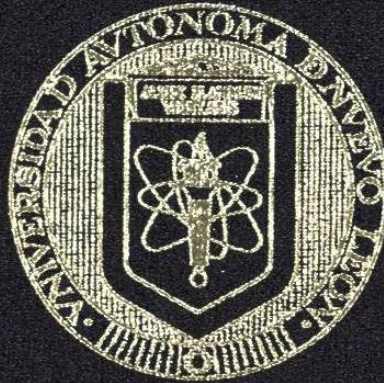


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



CAPACIDAD DE CUIDADO MATERNO EN EL
MENOR DE CINCO AÑOS CON INFECCION
DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS

Por

FLOR GEORGINA RODRIGUEZ NIÑO

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria

Julio, 1995

FM

Z667

.N6

FEN

1995

R62



1020114004

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



CAPACIDAD DE CUIDADO MATERNO EN EL
MENOR DE CINCO AÑOS CON INFECCION
DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS

Por

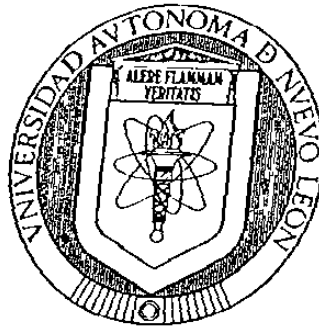
FLOR GEORGINA RODRIGUEZ NIÑO

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria

Julio, 1995

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



CAPACIDAD DE CUIDADO MATERNO EN EL MENOR

DE CINCO AÑOS CON INFECCION DE VIAS

RESPIRATORIAS ALTAS

Por

FLOR GEORGINA RODRIGUEZ NIÑO

Como requisito parcial para obtener el grado de MAESTRIA
EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria

Julio, 1995



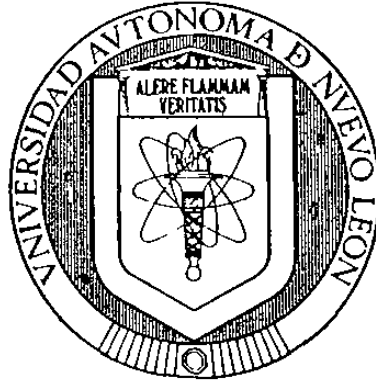
FC/DO ESTE



FONDO TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



CAPACIDAD DE CUIDADO MATERNO EN EL MENOR
DE CINCO AÑOS CON INFECCION DE VIAS
RESPIRATORIAS ALTAS

Por

FLOR GEORGINA RODRIGUEZ NIÑO

Asesorado por

DRA. CHARLOTTE RAPPSILBER

Como requisito parcial para obtener el Grado de MAESTRIA
en ENFERMERIA con Especialidad en
Salud Comunitaria

Julio, 1995.



DEDICATORIA

A mis Padres; con todo el cariño del mundo, por darme su fé, apoyo, confianza y por los malos momentos que pasaron por mí.

A mis Hermanos y Hermanas, quienes con su paciencia y comprensión contibuyeron para que finalizara la tesis.

Con respeto y cariño a mi tío Jorge y su familia.

A Mario, mi sobrino

AGRADECIMIENTOS

A " Jesús "

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por dar la oportunidad además del apoyo económico de superación a quienes tienen el deseo de salir adelante y desarrollar plenamente sus actividades.

A la Facultad de Enfermería como institución educativa que forma profesionales, brinda la oportunidad de realizar estudios superiores.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social que permitió ampliar mi campo profesional con su apoyo.

A mi asesor, Doctora en Enfermería Charlotte Rapsilber por su paciencia, comprensión, sabiduría, experiencia e innovaciones que hicieron posible que aprendiera el difícil arte de la investigación en enfermería.

Al personal docente de Postgrado de la Facultad de Enfermería que con su conocimiento y tenacidad hicieron posible mi aprendizaje.

A mis compañeras de beca y maestría quienes aguantaron pacientemente los cambios de ánimo y de quienes aprendí muchas cosas que guiaron mi camino y enriquecieron mi vida.

A mis amigas en Linares, N.L. de quienes siempre recibí un inapreciable soporte en los momentos difíciles. Gracias.

Finalmente a todas las personas, al personal administrativo y de intendencia de la Facultad que de una u otra manera ayudaron a que culminara la maestría.

CAPACIDAD DE CUIDADO MATERNO EN EL MENOR
DE CINCO AÑOS CON INFECCION DE VIAS
RESPIRATORIS ALTAS

Aprobación de la Tesis: Aprobado

Charlotte Rappsilber
Asesor de la Tesis

Charlotte Rappsilber

Angel H. Q.

Edilberto C. Pallero

[Signature]
Secretario del Postgrado

RESUMEN

El propósito del presente estudio fué analizar como la madre percibe el cuidado que proporciona a su hijo menor de cinco años en caso de una infección respiratoria de vías altas. Se utilizaron tres conceptos principales de la Teoría del Deficit de autocuidado de Orem, referentes al cuidado dependiente, la agencia de cuidado dependiente y factores condicionantes básicos. El diseño del estudio fué de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra se obtuvo a través de muestreo probabilístico por conglomerados, de las manzanas del Municipio de Apodaca, N.L.; en el estrato socioeconómico bajo, dando un total de $n = 83$, con un valor de significancia de 0.05 y un error de 0.10. Una vez que se visitó cada una de ellas se captó un total de 249 madres de familia con menores de cinco años, de las cuales sólo 237 participaron.

Se utilizó un instrumento de tres partes; la primera con datos de identificación, la segunda con una escala de tipo Likert de 22 items con cuatro puntos y la tercera parte formada por un cuestionario semiestructurado diseñado por el investigador. Para el análisis de resultados se aplicó estadística descriptiva y el Análisis de Varianza (ANOVA) para comprobación de la hipótesis en las variables del cuidado actual y capacidad percibida, obteniéndose un valor de F de 4.69 y una $p = 0.010$, mostrando significancia entre los grupos malo y bueno del cuidado actual; además se utilizó esta prueba para las variables edad, escolaridad, ocupación de la madre, observando la variabilidad y significancia entre estas y la capacidad percibida (escala total), obteniéndose un valor de $F = 2.61$ y una $p=0.025$. Aceptando que la capacidad materna percibida tiene relación con el nivel de cuidado que la madre otorga al menor de cinco años, donde a mayor capacidad percibida mayor cuidado otorgado por la madre.

CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCION.....	1
1.1. Planteamiento del Problema	2
1.2. Hipótesis	6
1.3. Objetivos	7
1.4. Importancia del Estudio.....	7
1.5. Limitaciones del Estudio	8
1.6. Definicion de Términos	9
2. MARCO TEORICO	11
2.1. Morbilidad de las Infecciones Respiratorias	12
2.2. Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas,México, 1994	14
2.3. Norma Técnica No. 34 (Infecciones Respiratorias).....	15
2.4. Conceptos de Orem	17
2.4.1. Agencia de Cuidado Dependiente	19
2.4.2. Cuidado Dependiente	20
2.4.3. Factores Condicionantes Básicos.....	21
2.4.4. Componentes de Poder	22
2.5. Estudios Relacionados.....	23
3. METODOLOGIA.....	26
3.1. Diseño del Estudio	26
3.2. Sujetos de Estudio	26
3.3. Material	27
3.4. Procedimiento	28
3.5. Etica del Estudio	29

4. RESULTADOS	31
4.1. Descripción de Resultados	31
4.2. Análisis de Resultados	31
4.2.1. Conocimiento de las Madres sobre Infecciones Respiratorias Altas.....	33
4.2.2. Capacidad de la madre sobre el cuidado del menor de cinco años.....	36
4.2.3. Relación entre el Nivel de Cuidado Actual y la Capacidad Percibida de la Madre.....	40
4.2.4. Prueba de la Hipótesis.....	43
5. DISCUSION	49
5.1. Interpretación de Resultados	49
5.2. Conclusiones.....	52
5.3. Recomendaciones.....	53
BIBLIOGRAFIA	55
APENDICES	56
<p>APENDICE A.- Instrumento de Cuidado Materno APENDICE B.- Escala de Capacidad Materna Percibida APENDICE B1 Instructivo de Codificación APENDICE C.- Solicitud para Aplicación de la investigación APENDICE D.- Listado de Distribución aleatoria de las manzanas APENDICE D1 Programa de Distribución aleatoria. APENDICE D2 Listado de Colonias Encuestadas APENDICE E.- Consentimiento Informado APENDICE F.- Frecuencias Obtenidas de Cuidado Actual APENDICE G.- Frecuencias Obtenidas de la Suma de la Escala de</p>	

Capacidad Materna Percibida

APENDICE H.- Niveles de Cuidado

APENDICE I.- Medicamentos utilizados por las madres

APENDICE J.- Remedios Caseros

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Parte corporal que la Madre cree más afectada	35
2. Servicios de Salud que utiliza la Madre	38
3. Persona que proporcionó información a la Madre sobre las Infecciones Respiratorias Altas.....	39
4. Autocalificación del cuidado materno	40
5. Niveles de la Escala de Capacidad Materna Percibida	41
6. Niveles de Cuidado Actual	43
7. Representación de los Resultados de ANOVA para ECMP y Cuidado Actual	45
8. Respresentación de los Resultados de ANOVA para Escolaridad y Escala total	47

LISTA DE CUADROS

CUADRO	Página
1. Factores Condicionantes Básicos	32
2. Conocimiento de la Madre sobre Infecciones Respiratorias Altas	33
Continuación Cuadro 2.....	34
3. Capacidad de la Madre para el cuidado de las infecciones respiratorias altas.....	38
Continuación Cuadro 3.....	39
1. Tabla de ANOVA para los Grupos de Cuidado Actual y la Escala total de Cuidado Percibido	45
2. Tabla de ANOVA para los Grupos de Escolaridad y la suma de la Escala de Capacidad Materna Percibida	46
3. Tabla de ANOVA para el Modelo I y la suma Total de la Escala de Capacidad Materna Percibida	48

CAPITULO I

INTRODUCCION

En 1978 la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) propusó como meta el programa de "Salud para todos en el año 2000", en el cuál declara que se debe promover y proteger la salud de todos los ciudadanos indispensable para el desarrollo económico y social sostenido de los pueblos y además contribuye para mejorar la calidad de vida de los mismos.

Actualmente los programas materno-infantil se dirigen con mayor énfasis hacia el campo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.

Así mismo se proporciona a la asistencia materna orientación educativa, ya que anteriormente los servicios materno-infantil se dirigían únicamente a los aspectos de salud y enfermedad dentro de un marco de referencia médico, y en la actualidad se apoyan más en aspectos socioculturales, económicos y ambientales relacionandos con el proceso salud -enfermedad (Kroeger, A. y Luna, R., 1992).

La población infantil representa uno de los grupos vulnerables susceptibles de tener problemas que afecten su salud. Es así como desde el comienzo de la década de los veinte el secretario de la salud de los Estados Unidos, Calvin Coolidge señaló como importante: "El principio de toda salud

estriba en la protección y salvaguarda de los niños" (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, O.P.S., 1992).

Sin embargo, en la actualidad a pesar de que este todavía es un principio, existen múltiples factores económicos y socioculturales que se asocian con el *ambiente que rodea a la población por atender que afecta la salud, en especial cuando se trata del cuidado de la salud de la población infantil que de ante mano depende de un adulto.*

Por otra parte las infecciones respiratorias agudas la mayoría de las veces no son atendidas adecuadamente y sus complicaciones lleva a la muerte del niño. La madre interviene en forma importante como responsable del cuidado del menor es aquí donde enfermería puede intervenir de manera positiva para incidir en la modificación de la conducta inadecuada acerca del cuidado del menor de cinco años durante los episodios de infecciones respiratorias de vías altas.

1.1 Planteamiento del Problema.

Las infecciones respiratorias son una cuestión universal y en gran parte de los países subdesarrollados siguen ocasionando problemas ya que se encuentran entre las primeras causas de morbilidad en los menores de cinco años.

Sus complicaciones son las neumonías que resultan mortales para más de 100,000 niños menores de un año y más de 40,000 niños menores de cinco años en América Latina (OPS, 1992). Dentro de las enfermedades que afectan a la población infantil (menores de cinco años) están las infecciones respiratorias agudas (vías altas y bajas) que a pesar de que sus tasas de

morbi-mortalidad han (en 1970), se incrementaron el número de complicaciones que en ocasiones llevan a la muerte del niño.

No obstante los avances en la protección de la salud y la existencia de organismos como control de las infecciones respiratorias como se señala en el Plan Nacional de Salud (1995-2000), aun coexisten en el país enfermedades propias de la pobreza como las infecciones respiratorias agudas en los niños aunadas a otros no menos importantes problemas de salud relacionados a los estilos de vida, ingreso económico, etc.

Además de esto al rededor de diez millones de personas carecen de acceso regular a los servicios de salud y subsiten grupos de población los cuales las condiciones de vida son mínimas en lo que respecta a salubridad e higiene.

En este caso el cuidado del niño se toma más complejo ya que además de las condiciones imperantes en su medio familiar, depende de un adulto que la mayoría de las veces se trata de a madre; la que es responsable del cuidado del hogar y de la familia.

Son principalmente ellas las que se ocupan de las actividades que más críticamente influyen en el bienestar de sus miembros familiares. La eficiencia de las mujeres en el uso de los recursos a su alcance tiene suma importancia para las condiciones de vida y las oportunidades de todos en el hogar, sobre todo los niños.

Por todo lo anterior el presente estudio se enfoca en la capacidad de cuidado materno del menor de cinco años con infecciones de vías respiratorias altas.

Como ya se mencionó el cuidado del niño requiere de una habilidad compleja por lo que se decidió tener como fundamento la Teoría General de Autocuidado de Orem que ayude a identificar la capacidad de la madre y las

acciones que realiza para el cuidado del niño a través de sus postulados que mencionan que las acciones de cuidado dependiente son útiles para enfrentar los efectos de la enfermedad y la agencia de cuidado dependiente el la capacidad para lograr tales acciones.

Además señala que los padres o los responsables del menor deben incorporar el conocimiento y la búsqueda de salud y del autocuidado de sus hijos trabajando en forma conjunta con los sistemas de enfermería o bajo la supervisión y consejería de enfermería, para finalmente educar a los niños en el conocimiento de sí mismos y prevención de la salud de acuerdo a su etapa de desarrollo.

Al respecto Cruz (1995) reportó en su estudio Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas de los menores de cinco años de los países en desarrollo esta población presenta un promedio de seis episodios de infecciones respiratorias al año. Un análisis realizado por la Organización Mundial de la Salud (OPS, 1982) mostró que las recaídas y complicaciones de las infecciones respiratorias agudas representaron la principal causa de muerte en menores de cinco años.

Las infecciones respiratorias como problema que se presenta en todo el mundo, ha generado una gran preocupación entre los países en vías de desarrollo por el efecto que tienen en la salud infantil así la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han ubicado este tipo de enfermedades como prioritarias para el establecimiento de estrategias de solución.

Cabe destacar que algunas infecciones de vías respiratorias superiores (altas) son causantes de secuelas graves en los niños (hipoacusia y sordera) y en algunos casos favorecen el desencadenamiento de infecciones de vías respiratorias bajas (Benguigui, 1993).

Dentro de los programas de atención primaria de salud se trata de que se reduzca los casos mediante atención y tratamiento oportuno y correcto, encontrándose que este depende del reconocimiento temprano de los signos y síntomas de la enfermedad. Estos datos son relevantes si se considera que el propósito de los programas de atención a la salud es reducir estos casos con atención oportuna.

En México las infecciones respiratorias agudas constituyen el rubro de enfermedades frecuentemente notificado en los menores de cinco años. Sin embargo se notifican en forma tardía o cuando ya son más graves y que pueden causar defunciones (Secretaría Estatal de Salud, 1991).

Un estudio realizado por Villa y Cols. (1994) mostró que las infecciones respiratorias en 1990 ocuparon el tercer lugar y consideran que es posible disminuir las tasas de morbi-mortalidad si se proporciona atención oportuna y adecuada dirigida a la promoción y prevención de las complicaciones y a la identificación de los casos graves.

Además mencionan que en México, más del 90 por ciento de la población tiene acceso a los servicios de atención médica, a pesar de esto existen reportes que demuestran un porcentaje elevado de niños que fallecen en sus hogar sin atención.

En el estado de Nuevo León las infecciones respiratorias en 1992 fueron la primera causa de morbilidad en menores de cinco años, de acuerdo con la Secretaría Estatal de Salud (SES, 1992), se presentaron 164,667 casos en menores de un año y 220,586 casos con una tasa de 78.6 por 100,000 hbs. en menores de cinco años. En el municipio de Guadalupe, N.L. en 1993 fue la primera causa de morbilidad presentándose 31,560 casos según reportes de la SES 1993.

A esto hay que agregar que existen otros factores que intervienen para que se presenten episodios recurrentes de infecciones respiratorias altas. Uno de ellos es la capacidad que tiene la madre o la persona encargada del cuidado de el niño que responde a las necesidades de salud del mismo.

En este contexto el propósito del presente estudio fue identificar la percepción u opinión de las madres sobre su capacidad como proveedor del cuidado y *comparar la percepción que ella tiene con el cuidado actual dentro del contexto de la teoría de Orem*. Para responder a la siguiente pregunta:

Cuál es la percepción que tiene la madre respecto a su capacidad del cuidado que proporciona al menor de cinco años en caso de una infección respiratoria de vías altas?

1.2 Hipótesis

Hi = La capacidad percibida de la madre como proveedor del cuidado en el menor de cinco años se relaciona con el cuidado actual para los episodios de infecciones respiratorias de vías altas.

Ho = *La capacidad percibida de la madre como proveedor del cuidado en el menor de cinco años no se relaciona con el cuidado actual para los episodios de infecciones respiratorias de vías altas.*

1.3 Objetivos

1.- Determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres en cuanto al cuidado actual que dan a los niños menores de cinco años para las infecciones respiratorias altas.

2.- Identificar las capacidades que las madres ponen en práctica en el cuidado del menor de cinco años para prevenir y atender un episodio de infección de vías respiratorias altas.

3.- Determinar la relación entre el nivel de cuidado actual y la capacidad percibida de las madres en el cuidado del menor, en caso de una infección respiratoria alta.

1.4 Importancia del estudio.

Durante la revisión de literatura no se encontraron estudios en México sobre la habilidad de las madres para prevenir o atender una infección respiratoria, en la ausencia de esta información, los resultados de este estudio ayudarán a la enfermería comunitaria a desarrollar programas encaminados a la enseñanza de las madres.

En este sentido enfermería tiene una gran responsabilidad en la participación de la promoción y prevención, por ello es de suma importancia el estudio de la capacidad materna para la prevención y detección temprana de las complicaciones.

Los hábitos de buena salud son esenciales para el mantenimiento de la misma, pero capacidad para el cambio de los hábitos necesitan la búsqueda de nuevos requerimientos esenciales para dicho mantenimiento. Es importante que las enfermeras entiendan las características de los padres que se enfrentan al cuidado de sus hijos y los factores que pueden influir en esto (Haas, 1990).

En la sociedad moderna los padres y principalmente las madres deben estar interesados en poder guiar a los niños para aprender el cuidado hacia sí mismo y la promoción de su salud, de tal manera que puedan ser responsables de su autocuidado.

1.5 Limitaciones de estudio.

Son referentes a:

a) de la muestra. Los resultados de este estudio se pueden generalizar, sólo a población con características similares y nivel socioeconómico bajo. El alcance de este estudio no es probar la Teoría de Orem, sólo se utilizaron los conceptos del cuidado dependiente para describir el fenómeno de estudio.

b) Nivel socioeconómico. El estudio se desarrollo en el estrato socioeconómico bajo. Existen ciertos factores o variables que pueden afectar el cuidado proporcionado al menor (*educación, recursos y ocupación*) y que se asocian al estrato.

1.6 Definición de términos.

Agente. Es la madre o persona que proporciona el cuidado en forma permanente, se determina por la pregunta No. 31 del instrumento de capacidad materna (C.M.) Orem 1995.

Agencia de cuidado dependiente. Es la actividad que realiza la madre o persona encargada para mantener la salud del niño , prevenir enfermedades y cubrir sus requisitos. Orem, 1995.

Capacidad materna percibida. Es la opinión que tiene la madre sobre si misma para hacer o efectuar el cuidado de la salud de su hijo en caso de una infección respiratoria alta. Se define operacionalmente por el grado total de 22 items, cinco (5) a 26 del instrumento.

Componentes de poder. Son los atributos que forman parte de la madre que la habilitan para desarrollar la agencia de autocuidado dependiente, son: capacidad (conocimiento y habilidad), experiencia, vigilancia y toma de decisiones a través de estimaciones y operaciones productivas (Haas, 1990).

Conocimiento. Es lo que la madre sabe acerca del cuidado de la salud, de las infecciones respiratorias altas y los requisitos de su hijo. Items 27, 32, 36, 37 y 38 del instrumento de capacidad materna.

Cuidado preventivo. Son todas aquellas actividades que realiza la madre para evitar que el niño se enferme de una infección respiratoria alta. Items 35 y 40 del instrumento de capacidad materna.

Factores condicionantes básicos. Condiciones que influyen en la madre y que afectan o modifican el cumplimiento de los requisitos del menor de cinco años.

Infecciones respiratorias agudas. Son las infecciones que atacan los conductos por donde pasa el aire, pueden ser de dos tipos, altas o bajas (S.E.S., 1991).

Infecciones respiratorias altas. Son las que afectan principalmente el oído, nariz y garganta del menor de cinco años. El nombre común para estos son resfriado, catarro, gripa y otros (S.E.S., 1992).

Nivel de cuidado actual. Son las acciones que realiza la madre, tanto para prevenir como para atender al menor de cinco años de una infección respiratoria alta. Se define operacionalmente por las respuestas a los ítems 27, 28, 32, 33 y 34 del instrumento cuidado materno. Las respuestas a las preguntas se codificaron de 1-4 en acuerdo o desacuerdo con protocolo establecido del manual de infecciones respiratorias agudas y la norma técnica de la S.E.S. de 1991 con un rango posible de 11-44.

Percepción. Es la conciencia de la madre con respecto al cuidado que proporciona al menor de cinco años de acuerdo a su experiencia (Munhall, 1993).

Requisitos. Son las necesidades a las que se proporciona cuidado y regulan el funcionamiento de los menores de cinco años. En este estudio se refieren a las necesidades en caso de una infección respiratoria alta, universales y de desarrollo (Orem, 1994).

Receptor del cuidado. Niño menor de cinco años el cual requiere que se cubran sus requisitos (universales, de desarrollo y de desviación de la salud), de acuerdo con Orem, (1995).

CAPITULO II

MARCO TEORICO

La salud es un derecho fundamental para el desarrollo del ser humano, particularmente cuando esta en sus primeros años de vida y se requiere de un adecuado desarrollo (Programa Control del Niño sano, 1992).

Los altos índices de morbi-mortalidad reflejan que la mayoría de los niños tiene alrededor de cuatro a seis episodios de infecciones respiratorias al año . Además tienden a ser todavía más frecuentes en las zonas urbanas que en las rurales (O.P.S.,1992).

La mortalidad por infecciones respiratorias aún representa una de las tres primeras causas en el menor de cinco años, en el Estado de Nuevo León para el año de 1993 el número de casos fue de 225,953 según el informe nacional de salud.

El marco teórico para este estudio se organizó de la siguiente manera; en primer lugar un panorama de la morbilidad de las infecciones respiratorias, segundo, el control que se lleva a través de los organismos nacionales como son el programa nacional de prevención y control y la norma técnica No. 34 y por último los conceptos teóricos de Orem que fundamentan este estudio.

2.1 Morbilidad de las infecciones respiratorias.

Las infecciones del aparato respiratorio son los padecimientos agudos más comunes en nuestro medio, y de ellos, los que afectan las vías respiratorias superiores son los de mayor frecuencia (Cruz, 1995).

Las infecciones respiratorias agudas incluyen, las de vías altas (oído, nariz, faringe, laringe y tráquea) y las de vías bajas (bronquios, bronquiolos y pulmones). Estas pueden presentarse a la vez con signos y síntomas variados.

Abiel Mascareñas y cols. en 1992, definen las infecciones respiratorias agudas como todo cuadro clínico que puede tener una duración de 15 días de evolución a partir de su inicio con los siguientes síntomas: tos, obstrucción nasal, dolor de garganta, dolor de oído y otorrea, disfagia, y dificultad para respirar. Dividiéndolas en :

- * Caso leve (tos resfriado).
- * Caso moderado (aquellas que requieren de tratamiento sintomático más antibiótico).
- * Caso grave (los que requieren de hospitalización , como neumonía, bronquitis).

Para fines de este estudio se investigaron las infecciones de vías respiratorias altas, tomando en cuenta la clasificación de Mascareñas (caso leve) y la clasificación de la Norma Técnica No. 34 (1994) que en su artículo tres utiliza la clasificación internacional de enfermedades de las infecciones respiratorias de la O.M.S. como infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.

El catarro conocido también como resfriado, gripa, o mormado, es una enfermedad con secreción nasal, acuosa, mucoide o purulenta producido por

más de 200 agentes virales y se presenta durante todo el año. Los niños presentan fiebre, irritabilidad, agitación y estornudos, además pueden verse afectados por signos de dificultad respiratoria moderada, la complicación más frecuente es la otitis media y en ocasiones se presentan la laringotraqueitis y bronquitis.

Existe controversia entre los médicos por el hecho de que los pacientes son más susceptibles a resfriados cuando tienen los pies o la cabeza mojados, o cuando están en un ambiente con aire seco o expuestos a cambios bruscos de temperatura, antecedentes que con frecuencia menciona la madre de los niños menores de cinco años (González, 1995).

En los primeros años de la vida el niño se encuentra en constante desarrollo, es una etapa en la que las infecciones respiratorias son frecuentes. Sus requisitos de nutrición, emocionales y dentales cambian continuamente es por esto que los padres necesitan dedicar más tiempo al cuidado del niño, cuando no les importa o no conocen los requerimientos, se pueden desencadenar un sin número de enfermedades, entre las que esta la enfermedad fenómeno de estudio de este trabajo (Turner, 1982).

Como se menciona en el boletín de la O.P.S. en 1992 debe enseñarse especialmente a las madres de familia del cuidado del niño, la importancia de administrar abundantes líquidos, de conocer las señales de alarma y de tomar medidas en el hogar.

La proporción de defunciones causadas por infecciones respiratorias puede atribuirse al hecho de que se lleve a los niños muy tarde a los centros de salud, es decir cuando ya están demasiado enfermos para responder al tratamiento, quizá muchas veces porque los padres ignoran la importancia de los principales síntomas de alarma como son la respiración rápida y la cianosis (Valenzuela, R., 1987).

De la Cruz (1995), menciona que existen lugares donde a pesar de contar con servicios de atención médica, la población no abandona las prácticas tradicionales. Además se agregan la automedicación, facilitada por la venta de medicamentos sin prescripción médica y la prescripción inadecuada, que permite que casi en cada hogar se tenga una pequeña farmacia.

En el estudio realizado por Villa y col. (1994) se analizó el perfil epidemiológico de los niños muertos por enfermedades diarreicas o por infecciones respiratorias. Los hallazgos mostraron que la tasa de mortalidad fue 19 veces mayor en la población no derechohabiente (menores de cinco años), los niveles de mortalidad (67.2 por ciento) se relacionaron directamente al analfabetismo de las mujeres en edades de 15 años y más. Se concluye que existe un alto porcentaje de niños de cinco años que mueren en el hogar después de haber recibido atención médica.

2.2 Programa Nacional de Prevención y Control de las Respiratorias Agudas, México (1994).

México, desde 1988 crea un programa nacional de prevención y control de las infecciones respiratorias agudas, el cual describe que están constituidas por procesos de origen viral o bacteriano que afectan el aparato respiratorio y cuya evolución dura hasta tres semanas.

Actualmente el control de la enfermedad depende del tratamiento médico y de la capacidad materna para detectar los síntomas de episodios moderados o graves en el niño y además de la utilización de los servicios de salud cuando hay complicaciones (Elder, J., et al. 1991).

En general se recomienda evitar la asistencia a lugares donde se registran aglomeraciones, con la finalidad de que no se contagien. Tienen por objetivo promover el cuidado y atención adecuados del paciente para evitarle complicaciones, secuelas y la muerte. Estas medidas incluyen necesariamente la educación higiénica, explicación clara y exacta de las indicaciones para el manejo del tratamiento ambulatorio del niño.

2.3 Norma Técnica No. 34 para la Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias en la Atención Primaria de Salud.

Emitida por la O.M.S. al comenza la morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas, dentro de las cuales se encuentra reducir la gravedad y evitar las complicaciones de las infecciones agudas del aparato respiratorio superior en los niños, sordera e hipoacusia subsecuente a la otitis media, fiebre reumática secundaria a la faringitis estreptocócica.

El capítulo de medidas preventivas comprende los siguientes aspectos:

- a) Evitar el contacto con otras personas enfermas, o cuando esta enfermo, no acudir con otros, lavarse las manos antes de comer y después del contacto con otras personas con infecciones respiratorias y cosas que han sido manejadas por la gente.
- b) Mantener buenos hábitos higiénicos y de alimentación, sobre todo comidas nutritivos (frutas y verduras etc.)
- c) No tomar líquidos del mismo vaso de otros o utilizar los mismos utensilios.

El capítulo de medidas de tratamiento en el hogar comprende las siguientes:

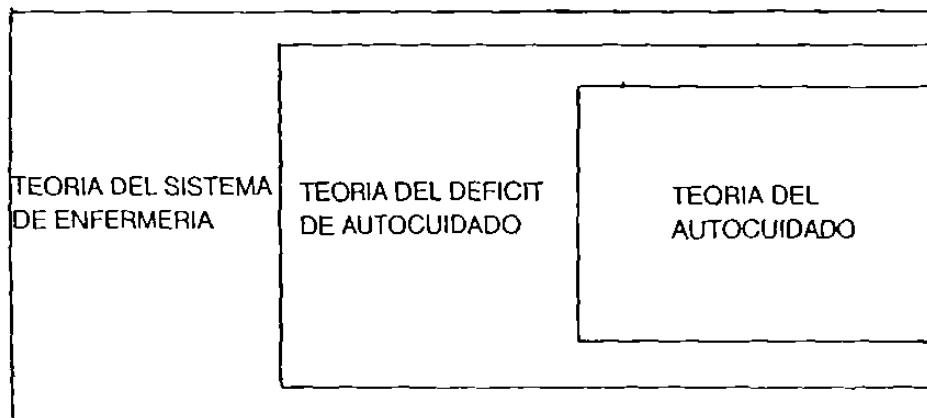
- 1) Para fiebre - tratamiento sintomático, con baños templados (sin aspirina y antibiótico), y mantenerlo fresco y darle abundantes líquidos.
- 2) Para tos y garganta está contraindicado el uso de gotas o jarabes que contienen medicamentos, y uso solo de té o líquidos para suavizar la garganta y aliviar la tos con remedios sencillos (agua con pizca de sal, miel de abeja con limón etc.)
- 3) Obstrucción nasal - Está contraindicado el uso de gotas por uno mismo. Sólo mantener limpia la nariz, dar vaporizaciones y gotas con pizca de sal o manzanilla también abundantes líquidos.
- 4) Cuando no quiere comer - ofrecerle más cosas que le gustan y no obligarlo a comer cuando él no quiere. Ofrecerle jugos, gelatina, agua de limón o refrescos.
- 5) Dolor de oídos - tratar el dolor con fomentos templados. No aplicar gotas en el oído o dar antibióticos sin consulta previa.
- 6) Consulta médica previa para el diagnóstico y en caso de que el dolor continúe, si la fiebre es mayor de 38.5 o dura más de dos días, cuando respira rápido y hay retracción del esternón y abdomen.

En general estas medidas que se proporcionan por la enfermera incluyen, necesariamente a la madre para que conozca la educación higiénica, explicación clara y exacta de las indicaciones para el manejo del tratamiento ambulatorio del niño. Especialmente, enseñarles a las madres a identificar los signos y síntomas que indican una complicación del padecimiento y ante ello la urgente necesidad de buscar en forma inmediata una nueva intervención médica.

2.4 Conceptos de la Teoría de Orem relacionados al fenómeno de estudio

En 1958 Dorothea Orem, comenzó a desarrollar una teoría enfocada a la enfermería y al cuidado proporcionado a sus clientes, después de dos décadas de varios estudios en 1985 la autora afirma que cuando se satisfacen de manera efectiva los requisitos de cuidado se producen condiciones ambientales que benefician la vida y el conocimiento (Donahue, 1989). Su teoría general comprende la explicación de tres teorías: del autocuidado, del déficit de autocuidado y sistemas de enfermería como se observa en el esquema No. 1:

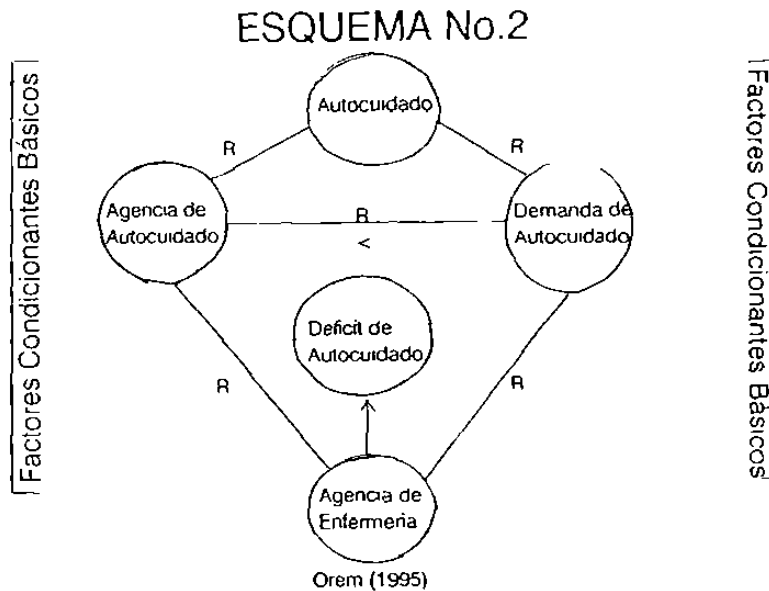
ESQUEMA No.1 TEORIAS QUE CONTRIBUYEN A LA TEORIA GENERAL DE OREM



OREM, 1995.

Dentro de este marco existen seis conceptos centrales interrelacionados: el autocuidado, la agencia de autocuidado, la demanda de autocuidado terapéutico, el déficit de autocuidado, la agencia de enfermería y los sistemas de enfermería (ver esquema No.2).

Isenberg, (1993) señala que Orem define el autocuidado como una acción deliberada que las personas realizan para regular su funcionamiento y desarrollo en beneficio de su salud y bienestar.



La idea central de la teoría de autocuidado se enfoca en la función reguladora que los individuos deben desarrollar para sí mismos o para otros (cuidado dependiente) para el mantenimiento de las condiciones de vida (Orem, 1995).

Para fines de este estudio y contemplando la amplitud de la teoría de Orem sólo se estudiaron cuatro de sus conceptos centrales: agencia de cuidado, cuidado dependiente factores condicionantes básico y componentes de poder. A continuación se da una explicación más detallada de estos conceptos ubicándolos en el contexto del fenómeno de estudio.

2.4.1 Agencia de Cuidado Dependiente

Cabe mencionar que no fue sino hasta la década de los setentas cuando se introdujeron los conceptos de agencia de cuidado dependiente y cuidado dependiente, por la necesidad de cuidado que se observó en la población anciana, con enfermedades crónicas o incapacitantes y en los niños, es decir por la dependencia con otra persona.

Esta investigación se enfoca en los niños menores de cinco años y considerando lo anterior, estos dependen de un adulto que con frecuencia es la madre la cual funge como el agente de cuidado dependiente por lo tanto el niño será el receptor de dicho cuidado.

La *agencia de cuidado dependiente* según conceptualizaciones de Orem (1995) es una habilidad compleja que debe incorporar el conocimiento para la búsqueda de salud respecto a los requisitos de autocuidado de los niños, la agencia consiste en tres tipos de habilidades las cuales se organizan jerárquicamente de acuerdo al grado en el cual se fundamenta una de otra.

Consiste en: disposiciones y capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidades para las operaciones de cuidado dependiente. Así el responsable del niño debe ajustar sus actividades para proporcionar el cuidado en el hogar.

Para cumplir con este cuidado se requiere de instrucción necesaria pero que variará por los componentes de poder que se encuentran en el agente; es decir un poder específico y no general, los padres desarrollan habilidad para responder a las demandas de cuidado específico en síntomas y en un tiempo específico. Los componentes se identifican como los valores asociados con la

naturaleza de las acciones (voluntarias o deliberadas) para cubrir los requisitos.

Estos son atención y vigilancia, toma de decisiones, motivación, conocimiento, percepción, experiencia previa y capacidad, en caso particular cuando se presenta un episodio de infección respiratoria de vías altas. De esta manera el agente de cuidado dependiente realizará una serie de operaciones estimativas y productivas (acciones) tales como valorar la situación, emitir juicios, tomar decisiones y llevar a cabo medidas de cuidado para razonar en el cuidado dependiente que se proporcionará al niño.

Haas (1990) señala que Orem en 1985 explica que todo lo anterior surge cuando se tiene el conocimiento, habilidad y motivación para iniciar y continuar los esfuerzos hasta que se logren los resultados esperados.

2.4.2 Cuidado dependiente .

Orem (1995) conceptualiza el cuidado dependiente como una actividad que ejecutan los adultos responsables para los individuos socialmente dependientes. Los niños como receptores requieren del cuidado parcial o total de otros para su estado de salud y para mantener los requerimientos de autocuidado, debido a que se encuentran en etapas de desarrollo físico, psicológico y sociales .

Para que el cuidado dependiente se lleve a cabo se deben de cubrir ciertos requisitos universales y de desarrollo. Un requisito se refiere a las acciones que se suponen son necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano con la finalidad de controlar los factores ambientales y

humanos que afectan dicha regulación y así lograr en este caso el cuidado dependiente.

El menor de cinco años que se enfrenta a las infecciones respiratorias demanda un cuidado dependiente para restaurar sus requisitos universales desviados (aire, alimentación y funcionamiento), en este sentido la madre, como ya se mencionó, actúa como agente de cuidado ejecutando acciones que cubran dichos requisitos.

2.4.3 Factores condicionantes básicos

De acuerdo a Orem (1995) los factores condicionantes básicos son las condiciones o eventos en tiempo y lugar que afectan las diferentes maneras en que las personas reúnen los requisitos de autocuidado, o traen nuevos requisitos. Los factores condicionantes afectan el desarrollo, operatividad o adecuación de la capacidad de las personas ya sea para cuidarse a sí mismo o proporcionar un cuidado dependiente.

Los factores condicionantes básicos son diez : edad, género, estado de salud, estado de desarrollo, orientación sociocultural, factores de los sistemas de salud (médicos, diagnósticos, tratamiento), factores del sistema familiar, patrones de vida, factores ambientales, recursos de habilidades y adecuación.

Para este estudio sólo se consideraron como factores condicionantes: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos, y nivel socioeconómico.

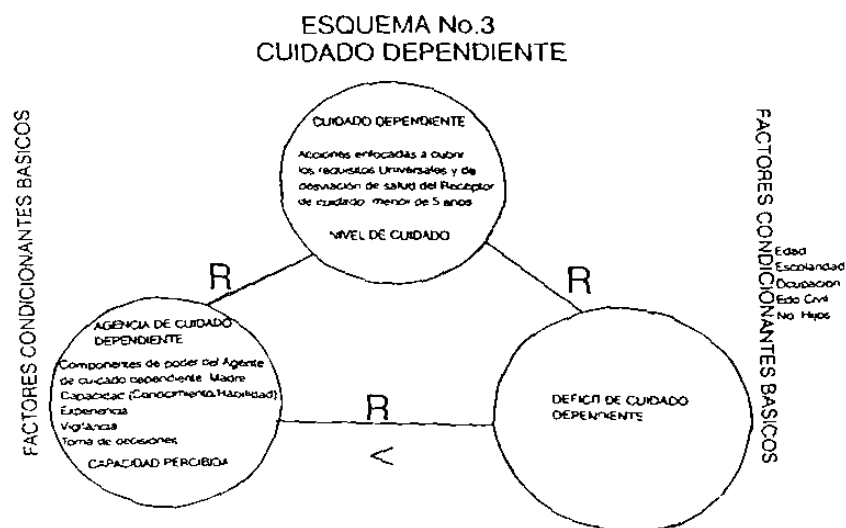
A pesar de que los conceptos agencia de cuidado dependiente y cuidado dependiente están en el proceso de formalización, se ha recomendado por la teorista que se realice un mayor esfuerzo en la investigación de estos

conceptos para identificar el potencial de las madres para desarrollar su capacidad como agente de cuidado dependiente en el hogar, en este caso hacia los niños.

2.4.4 Componentes de Poder:

Además de los factores condicionantes, la madre como agente de cuidado requiere de ciertos componentes que la habilitan para desarrollar la agencia de cuidado, los componentes son capacidad (conocimiento y habilidad), experiencia, vigilancia, toma de decisiones. Los componentes de poder se identifican como el conjunto de capacidades que se relacionan específicamente para alcanzar el autocuidado (Haas, 1990).

Se puede sostener que las capacidades y conocimiento del responsable del menor influyen en el nivel de cuidado que se proporcione, de la misma manera esta relación puede verse afectada por los factores condicionantes básicos. Una vez que se establezca esta relación se conocerá la demanda de cuidado dependiente del niño (Esquema No.3).



Por último, el nacimiento del niño crea la necesidad de cuidado por parte de los padres para reunir los requisitos de cuidado por lo tanto, los padres y en especial la madre han sido llamados para proporcionar el cuidado a los niños particularmente cuando tiene necesidades de cuidado de salud, especialmente en un episodio de infección respiratoria alta.

2.4. Estudios Relacionados.

Se efectuó una revisión a estudios que tratan la teoría de Orem, en cuanto a su visión como teoría, en relación a la promoción de la salud y aplicada en niños en edad escolar con padecimientos crónicos. Los estudios referentes a las infecciones respiratorias en su mayoría muestran el comportamiento de la enfermedad epidemiológicamente proporcionando estadísticas de morbilidad y mortalidad (Cruz Ponce, 1995; González Díaz, 1995, De Hoyos Parra, 1995). De la Cruz Medellín (1995), muestra el panorama y menciona que existen otros factores que contribuyen en la presencia de infecciones respiratorias y estos son: medio ambiente, vivienda, así como las condiciones físicas de los niños que presentan con frecuencia problemas respiratorias.

Martínez, G. (1986), realizó un estudio epidemiológico donde reportó que la incidencia de los episodios de las infecciones respiratorias fue mayor en niños desnutridos.

Ruiz Gómez citado por Matrinez, et al. (1995), encontró que el 85 por ciento de los episodios de infecciones respiratorias correspondió a faringoamigdalitis en un 26.9 por ciento.

Wilson (1993), estudio las creencias maternas respecto a las infecciones respiratorias, encontrando que las madres no reconocían los signos y síntomas de alarma sólo raras veces, reconociendo la fiebre y la tos como parte normal del desarrollo en el niño. En cuanto al tratamiento en su casa a menudo utilizaban remedios o yerbas tradicionales para la tos, además de antibióticos y antipiréticos sin restricción.

Yunes (1994) en su estudio referente a la salud de los niños de los países en desarrollo expone las principales causas de morbilidad y mortalidad en este grupo de población y analizó las posibilidades de mejorar la situación mediante la educación, la asistencia sanitaria, la nutrición adecuada y la cobertura de servicios. Enfatiza que el grado de educación particularmente de las madres influye notablemente en la mortalidad infantil.

Roberson en 1987 estudió la utilización de los remedios caseros en la cultura rural virginiana de los Estados Unidos y menciona que cuando la gente enfrenta un problema de salud o tiene una necesidad, seguramente puede aliviarlos a través de una variedad de opciones entre las cuales están el uso de remedios caseros.

El remedio más utilizado por una persona en alguna enfermedad o problema de salud, en particular depende de las costumbres de su familia o por su experiencia anterior y no es de sorprender que se combinen diferentes modalidades para tratamiento.

En el caso de resfriado, Roberson (1987) encontró que se utilizan té caliente con limón, jarabe de cebolla, frotarse el cuello con cebo, cubrirse e ir a la cama a " sudar hasta el fin " y algún medicamento. Otros remedios

utilizados para el resfriado fueron, aceite de bacalao con frutas, jugos vegetales, jengibre, limón y miel, corteza de cereza, aceite de hulla, vacelina en el pecho y aceite de ricino.

Calquiera de las prácticas de autocuidado, incluyendo la preparación y administración de remedios caseros, dependerá de la disponibilidad y la selección de cierta estrategia de cuidado de salud además de los valores y creencias culturales.

Por otro lado Roberson (1989) enfatiza que puede ser más significativo para una persona tener la aprobación por parte de sus padres, abuelos, pastor o algún miembro de la comunidad por sus conocimientos y experiencia en lo que respecta al cuidado de la salud que la aprobación u orientación de una enfermera o médico.

Para que la enfermera tenga éxito en su atención debe incluir aquellas personas que son importantes para él en su cuidado, aceptando la sabiduría en algunos aspectos del cuidado y tratarlos como colegas cuando sea factible.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 Diseño del Estudio

El presente estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo (Polit, 1994).

3.2 Sujetos de Estudio

El universo de estudio estuvo constituido por el total de madres de familia con menores de cinco años del Municipio de Apodaca, N.L. del estrato socioeconómico bajo. Para seleccionar la muestra primero se obtuvo el número de manzanas totales de dicho estrato $n=600$, y después se escogió aleatoriamente una muestra de 83 manzana a visitar, siendo de tipo probabilístico por conglomerados. Por cada manzana se estimó un mínimo de 3 madres de familia, esperándose una muestra de 249, de las cuales sólo se encuestaron 237 y las 12 faltantes se descartaron por no cubrir los criterios de inclusión.

Los criterios contemplados para elegir los sujetos de estudio fueron:

Criterios de Inclusión:

Madre de familia o persona encargada permanentemente del cuidado del menor de cinco años con un cuadro o sin el de una infección respiratoria alta.

Criterios de Exclusión:

Persona que estuviera encargada en forma provisional del cuidado del menor. Se excluyen los niños que han sido hospitalizados o que no han tenido cuadros recurrentes de infecciones de vías respiratorias altas.

3.3 Material

Para esta investigación se requirió de recursos materiales y humanos siendo los siguientes:

Materiales - Bibliografía compuesta por artículos, libros, revistas, del país y del extranjero y documentos oficiales para el marco teórico; el tiempo fue establecido en el cronograma de actividades de enero a mayo de 1995.

Humanos - Apoyo de asesoría metodológica y estadística.

Instrumento.

Para la recolección de datos se utilizó una escala tipo Likert de cuatro puntos, elaborada por el investigador tomando como guía algunos conceptos del instrumento desarrollado por expertos de la teoría de Orem denominada "Uno Mismo como Encargado del Cuidado" (Geden y Tylor), de la Universidad de Missouri, E. U. con 22 ítems la cual se adaptó para este estudio, ya que

originalmente era para población *anciana con enfermedades crónicas* (Apendice A).

Los ítems 1-4 identifican los factores demográficos, con esta escala (ítems 5 a 27) se midieron los componentes de poder de la madre (conocimiento y habilidad), experiencia, vigilancia, toma de decisiones y percepción de cuidado, con una consistencia interna de .7620 (Cronbach, alfa). Se considera que un instrumento con este coeficiente refleja muy bien los niveles del constructo (Grove y Burns, 1985).

También se diseñó una entrevista con 20 ítems de tipo cerrado y abierto, con 3 secciones: datos de identificación, capacidad y conocimiento (Apendice B).

3.4 Procedimiento

Se efectuó una prueba piloto a 10 madres de familia con características similares a las de la muestra, para hacer las modificaciones pertinentes al instrumento y categorizar las preguntas abiertas.

Para iniciar la recolección de la información, primero se solicitó autorización a la Jurisdicción No.4 de la Secretaría Estatal de Salud (APENDICE C). Posteriormente se localizaron las manzanas a visitar en los mapas correspondientes a los Ageb de estrato bajo del municipio de Apodaca, N.L.adquiridos en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (APENDICE D).

Una vez localizada la manzana, se eligieron al azar 3 domicilios en donde hubiera menores de cinco años y cubrieran los criterios de inclusión y después se procedió a solicitar su consentimiento informado por escrito dejando una

copia al sujeto de estudio (APENDICE E). El tiempo promedio de aplicación del instrumento fue de 15 minutos y al término de esta se respondieron algunas dudas sobre la salud de sus hijos.

Se codificaron cada una de las encuestas y se procesaron por computadora utilizando un editor y posteriormente el paquete SAS y el Kwistat (KW) para obtener estadísticas descriptivas (frecuencias, porcentajes, desviación estándar, y media) y la prueba de hipótesis utilizando el análisis de varianza (ANOVA) con un nivel de significancia de .05 y un nivel de error de .10.

Los datos se agruparon de la siguiente manera para facilitar su análisis:

Capacidad materna percibida = del ítem 5 al 26 del instrumento, sumando estos ítems para obtener la escala total (88 puntos, con un mínimo de 44).

Cuidado actual = del ítem 27, 28, 32, 34, 40 y 42.

Grupo 1 Malo - (11 a 23 puntos)

Grupo 2 Regular - (24 a 27 puntos)

Grupo 3 Bueno - (28 a 44 puntos)

Conocimiento = del ítem 27, 35, 36, 37 y 38

3.5 Ética del Estudio

La información obtenida en este estudio se mantendrá en estricta confidencialidad en favor de la protección de la persona que proporcionó los datos, su participación fue voluntaria, recibiendo la información del objetivo del estudio.

Del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación se tomaron en cuenta los siguientes artículos:

Artículo No. 13 - En el que se menciona que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prever el criterio de protección a su dignidad y a sus derechos y bienestar.

Artículo No. 16 Protección de la privacidad del sujeto de estudio identificando solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Artículo No.17 - Fracción I investigación sin riesgo empleando entrevista o cuestionario que lleve a la investigación retrospectiva.

Artículo 18 - Se suspenderá la investigación cuando el sujeto así lo requiera.

Artículo 21, Sección I,II,III,VI,VII y VIII; para el consentimiento informado en el cual el sujeto de estudio deberá recibir una explicación clara y completa de manera que pueda comprenderla.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Para facilitar la presentación de los resultados primero se describen los factores condicionantes básicos como son edad, escolaridad, ocupación, estado civil y No. de hijos.

En segundo término, el análisis de resultados en función de los objetivos planteados para el estudio: Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias altas, capacidades de las madres y la relación de nivel de cuidado actual y capacidad percibida.

Por último se presenta la prueba de la hipótesis a través del análisis de varianza (ANOVA).

4.1 Descripción de los Resultados.

4.1.1 Factores Condicionantes Básicos

En el Cuadro No.1 se presentan los resultados con respecto a la edad en el cual el 55 por ciento (129) correspondió al grupo de 21 a 30 años, lo que

indicó que fuè una población joven. El 88 por ciento (208) fueron amas de casa y solo un 12 por ciento trabajaba fuera del hogar.

El 48 por ciento (114) tuvieron escolaridad de nivel primaria, seguido por un 41 por ciento con secundaria o más lo que denota que la mayoría de las madres tienen algunos estudios y que el nivel de analfabetismo fuè bajo. El 89 por ciento (211) contaba con pareja y el 73 por ciento (174) tuvieron al menos un hijo menor de cinco años lo que significó que son familias relativamente recién formadas.

CUADRO No.1
FACTORES CONDICIONANTES BASICOS DE LA POBLACION
DE ESTUDIO APODACA, N.L. 1995

FACTORES CONDICIO	f	%
EDAD		
16 - 20a	36	15
21 - 30a	129	55
31 - 40a	69	29
41 - 65a	3	1
Total	237	100
OCUPACION		
Trabaja	29	12
Ama de Casa	208	88
Total	237	100
ESCOLARIDAD		
Sin Escolaridad	25	11
Primaria	114	48
Secundaria y más	98	41
Total	237	100
ESTADO CIVIL		
Con pareja	211	89
Sin pareja	26	11
Total	237	100
No HIJOS < 5a		
uno	174	73
dos	52	22
tres o mas	11	5
Total	237	100

FUENTE: INSTRUMENTO DE
CAPACIDAD MATERNA (IMC)

N = 237

4.2 Análisis de Resultados.

4.2.1 Conocimiento de la Madre Sobre las Infecciones Respiratorias

El conocimiento de la madre sobre las infecciones respiratorias se midió a través de los ítems No. 27, 28, 32, 37 y 38; para los cuales se categorizaron sus respuestas. Los resultados se muestran en el siguiente cuadro No. 2:

CUADRO No.2

**CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE
INFECCIONES RESPIRATORIAS, APODACA,
N.L., 1995**

ASPECTOS O' CONOCE	fi	%
QUE SON		
No Sabe	101	42
Enfer. Vías Altas	59	25
Enfer. Vías Bajas	35	15
Enfer. peligrosa	12	5
Síntomas	30	13
TOTAL	237	100
COMO SABE ENFER		
Necio, No juega, Fiebre	96	41
Dolor cabeza, tos, fierna	32	13
Mormado	100	42
No Sabe	28	4
TOTAL	237	100
CAUSAS		
Descuido	79	33
Bajas Defensas, Contagio	36	16
Cambio Clima	81	34
Normal	11	5
No Sabe	28	12
TOTAL	237	100

Fuente: Instrumento de Cuidado
Materno (ICM)

n = 237

Los resultados indican que el 42 por ciento (101) de las madres no saben que son las infecciones respiratorias. El 40 por ciento (94) ubican la enfermedad en superiores e inferiores dependiendo de la parte afectada y un 5 por ciento las reconoce como enfermedad peligrosa o que requiere de vigilancia. El 42 por ciento de las madres mencionó que se da cuenta de que su niño esta enfermo cuando esta mormado y un 4 por ciento no sabe o no se da cuenta cuando su niño presenta los primeros sintomas.

CUADRO No.2 (Continuación)

ASPECTOS QUE CONOCE	n	%
COMO SABE DELI		
No dismi Fiebre	122	51
Varios Dias Enfermo	64	27
Respira Rápido	44	19
TOTAL	237	100
QUE PASA SI NO ATIEN		
Se enferme más	147	62
Hospitalize	57	24
Daño permanente	18	8
TOTAL	237	100

Fuente: ICM

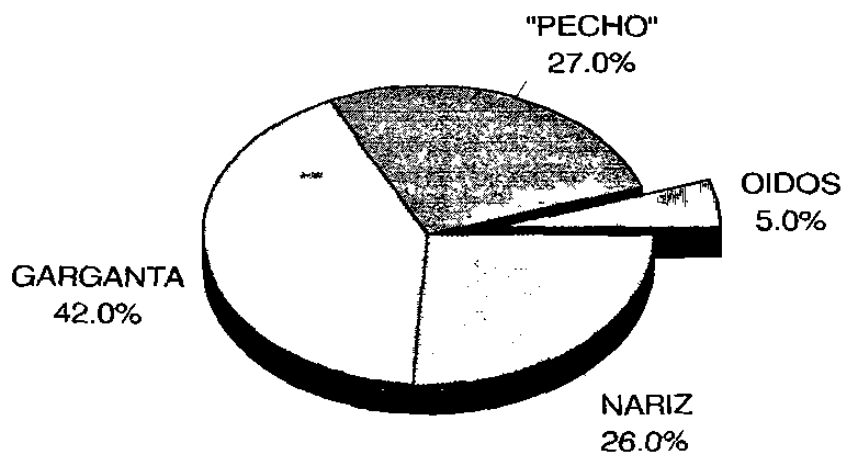
Respecto a la causa el 34 por ciento (81) consideró que se debió al cambio de clima, un 33 por ciento (79) mencionó que se debió al descuido y un 5 por ciento (11) comentó que es normal que el niño se enferme como parte de su crecimiento.

Quando la enfermedad es delicada (ver cuadro No. 2, continuación) un 51 por ciento (122) refirió que cuando no la baja la fiebre y sobre lo que puede pasar si no atiende a su niño las madres contestaron en un 62 por ciento (147) que se enfermeria más y el 8 por ciento (18) que tendria un daño

permanente. El 19 por ciento de las madres reconocieron como síntoma de alarma la respiración rápida y con un 51 por ciento cuando no disminuye la fiebre (122).

En relación a la parte del cuerpo que la madre consideró más afectada en el menor de cinco años por la infección respiratoria alta el, 42 por ciento (99) refirió que la garganta, el 27 por ciento (64) el pecho y un 26 por ciento (62) la nariz.

FIGURA 1
PARTE CORPORAL QUE LA MADRE CREE QUE SE AFECTA MAS APODACA, N.L., 1995



Fuente: ICM

4.2.2 Capacidad de la Madre para Proporcionar Cuidado al Menor.

La capacidad de la madre para el cuidado de los niños con infección respiratoria alta se midió a través de los ítems No. 34, 35 y 40. A continuación se muestran los resultados.

CUADRO No.3
CAPACIDAD DE LA MADRE PARA EL CUIDADO DE INFECCIONES
RESPIRATORIAS ALTAS. APODACA, N.L., 1995
n=237

CUIDADOS	F	%
PIEBRE		
Remedios Caseros	82	34
Automedicación	95	40
Consulta	44	19
Nada	16	7
TOTAL	237	100
TOS		
Remedios Caseros	38	16
Automedicación	127	54
Consulta	55	23
Nada	17	7
TOTAL	237	100
FALTA DE APETITO		
líquidos	68	29
Insiste	64	27
Consulta	64	23
Nada	51	21
TOTAL	237	100

Fuente: ICM

En el cuadro No. 3 se destaca que cuando el niño tiene fiebre el 40 por ciento (95) de las madres utilizan automedicación, el 34 por ciento remedios caseros y el 7 por ciento (16) no hizo nada. Cuando el niño tiene tos el 54 por ciento (127) de las madres utilizaron la automedicación, el 23 por ciento (55)

acudió a consulta médica, en este caso disminuyó la utilización de los remedios caseros, siendo un 16 por ciento (38) y el porcentaje de madres que no hacía nada fue igual que en el caso de fiebre.

Para la falta de apetito del niño, el 29 por ciento (68) de las madres proporciona abundantes líquidos al menor sin embargo, un 21 por ciento (51) de ellas no hacía nada.

Cuando el niño no puede respirar la madre utiliza las vaporizaciones en un 20 por ciento (46), el 30 por ciento (72) acudió a consulta y el 18 por ciento (43) no hizo nada. En el caso de dolor en oído y garganta el 54 por ciento (128) de las madres acuden a consulta médica y el 27 por ciento (65) no hizo nada.

En el apéndice J, se presenta un listado de los remedios caseros más utilizados por las madres.

En lo que respecta a las medidas preventivas el 69 por ciento (164) refirió "abrigar" al menor y para los demás miembros de la familia el 56 por ciento (132) ponen en práctica los mismos cuidados; es importante resaltar que el 44 por ciento (105) no utiliza alguna medida preventiva (Cuadro 3, continuación).

CUADRO No.3 (Contiuación)

CUIDADOS	Fi	%
DIFIC. PARA RESPIRAR		
Remedios Caseros	35	15
Vaporizaciones	46	20
Consulta	72	30
Nada	43	18
No ha sucedido	41	17
TOTAL	237	100
DOLOR OIDO/GARGANTA		
Consulta	128	54
Nada	65	27
Automedica	32	14
Remedios Caseros	12	5
TOTAL	237	100
MEDIDAS PREVEN		
Abrigarlo	164	69
Nada	44	19
Otros	29	12
TOTAL	237	100

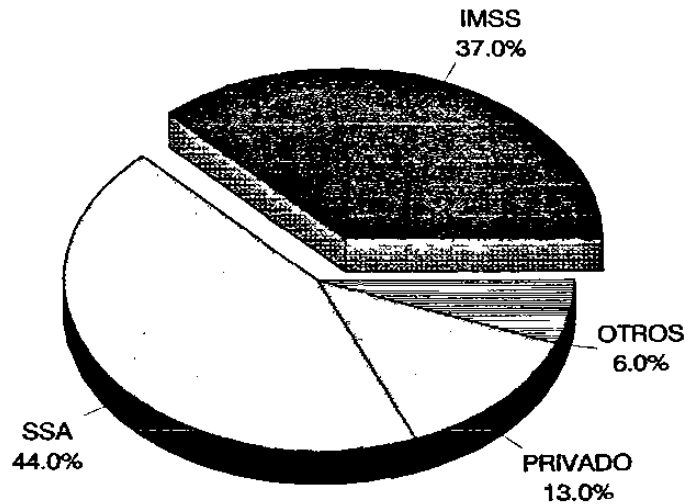
Fuente: ICM

En la Figura 2 se destaca que las madres acuden con más frecuencia a los servicios que prestan los centros de salud de la Secretaría Estatal de Salud en un 44 por ciento mientras que un 6 por ciento acude a otros lugares (farmacia, curanderos o algún vecino).

FIGURA 2

SERVICIO DE SALUD QUE UTILIZA LA
MADRE APODACA, N.L., 1995

N = 237

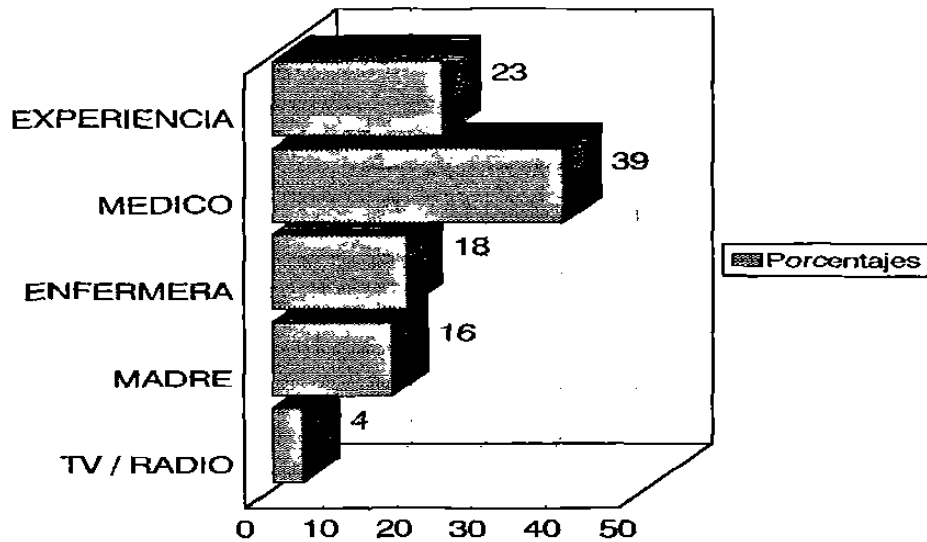


Fuente: ICM

En lo que respecta a la persona que dió información a la madre sobre el cuidado de las infecciones respiratorias altas, el 39 por ciento (92) de las madres recibió información del médico, el 23 por ciento (55) mencionó que lo que conoce sobre este padecimiento es de su experiencia.

Es importante destacar que el 18 por ciento (43) de las madres mencionó recibir información de la enfermera. No obstante de la gran promoción desplegada por la T.V. y el radio solo el 4 por ciento (9) de las madres refirió estos medios como fuente de información.

FIGURA 3
PERSONA QUE PROPORCIONA INFORMACION A LA MADRE
SOBRE IRVA APODACA, N.L., 1995



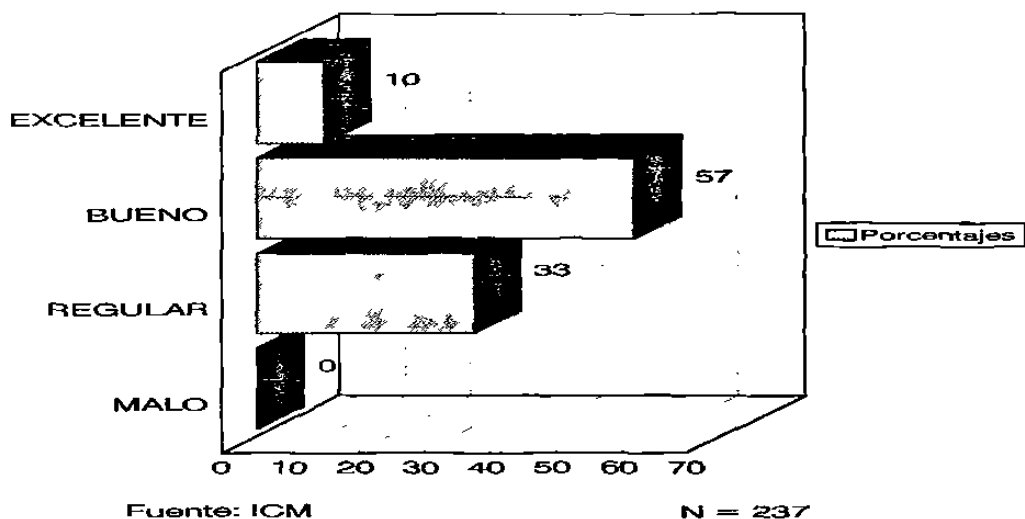
Fuente: ICM

N = 237

4.2.3 Relación entre el Cuidado Actual y la Capacidad Percibida de la Madre.

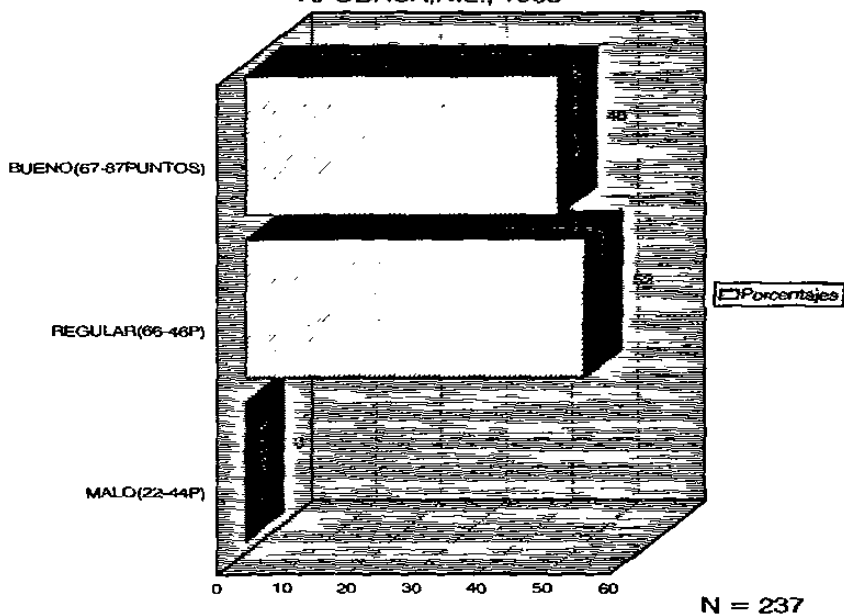
Respecto a como considera la madre (ítem No. 49 de componentes de poder, percepción) el cuidado que da a su hijo menor de cinco años cuando tiene un episodio de infección respiratoria alta, se encontró que (ver figura 4) el 57 por ciento (135), consideró el cuidado como Bueno y un 10 por ciento estimó su cuidado como excelente, es importante destacar que ninguna de las madres calificó su cuidado como malo.

FIGURA 4
AUTOCALIFICACION DEL CUIDADO QUE PROPORCIONA LA MADRE AL MENOR DE 5 AÑOS APODACA, N.L., 1995



Además de la formación de los grupos de cuidado, se sumaron los resultados de la escala de capacidad materna percibida (ECMP) la cual se utilizó para la comprobación de la hipótesis. La figura 5 muestra los grupos formados.

FIGURA 5
NIVELES DE CAPACIDAD TOTAL DE LA MADRE APODACA, N.L., 1995



Fuente: Escala de Capacidad Materna Percibida (ECMP)

De los rangos establecidos solo se obtuvieron dos grupos con la suma de la escala, Bueno un 48 por ciento (114) y Regular con un 52 por ciento (123). No existiendo un grupo de cuidado malo (ECMP).

Los niveles del cuidado actual se establecen de los elementos en las respuestas a once preguntas cada elemento recibió un valor de uno (1) a cuatro (4) de acuerdo al grado de aceptabilidad con los protocolos de cuidado establecidos (se describió en la metodología y marco teórico). La suma de estos valores por los sujetos mostró un promedio de 25 puntos con un rango de 14 a 33 de un rango posible de 11 a 44. Se establecen tres grupos de estos, de la manera siguiente:

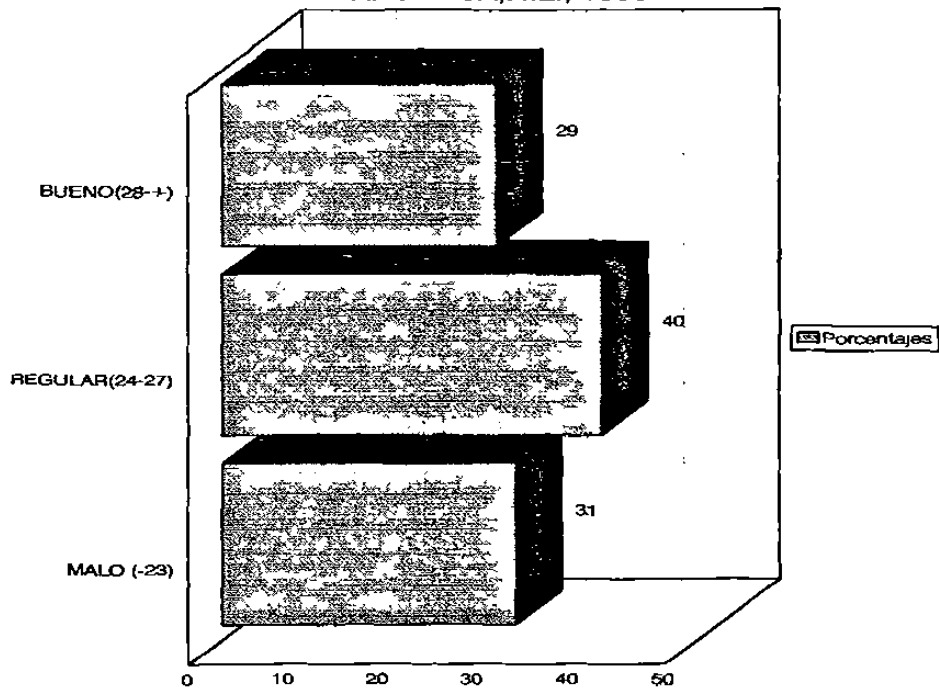
- 1) Uno _ Cuidado malo. Menos de 23 puntos.
- 2) Dos _ Cuidado regular. Entre 24 y 27 puntos.
- 3) Tres _ Cuidado bueno. De 28 a más puntos.

Para realizar estos grupos se tomaron en cuenta la distribución de frecuencias y estadísticas descriptivas de los ápendices F y G.

En la Figura 6, se ilustran los resultados respecto a los niveles de cuidado actual:

FIGURA 6

NIVELES DE CUIDADO ACTUAL
APODACA, N.L., 1995



Fuente: ICM

N = 237

Los grupos de cuidado actual fueron la variable de grupo y la suma total de la escala (ECMP) formó la variable numérica.

4.3 Prueba de la Hipótesis

La hipótesis anteriormente planteada para este estudio fuè:

Hi La capacidad percibida de la madre como proveedor del cuidado en el menor de cinco años se relaciona con el cuidado actual para los episodios de infecciones respiratorias de vías altas.

Ho La capacidad percibida de la madre como proveedor del cuidado en el menor de cinco años se relaciona con el cuidado actual para los episodios de infecciones respiratorias de vías altas.

Para la prueba de la hipótesis fué apropiado utilizar el análisis de varianza (ANOVA), aunque los ítems individuales fueron datos de nivel ordinal técnicamente, el grado sumado indicó el nivel de intervalo, de tal manera que permitió un análisis más avanzado (Burns y Grove, 1987).

La ANOVA, prueba paramétrica para evaluar las diferencias (variabilidad) entre dos o más grupos y comprobar la significancia entre las medias; parte de la variabilidad puede deberse a diferencias individuales o entre los grupos.

Los resultados se expresan mediante el valor de F, si la F obtenida es mayor a la esperada, la conclusión es que hay al menos una diferencia significativa entre las medias de los grupos o en un grupo; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (Daniels, 1994).

La tabla No.1 contiene los resultados de ANOVA, para los niveles de cuidado actual en relación a la variable de Cuidado Percibido (suma de ECMP) . La razón de variabilidad F es de 4.69 con un $p= 0.010$, existiendo diferencias significativas entre los niveles de cuidado actual Malo y Bueno, con respecto a las percepciones de la madre sobre su capacidad de cuidado.

Se puede inferir que las madres con cuidado Malo (1), muestran grados de percepción de sus capacidades más bajos (en la escuela) que las madres con un nivel de cuidado Regular y Bueno.

TABLA I

ANOVA POR GRUPOS DE CUIDADO ACTUAL Y LA
ESCALA TOTAL DE CUIDADO MATERNO PERCIBIDO
APODACA, N. L. 1995

GRUPOS	n	DS	Media	FUENTE	gl	MS	F	P
1	68	8.108461	64.9	Entre Grupo	2	283.34	4.69	0.010
2	96	7.628088	68.2	Por Grupo	234	60.40		
3	73	7.639145	68.4	Total	236			

* P = 0.05
1 = Malo
2 = Regular
3 = Bueno

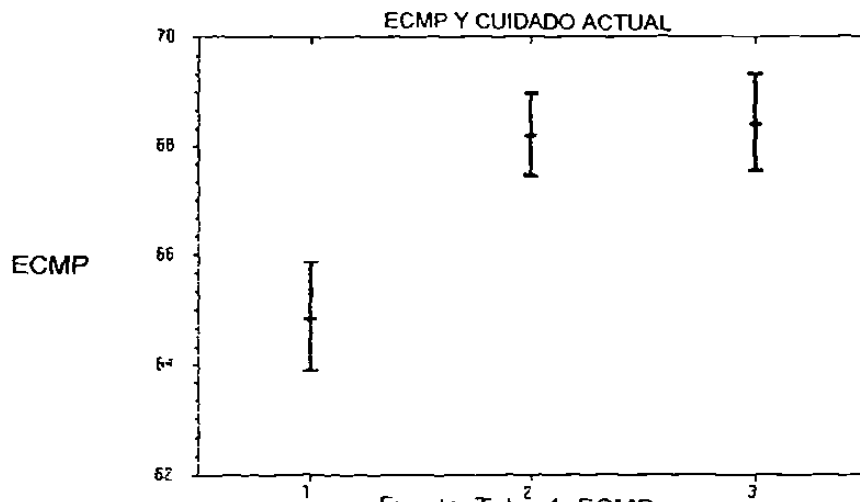
* Significancia entre los grupos
1 y 3 pero no entre 2 y 3
Aplicación de Newman-Keuls
multiple comparaciones.

FUENTE: ICM

La hipótesis nula fue rechazada y se acepta la de investigación, como se observa en la Figura No.7.

FIGURA 7

REPRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE ANOVA PARA



GRUPOS CUIDADO ACTUAL

Fuente: Tabla 1, ECMP.

La significancia en la variabilidad de los grupos 1 (Malo) y 3 (Bueno), es en cuanto a la Capacidad Materna Percibida con un valor de F calculada de 4.69 y una F teórica de 3.0.

La Tabla 2 ilustra los resultados de ANOVA para los grupos según la escolaridad de la madre relacionados a la Escala Total, (en donde se evidencia la diferencia entre el grupo 1 y 3, lo cual indica que a mayor escolaridad, las madres perciben mejor su capacidad de cuidado), con una F de 4.33 y una $p=0.014$. Con lo que se puede deducir que el cuidado actual tiene relación con la capacidad materna para el cuidado del menor de cinco años; ya que a mayor cuidado mayor percepción de la capacidad.

TABLA 2
ANOVA PARA LOS GRUPOS DE
ESCOLARIDAD Y LA SUMA DE LA ESCALA DE
CAPACIDAD MATERNA PERCIBIDA, APODACA,
N.L. 1995

GRUPO	N	DS	MEDIAS	FUENTE	gl	MS	F	P
1	25	7.136292	635	Entre Grupos	2	262.30	4.33	0.014
2	114	7.402804	67	Por Grupos	234	60.58		
3	98	8.349237	685	Total	236			

P = 0.05

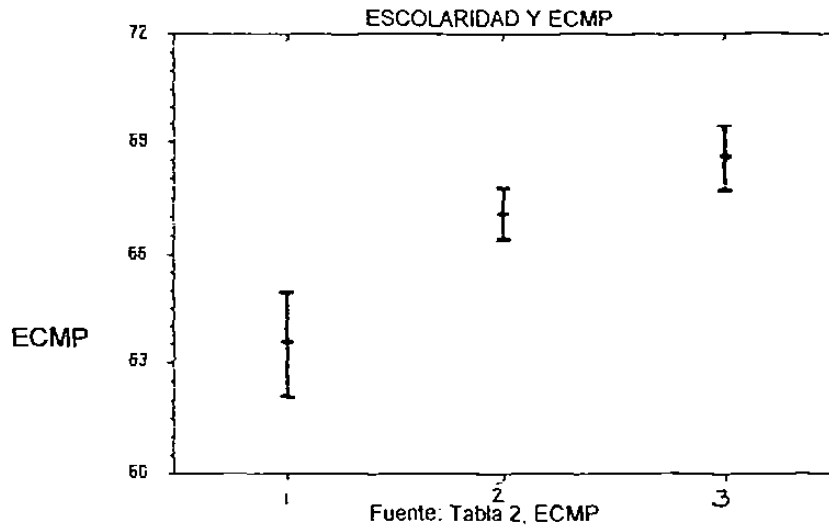
Grupos
1 = sin escolaridad
2 = primaria
3 = secundaria y más

* Significancia entre grupos 1 y 2, 1 y 3 por aplicación de Newman-Kowls multiples comparaciones.

En la figura No.8 se observa en forma gráfica la diferencia entre los grupos de escolaridad.

FIGURA 8

REPRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE ANOVA PARA



ESCOLARIDAD MATERNA

Fuente: Tabla 2, ECMP.

En la figura No. 8 se observa la diferencia entre los grupos y la semejanza de variabilidad dentro de los grupos, lo que evidencia que a mayor escolaridad la madre percibe mejor el cuidado que otorga al menor. Por lo anterior se puede inferir que uno de los factores condicionantes básicos la escolaridad influye en la percepción de la capacidad materna.

Se formó un modelo con las variables edad, escolaridad, ocupación de la madre para observar el comportamiento de estas variables y su relación con la capacidad materna percibida obteniendo los siguientes resultados ilustrados en la tabla siguiente:

TABLA 3

ANOVA PARA EL MODELO 1 Y LA SUMA TOTAL DE LA ESCALA DE CAPACIDAD
MATERNA PERCIBIDA APODACA, N.L., 1995

Fuente	gl	Suma de Cuadrados	Suma de Medias	F	p
Modelo 1	5	179.6567367	35.9313473	2.61	0.0255
Entre grupos	231	3178.0225882	13.7576735		
Total	236	3557.6793249			

P = 0.05

Modelo 1 (edad, escolaridad y ocupación)
Escala total (ECMP)

Fuente: ICM

CAPITULO V

DISCUSION

5.1 Interpretación de Resultados

La discusión de los resultados de la presente investigación está limitada por la falta de estudios que manejen el supuesto teórico de Orem, referente al cuidado dependiente, ya que este es relativamente nuevo y se encuentra en proceso de formalización. Por lo cual este capítulo será analizado en función de los supuestos de la teoría contenidos en el marco teórico.

La hipótesis de investigación planteada para este estudio fue "La capacidad materna (conocimiento y habilidad) tiene relación con el nivel de cuidado que la madre como agente de cuidado dependiente proporciona a su hijo".

Para la comprobación de la hipótesis se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) por el cual se obtuvo que existe una relación entre las variables, ya que el valor de F fue de 4.69 y una $p=0.010$, por lo que se concluye que la mayor capacidad percibida de la madre hay un nivel mayor de cuidado.

Al respecto Orem (1995), menciona que la agencia de cuidado dependiente debe incorporar habilidad y conocimiento en la búsqueda de salud del menor de cinco años.

Uno de los objetivos propuestos fue el de definir el nivel de conocimiento que tiene el grupo de estudio en relación a la infección de las vías respiratorias altas, definiéndolo a través de las preguntas sobre que es la enfermedad y signos y síntomas.

Es importante destacar que de los aspectos que conoce la madre sobre las infecciones respiratorias, el 42 por ciento (101) no sabe que es una infección respiratoria y el resto lo identifica en relación a la parte afectada del organismo. En contraste con los lineamientos del Programa Nacional del Control de I.R.A. y la Norma Técnica las medidas preventivas que conocen las madres no son suficientes.

En el caso, de la pregunta de como sabe que está enfermo su niño, el 41 por ciento lo describe en función a la actitud del menor (no juega, está triste y tiene fiebre), al respecto lo reportado por Wilson en 1993, que las madres no reconocían estas situaciones como signo de alarma sino como parte de su crecimiento.

Orem (1995), menciona que dentro de la agencia de cuidado dependiente la vigilancia es un componente de poder. En este estudio está reflejado por la observación que tiene la madre de la presencia o ausencia de los primeros signos y síntomas en el menor con un episodio de infección respiratoria. Los componentes de poder influyen en el tipo de agencia que se brinda.

Como parte del conocimiento, se encuentra la causa que la madre atribuye a la aparición de una infección respiratoria en donde el 34 por ciento, reconoce como causa el cambio de clima y un 33 por ciento, el descuido por parte del agente de autocuidado dependiente. De acuerdo, con Orem (1995) menciona que el agente va a aprender a emitir juicios sobre el cuidado que proporciona a otros.

Cabe destacar, que aunque la información sea deficiente respecto a causa o síntomas de la enfermedad, el agente de cuidado dependiente, reconoce cual es el curso de la misma (se enferma más, hospitaliza, daño permanente), lo que le permite tomar decisiones respecto al cuidado que proporciona al menor de cinco años.

Orem cita que la habilidad es la acción que va a tomar la madre en el cuidado del niño y esto fue definido en la formación de tres grupos de niveles de cuidado (Bueno, Regular y Malo). Bajo los criterios de la norma técnica y el programa de control de las infecciones respiratorias agudas.

Se encontraron diferencias significativas entre la capacidad percibida de la madre y el nivel de cuidado actual. En lo que respecta a la capacidad percibida, la madre se clasifica en la categoría de Bueno y Regular (48 y 52 por ciento, respectivamente), que comparando con los grupos del nivel de cuidado actual, el porcentaje disminuye para los grupos bueno y regular (29 y 40 por ciento, respectivamente), apareciendo con un 31 por ciento, el grupo clasificado como malo.

Wilson (1993) revela en un estudio epidemiológico que los recursos más utilizados por la madre para el tratamiento de las infecciones respiratorias fue la automedicación y los remedios caseros, esto concuerda con lo encontrado en la presente investigación, donde los recursos más utilizados en el tratamiento de la fiebre y tos fueron la automedicación y los remedios caseros hasta con un 70 por ciento (en ambos casos).

Pero a diferencia de los recursos utilizados en el tratamiento para los oídos y garganta, los remedios caseros y la automedicación disminuyó hasta a un 19 por ciento, incrementándose el porcentaje que correspondió a la consulta médica. En otro estudio respecto a los remedios caseros Roberson reportó algunos de los más utilizados para el resfriado, comparandolos con los

utilizados por las madres en este estudio se encontró una diferencia en cuanto al tipo de remedio.

En relación a los factores condicionantes edad, escolaridad y ocupación de la madre, se obtuvo una $F=2.61$, con una $p<0.05$, lo que significa que dichos factores influyen en la capacidad materna percibida.

5.2 Conclusiones.

La madre posee conocimientos bajos sobre las causas de una infección respiratoria alta, mejora en lo referente al reconocimiento de síntomas de gravedad o de alarma.

En cuanto al recurso de información, se identifica que la madre conoce a la enfermera como la tercera persona que le puede orientar, pero acude en primer término al médico y en segundo lugar se apoya en su experiencia.

La madre percibe su capacidad de cuidado en términos generales como regular, en una escala de 44 a 88 puntos, con un promedio de 65 (ECMP). En comparación con la autocalificación en la que la madre considera que tiene un cuidado bueno y un 10 por ciento, lo considera excelente.

Se concluye que existe una relación entre la capacidad percibida por la madre y el cuidado que da al menor de cinco años; donde a mayor capacidad percibida, mayor es el nivel de cuidado actual.

5.3 Recomendaciones.

Es importante que se tomen en cuenta, los resultados de este estudio y que se profundice en ellos. Se recomienda lo siguiente:

1. Continuar estudiando las actitudes, juicios y razonamiento de la madre en cuanto al cuidado que da a sus hijos para que la profesión de enfermería utilice estos resultados y diseñe estrategias educativas que sean más realistas.
2. Replicar este estudio, para verificar los datos cualitativos sobre el cuidado actual por la madre, para establecer de manera más exacta las opciones de respuesta a los ítems del instrumento, de tal manera que se puedan obtener mayores resultados.
3. La aplicación de está investigación en otro población o nivel socioeconómico, para comparar resultados y así incrementar la probabilidad de generalización de los mismos.
4. Es importante además, para la generalización de resultados que el diseño de este estudio se aplique en otros padecimientos en el menor de cinco años y que además ayude a la conformación de un perfil de cuidado materno.

5. Se recomienda que se realicen posteriores investigaciones de tipo longitudinal para el seguimiento, en este caso del cuidado materno.

6. Para que enfermería participe aún más en el área de la investigación científica es importante que se diseñe un estudio donde se aplique la investigación en la educación de las madres y se comparen los resultados.

7. Continuar posteriores investigaciones que despejen el panorama, acerca de los tratamientos o remedios caseros que las madres utilizan en el cuidado de la salud de sus niños.

BIBLIOGRAFIA

- Benguigui, Y. (1993). Prioridad en la Salud Infantil. Noticiero sobre IRA, No.23.
Appropriate Health Resource y Technologies Actm Group Ltd.
- Buley, M.; Flynn, G. (1989). Development of an instrument to measure mother's performance of self-care activities for children. Adv. Nurs Sci 12 (1), pp. 76-84.
- Burns, N. & Grove, S. (1987). The practice of nursing researchs. W.B. Sanders, p. 319.
- Chang, B. (1980). Evaluation of health care professionals in facilitating self-care. Review of the literature and conceptual model. Adv.Nurs Sci, 3 (1), pp.13-58.
- Cruz, J. (1995). Infección aguda de vías respiratorias superiores. Educación continua, Actualizada, 1 (3), pp.1-3.
- Daniel, W. (1993). Bioestadística: Base para el análisis de las creencias de salud (8a. ed.). México: LIMUNSA.
- De la Cruz Medellín, M. (1995). Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas. Educación Continua y Actualización, 1 (3), pp. 18-26.
- Diario Oficial de la Federación, (1994). Norma Técnica No.34 de las Infecciones Respiratorias Agudas. Secretaría de Salud.
- Diario Oficial de la Federación, (1995). Plan Nacional de Salud 1995 - 2000.

- Dirección General de Medicina Preventiva de la Secretaría de Salud. (1994). Programa Nacional de Prevención y control de las infecciones respiratorias. México, Salud pública de México 36 (4), pp.458-61
- Donahue, E.J.; Natron, J.; Marriner, A.; Nordemeyer, S. (1989). Teoría del déficit del autocuidado en Enfermería en Teoría y Modelos de Enfermería. Barcelona, pp.101-108.
- Elder, J., Boddy, P., Barriga, P., Aguilar, A., Espinosa, H. (1991). Experiencia Hondureña en el control de las infecciones respiratorias agudas infantiles. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 110 (5), pp.390-401.
- Geden, E. & Taylor, S. (). Uno mismo como encargado del cuidado. School of Nursing University of Missouri.
- González, S. (1995). Fisiopatología de las infecciones respiratorias. Educación Continua y Actualización, 1 (3), pp. 3-6.
- Haas, D. (1990). Aplicación de la teoría del deficit de autocuidado de Orem para la población pediátrica con enfermedades crónicas. Departamento de Salud Pública de Michigan.
- Harris, N., Schreiber, M. y Hartman, E. (1991). Proveedores del cuidado pediátrico y directores de caso en relación con los niños que sufren enfermedades crónicas y deben ser atendidos en casa. Cuidado de salud pediátrica, 5 pp.291-298.
- Hartweg, D. (1990). Autocuidado de la promoción de la salud dentro de la teoría general de enfermería de Orem. Journal of Advanced Nursing, 15 pp. 35-41.
- Ibañez, B. (1990). Manual para la elaboración de tesis: Consejo Nacional para la enseñanza e investigación en psicología. México: Trillas.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI),
(1993). *Morbilidad en los menores de cinco años en el Estado de Nuevo León*.
- Isenberg, M. (1990). *Desarrollo de la teoría de enfermería y su aplicación a la práctica*. Monterrey, Nuevo León, México: Ed. limitada Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., pp.1-12.
- Kroeger, A., & Luna, R., (1992). Atención Primaria de la Salud (2a. edición) México: OPS/Pax.
- Ley General de Salud. (1987).
- Mascareñas, S.; Dávila, O.; Robledo, J. (1992). La infección respiratoria en el hospital metropolitano "Dr. Bernardo Sépulveda", computandose el epidemiología en pacientes menores de cinco años. Rev. Col. Ped. N.L. Ene-Mzo, p.12-14.
- Martínez, G., Penich, A., Ramírez, M. y Muñoz, O. (1986). Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en la población rural mexicana. Bol. In Epidemiológico, 1 (7), México. pp.85-90.
- Munhall, P. & Boyd, C. (1993). Nursing Research Natural League for Nursing Press. New York.
- Oficina Sanitaria Panamericana, (1992). Infecciones respiratorias agudas. O.P.S., 113 (5-6) pp. 531-34.
- Oficina Sanitaria Panamericana, (1982). Tratamiento clínico de casos infantiles de infecciones respiratorias agudas. O.P.S., 93 (6) pp.571-81.
- Oficina Sanitaria Panamericana (1988). Temas de actualidad: infecciones respiratorias en la infancia, O.P.S., 105 (4), pp. 417-426.
- Orem, D.E. (1995). Nursing: Concepts of practice (5a.ed) Ed. Mosby.

- Organización Panamericana de la Salud (1992). Atención del niño con infección respiratoria aguda. O.P.S.: Serie Platex, No.21, Washington, D.C.
- Parker, M. (1990). Nursing theories in practice: practic applications of Orem's self-care deficit nursing. Theory and Natural Leangue Nursing. pp 61-70.
- Politt, D. (1991). Investigación científica en ciencias de la salud 4a. ed. Ed. Interamericana, Mex.
- Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones respiratorias agudas, México, 1994.
- Roberson, M., (1987). Home Remedies: A cultural studiy. Home Healthcare nurse, 5 (1). pp.35-40.
- Subsecretaria Estatal de Salud, (1992). Estadísticas de morbilidad en menores de cinco años en el estado de Nuevo León.
- Secretaria de Salubriad y Asistencia (1991). Manual de las infecciones respiratorias agudas.
- Turnner, C. (1982). Higiene del individuo y la comunidad (2a. ed.) México: La Prensa Médica Mexicana.
- Villa, S., Guiscafre, H., Martínez, H, Urban, S., Reyes, S., Lezana, M., Gutierrez, G. (1994). Muerte en el hogar en niños con diarrea e infecciones respiratorias agudas Bol. Medero del Hospital Infantil México, 51 (4), p.233-242.
- Wilson, R. (1993). Estudio etnográfico enfocado a instituciones de investigación sobre I.R.A.: Noticias sobre I.R.A., No. 24 pp.2-5.

A P E N D I C E S

A P E N D I C E A

INSTRUMENTO DE CAPACIDAD MATERNA

APENDICE A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO

CAPACIDAD DE LA MADRE EN EL CUIDADO DEL MENOR DE
CINCO AÑOS CON INFECCION RESPIRATORIA ALTA

APENDICE A

AGEB

MANZANA

CLAVE

No. DE ENCUESTA _____ FECHA _____

1. DATOS DE IDENTIFICACION:

1. Edad: _____

2. Ocupación de la madre: _____

1. Trabaja 2. Ama de casa 3. Trabaja y estudia
4. Estudia.

3. Escolaridad de la madre: _____

1. Sin Escolaridad 2. Sabe leer y escribir
3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria
6. Profesional.

4. Estado Civil: _____

1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada.
4. Unión Libre 5. Viuda.

Responda las siguientes preguntas acerca del Cuidado que Usted da al Niño menor de 5 años cuando tiene Catarro, marcando con una X el número que considere correcto.

La palabra Cuidado quiere decir aquellas cosas que Usted hace para mantener la salud del niño.

TOTALMENTE
DE ACUERDO



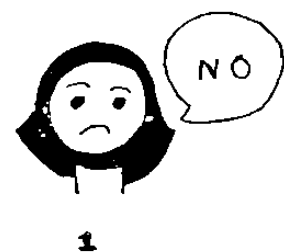
DE ACUERDO



EN PARTE
DE ACUERDO



NO DE ACUERDO



TOTALMENTE
DE ACUERDO



4

DE ACUERDO



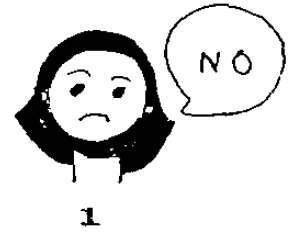
3

EN PARTE
DE ACUERDO



2

NO DE ACUERDO



1

CONOCIMIENTO:

5.- En la familia soy la persona responsable del cuidado del niño.	4	3	2	1
6.- Mis conocimientos del cuidado del niño con catarro <u>no</u> son adecuados.	4	3	2	1
7.- Conozco los síntomas que presenta el niño cuando tiene catarro.	4	3	2	1
8.- Conozco las señales que me dicen cuando el niño está muy enfermo.	4	3	2	1
9.- Tengo experiencia para cuidar al niño cuando tiene catarro.	4	3	2	1
10.- Conozco las medidas necesarias para el cuidado del niño con catarro.	4	3	2	1
11.- Sé cuándo el niño requiere de atención médica.	4	3	2	1
12.- No se puede encontrar información acerca de los cuidados necesarios para los niños con catarro.	4	3	2	1
13.- Valoro lo que le conviene al niño antes de tomar una decisión acerca de su cuidado.	4	3	2	1
14.- Sé cuándo no tengo los medios necesarios para cuidar al niño cuando tiene catarro.	4	3	2	1
15.- Sé que puedo cuidar al niño cuando tiene catarro.	4	3	2	1

CAPACIDAD:

16.- Puedo darme cuenta cuando el niño tiene catarro.	4	3	2	1
17.- Conozco las cosas en el ambiente que le hacen daño al niño.	4	3	2	1



18 - Recuerdo lo que me dice el médico de como cuidar al niño.	4	3	2	1
17 - Me interesa cuidar al niño cuando tiene catarro.	4	3	2	1
20 - Tengo la fuerza suficiente para cuidar al niño cuando tiene catarro.	4	3	2	1
21 - No tengo el tiempo suficiente para cuidar al niño cuando tiene catarro.	4	3	2	1
22 - Pienso en varias soluciones antes de tomar una decisión acerca de sus cuidados cuando tiene catarro.	4	3	2	1
23 - No puedo cuidar al niño cuando tiene catarro.	4	3	2	1
14 - Veo las diferencias entre un enfermo grave y uno con catarro.	4	3	2	1
25 - Tengo confianza en mi capacidad para cuidar al niño cuando tiene catarro.	4	3	2	1
16 - Utilizo la información que me dice la enfermera o el médico para cuidar al niño cuando tiene catarro.	4	3	2	1

A P E N D I C E B

ENTREVISTA

APENDICE "B" ENTREVISTA

III. COMPONENTES DE PODER

CONOCIMIENTO

17. ¿Sabe usted que son las infecciones respiratorias: _____
1. Sí 2. No
Que son: _____
18. Como sabe cuando el niño se enferma de catarro _____

19. Cuantos hijos menores de cinco años tiene: _____
1. uno 2. dos 3. tres 4. cuatro o mas.
20. De sus hijos, el que más seguido se enferma cuantas veces se ha enfermado en los últimos cuatro meses. _____
1. Una vez 2. Dos o tres 3. Cuatro o mas
4. NINGUNA.
21. Quién cuida al niño durante el tiempo que esta enfermo. _____
1. madre 2. Abuela 3. Tia 4. ESPOSO
22. Cual es la causa de que el niño se enferme de catarro: _____

23. Las partes del cuerpo se afectan más cuando el niño se enferma de catarro _____
1. Oídos 2. Garganta 3. Nariz 4. Pecho
- APENDICE
24. Que hace cuando el niño tiene. _____
1. Fiebre _____
2. Tos _____
3. No quiere comer _____
4. No puede respirar _____
5. Dolor de garganta _____
6. Dolor de oídos _____
7. Esta mormudo _____
8. Respira rapido _____
25. Que medidas preventivas toma usted para que el niño no le de catarro. _____

26. Quien le dio información del cuidado que debe tener el niño cuando tiene catarro. _____
1. Enfermera. 2. Médico 3. MAMÁ
4. EXPERIENCIA 5. TV. RADIO

17. Como sabe cuando la infección del niño es seria o crítica?

- 1. Cuando respira rápido
- 2. Cuando no baja la temperatura
- 3. Cuando tiene varios días enfermo
- 4. **TOODS**

18. Que puede pasar si no atiende al niño cuando tiene catarro.

- 1. se enferme más
- 2. se muera
- 3. se muera
- 4. tenga un daño permanente.

5. **TOOD**

19. A donde lleva a consulta al niño cuando tiene catarro

- 1. Medico Privado
- 2. Farmacia
- 3. Centro de Ssiu
- 4. Seguro Social
- 5. Curandero
- 6. Otros

20. Que hace para que otros miembros de la familia no se enfermen.

21. Que palabra usa más comunmente:

- 1. Resfriado
- 2. Catarro
- 3. Consticado
- 4. mormado

5. **GRIPA.**

22. Como considera el cuidado que da al niño.

- 1. Excelente
- 2. Bueno
- 3. Regular
- 4. Malo

COMENTARIO:

Elaborado por:

Lic. Flor G. Rodríguez Niño

APENDICE B1

INSTRUCTIVO DE CODIFICACION

```
data flor;          /* FLOR.SAS ( 22 / 5 / 95 ) */
infile 'flor.dat' ;
options nodate pagesize=60;
title1 'Investigacion de la Lic. Flor Georgina Rodriguez N';
input v01 - v49;
label v01 = 'Cuestionario no.'
      v02 = 'Edad '
      v03 = 'Ocupacion de la M.'
      v04 = 'Escolaridad '
      v05 = 'Estado Civil'
      v06 = 'Pregunta no 5'
      v07 = 'Pregunta no 6'
      v08 = 'Pregunta no 7'
      v09 = 'Pregunta no 8'
      v10 = 'Pregunta no 9'
      v11 = 'Pregunta no 10'
      v12 = 'Pregunta no 11'
      v13 = 'Pregunta no 12'
      v14 = 'Pregunta no 13'
      v15 = 'Pregunta no 14'
      v16 = 'Pregunta no 15'
      v17 = 'Pregunta no 16'
      v18 = 'Pregunta no 17'
      v19 = 'Pregunta no 18'
      v20 = 'Pregunta no 19'
      v21 = 'Pregunta no 20'
      v22 = 'Pregunta no 21'
      v23 = 'Pregunta no 22'
      v24 = 'Pregunta no 23'
      v25 = 'Pregunta no 24'
      v26 = 'Pregunta no 25'
      v27 = 'Pregunta no 26'
      v28 = 'Pregunta no 27'
      v29 = 'Pregunta no 27.1'
      v30 = 'Pregunta no 28'
      v31 = 'Pregunta no 29'
      v32 = 'Pregunta no 30'
      v33 = 'Pregunta no 31'
      v34 = 'Pregunta no 32'
      v35 = 'Pregunta no 33'
      v36 = 'Pregunta no 34.1'
      v37 = 'Pregunta no 34.2'
      v38 = 'Pregunta no 34.3'
      v39 = 'Pregunta no 34.4'
      v40 = 'Pregunta no 34.5'
      v41 = 'Pregunta no 34.6'
      v42 = 'Pregunta no 35'
      v43 = 'Pregunta no 36'
      v44 = 'Pregunta no 37'
      v45 = 'Pregunta no 38'
      v46 = 'Pregunta no 39'
      v47 = 'Pregunta no 40'
      v48 = 'Pregunta no 41'
      v49 = 'Pregunta no 42';
/* ***** */
/*          ESCALA          ENTREVISTA          */
/*          CONOCIMIENTO (V06 - V16)    (V28 - V34)          */
/*          CAPACIDAD (V17 - V27)    (V35 - V49)          */
/*          ***** */
escono = sum(of v06 - v16);
escapa = sum(of v17 - v27);
estotal = escono + escapa;
if estotal le 44 then mestotal = 1;
if estotal gt 44 and estotal le 66 then mestotal = 2;
if estotal gt 66 then mestotal = 3;
if v03 eq 3 then v03 = 1;
if v29 eq 0 then tv29 = 1;
if v29 eq 1 then tv29 = 4;
if v29 eq 2 then tv29 = 3;
if v29 eq 3 then tv29 = 3;
if v29 eq 4 then tv29 = 2;
if v29 eq 5 then tv29 = 3;
```

```

if cuidactu gt 22 then mcuidact = 2;
if v04 le 2 then mv04 = 1;
if v04 eq 3 then mv04 = 2;
if v04 gt 3 then mv04 = 3;
if v05 eq 1 or v05 eq 3 or v05 eq 5 then mv05 = 1;
if v05 eq 2 or v05 eq 4 then mv05 = 2;
cards;
proc format;
value v03f 2 = 'Ama de casa'                1 = 'Trabaja fdelac'
          3 = 'Trabaja y Estudia'          4 = 'Estudia' ;
value v04f 1 = 'No sabe leer y escribir'
          2 = 'Sabe Leer y Escribir'
          3 = 'Primaria '
          4 = 'Secundaria ' 5 = 'Preparatoria'
          6 = 'Profesional';
value v05f 2 = 'Casada'  4 = 'Union Libre' 3 = 'Divorciada'
          1 = 'Soltera' 5 = 'Viuda';
value v06f 4 = 'Tot. de Acuerdo'
          3 = 'De Acuerdo'
          2 = 'En Parte de Acuerdo'
          1 = 'No de Acuerdo';
value v28f 1 = 'SI'  0 = 'NO';
value v29f 1 = 'Enf. del S.R.'
          2 = 'Enf. Vias Altas'
          3 = 'Enf. Vias Bajas'
          4 = 'Alergias'
          5 = 'Enf. Peli. e Inf.'
          6 = 'Sintomas' ;
value v30f 1 = 'Necio, no juega, triste'
          2 = 'Catentura'
          3 = 'Dolor de cabeza'
          4 = 'Tos y flema'
          5 = 'Mormado'
          6 = 'No contesto';
value v31f 1 = 'uno' 2 = 'dos' 3 = 'tres' 4 = 'mas de 3';
value v32f 1 = 'Una vez' 2 = 'Dos o tres' 3 = 'Cuatro o mas' 4 = 'Ninguna';
value v33f 1 = 'Madre' 2 = 'Abuela' 3 = 'Tia' 4 = 'Esposo';
value v34f 1 = 'Descuido' 2 = 'Bajas defensas' 3 = 'Contagio'
          4 = 'Normal' 5 = 'Cambios de clima' 6 = 'Agua fria' 7 = 'No se';
value v35f 1 = 'oidos' 2 = 'garganta' 3 = 'nariz' 4 = 'pecho';
value v36f 1 = 'm. naturales' 2 = 'automedicacion' 3 = 'consulta'
          4 = 'nada' 5 = 'no respuesta';
value v37f 1 = 'remedios caseros' 2 = 'automedicacion' 3 = 'consulta'
          4 = 'nada' 5 = 'no respuesta';
value v38f 1 = 'insiste' 2 = 'liquidos' 3 = 'consulta'
          4 = 'nada' 5 = 'no respuesta';
value v39f 1 = 'remedios caseros' 2 = 'vaporizaciones' 3 = 'cambios de pos'
          4 = 'nada' 5 = 'no le ha sucedido' 6 = 'no respuesta' 7 = 'consulta' ;
value v40f 1 = 'automedicacion' 2 = 'remedios caseros' 3 = 'consulta'
          4 = 'nada' 5 = 'no respuesta';
value v42f 1 = 'alimentarlo bien' 2 = 'evitar contagio' 3 = 'abrigarlo'
          4 = 'automedicacion' 5 = 'consulta' 6 = 'nada';
value v43f 1 = 'Enfermera' 2 = 'Medico' 3 = 'Mama' 4 = 'Experiencia'
          5 = 'TV y radio';
value v44f 1 = 'respira rapido' 2 = 'no baja la temp.'
          3 = 'varios dias enf.' 4 = 'todas';
value v45f 1 = 'se enferme mas' 2 = 'inteme en el H.' 3 = 'se muera'
          4 = 'dano permanente' 5 = 'todas' ;

```

```

if v29 eq 6 then tv29 = 2;
if v30 eq 1 then tv30 = 3;
if v30 eq 2 then tv30 = 3;
if v30 eq 3 then tv30 = 2;
if v30 eq 4 then tv30 = 2;
if v30 eq 5 then tv30 = 3;
if v30 eq 6 then tv30 = 1;
if v34 eq 1 then tv34 = 2;
if v34 eq 2 then tv34 = 4;
if v34 eq 3 then tv34 = 3;
if v34 eq 4 then tv34 = 1;
if v34 eq 5 then tv34 = 4;
if v34 eq 6 then tv34 = 3;
if v34 eq 7 then tv34 = 1;
if v36 eq 1 then tv36 = 3;
if v36 eq 2 then tv36 = 3;
if v36 eq 3 then tv36 = 1;
if v36 eq 4 then tv36 = 1;
if v36 eq 5 then tv36 = 2;
if v37 eq 1 then tv37 = 2;
if v37 eq 2 then tv37 = 1;
if v37 eq 3 then tv37 = 3;
if v37 eq 4 then tv37 = 1;
if v37 eq 5 then tv37 = 1;
if v38 eq 1 then tv38 = 2;
if v38 eq 2 then tv38 = 3;
if v38 eq 3 then tv38 = 3;
if v38 eq 4 then tv38 = 1;
if v38 eq 5 then tv38 = 1;
if v39 eq 1 then tv39 = 2;
if v39 eq 2 then tv39 = 3;
if v39 eq 3 then tv39 = 1;
if v39 eq 4 then tv39 = 1;
if v39 eq 5 then tv39 = 2;
if v39 eq 6 then tv39 = 1;
if v39 eq 7 then tv39 = 3;
if v40 eq 1 then tv40 = 1;
if v40 eq 2 then tv40 = 2;
if v40 eq 3 then tv40 = 3;
if v40 eq 4 then tv40 = 1;
if v40 eq 5 then tv40 = 1;
if v41 eq 1 then tv41 = 1;
if v41 eq 2 then tv41 = 1;
if v41 eq 3 then tv41 = 3;
if v41 eq 4 then tv41 = 1;
if v41 eq 5 then tv41 = 1;
if v42 eq 1 then tv42 = 4;
if v42 eq 2 then tv42 = 4;
if v42 eq 3 then tv42 = 3;
if v42 eq 4 then tv42 = 1;
if v42 eq 5 then tv42 = 3;
if v42 eq 6 then tv42 = 1;
if v47 eq 1 then tv47 = 2;
if v47 eq 2 then tv47 = 4;
if v47 eq 3 then tv47 = 2;
if v47 eq 4 then tv47 = 1;
cuidactu = tv29 + tv30 + tv34 + tv36 + tv37 + tv38 + tv39 + tv40 +
            tv41 + tv42 + tv47;
if cuidactu le 22 then mcuidact = 1;

```

```
proc catmod;
  model mcuidact = mv04 mestotal / freq oneway predict;
  response 0 1;
proc catmod;
  model mcuidact = mv05 mestotal / freq oneway predict;
  response 0 1;
proc catmod;
  direct v02;
  model mcuidact = v02 mestotal / nogls ml pred;
run;
```

```

value v46f 1 = 'medico privado' 2 = 'farmacia' 3 = 'Centro de Salud'
      4 = 'Seguro Social' 5 = 'Curandero' 6 = 'Otros';
value v47f 1 = 'Mismos cuidados' 2 = 'No tiene otros hijos' 3 = 'Nada'
      4 = 'No respuesta';
value v48f 1 = 'Resfriado' 2 = 'Catarro' 3 = 'Constipado' 4 = 'Mormado'
      5 = 'Gripa';
value v49f 1 = 'Excelente' 2 = 'Bueno' 3 = 'Regular' 4 = 'Malo';
proc print;
proc means;
  var v02 v09 escono escapa estotal cuidactu mestotal mcuidact;
proc freq;
  tables v02 - v49 tv29 tv30 tv34 tv36 tv37 tv38 tv39 tv40 tv41 tv42 tv47
  escono escapa estotal cuidactu mestotal mcuidact ;
  format v03 v03f. v04 v04f. v05 v05f. v06 - v27 v06f.
  v28 v28f. v29 v29f. v30 v30f. v31 v31f. v32 v32f. v33 v33f. v34 v34f.
  v35 v35f. v36 v36f. v37 v37f. v38 v38f. v39 v39f. v40 v41 v40f.
  v42 v42f. v43 v43f. v44 v44f. v45 v45f. v46 v46f. v47 v47f.
  v48 v48f. v49 v49f. ;
proc corr ;
  var v02 estotal cuidactu ;
proc corr alpha ;
  var tv29 tv30 tv34 tv36 tv37 tv38 tv39 tv40 tv41 tv42 tv47 ;
proc corr alpha ;
  var v06 - v16;
proc corr alpha ;
  var v17 - v27;
proc corr alpha ;
  var escono escapa;
proc univariate plot;
  var v02 cuidactu;
proc plot;
  plot cuidactu*v02;
proc glm;
  class v03 mv04 mestotal;
  model cuidactu = v02 v03 mestotal mv04;
  means mv04 mestotal;
  lsmeans mv04 mestotal;
proc glm;
  class v03 mv04 mestotal;
  model cuidactu = v02 v03 mestotal;
  means v03 mestotal;
  lsmeans v03 mestotal;
proc glm;
  class v03 mv04 mestotal;
  model cuidactu = v03 mestotal;
  means v03 mestotal;
proc catmod;
  model mcuidact = mv04 v03 mestotal / freq oneway predict;
  response 0 1;
proc catmod;
  model mcuidact = mv05 v03 mestotal / addcell=.01 freq oneway predict;
  response 0 1;
proc catmod;
  model mcuidact = mv04 mv05 mestotal / addcell=.01 freq oneway predict;
  response 0 1;
proc catmod;
  model mcuidact = v03 mestotal / freq oneway predict;
  response 0 1;

```

```
proc catmod;
  model mcuidact = mv04 mestotal / freq oneway predict;
  response 0 1;
proc catmod;
  model mcuidact = mv05 mestotal / freq oneway predict;
  response 0 1;
proc catmod;
  direct v02;
  model mcuidact = v02 mestotal / nogls ml pred;
run;
```


A P E N D I C E C

SOLICITUD DE APLICACION DE INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO
AV. GONZALITOS 1500 COL. MITRAS CENTRO
TEL. 348-18-47 FAX (8) 333-41-90
64460 MONTERREY, N. L., MEXICO



OFICIO NUM.

EXP.

DRA. GENOVEVA HINOJOSA GARZA
Jefe de la Jurisdicción No. 4
Presente.-

Estimada Dra. Hinojosa:

Por este conducto, estoy solicitando que se permita que Lic. Flor Georgina Rodríguez Niño quien es especialista en Enfermería y trabaja en el proyecto de la cuestión de "Ciudad Materna" en la población de Trespalme Alta en la población materna...

La Lic. Rodríguez actualmente trabaja en el proyecto de lo que al contar con el permiso para la aplicación de instrumentos, facilitará el avance en el trabajo. No olvidemos el apoyo que siempre nos ha brindado, agradeceremos que nos facilite el trabajo de enfermería.

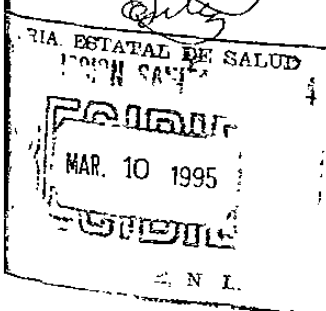
[Handwritten signature]

A quien corresponde:
"ALEFI FLOR GONZALEZ NIÑO"
Monterrey, N. L. el día 10 de febrero de 1995



[Handwritten signature: ma del Refugio Durán]

Sub-Secretaria de Investigación - OFICINA DE INVESTIGACION



A P E N I C E D

DISTRIBUCION DE MANZANAS POR AGEB

MANZANAS QUE COMPONEN LA MUESTRA PARA EL ESTRATO BAJO
EN EL MUNICIPIO DE APODACA, NUEVO LEON (N = 603, n = 83)

i	AGEB	Mpo	M _i	Ini - Fin	m _i	Número (acumulativo) de manzana
1	13.6	APO	4	1 - 4	0	
2	17.4	APO	14	5 - 18	0	
3	22.5	APO	27	19 - 45	5	20, 29, 38, 40, 41
4	24.4	APO	15	46 - 60	0	
5	27.8	APO	5	61 - 65	1	62
6	32.9	APO	57	66 - 122	10	73, 75, 78, 82, 96, 102, 109, 114, 117, 120
7	33.3	APO	31	123 - 153	2	129, 131
8	34.8	APO	11	154 - 164	1	160
9	36.7	APO	11	165 - 175	2	165, 167
10	38.6	APO	50	176 - 225	4	183, 207, 216, 225
11	39.0	APO	34	226 - 259	5	227, 231, 232, 234, 246
12	42.2	APO	47	260 - 306	9	261, 276, 279, 284, 285, 288, 298, 300, 305
13	43.7	APO	40	307 - 346	6	313, 327, 328, 332, 336, 345
14	46.0	APO	45	347 - 391	7	349, 351, 368, 373, 377, 378, 385
15	47.5	APO	44	392 - 435	7	392, 394, 396, 419, 421, 429, 433
16	54.5	APO	39	436 - 474	8	444, 451, 458, 460, 463, 467, 473, 474
17	56.4	APO	44	475 - 518	4	489, 500, 515, 518
18	57.9	APO	21	519 - 539	3	531, 532, 534
19	68.7	APO	8	540 - 547	0	
20	69.1	APO	9	548 - 556	1	556
21	71.9	APO	47	557 - 603	8	557, 562, 563, 564, 577, 580, 586, 595

AGEB = Area Geoestadística Básica (Fuente: INEGI)

Mpo = Municipio; GG = Garza García, MTY = Monterrey, GUA = Guadalupe, APO = Apodaca, SAN = San Nicolás, SCA = Santa Catarina, ESC = Escobedo

M_i = Número de Manzanas que integran el i-ésimo AGEB

m_i = Número de Manzanas en la muestra que pertenecen al i-ésimo AGEB

Manzanas que componen la muestra para el estrato BAJO
 (MAESBAPO.DUT)
 (N = 603, B = .10, alpha = .05, n = 83) Municipio: Apodaca

OBS	MANZANA	UNI	OBS	MANZANA	UNI
1	183	0.000748	1	20	0.04725
2	534	0.003654	2	29	0.04190
3	225	0.004678	3	38	0.06537
4	458	0.005618	4	40	0.10611
5	165	0.010986	5	41	0.01539
6	288	0.011561	6	62	0.04274
7	246	0.012172	7	73	0.09745
8	433	0.012669	8	75	0.07562
9	595	0.014289	9	78	0.01620
10	41	0.015393	10	82	0.04889
11	78	0.016199	11	96	0.04020
12	562	0.016951	12	102	0.05371
13	377	0.016983	13	109	0.05313
14	120	0.017834	14	114	0.01904
15	114	0.019042	15	117	0.03687
16	231	0.019802	16	120	0.01783
17	345	0.027326	17	129	0.04702
18	489	0.027969	18	131	0.07958
19	563	0.033681	19	160	0.11675
20	117	0.036874	20	165	0.01099
21	349	0.037256	21	167	0.07317
22	586	0.037602	22	183	0.00075
23	232	0.039348	23	207	0.06632
24	463	0.039498	24	216	0.06960
25	96	0.040200	25	225	0.00468
26	279	0.041734	26	227	0.10993
27	580	0.041858	27	231	0.01980
28	29	0.041902	28	232	0.03935
29	62	0.042741	29	234	0.06365
30	129	0.047023	30	246	0.01217
31	20	0.047250	31	261	0.06628
32	284	0.048515	32	276	0.12239
33	82	0.048895	33	279	0.04173
34	557	0.051094	34	284	0.04852
35	392	0.051717	35	285	0.10851
36	109	0.053125	36	288	0.01156
37	102	0.053713	37	298	0.06487
38	515	0.055006	38	300	0.07601
39	313	0.057198	39	305	0.12191
40	378	0.061348	40	313	0.05720
41	564	0.061603	41	327	0.10159
42	429	0.062288	42	328	0.07660
43	556	0.063647	43	332	0.12355
44	234	0.063651	44	336	0.08133
45	298	0.064866	45	345	0.02733
46	368	0.064962	46	349	0.03726
47	38	0.065373	47	351	0.12963

54	48	261	0.066283	48	368	0.06496
55	49	207	0.066319	49	373	0.07454
56	50	394	0.067179	50	377	0.01698
57	51	216	0.069601	51	378	0.06135
58	52	167	0.073172	52	385	0.11799
59	53	373	0.074544	53	392	0.05172
60	54	75	0.075623	54	394	0.06718
61	55	300	0.076012	55	396	0.07823
62	56	328	0.076603	56	419	0.13000
63	57	577	0.077260	57	421	0.08420
64	58	473	0.077921	58	429	0.06229
65	59	396	0.078234	59	433	0.01267
66	60	444	0.078986	60	444	0.07899
67	61	131	0.07958	61	451	0.09920
68	62	336	0.08133	62	458	0.00562
69	63	421	0.08420	63	460	0.10237
70	64	467	0.08614	64	463	0.03950
71	65	73	0.09745	65	467	0.08614
72	66	451	0.09920	66	473	0.07792
73	67	327	0.10159	67	474	0.11869
74	68	460	0.10237	68	489	0.02797
75	69	40	0.10611	69	500	0.12361
76	70	531	0.10839	70	515	0.05501
77	71	285	0.10851	71	518	0.13133
78	72	227	0.10993	72	531	0.10839
79	73	532	0.11221	73	532	0.11221
80	74	160	0.11675	74	534	0.00365
81	75	385	0.11799	75	556	0.06365
82	76	474	0.11869	76	557	0.05109
83	77	305	0.12191	77	562	0.01695
84	78	276	0.12239	78	563	0.03368
85	79	332	0.12355	79	564	0.06160
86	80	500	0.12361	80	577	0.07726
87	81	351	0.12963	81	580	0.04186
88	82	419	0.13000	82	586	0.03760
89	83	518	0.13133	83	595	0.01429

APENDICE D

AGEB	COLONIAS	no. MANZANASENC.
13.6	EMPRESAS	0
22.5	PUEBLO NUEVO	5
27.8	ENCARNACION	1
32.9	ROBERTO ESPINOZA	10
33.3	LOMAS DEL PEDREGAL	2
34.1	NUEVA MIXCOAC	1
36.7	" "	2
38.6	NUEVO AMANECER	4
39.0	" " "	5
42.2	PUEBLO NNUEVO	9
43.7	PUEBLO NUEVO	6
46.0	NORIA	7
47.5	NORIA	7
54.5	FRESNOS	8
56.4	PUEBLO NUEVO	4
57.9	" "	3
68.7	APODACA	0
71.9	PRADOS DE LA CIENEGUITA	8
69.1	" "	1

APODACA, N. L. 1995

N= 83 MANS. ENC.= 237

A P E N D I C E E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APENDICE E

Buenos Días:

Soy Enfermera, estudiante de postgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo Leon.

Quisiera saber si le gustaria contestar algunas preguntas sobre la experiencia que tiene usted y el cuidado que da a sus hijos menores de cinco años cuando tienen catarro.

Su participacion es de gran importancia, sus respuestas serán utilizadas para un estudio de investigación en el cual se quiere conocer el cuidado que las madres dan a sus hijos cuando tienen catarro, los resultados beneficiaran a su comunidad y al municipio de Apodaca, N.L.

Sus respuestas serán solo para este estudio, nunca en perjuicio de su salud, su privacidad será respetada y su participación no ocasionará ningun gasto para usted. Se le hara una entrevista de 15 a 20 minutos, siendo completamente voluntaria tratando de no interrumpir sus actividades. Si no quiere dar su nombre o en algún momento aun iniciada la entrevista usted decide no continuar puede hacerlo.

Se agradece su atención y tiempo prestado.

Favor de firmar o poner sus iniciales si esta de acuerdo en contestar las preguntas.

Fecha

Firma de la persona entrevistada

Firma del entrevistador

APENDICE F

FRECUENCIAS OBTENIDAS DE CUIDADO ACTUAL

IKSTAT 4 Frequencies

06-08-1995

Frequency Table for NEWCARE

NEWCARE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
14	2	0.84	2	0.84
15	1	0.42	3	1.27
16	2	0.84	5	2.11
17	5	2.11	10	4.22
18	1	0.42	11	4.64
19	9	3.80	20	8.44
20	11	4.64	31	13.08
21	13	5.49	44	18.57
22	13	5.49	57	24.05
23	11	4.64	68	28.69
24	27	11.39	95	40.08
25	17	7.17	112	47.26
26	24	10.13	136	57.38
27	28	11.81	164	69.20
28	26	10.97	190	80.17
29	19	8.02	209	88.19
30	19	8.02	228	96.20
31	6	2.53	234	98.73
32	1	0.42	235	99.16
33	2	0.84	237	100.00

FUENTE: I.M.C.

APENDICE G

FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LA SUMA DE LA ESCALA
DE CAPACIDAD MATERNA PERCIBIDA

STAT 4 Frequencies

06-08-1995

Frequency Table for TOTALCAP

TOTALCAP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
48	2	0.84	2	0.84
49	1	0.42	3	1.27
51	2	0.84	5	2.11
52	3	1.27	8	3.38
53	1	0.42	9	3.80
55	4	1.69	13	5.49
56	3	1.27	16	6.75
57	10	4.22	26	10.97
58	5	2.11	31	13.08
59	9	3.80	40	16.88
60	9	3.80	49	20.68
61	12	5.06	61	25.74
62	9	3.80	70	29.54
63	9	3.80	79	33.33
64	12	5.06	91	38.40
65	9	3.80	100	42.19
66	13	5.49	113	47.68
67	10	4.22	123	51.90
68	10	4.22	133	56.12
69	12	5.06	145	61.18
70	6	2.53	151	63.71
71	9	3.80	160	67.51
72	12	5.06	172	72.57
73	12	5.06	184	77.64
74	9	3.80	193	81.43
75	6	2.53	199	83.97
76	6	2.53	205	86.50
77	8	3.38	213	89.87
78	3	1.27	216	91.14
79	4	1.69	220	92.83
80	3	1.27	223	94.09
81	4	1.69	227	95.78
82	5	2.11	232	97.89
83	1	0.42	233	98.31
84	3	1.27	236	99.58
87	1	0.42	237	100.00

APENDICE H

APOZACA, N.L. ENERO-MAYO 1995

NIVELES DE CUIDADO

BUENO	REGULAR	MALO
BAJO	TE (GORDOLOBO, LIMON,	NO HACE NADA
VENTILACION	OREGANO, BUGAMBILIA.	NO CONSULTA
GOTAS DE MANZANILLA	VICK VAPORU	NO LIQUIDOS
VAPORIZACIONES	TOMATE EN LOS PIES	NO ALIMENTOS
MIEL DE ABEJA	PARA QUEBRAR ANGINAS	CONO PAPEL Y
BUENA ALIMENTACION	GOTAS DE MALABAR	HUMO.
LIQUIDOS	CONSULTA	NO HIGIENE
MEDICAMENTOS INDI-	INSISTE PARA QUE	AUTOMEDICA
CADOS.	COMA.	NO RECONOCE
CONSULTA	APLICA UNA O DOS	SINTOMAS NI
AISLAMIENTO	MEDIDAS PREVENTIVAS	COMPLICACION
EXTRACCION DE	RECONOCE UNO O DOS	NO MEDIDAS
FLEMAS.	SINTOMAS.	PREVENTIVAS.
MEDIDAS PREVENTIVAS	NORMAL	NO SABE
EVITA CONTAGIO		
RECONOCE SINTOMAS Y		
COMPLICACIONES.		
RECONOCE CAUSAS.		

APENDICE I

MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LAS MADRES

APODACA, N.L. ENERO-MAYO 1995.

NECESIDAD	MEDICAMENTO
FIEBRE	TEMPRA, NEOMELUBRINA, MEJORAL, DESENFRIOL DIMETAP, ACETAMINOFEN, TAYLENOL, ILOSONE.
TOS	DIMETAP, TESALON, ILOSONE, EPICOL, VICK VAPORU, BENADRIL, SULFAMETOXASOL, DIMACOL, MUCOSOLBAN, DIFENILHIDRAMINA, MICROBIROL, AMBROXOL, AMOXIL, BRONCOLIN, ISMANAL, BISOLBON, VENTOLIN, CEPACOL, SUDAFED, HIFTIALI., BACTRIM.
NO QUIERE COMER	VITAMINAS.
NO PUEDE RESPIRAR	VICK VAPORU, AFRIN, ILOSONE SPRAY, VENTOLIN SPRAY, BECOTIDE.
DOLOR GARGANTA	MEJORAL, AMPICILINA (INYECTABLE), PENICIL- LINA, FENTREXIL, TERRAMICINA, AMBROXOL, LINCOCIN, PARACETAMOL, AMIKACINA, BETAMETA- ZONA, ILOSONE, CEPACOL, VIT. C.
DOLOR OJOS	AMPICILINA, GOTAS NEOMICINA.

Fuente: ICM

APENDICE I

REMEDIOS CASEROS UTILIZADOS POR LAS MADRES. APODACA, N.L., 1995

FIEBRE	TOS	DIF. PARA RESC.	DOLOR GARGANTA	DOLOR CODO
Beber en el cuerpo	te de manzanilla	gotas de manzanilla	tomate en los pies	como papaliflame
liquidos	te yucotolobu	gotas de agua/sal	gargaras con sal	tapones aigouón
aceite de castor	te			emplastos hierbas
	te de orégano			
	miel con limón			
	vick vaporu			
	tomate en los pies			
	gotas de malabar			
	miel de abeja			
	aceite de castor			

FUENTE: ICM

