



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
FACULTAD DE MEDICINA.  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.76.  
URUAPAN, MICHOACÁN.**

**EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN LA  
APTITUD DE LAS MADRES PARA EL MANEJO DE INFECCIONES  
AGUDAS DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MARÍA TERESA DÍAZ BRAVO.**

Uruapan, Mich.

2012.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA  
EN LA APTITUD DE LAS MADRES PARA EL MANEJO DE  
INFECCIONES AGUDAS DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MARÍA TERESA DÍAZ BRAVO.**

AUTORIZACIONES

**DR. EDGARDO HURTADO RODRÍGUEZ.**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES CONVENIO I.M.S.S.- U.N.A.M  
UMF76 I.M.S.S. URUAPAN MICH.

**DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI.**

MÉDICO INTERNISTA DIPLOMADO EN EDUCACIÓN  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.  
I.M.S.S. DELEGACIÓN MICHOACAN  
ASESOR DE TEMA DE TESIS.

**DR. LUIS ESTRADA SALAZAR**

COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
I.M.S.S. DELEGACION MICHOACAN

**DRA OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ.**

COORDINADORA AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.  
I.M.S.S. DELEGACIÓN MICHOACÁN

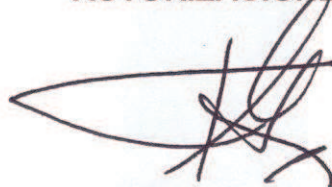
**EVALUACION DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA  
PARTICIPATIVA EN LA APTITUD DE LAS MADRES PARA  
EL MANEJO DE INFECCIONES AGUDAS DE VIAS  
AEREAS SUPERIORES.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

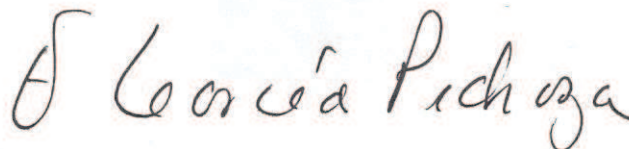
**PRESENTA**

**DRA. MARIA TERESA DÍAZ BRAVO**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



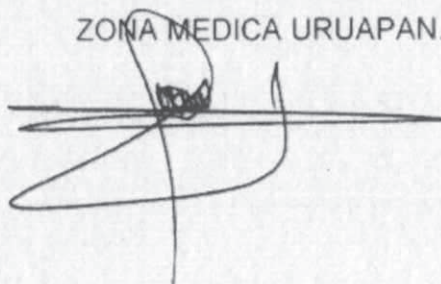
**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

---

DR JOSE MELQUIADES JERONIMO CAMACHO PEREZ  
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
ZONA MEDICA URUAPAN.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS por permitirme ser, por darme la oportunidad de aprender cada día y sentir su infinito amor.

A mis padres Carlos Díaz Saavedra  $\frac{1}{1}$  y Lupita Bravo Padilla, sin quienes no se hubiese materializado mi existencia y concretado en quien soy ahora.

A mis hermanos Carlos, Jorge, Lupita, Mimí, Martín y Mili con quienes viví los primeros pasos amorosos de la vida y seguir en el camino.

A mi esposo Jorge Enrique González Asta por el apoyo incondicional y promotor de mi superación, muestra de su amor maduro y esencia de mi vida.

A mis hijos Quique, Iván y Adrián quienes me incitaron a prepararme como madre en cada etapa de su vida por su amor diáfano y reconfortante y por la enseñanza que me han brindado en este proceso.

Al Dr. Eduardo Pastrana Huanaco por la colaboración esencial en el desarrollo y procesamiento de este trabajo.

Al Dr. Javier Ruiz García por el apoyo insustituible e integral desde el inicio de este proceso.

A mis maestros y directivos de las unidades del IMSS, por todo lo que han aportado para que haya logrado esta meta, que se ha convertido en parteaguas en mi vida.

A mis amigos por confiar en mí y estar parados en apoyo en cada momento que lo he requerido.



## AGRADECIMIENTOS.

AL DR. Juan Gabriel Paredes Saralegui por la confianza que depositó en mi al aceptar la tutoría de este trabajo, por el tiempo invertido por los descansos perdidos, por la paciencia que me tuvo y sobre todo por la enseñanza y dirección al dar seguimiento a este proyecto.

Al Dr. José Melquíades Jerónimo Camacho Pérez, por su valiosa intervención en éste proyecto.

Al Dr. Edgardo Hurtado Rodríguez por el aprendizaje que obtuve gracias a sus intervenciones.

Al Dr. Isaías Hernández Torres por la oportuna orientación y paciencia cuando las dudas surgían.

A los directivos y supervisores de la U.N.A.M. por la paciente orientación en los momentos que lo requerí.

A la Dra María Auxilio Núñez Olivares por su apoyo incondicional y su amistad alentadora.

A todos compañeros y amigos cuya lista sería interminable y sin ánimo de omitir a nadie, que me acompañaron en el camino y que aportaron en su momento la confianza en mí, y el trámite necesario y oportuno.

COLABORADORES.

**DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO.**  
ASESOR METODOLOGICO.

**DR. JAVIER RUIZ GARCIA.**  
ASESOR MEDICO.

**DRA IRMA HERNANDEZ CASTRO.**  
MEDICO PEDIÁTRA.

**ADRIAN FARID GONZÁLEZ DÍAZ.**  
MEDICO INTERNO DE PREGRADO.

**JORGE IVAN GONZÁLEZ DÍAZ**  
LIC. EN PSICOLOGÍA.



## ÍNDICE.

|            |                                 |    |
|------------|---------------------------------|----|
| <b>1.</b>  | RESUMEN.....                    | 7  |
| <b>2.</b>  | GLOSARIO.....                   | 9  |
| <b>3.</b>  | INTRODUCCIÓN.....               | 10 |
| <b>4.</b>  | ANTECEDENTES.....               | 12 |
| <b>5.</b>  | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 18 |
| <b>6.</b>  | JUSTIFICACIÓN.....              | 19 |
| <b>7.</b>  | HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....      | 20 |
| <b>8.</b>  | MATERIAL Y METODOS.....         | 20 |
| <b>9.</b>  | METODOLOGIA .....               | 22 |
| <b>10.</b> | RESULTADOS.....                 | 33 |
| <b>11.</b> | DISCUSIÓN.....                  | 37 |
| <b>12.</b> | CONCLUSIONES.....               | 44 |
| <b>13.</b> | SUGERENCIAS.....                | 47 |
| <b>14.</b> | ANEXOS.....                     | 49 |
| <b>15.</b> | BIBLIOGRAFÍA.....               | 77 |

## RESUMEN

Las estrategias educativas son los métodos, técnicas, procedimientos y recursos que se planifican de acuerdo con las necesidades de la población a la cuál van dirigidas y que tiene por objeto hacer más efectivo el proceso. Éste último implica el seguimiento de una serie de pasos que se establecen inicialmente, para lo cuál quienes realizan la planificación utilizan diferentes herramientas y expresiones. Las tendencias actuales en la educación se ubican en las actividades que son periféricas o colaterales al proceso educativo, en las que se ha visto que es más efectivo el aprendizaje participativo. Una aptitud es la conjunción de conocimientos, destrezas y actitudes en constante desarrollo; una capacidad creciente y pertinente, así como mayor alcance de las acciones realizadas para influir positivamente en su ambiente. Por ejemplo prevenir la ocurrencia de enfermedades importantes como es el caso de las Infecciones Agudas de Vías Aéreas Superiores (IAVAS).

### **Objetivo.**

Evaluar el efecto de una estrategia educativa participativa en la aptitud de las madres para el manejo de infecciones agudas de vías aéreas superiores.

### **Material y métodos.**

Es un estudio de intervención educativa, cuasi-experimental.

Grupo 1 Experimental, 10 madres que se someterán a la intervención educativa participativa con duración de 16 hrs. (ocho sesiones de 2 hrs, 2 veces por semana).

Grupo 2. Control, 10 madres que se integrarán a la estrategia tradicional sobre los mismos temas iniciando el mismo día y a la misma hora que el grupo experimental. (Considerando que por lo menos acudieron cinco veces).

## **Resultados.**

El coeficiente de consistencia interna del instrumento fue de .78, la prueba de respuestas esperadas por azar de 20. Se observó avance significativo intragrupo en el grupo experimental ( $p \leq 0.05$ ), mientras el control continuó sin cambios. Al evaluar la magnitud del cambio también se observó marcada diferencia con el grupo experimental ( $p \leq 0.05$ ).

## **Conclusiones.**

La estrategia educativa participativa propicia una mejor aptitud en las madres en el manejo de infecciones agudas de vías aéreas superiores.

## GLOSARIO.

Aptitud clínica: para efectos de éste trabajo se entiende por la competencia de las madres para identificar y resolver apropiadamente las situaciones del manejo inicial de IAVAS.

Identificación de factores de riesgo de las IAVAS: factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas, que se sabe asociada al aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos...) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos, produciendo un fenómeno de interacción.

Identificación de signos y síntomas de las IAVAS: se consideran: dolor faríngeo, rinorrea, tos, fiebre, disfonía y cefalea.

Automedicación: la automedicación, se define como la selección y el uso de medicamentos por parte del usuario, para el tratamiento de enfermedades o síntomas reconocibles por él mismo.

Medidas tradicionales de tratamiento: son la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnosis o tratamiento de las mismas.

Identificación de signos de alarma: los síntomas respiratorios que indica enfermedad grave son: cianosis, estridor, respiración superficial y dificultad respiratoria. En un paciente con IAVAS el vómito persistente, oliguria y el exantema petequeal o purpúrico se consideran signos indicativos de enfermedad grave.

Medidas que el Médico Familiar indica en IAVAS o Apego al tratamiento: se entiende como el grado en que la conducta del paciente corresponde con la prescripción del médico. Esta conducta no se limita a la toma de medicamentos, e incluye las indicaciones relativas a la dieta, el ejercicio, cambios de estilo de vida y otras indicaciones higiénicas, los exámenes para clínicos, asistencia a las citas y cualquier otra indicación o recomendación

relevante para el diagnóstico, prescripción, monitoreo y control del padecimiento.

## **INTRODUCCIÓN.**

Las estrategias educativas son los métodos, técnicas, procedimientos y recursos que se planifican de acuerdo con las necesidades de la población a la cuál van dirigidas y que tiene por objeto hacer más efectivo el proceso. El concepto también se utiliza para referirse al plan ideado para dirigir un asunto y para designar al conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento. En otras palabras, una estrategia es el proceso seleccionado a través del cual se prevé alcanzar un cierto estado futuro. Las acciones que se llevan a cabo para concretar planes y proyectos de distinto tipo forman parte de la planificación. Éste proceso implica el seguimiento de una serie de pasos que se establecen inicialmente, para lo cual quienes realizan la planificación utilizan diferentes herramientas y expresiones.

La palabra educación viene de la palabra latina “educere” que significa guiar o conducir; o de “educare” que significa formar o instruir y puede definirse como: todos aquellos procesos que son bidireccionales, mediante los cuales se pueden elaborar conocimientos, costumbres, valores y formas de actuar. Por tanto, una estrategia educativa es un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo, que se llevan a cabo para elaborar conocimientos, costumbres, valores y formas de actuar, con un antecedente histórico que data del año 551 adC al 479 adC. Me lo contaron y lo olvidé, lo ví y lo aprendí, lo hice y lo entendí (Confucio).

Las tendencias actuales en la educación se ubican en las actividades que son periféricas o colaterales al proceso educativo, en las que se ha visto que es más efectivo el aprendizaje participativo. El aprendizaje participativo es una propuesta didáctica contemporánea que nace de varias perspectivas

pedagógicas, entre ellas las constructivistas. A partir de las cibernéticas de segundo orden, perspectivas sistémicas y más recientemente, de los hallazgos de la antropología, la sociología, y las ciencias cognitivas aplicadas a la educación, se indica que nuestra especie construye el conocimiento de manera natural a partir de las relaciones con “los otros”. El aprendizaje participativo puede promover la adquisición de aptitudes, para la solución de problemas reales (1); donde una aptitud es la conjunción de conocimientos, destrezas y actitudes en constante desarrollo; una capacidad creciente y pertinente, así como mayor alcance de las acciones realizadas para influir positivamente en su ambiente (2) por ejemplo prevenir la ocurrencia de enfermedades importantes, o detectarlas tempranamente, ya que aunque se encontró cura para un gran número de estas enfermedades, también se reconoció que hay todavía muchas condiciones cuyo manejo, en estado sintomático, está lejos de ser adecuado a pesar de la existencia de las normas oficiales y PREVENIMSS (3,4), como es el caso de las Infecciones Agudas de Vías Aéreas Superiores (IAVAS).

Recientemente se reconoció la influencia de los hábitos de vida, sobre un número de problemas de salud, dentro de los cuales se encuentra las IAVAS y hubo un creciente deseo de reducir el riesgo y mejorar la calidad de vida modificando actividades esenciales en el estilo de vida. Cobrando así importancia los cuidados preventivos, que tienen el atractivo potencial de alcanzar un número de metas que incluyen: reforzar la calidad de vida, disminuir la morbilidad, acrecentar el período de vida y posiblemente, reducir los costos al disminuir el número de pacientes que requieran una consulta o tratamiento con medicamentos.

Las Infecciones Agudas de Vías Aéreas Superiores (IAVAS), representan la principal causa de morbilidad en el mundo y la causa más frecuente de utilización de los servicios de salud en todos los países. Se ha estimado que las IAVAS representan entre el 30% y el 50% de las visitas pediátricas a los establecimientos de salud y del 20% al 40 % de las hospitalizaciones pediátricas, en la mayoría de los países en vías de desarrollo.



Se estima que un niño de una zona rural padece de cinco a ocho episodios de IAVAS por año, durante los 5 primeros años de vida (5).

## **ANTECEDENTES.**

En el proceso de enseñanza aprendizaje, existen numerosas escuelas que se adjudican la fundamentación teórica de cómo ocurre dicho proceso (6), con la motivación de aprender como común denominador. Existiendo divergencia entre los métodos donde:

Uno tradicional supone que todo lo que requiere el individuo para aprender es información y se enfoca a suministrar toda la requerida de la mejor manera posible, y donde se privilegia la información programada en el currículo y se desestima la experiencia que puede desempeñar el sujeto que aprende. Lo importante es la forma como se transmite el conocimiento y las técnicas didácticas constituyen el propósito central de la acción docente, los profesores son protagonistas con una relación jerárquica sobre los alumnos, que son objeto de inculcación del conocimiento.

La teoría impartida como información es el punto de partida y eje organizador de las experiencias de aprendizaje. Se piensa que el educando por definición ignorante, inculto y sin criterio debe incursionar en el conocimiento entendido como información, a través de la lectura, la práctica no es un desafío para la teoría, sino un complemento, una ilustración de sus implicaciones, una verificación de la misma.(7,8)

En contraposición se encuentra la enseñanza participativa, la cual asegura que la información es la materia prima que debe ser transformada por la crítica, recuperando las experiencias vitales de cada sujeto que aprende, siendo aquí la diversidad de alumnos la fuente principal para enriquecer las experiencias; la acción es el único recurso capaz de llevar al aprendizaje y la información es sólo un complemento indispensable para fundamentar, orientar, cuestionar o replantear la experiencia y no la verdad como elemento elaborado sino, un elemento de reflexión que es desafiado en su poder

esclarecedor al contrastarla con la experiencia vital del sujeto que aprende. A partir de éste eje, y con el fin de enriquecer la experiencia, se busca formarlo en el dominio de los recursos metodológicos que le permitan influir en el espacio extraescolar, lo que el sujeto hace y cómo lo hace es lo decisivo en lo que llegará a ser, destacando la oportunidad de realizar determinadas acciones que posibiliten un cambio de conducta de permanencia variable (6,7,8); en suma ocurre una permanente vinculación de la experiencia con la teoría, y concluye en un trabajo productivo constituyendo una actividad con sólido fundamento científico-técnico, que hace trascender al individuo que la realiza.

La educación está inmersa en un contexto social, en ella confluyen una gran diversidad de ideologías y prácticas. Por lo que, la manera como se expresa en realidad depende de la forma como se conciba. En éste trabajo al considerar el fundamento epistemológico de ¿Qué es el conocimiento? y la actitud respecto a él, tomamos en cuenta la tendencia educativa participativa, que condensa una multitud de corrientes de pensamiento y acción, y cuyo propósito es la promoción o fortalecimiento de la participación de los diversos grupos sociales. Aquí la función del educador es la de despertar y desarrollar la conciencia crítica de sus alumnos, plantear un problema con el contenido y no la de disertar sobre él y entregarlo como si se tratara de un producto terminado, como se hace en la educación tradicional (9).

El modelo de aprendizaje participativo genera niveles crecientes de aptitudes, a través de dinámicas inductivas (generalización e integración) y deductivas (interdisciplinariedad y transversalidad). Los anteriores conceptos se enmarcan dentro de la modalidad de “dinámicas cibernéticas de segundo orden”, en la que la interacción entre el docente-facilitador y el constructor-participante, involucrados en un proceso de retroalimentación constante, permite desarrollar el proceso educativo (10). En éste proceso el alumno hace aquello que realmente conocerá y sabrá resolver, y tiene como eje el desarrollo de aptitudes, donde el conocimiento es producto de la elaboración del alumno,

por lo que se propone no consumir información sino elaborarla y transformarla; ubicando al alumno como protagonista de un proceso educativo, en el que desarrolla una actitud reflexiva-crítica, convirtiéndose así, en un personaje incluyente, cuestionador y transformador de su realidad. (11). En esta postura se propone que el aprendizaje, debe basarse en las experiencias para desarrollar capacidades de detección y resolución de problemas. (12).

En México, en 1986 Viniegra y colaboradores iniciaron su investigación en médicos residentes de Medicina Interna. Se evaluó la capacidad crítica en informes de investigación clínica basándose en 2 indicadores: juicio apreciativo global y razonamiento analítico (13), posteriormente concluyeron que la participación que tengan los alumnos en su proceso formativo es primordial para elaborar los aprendizajes, ampliando y profundizando su aptitud, al vincular de manera estrecha la teoría y la práctica (14-15). En estudios anteriores, esta relación teórico-práctica se ha asociado con la fundamentación de acciones y decisiones médicas (16). Además han desarrollado y perfeccionado instrumentos orientados a la medición de aptitudes, profundizando en la utilidad de exámenes escritos para medir las capacidades clínicas complejas, que superan la limitación de medir recuerdos de la información. Estos se basan en casos clínicos reales condensados e incluyen entre sus indicadores las conductas perjudiciales por comisión o por omisión, que permiten discriminar el tipo de experiencia de los respondientes en cuanto a su acuciosidad para distinguir lo adecuado de lo útil, lo oportuno y lo pertinente (17,18).

Algunas investigaciones realizadas en el área de la salud han generado resultados al utilizar estrategias de educación participativa, con el propósito de educar de una manera efectiva a la población para una prevención adecuada de las enfermedades (19,20). Estos autores han concluido que la experiencia parece no influir en el desarrollo de la aptitud y que la educación pasiva parece tener escasa influencia para solucionar problemas (21). En tanto que, la estrategia participativa, mejoró el estilo de vida del los pacientes con Diabetes

Mellitus tipo 2, o creó habilidades y desarrolló aptitudes en los pacientes, para detectar en forma oportuna problemas relacionados con la patología (22); por lo que la educación para la salud que permita la promoción de la misma y la prevención de las enfermedades, es una cuestión prioritaria y la mejor vía para evaluar el nivel de salud de la población (23).

El estudio del paciente en medicina familiar no está limitado al ámbito de enfermedad y debe por obligatoriedad incluir el de salud. Con un enfoque curativo pero a la vez preventivo, con manejo individual pero también con abordaje familiar, dando prioridad a la atención intramuros de la enfermedad y al trastorno psicosocial que implica esta. La relación médico-paciente tiene que relacionarse con el acto educativo. Las características del entorno social están presentes en el mismo entorno y teniendo el aula o el consultorio como escenario se pueden originar microambientes que, dependiendo del profesor o el médico, pueden propiciar el desarrollo de un aprendizaje que se sustenta en la transmisión y consumo de información; o el del ejercicio de la crítica y, a través del debate, aprender a cuestionar y enjuiciar la información. Sin embargo, es necesario aprender a discriminar lo válido de lo espurio y lo pertinente de lo no pertinente, teniendo a la experiencia como el referente de los juicios (24).

En éste contexto la educación para la salud desde el punto de vista preventivo, consiste en capacitar a las personas para evitar los problemas de salud, mediante el propio control de situaciones de riesgo o bienestar, evitando sus posibles consecuencias.

Se propone la educación para la salud como un proceso de formación y de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al paciente y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más saludable posible, así como conductas positivas de salud. De esta manera la aptitud

puede llegar a desarrollarse en mayor nivel en los derechohabientes cuando se incluya la educación participativa.

Para evaluar la aptitud, se requiere de una estrategia de indagación estructurada, en base a lo que llamamos problematización de las situaciones clínicas descritas (casos clínicos reales). Esto significa que el respondiente de los instrumentos utilizados, debe poner en juego su propio criterio al reconocer, con mayor o menor claridad, las particularidades de cada situación clínica que enfrenta; identificar las alternativas que se proponen, con fines de diagnóstico tratamiento o prevención y diferenciar las que a su juicio resultan apropiadas, útiles, oportunas o beneficiosas, de las inapropiadas, inútiles, extemporáneas, inconvenientes o perjudiciales. Es en éste sentido que los instrumentos de medición de la aptitud, nos permiten reconstruir la experiencia de aprendizaje de quien responde (25,26).

En México para el 2001 la base de datos de defunciones del INEGI y de la Secretaría de Salud reportó una tasa de mortalidad por IAVAS de 6.67 por 100,000 habitantes en menores de un año, y de 135.19 por cada 100,000 habitantes en edades de 1 a 4 años.

El concepto Infecciones Agudas de Vías Aéreas Superiores (IAVAS) se refiere a la enfermedad infecciosa causada por distintos microorganismos, que afecta al aparato respiratorio hasta antes de la epiglotis, durante un periodo menor de 15 días (27). Las IAVAS tienen una alta incidencia en nuestro medio y más aún en niños menores de 5 años de poblaciones rurales con un 86.56 % en el año 2011 y 95 defunciones en México (28). Su control resulta difícil y en su aparición juegan un papel importante los factores socioeconómico y ambiental, como el hábito de fumar, la polución y la exposición a irritantes.

La Norma Oficial Mexicana establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud, en todas las unidades que proporcionan atención a los niños, residentes en la República

Mexicana, para mejorar los actuales niveles de salud del niño. A través de la integración de los programas de prevención y control de las enfermedades, que con mayor frecuencia pueden afectarlos (entre ellas las IAVAS), se realiza la aplicación de las vacunas, atención integrada y la capacitación de la madre. La atención integrada, es el conjunto de acciones que se proporcionan al menor de cinco años en la unidad de salud, independientemente del motivo de la consulta e incluyen dichos rubros (28).

El pueblo de Tepuxtepec está asentado a la orilla de la presa de Tepuxtepec, en el Municipio de Contepec Michoacán. Con temperaturas que oscilan entre  $-4^{\circ}\text{C}$  y  $22^{\circ}\text{C}$  registrándose las temperaturas más bajas por la mañana y por la noche; así como vientos húmedos y fríos, por lo que la población y en especial los niños, tienen mayor riesgo de contraer infecciones de vías respiratorias altas.

En otro aspecto, la automedicación es una práctica frecuente a nivel mundial y un problema de salud pública, especialmente en los países en desarrollo, con un efecto de empeoramiento. Uno de cada tres casos se da por recomendación de los anuncios de la televisión, por lo tanto, se requiere educación para enfrentar esta problemática que va en incremento.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El IMSS tiene como programas prioritarios la prevención y control de las enfermedades respiratorias, que son la primera causa de consulta para niños menores de 5 años en la UAMF 44 IMSS Tepuxtepec, (1320 en 2011), sobre todo en estación de verano e invierno, sin embargo a pesar de que se ha dado información a las madres de la población en riesgo en cada consulta para evitar los factores de riesgo y orientación para evitar las complicaciones de las IAVAS virales, persiste una alta tasa de incidencia.

El conocimiento de las madres sobre las infecciones respiratorias agudas es escaso y muchas veces perjudicial para la salud de sus hijos, dado que este conocimiento es transmitido por generaciones, sin una base científica, sin reflexión y cuestionamiento, que trae como consecuencia la automedicación, el agravamiento y/o complicación de la enfermedad. Cuando se trata de instruir a esta población en los sistemas de salud la utilización de técnicas que sólo propician el otorgamiento de información y que la idea del aprendizaje es el recuerdo, no resuelven nada ya que éste cúmulo de información no les permite realizar una acción adecuada y pertinente ante la enfermedad.

Debido a la importancia que tienen estas enfermedades es imprescindible la educación para la salud de esta población, pero de una educación que trascienda y permee, es decir, una educación participativa

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa participativa en la aptitud de las madres para el manejo de infecciones agudas de vías aéreas superiores?

## **JUSTIFICACIÓN.**

El propósito de éste trabajo es desarrollar una intervención educativa-participativa, que promueva el conocimiento de las madres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de vías aéreas superiores (IAVAS), acerca de los factores de riesgo y manejo terapéutico inicial de dichas infecciones, en el contexto de la localidad de Tepuxtepec; así como formular un instrumento para medir el impacto de dicha estrategia, logrando una evaluación en base a datos reales sobre el cambio en el conocimiento de la madre, y lograr a largo plazo un cambio en la aptitud de las madres ante las IAVAS.

De demostrar que la estrategia educativa propuesta impacta favorablemente, se tendrán beneficios en la salud de la población de Tepuxtepec y será un modelo educativo a emplear en otras patologías.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Evaluar el efecto de una estrategia educativa participativa en la aptitud de las madres para el manejo de infecciones agudas de vías aéreas superiores.

## **OBJETIVOS SECUNDARIOS:**

Diseñar una estrategia educativa participativa dirigida a las madres de niños menores de 5 años con IAVAS para mejorar *su* aptitud en la prevención y manejo inicial.

Diseñar un instrumento de evaluación para medir la aptitud sobre el manejo de las IAVAS en madres de niños menores de cinco años con

infecciones de repetición (5 a 7 por año), en la UAMF No 44 de Tepuxtepec. Mich.

## **HIPÓTESIS.**

Las estrategias educativas participativas logran mayor aptitud en las madres para el manejo de infecciones agudas de vías aéreas superiores

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

**TIPO DE ESTUDIO:** De intervención educativa.

**DISEÑO:** cuasi-experimental.

Se incluyeron 22 madres de niños con IAVAS que acudieron de 5 a 7 ocasiones en el último año, con escolaridad mínima de primaria, adscritas a la Unidad Auxiliar de Medicina Familiar No. 44 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tepuxtepec, Michoacán.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

El de 24 madres detectadas con infección de vías aéreas superiores frecuentes en sus hijos menores de 5 años. Se excluyeron 2 por no tener primaria terminada por lo que las 22 restantes se distribuyeron en 2 grupos, 11 en el grupo experimental y 11 en el grupo control.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Ser derechohabientes de la UAMF 44
- Madres de niños menores de 5 años, con infecciones de vías aéreas superiores de repetición.

- Que acepten participar en el estudio.
- Que firmen la carta de consentimiento.
- Que tengan escolaridad mínima primaria.

### **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.**

- Madres que no acepten participar en el estudio.
- Madres de niños que cursen con otra patología concomitante.
- Madres que no que no tengan primaria terminada.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Madres que no deseen continuar voluntariamente en el estudio.
- Que no cumplan con una asistencia mínima del 80% de las sesiones educativas.

### **DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.**

#### **Variable dependiente.**

#### **1.- APTITUD CLÍNICA.**

Es la capacidad del educando de recuperar su experiencia ante situaciones clínicas problematizadas, de lograr el desarrollo de habilidades complejas, en forma crítica y reflexiva y capacidad para afrontar y resolver problemas.

Escala de medida ordinal.

#### **Variable independiente.**

#### **2.- ESTRATEGIA EDUCATIVA.**

a) Promotora de la participación: conjunto de actividades cuyo fin es que el alumno sea protagonista de la construcción de su conocimiento, mediante el

análisis y la crítica de documentos, el debate y la confrontación de puntos de vista.

b) Tradicional: conjunto de actividades cuyo fin es que el alumno consuma información que el personal de la salud otorga en cada consulta.

## **METODOLOGÍA.**

Se integraron las 22 madres en 2 grupos al azar de diez alumnas cada uno: Grupo 1 Experimental, 11 madres que se sometieron a la intervención educativa participativa con duración de 16 horas, ocho sesiones de 2 hrs y 2 veces por semana. (Estrategia Participativa)

Grupo 2. Control. Se dio a conocer las 11 madres que se integraran a la estrategia tradicional sobre los mismos temas iniciando el mismo día que el grupo experimental. Considerando que por lo menos acudieron cinco veces. (Estrategia Tradicional).

Las sesiones se realizarán al mismo tiempo, con los mismos temas en ambos grupos.

El instrumento de evaluación se aplicará antes y después de las 2 estrategias educativas en el mismo momento para ambos grupos.

## **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.**

Previa autorización del protocolo por el Comité Local de Investigación con No. de registro R2012-1602-38 y con la firma del consentimiento informado de los participantes, se realizó el presente trabajo en la Unidad Auxiliar de Medicina Familiar No 44 de IMSS en Tepuxtepec municipio de Contepec Michoacán.

Se construyó un instrumento (anexo 2) con casos clínicos reales, condensados, seleccionados de la consulta externa de la unidad auxiliar de medicina familiar de Tepuxtepec. Se elaboró un instrumento con 122 enunciados, estructurados en base a una problematización de IAVAS para evaluar la aptitud clínica de las madres de los pacientes.

Incluyendo los siguientes indicadores:

- 1. Reconocer signos y síntomas.** Se refiere a la capacidad de identificación de signos y síntomas para diagnóstico de Infección de Vías Aéreas Superiores.
- 2. Identificar los factores de riesgo.** Se refiere a la identificación de factores que predisponen a padecer una enfermedad, una complicación o un daño.
- 3. Reconocer los datos de alarma.** Se refiere a la identificación de datos para acudir al médico de manera inmediata.
  
- 4. Evitar la automedicación.**
  
- 5. Conocer las medidas generales que indica el médico.**
  
- 6. Conocer las medidas tradicionales.**



### ***Validación del instrumento.***

Se sometió a validez de contenido y las respuestas correctas a las preguntas por consenso de expertos, en tres rondas, el grupo de expertos constituido por dos médicos especialistas con perfil en educación, un médico especialista con maestría en pedagogía y dos médicos pediatras.

En la primera ronda se les envió el instrumento para que determinaran la claridad de las preguntas y para la valoración del nivel del grado de dificultad para las pacientes, ya que no se está explorando aptitud en personal médico como en estudios previos.

En la segunda ronda, se les entregó el instrumento, a cada uno de ellos solicitándoles lo contesten individualmente, sin conocimiento de quienes serán los otros expertos, y en diferentes tiempos para evitar la comunicación entre ellos y con el fin de identificar, si los enunciados están redactados de manera que no se presten a diferentes interpretaciones, que sean apropiados y comprendidos por las pacientes al momento de contestar.

En la tercera ronda se envió nuevamente una encuesta, en la que se pregunta sobre la conveniencia y claridad de las características definitorias y las definiciones operativas, con el fin de que las pacientes no tengan confusión al contestar.

Se realizaron modificaciones acordando eliminar los enunciados que presentaron problemas de interpretación, de modo que sólo se incluyeron los que obtuvieron consenso por parte de los expertos (3 de 3 ó 2 de 3) y con ajustes para lograr equilibrio entre el número de enunciados que se debe de contestar falso (50%) y verdadero (50%); quedando un instrumento de 81 items al final para realizar la evaluación de la aptitud; también se incluye un glosario de términos para orientar a las mujeres en la forma de contestar.

Calificación del instrumento.

Las respuestas correctas se calificaron como +1, las incorrectas -1 y las no sé 0.

La probabilidad de respuestas esperadas por azar fue valorada con la aplicación del Instrumento a 20 mujeres adscritas a la U.A.M.F 44 obteniendo un rango de 1 a 20 respuestas esperadas por azar. Con la fórmula Pérez Padilla-Viniegra.

La aplicación del instrumento fue realizado por la investigadora y posteriormente se llevó a cabo el programa educativo que constó de ocho sesiones con duración de 16 hrs. (ocho sesiones de 2 hrs, 2 veces por semana).

Para realizar éste estudio, en el periodo de enero 2011-feb 2012 se detectaron 24 madres de niños menores de 5 años, que acudieron a consulta por infección de vías aéreas superiores frecuentes de las cuales 2 no tenían primaria terminada por lo cual no se incluyeron; se excluyó una paciente de primaria de la estrategia participativa por solo asistir a 2 sesiones y una más de preparatoria de la tradicional por sólo acudir a 3, por lo que el grupo quedó conformado de manera homogénea por 20 madres, que cumplieron con los criterios de inclusión y no incurrieron en los de exclusión para éste estudio; 10 para la estrategia participativa y 10 para la tradicional.

Se elaboró la estrategia educativa participativa en base a los temas definidos y fue llevado a cabo por parte de la investigadora de la siguiente manera:

Se le dieron los temas escritos a la enfermera en turno, se corroboró que los comprendiera y que diera la información a las madres acerca de la estrategia tradicional.

La estrategia educativa participativa siempre fue impartida por la investigadora principal de la misma forma que se da en la estrategia participativa, siempre pendiente de que se otorgara a ambos grupos la misma información.

Sesión 1: habiendo seleccionado un grupo homogéneo de 22 madres con educación primaria y otros niveles superiores se integraron los grupos al azar conforme fueron llegando, una participante para cada tipo de estrategia, sin embargo, de la estrategia educativa participativa no se cumplió con los criterios de inclusión. Por faltas se excluyeron a una participante de primaria y otra de preparatoria del grupo de estrategia tradicional. De tal forma que quedaron 2 grupos de 10 madres, las cuales firmaron la carta de consentimiento informado (ANEXO No1).

Respondieron el instrumento previo (ANEXO No 2).

Se explicó la dinámica de trabajo en el curso de IAVAS.

Se rescató la EXPERIENCIA PREVIA, mediante preguntas explícitas acerca de:

¿SABE USTED QUÉ ES UN SIGNO Y UN SÍNTOMA?

Se dio el texto del tema, y posteriormente se cuestionó: según lo que Ud. sabía y después de leer los textos ¿Está de acuerdo con ello?; y finalmente se investigó su propuesta. Y se sacó una conclusión.

Sesión 2: se rescató la experiencia acerca del tema: Reconocimiento de signos y síntomas de las IAVAS, se preguntó ¿Sabe cuáles son los signos y los síntomas de IAVAS? se dio un texto alusivo y, posteriormente se cuestionó: según lo que Ud. sabía y después de leer los textos ¿Está de acuerdo con ello? Finalmente se investigó su propuesta. Y se sacó una conclusión. (ANEXO No 3).

En la sesión número tres se llevó a la práctica lo visto en la sesión número 2. Se rescató la experiencia acerca del tema: Reconocimiento de factores de riesgo para IAVAS y se preguntó; ¿Sabe cuáles son los factores de riesgo para IAVAS?, en el que posterior a lectura del texto resumido de la Norma Oficial Mexicana referente y de las guías de PREVENIMS (páginas o apartados de IAVAS) o textos de éstas en lenguaje coloquial, según lo que Ud. sabía y después de leer los textos ¿Está de acuerdo con ello? Y, finalmente se investigó su propuesta y se obtuvo una conclusión de lo aprendido por todo el

grupo. Se sugirió un sociodrama para concluir y llevar en un ambiente experimental la diversidad de roles de uno o varios individuos, ya que la dramatización es una forma de expresión natural, por medio de la cual una persona exterioriza observaciones y sentimientos, usando la mímica, palabras y ritmos propios. Es una actividad esencialmente creadora, basada en la observación a lo cual respondieron con interés y entusiasmo pero queriendo participar como observadoras, por lo que hubo necesidad de apoyar en la organización y otorgamiento de roles, sin embargo, al momento de llevarlo a cabo se desinhibieron y actuaron colocándose en su papel lo que les permitió concluir lo visto en el tema (ANEXO No 4).

En la sesión número cuatro se rescató la experiencia acerca del tema: Identificación precoz de los signos de alarma para consultar al médico. Se preguntó ¿Sabe cuáles son los signos de alarma para consultar al médico? Se rescató su experiencia y se dieron los textos médicos a leer posteriormente se cuestionó: según lo que Ud. sabía y después de leer los textos ¿Está de acuerdo con ello?, y finalmente se investigó su propuesta y se obtuvo una conclusión de lo aprendido. Se sugirió en esta ocasión para exponer sus conclusiones la mímica, que es útil cuando se presenta un tema de poca extensión con firmes motivadores, se planifica la tarea que debe realizar el educando en forma explícita, de forma que permita a las madres alcanzar una mayor profundidad del tema (ANEXO No 5). Sin embargo, no les agradó porque sentían que no podía hacerlo de esa manera, a pesar de la inconformidad se insistió en la técnica y se les motivo, resultando que finalmente pudieron expresar lo identificado en el tema como conclusión.

En la sesión número cinco se retroalimentaron los conocimientos adquiridos en sesiones previas, se rescató la experiencia acerca del tema: Riesgos de la automedicación, se sugirió a manera de otra tarea el uso de la técnica “Lectura Comentada y la Exegética”, en la cual se realiza una lectura de un texto relativo a un tema, que se suspende frecuentemente para hacer comentarios, aclaraciones o se dará los textos médicos a leer y según lo que Ud. sabía y después de leer los textos ¿Está de acuerdo con ello?. Finalmente dio a

conocer su propuesta. Proporcionaron datos complementarios por parte del facilitador y de las madres; se sugirió la técnica “Incidente Crítico” en la que el grupo analizó detalladamente y a fondo un problema o incidente real que una de ellas expuso en forma escueta y objetiva, y trataron de llegar a la mejor conclusión o solución posible y terminaron con preguntas directas acerca de medicamentos como amoxicilina, paracetamol por ej. (ANEXO No 6).

En la sesión número seis se retroalimentaron los conocimientos adquiridos en sesión previa, se rescató la experiencia acerca del tema: Medidas generales indicadas por el médico familiar o apego al tratamiento en IAVAS, según lo que Ud. sabía y después de leer los textos ¿Está de acuerdo con ello?, y finalmente sacaron su propuesta después de fomentar la discusión de los datos obtenidos unida a su experiencia donde se sugirió la técnica didáctica “Tarea Dirigida”, que consiste en la complementación de la lectura de textos médicos, por medio de tareas con muñecos combinada con socio drama (ANEXO No 7).

En la sesión número siete nuevamente se recordaron los conocimientos previos y se rescató la experiencia previa del tema: Medidas tradicionales para controlar las IAVAS, según lo que Ud. Sabía y después de leer los textos ¿está de acuerdo con ello?, y finalmente sacaron su propuesta y se fomentó la discusión de los datos obtenidos unida a su experiencia, donde se sugirió la técnica didáctica lluvia de ideas y lectura acerca de medidas tradicionales, desarrollando diferentes aspectos de un tema o problema, en forma sucesiva terminando con un debate que resulto muy enriquecedor, posiblemente por ser la última sesión o porque todas tenían múltiples sugerencias al respecto, lo cual permitió obtener o proporcionar información fidedigna y variada sobre el tema desde sus diferentes ángulos o aspectos (ANEXO No 8).

En todas las sesiones se llevaron a la práctica lo visto anteriormente en la sesión previa, en base a una materia ya asimilada, o una situación real que ya haya sido solucionada, criticada o apreciada, fomentando la participación y la toma de acuerdos acerca de las conclusiones; conducido por la investigadora. La sesión número ocho nuevamente se aplicó el instrumento y se aclararon

Las dudas que no se habían expuesto. Se sugirió elaborar un rota folios por parte de las madres de los temas vistos, lo cual no se llevó a cabo porque casi la totalidad de los hijos estaban en la sala anexa, con interrupciones frecuentes y porque solicitaron quedarse con los temas escritos.

Se aplicó el cuestionario post evaluación, con el mismo instrumento, que se realizó el pre evaluación, para conocer la aptitud clínica desarrollada en las madres, el cual respondieron ambos grupos.

#### ASPECTOS ÉTICOS.

Se pidió el consentimiento informado a las pacientes después de explicarles el motivo del estudio, los beneficios y los criterios de selección según la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Por lo que este trabajo toma los mismos principios, considerando que:

El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.



El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el

consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente (29).

Este trabajo se enmarco sobre los artículos que marca, La ley general de salud en su titulo quinto “investigación para la salud” capitulo único en sus artículos:

ARTICULO96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud.

ARTICULO100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VI.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII.- Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

. Formula de Pérez-Padilla y Viniegra para estimar la calificación explicable por efecto del azar.

. Kuder-Richardson para determinar la confiabilidad del instrumento.

. Prueba de pares igualados de Wilcoxon para comparar resultados antes y después de la intervención educativa intragrupo.

. U. Mann-Whitney para comparar la mediana global de ambos grupos (antes y después de la estrategia educativa).

. Kruskal Wallis para estimar comportamiento de las medianas de los indicadores.

. Mc. Nemar para medir la magnitud del cambio.

Se utilizará el programa Excel 2007 para la captura de datos.

## RESULTADOS.

El instrumento se sometió a validez de contenido y las respuestas correctas a las preguntas por consenso de los expertos, en tres rondas, para calificar el constructo y contenido quedando en instrumento con 81 ítems; con el cual se elaboró una prueba piloto, a la cual se le aplicó la prueba de Pérez-Padilla-Viniegra resultando un rango de 1 a 20 respuestas por azar y la de Kuder Richardson con puntaje de .788 lo que nos indica confiabilidad.

La consistencia interna del instrumento determinada con la fórmula 20 de Kuder Richardson fue de 78, para conocer la respuestas explicables por efecto del azar se realizó la prueba de Pérez Padilla y Viniegra, obteniendo un puntaje de 20, los cuales se aplicó en una escala de Likert de bajo, medio y alto. En la pre intervención los participantes se ubicaron en su totalidad en los niveles bajo y medio, ninguna obtuvo puntuaciones iguales o por debajo de las respuestas explicables por efecto del azar. (Cuadro I)

Cuadro I

| <i>Categorías</i> | <i>Puntuación</i> |
|-------------------|-------------------|
| <i>Azar</i>       | <i>0-20</i>       |
| <i>Bajo</i>       | <i>21-40</i>      |
| <i>Medio</i>      | <i>41-60</i>      |
| <i>Alto</i>       | <i>61-81</i>      |

Niveles de calificación de instrumento según la escala de liker.

El nivel educativo del grupo de estudio, se presentó en el grupo experimental en un promedio de 9.1 años y el grupo control en 8.9. Por lo que se demuestra que a pesar de la exclusión de 2 participantes los grupos son homogéneos en cuanto a su experiencia educativa. (fig. 1)

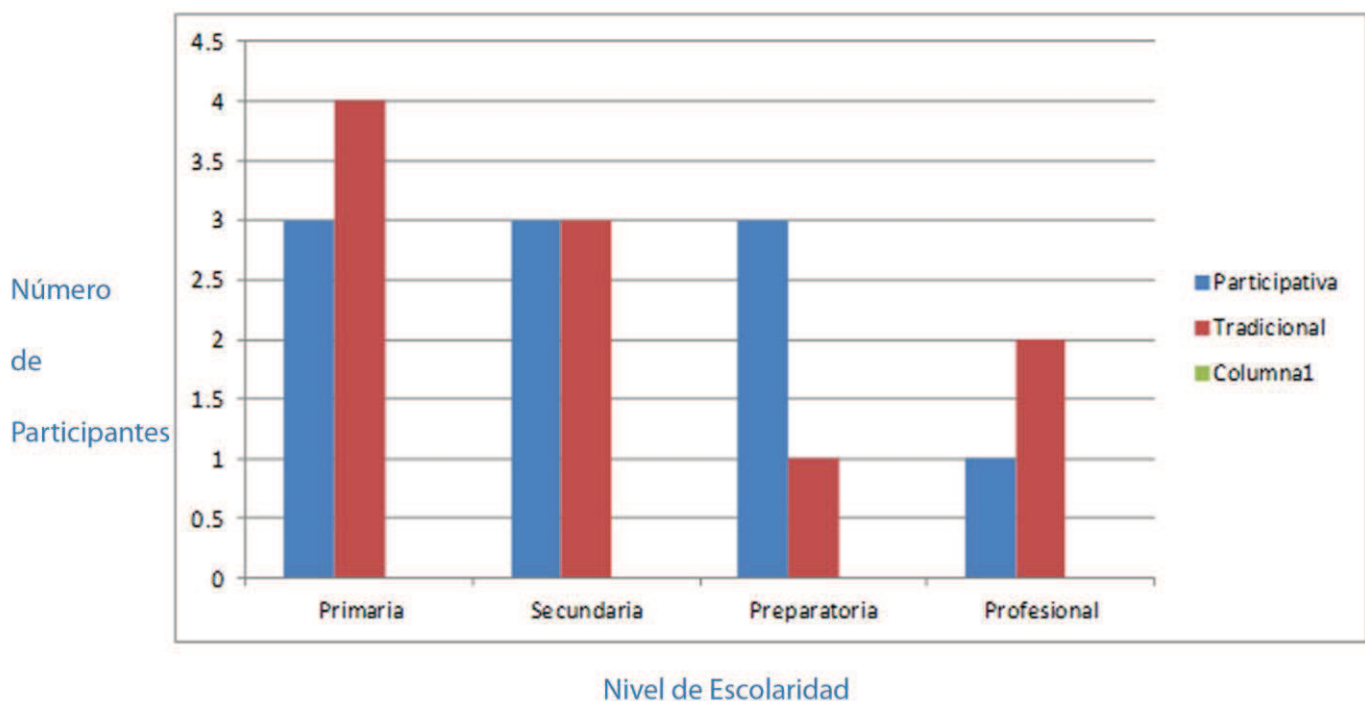


Fig. 1 Nivel educativo de las participantes.

En la pre intervención los participantes se ubicaron en su totalidad en los niveles bajo y medio, ninguna obtuvo puntuaciones iguales o por debajo de las respuestas explicables por efecto del azar, (cuadro II)

Cuadro II Ubicación por nivel del grupo

| <i>Categorías</i> | <i>Puntuación</i> | <i>Pre intervención</i> |            |
|-------------------|-------------------|-------------------------|------------|
|                   |                   | <i>Ubicación n</i>      | <i>%</i>   |
| <i>Azar</i>       | <i>0-20</i>       | <i>00</i>               | <i>00</i>  |
| <i>Bajo</i>       | <i>21-40</i>      | <i>07</i>               | <i>35</i>  |
| <i>Medio</i>      | <i>41-60</i>      | <i>13</i>               | <i>65</i>  |
| <i>Alto</i>       | <i>61-81</i>      | <i>00</i>               | <i>00</i>  |
| <i>Total</i>      |                   | <i>20</i>               | <i>100</i> |

Nivel de las participantes en la evaluación de las participantes.

Las medianas observadas antes de la intervención no muestran diferencias significativas, como resultado de las intervenciones en el grupo experimental

(participativo), se encuentra una diferencia significativa dentro del grupo, así como entre grupos. (Cuadro III) Avalando con este cambio la hipótesis de nuestro trabajo al demostrar que “Las estrategias educativas participativas logran cambios significativos, en la aptitud de las madres, para el manejo de infecciones agudas de vías aéreas superiores”.

Cuadro III. Resultado de las evaluaciones

| <b>Grupos de estudio</b>      | <b>Antes</b>     | <b>Después</b>         |                       |
|-------------------------------|------------------|------------------------|-----------------------|
| <i>Grupo A (Experimental)</i> | <i>41.10</i>     | <i>53.30</i>           | <i>*P = &lt; 0.05</i> |
| <i>Grupo B (Control)</i>      | <i>40.10</i>     | <i>40.10</i>           | <i>*P = &gt; 0.05</i> |
|                               | <i>** P = NS</i> | <i>**P = &lt; 0.05</i> |                       |

\*Wilcoxon. \*\* U de Mann - Whitney

La tendencia al cambio se muestran en los cuadros IV y V donde el grupo experimental de manera individual resalta la tendencia favorable al cambio, demostrando con ello ya de manera grupal la tendencia favorable que se dio al concluir la intervención con un incremento promedio casi del 30%, donde la más baja es de 19.56 % y la más alta en 41.3%. En cambio el promedio del

grupo control se encuentra en 9.67%, la más baja en 2.63% y la más alta en 14.63 demostrando con ello que aunque si hay aumento en la aptitud de la madres con estrategia tradicional no es significativa, ya que además se mantiene dentro del mismo nivel.

Cuadro IV Tendencia al cambio grupo experimental

| Participante | antes | Después | Diferencia | % avance |
|--------------|-------|---------|------------|----------|
| 1            | 35    | 49      | 14         | 40.00    |
| 2            | 36    | 48      | 12         | 33.33    |
| 3            | 39    | 49      | 10         | 25.64    |
| 4            | 39    | 50      | 11         | 28.2     |
| 5            | 41    | 52      | 11         | 26.82    |
| 6            | 42    | 54      | 12         | 28.57    |
| 7            | 42    | 55      | 13         | 30.95    |
| 8            | 45    | 56      | 11         | 24.44    |
| 9            | 46    | 55      | 9          | 19.56    |
| 10           | 46    | 65      | 19         | 41.3     |
| Promedio     |       |         |            | 29.88    |

En base a datos de aplicación de instrumento.



Cuadro V Tendencia al cambio grupo control

| Participante | antes | Después | Diferencia | % avance |
|--------------|-------|---------|------------|----------|
| 1            | 35    | 39      | 4          | 11.42    |
| 2            | 35    | 38      | 3          | 8.57     |
| 3            | 38    | 39      | 1          | 2.63     |
| 4            | 41    | 45      | 4          | 9.75     |
| 5            | 41    | 45      | 4          | 9.75     |
| 6            | 41    | 47      | 6          | 14.63    |
| 7            | 41    | 45      | 4          | 9.75     |
| 8            | 43    | 47      | 4          | 9.3      |
| 9            | 43    | 48      | 5          | 11.62    |
| 10           | 43    | 47      | 4          | 9.3      |
| Promedio     |       |         |            | 9.67     |

En base a datos de aplicación de instrumento.

La comparación de resultado mediante la escala de Likert se muestra en el cuadro VI. podemos ver claramente que en ambos grupos hay aumento en la puntuación obtenida por tanto en la aptitud de las madres para el manejo de la infecciones agudas de vías aéreas superiores, sin embargo en el grupo experimental de la estrategia participativa observamos que además de que aumento su puntuación también cambiaron de nivel habiendo en un inicio 4 en el nivel bajo y ninguna el alto, al final no quedo ninguna en el bajo, una en el alto y por tanto 50% cambio de nivel , y el resto mejoró su aptitud sin alcanzar a cambiar de nivel.

**Cuadro VI: Comparación de la escala, antes y después de dos estrategias educativas.**

| <i>Categorías</i> | <i>Puntuación</i> | <i>Antes de la estrategia</i>     |                              | <i>Después de la estrategia</i>   |                              |
|-------------------|-------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
|                   |                   | <i>Grupo A<br/>(Intervención)</i> | <i>Grupo B<br/>(Control)</i> | <i>Grupo A<br/>(Intervención)</i> | <i>Grupo B<br/>(Control)</i> |
| <i>Azar</i>       | <i>0-20</i>       | <i>00</i>                         | <i>00</i>                    | <i>00</i>                         | <i>00</i>                    |
| <i>Bajo</i>       | <i>21-40</i>      | <i>04</i>                         | <i>03</i>                    | <i>00</i>                         | <i>03</i>                    |
| <i>Medio</i>      | <i>41-60</i>      | <i>06</i>                         | <i>07</i>                    | <i>09</i>                         | <i>07</i>                    |
| <i>Alto</i>       | <i>61-81</i>      | <i>00</i>                         | <i>00</i>                    | <i>01</i>                         | <i>00</i>                    |

*Según escala de Liker*

La magnitud del cambio al final de las estrategias educativas se muestra en el cuadro VII. Demostrando que la educación participativa logra mejores alcances.

Cuadro VII: Magnitud del cambio al final de la estrategia en los grupos de estudio.

| <b>Grupos de estudio</b> | <b>Sin cambios</b> | <b>Avanzan</b>    |
|--------------------------|--------------------|-------------------|
| Grupo A (Participativo)  | <b>6</b>           | <b>4</b>          |
| Grupo B (Tradicional)    | <b>10</b>          | <b>0</b>          |
|                          |                    | <b>*p = 0.001</b> |

\*McNemar (Valor  $\alpha$  0.05, grados libertad 95%)

## DISCUSIÓN.

Éste estudio se reconoce la importancia que tienen las madres como responsables en el cuidado y protección de sus hijos menores de cinco años de la localidad de Tepuxtepec, Municipio de Contepec, Michoacán, en la prevención de los factores determinantes de infecciones respiratorias altas en éstos niños, al utilizar uno de los recursos que tienen en su comunidad, como es su participación en los cursos y pláticas que establece la UAMF 44 del IMSS.

Uno de los aspectos más importantes del estudio, fue la construcción del instrumento de medición de aptitud, el cual se sometió a un proceso de adecuaciones teóricas y empíricas al ser validado por un grupo de expertos, posteriormente se aplicó a un grupo de madres derechohabientes con más de 4 hijos, (grupo piloto) para calcular la confiabilidad y probabilidad de respuestas esperadas por azar.

Al conformar los 2 grupos al azar, en cuanto a escolaridad, evitando así el sesgo por este concepto. Al aplicar el instrumento se encontró un cambio favorable en cuanto al avance en la aptitud de las madres, a las que se aplicó la estrategia participativa respecto a las que se aplicó la tradicional, sin haber sesgo al respecto debido a que se aplicaron los instrumentos pre y pos intervención al mismo tiempo, inclusive el día de la evaluación final de ambos grupos, llevaron a sus hijos (biblioteca donde fueron atendidos por una maestra) y tuvieron interrupciones por parte de ellos; no obstante hubo diferencias significativas en la aptitud respecto al de inicio.

Respecto al contenido de la información se otorgó la misma a ambos grupos por lo que no hay sesgo respecto a ese rubro.

Los resultados para la evaluación final de la intervención educativa, demostraron cambios positivos estadísticamente significativos en la aptitud de las madres para manejar las IAVAS, debido a que antes de la estrategia había 4 madres en el nivel bajo, 6 en el nivel medio y ninguno en el alto; después de la estrategia las 4 de el nivel bajo subieron al medio y una del medio subió al alto y el resto solo subió puntuación pero no fue suficiente para cambiar de nivel. No así la aptitud de la tradicional, en las que hubo mejoría en sus puntuaciones sin embargo, no fue suficiente para cambiar de nivel.

Por todo esto concluimos que la estrategia tradicional es efectiva, pero es más eficaz la estrategia educativa participativa.

Los niveles de aptitud encontrados en el grupo estudiado son similares a los obtenidos por otros autores, (21, 22, 31, 32) coinciden en que las estrategias educativas participativas incrementan el nivel de aptitud. Aunque estos trabajos son con la participación de médicos.

Los resultados preintervención del estudio mostraron una aptitud media baja, lo cual representó un reto mayor para poder incrementar la aptitud en forma significativa, sobre todo por la carencia a acercamientos previos de las madres a este tipo de estrategias educativas participativas, por lo que fue importante que al concluir la intervención participativa, el 90% de las madres avanzaran hacia una aptitud mayor.

Otros trabajos destacan que el incremento  $\geq$  de 20% destaca si hubo cambio o no en su aprovechamiento (33). Nuestro trabajo mostró cambios del 29.88%, en el grupo experimental y de 9.67% en el tradicional.

Los resultados obtenidos en el desarrollo de la aptitud de las madres para el manejo de infecciones agudas de vías aéreas superiores, con la propuesta participativa, muestran las bondades de una estrategia educativa que apuesta por el análisis y reflexión de situaciones habituales, en el quehacer diario de ser

madre al reconocer factores de riesgo, identificar las medidas farmacológicas y no farmacológicas para un mejor control y seguimiento, con la finalidad de evitar las complicaciones esperadas por la evolución natural de la enfermedad, que pueden llegar a la repercusión grave, en la calidad de vida de su hijo con una infección aguda de vías aéreas superiores, y en base a esto poder acceder con mayor prontitud e información con su médico familiar.

## CONCLUSIONES.

En el debate contemporáneo sobre la educación de adultos, la participación de los sujetos en el proceso de aprendizaje, constituye un elemento estratégico. Tal hecho no es sorprendente si se tiene en cuenta que, el énfasis en todo proceso de educación de los adultos, recae necesariamente en el aprendizaje, más que en la enseñanza. A su vez la participación de los sujetos, forma parte de la búsqueda de una respuesta en el problema de orientar la educación de adultos, en base a las necesidades reales de aprendizaje de los propios adultos. De ahí que, ante la existencia de necesidad de educación para adultos ajustada a las necesidades y expectativas de la población a la que se dirige, dentro de un proceso de desarrollo integrado, se plantea la necesidad de una estrategia en el proceso de aprendizaje que, a su vez, constituya un objetivo del aprendizaje mismo.

Una de las partes del proceso educativo en que nos vimos inmersos, fue que en el inicio la participación de las madres no se dio automáticamente, seguramente porque su experiencia en su educación, correspondía a una actitud pasiva y receptora, en donde los sujetos son excluidos y de allí que las acciones no corresponden plenamente a las necesidades y expectativas de ellas; por lo que una de las acciones de inicio fue el propiciar que ellas iniciaran el debate y discusión de los temas, dado que no hay aprendizaje sin participación del sujeto.

La estrategia de la participación plena de los adultos en su propia educación, presenta diversos problemas, tanto en lo que se refiere a la coherencia de la totalidad del proceso, como al aspecto intrínseco de la propia participación.

La educación para la salud busca cambios de comportamiento, para mejorar las condiciones de vida. Los contenidos se orientan al autocuidado a la prevención y al bienestar.

El conocimiento en educación para la salud, pretende reemplazar el saber popular por el saber médico; sin embargo no brinda herramientas para interpretar la realidad y transformarla.

Los programas de educación para la salud parten de un diagnóstico técnico-estadístico de la enfermedad, buscan desarrollar conductas individuales frente a la patología, no hacen un diagnóstico científico social que permita identificar factores causales, se refieren fundamentalmente a la historia natural de la enfermedad, desconociendo su historia social, enfocan el problema y las acciones como cuestiones institucionales, para finalizar culpando al individuo y responsabilizándolo de su propia salud.

La educación para la salud debe considerar:

Las experiencias, criterios e intereses de los distintos grupos en cuestiones sanitarias e higiénicas.

Las leyes de las ciencias pedagógicas y psicológicas que servirán de orientación para conocer el sujeto-el método y los contenidos.

La necesidad de una selección y aplicación científica de contenidos, métodos y medios que permitan elevar su efectividad.

Para esto es necesario saber que la educación para la salud es un trabajo en equipo multidisciplinario, en el que confluyan las diferentes ciencias

Teniendo presente que la educación para la salud es una actividad condicionada socialmente, su concepción y su abordaje debe ser amplio y multidisciplinario.

Finalmente, debemos reconocer que la educación es un medio, para promover y fortalecer las organizaciones sociales y propiciar el desarrollo de procesos de participación comunitaria. La relación docente estudiante debe estar basada en



la interacción sujeto-sujeto, que permita emprender conjuntamente acciones para transformar la realidad.

La educación para la salud, que es parte de la formación ideológica y cultural de los grupos, para crear una conciencia científica, que se preocupe tanto por la salud individual como social. No es un asunto personal sino un deber social y se orienta a estimular la acción de amplias capas de la población, hacia la protección de la salud como un bien social.

Para lo anterior se requiere una pedagogía que:

1. Se oriente a consolidar las organizaciones autónomas.
2. Que emplee los medios de comunicación en donde los grupos produzcan mensajes y contenidos.
3. Que tome la realidad y el diálogo como punto de partida del proceso educativo.
4. Que permita romper el silencio en que han vivido los sectores marginados y les permita tener aprecio por sus opiniones.
5. Que permita a los sectores populares, penetrar en su propia realidad, visualizar sus necesidades y emitir sus propios mensajes.
6. Que permita a los grupos educarse a través de su práctica social, e ir construyendo y asimilando el conocimiento, a medida que reflexionan sobre su propia práctica.

La educación para la salud admite dos tipos de categorías, formal y no formal. Sin embargo, es preciso tener en cuenta:

\* Las enseñanzas en salud para ser efectivas deben ser simples:

"Si lo oigo lo olvido, si lo miro lo recuerdo, si lo hago, lo sé".

La creación y recreación de ambientes educativos, favorables para la revisión de las situaciones de salud que están afectando más a nuestros derechohabientes, es una propuesta que deben tomar en cuenta las

instituciones de la salud. Cambiando las estrategias tradicionales que como se ha demostrado no logran cambios significativos (34).

La estrategia educativa participativa es una opción real y viable para favorecer la reflexión sobre nuestro actuar educativo, que todo medico tiene que realizar con su población derechohabiente, y en consecuencia brindar una atención de mayor calidad a nuestros pacientes, dado que la atención médica familiar, incluye la educación de nuestros pacientes

El presente estudio no pretendía evaluar el impacto en cuanto a la disminución de la enfermedad, pero al término de éste proyecto y como una observación, en la hoja de registro de consulta se observa una disminución en el número de consultas realizadas por éste motivo en meses semejantes.

#### SUGERENCIAS.

El presente Trabajo expone los resultados de una investigación educativa. Bajo la perspectiva de la educación participativa con grupos de madres, conjuntamente con personal médico que intervino como docente, del Instituto Mexicano del Seguro Social y los profesionales sanitarios que la protagonizaron. Tanto los resultados como la propia metodología implementada, creemos que justifican la difusión de este estudio, que puede

servir para enriquecer la discusión y la práctica de aquellos profesionales interesados y/o implicados en intervenciones de Educación para la Salud.

Posteriormente se podría realizar una medición para determinar el impacto que tiene la educación participativa, sobre la prevalencia de ésta enfermedad.

En otras investigaciones se podría evaluar el tiempo mínimo necesario que se debe realizar una estrategia o reforzar para mantener la aptitud requerida.

Propiciar en la educación de adultos el debate y participación

## ANEXO 1

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Lugar y Fecha: Tepuxtepec, Michoacán a \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Impacto de una estrategia educativa participativa en madres de niños con infección de vías aéreas superiores en población rural.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número IMSS.

El objetivo del estudio es: Evaluar el impacto de una estrategia educativa participativa en el conocimiento de las madres de niños de 5 años y menos acerca de las infecciones de vías aéreas superiores. Con la finalidad de disminuir su incidencia en éstos niños y aplicar la estrategia en otras áreas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: asistencia y participación a sesiones educativas, así como resolver un test previo y otro al final.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento de mi(s) hijo(a), así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de como se llevará a cabo, los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en lo que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi forma de pensar acerca de mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma de la paciente.      Nombre y firma del Investigador Principal.

## **ANEXO No 2.**

### **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.**

#### **INSTRUCCIONES PARA RESPONDER CASOS CLÍNICOS.**

A continuación encontrará varios casos clínicos, cada uno de ellos se acompaña de un número de preguntas, seguida de un enunciado referente al caso que puede ser falso (F) o verdadero (V).

Lea cuidadosamente cada caso que cuenta con la información necesaria para responder cada enunciado. Para expresar sus respuestas: V, F ó NS, tome en cuenta exclusivamente lo que está descrito en cada uno de los casos. Utilice la línea que aparece a la izquierda de cada enunciado para anotar sus respuestas: “F” si considera que el enunciado es falso, “V” si considera que es cierto y NS en caso de que ignore o no pueda decidir si el enunciado es verdadero o falso. Tome en cuenta que: una respuesta correcta le suma un punto, una respuesta incorrecta le resta un punto, una respuesta no sé, no le suma ni le resta puntos y un enunciado no responda le resta un punto.

**FACTOR DE RIESGO:** Se refiere a la existencia demostrada de antecedentes o condiciones actuales del paciente, que sin formar parte de un padecimiento, hacen más probable su aparición o que este se agrave.

**COMPATIBLE:** Se refiere al hecho de que los elementos de un caso clínico concuerdan con la enfermedad, en este caso de vías aéreas superiores propuesto como diagnóstico.

**A FAVOR:** Presencia de un dato clínico, que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión.

**UTIL:** Hace referencia a ciertos procedimientos o medidas de diagnóstico que presentan claramente más beneficios (precisión diagnóstica) que perjuicios (molestias innecesarias) en la situación clínica descrita.

**APROPIADO:** Hace referencia a ciertas medidas o recomendaciones terapéuticas,

Preventivas o de seguimiento que son más efectivas en la situación clínica descrita, con escasos efectos indeseables y claros beneficios inmediatos potenciales

**CARACTERÍSTICO:** Presencia de un hecho o fenómeno ampliamente demostrado de manera tal que su ocurrencia debe hacer pensar en dicha asociación.

**INCONVENIENTE:** Que no es beneficioso ni útil para un fin.

## **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:**

### **CASO CLÍNICO No 1.**

Paciente masculino de 4 años de edad. Producto del cuarto embarazo, parto normal que pesó 2400gr (peso bajo) al nacer, lo amamantó su madre por 2 meses, duerme con sus padres y 3 hermanos en una habitación, que permanece cerrada, para que se mantenga caliente; padre trabaja de ayudante de albañil, y fuma cuando esta con el niño, desde el año de edad lo cuida su abuela desde las 7 de la mañana a 4 de la tarde, mientras cocina (utilizando leña para el fogón); el niño juega en la cocina, pero cierra la ventana para que esté calentito, porque afuera hace mucho frio, aunque en ocasiones se le escapa al patio siguiendo al gato. El niño se enferma de la garganta de 6 a 8 veces cada año, hace 3 días notó que cuando lo recogió andaba jugando descalzo y por la tarde presenta estornudos, moco transparente que escurre por la nariz, que siente tapada; se le escucha mormado, ojos rojos y llorosos y hoy notó que está ronco, le dio para comer un caldo de pollo. Refiere fiebre desde hace dos días, le colocó cataplasma de jitomate con manteca en pies, y garganta, de dio un té de camelina y lo cobijó bien con lo cual sudó, pero sólo disminuyó un poco la fiebre por lo que el día de ayer le pusieron ventosas en el pecho y espalda, le dio a tomar amoxicilina que le sobró de la última vez y también le dio vida suero oral.

También nota que se enferma mas cuando el niño se enoja, lo regañan, cuando no le dan lo que quiere, cuando come huevo, en el tiempo de lluvias e invierno, con cambios de estación, o cuando lo abriga mucho dentro de la casa porque hace frio afuera, y cuando juega con sus primos más grandes.

### **ANTECEDENTES.**

- Personales: A los 3 años el testículo derecho se le puso muy rojo, caliente y doloroso. La piel del pene no se recorre, y está muy cerrado el orificio por donde orina; ahora su pene se inflama y se pone rojo en ocasiones y no puede orinar bien. Por lo que le pone hielo en la frente.

- Familiares: La madre sufre de comezón en la nariz y estornudos frecuentes y le zumban lo oídos; al padre se le pone roja la piel cuando la raspa con algún objeto.

### EXAMEN FÍSICO.

- Peso 14 Kg, Temperatura 37.9.
- Mucosa de la nariz roja en los dos lados con abundante moco transparente.
- Membranas de los oídos normales.
- Resto del examen físico dentro de límites normales.

Son datos a favor para que el niño se enferme más frecuentemente:

- 1.-  v  La edad del paciente.
- 2.-  v  Que sea hombre
- 3.-  v  El peso del niño cuando nació.
- 4.-  f  Las cifras de temperatura reportada.
- 5.-  v  Lo que el papa hace cuando esta cerca del niño.
- 6.-  v  La manera en que fue alimentado de bebe.
- 7.-  v  Las actividades que realiza cuando esta con su abuela.
- 8.-  v  Las molestias que sufre la madre.

Qué datos de los que nota la madre están asociados a enfermedades de vías respiratorias superiores.

- 9.-  f  Cuando come huevo.
- 10.-  f  Cuando se enoja el niño.
- 11.-  f  No le dan lo que quiere.
- 12.-  f  Cuando juega con sus primos.

Según este caso son síntomas o signos compatibles de infección aguda de vías aéreas superiores:

- 13.-  v  Los grados de temperatura que el niño tiene al medirla.
- 14.-  v  El tiempo que el niño tiene enfermo.
- 15.-  v  El color del moco al inicio de la enfermedad del niño.
  
- 16.-  v  Las características de los ojos del niño.
- 17.-  v  Las características del moco.
- 19.-  v  La forma como habla el niño.
- 20.-  v  El primer síntoma que nota la madre en el niño.

Es apropiado lo que hace la mamá en éste caso:

- 21.-  f  Cuando nota que está enfermo.
- 22.-  f  Cuando nota que no mejora.
- 23.-  f  Lo que le da a beber después de sudar.
- 24.-  f  El tiempo en que le da las bebidas.
- 25.-  f  El tipo de medicamento que le da.
- 26.-  f  El tiempo en que le da el medicamento.

Qué medidas tradicionales aplicó la mamá en este niño.

- 27.-  f  Lo que hace cuándo está dentro de casa.
- 28.-  v  Lo que aplico en pecho y espalda.
- 29.-  f  Lo que noto al recogerlo el día que se enfermó.

- 30.-  f  El tiempo que lo amamantó.
- 31.-  v  La temperatura de las bebidas que le dio.
- 32.-  f  Lo que le dio cuando no mejoró.
- 33.-  f  La colocación de hielo.
- 34.-  v  Lo que colocó en pies y cuello.
- 35.-  f  La bebida que le dio al final.
- 36.-  v  Lo que le dio de comer.

Son medidas apropiadas para realizar en el presente caso:

- 37.-  v  Dieta sin huevo.
- 38.-  f  Que coma carnes rojas.
- 39.-  f  Salir con un sweater ligero cuando hace mucho frio.
- 40.-  f  Darle frutas y verduras verdes.
- 41.-  v  Darle abundantes líquidos: tés, jugos de naranja.
- 42.-  f  Darle el suero vida oral.
- 43.-  f  Es innecesario cubrir boca y nariz.
- 44.-  v  Dar bebidas calientes.
- 45.-  f  No requiere reposo en casa.
- 46.-  f  Abrigarlo bien dentro de la casa.
- 47.-  f  No ponerle vacunas si está enfermo.
- 48.-  f  Reposo en cama.
- 49.-  v  Evitar el contacto estrecho con sus hermanos.

### **Caso clínico No 2.**

Masculino de 3 años 8 meses, producto del segundo embarazo, a término, con control prenatal sin complicaciones, parto normal con peso al nacer de 3 kg (normal), alimentación al seno materno por 6 meses, inició papillas a los 5 meses. Vivienda con todos los servicios y bien ventilada; baño cada tercer día, alimentación a base de leche, carne, huevo, frijol, pan y tortilla. Antecedentes Personales de Enfermedades: cuadros gripales 3 a 6 por año, cuando se enoja llora y deja de respirar y se pone morado por un minuto más o menos, desde el año de edad sin tratamiento. Esquema de vacunación la última dosis de influenza no se la pusieron porque estaba enfermo de la gripa. Padecimiento Actual.- Inicia hace 4 días con temperatura alta que no midió, estornudos, escaso moco transparente por la nariz por lo que le puso un trapito caliente en el cuello y un supositorio de paracetamol, y con lo cual disminuyó la fiebre, y lo llevó al kínder pero luego apareció tos seca, por tosaduras aisladas sin predominio de horario, así como pérdida del apetito, ayer se agrega dolor de cabeza y dolor al pasar el alimento; nuevamente subió la temperatura a pesar de haberle puesto un supositorio de paracetamol 300mg cada 8 h. hoy le puso 4 supositorios más pero ahora tiene la piel más roja además escalofríos y malestar general; ha vomitado 2 veces lo que comió y nota que cuando hace del baño están muy aguaditas las evacuaciones y ya van 3 veces que va al baño, cuando el sólo va una vez al día. Aquí la mamá le aplico una ampollita de antibiótico que tiene y lo llevó al médico 1 hora después, posteriormente notó que orinó muy amarillo. En la exploración se encontró con 39 grados de



temperatura, peso 16 Kg, talla 99 cm, piel y mucosas secas, conducto del oído está limpio, y su membrana esta completa, ligeramente roja y no está abombada, la nariz con poco moco verde, garganta roja, anginas grandes con capa blanquecina en algunos puntos, sin moco visible; en el cuello se palpan bolitas dolorosas y que se le hunde en la base cuando respira además se le marcan las costillas; se ve que apenas respira, la respiración se nota difícil. Además se escuchó como un silbido al respirar y notó ligero color azul en sus labios.

En éste paciente, las características que aumentaron la posibilidad de enfermarse fueron.

- 50.-  f  El peso del niño al nacer.
- 51.-  v  El tiempo que duró siendo amamantado.
- 52.-  v  El tipo de alimentación de la familia.
- 53.-  v  Los hábitos de higiene de la familia.
- 54.-  v  La decisión de la madre respecto a la vacunación.

Son signos y síntomas que hacen pensar que inició con infección de vías aéreas superiores:

- 55.-  f  El hambre que tiene el niño.
- 56.-  f  Las veces que fue al baño.
- 57.-  v  Los estornudos que presento.
- 58.-  f  Las características del moco cuando el médico lo reviso.
- 59.-  f  La forma en que respiro al revisarlo el médico.

Son datos de alarma a favor para acudir al médico de manera urgente:

- 60.-  v  La forma como respiró después de haber vomitado.
- 61.-  f  Lo que notó la madre en el niño hace 4 días.
- 62.-  v  Lo que se agregó después de enviarlo al kínder.
- 63.-  v  Las características de lo que se agregó después de enviarlo Al kínder.
- 64.-  v  El hambre que tiene el niño.
- 65.-  f  El color de su piel después del supositorio.
- 66.-  v  Lo que se noto después de aplicar los 4 supositorios.
- 67.-  f  Lo que le pasó al niño después de comer.
- 68.-  f  El color de la garganta cuando el médico lo reviso.
- 69.-  f  El tamaño de las anginas al revisarlo el médico.
- 70.-  v  Lo que noto en cuello y costillas del niño cuando respira.
- 71.-  v  Lo que se escucha cuando el niño respira.
- 72.-  v  El color de los labios del niño.
- 73.-  v  La temperatura del niño cuando lo reviso el médico.

Las acciones inconvenientes de la madre en este caso fueron:

- 74.-  f  Lo que la madre hace cuando el niño presento fiebre.
- 75.-  f  El tiempo en que lo hace.
- 76.-  f  El orden en que lo hace.
- 77.-  v  Lo que hizo la madre en cuando el niño se enfermó más.

- 78.-  v  El tiempo que tardo para iniciar medicamentos.
- 79.-  v  Aplicación de la ampolleta de antibiótico.
80.  v  El tiempo que tardó en llevar al niño al médico.
- 81.-  v  Lo que hace la madre cuando noto que no disminuye la fiebre.

### ANEXO No 3.

#### RECONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS.

**Síntoma** es, en medicina, la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad.

El término síntoma no se debe confundir con el término **signo**, ya que este último es un dato objetivo y objetivable. El síntoma es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas.

#### ¿QUÉ SON LAS IRA O IAVAS?

Las IRA o infecciones Respiratorias Agudas o las IAVAS Infecciones Agudas de Vías Aéreas Superiores. Es una enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio hasta antes de la epiglotis durante un periodo menor a 15 días.

El resfriado común es una enfermedad respiratoria, su contagio es a través de las manos y contacto estrecho con las personas enfermas.

LA ETIOLOGIA de las IAVAS es viral en el 99.5% de los casos y el resto .5 es estreptocócica, por lo que la mayoría solo requieren tratamiento sintomático.

En el IMSS las IAVAS es el principal motivo de demanda de consulta médica en la población pediátrica. De tal manera que la aplicación de la guía en este curso taller, permitirá disminuir la variabilidad diagnóstica terapéutica en estos niños.

¿Cuáles son los signos y síntomas de las Infecciones Agudas de Vías Aéreas Superiores?

FARINGITIS VIRAL, tos, disfonía, congestión nasal, dolor faríngeo de más de 5 días de evolución, vesículas aftas o en orofaringe.

RINITIS ALÉRGICA.-congestión nasal, rinorrea, estornudos y prurito nasal asociado frecuentemente a cambios estacionales escurrimiento nasal posterior. Antecedentes personales y familiares de atopia, sensibilidad a alérgenos específicos como ácaros, caspa de animales, polvo, polen y hongos filamentosos.

RESFRIADO COMÚN es una enfermedad que se auto limita típicamente dura de 5 a 14 días, caracterizada por una combinación de los siguientes síntomas; congestión nasal, fiebre, odinofagia, tos, disfonía, irritabilidad, congestión conjuntival.

SINUSITIS.-cuadro clínico de vías respiratorias superiores que persiste más de 7 días, caracterizado por dolor facial, que se intensifica con los cambios de posición, y dolor en puntos de los senos para nasales, congestión nasal, bloqueo nasal conocido, dolor dental, pobre respuesta a descongestionantes: en los lactantes el dx se hace con rin faringitis con tos de más de 7 días de evolución.

EPIGLOTITIS.- Disfonía, odinofagia severa, estridor y sialorrea.

FARINGITIS por estreptococo piogenus (del grupo A beta hemolítico) infrecuente en menores de 3 años y rara en menores de 18 meses.- dolor faríngeo de inicio súbito, exudado en amígdalas, adenopatía cervical, anterior dolorosa, fiebre, cefalea, ausencia de rinorrea, tos y disfonía.

OTITIS MEDIA.- otalgia, otorrea, hipoacusia, abombamiento de la membrana timpánica, mareo.

### **ANEXO: Signos y Síntomas.**

Dentro de los signos y síntomas más importantes se encuentran: Inicio súbito de dolor en la garganta (dolor faríngeo), secreción en las anginas (exudado amigdalino), bolitas dolorosas en el cuello (adenopatía cervical anterior

dolorosa), fiebre, dolor de cabeza, escurrimiento y congestión nasal, comezón en la nariz, estornudos, tos, ronquera, dolor al pasar los alimentos y/o irritabilidad. Y en algunos casos aparecen ampollas (vesículas que orientan a etiología viral).

Es importante mencionar que en las IAVAS no aparecen todos estos signos y síntomas, y que, es común que se manifiesten como una combinación de estos signos y síntomas; por lo tanto, es necesario acudir al médico, ya que éste es el indicado para hacer el diagnóstico preciso de la enfermedad e indicar el tratamiento oportuno.

Es esencial reconocer los signos y síntomas de las diferentes IAVAS para realizar un diagnóstico oportuno y ofrecer el tratamiento adecuado. A continuación se señalan los datos de mayor relevancia para la identificación de cada una de ellas.

Faringoamigdalítis estreptocócica:

Es recomendable realizar el diagnóstico en la población mayor de 3 años de edad que presente los siguientes datos clínicos (Criterios de Centor):

- Fiebre.

- Secreción en la garganta, Inflamación de las anginas o garganta enrojecida.

- Presencia de “bolitas” en la parte anterior del cuello.

- Ausencia de tos.

Faringitis de etiología viral:

- Tos.

- Ronquera.

- Congestión nasal.

- Dolor en la garganta por más de 5 días.

- Vesículas o ampollas en la garganta.

Rinitis alérgica:

- Congestión nasal.

- Secreción nasal.

-Estornudos y comezón nasal asociados a cambios de estación.

Sinusitis:

-Signos y síntomas por más de siete días.

-Dolor en la cara que aumenta con los cambios de posición y dolor en la frente y mejillas.

-Congestión nasal.

Resfriado Común:

Es una enfermedad que se auto limita, típicamente dura de 5 a 14 días y se caracteriza por alguna combinación de los siguientes signos y síntomas:

-Congestión nasal.

-Fiebre.

-Dolor al pasar los alimentos.

-Tos.

-Ronquera.

-Irritabilidad.

-Ojos rojos.

## **ANEXO 4.**

### **FACTORES DE RIESGO PARA IAVAS.**

Una importante forma de transmisión de las IAVAS es a través de las manos y el contacto cercano con los enfermos. Por esto, se encuentran en riesgo los niños que no se lavan las manos antes de comer o después de jugar; los niños enfermos que comparten los juguetes o chupones; los niños que acuden a guarderías; así como los niños que tiene contacto con personas enfermas.

También están en riesgo los niños que recibieron lactancia exclusiva durante menos de 6 meses, o que no la continuaron hasta completar el año. De igual forma, los niños que tiene desnutrición o que tiene bajas sus defensas (inmunosupresión), están predispuestos a padecer IAVAS.

## ANEXO 5.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR AL MÉDICO.

Los pacientes con IAVAS deben acudir al médico si manifiestan alguno de los siguientes síntomas:

Síntomas neurológicos: somnolencia, cefalea, vómito.

Síntomas de obstrucción de vía aérea superior.

#### **Causas**

Las causas de la obstrucción aguda de las vías respiratorias altas abarcan:

- Reacciones alérgicas en las cuales la tráquea o la garganta se hinchan y cierran, incluyendo reacciones alérgicas a la picadura de abejas, al maní, a los antibióticos (penicilina) y los medicamentos para la presión arterial (inhibidores de la ECA).
- Reacciones y quemaduras químicas.
- Crup.
- Epiglotitis (infección de la estructura que separa la tráquea del esófago).
- Fuego o quemaduras por la inhalación de humo.
- Cuerpos extraños, como maní y otros alimentos inhalados, fragmentos de globos inflables, botones, monedas y juguetes pequeños
- Infecciones virales o bacterianas
- Absceso periamigdaliano

Síntomas de obstrucción aérea inferior. La obstrucción de la vía aérea constituye la causa más frecuente de insuficiencia respiratoria en la infancia. Cuando ésta se produce a nivel fuera del tórax, se denomina obstrucción de las vías aéreas altas y cuando la obstrucción se produce a nivel dentro del tórax, se conoce como obstrucción de las vías aéreas bajas.

Cianosis. La cianosis es una coloración azulada de la piel o de las membranas mucosas que generalmente se debe a la falta de oxígeno en la sangre.



Estridor. Es un sonido respiratorio anormal, chillón y musical causado por un bloqueo en la garganta o la laringe y generalmente se escucha al inhalar. Por tanto se produce por obstrucción de las vías respiratorias superiores

Sibilancias: Obstrucción de las vías respiratorias inferiores

Respiración superficial. Una frecuencia respiratoria normal para un adulto en reposo es de 8 a 16 respiraciones por minuto, mientras que en un bebé, la tasa normal es hasta de 44 respiraciones por minuto.

Taquipnea es un término que el médico utiliza para describir la respiración si está demasiado acelerada.

Dificultad respiratoria. Es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.

Alteración en el volumen urinario.

Vómito persistente.

Exantema petequial o purpúrico.

Además del eritema infeccioso (5<sup>o</sup> enfermedad), la infección aguda por parvovirus B19 humano puede asociarse con exantemas cutáneos purpúricos o petequiales. Estos exantemas hemorrágicos asociados a parvovirus parecen ser poco frecuentes, y los informes publicados han descrito sólo casos aislados o esporádicos. La mayoría de los reportes de casos hacen hincapié en la distribución focal distintiva ("guantes y medias", "acropetequial", etc.) de estas erupciones atípicas, y sólo unos pocos informes han descrito exantemas petequiales generalizados asociados con parvovirus.

## ANEXO 6.

### RIESGOS DE LA AUTOMEDICACIÓN.

El uso inapropiado de los medicamentos puede desencadenar consecuencias negativas como:

Toxicidad: efectos secundarios, reacciones adversas e inclusive intoxicación.

Falta de efectividad, porque se utilizan en situaciones no indicadas.

Enmascaramiento de procesos clínicos graves y consecuentemente retraso en el diagnóstico y el tratamiento.

Interacciones con otros medicamentos o alimentos que la persona esté tomando. Puede haber una potenciación o una disminución del efecto del medicamento.

Resistencias a los antibióticos. El uso excesivo de antibióticos puede hacer que los microorganismos desarrollen mecanismos de defensa delante de estos medicamentos de manera que dejan de ser eficaces.

Además de reacciones alérgicas, vómitos, diarrea, intoxicaciones y daños orgánicos.

Los antibióticos son útiles en infecciones por bacteria, la causa del resfriado común es viral y por tanto no modifica su evolución.

**ANEXO 7.**  
**MEDIDAS QUE EL MÉDICO FAMILIAR INDICA PARA EL TRATAMIENTO  
DE LAS IAVAS.**

Medidas de Prevención. Las actividades que han demostrado ser efectivas en la prevención de las infecciones respiratorias agudas, y que se deben promover en la comunidad, son:

- Dar lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y complementaria después de esa edad.
- Vigilar y en caso necesario, orientar a la familia sobre la alimentación adecuada y otras medidas que contribuyan a corregir el estado nutricional del niño.
- Vacunar contra el sarampión, tos ferina, difteria e infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b, de acuerdo con el esquema que señale la Cartilla Nacional de Vacunación vigente.
- Evitar fumar cerca de los niños.
- Evitar la combustión de leña, o el uso de braseros, en habitaciones cerradas.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura.
- En época de frío, mantener abrigados a los niños.
- Proporcionar el aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas "A" y "C".
- Evitar el hacinamiento humano, para disminuir la transmisión de estas infecciones.
- Ventilar la habitación del niño.
- Fomentar la atención médica del niño sano.

El médico recomendará:

- Reposo de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

- Mantener la dieta habitual del paciente pero con un incremento en la ingestión de líquido (principalmente en los casos con fiebre y mal manejo de secreciones).
- Elevar la cabecera de la cama y aspirar la secreción nasal.
- Inhalación de vapor cuando hay secreción nasal.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura.
- Apego al tratamiento farmacológico en caso de necesitarse.

## ANEXO 8.

### MEDIDAS TRADICIONALES PARA CONTROLAR LAS IAVAS.

#### GRIPA.

Sinónimo(s): inflamación de las anginas (1). Lengua Indígena: Totonaco tsik'akxniku pistapu (Ver) (2) Purépecha k'uchakua, anginas (3)

Enfermedad respiratoria originada por un desequilibrio en la temperatura corporal cuyas manifestaciones son dolor de garganta, dificultad para ingerir alimentos y fiebre.

Es provocada por los cambios bruscos de temperatura que sufre el organismo; hay quienes aseguran que es el frío que ingresa al cuerpo cuando una persona al estar caliente, se expone repentinamente al frío o al aire (3 a 6); otros sostienen que es el exceso de calor en el cuerpo, el "calor subido" (7 a 11), cuando una persona pisa el suelo frío, sucede que la sangre (de calidad caliente) huye de los pies, sube a la cabeza y se "cargan" las anginas de este líquido causando la enfermedad (11).

Las opiniones no son contrapuestas, ya que finalmente la causa del padecimiento es un desequilibrio en la distribución de la temperatura corporal. Es importante notar que a diferencia de las demás afecciones respiratorias, frecuentemente las anginas son consideradas de calidad caliente (V. frío-calor). Los síntomas principales son fiebre, dolor de garganta, escalofríos y dificultad para "pasar" o tragar los alimentos y la saliva. Esto último es debido a la inflamación local severa (5) (12) y la excesiva producción de baba o flema (5) (13) que producen el cierre de la garganta (9) (12 y 14). Algunos síntomas poco frecuentes son la falta de apetito, reuma, dolor de huesos, tos y vómito.

En el tratamiento se utilizan diferentes métodos que persiguen desinfectar y limpiar la garganta de la flema: gárgaras con sustancias entre las que sobresale el limón (Citrus sp.), solo o combinado con miel (1) o alumbre (13) y lavados de garganta o paladeadas, principalmente con jugo de tomate (Physalis sp.) (15 y 16) (V paladear).

Se emplean emplastos o cataplasmas elaborados con grasas, aceites y plantas, solos o combinados, que calentados previamente se colocan sobre el

cuello y, en algunas ocasiones, se cubren con un trapo. Para su confección se utilizan entre otros elementos, hojas de belladona (*Atropa belladonna*) (14 y 17), tomate (18), enjundia de gallina o aceite de comer. Con la finalidad de desinflamar las anginas, calmar el dolor y sacar el calor de la garganta, se recomiendan los baños de pies y de asiento con agua caliente (4) (10) o con orines del mismo enfermo (19).

También se aplican plantillas elaboradas con limón (7) o jitomate (*Lycopersicum esculentum*) (16), calentados previamente para quitar la temperatura y bajar el calor subido a los pies. Existen procedimientos como la sobada, la tronada o la quebrada de anginas que son igualmente utilizados con frecuencia.

Es un padecimiento que se presenta en todas las edades, pero con mayor frecuencia en los niños.

Para la medicina académica, se trata de la misma afección conocida como amigdalitis o faringoamigdalitis, ya que existe una clara correspondencia en la sintomatología y las finalidades perseguidas por el tratamiento.

### Índice de Autores

- (1) Garcés Medina, A. R., 1989.
- (2) Santos García, A. de los et al. 1988.
- (3) Rangel, R., 1982.
- (4) Baytelman, B., s/f.
- (5) Young, J.C., 1981.
- (6) Baytelman, B., 1986.
- (7) Ruiz Salazar, C. L, 1989.
- (8) Aguirre Beltrán, G., 1980.
- (9) Aguirre Beltrán, G., 1952.
- (10) Ryesky, D., 1976a.

- (11) Pérez Hernández, A. et al., 1983.
- (12) Leiter Ferrari, W., 1982.
- (13) Palacios de Westendarp, P., 1986.
- (14) Álvarez Heydenreich, L., 1976.
- (15) Vega-Franco, L. et al., 1979.
- (16) Rendón, S., 1981.
- (17) DGCP et al., 1984.
- (18) Javis S., M., 1985.
- (19) García Jiménez, S., 1984.

## **La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México //**

- resfrío

### **Resfrío con calentura**

El "resfrío con calentura" es una causa de demanda de atención muy frecuente entre la población infantil de las comunidades tepehuanas. Los terapeutas tradicionales que se ocupan de tratar este padecimiento son los hierberos, quienes afirman atender entre 10 y 15 niños cada mes, aun si también los adultos están expuestos a contraerlo; en este último caso, el promedio de enfermos es de seis al mes. La causa del resfrío con calentura reside en la conducta insensata de ciertas personas "que se mojan y se quedan con la misma ropa mojada".

El enfermo presenta "debilidad casi total y pérdida de las fuerzas de las coyunturas, así como calenturas muy altas que se sienten al tocar el enfermo", señalan los terapeutas; la presencia de una mucosidad abundante que le fluye por la nariz, es otro de los síntomas que acompañan a la enfermedad (V. gripa). El hierbero realiza su diagnóstico revisando al enfermo, "que se encuentra débil, sin ganas de nada, ni de levantarse de la cama; quisiera estar siempre acostado".

El resfrío con calentura se trata mediante la administración de un té preparado con la planta medicinal conocida con el nombre de hierba del sapo. De ella se utilizan "unas bolitas de color negro que brotan en el tallo; se cortan y se ponen a hervir para té, se deja enfriar y se le agrega un limón para que el enfermo lo tome dos o tres veces al día". Mientras dura el tratamiento, se le recomienda al enfermo que tome mucha agua "para que no se vaya a secar". Aunque el resfrío no es considerado una seria causa de mortalidad por la mayoría de los terapeutas, éstos consideran que si el enfermo no se atiende oportunamente "se va consumiendo poco a poco, porque pierde mucha agua"; sin embargo, algunos curanderos señalan que la enfermedad puede también causar la muerte del paciente, "porque se cuece con la calentura ya que pierde agua".

A manera de prevención, los informantes aconsejan ingerir mucha agua y comer frutas que contengan vitaminas, de modo que los cambios bruscos de clima "no los tomen de sorpresa"; asimismo, recomiendan "que se cobijen bien cuando salen de un lugar a otro".

Biblioteca digital con fines de investigación y divulgación. No tiene la intención de ofrecer prescripciones médicas. El uso que se dé a la información contenida en este sitio es responsabilidad estricta del lector.

Los conocimientos y la información original de esta publicación son de origen y creación colectiva, sus poseedores y recreadores son los pueblos indígenas de México, por lo que deben seguir siendo

### **Tuqui. Tos**

La tos es una afección de las vías respiratorias tratada por los curanderos, quienes la designan con el nombre de tuqui. La tos es causada generalmente por condiciones climáticas adversas. Los terapeutas tradicionales que la tratan refieren que se manifiesta enseguida a la exposición al frío, y se caracteriza por el hecho de que el enfermo tose continuamente y se ve decaído, síntomas que le permiten al terapeuta llegar rápidamente a un diagnóstico.



El tratamiento aplicado consiste en administrar al enfermo una decocción preparada poniendo a hervir, en medio litro de agua, un pedazo de ocote, o un poco de flor de gordolobo; en ambos casos, después de dejar enfriar el medicamento, se "reparte en tres tomas" y se da al paciente a lo largo del día; de esta manera, a la persona "se le empieza a bajar la tos hasta que se le quita" (Véase también bhi'spargam yooxi, bho'mkox oriigan, chin, corpo, sirlochi, capomo, hierba del sapo y hierba de san juan). El curandero recomienda no tomar agua fría hasta que la tos no desaparezca por completo. En caso de no ser tratado, el padecimiento puede derivar en neumonía, aseguran los terapeutas (V. bronquitis y pulmonía). A manera de prevención, se aconseja "no andar en el frío y cuidarse mucho".



## **Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana //**

### **Gripa.**

Sinónimo(s): catarro, resfrío (1 y 2). Ll. Huichol tsucárriyá (3). Náhuatl (Pue) nimuistile (4). Otomí (Pue) uña (4). Pame ntE'E (5). Purépecha tukua (6). Totonaco (Pue) ak'atamat (7) y (Ver) kqawiwinat (8) Zapoteco dxu'(9). Tzotzil simal obal (10).

Enfermedad contagiosa muy frecuente, originada principalmente por cambios climáticos bruscos y cuyas manifestaciones más comunes son secreción de moco, dolor de cabeza, escalofríos y fiebre. Al igual que en la mayoría de las enfermedades respiratorias, la causa principal son los cambios bruscos de temperatura que afectan al individuo, calentamientos o enfriamientos excesivos (1) (4) (11 a 14), cambios de estación (invierno-primavera) (15) y el ingreso de aires, calor o frío al organismo (5) (7) (13), que provocan como consecuencia última, un desequilibrio en la temperatura corporal.

Además de reconocer el antecedente anterior, en Santiago Yancuictlalpan, Puebla, señalan que es un "padecimiento que se contagia de una persona a otra" (7), y en Caltzonzin, Michoacán, se adjudica a respirar "polvo o microbios

que andan sueltos" (12). Los tzotziles piensan que se origina por un "castigo de Dios enviado al hombre en proporciones epidémicas" (10).

Son síntomas principales el dolor de cabeza (2) (4 a 6) (13) (16), la secreción de moco o "agua" por la nariz (2) (7) (10) (13) (16) y la fiebre (4 a 8) (13) (16); en el Distrito Federal se dice que cuando existe calentura, se trata de una gripa que se ha complicado (11). Con poca frecuencia se reportan dolor de garganta, dificultad para respirar, tos, ojos llorosos y debilidad.

Existe una gran variedad de tratamientos, la mayoría persigue expulsar el frío que se introdujo en el organismo. En Mitla, Oaxaca, se soba al paciente con mezcal y al día siguiente, se le baña en un temazcal (16) (V. baño de temazcal); en los Altos de Chiapas, le colocan un lienzo caliente sobre el pecho y después pasan la plancha sobre la tela (17); en Atoyac de Álvarez, Guerrero, caldean (V. caldear) la mollera, la cabeza y el pecho del enfermo con infundía y alcohol previamente calentados (6); y en Tecospa, Estado de México, utilizan las friegas de alcohol con eucalipto (*Eucalyptus globulus*) (13) (V. enjundia). En todos estos procedimientos se debe arropar muy bien al enfermo para que sude copiosamente y así logre eliminar el frío. Para lograr que las vías respiratorias se descongestionen, se utilizan inhalaciones y "frotadas"; así en Tepepan, Distrito Federal, se pone un trapo quemado y mojado en aguardiente para que el enfermo lo respire (18); en Hopelchen, Campeche, se apachurra la hoja de zorrillo o Auj pay (?) y se le da a oler al paciente; en Santiago Yancuictlalpan, se frotan las sienes, las fosas nasales, la papada, el pecho y detrás de las orejas con manteca alcanforada (7), y en Atoyac de Álvarez, estas frotadas llamadas "pomeadas" se realizan con alcanfor, Vick VapoRub y aceite de comer (6). Otras curaciones muy populares son las hechas con tequila o aguardiente con jugo de limón (*Citrus* sp.), la miel con jugo de limón o naranja (*Citrus aurantium*) y los tes de diversas plantas entre las que destacan por su uso frecuente, ajo (*Allium sativum*), naranja, (*Citrus* sp.) gordolobo (*Gnaphalium* spp.), saúco (*Sambucus mexicana*), borraja (*Borago officinalis*) y eucalipto (*Eucalyptus globulus*).

Durante el proceso de curación, es de gran importancia evitar comer o beber cosas frías, así como exponerse al aire, al frío y al sol, ya que de lo contrario,

pueden sobrevenir padecimientos respiratorios de mayor gravedad, como la pulmonía (19).

Resulta claro que se trata del mismo padecimiento reconocido por la medicina académica como gripe o influenza y, al igual que en ésta, el tratamiento popular va encaminado a mitigar las molestias que produce.

### Índice de Autores

- (1) Baytelman, B., 1986.
- (2) Esquivel Romero, A. E., 1989.
- (3) Casillas Romo, A., 1990.
- (4) Castro Ramírez, A. E., 1988b.
- (5) Chemin Básler, H., 1984.
- (6) García Jiménez, S., 1984.
- (7) Cuerno Clavel, L. E. et al., 1989.
- (8) Santos García, A. de los et al., 1988.
- (9) Beltrán Morales, F., 1982.
- (10) Holland, W. R., 1978.
- (11) Palacios de Westendarp, P., 1986.
- (12) Rangel, R., 1982.
- (13) Gómez López, J. M., 1990.
- (14) Madsen, W., 1960.
- (15) Ryesky, D., 1976a.
- (16) Garcés Medina, A. R., 1989.
- (17) Parsons, E. C, 1966.
- (18) Moscoso Pastrana, P., 1981.
- (19) González, L. et al., 1984.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

|   |
|---|
| Objetivo: Que las madres aumenten el conocimiento y aptitud para el manejo de IAVAS           |
| Nombre del Facilitador: Dra. María Teresa Díaz Bravo.   |
| Perfil de las Participantes: Madres de niños 5 años y menos con IAVAS frecuentes.             |
| Nombre del Taller: <b>Curso taller sobre IAVAS</b> Lugar y Fecha: anexo UAMF 44 de Tepuxtepec |
|   |

| Día             | Tema  | Objetivo   | Estrategia   | Tiempo           | Material   |
|-----------------|---|--|--|------------------|--|
| 21 Mayo 2012    | Otorguen consentimiento.  | Que firmen consentimiento  | Firmen consentimiento I.                           | 5 min            | Consentimiento informado                             |
|                 | Aplicación del cuestionario.  | Que las participantes Conozcan la forma en que van a trabajar.                       | Dinámica de convivio. Aplicación del cuestionario. | 30 min           | Explicación de Dinámica.                             |
|                 | Integración grupal.   | Obtener conocimientos sobre IAVAS  | Lectura de las participantes del programa.         | 30 min           | Cuestionarios Tema.                                  |
|                 | Explicación de la dinámica del curso.                               |  |  | 20 min           | Hoja de Introducción                                 |
|                 |   |  |  | 5 min            | Dudas.   |
| 24 de Mayo 2012 | Reconocimiento de signos y síntomas de IAVAS                        | Que la participante reconozca los signos y síntomas de IAVAS                         | Lectura del caso.                                  | 15 min           | Caso real.   |
|                 |   |  | Lectura del texto<br>Discusión de casos            | 15 min<br>90min  | Textos.  |
| 28 de Mayo 2012 | Reconocimiento de factores de riesgo para IAVAS                     | Que la participante comprenda y reconozca los factores de riesgo para IAVAS          | Técnicas:  | 60min            | Ropa   |
|                 |   |  | Redes.<br><br>Sociodrama                           | 60min            | Muñecos<br>Ventilador agua<br>hoja de indicaciones   |
| 31 de Mayo 2012 | Identificación precoz de signos de alarma para consultar al médico. | Que la participante asimile y reconozca los signos de alarma para acudir al médico   | Textos.<br><br>Mimica                              | 30 min<br>30 min | Textos<br>Crema<br>Lapiz rojo y negro                |
| 7 de Junio 2012 | Medidas generales indicadas por médico familiar en IAVAS            | Que la participante logre aplicar las medidas que el médico familiar indica en IAVAS | Tarea dirigida                                     | 40 min           | Textos   |
|                 |   |  | títeres  | 40min            | Muñecos, tina, ropa, bufandas, vaso, carbonato, agua |

|                  |  |   |   |                           |  |
|------------------|--|---|---|---------------------------|--|
| 11 de Junio 2012 | Medidas tradicionales para controlar IAVAS | Que la participante logre asimilar y aplicar las medidas tradicionales para IAVAS | Lluvia de ideas<br>Presentación de textos información sobre el tema.<br>collage | 20 min<br>40 min<br>30min | Textos<br>Cartulinas<br>Plumones                           |
| 14 de Junio 2012 | Conclusión<br>Obtener cuestionario final   | Que la paciente sea capaz de realizar lo aprendido.<br>Obtener datos finales.     | Rotafolio<br><br>instrumento  | 40 min<br>30min           | Hoja de rotafolio<br>Plumones<br>Aplicación de instrumento |

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.-Spiegel, Alejandro. La elección de los recursos didácticos y la educación de valores. Certidumbres e incertidumbres. 2006
- 2.- Garza P.P., Viniegra V.L. “Intervención educativa en el desarrollo de una postura ante la educación”. Revista Médica IMSS, 38: 235-241. México. 2000.
- 3 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. 5.1, 8,1 9.
- 4.- Guía de práctica clínica-diagnostico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. (IMSS, octubre 2009).
- 5.-Giachetto G, Martínez M, Montano A. Infecciones respiratorias agudas bajas de causa viral en niños menores de dos años. Posibles factores de riesgo de gravedad. Arch Pediatr Urug 2001; 72(3): 206-210.
- 6.- Viniegra VL. Replanteamiento de la función de la escuela. En: Educación y Crítica. El proceso de elaboración del conocimiento. México: Piidos Educador; 2002; 105–54.
- 7.- Tyler, R.W.: Métodos de Enseñanza, Vol.1.Comisión de Nuevos Métodos de Enseñanza U.N.A.M. México 1973: 96
- 8.- Freinel, C.: La Educación por el Trabajo.F: C: E. México 1971: 112-141
- 9.- Ibarrola M. Sociología de la educación. Corrientes Contemporáneas. México: Centro de Estudios Educativos, A.C.; 1981: 7–29.
- 10.- Fernández, M, B, Teorías del Aprendizaje, Métodos de Enseñanza, Vol., 1, Comisión de Nuevos Métodos de Enseñanza U.N.A.M... México 1973: 33-55.
- 11- Viniegra VL. Un acercamiento a la crítica. En: Educación y Crítica. El proceso de elaboración del conocimiento. México: Piidos Educador; 2002: 13–55.
- 12.-García HA, Viniegra VL. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica. 1999; 51(2): 93-98.
- 13.- Viniegra VL. El camino de la crítica. Rev. Invest Clin. 1996; 48:139-58.
- 14.- Torp, Sage. El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) en el aula universitaria. Amorrortu, Buenos Aires Argentina 1995

- 15.-ViniegraVL, Ponce de León S, Calva J, Vargas F. La capacidad de crítica en investigación clínica en un grupo de residentes de medicina interna. Rev Inves Clin 1986; 38:71-6.
- 16.- Viniegra VL. Replanteamiento de la función de la escuela. En: Educación y Crítica. El proceso de elaboración del conocimiento. México: Piidos Educador; 2002: 105–54.
- 17.- Viniegra VL. Un acercamiento a la crítica. En: Educación y Crítica. El proceso de elaboración del conocimiento. México: Piidos Educador; 2002: 13–55.
- 18.- Jiménez RJL, Viniegra VL. Teoría y práctica en la especialización médica, un instrumento de medición de estrategias de aprendizaje. Rev Invest Clin. 1996; 48:179-84.
19. Viniegra L, Lisker R. Utilidad de los exámenes de selección múltiple en la evaluación del aprendizaje ocurrido durante el adiestramiento clínico intensivo. Rev Invest Clin 1979; 31: 407-12.
- 20.- Viniegra L, Montes J, Sifuentes J, Uscanga L. Comparación de la utilidad de dos tipos de exámenes teóricos para evaluar el aprendizaje clínico. Rev Invest Clin 1982; 34: 73-8.
- 21.- Mejía RO, Martínez JS, Roa SV, Ruiz FJ, Ruiz PC, Pastrana HE, “Impacto de una Estrategia Educativa Participativa Ethos Educativo 2008; 42: 187-196.
- 22.-Camacho PJ, Pastrana HE “Estudio de aptitud y desempeño en dos estrategias educativas”, Ethos Educativo, 2008; 42: 197-207
- 23.- García MJ, Viniegra VL, Arellano LS, García JM, Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención Rev Med Inst Mex Seguro Social 2005:43(6); 465-472.
24. -Viniegra VL. “El fetichismo de la tecnología” Rev Inv Clin México 2000; 52: 569-580.
- 25.- Viniegra VL. “Ética y conocimiento médico alrededor de la reproducción.”Perinatol Reproduc Hum 1999; 13: 44-51.
- 26.- García HA, Viniegra VL. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica. 1999; 51(2): 93-98.

- 27.- NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.3.43
- 28.- Giachetto G, Martínez M, Montano A. Infecciones respiratorias agudas bajas de causa viral en niños menores de dos años. Posibles factores de riesgo de gravedad. Arch Pediatr Urug 2001; 72(3): 206-210.
29. Helsinki. La Declaración de Helsinki 2008 y la investigación en los países del Sur. Bioética & debat · 2010; 16(61): 6-13
30. LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL Ley publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 17 de septiembre de 2009 Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 16 de Junio de 2011.
- 31.-Arredondo GE, Castillo SEJ, Sánchez GF. La aptitud clínica de los residentes de ortopedia y traumatología en el manejo del paciente politraumatizado. Acta Ortop Mex 2006; 20(2):64-71.
- 32.-Valencia J, Leyva F. Aptitud clínica en urgencias cardiovasculares, en médicos residentes. Comparación de dos estrategias educativas. Rev Med IMSS 2006; 44:S59- S68.
- 33.- Pineda Cárdenas y col. Aptitud clínica del residente de medicina familiar en el tratamiento de pacientes hipertensos. Alcances de una estrategia participativa. Revista de especialidades médico- quirúrgicas 2009; 14 (4):155-60
- 34.- María Eugenia Casas Donneys. Educación para la salud: aspectos metodológicos. Educación Médica y Salud \* Vol. 25, No. 2 (1991)