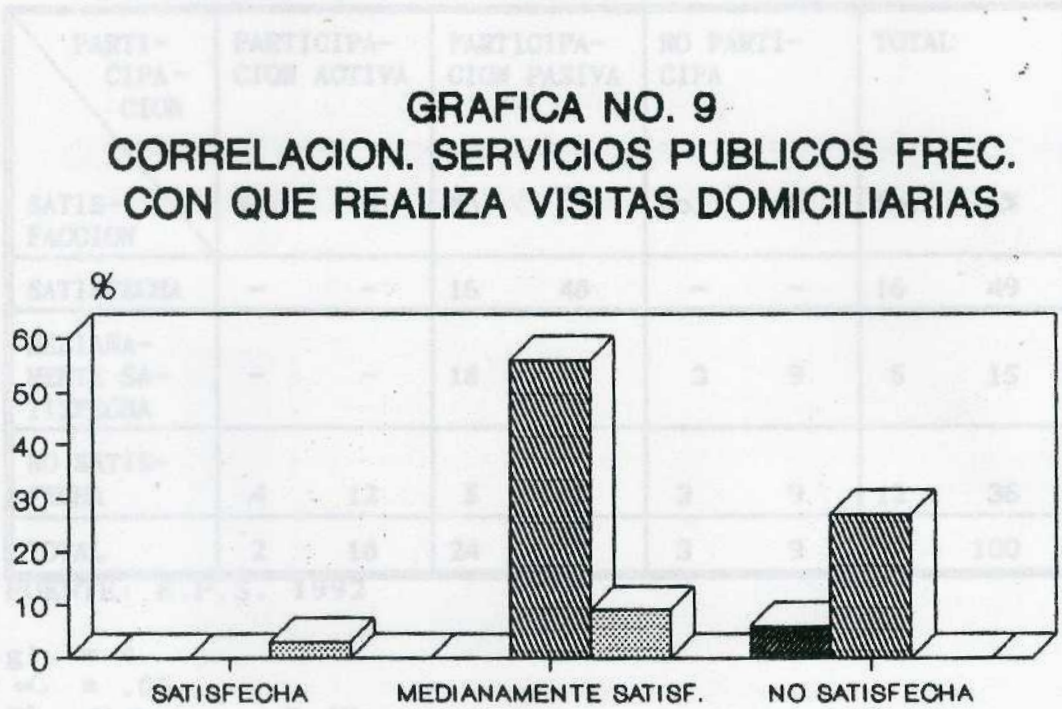
$$\mathcal{L} = .0132$$

$$R = .4965$$

En el cuadro se puede observar que el 83 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente y el 33 por ciento no participan de los cuales el 64 por ciento tienen medianamente satisfecha su necesidad de existencia. La X^2 de independencia muestra un dato observado mayor y una correlación moderada. Por lo tanto, la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud es dependiente de la satisfacción de los servicios públicos en su vivienda. En la gráfica No. 9 se muestran los datos.

TABLA No. 10

PARTICIPA EN CAMPAÑAS DE VACUNACION Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA (VIVIENDA PROPIA).



$\chi^2 = \text{Teórica} = 9.49$
 $\chi^2 = \text{Observada} = 12.64$
 $GL = 4$
 $\alpha = .05$
 $\alpha = .0880$

FUENTE: E.P.S. 1992.

En el cuadro se puede observar que el 23% de los promotores voluntarios participativos en las campañas de vacunación por parte del promotor voluntario de salud es dependiente de la satisfacción de poseer vivienda propia. En la gráfica No. 10 se describen los datos.

TABLA No. 10

PARTICIPA EN CAMPAÑAS DE VACUNACION Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA (VIVIENDA PROPIA).

PARTI- CIPA- CION SATIS- FACCION	PARTICIPA- CION ACTIVA		PARTICIPA- CION PASIVA		NO PARTI- CIPA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SATISFECHA	-	-	16	48	-	-	16	49
MEDIANA- MENTE SA- TISFECHA	-	-	18	56	3	9	5	15
NO SATIS- FECHA	4	12	5	15	3	9	12	36
TOTAL	2	18	24	72	3	9	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992

$$gl. = 4$$

$$\mathcal{L} = .05$$

$$X^2 = \text{Teórica} = 9.49$$

$$X^2 = \text{Observada} = 14.32$$

$$\mathcal{L} = .0063$$

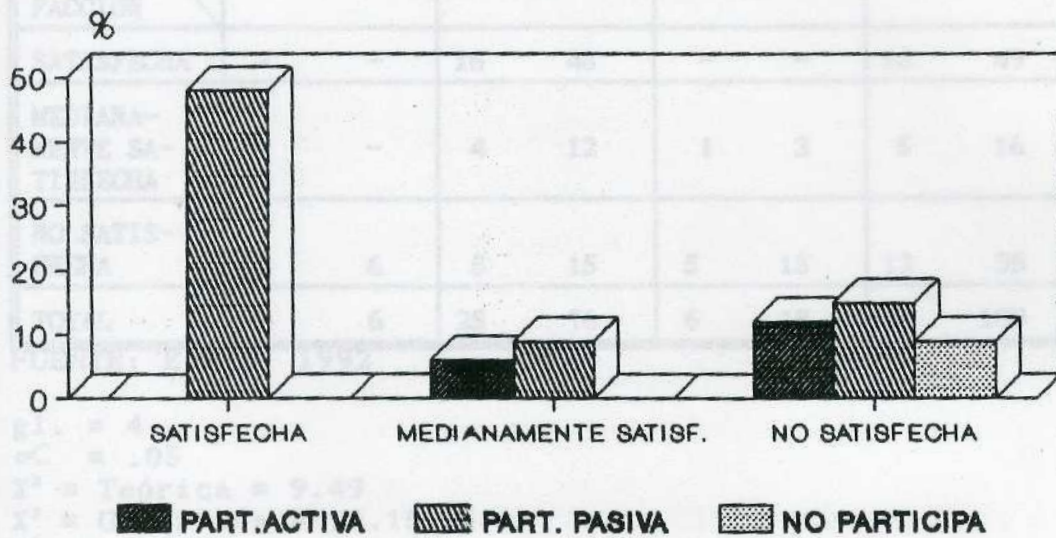
$$R = .0880$$

En el cuadro se puede observar que el 72 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente de los cuales el 49 por ciento tienen su necesidad de existencia satisfecha. La X^2 de independencia muestra que el dato observado es mayor y una correlación leve. Por lo tanto, la participación comunitaria en campañas de vacunación por parte del promotor voluntario de salud es dependiente de la satisfacción de poseer vivienda propia. En la gráfica No. 10 se describen los datos.

TABLA No. 11

FRECUENCIA CON QUE DA PLATICAS SOBRE LOS PROGRAMAS Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA (VIVIENDA PROPIA)

GRAFICA NO. 10
CORRELACION. PERTENENCIA DE VIVIENDA CON FREQ. PARTICIPA EN CAMP. DE VACUNACION



■ PART. ACTIVA ▨ PART. PASIVA ▩ NO PARTICIPA

GL = 4
 $\alpha = .05$
 $\chi^2_{Teórica} = 9.49$
 $\chi^2_{observada} = 14.32$

FUENTE: E.P.S. 1992.

En el cuadro se puede observar que el 50 por ciento de los voluntarios participó activamente y el 33 por ciento no participó, de los cuales el 48 por ciento tienen la necesidad de existencia satisfecha y un 33 por ciento no satisfecha. La χ^2 de independencia muestra el dato observado mayor y una correlación baja pero definida. Por lo tanto la participación comunitaria del promotor voluntario de salud depende de la satisfacción de contar con vivienda propia. En la siguiente gráfica No. 11 se muestran los datos.

TABLA No. 11

FRECUENCIA CON QUE DA PLATICAS SOBRE LOS PROGRAMAS
Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA
(VIVIENDA PROPIA)

PARTI- CIPA- CION	PARTICIPA- CION ACTIVA		PARTICIPA- CION PASIVA		NO PARTI- CIPA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SATIS- FACCION								
SATISFECHA	-	-	16	48	-	-	16	49
MEDIANA- MENTE SA- TISFECHA	-	-	4	12	1	3	5	16
NO SATIS- FECHA	2	6	5	15	5	15	12	36
TOTAL	2	6	25	76	6	18	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992

gl. = 4

 $\mathcal{L} = .05$ $X^2 = \text{Teórica} = 9.49$ $X^2 = \text{Observada} = 13.15$ $\mathcal{L} = .0106$

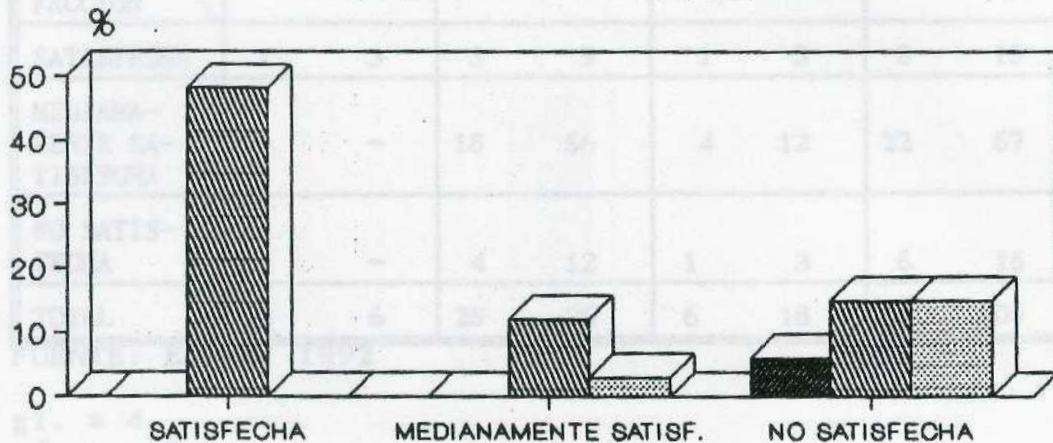
R = .2423

En el cuadro se puede observar que el 76 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente y el 33 por ciento no participan, de los cuales el 48 por ciento tienen su necesidad de existencia satisfecha y un 33 por ciento no satisfecha. La X^2 de independencia muestra el dato observado mayor y una correlación baja pero definida. Por lo tanto la participación comunitaria del promotor voluntario de salud depende de la satisfacción de contar con vivienda propia. En la siguiente gráfica No. 11 se muestran los datos.

TABLA No. 12

DEPENDENCIA CON QUE DA PLATICAS SOBRE LOS PROGRAMAS Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA (TIPO DE TRABAJO DEL ESPOSO)

GRAFICA NO. 11
CORRELACION. PERTENENCIA DE VIVIENDA Y
FREC. CON QUE DA PLATICAS SOBRE LOS
PROGRAMAS DE SALUD



■ PART. ACTIVA ▨ PART. PASIVA ▤ NO PARTICIPA

GL = 4
 $\alpha = .05$
 χ^2 Teórica = 9.49
 χ^2 observada = 13.15

FUENTE: E.P.S. 1992

En el cuadro se puede observar que el 48% de las personas que pertenecen a viviendas medianamente satisfechas y no participan en las pláticas voluntarias de salud, y el 12% por ciento no participa de los cuales un 47% tienen su necesidad de existencia medianamente satisfecha. La χ^2 de independencia muestra el dato mayor, observado y una correlación leve. Por lo tanto la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud es dependiente de que el esposo tenga un trabajo. A continuación en la gráfica No. 11 se muestran los datos.

TABLA No. 12

FRECUENCIA CON QUE DA PLATICAS SOBRE LOS PROGRAMAS
Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA
(TIPO DE TRABAJO DEL ESPOSO).

PARTI- CIPA- CION	PARTICIPA- CION ACTIVA		PARTICIPA- CION PASIVA		NO PARTI- CIPA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SATIS- FACCION								
SATISFECHA	1	3	3	9	1	3	5	15
MEDIANA- MENTE SA- TISFECHA	-	-	18	56	4	12	22	67
NO SATIS- FECHA	1	-	4	12	1	3	6	18
TOTAL	2	6	25	76	6	18	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992

$$gl. = 4$$

$$\alpha = .05$$

$$X^2 = Teórica = 12.59$$

$$X^2 = Observada = 13.49$$

$$p = .0358$$

$$R = .0468$$

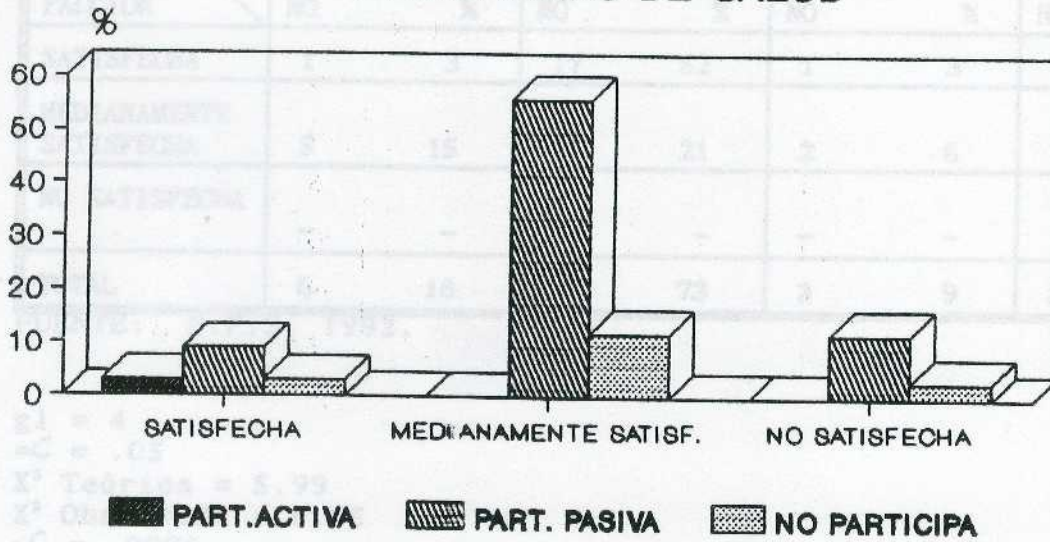
En el cuadro se puede observar que el 76 por ciento de los promotores voluntarios participa pasivamente y un 18 por ciento no participa de los cuales un 67% tienen su necesidad de existencia medianamente satisfecha. La X^2 de independencia muestra el dato mayor observado y una correlación leve. Por lo tanto la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud es dependiente de que el esposo tenga un trabajo. A continuación en la gráfica No. 12 se muestran los datos..

N = 2?
 2 P los promotores
 P voluntarios
 3%

TABLA No. 13

PARTICIPA EN CAMPAÑAS DE VACUNACION Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE RELACION (ACEPTACION FAMILIAR QUE SEA PROMOTOR VOLUNTARIO).

GRAFICA NO. 12
CORRELACION. TRABAJO DEL ESPOSO. FRECC.
CON QUE DA PLATICAS SOBRE LOS
PROGRAMAS DE SALUD



GL = 4
 $\alpha = .05$
 χ^2 Teórica = 9.49
 χ^2 observada = 13.49

FUENTE. E.P.S. 1992.

En el cuadro se puede observar que el ciento por ciento de las mujeres que no son promotoras voluntarias perciben una necesidad de relación satisfactoria y un 42 por ciento medianamente satisfactoria. La χ^2 de independencia muestra el dato observado mayor y una correlación baja para definida. Por lo tanto, la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud depende de que la familia este de acuerdo para que sea promotor. En la gráfica No. 13 describen los datos.

TABLA No. 13

PARTICIPA EN CAMPANAS DE VACUNACION Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE RELACION (ACEPTACION FAMILIAR QUE SEA PROMOTOR VOLUNTARIO).

PARTICIPACION / SATISFACCION	PARTICIPACION ACTIVA		PARTICIPACION PASIVA		NO PARTICIPA		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
SATISFECHA	1	3	17	52	1	3	19	58
MEDIANAMENTE SATISFECHA	5	15	7	21	2	6	14	42
NO SATISFECHA	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	6	18	24	73	3	9	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

$$g1 = 4$$

$$\alpha = .05$$

$$X^2 \text{ Teórica} = 5.99$$

$$X^2 \text{ Observada} = 6.55$$

$$\alpha = .0376$$

$$R = .2059$$

En el cuadro se puede observar que el 73 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente de los cuales un 58 por ciento tienen su necesidad de relación satisfecha y un 42 por ciento medianamente satisfecha. La X^2 de independencia muestra el dato observado mayor y una correlación baja pero definida. Por lo tanto, la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud depende de que la familia este de acuerdo para que se promotor. En la gráfica No. 13 describen los datos.

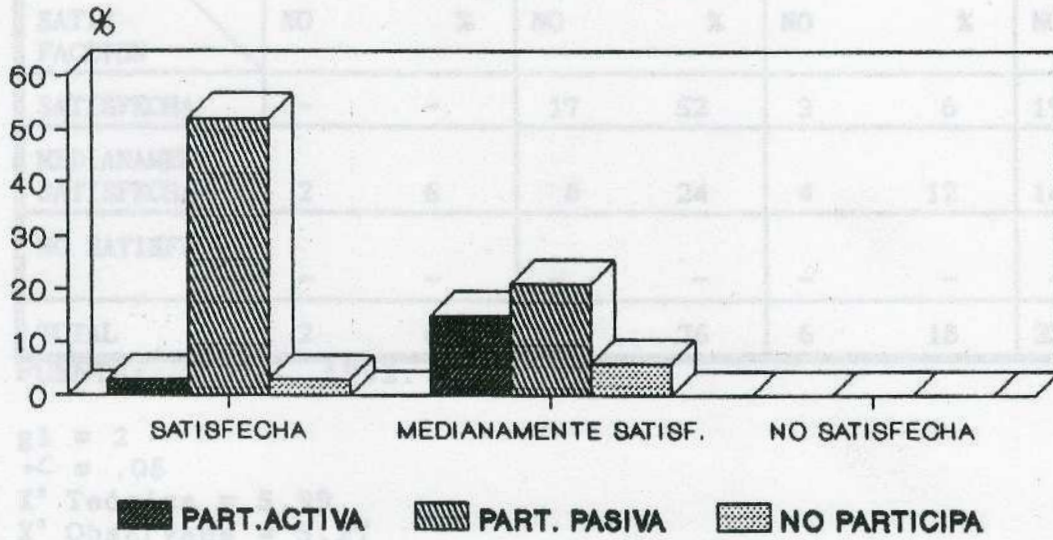
14
377
993
0.2
31
7846

TABLA No. 14

FRECUENCIA QUE DE PLATICAS A LAS FAMILIAS Y SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD DE RELACION (ACEPTACION FAMILIAR QUE SEA PROMOTOR VOLUNTARIO).



GRAFICA NO. 13
SU FAMILIA ESTA DE ACUERDO QUE SEA PROMOTOR. PARTICIPA EN CAMPAÑAS DE VACUNACION



■ PART. ACTIVA ▨ PART. PASIVA ▤ NO PARTICIPA
 $GL = 4$
 $\alpha = .05$
 $\chi^2_{Teórica} = 5.99$
 $\chi^2_{observada} = 6.55$

FUENTE: E.P.S. 1992

En el cuadro se puede observar que el 55 por ciento de los promotores voluntarios participa pasivamente y el 18 por ciento no participa de los cuales el 58 por ciento tiene su necesidad de relación satisffecha y un 42 por ciento medianamente satisffecha. La χ^2 de independencia muestra el dato menor observado y un coeficiente de correlación leve. Por lo tanto, la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud es independiente de la satisfacción de que la familia este de acuerdo para que sea promotor voluntario. En la gráfica No. 14 se describen los datos.

TABLA No. 14

FRECUENCIA QUE DE PLATICAS A LAS FAMILIAS Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE RELACION (ACEPTACION FAMILIAR PARA QUE SEA PROMOTOR VOLUNTARIO).

SATISFACCION \ PARTICIPACION	PARTICIPACION ACTIVA		PARTICIPACION PASIVA		NO PARTICIPA		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
SATISFECHA	-	-	17	52	2	6	19	58
MEDIANAMENTE SATISFECHA	2	6	8	24	4	12	14	42
NO SATISFECHA	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2	6	25	76	6	18	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

$$g1 = 2$$

$$\alpha = .05$$

$$X^2 \text{ Teórica} = 5.99$$

$$X^2 \text{ Observada} = 5.27$$

$$\alpha = .0717$$

$$R = .0389$$

En el cuadro se puede observar que el 76 por ciento de los promotores voluntarios participa pasivamente y el 18 por ciento no participa de los cuales el 58 por ciento tienen su necesidad de relación satisfecha y un 42 por ciento medianamente satisfecha. La X^2 de independencia muestra el dato menor observado y un coeficiente de correlación leve. Por lo tanto, la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud es independiente de la satisfacción de que la familia este de acuerdo para que sea promotor voluntario. En la gráfica No. 14 se describen los datos.

TABLA No. 15

FRECUENCIA CON QUE REALIZA VISITAS DOMICILIARIAS Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE RELACION (ACEPTACION FAMILIAR PARA QUE SEA PROMOTOR VOLUNTARIO)



PART. ACTIVA
 PART. PASIVA
 NO PARTICIPA

$GL = 4$
 $\alpha = .05$
 $\chi^2_{Teórica} = 5.99$
 $\chi^2_{observada} = 5.27$

FUENTE: E.P.S. 1992.

se puede observar que el 52 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente y el 12 por ciento no participan de los cuales el 52 por ciento tienen su necesidad de relación satisfecha y el 43 por ciento no la tienen. La χ^2 de independencia muestra el dato mayor observado y un coeficiente de correlación moderado. Por lo tanto, la participación comunitaria depende de la satisfacción de la necesidad de relación, a continuación se describen los datos en la gráfica No. 15.

TABLA No. 15

FRECUENCIA CON QUE REALIZA VISITAS DOMICILIARIAS Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE RELACION (ACEPTACION FAMILIAR PARA QUE SEA PROMOTOR VOLUNTARIO).

PARTICI- PACION SATIS- FACCION	PARTICIPACION ACTIVA		PARTICIPACION PASIVA		NO PARTICIPA		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
SATISFECHA	2	6	17	52	-	-	19	58
MEDIANAMENTE SATISFECHA	-	-	10	30	4	12	14	42
NO SATISFECHA	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2	6	27	82	4	12	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

$$g1 = 4$$

$$\mathcal{L} = .05$$

$$X^2 \text{ Teórica} = 5.99$$

$$X^2 \text{ Observada} = 7.22$$

$$\mathcal{L} = .0270$$

$$R = .4578$$

En el cuadro se puede observar que el 82 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente y el 12 por ciento no participa de los cuales el 52 por ciento tienen su necesidad de relación satisfecha y el 42 por ciento no la tienen. La X^2 de independencia muestra el dato mayor observado y un coeficiente de correlación moderado. Por lo tanto, la participación comunitaria depende de la satisfacción de la necesidad de relación, a continuación se describen los datos en la gráfica No. 15.

TABLA No. 16

LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA SON ACEPTADAS POR LA COMUNIDAD
 DA PLATICAS A LAS FAMILIAS SOBRE LOS PROGRAMAS Y
 SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE RELACION
 (SUS ACTIVIDADES LAS ACEPTA LA COMUNIDAD)

PARTICI- PACION SATIS- FACCION	PARTICIPACION ACTIVA		PARTICIPACION PASIVA		NO PARTICIPA		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
SATISFECHA	2	6	6	18	3	9	11	33
MEDIANAMENTE SATISFECHA	-	-	19	58	2	6	21	64
NO SATISFECHA	-	-	-	-	1	3	1	3
TOTAL	2	6	25	76	6	18	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

$$g1 = 4$$

$$\chi^2 = .05$$

$$X^2 \text{ Teórica} = 9.49$$

$$X^2 \text{ Observada} = 11.05$$

$$\chi^2 = .0259$$

$$R = .1476$$

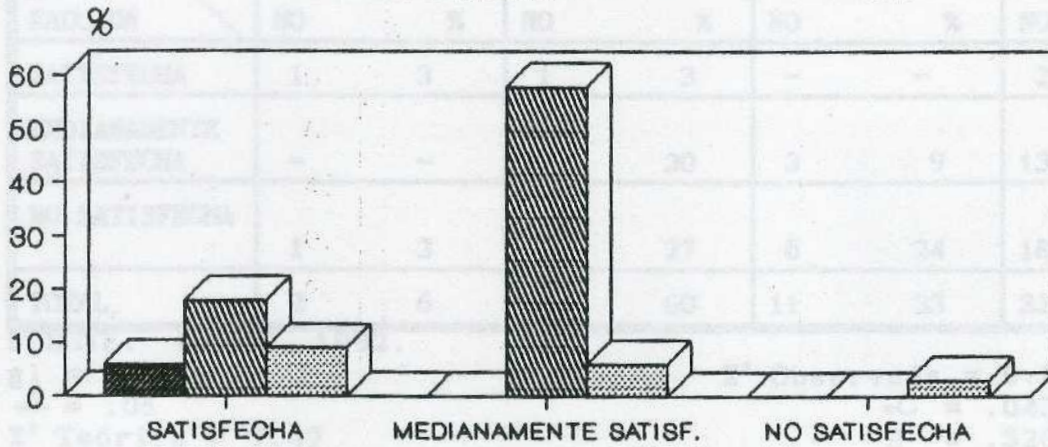
En el cuadro se puede observar que el 76 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente y el 18 por ciento no participan de los cuales el 64 por ciento tienen su necesidad de relación medianamente satisfecha. La X^2 de independencia muestra el dato mayor observado y una correlación leve. Por lo tanto la participación comunitaria por parte del promotor voluntario depende de la satisfacción de la necesidad de relación, que sus actividades sean aceptadas por su comunidad.

*falta "entrad" a la
gráficas*

TABLA No. 17

FRECUENCIA CON QUE ORIENTA A LAS FAMILIAS PARA Q MANTEN-
 GAN LAS CALLES LIBRES DE BASURA Y SATISFACCION DE LA
 NECES. DE CUIDAR. LE PIDEN SINERGICAS PARA LA SOLUC.
 DE ESTE

GRAFICA NO. 16
LAS ACTIVIDADES Q'REALIZA SON ACEPTADAS
POR LA COMUNIDAD-DA PLATICAS A LAS FAM.
SOBRE PROGRAMAS DE SALUD



■ PART. ACTIVA ▨ PART. PASIVA ▤ NO PARTICIPA

$GL = 4$
 $\alpha = .05$
 $X^2_{Teórica} = 9.49$
 $X^2_{observada} = 11.05$

FUENTE: E.P.S. 1992

TABLA No. 17

FRECUENCIA CON QUE ORIENTA A LAS FAMILIAS PARA Q'MANTEN-
GAN LAS CALLES LIBRES DE BASURA Y SATISFACCION DE LA
NECES. DE CRECIM. (LE PIDEN SUGERENCIAS PARA LA SOLUC.
DE PROB.).

PARTICIPACION SATIS- FACCION	PARTICIPACION ACTIVA		PARTICIPACION PASIVA		NO PARTICIPA		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
SATISFECHA	1	3	1	3	-	-	2	6
MEDIANAMENTE SATISFECHA	-	-	10	30	3	9	13	39
NO SATISFECHA	1	3	9	27	8	24	18	55
TOTAL	2	6	20	60	11	33	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

$g_1 = 4$

$\mathcal{L} = .05$

X^2 Teórica = 9.49

X^2 Observada = 9.85

$\mathcal{L} = .0430$

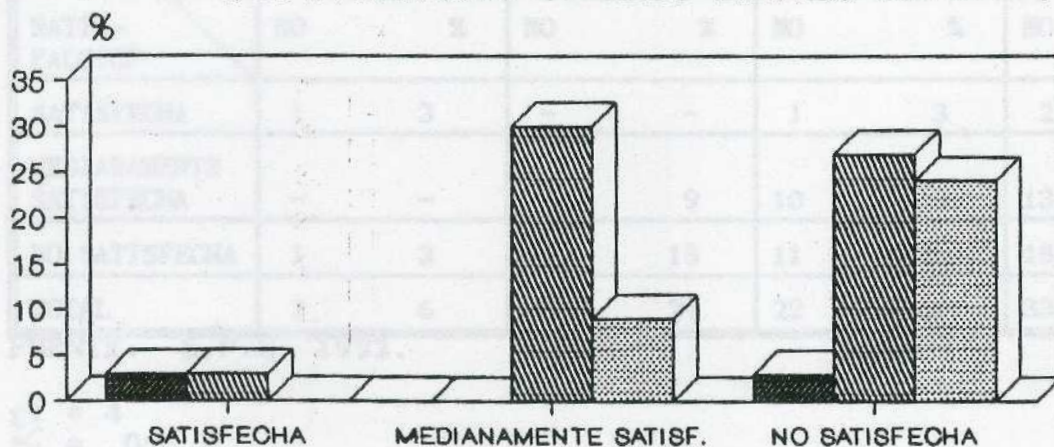
$R = .3200$

En el cuadro se puede observar que el 60 por ciento de los promotores voluntarios participan pasivamente y el 33 por ciento no participan de los cuales el 51 por ciento no tiene satisfecha su necesidad de crecimiento y el 3 por ciento la tiene medianamente satisfecha. La X^2 de independencia muestra el dato mayor observado y una correlación baja pero definida. Por lo tanto la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud depende de la satisfacción de la necesidad de crecimiento (le piden sugerencias para la solución de problemas que afectan a su comunidad).

TABLA No. 15

FRECUENCIA CON QUE SE REUNE EN LA COMUNIDAD PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS O AFECTEN EN SU COMUNIDAD Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE CRECIMIENTO. (SE LE PIDEN SUGERENCIAS PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS.

GRAFICA NO. 17
SE LE PIDEN SUGERENCIAS PARA LA SOLUCION DE PROBL.-FREC. CON Q'ORIENTA A LAS FAM. PARA Q'MANTENGAN CALLES LIBRES DE BASURA



■ PART. ACTIVA ▨ PART. PASIVA ▤ NO PARTICIPA

$GL = 4$

$\alpha = .05$

$\chi^2_{Teórica} = 9.49$

$\chi^2_{observada} = 9.85$

FUENTE: E.P.S. 1992.

TABLA No. 18

FRECUENCIA CON QUE SE REUNE EN LA COMUNIDAD PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS Q' AFECTEN EN SU COMUNIDAD Y SATISFACCION DE LA NECESIDAD DE CRECIMIENTO. (SE LE PIDEN SUGERENCIAS PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS.

PARTICI- PACION SATIS- FACCION	PARTICIPACION ACTIVA		PARTICIPACION PASIVA		NO PARTICIPA		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
SATISFECHA	1	3	-	-	1	3	2	6
MEDIANAMENTE SATISFECHA	-	-	3	9	10	30	13	39
NO SATISFECHA	1	3	6	18	11	33	18	55
TOTAL	2	6	9	27	22	66	33	100

FUENTE: E.P.S. 1992.

$$g1 = 4$$

$$\mathcal{L} = .05$$

$$X^2 \text{ Teórica} = 9.49$$

$$X^2 \text{ Observada} = 8.41$$

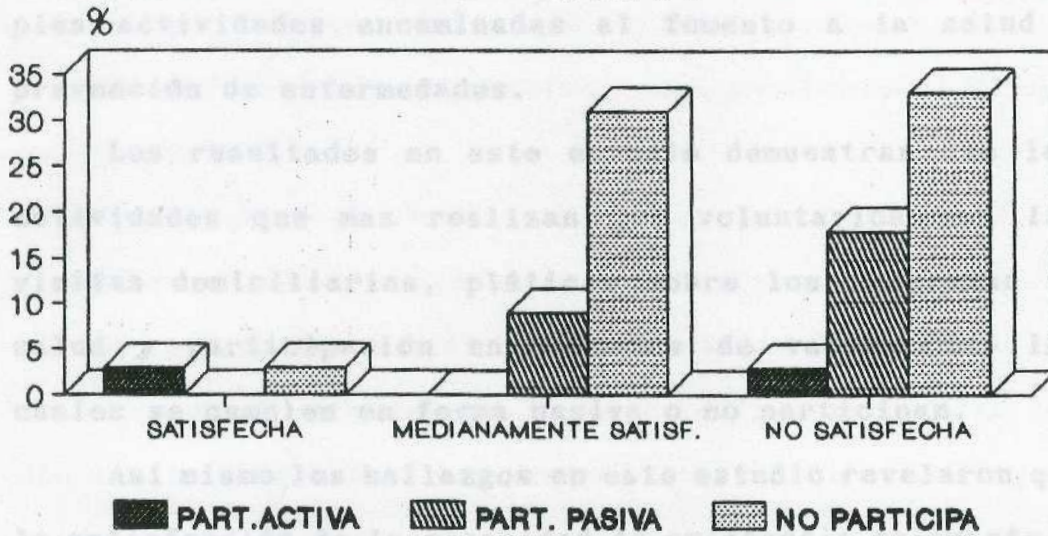
$$\mathcal{L} = .0777$$

$$R = .0251$$

En el cuadro se puede observar que el 66 por ciento de los promotores voluntarios no participan y el 27 por ciento participan pasivamente de los cuales el 51 por ciento no tiene satisfecha su necesidad de crecimiento y el 39 por ciento la tiene medianamente satisfecha. La X^2 de independencia muestra el dato observado menor y un coeficiente de correlación leve. Por lo tanto, la participación del promotor es independiente de la satisfacción de la necesidad de crecimiento, en el indicador se le piden sugerencias para la solución de problemas. En la gráfica No. 18 se muestran los datos.

DISCUSION

GRAFICA NO. 18
SE LE PIDEN SUGERENCIAS PARA LA SOL. DE
PROBL.-FREC.CON Q'SE REUNE EN COMUNIDAD
PARA SOL.PROBL.QUE AFECTAN SU COMUNIDAD



GL = 4
 $\alpha = .05$
 $\chi^2_{Teórica} = 9.49$
 $\chi^2_{observada} = 8.41$

FUENTE: E.P.S. 1992.

CAPITULO V

DISCUSION

Dentro de la participación comunitaria se realizan actividades permanentes por el promotor y dirigidas por el personal de la salud del primer nivel de atención.

El promotor voluntario de salud lleva a cabo múltiples actividades encaminadas al fomento a la salud y prevención de enfermedades.

Los resultados en este estudio demuestran que las actividades que mas realizan los voluntarios son las visitas domiciliarias, pláticas sobre los programas de salud y participación en campañas de vacunación, las cuales se cumplen en forma pasiva o no participan.

Así mismo, los hallazgos en este estudio revelaron que la satisfacción de la necesidad de existencia en cuanto a la alimentación, contar con servicios públicos, el poseer vivienda propia, y el tipo de trabajo del esposo influye para que se de una participación comunitaria por parte de los voluntarios.

De igual forma la satisfacción de la necesidad de relación en cuanto a que la familia acepta que sea promotor de vivienda, así como aceptación de sus actividades por parte de la comunidad depende para que se de la participación comunitaria.

En lo concerniente a la satisfacción de la necesidad de crecimiento, el tomar en cuenta la opinión del promotor para la solución de problemas de la comunidad influye para que se de la participación comunitaria.

Wernere (1985) en México, D.F., refiere que la mayor parte de este personal, aprende a seguir órdenes del equipo de salud, en vez de permitirles tomar la iniciativa y ayudar a la gente a resolver sus problemas bajo sus propias condiciones.

Berelson y Steiner (1964), en New York, U.S.A., consideran que la motivación implica una reacción en cadena, que comienza con el sentimiento de necesidades que producen deseos o metas que se buscan, las cuales a su vez dan tensiones (es decir deseos no satisfechos) que después conducen a acciones para el logro de las metas y finalmente se produce la satisfacción de los deseos.

Clayton P. Alderfer (1972) en New York U.S.A, en su teoría de motivación considera que el individuo tiene que tener satisfechas tres necesidades humanas básicas, que son las de existencia, relación y crecimiento, para tener impulsos e intereses al llevar a cabo determinadas actividades.

Por otro lado, también se encontró que de los 33 promotores el 88 por ciento no cuentan con seguridad

social, hallazgo que pudiera indicar que los voluntarios se registran en el programa sólo para gozar de los servicios médicos ~~gratis~~ y no para participar en la comunidad.

CONCLUSIONES

En este estudio, la motivación resultó parte esencial para que se de la participación activa por parte de los promotores voluntarios en los programas de salud. Considerando la motivación como la satisfacción de las necesidades básicas de existencia, relación y crecimiento.

Por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo, donde la participación comunitaria por parte del promotor voluntario de salud depende de la satisfacción de las necesidades básicas.

Es de gran importancia que la enfermera comunitaria se solidarice en el diálogo con este personal voluntario, con el objetivo que se logre un sentido de autoconciencia y de responsabilidad por la propia salud y la de su comunidad, establecer una asociación acompañada del debido respeto por sus valores y aspiraciones.

Si al personal voluntario de la comunidad se le permite participar en la adopción de decisiones, es mucho

mas probable que lo encuentren aceptable el programa de salud y que lo utilicen. La enfermera comunitaria debe tener presente lo que la comunidad considera como problemático y cual es el verdadero sentir de la misma, de lo contrario se fomentará el fracaso en la participación de los individuos.

RECOMENDACIONES

1. Este estudio ha sido realizado en una comunidad rural, por lo que se sugiere que se realice en una comunidad urbana y suburbana, considerando además otras variables, como la influencia del equipo de salud en los promotores voluntarios y recursos con los que cuentan para trabajar. Así mismo, se recomienda se lleve a cabo un estudio que revele las causas de abandono.
2. Se sugiere que se lleve a cabo un estudio comparativo de promotores en donde un grupo se esté recibiendo motivación y el otro trabaje como es lo acostumbrado con el equipo de salud.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Salud Pública de México. (1988) Organo Oficial del Instituto de Salud Pública en México. 30 (2). (151-73).
- Agudelo C. Características de la participación comunitaria en programas urbanos de atención primaria. OPS 103 (1), 1987.
- Wernere David y Bower Bill. Aprendiendo a promover la salud. Ed. Fundación Hesperian, Palo Alto California, 1985.
- Peer Brehm Chirstensen y Susana Karlquist (1990). Impacto de los promotores de salud en una zona de barrios pobres de Pucallpa, Perú. Bolivia de la Oficina Sanitaria Panamericana de Salud.
- De la Rosa (1989). Educación entre compañeras; cambiando el comportamiento en grupos difíciles al alcanzar. Family Health International. 11-17.
- Koontz y O'Donnell (1985). Administración. 8a. edición México, McGraw-Hill, (528-529).
- Martínez Elma N. Programa de Enseñanza y capacitación sobre primeros auxilios y enfermedades crónico degenerativas; U.A.N.L., 1992.
- Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Atención

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- D. Adkins Wood (1987). Elaboración de Test. Ed. Trillas.
- Grandra D. El Concepto de comunidad y su relación con los programas de salud; Educación Médica y Salud. Vol. II, No. 3 (1977), (205-29).
- Hevia R., Modelos de participación de la comunidad en los Programas de Salud. Educación Médica y Salud. Vol. II, No. 3.
- Journal of Comunity Health (1987): 12(1) (56-65).
- Martínez M. Elma Neli. Programa de enseñanza y capacitación sobre primeros auxilios y enfermedades crónico degenerativas, U.A.N.L., 1992.
- O.P.S. (1990). Impacto de los promotores de salud en una zona de barrios pobres de Pucalpa, Perú. 109(2) (134-43).
- O.P.S. (1977). Educación Médica Salud; 11 (3) (205-310, (259-75).
- O.P.S. (1984). Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo de las Américas. Publicación Científica 473.
- O.P.S. (1990). Sistemas locales de Salud. 109 (5 y 6).
- Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Alma Ata, 1978: Atención

primaria de salud. Ginebra, 1978, serie Salud para Todos.

O.P.S. (1987). Participación Comunitaria. 103(1): - (44-51).

O.P.S. (1973). Extensión de la cobertura de los servicios de salud con la estrategia de atención primaria y participación de la comunidad. Documento de referencia: (19-35).

O.M.S. Ginebra (1988). Aprender juntos a trabajar, juntos por la salud. P. 3 (Serie "Salud para todos", No. 1). (27-63).

O.M.S. Ginebra (1990). La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. (27-31).

O.M.S. Ginebra (1989). Mejoramiento de la labor de los agentes de Salud Comunitarios en la atención primaria de salud. No. 7, el encuestador preguntará al

informante que mencione los alimentos que más frecuentemente ingiere diariamente.

Los indicadores 8, 9, 10 y 11 no tienden a confesión.

Sección III. Indicadores para identificar la satisfacción de la necesidad de relación.

En el indicador No. 12, el encuestador explicará que se refiere a que si la familia no se opone para que participe en la comunidad.

En el indicador No. 1 ANEXO No. 1 no tiende a confusión.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON que si el
promotor voluntario FACULTAD DE ENFERMERIA actividades en la
comunidad, es SECRETARIA DE POST-GRADO realizada por los
sujetos INSTRUCTIVO PARA LA APLICACION DEL INSTRUMENTO

Sección IV. Indicadores para identificar la necesi-

El presente instrumento, dirigido a promotores voluntarios puede ser aplicado por personal del área de la salud. por algún miembro del equipo de salud, para

Cada pregunta tiene una o más respuestas se encerrarán en un círculo sólo una respuesta.

En la sección I, datos de identificación las preguntas son muy claras, por lo que se considera que no tienden a confundir al entrevistado. que no produce recordación

En la sección II, Consta de indicadores para identificar la satisfacción de la necesidad de existencia.

El indicador No. 7, el encuestador preguntará al informante que mencione los alimentos que mas frecuentemente ingiere diariamente.

Los indicadores 8, 9, 10 y 11 no tienden a confusión.
Sección III. Indicadores para Identificar la satisfacción de la necesidad de relación.

En el indicador No. 12, el encuestador explicará que se refiere a que si la familia no se opone para que participe en la comunidad.

En el indicador No. 13, no tiende a confusión.

En el indicador No. 14, se refiere a que si el promotor voluntario al llevar a cabo sus actividades en la comunidad, es bien recibido y no es rechazado por los miembros de la comunidad.

Sección IV. Indicadores para identificar la necesidad de crecimiento.

En el indicador No. 15, se refiere a que cuando es citada por algún miembro del equipo de salud, para asignarle tareas o para darle alguna información le permiten que de su opinión.

En el indicador No. 16, se refiere a que si considera importante llevar a cabo actividades para ayudarse desde el punto de vista económico ya que no reciben remuneración económica.

En la sección V. Los indicadores son muy claros y no tienden a confusión, el encuestador deberá encerrar en un círculo la respuesta que proporcione el informante.

- 6. Preparadora incompleta.
- 7. Preparadora completa.
- 8. Profesional.
- 9. Tercero.
- 10. Ninguno.

- 5. Miembros que integran la familia.
- 1. 2 - 5 miembros.
- 2. 6 - 10 miembros.
- 3. 11 - más miembros.

- 4. Tipo de Seguridad Social.
- 1. IMSS
- 2. ISSSTE

3. SSA
4. Servicio 50
5. Otros (Cual)

ANEXO No. 2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO

ENCUESTA A PROMOTORES VOLUNTARIOS DE SALUD

Instrucciones:

Encierre en un círculo la respuesta indicada.

- | | No. | Enc. |
|--------------------------------------|-----|------|
| I. DATOS DE IDENTIFICACION | | |
| 1. Edad en años cumplidos. | | |
| 2. Sexo | | |
| 1. Femenino | | |
| 2. Maculino | | |
| 3. Estado Civil. | | |
| 1. Soltero. | | |
| 2. Casado. | | |
| 3. Unión Libre. | | |
| 4. Divorciado. | | |
| 5. Viudo. | | |
| 4. Grado de Escolaridad. | | |
| 1. Primaria Completa. | | |
| 2. Primaria Incompleta. | | |
| 3. Secundaria Completa. | | |
| 4. Secundaria Incompleta. | | |
| 5. Comercial. | | |
| 6. Preparatoria incompleta. | | |
| 7. Preparatoria completa. | | |
| 8. Profesional. | | |
| 9. Técnico. | | |
| 10. Ninguno. | | |
| 5. Miembros que integran la familia. | | |
| 1. 2 - 6 miembros. | | |
| 2. 7 - 10 miembros. | | |
| 3. 11 - más miembros. | | |
| 6. Tipo de Seguridad Social. | | |
| 1. IMSS | | |
| 2. ISSSTE | | |

3. SSA
4. Sección 50
5. Otros ¿Cuál? _____

II. IDENTIFICACION DE LA NECESIDAD DE EXISTENCIA.

7. Los alimentos que ingiere diariamente son: _____
 1. Carne, leche, huevo, pescado, verdura, cereales, legumbres, fruta.
 2. Carne, leche, huevo, frutas y legumbres.
 3. Leche, huevos y legumbres.
 4. Legumbres y huevos o legumbres y tortillas.

8. El agua que utiliza para consumo la obtiene: _____
 1. Dentro de la vivienda.
 2. Fuera de la vivienda.
 3. Lo extrae de un pozo.
 4. Por medio de un cambio repartidor o de una llave colectiva.

9. Los servicios públicos con los que cuentan son: _____
 1. Agua, luz, drenaje, pavimentación, teléfono.
 2. Luz, drenaje y agua.
 3. Luz y agua.
 4. Luz o ningún servicio.

10. La casa donde vive usted es: _____
 1. Propia.
 2. Rentada.
 3. La está pagando.
 4. Prestada/Otros.

11. En qué trabaja su esposo: _____
 1. Empleado.
 2. Obrero.
 3. Jornalero.
 4. Vendedor ambulante u otros.

III. IDENTIFICACION DE LA NECESIDAD DE RELACION

12. Su familia está de acuerdo que usted participe en la comunidad como promotora voluntaria de salud. _____
 1. Siempre está de acuerdo.
 2. Está de acuerdo.
 3. Algunas veces está de acuerdo.

4. No está de acuerdo.
13. El cuidado a los hijos afecta su participación como promotor(a) voluntario(a).
1. No afecta.
 2. Ocasionalmente.
 3. Regularmente.
 4. Si afecta.
14. Las actividades que realiza usted son aceptadas por su comunidad.
1. Son bien aceptadas.
 2. Son aceptadas.
 3. Algunas veces son aceptadas.
 4. No rechazadas.

IV. IDENTIFICACION DE LA NECESIDAD DE CRECIMIENTO.

15. Con qué frecuencia se le piden a usted sugerencias para la solución de problemas que afectan a su comunidad.
1. Siempre.
 2. Frecuentemente.
 3. Ocasionalmente.
 4. Nunca.
16. Qué tanto considera usted importante llevar a cabo actividades junto con las demás promotoras para sacar fondos para beneficio propio.
1. No le importa.
 2. Le es indiferente.
 3. Le da poca importancia.
 4. Le es importante.

V. PARTICIPACION COMUNITARIA.

17. Con qué frecuencia participa en campañas de vacunación.
1. Siempre.
 2. Cuando se le solicita.
 3. Ocasionalmente.
 4. No participa.
18. Con qué frecuencia orienta a las familias sobre la implementación de huertos familiares.
1. Siempre las orienta.

2. Cuando se le solicita.
 3. Ocasionalmente.
 4. No las orienta.
19. Con qué frecuencia orienta a las familias para que mantengan las calles libres de basura. _____
1. Siempre.
 2. Cuando se le solicita.
 3. Ocasionalmente.
 4. No las orienta.
20. Con qué frecuencia orienta a las familias para que se integren a los programas de salud. _____
1. Siempre.
 2. Cuando se le solicita.
 3. Ocasionalmente.
 4. No las orienta.
21. Con qué frecuencia proporciona pláticas sobre los programas. _____
1. Siempre.
 2. Cuando se les solicita.
 3. Ocasionalmente.
 4. Nunca.
22. Con qué frecuencia realiza visitas domiciliarias para promover los programas de salud. _____
1. Siempre.
 2. Cuando se le solicita.
 3. Ocasionalmente.
 4. Nunca.
23. Con qué frecuencia se reúne en su comunidad con los vecinos para plantear algún problema que este afectando a todos y ver una alternativa de solución. _____
1. Siempre.
 2. Cuando se le solicita.
 3. Ocasionalmente.
 4. Nunca.



BIBLIOTECA



1230007846