

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA
SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA
UNIVERSITARIA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

**“EFECTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD DE AGUAYTIA –
2018”**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN CIENCIAS
DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA
UNIVERSITARIA

AUTORA: Guardián Ramírez, Violeta Norma

ASESORA: Palacios Zevallos, Julia Marina

HUÁNUCO – PERÚ

2020



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Ciencias de la salud

Disciplina: Salud pública, Salud ambiental

D

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestra en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria

Código del Programa: P21

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 00186760

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22407304

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

H

DATOS DE LOS JURADOS:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES | GRADO | DNI | Código ORCID |
|----|------------------------------|------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | Leiva Yaro, Amalia Verónica | Doctora en ciencias de la salud | 19834199 | 0000-0001-9810-207X |
| 2 | Jara Claudio, Edith Cristina | Doctor en ciencias de la educación | 22419984 | 0000-0002-3671-3374 |
| 3 | Angulo Quispe, Luz Idalia | Magister en odontología | 22435547 | 0000-0002-9095-9682 |



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los seis días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve, siendo las _____ horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Amalia Leiva Yaro, **Presidenta**, Mg. Edith Jara Claudio, **Secretaria**, y Mg. Luz Angulo Quispe, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 770-2019-D-EPG-UDH, de fecha dos de diciembre del año dos mil diecinueve y la aspirante al Grado Académico de Maestra, **Violeta Norma GUARDIAN RAMIREZ**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó a la graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: "**EFECTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD DE AGUAYTIA - 2018**", para optar el Grado Académico de Maestra en Ciencias de la Salud, mención: Salud Pública y Docencia Universitaria.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobado. Por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de Bueno (Art. 54).

Siendo las 17.20 horas del día 06 del mes de Diciembre del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.




PRESIDENTA

Dra. Amalia Leiva Yaro



SECRETARIA

Mg. Edith Jara Claudio



VOCAL

Mg. Luz Angulo Quispe

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a Dios, el ser más maravilloso que cuida de mí y mi familia.

A mi esposo e hijos, quienes constantemente fortalecen mi fe y me enseñan lo que realmente necesitamos para ser felices.

A mis docentes y amigos que estuvieron en los momentos más importantes de mi vida profesional.

La autora

AGRADECIMIENTO

De manera especial expreso mi profundo agradecimiento, en primer lugar, a Dios, quien guía y dirige mi vida para lograr mis más grandes sueños.

De igual forma, expreso mis más sinceros agradecimientos a todas las personas e instituciones que han colaborado, de alguna forma, en la realización de la presente investigación, siendo ellos:

La Universidad Huánuco, a la Escuela de Post grado, la Facultad de Enfermería, especialmente a los docentes por sus enseñanzas impartidas.

A los directivos y los profesionales de la salud de las diferentes áreas del Centro Salud de la Aguaytía, por los aportes y permitir que la recolección de información sea sistemática y satisfactoria.

A la asesora de tesis, Julia Palacios Zevallos, no sólo por las sugerencias, orientaciones y aclaraciones brindadas, sino por el trato cortés con que me atendió y porque continuamente ha compartido palabras sabias de apoyo con la que he podido sobrellevar los problemas que se presentaron durante el proceso de esta investigación.

Mi adorada familia, por creer en mí y mantenerse siempre a mi lado, y apoyarme en todas mis decisiones.

A todos ellos ¡Muchas gracias!

La autora

ÍNDICE

| | |
|--|------|
| DEDICATORIA | II |
| AGRADECIMIENTO | III |
| ÍNDICE..... | IV |
| ÍNDICE DE TABLAS | VII |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | XI |
| RESUMEN | XIII |
| SUMMARY..... | XIV |
| PRESENTACIÓN..... | XV |
| CAPITULO I | 18 |
| 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 18 |
| 1.1 Descripción del problema. | 18 |
| 1.2 Formulación del problema. | 21 |
| 1.2.1 Problema general..... | 21 |
| 1.2.2 Problemas específicos. | 21 |
| 1.3 Objetivo General:..... | 22 |
| 1.4 Objetivos Específicos:..... | 23 |
| 1.5 Trascendencia de la investigación. | 24 |
| 1.5.1 Teórica y técnica. | 24 |
| 1.5.2 Académica..... | 24 |
| 1.6 Viabilidad de la investigación | 25 |
| CAPITULO II..... | 26 |
| 2 MARCO TEÓRICO..... | 26 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación..... | 26 |
| 2.1.1 Antecedentes internacionales. | 26 |
| 2.1.2 Antecedentes nacionales. | 28 |
| 2.2 Bases teóricas. | 31 |
| 2.2.1 Teoría del autocuidado..... | 31 |
| 2.2.2 Teoría de Adopción del Rol Maternal. | 32 |
| 2.2.3 Teoría de la persuasión..... | 33 |
| 2.3 Bases conceptuales..... | 34 |
| 2.3.1 Las infecciones respiratorias agudas. | 34 |

| | | |
|--------------|---|----|
| 2.3.2 | Situación de las Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú. | 37 |
| 2.3.3 | Aspectos Epidemiológicos de las Infecciones Respiratorias Agudas. | 40 |
| 2.3.4 | Factores de Riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas. | 41 |
| 2.3.5 | Intervención de enfermería frente a las infecciones respiratorias. | 47 |
| 2.3.6 | Medidas de prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas. | 47 |
| 2.3.7 | Participación de la madre en la prevención de las IRAs. | 58 |
| 2.3.8 | Rol de la Enfermera en la Prevención de las Infecciones respiratorias Agudas. | 60 |
| 2.3.9 | La cultura de la salud y manejo de las Infecciones respiratorias Agudas. | 61 |
| 2.3.10 | Los conocimientos en Salud. | 63 |
| 2.3.11 | Las prácticas en salud. | 64 |
| 2.3.12 | Manejo tradicional de las Infecciones Respiratorias Agudas. | 67 |
| 2.4 | Sistema de hipótesis. | 70 |
| 2.4.1 | Hipótesis General. | 70 |
| 2.4.2 | Hipótesis Específicas: | 70 |
| 2.5 | Sistema de variables. | 71 |
| 2.5.1 | Variable Principal: | 71 |
| 2.5.2 | Variable Asociada: | 72 |
| 2.6 | Operacionalización de variables. | 73 |
| 2.7 | Definición operacional de las palabras claves. | 74 |
| CAPITULO III | | 76 |
| 3 | MARCO METODOLÓGICO. | 76 |
| 3.1 | Tipo de investigación. | 76 |
| 3.1.1 | Enfoque de investigación. | 76 |
| 3.1.2 | Alcance o nivel de investigación. | 77 |
| 3.1.3 | Diseño de investigación. | 77 |
| 3.2 | Población y muestra. | 78 |
| 3.2.1 | Población. | 78 |
| 3.2.2 | Muestra. | 79 |
| 3.3 | Técnicas e instrumentos e recolección de datos. | 79 |

| | | |
|---------------------------------|---|-----|
| 3.4 | Técnicas para el procesamiento y análisis de la información. | 80 |
| 3.4.1 | Plan de actividades. | 80 |
| 3.4.2 | Procesamiento y elaboración de datos. | 81 |
| 3.4.3 | Validez y confiabilidad de los instrumentos. | 82 |
| 3.4.4 | Aspectos éticos. | 82 |
| 3.4.5 | Análisis de resultados. | 82 |
| 3.4.6 | Actividades del programa de intervención educativa. | 83 |
| CAPITULO IV..... | | 85 |
| 4 | PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS..... | 85 |
| 4.1 | Análisis descriptivo de los resultados. | 85 |
| 4.1.1 | Análisis de las características sociodemográficas de las madres. | 85 |
| 4.1.2 | Análisis Inferencial de los resultados. | 111 |
| DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | | 124 |
| CONCLUSIONES | | 126 |
| RECOMENDACIONES..... | | 128 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | | 129 |
| ANEXOS | | 138 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla N° 1 Características sociodemográficas de las madres de los niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 85 |
| Tabla N° 2 Conocimiento de los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 87 |
| Tabla N° 3 Nivel de conocimiento de los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 88 |
| Tabla N° 4 Conocimiento de la importancia de asistir al control de CRED y vacunación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 89 |
| Tabla N° 5 Nivel de conocimiento de la importancia de asistir al control de CRED y vacunación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 90 |
| Tabla N° 6 Conocimiento de la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 91 |
| Tabla N° 7 Nivel de conocimiento de la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 92 |
| Tabla N° 8 Conocimiento de la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 93 |
| Tabla N° 9 Nivel de conocimiento de la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 94 |
| Tabla N° 10 Conocimiento de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 95 |
| Tabla N° 11 Nivel de conocimiento de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 96 |
| Tabla N° 12 Nivel de conocimiento de las infecciones respiratorias agudas del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019... | 97 |
| Tabla N° 13 Prácticas frente a los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 98 |

| | |
|--|-----|
| Tabla N° 14 Prácticas frente a los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 99 |
| Tabla N° 15 Prácticas frente al control de CRED y vacunación del el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 100 |
| Tabla N° 16 Prácticas frente al control de CRED y vacunación del el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 101 |
| Tabla N° 17 Prácticas frente a la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 102 |
| Tabla N° 18 Prácticas frente a la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 103 |
| Tabla N° 19 Prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 104 |
| Tabla N° 20 Prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 105 |
| Tabla N° 21 Prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 106 |
| Tabla N° 22 Prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 107 |
| Tabla N° 23 Prácticas frente a la identificación de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 108 |
| Tabla N° 24 Prácticas frente a la identificación de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 109 |
| Tabla N° 25 Prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 110 |
| Tabla N° 26 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de las infecciones respiratorias agudas en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 111 |
| Tabla N° 27 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años antes | |

| | |
|---|-----|
| y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 112 |
| Tabla N° 28 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 113 |
| Tabla N° 29 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de la alimentación del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 114 |
| Tabla N° 30 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de la protección del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 115 |
| Tabla N° 31 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de los signos de alarma en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 116 |
| Tabla N° 32 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 117 |
| Tabla N° 33 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a los problemas respiratorios antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 118 |
| Tabla N° 34 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente al control de CRED y vacunación en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía..... | 119 |

| | |
|--|-----|
| Tabla N° 35 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la alimentación del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 120 |
| Tabla N° 36 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 121 |
| Tabla N° 37 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019 | 122 |
| Tabla N° 38 Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la identificación de los signos de alarma antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 123 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura N° 1 Histograma de las características sociodemográficas de las madres de los niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 86 |
| Figura N° 2 Proporción del nivel de conocimiento de los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 88 |
| Figura N° 3 Proporción del nivel de conocimiento de la importancia de asistir al control de CRED y vacunación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 90 |
| Figura N° 4 Proporción del nivel de conocimiento de la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 92 |
| Figura N° 5 Proporción del nivel de conocimiento de la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 94 |
| Figura N° 6 Proporción del nivel de conocimiento de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 96 |
| Figura N° 7 Proporción del nivel de conocimiento de las infecciones respiratorias agudas del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 97 |
| Figura N° 8 Proporción de las prácticas frente a los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 99 |
| Figura N° 9 Proporción de las prácticas frente al control de CRED y vacunación del el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 101 |
| Figura N° 10 Proporción de las prácticas frente a la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 103 |

| | |
|--|-----|
| Figura N° 11 Proporción de las prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 105 |
| Figura N° 12 Proporción de las prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019. | 107 |
| Figura N° 13 Proporción de las prácticas frente a la identificación de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 109 |
| Figura N° 14 Proporción de las prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019..... | 110 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas de las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio de nivel explicativo, experimental, longitudinal, prospectivo y analítico, con diseño cuasi experimental (pre y post test). El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, donde se seleccionaron 40 madres de niños menores de 5 años. El instrumento utilizado fue el cuestionario, con el que se evaluó el nivel de conocimiento y las prácticas frente a infecciones respiratorias agudas; y la prueba estadística para la contrastación de la hipótesis fue la T de Student (t), con la cual se evaluó el efecto del programa de intervención educativa.

Resultados: evidenciaron que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación del conocimiento ($t=10,489$ y $p= 0,000$) y las prácticas ($t=9,897$ y $p= 0,000$) frente a las infecciones respiratorias agudas.

Conclusión: El programa de intervención educativa aplicado a madres, mejora el nivel de conocimiento y prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía.

Palabras clave: *efecto, programa, intervención, educativa, conocimientos, prácticas*

SUMMARY

Objective: To determine the effect of the educational intervention program on the level of knowledge and practices of acute respiratory infections in mothers of children under 5 years of age at the Aguaytía Health Center-2019.

Materials and Methods: an explanatory, experimental, longitudinal, prospective and analytical level study was carried out, with quasi-experimental design (pre and post test). Sampling was non-probabilistic for convenience, where 40 mothers of children under 5 were selected. The instrument used was the questionnaire, which evaluated the level of knowledge and practices against acute respiratory infections; and the statistical test for the test of the hypothesis was Student's T (t), with which the effect of the educational intervention program was evaluated. **Results:** they showed that there are statistically significant differences in the average of the scores obtained in the pre with respect to the post test on the evaluation of the knowledge ($t=10.489$ and $p=0.000$) and the practices ($t=9.897$ and $p=0.000$) in front of the infections acute respiratory Conclusion: The program of educational intervention applied to mothers, improves the level of knowledge and practices against acute respiratory infections in children under 5 years of Aguaytía Health Center.

Keywords: effect, program, intervention, educational, knowledge, practices

PRESENTACIÓN

La investigación titulada **“Efecto del programa de intervención educativa de infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019”** tiene como propósito mejorar las estrategias de intervención sanitaria con el objetivo de disminuir la prevalencia de las IRAs en los niños menores de 5 años.

Ya que, la morbilidad de enfermedades en niños menores de 5 años siempre ha sido motivo de preocupación para la Salud Pública. Desde hace varias décadas se ha trabajado por disminuir la Tasa de Mortalidad infantil impulsando acciones de salud como el control de las infecciones respiratorias agudas (IRAs), de inmunizaciones, de Crecimiento y Desarrollo, entre otros. El impacto de estas acciones es ampliamente conocido, pues, en el mundo se evitan a diario miles de muertes por estas causas.

Además, las infecciones respiratorias agudas son responsables de la muerte de cerca de 4 millones de niños por año, principalmente en países en vías de desarrollo como son Asia, África y América Latina y la neumonía es responsable de aproximadamente el 85% de todas las muertes por IRAs.

La problemática alrededor de las infecciones respiratorias es bastante compleja, ya que, su rápida evolución y conocimiento de los signos de alarma que indican gravedad, debe ser manejado básicamente por las madres de los niños, con el objetivo que identifiquen oportunamente las posibles complicaciones, como la bronquiolitis o la neumonía que ponen en riesgo la vida del niño.

La problemática actual demostró que las madres de los niños menores de 5 en el pre test, el 40% tuvieron un nivel medio de conocimiento; y en el post test, la situación mejoró, ya que, el 57,5% tuvieron un nivel alto de conocimientos; respecto a las prácticas, se evidenció en el pre test, que el 75% tenían prácticas deficientes; mientras que el post test, la situación mejoró, ya que el 53,8% tuvieron buenas prácticas. Se comprobó diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test respecto al nivel de conocimiento ($t=10,489$ y $p= 0,000$) y respecto a las prácticas ($t=9,897$ y $p= 0,000$).

Para explicar los resultados de la investigación y mejorar su comprensión, el estudio se desarrolló en cinco capítulos: En el Capítulo I, se presenta el problema de investigación, enfocando la descripción del problema, la formulación, los objetivos, la trascendencia de la investigación y la viabilidad del estudio.

En el Capítulo II, Marco teórico, donde se presenta los antecedentes del estudio, las bases teóricas que sustentan el estudio, las bases conceptuales, el sistema de hipótesis, sistema de variables, la operacionalización de variables y la definición de las palabras clave.

En el Capítulo III, se presenta el marco metodológico del estudio, que contienen: El tipo de investigación, el enfoque de la investigación, el alcance o nivel de investigación, el diseño de la investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y las técnicas para el procesamiento y análisis de la de información.

En el Capítulo IV se exponen los resultados con aplicación estadística, mediante distribuciones de frecuencias, gráficos y la contrastación de las hipótesis estadísticas, es decir el análisis descriptivo e inferencial.

Y, en el Capítulo V, se discuten los resultados con los referentes bibliográficos de las bases teóricas y de los resultados similares o diferentes. Finalmente se mencionan las conclusiones y las recomendaciones extraídas a partir de la investigación.

CAPITULO I

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema.

Según Razón¹ y el Ministerio de Salud de Cuba², las infecciones respiratorias agudas (IRAs), son las causas más frecuentes de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad particularmente en los países en desarrollo; representan una de las primeras causas de atención médica, produciendo a su vez ausentismo laboral y escolar, necesidades de atención médica, consumo de medicamentos y otras afectaciones sociales; ya que constituye el 20% de la mortalidad infantil producidas en domicilio; 60% producidas en niños menores de 1 año y 50% en menores de 5 años, dentro de los cuales se encuentra el síndrome bronquial obstructivo y las neumonías.

Por su parte el Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF)³ mencionó que, a pesar del descenso de la mortalidad infantil en algunos países latinoamericanos, se observan en las últimas décadas signos de deterioro de las condiciones de salud de la niñez; esto debido a que la neumonía sigue siendo la primera causa más común de mortalidad infantil en el mundo y cada año causan aproximadamente 1,5 billones de episodios que deterioran su estado nutricional y que finalmente los conllevan a la muerte.

En los umbrales del siglo XXI, los niños de América aún mueren en proporciones alarmantes por causas prevenibles con medidas relativamente simples. Reconociendo la magnitud del problema de las

IRAs, Álvarez, Castro, Abdo, Orta y Gómez⁴, a través de los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) evidenciaron que más de 140000 niños menores de cinco años mueren anualmente por neumonía en esta región; cada ocho fallece por una IRA, y esto constituye la primera causa de consulta y hospitalización en edades pediátricas.

Asimismo, Bauer, Dussel, Fariña y Rodríguez⁵, señalaron que, en países Sudamericanos como Argentina, Chile, Perú y otros, las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen un problema central, principalmente en las zonas donde no existe un establecimiento de salud o se encuentran muy lejanas, donde las tasas de internación en los lactantes son bastante elevadas y la reinternación en el primer año de vida es la primera causa.

Por su parte, el Ministerio de Salud del Perú⁶, informó que no se conoce la real magnitud de las infecciones respiratorias, sin embargo, constituyen la primera causa de atención por consulta externa en los establecimientos de salud y la primera causa de mortalidad general, además, causan del 60 a 80% de ausentismo en los niños preescolares y escolares.

Del mismo modo, la Dirección Regional de Salud de Huánuco⁷, notificó que, al igual que en el resto del mundo, en la Región Huánuco, las IRAs constituyen la causa más frecuente de consulta en los niños en edad pediátrica y son la causa de los recurrentes episodios a lo largo de todo el año. Al primer trimestre del 2018 se notificó 9483 casos de IRAs, menor en 11,9% (1125) y en 27,6% (2622) al año 2016 y 2015 respectivamente. Respecto a las neumonías se notificaron 131 casos en niños menores de

5 años, mayor en 4,1% (6) al año 2016 y en 20,7% (30) al año 2015. Y se notificó una defunción en un niño menor de 5 años, procedente del distrito de Pillcomarca, y seis defunciones en mayores de 5 años, provenientes del distrito de Conchamarca, Amarilis, Huánuco, Ripan y Pillcomarca. Por tanto señalan que es importante fortalecer las acciones preventivas promocionales en el entorno familiar, comunitario, así como en los servicios de salud orientadas a la reducción de esta morbilidad en los menores de 5 años.

En la Región Ucayali, la situación de las infecciones respiratorias agudas muestra que, para el año 2018 se notificaron 75674 casos de IRAs.y con respecto a las neumonías se notificaron 1103 casos, así mismo se notificaron 29 defunciones por IRAs en niños menores de 5 años. La Micro Red de Salud Aguaytía San Alejandro a notificado 3634 casos de IRAs, y se reportaron 99 casos de neumonía en niños menores de 5 años . El Centro de Salud de Aguaytía, los casos reportados en los niños menores de 5 años ascienden a 2385 casos de IRAs y 92 casos de neumonía en menores de 5 años.

En tal sentido, Martínez, Suriano, Gery, Ryan y Pelto⁸, consideran que a nivel mundial se hace necesario que los familiares más allegados al niño presenten conocimientos adecuados sobre las enfermedades que podrían presentarse y dentro de ellas las IRAs, estos conocimientos están basados principalmente en cuáles serían los síntomas que llevarían al diagnóstico, tratamiento y principales complicaciones qué hacer en cada situación, así como la relación que el mismo tendría con la edad, escolaridad, ocupación,

estilo y modo de vida de las madres de estos niños por ser factores que influyen en el adecuado desarrollo de una IRA.

Por todo lo expuesto, es de vital importancia realizar la presente investigación **“Efecto del programa de intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud de Aguaytía-2019”** a fin de intervenir de forma preventiva frente a las infecciones respiratorias y mejorar las estrategias de intervención sanitaria con el objetivo de disminuir la prevalencia de las IRAs en los niños menores de 5 años.

1.2 Formulación del problema.

1.2.1 Problema general.

¿Cuál es el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas de las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019?

1.2.2 Problemas específicos.

a. ¿Cuál es el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento de los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019?

b. ¿Cuál es el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas del control de crecimiento y desarrollo y vacunación para evitar los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019?

- c. ¿Cuál es el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas de alimentación para evitar los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019?
- d. ¿Cuál es el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas de protección para evitar los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019?
- e. ¿Cuál es el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas de los signos de alarma para evitar complicaciones de los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019?
- f. ¿Cuál es el efecto del programa de intervención educativa en las prácticas de ventilación del entorno para evitar los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud de Aguaytía-2019?

1.3 Objetivo General:

Determinar el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas de las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

1.4 Objetivos Específicos:

- a.** Evidenciar el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento de los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

- b.** Mostrar el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas del control de crecimiento y desarrollo, vacunación para evitar los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

- c.** Probar el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas en la alimentación para evitar los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

- d.** Demostrar el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas de protección para evitar los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

- e.** Comprobar el efecto del programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas de los signos de alarma para evitar complicaciones de los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

- f.** Mostrar el efecto del programa de intervención educativa en las prácticas de ventilación del entorno para evitar los problemas respiratorios en

madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

1.5 Trascendencia de la investigación.

1.5.1 Teórica y técnica.

Las Infecciones Respiratorias Agudas en los niños menores de 5 años constituyen un problema de Salud Pública a nivel mundial, lo es también en la región Huánuco, así como en el distrito de Aguaytía. A pesar de que el manejo es preventivo y las acciones son de atención primaria, aún no se ha podido controlar su alta incidencia y prevalencia, esto debido a que sus complicaciones están estrechamente asociado a las prácticas inapropiadas de alimentación del lactante, el desconocimiento de los padres o tutores sobre el cuidado de los niños, el reconocimiento de los signos y síntomas de las IRAs para una intervención y tratamiento oportuno, lo que ha estado conllevando a dificultar enormemente el desarrollo socioeconómico sostenible y la reducción de la pobreza.

1.5.2 Académica.

Asimismo, el estudio es relevante por cuanto el nivel de conocimiento y prácticas a cerca de las medidas de prevención de las IRAs en las madres de los niños menores de 5 años es importante, esto a fin de evitar las posibles complicaciones como las neumonías y las defunciones a causa de ella. Por tanto evaluar el cuidado y la atención que recibe el niño durante los primeros cinco años de vida es fundamental, especialmente los tres primeros años, dado que son la base de la salud, el crecimiento y el desarrollo en el futuro.

Por otro lado, no se ha dado la importancia merecida a la práctica de enfermería en el primer nivel de atención, ya que, de acuerdo a la situación epidemiológica de las IRAs, esta requiere que los profesionales de la salud estén cada vez más cerca al domicilio, a la escuela, al trabajo; cuidar el crecimiento y desarrollo del niño; pues debe ser hoy la meta de este profesional que a lo largo de su historia ha sabido adaptarse a las necesidades de la sociedad. Con el presente estudio se pretende implementar un programa de intervención educativa dirigida a madres de niños menores de 5 años y brindarles la formación necesaria respecto a los conocimientos y las prácticas en la prevención de las infecciones respiratorias agudas y con ello lograr su disminución en los niños que acuden al Centro de Salud Aguaytía.

1.6 Viabilidad de la investigación

Viabilidad teórica, el tema de investigación principal cuenta con el suficiente acceso de información primaria, tanto en internet, libros y revistas de investigación.

Viabilidad ética, la ejecución de la presente investigación no afectará ni causará daño a los participantes del estudio.

Viabilidad financiera, se cuenta con recursos financieros y logísticos propios para desarrollar la presente investigación.

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO.

2.1 Antecedentes de la investigación.

2.1.1 Antecedentes internacionales.

En Argentina (2013) Bauer, Bossi y Santolalla⁹, confeccionaron el estudio **“Impacto de un programa de prevención de infecciones respiratorias en lactantes prematuros de alto riesgo: estudio prospectivo y multicéntrico”** con el objetivo de evaluar factibilidad y resultados de un programa piloto del Ministerio de Salud de la Nación para disminuir las IRAs graves en lactantes prematuros. Realizaron un diseño prospectivo y multicéntrico, donde seleccionaron 7 consultorios de seguimiento de alto riesgo de instituciones públicas. El programa lo desarrollaron entre mayo y septiembre de 2012 y comprendió: capacitación del equipo de salud, educación a los padres, inmunoprofilaxis pasiva para VSR, atención de los pacientes con IRA y evaluación de resultados. La factibilidad se evaluó con indicadores y la efectividad comparando las tasas de internación por IRAs con 2 cohortes históricas. Los resultados evidenciaron que, la tasa de internación por IRAs fue de 20% (7% por VSR) contra 42% (26% por VSR) y 37% (29% por VSR) en cada cohorte testigo ($p < 0,0001$ y $p = 0,02$ respectivamente). Arribaron a la conclusión de que, el programa fue factible y aceptado favorablemente por los equipos de salud participantes.

En México (2013) Ferreira, Báez y Trejo¹⁰ elaboraron el estudio **“Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma**

identificados por padres y cuidadores en México” con el objetivo de estimar la prevalencia de las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en las dos semanas previas a la entrevista en niños menores de 5 años y describir signos de alarma identificados por padres o cuidadores (PC). Realizaron el análisis de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012 y de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Los resultados evidenciaron que la prevalencia disminuyó entre 2006-2012 (47-44,9%); reducción significativa en los menores de un año y en los pertenecientes al nivel socioeconómico más bajo. En la ENSANUT 2012 la prevalencia fue mayor en los menores de un año. La fiebre fue el principal signo de alarma (28,6%) reconocido por padres o cuidadores en contraste con “respira rápido” (10,2%) y “no puede respirar” (20,9%). Concluyeron que la magnitud del problema ha disminuido, principalmente en los grupos más vulnerables como los niños más pequeños y los pertenecientes a los niveles socioeconómicos más bajos. Sin embargo, existen necesidades de capacitación, principalmente a nivel comunitario.

En Cuba (2010) Amargós, Reyes, Estrada, Chao y García¹¹, efectuaron el estudio **“Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 1 año”**, con el objetivo de demostrar la eficacia del programa de intervención educativa. Realizaron un estudio de intervención educativa, en cuarenta y cinco consultorios del Policlínico Universitario Este del Municipio Camagüey, en el período de enero del 2007 a mayo del año 2008. Trabajaron con una población de setenta y dos madres, con fecha de parto desde el primero de junio hasta el treinta y uno de agosto del 2007. Aplicaron una encuesta que contenía

las variables a estudiar, antes y después de la intervención educativa aplicada. Los resultados demostraron que se encontró el mayor número de madres en la edad de treinta a treinta y cuatro años, de escolaridad preuniversitaria y trabajadoras, se incrementaron los conocimientos a un 90,27%. Conclusiones: después de la intervención se incrementó el nivel de conocimientos sobre infecciones respiratorias en las madres. Se demostró la eficacia de la intervención educativa.

2.1.2 Antecedentes nacionales.

En Lima-Perú (2017) Morante¹², desarrolló el estudio **“Efecto de una intervención educativa audiovisual en la identificación de signos de alarma en infecciones respiratorias agudas por cuidadores de niños menores de 5 años”** con el objetivo de medir el efecto de una intervención educativa audiovisual en la identificación de signos de alarma en Infecciones Respiratorias Agudas. Se trató de un estudio cuantitativo, longitudinal, prospectivo, experimental; donde trabajaron con una muestra de 50 cuidadores de niños entre 2 meses y 4 años que asistieron al Centro de Salud de Mórrope. La intervención educativa consistió en la proyección de un vídeo basado en la estrategia AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia), la medición del nivel de conocimientos pre y post-intervención lo obtuvieron mediante entrevista, previo consentimiento informado. Utilizaron para el análisis estadístico la prueba de Mc Nemar, al 95% de confiabilidad. Los resultados evidenciaron que, el 90% fueron mujeres, el 88% madres, y el grado de instrucción más frecuente fue el nivel primario. Obtuvieron un efecto promedio del 45%. Concluyeron que el efecto de la intervención educativa, incrementó en un

45% (34,74- 55,25 IC 95%:) el nivel de conocimiento de signos de alarma en IRAS en cuidadores de niños menores de 5 años en el distrito de Mórrope.

En Lima- Perú (2014) Gonzales¹³ confeccionó el estudio **“Conocimiento de las madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2014”**, con el objetivo de determinar los conocimientos que tienen las madres de niños menores de 5 años sobre la infección respiratoria aguda. Se trató de un estudio de tipo cuantitativo, de corte transversal. Trabajaron con una población de 30 madres, la técnica que utilizaron fue la entrevista. Los resultados evidenciaron que, el 73% (22) de madres conocen sobre las medidas preventivas sobre la infección respiratoria aguda y 27%(8) no conocen. Se observó que el mayor porcentaje de las madres poseen conocimientos, lo que favorece en la prevención de las enfermedades respiratorias agudas en niños menores de 5 años y sus complicaciones. Concluyeron que las madres de niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda conocen en relación a las medidas preventivas, diagnóstico y tienen conocimiento bajo en relación al tratamiento y complicaciones.

En Tacna-Perú (2012) Saravia¹⁴ desarrolló el estudio **“Impacto de un programa educativo en el conocimiento y actitud de las iras en las madres con niños menores de 5 años Del C.S. Leoncio Prado de Tacna 2012”**, con el objetivo de determinar el impacto de un programa educativo sobre el nivel de conocimiento y tipo de actitud hacia las IRAs

en las madres con niños menores de 5 años. Se trató de un estudio prospectivo, de tipo cuasi experimental con diseño pre - test y post-test, donde incluyeron a 95 madres con hijos menores de 5 años que acudieron al consultorio de control de crecimiento y desarrollo del C.S. Leoncio Prado. Los resultados demostraron que antes del Programa Educativo, el 72,6% de las madres presentaba regular nivel de conocimientos sobre las IRAs y 7,4% presentaban actitud negativa frente a las IRAs. El programa educativo logró incrementar la frecuencia de madres con alto nivel de conocimientos de 72,6% hasta 100,0% ($p=0,000$). También se incrementó la frecuencia de madres con actitud positiva hacia las IRAs de 7,4% hasta 77,9% ($p=0,000$).

En Lima-Perú (2012) Villarruel¹⁵, elaboró el estudio **“Conocimiento y aplicación de medidas preventivas de infecciones respiratorias agudas de las madres de niños menores de cinco años Centro de Salud Villa San Luis”** con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación con las medidas preventivas en infecciones respiratorias agudas de las madres con niños menores de cinco años. Se trató de un estudio de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo correlacional, aplicaron el muestreo probabilístico quedando conformada la muestra por 220 madres con niños menores de cinco años. Utilizaron un cuestionario estructurado, el cual fue sometido a prueba de validez y confiabilidad. Para la contrastación de las hipótesis aplicaron la prueba estadística del Chi Cuadrado. Los resultados evidenciaron que, el nivel de conocimiento de las madres fue bajo en el 54,5%, medio en el 23,6% y alto en el 21,9%. El 72,2% de las madres aplicaron medidas preventivas

inadecuadas frente a las IRAs y el 27,8% aplicaron medidas adecuadas. Concluyeron que el conocimiento de las madres con niños menores de cinco años tiene relación significativa con la aplicación con las medidas preventivas en infecciones respiratorias agudas.

2.2 Bases teóricas.

2.2.1 Teoría del autocuidado.

Planteada por Orem¹⁶, quien considera que el niño es un ser dependiente para la satisfacción de los requisitos universales y de desarrollo, y que existen factores que influyen o determinan la manera en que los adultos asumen o no esa responsabilidad de cuidado de sus dependientes. Ella considera que para que los cuidados dependientes de la madre puedan llevarse a cabo, se necesita conocimientos y habilidades que le permitan desempeñar una conducta benéfica para su hijo. A esa conducta, Orem la denomina acciones de cuidado dependiente, que, en este caso particular, son los cuidados ofrecidos a los niños después del nacimiento.

Indica que en vista de que los niños no son responsables de su cuidado personal, las madres de los niños juegan un rol importante en su cuidado, son las que determinarán el tipo de alimentación, la higiene, el cuidado de su sueño, la eliminación intestinal y vesical, la vestimenta y el control de su crecimiento y desarrollo desde su nacimiento, el mismo que influirá durante toda su vida.

2.2.2 Teoría de Adopción del Rol Maternal.

Teoría planteada por Mercer¹⁷, quien propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta principalmente el entorno familiar, como un elemento importante en la adopción de este rol y sea considerado como un medio para incentivar que los cuidados del niño se realicen de manera adecuada y permanente. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo, igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.

Mercer, considera que la enfermera debe promover la adopción del rol materno después de nacimiento, que le permitan brindar a su niño los cuidados necesarios para afrontar la vida extrauterina, el mismo que debe ser compartido con el padre, lo que consentirá un cuidado integral. En esta etapa la enfermera debe contribuir a fortalecer la autoestima y el autoconcepto de los padres, la relación padre-madre y promover la flexibilidad en los roles.

2.2.3 Teoría de la persuasión.

Planteada por Moya¹⁸, quien sustenta que los principios de esta teoría se orientan al estudio y comprensión de la "dinámica de los mensajes persuasivos" y su fundamento principal sostiene que "para que un mensaje persuasivo cambie la actitud y la conducta, tiene que cambiar previamente los pensamientos o las creencias del receptor del mensaje. Señala también que existen elementos claves que se refieren fundamentalmente a:

- La fuente o emisor del mensaje: considerando en primera instancia la credibilidad de la misma, que se deriva de la competencia que el receptor le atribuye y de la claridad o transparencia en la intención de persuadir. Las intenciones muy evidentes generan poco efecto en el cambio de actitudes. Otro aspecto importante de la fuente, es el que se refiere al atractivo de la misma; este factor puede aumentar la atención e incentivar mecanismos de identificación con ella, lo que en resumen mejora su credibilidad y la eficacia en la persuasión.
- El contenido del mensaje: especialmente la calidad de sus argumentos, la claridad y organización, así como también el énfasis del mensaje en cuanto a, si se basa en aspectos racionales o emocionales.
- El canal comunicativo: el medio (visual, auditivo, directo, indirecto) y su calidad.
- El contexto: sus condiciones (relajado o serio, agradable o desagradable, tenso o distraído)

2.3 Bases conceptuales.

2.3.1 Las infecciones respiratorias agudas.

Cifuentes¹⁹, indica que, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) son un complejo grupo de afecciones clínicas de diferente etiología y gravedad, incluye todas las infecciones agudas de las vías respiratorias, pudiendo afectar una a más partes de estos, las cuales tienen una duración menor de 14 días. El periodo de incubación de las IRAs es corto, de 1 a 3 días.

El contagio se realiza por vía aérea a través de gotitas que se eliminan al toser o estornudar, o por vía directa a través de objetos contaminados con secreciones. La infección se propaga por vecindad en la vía respiratoria hacia las regiones colindantes. Se caracteriza porque aparecen en forma progresiva y se pueden agravar en pocas horas, e incluso puede causar la muerte del niño.

Respecto a la **etiología**, sostiene que el 80 a 90% de los cuadros de IRAs son de etiología viral. Los grupos más importantes corresponden a Rinovirus, Adenovirus, Para influenza I-II (crup), Virus Sincital Respiratorio, que actúa como supresora de la defensa antibacteriana normal del tracto respiratorio, dando paso a bacterias gram(+) o (-) siendo las más frecuentes el *Streptococcus Pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae*, causantes de las neumonías, así como algunos enterovirus (ECHO, Cocksakie).

A pesar, que todos pueden afectar varios niveles en la vía respiratoria, cada uno tiende a producir un síndrome característico, lo que permite diferenciarlos clínicamente. De lo cual podemos decir que las IRAs son

predominantemente de origen viral, por lo cual casi siempre se autolimitan por sí solas y no necesitan tratamiento con antibióticos, principalmente en las infecciones correspondientes al tracto respiratorio superior, sin embargo los del tracto respiratorio inferior y dentro de estas las neumonías, de las cuales un número importante son de estas las neumonías, siendo de etiología bacteriana, pueden poner en peligro la vida del niño si no recibe oportunamente el tratamiento apropiado.

En cuanto a la **clasificación**, declara que para los fines operativos del Sub-Programa de control de la Infección Respiratoria Aguda, se ha tomado en cuenta la clasificación según los lineamientos de la OPS/OMS que está orientado a permitir la detección, tratamiento y prevención de las IRAs por la familia y el personal de salud.

Se clasifican en IRAs LEVES, Se caracteriza por presentar tos o resfriado sin taquipnea; y las IRAs MODERADAS, se presenta con tos con expectoración purulenta, con taquipnea sin tiraje, secreción nasal verde o amarillenta, dolor y/o secreción purulenta, disfonía o voz apagada, faringe con secreción purulenta; y las IRAs GRAVES, se caracteriza por presentar, taquipnea, quejido, estridor, aleteo nasal, tracción intercostal o tiraje, cianosis, agitación, incapacidad para la alimentación.

El **tratamiento de las infecciones respiratorias agudas**, se realiza de acuerdo a la clasificación, entonces si tenemos un caso de **IRA leve**, se debe tratar los síntomas, para la deshidratación se debe tener en cuenta la hidratación oral, donde la madre deberá proporcionar líquidos en abundancia al niño, pudiendo ser ésta, leche, agua, anís o jugos naturales.

Para la fiebre y el dolor, se utilizará medios físicos (pañeros de agua tibia, alcohol), no obligarlo, evitar corrientes de aire. Si la fiebre es alta, mayor de 38.5 °C, usar Paracetamol 2 gotas por Kg. de peso corporal cada 6 horas, o 1 cucharadita cada 6 horas en niños mayores de 2 años. Está severamente restringido, el uso de otros antipiréticos, entre ellos la Novalgina, Antalgina, Dipirona, etc., por haberse encontrado que producen efectos colaterales.

Para desobstruir la nariz debe utilizarse suero fisiológico, agua de manzanilla o agua pura fría, y se debe aplicarse 3 gotas en cada fosa nasal, cuantas veces sea necesario hasta desobstruir, además de ello se debe limpiar cada fosa nasal con papel o gasa humedecida; además de limpiar los oídos con hisopos de gasa humedecido.

La alimentación del niño debe ser normal, y si se observa que el niño empeora se debe llevar al niño al Centro de Salud más cercano, no emplear medicamentos para la tos (jarabes antitusígenos, expectorantes, ni antihistamínicos) sin prescripción médica, por ser caso y de efectos dudosos y además pueden ocasionar efectos colaterales indeseados.

Si enfrentamos un caso de **IRAs moderadas**, debe ser manejada en un establecimiento de salud y según la prescripción de un médico, se administrará (Penicilina, G. sódica 50.000UI/kg/día) una sola dosis 300 000 UI en menores de un año, 600 000 UI en niños de 1-4 años de edad intramuscular, se evaluará a las 48 horas, si hay mejoría se da de alta y si continúa igual o peor se le administrará trimetropin-sulfametoxazol (20mg/100mg) 1 tab. cada 12 horas por 5 días para niños menores de 1

año y para los de 1-4 años, 2 tab. Pediátricas c/12 horas por 5 días, se vuelve a evaluar, si mejora se le da de alta o de lo contrario se transfiere a un Centro de Salud de mayor complejidad y considerarlo como IRA grave.

En caso de **IRAs Graves, el tratamiento lo realiza el médico y en un Hospital**, es decir, el manejo es hospitalario, donde se tendrá en cuenta, el soporte alimentario, la administración de líquidos y electrolitos endovenosos; la aplicación de medidas generales de apoyo y de satisfacción de necesidades psicofísicas y el tratamiento antimicrobiano específico y manejo de casos de riesgo.

2.3.2 Situación de las Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú.

Según la Organización Mundial²⁰ de la Salud, las infecciones respiratorias agudas (IRAs) son la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La neumonía produjo un estimado de 935000 niños menores de cinco años en el 2013, representando el 15% de todas las muertes de niños menores de cinco años de edad, afecta a los niños y familias de todo el mundo, pero es más frecuente en Asia meridional y África subsahariana. En el caso de la neumonía, se puede prevenir con intervenciones simples y se trata con bajo costo con medicamentos accesibles. Sin embargo, la carga de enfermedad de las IRAs en países en desarrollo a menudo se complica por acceso limitado a los servicios de salud y otras causas.

En el Perú en el 2012, la Dirección General de Epidemiología²¹, las infecciones respiratorias agudas (IRAs) fueron la primera causa específica

de morbilidad en atenciones de consulta externa realizadas en los establecimientos de salud del MINSA, las cuales representan alrededor del 24,9% del total de atenciones y también representaron el 12,1% del total de causas específicas de muerte. Para ese mismo año, la mortalidad por IRAs en todos los grupos por etapas de vida, las IRAs fue la primera causa de atención en consulta externa.

En el Perú, a través del informe realizado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades²², sobre la situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRAs) y Neumonías, hasta el primer trimestre del año 2016, se han notificado 354700 episodios de IRAs en menores de 5 años lo que representa una incidencia acumulada (IA) de 1246,4 por cada 10000 menores de 5 años.

Para el año 2016, se notificaron 3179 episodios de neumonía, lo que representa una incidencia acumulada de 11,2 episodios de neumonía por cada 10000 menores de 5 años.

La tasa y el número de episodios de neumonías, en lo que va del año, es ligeramente mayor que en el mismo periodo del año 2015 (5,6%). Esta tasa se ha ido reduciendo progresivamente en los últimos 6 años (36,3%).

Los departamentos que han notificado el mayor número de neumonías en el país fueron Lima (1320), Loreto (276), Piura (240), Ucayali (215) y Callao (124).

Para el año 2016 se han notificado 20 muertes por neumonía. Comparado con el mismo periodo del año 2015 (10 casos), en el 2016 se ha notificado menos muertes en un 50,0%.

En cuanto a las neumonías, el 60,0% (12) corresponden a niños entre 1 a 4 años, 25,0% (06) de las muertes a niños entre 2 a 11 meses y dos muertes (15,0 %) se produjeron en menores de 2 meses.

A nivel nacional la tasa de letalidad es de 0,6 muertes por cada 100 episodios de neumonías. Mientras que en los siguientes departamentos la tasa de letalidad oscila entre 2,2 a 9,5 %: Huancavelica (9,5%), Pasco (7,7 %), Ayacucho (2,6%), San Martín (2,4 %) y Cusco (2,2%).

Son 10 departamentos los que notificaron muertes por neumonía, con lugar de procedencia de 14 distritos que notificaron defunciones: Puerto Bermúdez (02), Andoas (02), Napo (01), Contamana (01), Chorrillos (01), San Juan de Miraflores (01), Santo Tomás (01), Lircay (01), Acoria (01), Socabaya (01), Ayacucho (01), Juliaca (01), Lamas (01), Irazola (01), José Leonardo Ortiz (01), Oxapampa (01).

Según Úbeda, Murcia y Asensi²³, los factores de riesgo para la ocurrencia de neumonía son; la prematuridad y bajo peso ($\leq 2,500$ g), exposición al humo del tabaco, infecciones recientes del tracto respiratorio superior, no recibir lactancia materna durante al menos los 4 primeros meses, malnutrición, bajo nivel socioeconómico, antecedentes de otitis media, y enfermedades subyacentes como las cardiorrespiratorias, inmunitarias o neuromusculares.

El diagnóstico etiológico de las neumonías en la infancia es infructuoso en el ámbito ambulatorio. En el hospital, a pesar del uso de técnicas exhaustivas de laboratorio, sólo se consigue identificar el agente responsable en un 30-40% de los casos.

Por otro lado, McIntosh y Reinert²⁴ consideran entre otros factores, la vacunación frente a ciertos microorganismos, ya que han demostrado tener impacto en la incidencia y mortalidad de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) a nivel mundial. Los agentes etiológicos para los que hay vacunas disponibles son *S. pneumoniae*, *H. influenzae* tipo b y virus de la influenza. Desde la introducción de la vacuna frente a Hib a finales de los años 90, se ha producido una drástica disminución de las NAC por este microorganismo. La comercialización de la vacuna conjugada contra neumococo se acompañó de una reducción global de la enfermedad neumocócica invasiva en niños, por su efecto sobre la colonización nasofaríngea por los serotipos incluidos en la vacuna y, consecuentemente, en sus formas clínicas.

2.3.3 Aspectos Epidemiológicos de las Infecciones Respiratorias Agudas.

Sobre los aspectos epidemiológicos Ramírez²⁵, manifiesta que las IRAs de origen viral tienden a tener una estacionalidad, presentándose principalmente en épocas frías. Pueden producir infección inaparente o sintomática de distinta gravedad o extensión, dependiendo de factores del paciente como edad, sexo, contacto previo con el mismo agente infeccioso, alergia y estado nutricional.

De lo anterior se desprende que las IRAs son más frecuentes en niños pequeños, especialmente en lactantes y preescolares, pudiendo elevarse el número hasta 8 episodios por cada niño al año, entre los 0-5 años de edad, con una predisposición mayor de los niños que habitan en zonas urbano- marginales que los que habitan en zonas rurales. Actualmente se conocen algunos factores condicionantes y/o determinantes para incrementar la frecuencia de las IRAs, así como su severidad, como son: malnutrición, hacinamiento, contaminación ambiental, alergias, contacto con el agente infeccioso, entre otras.

2.3.4 Factores de Riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas.

Dentro de los factores de riesgo asociado a la Infección Respiratoria Aguda, se encuentran:

a) Los factores nutricionales.

La nutrición influye de manera determinada en la incidencia de IRAs en los niños. El niño desnutrido está expuesto a diversos tipos de infección, particularmente a infecciones respiratorias y diarreas, un estudio realizado por Fernández²⁶, evidenció que la desnutrición en los niños les predispone a enfermedades infecciosa y estas enfermedades por ser más graves y prolongados en ellos tienden a causar deterioro en el estado de nutrición ya precario en el niño.

Además, Mulholland²⁷ plantea que la vulnerabilidad de los niños desnutridos a la neumonía se debe a que el parénquima pulmonar se

adelgaza, con la que se puede facilitar la entrada de bacterias, además que debilita el sistema inmunitario del niño.

Ambos autores coinciden que las IRAs y la desnutrición tienen una relación directa porque la desnutrición significa en que un niño tiene mayor probabilidad de contraer infecciones respiratorias, si no se presta la adecuada atención a la alimentación de los niños enfermos, las IRAs producen pérdida de peso y por ende déficit en el crecimiento y desarrollo del niño.

Lactancia materna: Según Abregú²⁸, sostiene que la lactancia materna puede proteger contra las IRAs mediante un cierto número de mecanismos, incluyendo sustancias antivirales y antibacterianas, las células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune de los infantes.

Los bebés alimentados a pecho presentan también un mejor estado nutricional en los primeros meses de vida, lo que puede contribuir a la reducción en la incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas.

Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna, no recibirán la protección necesaria contra las IRAs. Por lo tanto, la incidencia de infecciones respiratorias y neumonías será menor, en niños menores de un año, cuando estos han sido amamantados.

b) El factor climático e incidencia estacional.

Según Morley²⁹, no existen relaciones directas entre la temperatura ambiental baja y la infección respiratoria. La asociación que se ha conferido

a estos dos factores es más probablemente debida a la tendencia de la población a vivir en el interior de las casas, con disminución de la ventilación durante los períodos de humedad y frío, lo que aumenta la posibilidad de presentar infecciones respiratorias.

Del mismo modo, Whaley³⁰, sostiene que posiblemente tenga cierto fundamento, la idea de que los pies húmedos, fatiga y la exposición al frío pueden iniciar infecciones respiratorias. Se sabe que se presentan los cambios reflejos de la mucosa nasal cuando se enfría bruscamente el cuerpo, es probable que este vaya seguido de pérdida temporal de la resistencia local a los tejidos, y que permite la invasión de bacterias o de virus ya presentes en las vías aéreas.

Las IRAs, tiene cierta relación con los cambios climáticos, por lo que los cambios bruscos de temperatura, exalta la virulencia de gérmenes oportunistas que atacan las vías respiratorias y que ocasionan las infecciones respiratorias. Es posible por otra parte, que factores ligados al clima frío, tales como el hacinamiento o la contaminación doméstica por residuos orgánicos, sean a la larga responsables por la mayor morbilidad y mortalidad respiratoria durante los meses de invierno. El frío perjudicial es el que se inhala por la boca directamente a los bronquios, no el que circunda la piel. Por esta razón no hay que abrigarlo más de lo normal, ni mucho menos encerrarlo en su vivienda.

c) Los factores ambientales.

Los factores de riesgo ambientales más frecuentes asociados a las infecciones respiratorias, incluyen el hacinamiento, la contaminación

doméstica por residuos orgánicos y la contaminación ambiental por humo de tabaco.

El hacinamiento es un factor ambiental importante, al respecto Tammala³¹, plantea que los niños que duermen en una habitación donde hay más de 3 personas se encuentran predispuestos a adquirir IRAs, pues los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlo,

Se ha encontrado que hay una relación directa sobre la frecuencia de IRAs el hacinamiento en el hogar aumenta el riesgo a enfermedades respiratorias, ello es debido a la posibilidad de contagio mediante las secreciones respiratorias que expulsamos al hablar al respirar o al toser, siendo el riesgo mayor cuánto más cercanos están las personas.

Otro factor ambiental es la contaminación doméstica por residuos orgánicos, el cual tiene el costo alto y la disponibilidad limitada de electricidad y de combustión, conducen al frecuente uso doméstico de combustibles orgánicos e inorgánicos, los cuales incluyen kerosene, madera y desperdicios humanos y agrícolas. Se calcula que, el 10% de las viviendas urbanas y el 90% de los rurales emplean tales combustibles como la mayor fuente de energía para cocinar y generar calor estos materiales se queman usualmente bajo condiciones ineficientes y a menudo sin ningún tipo de chimenea. Estudios realizados, han mostrado mayor morbilidad por IRAs en niños expuestos a la contaminación doméstica por este tipo de compuestos.

Respecto a contaminación ambiental por tabaco Benguigui³², sustenta que el humo del cigarrillo contiene cantidades medibles de monóxido de carbono, amoníaco, nicotina, cianuro de hidrógeno, así como diferentes partículas y cierto número de carcinógenos. Las concentraciones de la mayoría de estos productos son más altas en las corrientes laterales del humo que en la corriente principal.

El hábito de fumar pasivo constituye entonces un peligro para los niños que se encuentran expuestos a una atmósfera de humo de tabaco. El niño es afectado por la despreocupación de los padres, comprometiéndose su función respiratoria, en ellos aparecen de forma más frecuente las IRAs, además esta situación se incrementa cuando ambos progenitores fuman.

d) Los factores socioeconómicos.

La primera indicación de que las IRAs están asociados a factores socioeconómicos, es la diferencia amplia entre países. Aunque los niños menores de 5 años de todo el mundo presentan aproximadamente el mismo número de episodios de IRAs, la incidencia anual de neumonía va de 3 a 4% en las áreas desarrolladas y de 10 a 20% en países en vías de desarrollo. Además, las incidencias de IRAs varían marcadamente entre niños provenientes de los sitios urbanos (5-9 episodios por año) y los rurales (3-5 episodios). Esto puede deberse al incremento de la transmisión debido a la aglomeración de ciudades. Las IRAs se evidencian notablemente en los niños de clases sociales más pobres, en donde las condiciones de vivienda son precarias, el ingreso de los padres

de familia es mínimo, lo que permite satisfacer las necesidades básicas de la familia, dejando muchas veces de lado la salud de miembros.

e) Los factores socioculturales.

El grado de instrucción del individuo, influye primordialmente en la conducta que este adopte, en donde se puede observar que el nivel superior y/o secundario, asegura los conocimientos científicos de salud básicos siendo los más importante los que se refieren aspectos higiénicos y de prevención de enfermedades. Las características socio-culturales y del comportamiento pueden influir en los factores de riesgo descritos anteriormente.

Sobre los factores socioculturales, Ausebel³³, asegura que individuos con un nivel educativo bajo y/o los analfabetos recepcionarán muy poco los conocimientos, en relación a aquellos que han cursado un nivel superior o por lo menos sus años de estudios completos en la educación secundaria.

Es necesaria una comprensión adecuada del contexto social y cultural en el cual se dan estos factores de riesgo con el fin de desarrollar intervenciones efectivas.

2.3.5 Intervención de enfermería frente a las infecciones respiratorias.

La enfermera juega un papel importante en la enseñanza del manejo de las infecciones respiratorias agudas; ya que utiliza todos sus conocimientos logrados en su vida profesional para vincularse con las personas en el contexto de su mundo único, con el objetivo de lograr su buena salud.

Las intervenciones de enfermería, son consideradas actividades o acciones que realizan las enfermeras, están encaminadas a conseguir un objetivo previsto, y son necesarias para alcanzar dichos resultados. Además, permiten recuperar la salud mediante la realización de tareas que conducirán a utilizar la fuerza de voluntad y realizar los cambios necesarios para lograr estilos de vida saludables.

2.3.6 Medidas de prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas.

Whaley³⁰, define la prevención como el sentido estricto de evitar que aparezcan enfermedades, los esfuerzos inicialmente se encaminarán al diseño de medidas específicas para prevenirlas.

Otros niveles de prevención hacen énfasis en el reconocimiento temprano y el tratamiento inmediato de estados potencialmente peligrosos, es intervención, enfermedad, estados patológicos presentes para prevenir mayores daños y en la rehabilitación que tiene por objeto restituir la función y prevenir las incapacidades crónicas.

Dentro de las medidas preventivas se tiene:

a) Control de crecimiento y Desarrollo.

Según el Ministerio de Salud (MINSA)³⁴, una de las actividades más importantes que realiza la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo es evaluar integralmente al niño lo cual le permite identificar signos y/o síntomas de patología para su respectiva derivación, además tiene la oportunidad de brindar a la madre, educación acerca del proceso de crecimiento y desarrollo del niño.

Dentro de las actividades consideradas prioritarias y que pueden contribuir eficazmente a enfrentar la problemática de salud infantil es el control de crecimiento y desarrollo del niño la que es definida como actividad final de la enfermera, de naturaleza inminentemente preventivo promocional, teniendo como finalidad supervisar el crecimiento y desarrollo del niño, detectando precozmente síntomas de patología mediante actividades sistemáticas, periódicas y mensurables así como precoz e integral.

b) Lactancia Materna.

Nelson³⁵, manifestó que la lactancia materna, es una de las formas de alimentación natural superiores a las demás formas de alimentación, cuales quiera que sean las condiciones socioeconómicas, culturales o higiénico dietéticas de los lactantes; esto no sólo debido a su mayor digestibilidad, su esterilidad, y que resulta más económica, sino también por lo importante que es para ayudar a desarrollar el cuerpo y la inteligencia de los niños; porque contienen aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro; los protege contra las infecciones y

enfermedades y contiene las cantidades necesarias de vitaminas (fósforo, hierro, proteínas, grasas y azúcares).

Lozano³⁶, al respecto explica que, la leche de la madre, no es una simple colección de nutrientes, sino un producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante. Además, es el que brinda la mayor protección para el niño contra las diarreas y la deshidratación, las infecciones respiratorias, el estreñimiento, los cólicos, las alergias y otras enfermedades y provee al lactante de aminoácidos como **taurina y cisteína**, los cuales son responsables del adecuado crecimiento del cerebro, además de proporcionar anticuerpos vírales y bacterianos, así como importantes concentraciones de **IgA secretoria**. Los niños que reciben lactancia materna son resistentes a la infección provocada por el virus vivo atenuado de la vacuna antipoliomielítica, lo que confirman su función protectora contra virus, bacterias y parásitos.

En tal sentido Hernández y Aguayo³⁷ consideran, que es importante que la madre tenga información necesaria acerca de la lactancia materna exclusiva, ya que va a aportar importantes ventajas, entre las que destacan: mejor estado nutricional, mayor protección inmunológica, menor riesgo de sensibilización alérgica; menor morbimortalidad infantil; además, los movimientos de succión al pecho van a ayudar a fortalecer toda la musculatura facial del neonato. Asimismo, para las madres la lactancia facilita e incrementa el amor a su hijo, además de ser considerada la primera vacuna que recibe el niño y que es capaz de

protegerlo de un elevado número de infecciones frecuentes que lo amenazan durante el primer año de vida, por los anticuerpos que contiene y otros componentes inmunológicos, tanto humorales como celulares, que confirman su función protectora contra virus, bacterias y parásitos.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁸, señaló que la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. La práctica de la lactancia materna involucra a la madre, al hijo y personas cercanas al núcleo familiar, quienes con su influencia determinan el éxito o fracaso de esta actividad.

Un estudio efectuado en Brasil, por Mobrbacher y Stock³⁹ demostró que la lactancia materna **protege** a los lactantes contra enfermedades del tracto respiratorio inferior, en especial la neumonía, durante los primeros meses de vida. La leche materna contiene lactoferrina, una proteína transportadora de hierro la cual disminuye el crecimiento de la bacteria **E. Coli**. En lactantes amamantados el ph de las heces es bastante ácido y su contenido bacteriano es especialmente del género **lactobacilus**. Debido al alto contenido de hierro y vitamina C que tiene la leche humana, no es necesario dar suplementos de este tipo en los primeros meses de vida. Los beneficios de tipo psicológico que se adquieren con la lactancia materna, han sido reconocidos mundialmente. La madre directamente responsable de la alimentación de su hijo, hace que entre ambos exista un sentimiento de dependencia y realización, al darle a ambos una

relación íntima y agradable, lo que desarrolla en la madre una mejor calidad de cariño y cuidados para su bebé.

Del mismo modo los resultados de los estudios de Kramer, Chalmers, Hodmett, Dzikovich y Shapiro⁴⁰, comprobaron que los niños amamantados, sobre todo durante tiempos prolongados, alcanzaron un peso y una talla a los 6 y 12 meses de edad superiores a la de los niños alimentados con fórmulas adaptadas, en referencia al crecimiento expresan que la lactancia materna prolongada y exclusiva, realmente puede acelerar el crecimiento (incremento de peso y talla) durante los 6 primeros meses de la vida.

Calvo⁴¹, finalmente mencionó que el hecho de amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refieren como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza. Permite tener al niño en contacto físico estrecho, lo que según algunos estudios favorece en el futuro, la independencia del niño al incrementarse su autoestima, ya que cuando se mantiene al niño en el regazo de la madre o en brazos del padre se sienten seguros y protegidos y eso favorece su desarrollo.

Barreda⁴², considera que el éxito de la lactancia materna depende bastante de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en

cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando.

Según la Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁴³, los principales indicadores de un amamantamiento correcto son los siguientes: Sonido de deglución audible, al finalizar la madre nota el pecho más blando, actitud de niño(a) mamando tranquilamente, en forma rítmica y acompasada, claramente relajado y satisfecho, sueño tranquilo que dura alrededor de 1,5 a 3 horas entre mamadas, producción de volumen de leche constante y bajada de leche en relación al horario de demanda del niño(a), aumento de peso normal en el niño(a), promedio 6 pañales al día mojados con orina clara, promedio 4 deposiciones amarillas y fluidas diarias, durante el primer mes de vida, y amamantamiento sin dolor, pezones y pechos sanos.

c) Control de crecimiento y desarrollo e Inmunización.

El Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) es el control de salud periódico por el que todos los niños y niñas menores de cinco años de edad deben pasar. Estos controles se brindan en las postas del Ministerio de Salud, de acuerdo a un cronograma establecido según la edad de la niña o el niño.

Según el Ministerio de Salud⁴⁴, los niños desde el nacimiento necesitan asistir a los controles estipulados para su edad, ya que esto les permitirá tener un diagnóstico tanto del crecimiento como del desarrollo del niño y evaluar su estado nutricional para tomar las medidas necesarias si existen riesgos de una desnutrición.

Son importantes los controles CRED, porque, permite a los padres hacer seguimiento al crecimiento y desarrollo de sus menores hijos/as, además les permite identificar, de forma oportuna, situaciones de riesgo como por ejemplo si se encuentra en su talla y peso para su edad o si tiene riesgo de caer en desnutrición crónica, entre otros. Además, el personal de salud puede identificar alteraciones en el crecimiento, detectar de manera oportuna presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y rápida intervención.

En los controles CRED se realizan los exámenes físicos en los niños, evaluaciones del crecimiento y estado nutricional, detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, de salud oral y signos de violencia o maltrato. También, reciben las dosis de vacunas que los ayudarán a estar protegidos. Y los padres reciben gratuitamente los micronutrientes con los que podrán prevenirles de la anemia.

Los controles deben ser según la edad del niño, se inicia con el nacimiento, donde el niño debe tener los controles , a los 48 horas del alta, a los 7 días, 14 días y 21 días de nacido; los niños 1 año a 1 año 11 meses cada 2 meses hasta un año y 10 meses y de 2 años a 2 años 11 meses cada 3 meses hasta 2 años 9 meses, y de 3 años a 3 años 11 meses cada 3 meses hasta 3 años 9 meses, y de 4 años a 4 años 11 meses cada 3 meses hasta 4 años 9 meses; y finalmente de 5 a 9 años debe tener un control por año.

Los niños van construyendo sus defensas gradualmente. Por eso, es muy importante que llevarlos a vacunar a tiempo.

La vacunación es importante porque: son la mejor manera de proteger a los niños menores de cinco años. Vacunando se les protege de 23 enfermedades infectocontagiosas infantiles graves, como: difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, influenza, poliomielitis, sarampión, rubeola, parotiditis, formas graves de la tuberculosis, meningitis, fiebre amarilla, neumonías, diarrea por rotavirus, infección por VPH.

La vacunación se inicia cuando el niño nace, donde se pone la vacuna BCG y Hepatitis B; a los dos meses se aplica la primera dosis de pentavalente, de polio inyectable, de rotavirus y de neumococo; a los cuatro meses recibe la segunda dosis de pentavalente, de polio inyectable, de rotavirus y de neumococo; a los 6 meses recibe la tercera dosis de pentavalente y polio oral; a los 7 y 8 meses recibe la primera y segunda dosis de influenza estacional; a los 12 meses o al año recibe la tercera dosis de neumococo y la primera de SPR (Vacuna contra la sarampión, parotiditis y rubeola); a los 15 meses recibe la vacuna de fiebre amarilla; a los 18 meses recibe el primer refuerzo de DPT (Vacuna contra la difteria, pertusis y tétanos) el primer refuerzo de polio oral y la segunda dosis de SPR y finalmente a los 4 años recibe el segundo refuerzo de DPT.

d) Prevención del enfriamiento.

Los niños muy pequeños, menores de 2 años, pierden calor con mucha rapidez, por eso es importante mantenerlo seco y abrigado lo suficiente, no sobreprotegiéndolo. Si el niño es prematuro o de muy bajo peso, lo ideal sería tenerlo pegado al cuerpo de la madre (técnica madre canguro).

Los cambios bruscos de temperatura, exaltan la virulencia de gérmenes oportunistas que atacan las vías respiratorias y que ocasionan las IRAs.

e) Control del Ambiente doméstico.

El humo de tabaco, leña, combustible, entre otras, contaminación el aire doméstico e influyen negativamente en la evolución de las infecciones respiratorias agudas.

El hacinamiento en el hogar, incrementa el riesgo a enfermedades respiratorias, encontrándose un efecto directo en la frecuencia de las IRAs en la población infantil.

f) Identificación de signos de alarma.

Desde la perspectiva de la OMS⁴⁵, las madres deben conocer las características normales de sus hijos recién nacidos, ya que así podrían detectar alguna anomalía o situación diferente en ellos y actuar de manera oportuna llevándolos a un establecimiento de salud más cercano.

Entre los principales signos de alarma destacan:

- **Vómitos.**

Una cosa son las denominadas regurgitaciones, es decir, la salida por la boca de pequeñas cantidades de leche, y otra son los vómitos, es decir, la emisión del alimento con fuerza, casi violentamente al exterior. Los vómitos pueden estar provocados por motivos tan diversos como infecciones de oído o de orina; así como tomar el biberón demasiado

rápido engullendo aire junto con la leche, o por tomarlo cuando el estómago está lleno de aire, cuando sucede después de un llanto intenso.

Tomar mucha más atención cuando los vómitos se acompañan de fiebre, diarreas, pérdidas de peso, rechazo del alimento; o cuando son negros, con sangre o biliosos.

- **Letargia.**

Es la somnolencia inusual, está caracterizado por inactividad y estado de reposo absoluto durante ciertos períodos de tiempo. Somnolencia profunda y prolongada, al que es difícil despertar; que constituye el síntoma de varias enfermedades nerviosas, infecciosas o tóxicas.

Puede indicar muchas enfermedades, entre ellas la hipoglucemia, cuando la cantidad de glucosa en la sangre es menor a lo normal.

- **Variación en la temperatura.**

Esta puede presentar hipotermia e hipertermia, considerándose los valores normales: 36.5°-37,5°C.

La hipotermia se caracteriza por presentar: mala succión, llanto débil, el niño se vuelve menos activo, respiración superficial y lenta. Mientras que la hipertermia muestra: a un niño irritado, respiración rápida, piel caliente y seca.

- **Aumento de la respiración.**

Cuando en reposo el bebé presenta agitación, y se contabiliza 60 respiraciones por minuto.

Una respiración muy acelerada y jadeante, acompañada de tos y fiebre, casi siempre es un síntoma de una afección bronquial o el inicio de un posterior desarrollo de asma.

- **Coloración de la piel.**

El recién nacido suele tener una piel sonrosada. Si el color de la piel fuera de tono azulado (cianosis), o si se tornará de color amarillo o palidez intensa (ictericia), por más de diez días conviene evaluarlo.

Tipos de deposiciones. Se clasifican en:

- **Diarrea:** las evacuaciones son aguadas, líquidas con moco, muy fétidas, abundantes y muy frecuentes. Se observa hiporexia acentuada, vómitos, distensión abdominal, letargia o irritabilidad.
- **Estreñimiento:** aparece cuando el bebé no hace deposiciones durante las primeras 24 a 48 horas; o cuando las deposiciones son duras y escasas; las cuales no estimulan la contracción de los músculos del colon, que las propulsaría hacia delante.
- **Llantos excesivos o inexplicables.** Si el bebé llora durante mucho rato sin causa aparente, y la crisis de llanto suelen durar de 30 minutos a dos horas (o más), y aunque pueden presentarse en cualquier momento del día, lo más frecuente es que se trate de cólicos, lo que causa

intranquilidad y desconcierto; sin embargo puede ser un indicador de un dolor importante en el bebé.

- **Convulsiones.** Se caracterizan por movimientos paroxísticos, que se presentan debido a una descarga eléctrica excesiva en el sistema nervioso central del neonato.

Durante la convulsión, el bebé puede presentar una coloración azulada en los labios y no respirar normalmente. Además de sacudidas o rigidez del cuerpo, mirada fija y parpadeos rápidos; los cuales suelen ir seguidos de un período de somnolencia o desorientación.

2.3.7 Participación de la madre en la prevención de las IRAs.

Con respecto a la participación de la madre en el cuidado de los niños dentro de una comunidad, La OMS, OPS, MINSA; Cruz Roja y AIEPI COMUNITARIO⁴⁶ destacan que ella, asume un papel fundamental en el manejo de la morbilidad de las IRAs, a través de la aplicación de medidas preventivas de las mismas, el uso de medicamentos caseros, procedimientos mágico-religiosos y prácticas de atención que a veces incluye el uso de medicamentos. La madre, es el factor decisivo en la referencia o derivación del caso al médico, el curandero o a otro recurso del sistema de salud. Para lo cual se considera que el grado de instrucción de la mujer que se considera como indicador de la vida del niño, aparece como un determinante evidente del riesgo de morir del niño.

Toda madre por naturaleza cuida a sus hijos lo mejor posible, de acuerdo a los conocimientos que poseen, pero las madres necesitan

conocer las medidas preventivas mínimas requeridas para que a través de su fácil aplicación puedan ser implantadas tales como la lactancia materna, vacunación completa, alimentación balanceada, control periódico del niño, saneamiento ambiental, abrigar adecuadamente al niño según las variantes del clima, evitar que se produzcan cambios bruscos de temperatura, ventilar las habitaciones, evitar en lo posible el hacinamiento.

Entonces, la OMS⁴⁷ considera importante que la madre sepa proteger a su bebé, evitando el uso de jarabes, antibióticos u otros sin prescripción médica; debe saber identificar signos y síntomas de las IRAs moderadas o graves como son tos frecuente, respiración aumentada, rinorrea, dolor de garganta, secreción verdosa y/o purulenta, etc. para que lleven al Centro de Salud más cercano al niño enfermo.

Asimismo, indica que la vinculación materna es definida como la medida en que una madre siente que su niño ocupa un lugar esencial en su vida. Dentro de los elementos maternos de la vinculación tenemos los siguientes; sentimiento de ternura, amor, un sentido de posesión, protección y preocupación por el bienestar del niño. Si se le proporciona al niño un ambiente que responda a sus necesidades, el niño se sentirá bien con respecto al mundo que lo rodea.

El afecto, una atención conveniente, un estímulo apropiado la mediación del ambiente adecuado y la aplicación de las medidas preventivas de la enfermedad, constituyen las bases necesarias para favorecer el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

2.3.8 Rol de la Enfermera en la Prevención de las Infecciones respiratorias Agudas.

La enfermera en el primer nivel de atención debe hacer uso de la educación sanitaria como elemento para ir creando en el individuo una cultura de salud que permite autocuidarse o cuidar a los suyos, que les informe cómo actuar en situaciones especiales o como valorar determinados aspectos que inducen desfavorablemente en su salud. Como profesional y miembro del equipo de salud, cumple un rol muy importante dentro de la problemática de salud, en lo que se refiere a la contribución en la disminución de la morbimortalidad infantil. Todo ello a través de su participación en los programas de prevención y control de enfermedades. Asimismo, tiene por objetivo el cuidado de la salud en las diferentes etapas de las personas, provee de la información necesaria para mejorar salud o sobre llevar su enfermedad, facilita los medios para detectar precozmente, enseña a convivir con sus enfermedades crónicas, en definitiva, enseña a mejorar su calidad de vida.

El rol de la enfermera en los programas se verá a medida que en la práctica se vaya definiendo, pero siempre será de quien fomente la participación activa del usuario en todas las fases, de quien les ayude mientras no se puede valerse por sí mismo, de quien acepte de que la curación no existe para todos los procesos y desde allí sume con energía tanto el curar como el cuidar a quien no puede curarse.

En la forma como se incorporen los conocimientos y en la medida que contribuya a modificar hábitos de vida y conductas erradas de las personas

en relación al cuidado de su salud y prevención de enfermedades se puede afirmar que se ha logrado el objetivo de "Educar", instrumento utilizado como parte de la atención integral que brinda la enfermera. La enfermera tiene que desempeñar sus roles de prevención y promoción de la salud, los cuales permitirán la detección precoz de los casos por parte de las madres es así como el tratamiento oportuno en el hogar o en el establecimiento de la salud según corresponda.

2.3.9 La cultura de la salud y manejo de las Infecciones respiratorias Agudas.

Elguera⁴⁸, sostiene que la cultura es todo aquello que comparten los miembros de un determinado grupo por el hecho de haber nacido y haberse socializado en dicho grupo, es algo más que una colección de simples fracciones aisladas de conducta. Es la suma total integrada de rasgos de conducta aprendida que son manifestados y compartidos por los miembros de una sociedad. El factor de conducta aprendida tiene importancia fundamental.

Madeleine Leininger inauguró el sub-campo de la enfermería transcultural o etnoenfermería, pertenece a la corriente conductual de la cultura, que la entiende como un conjunto de hábitos y costumbres, es decir se refiere a los estilos de vida.

Existen varios factores que hacen urgente la construcción de una nueva cultura de la salud y de los cuidados de enfermería en la dimensión transcultural: los grandes desafíos que enfrenta hoy el campo de la salud para atender el complejo panorama epidemiológico; los procesos de

modernización de las sociedades tradicionales; las limitaciones para prevenir y manejar problemas de salud pública que se van convirtiendo en endémicos, la coexistencia de diversos sistemas de salud y la búsqueda de solucionar a los problemas que no atienden los servicios estatales de salud.

La cultura, es, por tanto, el conjunto de hábitos y costumbres, un resultado total de la invención social y debe considerarse como una herencia social y no por herencia biológica, ya que se transmite por precepto a cada nueva generación, pero condicionado por categorías colectivas.

Por ello, es importante tener en cuenta los aspectos culturales en aquellos grupos sociales en los cuales se pretende intervenir para lograr cambios conductuales, ya que los pobladores de las zonas urbanas marginales en su mayoría están conformados por migrantes de las diferentes regiones del país los cuales traen consigo patrones culturales arraigados.

Intentar cambiar y/o modificar sus costumbres radicalmente es difícil, en cambio trabajar poco a poco interviniendo sutilmente en su propio sistema de valores, tal vez si sería fácil, efectivo y se lograría los objetivos en la búsqueda de la salud.

2.3.10 Los conocimientos en Salud.

Bertrand⁴⁹, plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos.

Villapando⁵⁰, al respecto sostiene que el conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento que es propio el pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se le clasifica como: **conocimiento sensorial**, respecto a la percepción de hechos externos y la captación de estados psíquicos internos. **Conocimiento intelectual**, ello se origina de concepciones aislados y de hechos causales de ellas. **Conocimientos de la razón**, referidos a las causas internas fundamentales, generales, verdaderas de la existencia y modo de ser de las cosas.

Para Bunge⁵¹, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, el cual puede ser clasificado en **conocimiento vulgar**, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el **conocimiento científico** que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia, Kant, en su teoría de conocimiento refiere que este está determinado por la

intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimientos, el puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el empírico el cual es elaborado después de la experiencia.

De lo expuesto por los autores se puede considerar que el conocimiento, es la adquisición de conceptos por medio de una educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales. Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, sin embargo, esto no se evidencia en una población rural o urbano - marginal, pues ellos continúan poniendo en práctica creencias y costumbres que forman parte de su cultura, actúan ante las enfermedades de acuerdo a la opinión y creencias que tienen sobre la salud y enfermedad, medicina popular, actitudes y su manera de prevenirlos. Por ejemplo, las percepciones sobre la causalidad de las enfermedades, pueden afectar las prácticas evolucionadas con la exposición al enfriamiento. Las madres son generalmente muy cuidadosas con respecto a dejar a los niños descubiertos o al bañarlos cuando el clima está muy frío. Tal preocupación en cuanto a la temperatura puede, sin embargo, conducir a la exposición a factores de riesgo como el hacinamiento o la contaminación doméstica por residuos orgánicos para producir calor.

2.3.11 Las prácticas en salud.

En cuanto a las prácticas, Contreras⁵², la define como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica su conocimiento sea este científico o vulgar; es necesario en primera instancia un contacto

directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz. Constituyen en sí mismo la ejecución de los conocimientos que poseen las personas.

Por su parte Kliksberg⁵³, especifica que las prácticas, corresponden a la conducta (aspecto conductual) ante una situación determinada y definida por la respuesta que el sujeto tendría en reacción al objeto de actitud. Las prácticas tienen como propósito convertir la vida y la salud en valores fundamentales en derechos y responsabilidades del ser humano dentro de la sociedad. Una cultura de la vida es garantía del carácter sostenible y del desarrollo de la sociedad que la mantiene, contiene los valores esenciales para la convivencia, el respeto mutuo y la cooperación entre los actores sociales; es, además, la fuente de algunos valores relacionados, como la paz, la solidaridad y la participación democrática. Asimismo, está asociada a la calidad de vida e intenta siempre mejorarla, al igual que el bienestar individual de los grupos y de toda la población. En este sentido, la cultura de la vida exige un verdadero desarrollo humano que tiene, al final, los mismos objetivos. La calidad de vida y el bienestar determinan de muchas maneras la salud, y, al mismo tiempo, están conformados por ella.

Kliksberg declaró, que las acciones e interacciones sociales son, habitualmente, expresiones de los valores, costumbres, creencias y normas incorporados en la sociedad o en los grupos sociales, que rigen las actitudes y los comportamientos de sus miembros. Además de orientar y condicionar el comportamiento de los individuos a través del sistema de premios y sanciones explícitos o implícitos, tales valores y normas definen

también la estructura de la organización y las relaciones de la sociedad hacia fuera de ella y también dentro de ella misma.

Las prácticas tienen como propósito convertir la vida y la salud en valores fundamentales, en derechos y responsabilidades del ser humano dentro de la sociedad. Una cultura de la vida es garantía del carácter sostenible y del desarrollo de la sociedad que la mantiene. La cultura de la vida contiene los valores esenciales para la convivencia, el respeto mutuo y la cooperación entre los actores sociales; es, además, la fuente de algunos valores relacionados, como la paz, la solidaridad y la participación democrática.

Una cultura de la vida no es la negación del yo, pero exige la conciencia del otro, del mismo modo que la proyección del yo en la existencia del otro es necesaria para la protección del desarrollo de la vida dentro de la comunidad. Esto abre el camino al reconocimiento de la unidad de la vida y de la interdependencia de todas las formas de vida, en que la muerte es sólo una contingencia de la necesidad biológica o una imposición de la supervivencia, supeditada a la manutención de las especies. Con ese entendimiento es con el que se construye la estructura de la convivencia pacífica basada en la colaboración entre todos los miembros de la sociedad.

La cultura de la vida está asociada a la calidad de vida e intenta siempre mejorarla, al igual que el bienestar individual, de los grupos y de toda la población. En este sentido, la cultura de la vida exige un verdadero desarrollo humano que tiene, al final, los mismos objetivos. La calidad de

vida y el bienestar determinan, de muchas maneras, la salud, y, al mismo tiempo, están conformados por ella. En efecto, la salud, en la acepción más amplia dada por la OMS, se confunde con el bienestar y es indispensable para la calidad de vida y el desarrollo social.

Una cultura de la vida es necesariamente también una cultura de la salud, que se convierte así en la principal condición para la protección y la calidad de la vida. Así pues, no se trata solamente de sobrevivir, sino de vivir una vida plena y saludable. La cultura de la salud añade otros valores a la cultura de la vida vinculados a la promoción y a la protección de la salud, a su recuperación cuando está perdida o afectada y a la eliminación o disminución de cualquier discapacidad. Una cultura de la salud es, por su parte, fundamento permanente y básico para el desarrollo pleno de la salud pública.

2.3.12 Manejo tradicional de las Infecciones Respiratorias Agudas.

Lipson⁵⁴, señala que las concepciones populares de la salud, constituyen un saber independiente, emanado de las tradiciones propias de una clase popular y fruto del hacer cotidiano.

En el saber popular se incluye una diversidad de conocimientos empíricos basados en la experiencia, muchas veces compartidas por la ciencia, que son fruto de una transferencia de saberes (anatomía, automedicación), mientras que se mantienen otros que la medicina ha abandonado paulatinamente (utilización de plantas medicinales).

La enfermedad es un hecho sociológico, por lo tanto cualquier acción de prevención, de tratamiento o planteamiento de salud, deberá tomar en cuenta valores, actitudes y ciencias de la población.

En cuanto a la práctica casera y lo tradicional en la atención al niño con IRAs se puede decir que cuando el niño tiene tos o congestión nasal el suministro de bebidas azucaradas, los líquidos, la miel de abejas y otros remedios caseros son muy utilizados por las madres; son permitidos porque ayudan a fluidificar las secreciones, permiten la expectoración, suavizar la mucosa faríngea, no produce sedación y facilitar la mayor ingestión de alimentos y líquidos que aceleran su recuperación.

El uso de solución salina para eliminar la obstrucción nasal es una práctica común, sin embargo, si las cantidades de los componentes no son exactas y se abusa de la cantidad de sal, esto puede ocasionar resequedad de la mucosa nasal y alterar aún más la función respiratoria.

Dentro de las hierbas medicinales se pueden mencionar: el eucalipto, apio, nabo, hinojo, huamanripa, el espinillo, la cebolla, entre otras, por ser plantas expectorantes, además utilizan frutas cítricas como la naranja, lima, limón para calmar la tos.

La madre muchas veces hace uso, indiscriminado de los medicamentos sin prescripción médica, respecto a la automedicación, se sabe que la administración de antibióticos sin prescripción médica, puede causar serios trastornos de resistencia bacteriana, produciendo efectos nocivos para la salud del menor, el uso de antitusígenos se debe evitar, porque la

tos es una respuesta normal del aparato respiratorio, ya que ayuda a la limpieza bronquial.

Las madres acostumbran frotarle al niño con mentholatum o vick vaporub, ya que tiene en sus componentes aceite de pino, aceite de menthol y eucalipto con acción expectorante; con respecto a esta práctica se dice que está contraindicando ingerir ni aplicar dentro de la nariz bálsamos mentolados o con alcanfores. Pueden ser sinceros y calmantes si se aplican externamente como frotaciones en el pecho, pero peligrosos cuando se usan cerca de la boca y se respiran sus vapores.

El manejo de las IRAs por las madres puede ser el producto de las acciones de promoción y prevención desarrolladas por el personal de salud pero también responde a la información recibida de otras personas y a las creencias y tradiciones impuestas por la cultura; además de la difusión masiva por medios televisivos.

El mejoramiento del manejo de las IRAs por las madres es una de las estrategias principales del Programa Global de la Organización Mundial de la Salud para el control de las IRAs. Si bien los estudios han demostrado que las personas que habitan en comunidades marginales se preocupan tanto por su salud como las de las clases socioeconómicas más elevadas, con frecuencia la pobreza se acompaña de desconocimiento sobre los problemas de la salud y también en algunos casos, de acceso a los cuidados para la salud y falta de confianza en los sistemas existentes.

2.4 Sistema de hipótesis.

2.4.1 Hipótesis General.

Ho: El programa de intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas no mejora el nivel de conocimiento y prácticas de madres de los niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Hi: El programa de intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas mejora el nivel de conocimiento y prácticas de madres de los niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

2.4.2 Hipótesis Específicas:

Hi₁: El programa de intervención educativa mejora el nivel de conocimiento de los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Hi₂: El programa de intervención educativa mejora el nivel de conocimiento y prácticas del control de crecimiento y desarrollo y vacunación para evitar los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Hi₃: El programa de intervención educativa mejora el nivel de conocimiento y prácticas sobre la alimentación para evitar los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Hi₄: El programa de intervención educativa mejora el nivel de conocimiento y prácticas de protección para evitar los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Hi₅: El programa de intervención educativa mejora el nivel de conocimiento y prácticas de los signos de alarma para evitar complicaciones de los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Hi₆: El programa de intervención educativa mejora las prácticas de ventilación del entorno para evitar los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud de Aguaytía-2019.

2.5 Sistema de variables.

2.5.1 Variable Principal:

Prácticas sobre infecciones respiratorias agudas.

- Prácticas de los problemas respiratorios
- Prácticas del control de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Prácticas de la Alimentación
- Prácticas de la protección
- Prácticas de los signos de alarma

2.5.2 Variable Asociada:

Conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas.

- Conocimiento de los problemas respiratorios
- Conocimiento del control de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Conocimiento de la Alimentación
- Conocimiento de la protección
- Conocimiento de los signos de alarma

2.6 Operacionalización de variables.

| VARIABLE | DIMENSION | TIPO DE VARIABLE | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--|---|------------------|---|-----------------------|
| VARIABLE ASOCIADA | | | | |
| Conocimientos de infecciones respiratorias. | Conocimiento sobre problemas respiratorios | Cualitativo | Alto Medio Bajo | Ordinal Politómico |
| | Conocimiento sobre el control de CRED y vacunación. | Cualitativo | Alto Medio Bajo | Ordinal Politómico |
| | Conocimiento sobre la alimentación | Cualitativo | Alto Medio Bajo | Ordinal Politómico |
| | Conocimiento sobre la protección | Cualitativo | Alto Medio Bajo | Ordinal Politómico |
| | Conocimiento sobre los signos de alarma | Cualitativo | Alto Medio Bajo | Ordinal Politómico |
| VARIABLE PRINCIPAL | | | | |
| Prácticas de infecciones respiratorias | Prácticas sobre el control de CRED y vacunación. | Cualitativo | Buena Regular Deficiente | Ordinal Politómico |
| | Prácticas sobre la alimentación | Cualitativo | Buena Regular Deficiente | Ordinal Politómico |
| | Prácticas sobre la protección | Cualitativo | Buena Regular Deficiente | Ordinal Politómico |
| | Prácticas sobre los signos de alarma | Cualitativo | Buena Regular Deficiente | Ordinal Politómico |
| | Prácticas sobre la ventilación del entorno | Cualitativo | Buena Regular Deficiente | Ordinal Politómico |
| VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN | | | | |
| Características sociodemográficas de la madre | Edad | Cuantitativo | • En años | De razón |
| | Estado civil | Cualitativo | • Soltera • Casada • Conviviente • Viuda | Nominal |
| | Grado de instrucción | Cualitativo | • Sin estudios • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incomp • Secundaria complet • Sup. Técnico • Superior universitario | Ordinal |
| | Ocupación | Cualitativo | • Ama de casa • Negocio en el hogar • Sin ocupación • Independiente | Nominal |
| Características sociodemográficas del niño | Edad | Cuantitativo | • En días | De razón |
| | Género | Cualitativa | • Masculino • Femenino | Nominal |

2.7 Definición operacional de las palabras claves.

- **Infección Respiratoria Aguda (IRAs).** Son un complejo grupo de afecciones clínicas de diferente etiología y gravedad, que afecta a una o más partes de las vías respiratorias, las cuales tienen una duración menor de 14 días.
- **Conocimiento.** Aprendizaje adquirido por las madres de los niños menores de 5 años a cerca de los signos y síntomas y las medidas preventivas de las IRAs antes y después del programa de intervención educativa.
- **Práctica.** Habilidades y destrezas logradas por las madres de los niños menores de 5 años a cerca las medidas preventivas de las IRAs antes y después del programa de intervención educativa.
- **Prevención de las IRAs.** Es el conjunto de medidas a tener en cuenta para evitar la presencia de la infección respiratoria aguda así como las complicaciones de las mismas, evitando de esta manera mayores datos.
- **Programa de intervención educativa.** Supone un esfuerzo intencionado y organizado para intervenir en un proceso social con el propósito de resolver un problema y proporcionar un servicio.
- **Intervención de enfermería.** esfuerzo intencionado de los Profesionales de Enfermería para intervenir en un proceso social con el propósito de resolver un problema y proporcionar un servicio.

- **Problemas respiratorios.** Son las molestias que se presentan con las IRAs, como la congestión nasal, dolor de garganta, rinorrea, dolor de cabeza entre otros que dan señal de malestar e infección respiratoria aguda.
- **Control de CRED (Crecimiento y Desarrollo).** Es el control de salud periódico por el que todos los niños y niñas menores de cinco años de edad deben pasar. Estos controles se brindan en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, de acuerdo a un cronograma establecido según la edad de la niña o el niño
- **Vacunación.** La administración de vacunas se llama vacunación. Una vacuna es una preparación biológica que proporciona inmunidad adquirida activa ante una determinada enfermedad. Una vacuna contiene típicamente un agente que se asemeja a un microorganismo causante de la enfermedad y a menudo se hace a partir de formas debilitadas o muertas del microbio, sus toxinas o una de sus proteínas de superficie.
- **Alimentación.** Es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse.
- **Ventilación.** Permite controlar el ambiente mediante la entrada de aire, a fin de reducir la emoción de olores molestos que podrían ocasionar problemas respiratorios.
- **Signos de alarma.** Los signos de alarma son aquellos síntomas que indican la presencia de enfermedades graves en el organismo.

CAPITULO III

3 MARCO METODOLÓGICO.

3.1 Tipo de investigación.

Supo⁵⁶, indica que el estudio cumplió con la siguiente clasificación:

Según la intervención del investigador en el fenómeno que estudia, fue un estudio de tipo **experimental**, porque el investigador intervino sobre la variable de interés (Nivel de conocimiento y prácticas).

Según el número de ocasiones en que se mide la variable de interés, fue un estudio de tipo **longitudinal**, porque las variables de interés fueron medidas en dos oportunidades (antes y después del programa).

Según la planificación de la toma de datos, fue de tipo **prospectivo**, porque la información se recogió a propósito de la investigación (desde fuentes datos primarios).

Según el número de variables de interés, fue de tipo **analítico**, porque se realizó un análisis bivariado a través de la estadística inferencial.

3.1.1 Enfoque de investigación.

Según Sampieri⁵⁵, el enfoque del estudio fue **cuantitativo**, porque se realizó mediciones numéricas de las variables de interés; y a través del método científico se obtuvo conclusiones generales a partir de premisas particulares; registrando los hechos, para luego describirlas particularmente, y arribar a conclusiones importantes a través del análisis estadístico.

3.1.2 Alcance o nivel de investigación.

El estudio cumplió con la clasificación de nivel **explicativo**, porque su finalidad fue explicar el comportamiento de las madres de los niños frente a las infecciones respiratorias agudas antes y después de aplicado el programa de intervención educativa; planteando así una relación de causa-efecto.

3.1.3 Diseño de investigación.

El diseño del estudio fue cuasi-experimental, en vista que se trabajó con un solo grupo de madres y se realizó dos mediciones, antes y después de aplicar el programa de intervención educativa (pre y post test); además la asignación de la muestra no fue aleatoria sino por conveniencia.

Diagrama del diseño:

GE O₁ I O₂

Dónde:

GE: Grupo experimental (Madres de niños menores de 5 años).

O₁: Primera observación (evaluación del nivel de conocimiento y prácticas)
Pre Test.

I: Intervención (aplicación del programa de intervención educativa).

O₂: Segunda observación (evaluación del nivel de conocimiento y prácticas) Post Test.

3.2 Población y muestra.

3.2.1 Población.

La población estuvo constituida por el total de madres de niños menores de 5 años (80) que asisten al Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Centro de Salud de Aguaytía.

Características de la Población:

❖ **Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el estudio:

- Madres que asistieron al C.S. de Aguaytía con regularidad a los controles de CRED de sus niños menores de 5 años.
- Madres de todas las edades.
- Madres que aceptaron participar en el estudio a través del consentimiento informado.

❖ **Criterios de exclusión:** Se excluirán del estudio:

- Madres que tengan algún problema de salud que les impida participar en el estudio.
- Madres que rechacen contestar las preguntas de la entrevista por alguna razón justificable.

Delimitación geográfico-temporal.

El estudio se desarrollará en C.S. de Aguaytía, ubicado en el distrito y provincia de Padre Abad, y el departamento de Ucayali. Además se realizará durante los meses de marzo a diciembre del 2019.

3.2.2 Muestra.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Por tanto, debido a que el 50% de madres no acude con regularidad al servicio de CRED y su negativa de participar en el programa de intervención educativa, se trabajó con 40 madres, es decir el 50% del total de la población.

3.3 Técnicas e instrumentos e recolección de datos.

La técnica de recolección de datos que se empleó fue la encuesta y el instrumento que se utilizó fue el cuestionario.

- **Cuestionario de características sociodemográficas.** Instrumento que sirvió para conocer las características sociodemográficas de las madres de niños menores de 5 años que acudieron al programa de Control de CRED. El instrumento estuvo compuesto por 4 preguntas que indagaron sobre la edad, estado civil, grado de instrucción y ocupación de las madres. **(Anexo 01)**
- **Cuestionario de conocimientos y prácticas.** Instrumento que sirvió para recolectar información sobre el nivel de conocimiento y prácticas de las madres sobre las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. El instrumento constó de 15 preguntas de conocimientos sobre: los problemas respiratorios (5 preguntas), control de CRED y vacunación (2 preguntas), alimentación (2 preguntas), protección (2 preguntas) signos de alarma (4 preguntas). Asimismo, constó de 15

preguntas de prácticas sobre: Control de CRED y vacunación (2 preguntas), alimentación (3 preguntas), protección (2 preguntas), ventilación del entorno (4 preguntas), e identificación de signos de alarma (4 preguntas) **(Anexo 02)**.

La medición y categorización del cuestionario, se realizó a través de la escala de Stanones, la misma que permitió convertir la variable cuantitativa en cualitativa y categorizar el nivel de conocimiento en tres grupos (alto, medio y bajo) y el nivel de prácticas en tres grupos (buena, regular y deficiente). Es una técnica que permite conocer los intervalos (puntos de corte) en función de puntajes alcanzados en la medición de una variable, ya sea en forma global o por dimensiones. **(Anexo 05)**

3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

3.4.1 Plan de actividades.

- Se pidió la autorización respectiva al Gerente el C.S. Aguaytía, con el objetivo de tener acceso al ámbito de estudio.
- Se capacitó al personal que se encargó de administrar los instrumentos de recolección de datos (encuestadores) los mismos que encargaron tanto del estudio piloto como del programa de intervención educativa.
- La muestra se seleccionó en base a la población total, considerando una población muestral.
- Antes de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se aplicó el consentimiento informado.

- Se aplicó el instrumento de evaluación de conocimiento y prácticas (entrevista) en dos momentos, antes y después de aplicar el programa de intervención educativa y tendrá la duración de 20 minutos.
- Posterior a la aplicación de la encuesta se realizó el control de calidad de cada uno de las entrevistas.

3.4.2 Procesamiento y elaboración de datos.

Para realizar la interpretación, presentación de datos y los resultados, se procedió a través de las siguientes fases:

- **Revisión de los datos**, donde se examinó en forma crítica cada uno de los formularios utilizados y control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos**. Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los formularios respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos**, Se realizó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos**. Se presentó los datos en tablas académicas y en gráficos de las variables en estudio.

3.4.3 Validez y confiabilidad de los instrumentos.

Para hallar la confiabilidad del cuestionario de conocimientos y prácticas sobre las infecciones respiratorias agudas, se realizó un estudio piloto con 5 madres del programa de CRED.

Posteriormente se estimó el coeficiente de confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach, el cual determinó un Alfa= 0,839 por lo que es altamente confiable el instrumento para ser aplicado. **(Anexo 06)**

Asimismo, se realizó la validez de contenido a través del juicio de expertos (4) quienes aportaron positivamente a mejorar cada una de las preguntas redactadas y facilitar el entendimiento de las madres que participarán en el estudio. **(Anexo 04)**

3.4.4 Aspectos éticos.

Consentimiento informado. Se utilizó el consentimiento informado, para pedir autorización a las madres, de su participación en el presente estudio. En este documento se puso en claro los objetivos que se esperan lograr con su participación, así como los compromisos por parte del investigador, y la libertad que tendrán ellas para quedarse o abandonar el estudio en cualquier momento. **(Anexo 03).**

3.4.5 Análisis de resultados.

- **Análisis Descriptivo:**

Se efectuó el análisis descriptivo de cada una de las variables determinando medidas de tendencia central y dispersión para las

variables cuantitativas y de proporciones para las variables nominales o categóricas.

- **Análisis Inferencial:**

Para evaluar la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por los conocimientos y las prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas antes y después del programa de intervención educativa, se utilizó la prueba T de Student (t), con la cual se evidenció el efecto del programa.

El nivel de confianza que se consideró fue del 95% y el análisis estadístico se realizó a través del paquete SPSS versión 21 para Windows.

3.4.6 Actividades del programa de intervención educativa.

- Se trabajó en el programa de intervención educativa con 40 madres de niños menores de 5 años.
- Antes de iniciar el programa, se evaluó el nivel de conocimiento y prácticas de las madres para tener un diagnóstico basal.
- El programa de intervención educativa, se desarrolló en el auditorio del Centro de Salud, durante el horario de las mañanas, después que las madres fueron atendidas en el programa de CRED.
- Tuvo una duración de 8 horas, que fueron desarrolladas en 8 sesiones educativas de 40 minutos cada una, donde se utilizó estrategias dinámicas y prácticas.
- Los temas que se abordaron fueron: **(Anexo 07)**

Con el objetivo de mejorar el nivel de conocimientos en las madres, los temas que se considerados fueron (4 horas):

- Definición y clasificación de las Infecciones respiratorias agudas
- Causas y síntomas de las Infecciones respiratorias agudas
- Cómo se producen y transmiten las Infecciones respiratorias agudas
- Personas afectadas con las Infecciones respiratorias agudas
- Infecciones respiratorias agudas de las vías superiores e inferiores
- Prevención de las Infecciones respiratorias agudas
- Signos de alarma de las Infecciones respiratorias agudas
- Atención de las infecciones respiratorias agudas
- La neumonía y prevención de la neumonía.

Con el objetivo de mejorar las prácticas en las madres de los niños menores de 5 años, se consideró aspectos sobre (4 horas):

- Alimentación del niño menor de años para prevenir las IRAs
- Control de Crecimiento y Desarrollo para prevenir las IRAs
- Vacunas adecuada y completa para prevenir las IRAs.
- Identificación de signos de alarma para prevenir las neumonías
- Aplicación de medidas preventivas para prevenir las IRAs y neumonías.

CAPITULO IV

4 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo de los resultados.

4.1.1 Análisis de las características sociodemográficas de las madres.

Tabla N° 1

Características sociodemográficas de las madres de los niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Características sociodemográficas | n = 40 | |
|-----------------------------------|--------|------|
| | Nº | % |
| Grupos de Edad: | | |
| 14-18 años | 6 | 15,0 |
| 19-23 años | 15 | 37,5 |
| 24-28 años | 5 | 12,5 |
| 29-33 años | 9 | 22,5 |
| 34-38 años | 5 | 12,5 |
| Estado civil: | | |
| Soltera | 4 | 10,0 |
| Conviviente | 33 | 82,5 |
| Casada | 3 | 7,5 |
| Grado de instrucción: | | |
| Primaria incompleta | 19 | 47,5 |
| Primaria completa | 9 | 22,5 |
| Secundaria incompleta | 9 | 22,5 |
| Secundaria completa | 3 | 7,5 |
| Ocupación | | |
| Ama de casa | 33 | 82,5 |
| Comerciante | 3 | 7,5 |
| Estudiante | 4 | 10,0 |

Fuente: Cuestionario de las características sociodemográficas. (Anexo 01)

Respecto a las características sociodemográficas de las madres de los niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía, se evidenció que la mayor proporción del grupo de edad fue entre 19-23 años con 37,5% (15); el estado civil de mayor proporción fue de conviviente con 82,5% (33); el grado de instrucción preponderante fue primaria incompleta con 47,5% (19) y la ocupación predominante fue el de ama de casa con 82,5% (33).

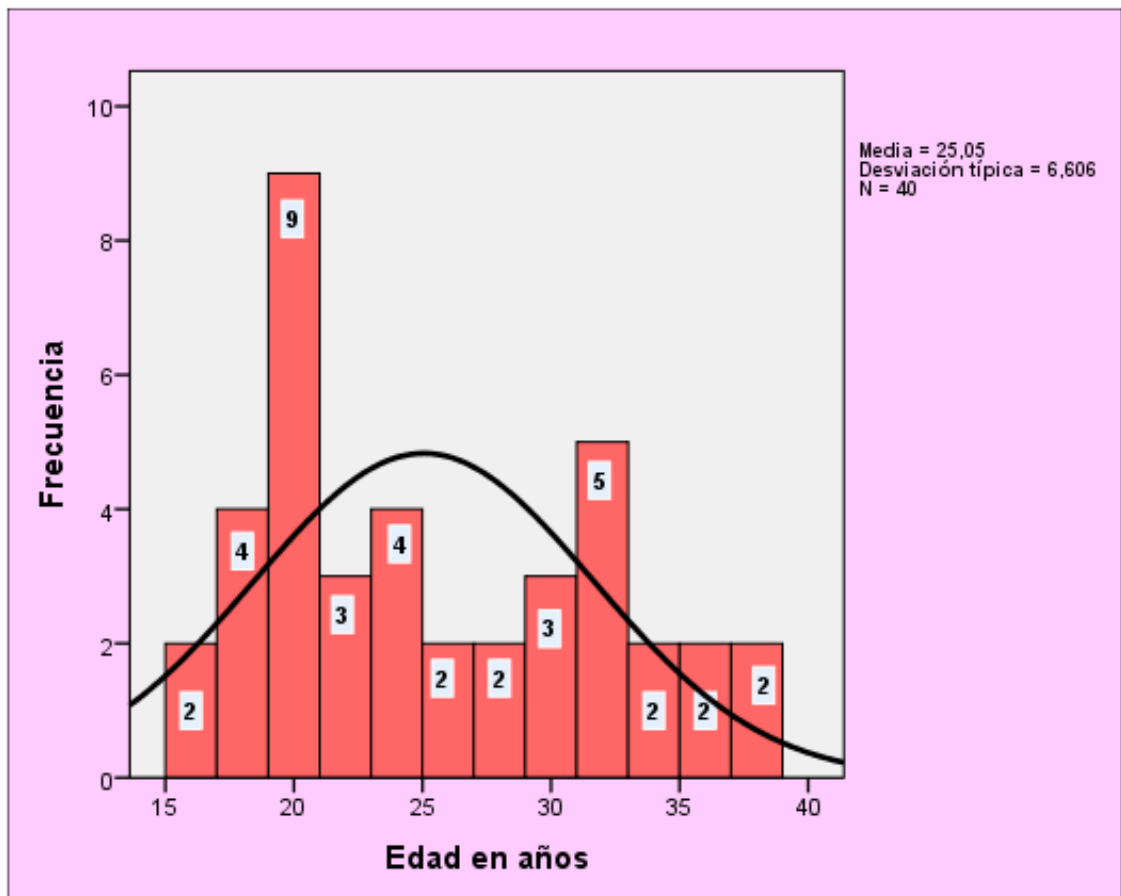


Figura N° 1 Histograma de las características sociodemográficas de las madres de los niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a los grupos de edad de las madres de los niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía, el histograma, nos muestra que existe una distribución normal en las edades; además, se observó que el mayor número de mujeres se encuentra entre las edades de 19-23 años, evidenciándose también que el promedio de las edades fue de 25,05 años, la moda de 20 años y la Desviación Estándar de 6,606.

Tabla N° 2

Conocimiento de los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Conocimiento de los problemas respiratorios | n= 40 | | | |
|--|----------|------|-----------|------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Conoce las molestias cuando un niño presenta problemas respiratorios: | | | | |
| No | 24 | 60,0 | 17 | 42,5 |
| Si | 16 | 40,0 | 23 | 57,5 |
| Conoce las causas del dolor de garganta: | | | | |
| No | 30 | 70,5 | 16 | 40,0 |
| Si | 10 | 25,5 | 24 | 60,0 |
| Conoce las razones por las cuales se presentan los problemas respiratorios: | | | | |
| No | 22 | 55,0 | 8 | 20,0 |
| Si | 18 | 44,0 | 32 | 80,0 |
| Conoce las complicaciones de los problemas respiratorios: | | | | |
| No | 14 | 35,0 | 12 | 30,0 |
| Si | 26 | 65,0 | 28 | 70,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a los conocimientos de los problemas respiratorios en niños menores de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 60% (24) no conocían las molestias cuando un niño presentaba problemas respiratorios; mientras que en el post test el 57,5% (23) ya los conocía. Sobre el conocimiento de las causas del dolor de garganta, en el pre test, el 70,5% (30) no lo sabía, y en el post test el 60% (24) lo sabía. Sobre el conocimiento de las razones por las cuales se presentan los problemas respiratorios, en el pre test, el 55% (22) no los conocían; en el post test el 80% (32) lo conocían. En cuanto a las complicaciones de los problemas respiratorios, en el pre test, el 65% (26) los conocían; y en el post test, el 70% (28) ya lo conocía.

Tabla N° 3

Nivel de conocimiento de los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Nivel de conocimiento de los problemas respiratorios | n= 40 | | | |
|--|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Bajo | 18 | 45,0 | 3 | 7,5 |
| Medio | 15 | 37,5 | 12 | 30,0 |
| Alto | 7 | 17,5 | 25 | 62,5 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

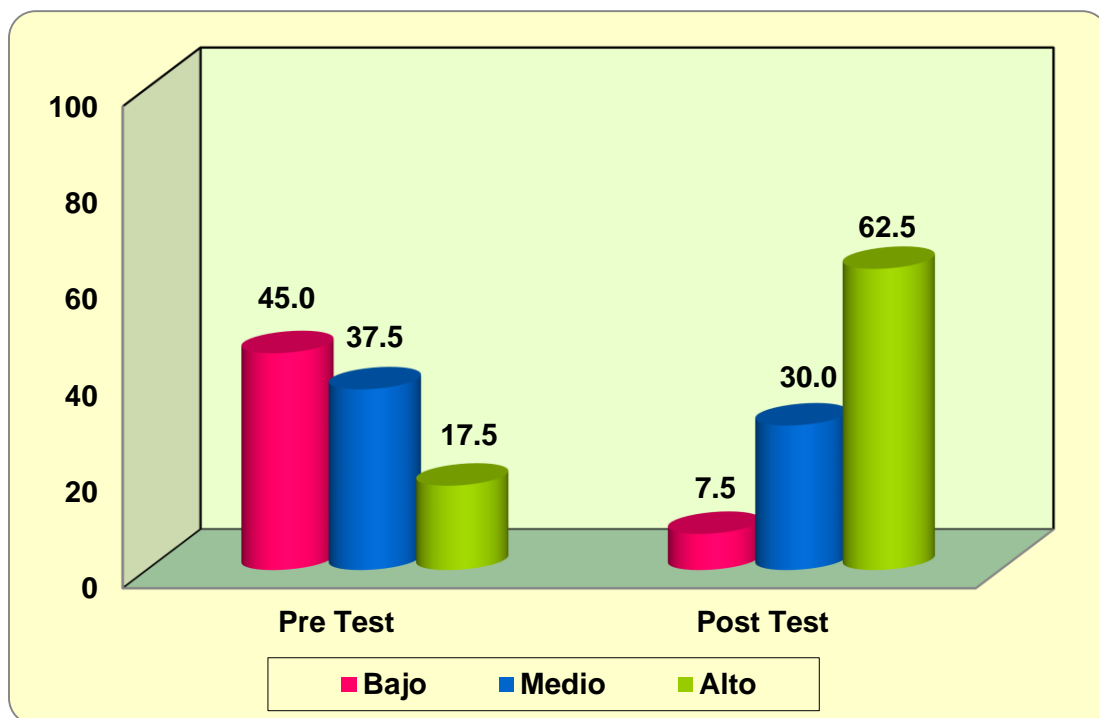


Figura N° 2 Proporción del nivel de conocimiento de los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción del nivel de conocimiento frente a los problemas respiratorios del niño menor de 5 años, en el pre test, se evidenció que, el 45% (18) tuvieron un nivel de conocimiento bajo; y en el post test, la situación mejoró, ya que, el 62,5% (25) tuvieron un nivel de conocimiento alto.

Tabla N° 4

Conocimiento de la importancia de asistir al control de CRED y vacunación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Conocimiento de la importancia de asistir al control de CRED y vacunación | n= 40 | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Sabe que vacunar oportunamente al niño le previene de las IRAs : | | | | |
| No | 33 | 82,5 | 15 | 37,5 |
| Si | 7 | 17,5 | 25 | 62,5 |
| Sabe que es importante asistir al control de CRED: | | | | |
| No | 28 | 70,0 | 32 | 80,0 |
| Si | 5 | 12,5 | 4 | 10,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto al conocimiento de la importancia del control de CRED y vacunación de los niños menores de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 82,5% (33) no sabían que vacunar oportunamente al niño prevenían las IRAs, y en el post test el 62,5% (25) ya lo sabía. Sobre si saben la importancia de asistir al control de CRED, el 70% (28) no lo sabían, mientras que en el post test, el 80% (32) aún no lo sabía o lo entendía.

Tabla N° 5

Nivel de conocimiento de la importancia de asistir al control de CRED y vacunación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Nivel de conocimiento de la importancia de asistir al control de CRED y vacunación | n= 40 | | | |
|--|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Bajo | 23 | 57,5 | 4 | 10,0 |
| Medio | 14 | 35,0 | 21 | 52,5 |
| Alto | 3 | 7,5 | 15 | 7,5 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

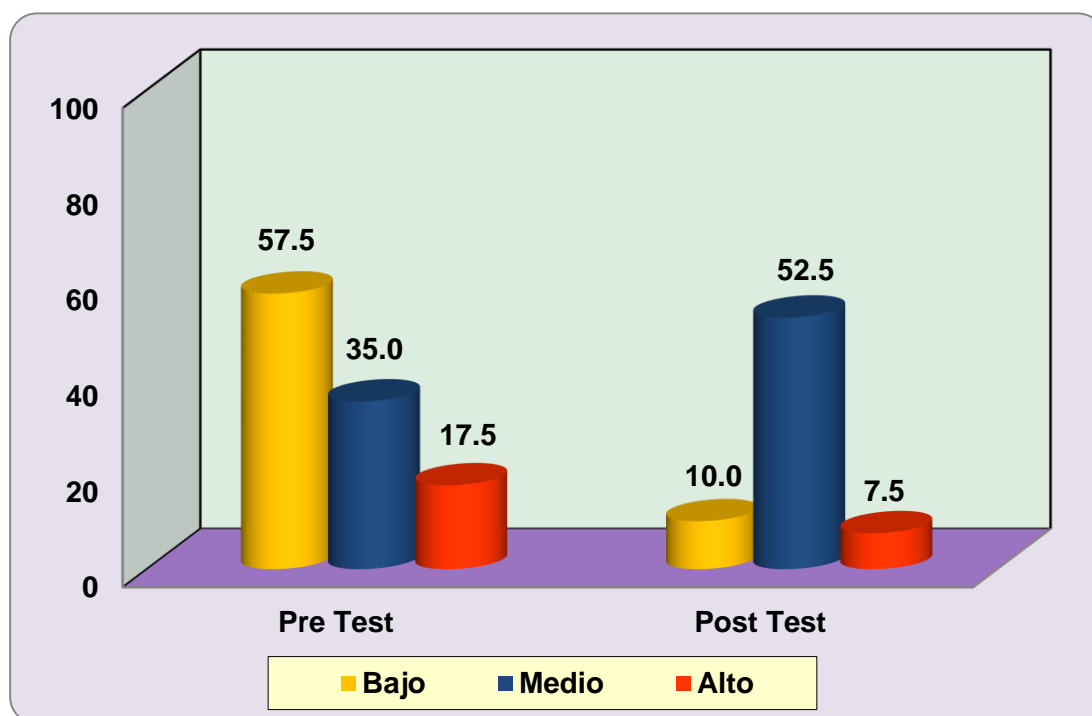


Figura N° 3 Proporción del nivel de conocimiento de la importancia de asistir al control de CRED y vacunación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción del nivel de conocimiento frente a la importancia de asistir al control de CRED y vacunación del niño menor de 5 años, en el pre test, se evidenció que, el 57,5% (23) tuvieron un nivel de conocimiento bajo; y en el post test, la situación mejoró, ya que, el 52,5% (21) tuvieron un nivel de conocimiento medio.

Tabla N° 6

Conocimiento de la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Conocimiento de la alimentación | n= 40 | | | |
|--|----------|------|-----------|------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Sabe que la lactancia materna exclusiva evita las IRAs: | | | | |
| No | 15 | 37,5 | 13 | 32,5 |
| Si | 25 | 62,5 | 27 | 67,5 |
| Sabe que brindar una alimentación balanceada previene las IRAs: | | | | |
| No | 24 | 60,0 | 14 | 35,0 |
| Si | 16 | 40,5 | 26 | 65,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto al conocimiento de la alimentación de los niños menores de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 62,5% (25) sabían que la lactancia materna evitaban las IRAs, y en el post test, la situación mejoró, ya que, el 67,5% (27) también lo sabían. Sobre si saben que brindar una alimentación balanceada previene las IRAs, el 60% (24) no lo sabían, mientras que en el post test, el 85% (26) ya lo sabían.

Tabla N° 7

Nivel de conocimiento de la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Nivel de conocimiento sobre alimentación | n= 40 | | | |
|--|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Bajo | 6 | 15,0 | 3 | 7,5 |
| Medio | 27 | 67,5 | 21 | 52,5 |
| Alto | 7 | 17,5 | 16 | 40,0 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

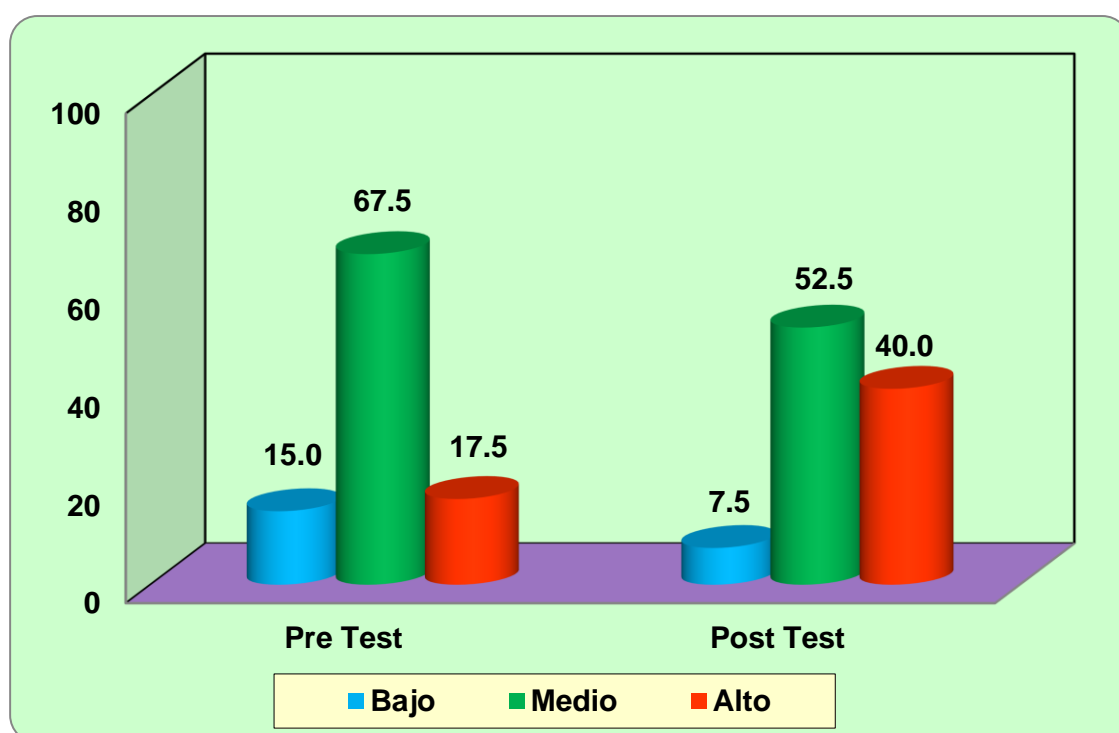


Figura N° 4 Proporción del nivel de conocimiento de la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción del nivel de conocimiento frente a la alimentación del niño menor de 5 años, en el pre test, se evidenció que, el 67,5% (27) tuvieron un nivel de conocimiento medio; y en el post test, la situación mejoró, ya que, el 40% (16) tuvieron un nivel de conocimiento alto.

Tabla N° 8

Conocimiento de la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Conocimiento de la protección | n= 40 | | | |
|--|----------|------|-----------|------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Sabe que abrigar adecuadamente a su niño le previene las IRAs: | | | | |
| No | 28 | 70,0 | 20 | 50,0 |
| Si | 12 | 30,0 | 20 | 50,0 |
| Sabe que mantener en condiciones higiénicas la vivienda previene de las IRAs: | | | | |
| No | 24 | 60,0 | 14 | 35,0 |
| Si | 16 | 40,5 | 26 | 65,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a los conocimientos de la protección del niño menor de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 70% (28) no sabían que abrigar adecuadamente a su niño prevenía las IRAs, y en el post test el 50% (20) ya lo sabían. En el pre test, el 60% (24) no sabía que mantener en condiciones higiénicas la vivienda prevenía las IRAs; y en el post test el 65% (26) ya lo sabía.

Tabla N° 9

Nivel de conocimiento de la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Nivel de conocimiento de la protección | n= 40 | | | |
|--|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Bajo | 18 | 45,0 | 11 | 27,5 |
| Medio | 16 | 40,0 | 14 | 35,0 |
| Alto | 6 | 15,0 | 15 | 37,5 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

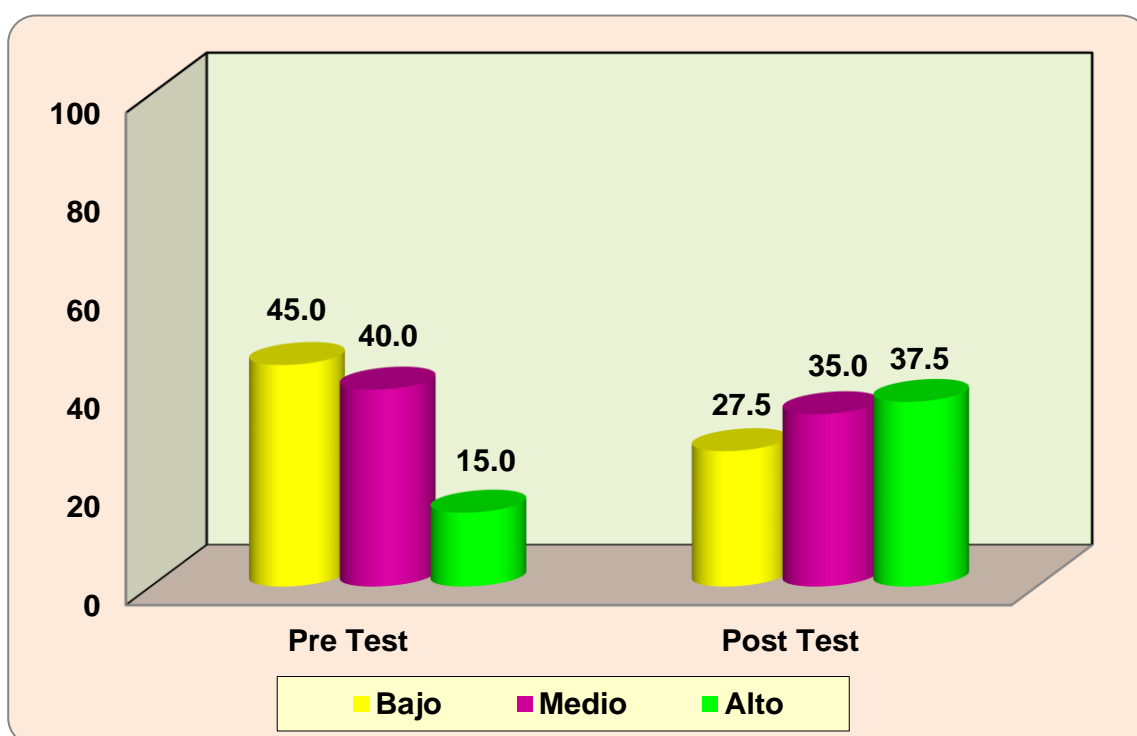


Figura N° 5 Proporción del nivel de conocimiento de la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción del nivel de conocimiento frente a la protección del niño menor de 5 años, en el pre test, se evidenció que, el 45% (18) tuvieron un nivel de conocimiento bajo; y en el post test, la situación mejoró, ya que, el 37,5% (15) tuvieron un nivel de conocimiento alto.

Tabla N° 10

Conocimiento de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Conocimiento de los signos de alarma | n= 40 | | | |
|--|----------|------|-----------|------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Conoce las razones por las que el niño se pone morado al toser: | | | | |
| No | 20 | 50,0 | 15 | 37,5 |
| Si | 20 | 50,0 | 25 | 62,5 |
| Conoce a cuantos grados centígrados se considera fiebre en el niño. | | | | |
| No | 30 | 75,0 | 17 | 42,5 |
| Si | 10 | 25,0 | 23 | 57,5 |
| Conoce las causas de la fiebre: | | | | |
| No | 23 | 57,5 | 13 | 32,5 |
| Si | 17 | 42,5 | 27 | 67,5 |
| Reconoce los signos de peligro o de alarma en el niño: | | | | |
| No | 20 | 50,0 | 14 | 35,0 |
| Si | 20 | 50,0 | 26 | 65,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a los conocimientos de los signos de alarma en el niño menor de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 50% (20) no conocían las razones por las que un niño se pone morado al toser, y en el post test el 62,5% (25) ya lo sabían. En el pre test, el 75% (30) no conocían los grados centígrados que se consideraba fiebre en el niño; mientras que en el post test el 57,5% (23) ya lo conocían. En el pre test el 57,5% (23) no conocían las causas de la fiebre; mientras que en el post test, el 67,5% (27) ya los sabían. Referente a si reconocen los signos de peligro o de alarma en el niño, en el pre test el 50% (20) no conocían los signos de alarma, y en el post test, el 65% (26) ya lo sabían.

Tabla N° 11

Nivel de conocimiento de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Nivel de conocimiento de los signos de alarma | n= 40 | | | |
|---|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Bajo | 17 | 42,5 | 4 | 10,0 |
| Medio | 16 | 40,0 | 21 | 52,5 |
| Alto | 7 | 17,5 | 15 | 37,5 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

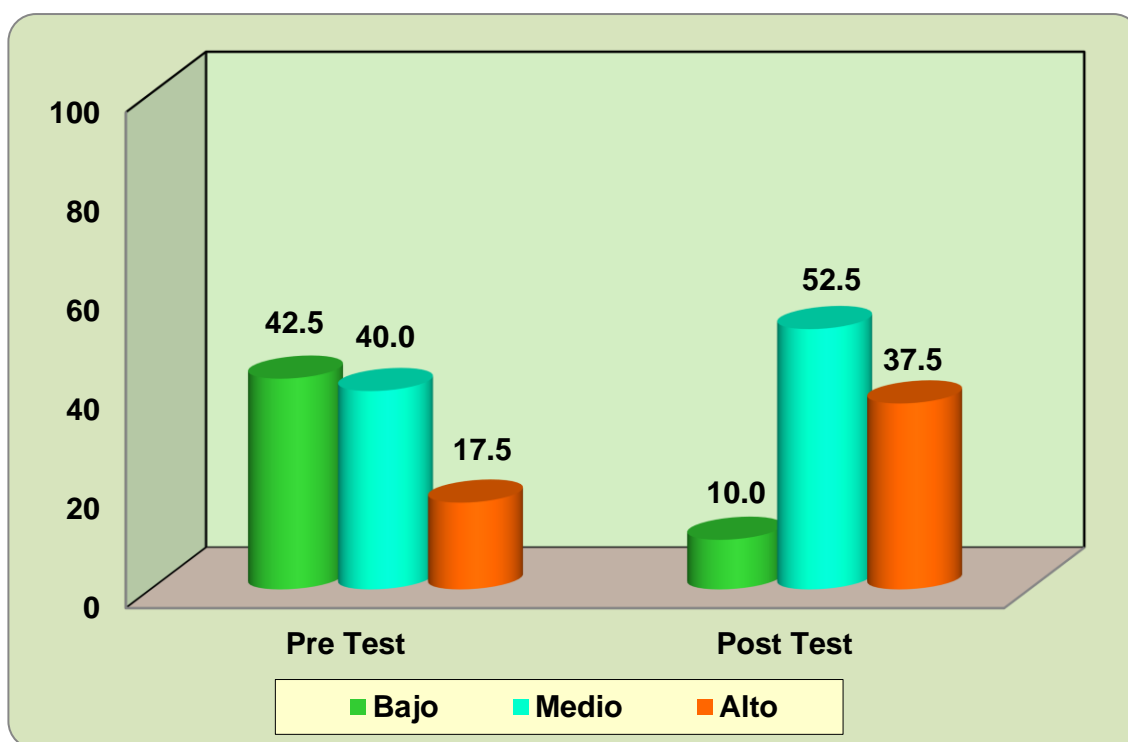


Figura N° 6 Proporción del nivel de conocimiento de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción del nivel de conocimiento frente a los signos de alarma en el niño menor de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 42,5% (16) tuvieron un nivel de conocimiento bajo; y en el post test, la situación mejoró, ya que, el 52,5% (21) tuvieron un nivel de conocimientos medio.

Tabla N° 12

Nivel de conocimiento de las infecciones respiratorias agudas del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Nivel de conocimiento las IRAs | n= 40 | | | |
|--------------------------------|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Bajo | 11 | 27,5 | 3 | 7,5 |
| Medio | 16 | 40,0 | 14 | 35,0 |
| Alto | 13 | 32,5 | 23 | 57,5 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

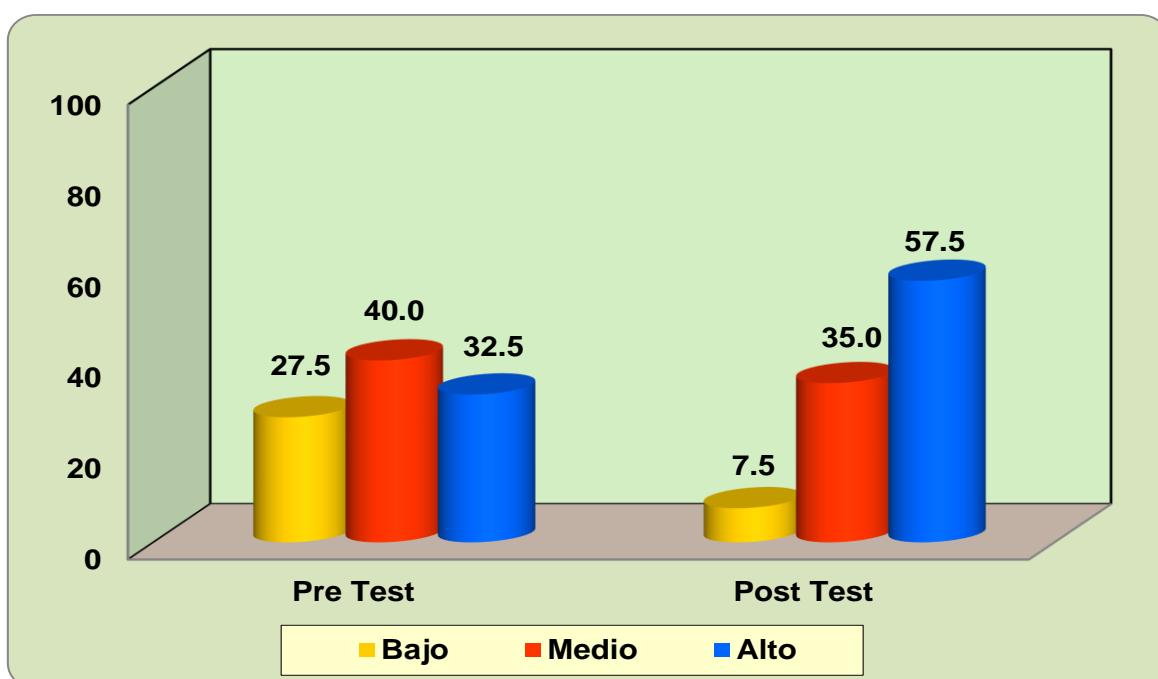


Figura N° 7 Proporción del nivel de conocimiento de las infecciones respiratorias agudas del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción del nivel de conocimiento frente a las infecciones respiratorias agudas del niño menor de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 40% (16) tuvieron un nivel medio de conocimiento; y en el post test, la situación mejoró, ya que, el 57,5% (23) tuvieron un nivel alto de conocimientos.

4.1.1. Análisis de las prácticas frente a las Infecciones Respiratorias Agudas.

Tabla N° 13

Prácticas frente a los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente a los problemas respiratorios | n= 40 | | | |
|---|----------|------|-----------|------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Reconoce las molestias de los problemas respiratorios: | | | | |
| Dolor de oído | 10 | 25,0 | 4 | 10,0 |
| Secreción nasal | 11 | 27,5 | 5 | 12,5 |
| Tos y dolor de garganta | 16 | 40,0 | 13 | 32,5 |
| Tos, dolor de garganta y secreción nasal | 3 | 7,5 | 18 | 45,0 |
| Actuación si el niño tiene dolor de garganta: | | | | |
| Le da medicamentos | 3 | 7,5 | 1 | 2,5 |
| Le brinda bebida calientes | 8 | 20,0 | 6 | 15,0 |
| Lo abriga con ropa gruesa | 18 | 45,0 | 12 | 30,0 |
| Lo protege del frío | 8 | 20,0 | 6 | 15,0 |
| Lo protege del frío y le brinda bebidas calientes | 3 | 7,5 | 15 | 37,5 |
| Reconoce las causas de las IRAs: | | | | |
| Cambio de Clima | 14 | 35,0 | 4 | 10,0 |
| Desabrigarse | 17 | 42,5 | 6 | 15,0 |
| Falta de vacunación | 0 | 0,0 | 4 | 10,0 |
| Deficiente alimentación | 6 | 15,0 | 5 | 12,5 |
| Defic. alimentación, falta de vacunación y cambio de clima | 3 | 7,5 | 21 | 52,5 |
| Identifica las complicaciones de los IRAs: | | | | |
| Otitis media | 11 | 27,5 | 2 | 5,0 |
| Bronquitis | 23 | 57,5 | 9 | 22,5 |
| Neumonía | 6 | 15,0 | 7 | 17,5 |
| Otitis media, Bronquitis y neumonía | 0 | 0,0 | 22 | 55,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto las prácticas frente a los problemas respiratorios en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía, se evidenció en el pre test, que el 40% (16) reconocieron como problemas respiratorios la tos y el dolor de garganta, y en el post test el 45% (18) la tos, el dolor de garganta y la secreción nasal. En el pre test, el 45% (18) abrigaba con ropa gruesa al niño cuando tenía dolor de garganta y en el post test el 37,5% (15) lo protegía del frío y le brinda bebidas calientes. En el pre test, el 42,5% (17) reconoce como causa de las IRAs el desabrigarse; y en el post test el 52,5% (21) reconoce como causas la deficiente alimentación, la falta de vacunación y el cambio de clima.

Tabla N° 14

Prácticas frente a los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente a los problemas respiratorios | n= 40 | | | |
|--|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Deficiente | 29 | 72,5 | 8 | 20,0 |
| Regular | 11 | 27,5 | 10 | 25,0 |
| Buena | 0 | 0,0 | 22 | 55,0 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

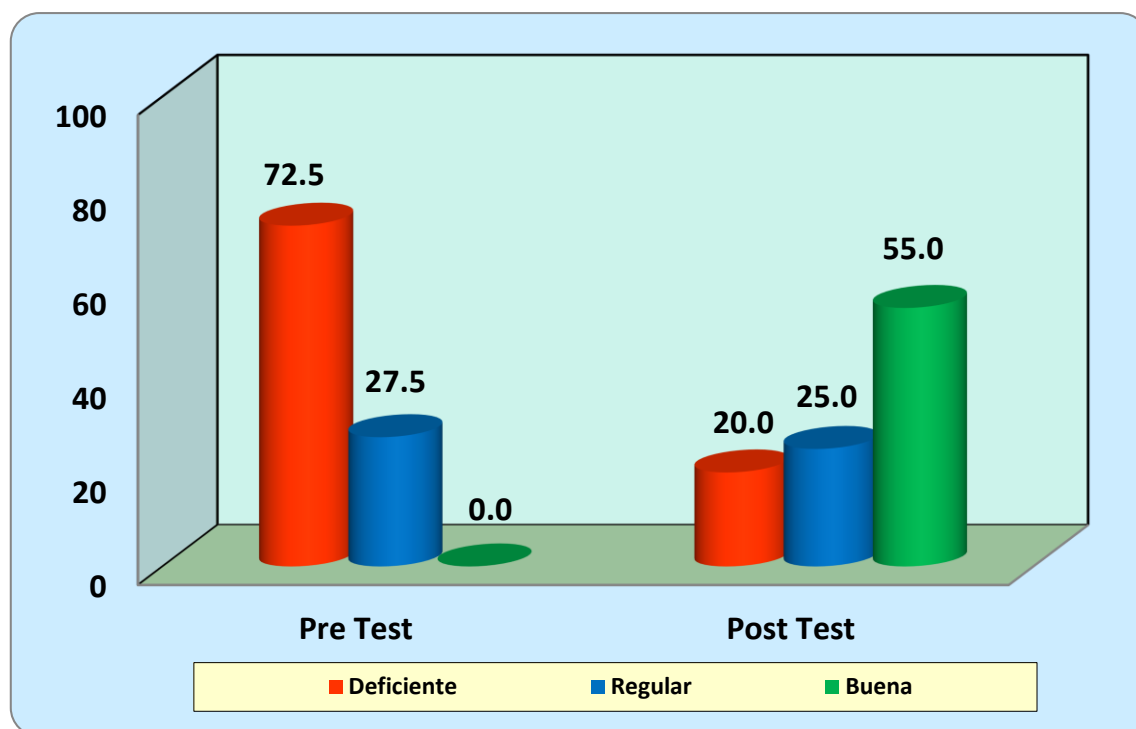


Figura N° 8 Proporción de las prácticas frente a los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción de las prácticas frente a los problemas respiratorios del niño menor de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 72,5% (29) tuvieron deficientes prácticas; y en el post test, la situación mejoró, ya que, el 55% (22) tuvieron buenas prácticas.

Tabla N° 15

Prácticas frente al control de CRED y vacunación del el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente al control de CRED y vacunación | n= 40 | | | |
|---|----------|------|-----------|------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Lleva al niño a sus citas del control de CRED: | | | | |
| A veces | 7 | 17,5 | 4 | 10,0 |
| Casi siempre | 30 | 75,0 | 13 | 32,5 |
| Siempre | 3 | 7,5 | 23 | 57,5 |
| Vacunas que recibió el niño en forma completa: | | | | |
| BCG, Antipolio y Pentavalente | 7 | 17,5 | 4 | 10,0 |
| BCG, HVB, APO, Pentavalente, Neumococo y SPR | 28 | 70,0 | 32 | 80,0 |
| Todas las vacunas para su edad | 5 | 12,5 | 4 | 10,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a las prácticas frente al control de CRED y vacunación del niño menor de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía, se evidenció en el pre test, que el 75% (30) dijeron que llevaban a sus controles de CRED a sus hijos casi siempre, y en el post test el 57,5% (23) dijeron que lo hacían siempre. En el pre test, el 70% (28) mencionaron que las vacunas que tenían su hijos eran BCG, HVB, APO, Pentavalente, Neumococo y SPR, y en el post test el 10% (4) manifestaron que tenían todas sus vacunas.

Tabla N° 16

Prácticas frente al control de CRED y vacunación del el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente al control de CRED y vacunación | n= 40 | | | |
|--|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Deficiente | 12 | 30,0 | 7 | 23,8 |
| Regular | 21 | 52,5 | 21 | 52,5 |
| Buena | 7 | 17,5 | 12 | 30,0 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

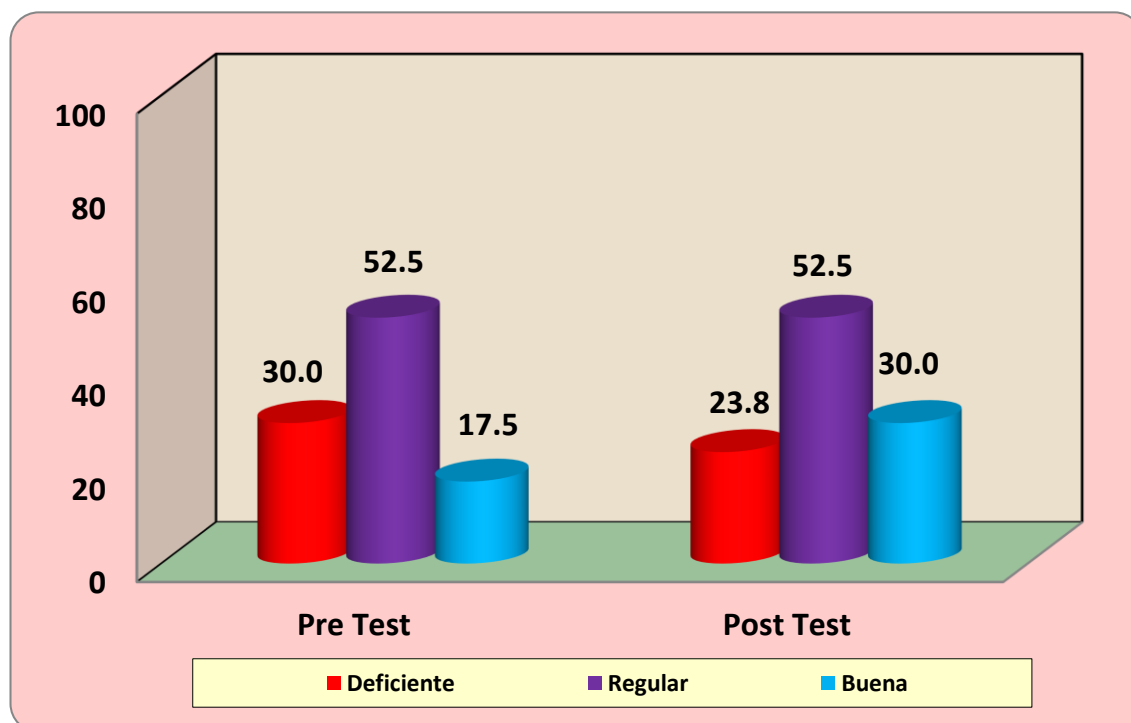


Figura N° 9 Proporción de las prácticas frente al control de CRED y vacunación del el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción de las prácticas frente al control de CRED y vacunación del niño menor de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 52,5% (21) tuvieron regulares prácticas; y el post test, se mantuvo igual en el 52,5% (21) tuvieron regulares prácticas.

Tabla N° 17

Prácticas frente a la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente a la alimentación | n= 40 | | | |
|---|----------|------|-----------|------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Tipo de lactancia que le da al niño desde el nacimiento: | | | | |
| Lactancia mixta (leche materna y otras leches) | 25 | 62,5 | 13 | 32,5 |
| Lactancia materna | 15 | 37,5 | 27 | 67,5 |
| Al niño menor de 1 año que alimento le da: | | | | |
| Sólo leche materna | 16 | 40,0 | 8 | 20,0 |
| Sólo papillas | 11 | 27,5 | 3 | 7,5 |
| Papillas y jugos | 8 | 20,0 | 2 | 5,0 |
| Leche materna y papillas | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 |
| Leche materna, papillas y jugos | 4 | 10,0 | 19 | 47,5 |
| Al niño mayor de 1 año que almuerzo consume: | | | | |
| Solo fruta | 6 | 15,0 | 1 | 2,5 |
| Sólo cereales | 14 | 35,0 | 10 | 25,0 |
| Sólo carne | 3 | 7,5 | 0 | 0,0 |
| Cereales y frutas | 7 | 17,5 | 3 | 7,5 |
| Carnes y cereales | 7 | 17,5 | 5 | 12,5 |
| Carnes, cereales y frutas | 3 | 7,5 | 21 | 52,5 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a las prácticas frente a la alimentación en el niño menor de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía, se evidenció en el pre test, que el 62,5% (25) dijeron que es la lactancia mixta que se le da al niño desde que nace, y en el post test el 67,5% (27) dijeron que la lactancia materna se debe dar desde el nacimiento. En el pre test, el 40% (16) mencionaron que, al niño menor de un año se le debe dar sólo leche materna, y en el post test el 47,5% (19) manifestaron que les debe dar leche materna, papillas y jugos. En el pre test, el 17,5 (7) manifestaron que el niño mayor de un año debe consumir en el almuerzo carnes y cereales; mientras que en el post test dijeron que deben consumir carnes, cereales y frutas.

Tabla N° 18

Prácticas frente a la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente a la alimentación | n= 40 | | | |
|------------------------------------|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Deficiente | 20 | 50,0 | 6 | 15,0 |
| Regular | 18 | 45,0 | 14 | 35,0 |
| Buena | 2 | 5,0 | 20 | 50,0 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

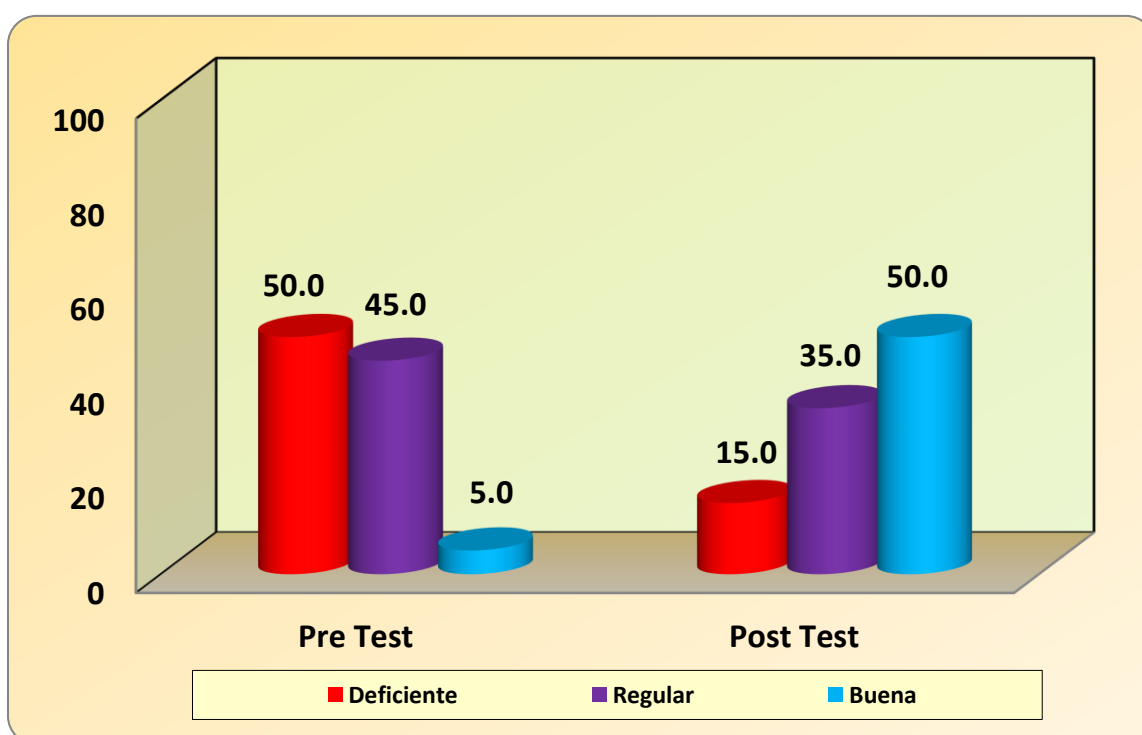


Figura N° 10 Proporción de las prácticas frente a la alimentación del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción de las prácticas frente a la alimentación del niño menor de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 50% (20) tuvieron prácticas deficientes; mientras que el post test, la situación mejoró, ya que el 50% (20) tuvieron buenas prácticas.

Tabla N° 19

Prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente a la protección | n= 40 | | | |
|---|----------|------|-----------|------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Actuar cuando el niño tiene tos, dolor de garganta y resfrío: | | | | |
| No le exige comer | 18 | 45,0 | 5 | 12,5 |
| Disminuye el número de comidas | 12 | 30,0 | 8 | 20,0 |
| Lo alimenta normalmente | 6 | 15,0 | 6 | 15,0 |
| Aumenta el número de comidas | 4 | 10,0 | 21 | 52,5 |
| Actuar cuando saca al niño en un día lluvioso: | | | | |
| No lo abriga | 9 | 22,5 | 3 | 7,5 |
| Lo abriga poco | 15 | 37,5 | 15 | 37,5 |
| Lo abriga mucho | 16 | 40,0 | 22 | 55,0 |
| Acciones dentro de la vivienda para prevenir las IRAs: | | | | |
| Mantiene limpia la vivienda | 7 | 17,5 | 5 | 12,5 |
| Lava las manos de sus hijos antes de alimentarlos | 23 | 57,5 | 12 | 30,0 |
| Mantiene la vivienda lo más ventilado posible | 3 | 7,5 | 1 | 2,0 |
| Brinda a sus hijos alimentos saludables | 1 | 2,5 | 1 | 2,5 |
| Mantiene limpia la vivienda, lava las manos de sus hijos antes de alimentarlos y les brinda alimentos saludables. | 6 | 15,5 | 21 | 52,5 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto las prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía, se evidenció en el pre test, que el 45% (18) dijeron que cuando su niño tiene tos, dolor de garganta y resfrío no le exigen comer, y en el post test el 52,5% (21) dijeron que aumentan el número de comidas. En el pre test, el 40% (16) dijeron que abrigan bien a sus niños cuando van a salir en un día lluvioso; y en el post test el 55,0% (22) manifestaron lo mismo. En el pre test, el 57,5 (23) madres manifestaron como acciones que realizan dentro de la vivienda para prevenir las IRAs, el lavado de manos de sus hijos antes de alimentarlos; mientras que en el

post test, el 52% (21) dijeron que mantiene limpia la vivienda, lava las manos de sus hijos antes de alimentarlos y les brinda alimentos saludables.

Tabla N° 20

Prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente a la protección | n= 40 | | | |
|----------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Deficiente | 15 | 37,5 | 5 | 12,5 |
| Regular | 11 | 27,5 | 17 | 42,5 |
| Buena | 14 | 35,0 | 18 | 45,0 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

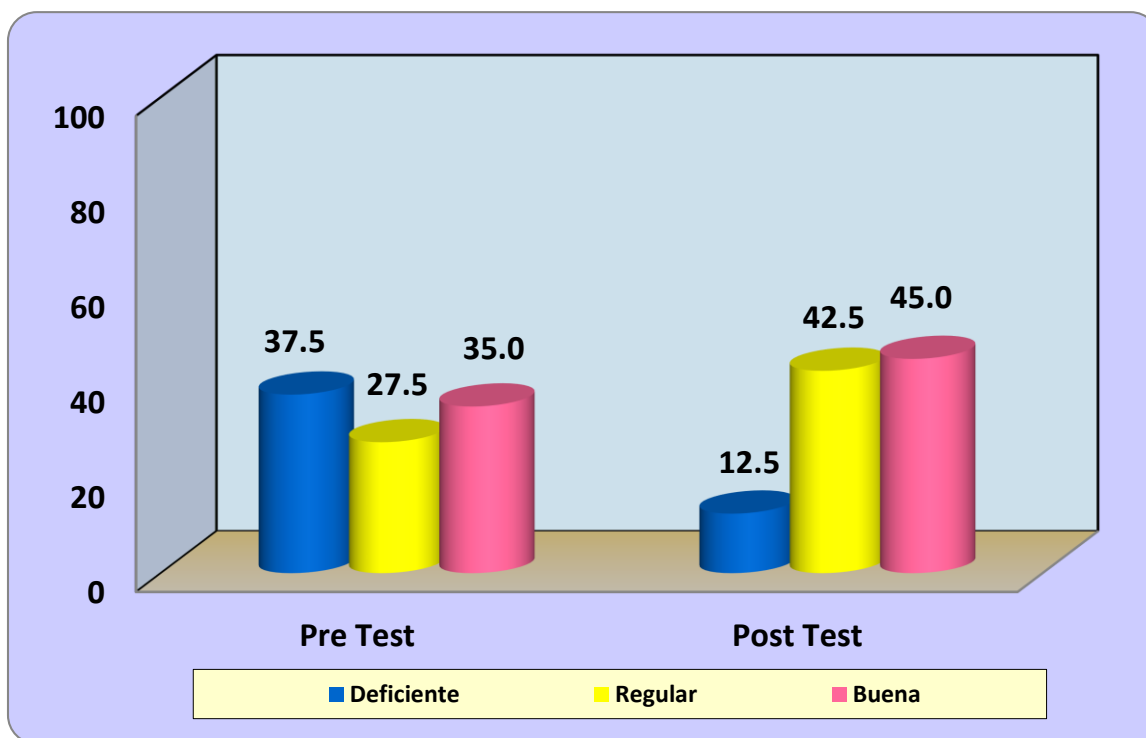


Figura N° 11 Proporción de las prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción de las prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 37,5% (15) tuvieron prácticas deficientes; mientras que el post test, la situación mejoró, ya que el 45% (18) tuvieron buenas prácticas.

Tabla N° 21

Prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente a la ventilación del entorno | n= 40 | | | |
|---|----------|------|-----------|------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| El niño, en su habitación duerme solo: | | | | |
| No | 35 | 87,5 | 25 | 62,5 |
| Si | 5 | 12,5 | 15 | 37,5 |
| La habitación del niño tiene ventanas | | | | |
| No | 34 | 85,0 | 31 | 77,5 |
| Si | 6 | 15,0 | 9 | 22,5 |
| En casa fuman cigarrillos: | | | | |
| No | 37 | 92,5 | 38 | 95,0 |
| Si | 3 | 7,5 | 2 | 5,0 |
| Acostumbra quemar basura u otros desperdicios en su domicilio: | | | | |
| No | 5 | 12,5 | 29 | 72,5 |
| Si | 35 | 87,5 | 11 | 27,5 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a las prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía, se evidenció en el pre test, que el 87,5% (35) dijeron que el niño no duerme solo en su habitación, y en el post test, el 37,5% (15) dijeron que los niños duermen solos. En el pre test, el 85% (34) dijeron que la habitación del niño no tiene ventanas; y en el post test el 22,0% (9) manifestaron que lo tienen. En el pre test, el 92,5 (37) manifestaron que en su casa no fuman cigarrillos; y en el post test, el 95% (38) dijeron que no fuman en casa. En el pre test, el 87,5% (35) manifestaron que queman la basura y otros desperdicios en su domicilio; mientras que en el post test, el 72,5% (29) revelaron que no queman la basura u otros desperdicios.

Tabla N° 22

Prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente a la protección | n= 40 | | | |
|----------------------------------|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Deficiente | 24 | 60,0 | 5 | 12,5 |
| Regular | 13 | 32,5 | 17 | 42,5 |
| Buena | 3 | 7,5 | 18 | 45,0 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

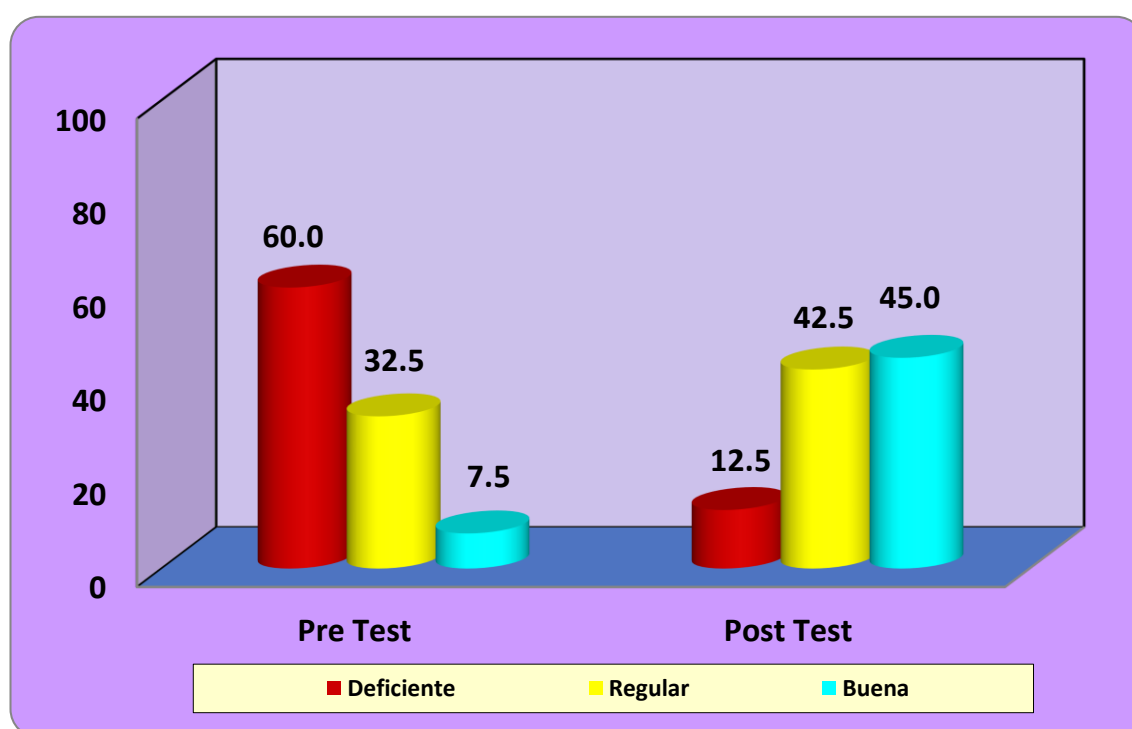


Figura N° 12 Proporción de las prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción de las prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 60% (24) tenían prácticas deficientes; mientras que el post test, la situación mejoró, ya que el 45% (18) tuvieron buenas prácticas.

Tabla N° 23

Prácticas frente a la identificación de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente a los signos de alarma | n= 40 | | | |
|--|----------|------|-----------|------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Actuar cuando el niño tiene tos y dolor de garganta: | | | | |
| Le da jarabes y/o antibióticos | 6 | 15,0 | 5 | 12,5 |
| Le frota el pecho | 20 | 50,0 | 4 | 10,0 |
| Le da infusión de hierbas | 1 | 2,5 | 1 | 2,5 |
| Le da líquidos tibios y lo abriga | 6 | 15,0 | 7 | 17,5 |
| Lo lleva al establecimiento de salud más cercano | 7 | 17,5 | 23 | 57,5 |
| Actuar cuando el niño no puede respirar bien si se ahoga. | | | | |
| Le frota el pecho | 20 | 50,0 | 10 | 25,0 |
| Le realiza inhalaciones | 11 | 27,5 | 7 | 17,5 |
| Lo lleva al establecimiento de salud más cercano | 9 | 22,5 | 23 | 57,5 |
| Actuar cuando el niño tiene fiebre: | | | | |
| Le aligera la ropa | 14 | 35,0 | 5 | 12,5 |
| Le aplica pañitos de agua tibia | 19 | 47,5 | 6 | 15,0 |
| Lo lleva al establecimiento de salud más cercano | 7 | 17,5 | 29 | 72,5 |
| Actuar cuando el niño tos, estornudo, moquito y malestar general: | | | | |
| Le da medicina cacera | 19 | 47,5 | 10 | 25,0 |
| Lo lleva al establecimiento de salud más cercano | 21 | 52,5 | 30 | 75,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto las prácticas de los signos de alarma en niños menores de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía, se evidenció en el pre test, que el 50% (20) frota el pecho de su hijo si tiene tos y dolor de garganta, y en el post test, el 57,5% (23) dijeron que llevan al establecimiento de salud más cercano. En el pre test, el 50% (20) le frota el pecho cuando su niño no puede respirar bien; y en el post test el 57,5% (23) manifestaron que lo llevan al establecimiento de salud más cercano. En el pre test, el 52,5 (21) manifestaron que cuando su niño tiene tos, estornudo, moquito y malestar general, lo llevan al establecimiento de salud más cercano; y en el post test, el 75% (30) también hace lo mismo.

Tabla N° 24

Prácticas frente a la identificación de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente a la identificación de los signos de alarma | n= 40 | | | |
|--|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Deficiente | 26 | 65,0 | 8 | 20,0 |
| Regular | 13 | 32,5 | 8 | 20,0 |
| Buena | 1 | 2,5 | 24 | 60,0 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

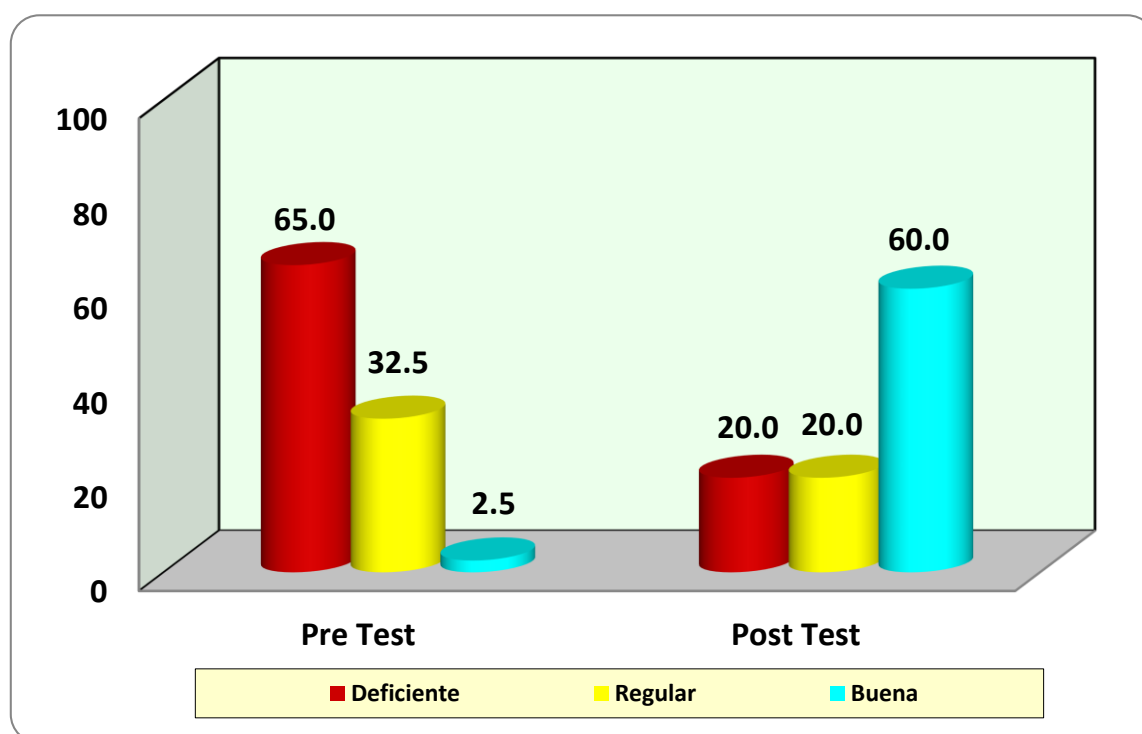


Figura N° 13 Proporción de las prácticas frente a la identificación de los signos de alarma en el niño menor de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción de las prácticas frente a la identificación de los signos de alarma en niños menores de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 65% (26) tenían prácticas deficientes; mientras que el post test, la situación mejoró, ya que el 60% (24) tenían buenas prácticas.

Tabla N° 25

Prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas | n= 40 | | | |
|---|----------|-------|-----------|-------|
| | Pre test | | Post test | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Deficiente | 30 | 75,0 | 9 | 23,1 |
| Regular | 6 | 15,0 | 9 | 23,1 |
| Buena | 4 | 10,0 | 21 | 53,8 |
| TOTAL | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

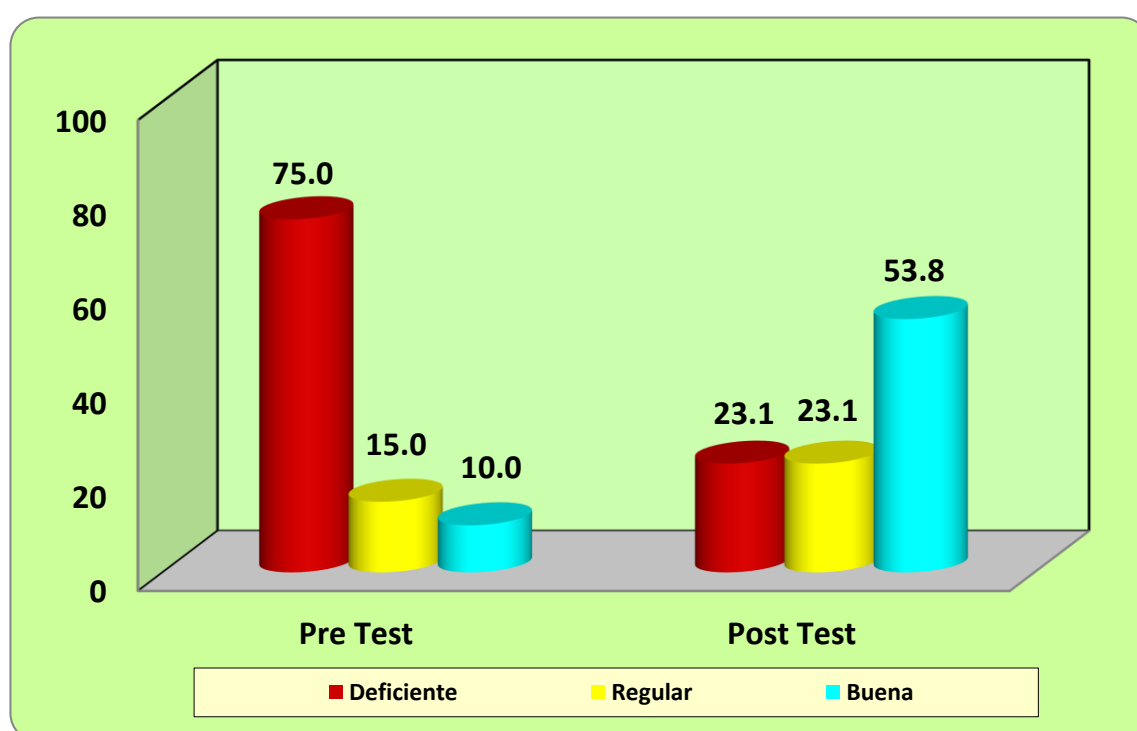


Figura N° 14 Proporción de las prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

Respecto a la proporción de las prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, se evidenció en el pre test, que el 75% (30) tenían prácticas deficientes; mientras que el post test, la situación mejoró, ya que el 53,8% (21) tenían buenas prácticas.

4.1.2 Análisis Inferencial de los resultados.

A. Efecto del programa de intervención en el nivel de conocimiento.

Tabla N° 26

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de las infecciones respiratorias agudas en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Variable | Conocimiento de las infecciones respiratorias agudas | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|--|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media (promedio) | 19,65 | 22,95 | 3,300 | 10,489 | 0,000 |
| Desviación estándar | 1,762 | 1,880 | 1,990 | | |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de las infecciones respiratorias agudas antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 3,300 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 1,990. Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=10,489 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación del conocimiento de las infecciones respiratorias agudas.

Tabla N° 27

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019

| Variable | Conocimiento de los problemas respiratorios | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|---|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media | 5,75 | 6,68 | 0,925 | | |
| Desviación estándar | 0,809 | 0,797 | 0,797 | 7,340 | 0,000 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de los problemas respiratorios antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 0,925 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 0,797.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=7,340 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación del conocimiento de los problemas respiratorios.

Tabla N° 28

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019

| Variable | Conocimiento de la importancia de asistir al control de CRED y vacunación | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|---|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media | 2,50 | 3,28 | 0,775 | | |
| Desviación estándar | 0,641 | 0,640 | 0,768 | 6,386 | 0,000 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de la importancia de asistir al control de CRED y vacunación antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 0,775 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 0,768.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=6,386 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación del conocimiento de la importancia de asistir al control de CRED y vacunación.

Tabla N° 29

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de la alimentación del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Variable | Conocimiento de la alimentación | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|---------------------------------|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media | 3,03 | 3,33 | 0,300 | | |
| Desviación estándar | 0,577 | 0,616 | 0,516 | 3,674 | 0,001 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de la alimentación en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 0,300 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 0,516.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=3,674 y p= 0,001) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación del conocimiento de la alimentación en el niño menor de 5 años.

Tabla N° 30

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de la protección del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Variable | Conocimiento de la protección del niño | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|--|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media | 2,70 | 3,15 | 0,450 | | |
| Desviación estándar | 0,723 | 0,802 | 0,639 | 4,457 | 0,000 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de la protección del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 0,450 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 0,639.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=4,457 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación del conocimiento de la protección del niño menor de 5 años.

Tabla N° 31

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de los signos de alarma en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Variable | Conocimiento de los signos de alarma | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|--------------------------------------|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media | 5,68 | 6,53 | 0,850 | | |
| Desviación estándar | 0,944 | 0,987 | 1,075 | 4,999 | 0,000 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por el conocimiento de los signos de alarma en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 0,850 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 1,075.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student ($t=4,457$ y $p= 0,000$) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación del conocimiento de los signos de alarma en el niño menor de 5 años.

B. Efecto del programa de intervención en las prácticas.

Tabla N° 32

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Variable | Prácticas frente a las IRAs | | | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|-----------------------------|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | Diferencia | | |
| Media | 44,90 | 60,48 | 15,575 | | |
| Desviación estándar | 4,247 | 9,597 | 9,953 | 9,897 | 0,000 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 15,575 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 9,953.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=9,897 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación de las prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en el niño menor de 5 años.

Tabla N° 33

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a los problemas respiratorios antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Variable | Prácticas frente a los problemas respiratorios | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|--|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media | 10,35 | 14,88 | 4,525 | | |
| Desviación estándar | 2,143 | 2,989 | 3,154 | 9,074 | 0,000 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 4,525 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 3,154.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=9,074 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación de las prácticas frente a los problemas respiratorios en el niño menor de 5 años.

Tabla N° 34

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente al control de CRED y vacunación en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía

| Variable | Prácticas frente al control de CRED y vacunación | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|--|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media | 5,98 | 6,73 | 0,750 | | |
| Desviación estándar | 0,974 | 1,339 | 1,056 | 4,491 | 0,000 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente al control de CRED y vacunación en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 0,750 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 1,056.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=4,491 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación de las prácticas frente al control de CRED y vacunación en el niño menor de 5 años.

Tabla N° 35

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la alimentación del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Variable | Prácticas frente a la alimentación | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|------------------------------------|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media | 8,63 | 11,95 | 3,325 | | |
| Desviación estándar | 2,238 | 2,900 | 2,841 | 7,402 | 0,000 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la alimentación en el niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 3,325 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 2,841.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=7,402 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación de las prácticas frente a la alimentación en el niño menor de 5 años.

Tabla N° 36

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Variable | Prácticas frente a la protección del niño | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|---|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media | 6,48 | 9,07 | 2,600 | | |
| Desviación estándar | 1,961 | 2,368 | 2,520 | 6,526 | 0,000 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 2,600 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 2,520.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=6,526 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación de las prácticas frente a la protección en el niño menor de 5 años.

Tabla N° 37

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019

| Variable | Prácticas frente a la ventilación del entorno | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|---|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media | 4,47 | 5,38 | 0,900 | | |
| Desviación estándar | 0,640 | 0,774 | 0,632 | 9,000 | 0,000 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 0,900 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 0,632.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=9,000 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación de las prácticas frente a la ventilación del entorno en el niño menor de 5 años.

Tabla N° 38

Diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la identificación de los signos de alarma antes y después del programa de intervención educativa en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía-2019.

| Variable | Prácticas frente a la identificación de los signos de alarma | | Diferencia | Prueba T de Student (t) | Valor (p) |
|---------------------|--|-----------|------------|-------------------------|-----------|
| | Pre test | Post test | | | |
| Media | 9,13 | 13,10 | 3,975 | | |
| Desviación estándar | 1,727 | 3,003 | 4,472 | 8,553 | 0,000 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y prácticas sobre IRAs. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia de medias de los puntajes obtenidos por las prácticas frente a la identificación de los signos de alarma del entorno del niño menor de 5 años antes y después del programa de intervención educativa, se evidenció que la diferencia de la **Media** fue de 9,13 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 13,10.

Al estimar la normalidad de las diferencias obtenidas a través de la prueba Z, Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que los resultados siguen una distribución normal.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=8,553 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación de las prácticas frente a la identificación de los signos de alarma en el niño menor de 5 años.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio **“Efecto del programa de intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en el nivel de conocimiento y prácticas en madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud de Aguaytía-2019”**, demostró que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación del conocimiento ($t=10,489$ y $p= 0,000$) y las prácticas ($t=9,897$ y $p= 0,000$) frente a las infecciones respiratorias agudas.

De manera coincidente, los estudios de Pava⁵⁷, demostraron que los conocimientos y las prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años, es responsabilidad de todos, basada en tres patrones: la Institución de salud, fuente de cuidado específico; la familia, el apoyo para la madre en el cuidado del niño y la madre del niño. Asimismo, la madre evita que se enferme para que crezca sano; estimula al niño para ayudarlo en su crecimiento y desarrollo.

Por otro lado, Cardozo⁵⁸ encontró que la intervención de los programas educativos frente a las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años, permite mejorar significativamente los conocimientos y las prácticas la alimentación, el control de CRED y la identificación de los signos de alarma en sus hijos.

También Balsa⁵⁹, halló que el 64% de la población de madres optimizaron sus habilidades frente a las Infecciones Respiratorias agudas, después de su participación en un programa de intervención de enfermería.

Por su parte Chapilliquen⁶⁰, comprobó que la mayoría de madres que participaron en una intervención de enfermería sobre IRAs, mejoraron sus destrezas en la protección del niño dentro del hogar, manteniendo limpia la vivienda, brindando alimentos saludables a sus hijos, realizando el lavado de manos de sus hijos y manteniendo la vivienda lo más ventilado posible.

Lozada⁶¹, halló desde la percepción de las madres, que la intervención de enfermería sobre las infecciones respiratorias agudas, permite a las madres estar preparadas para cuidar a sus hijos; asimismo admite una participación activa madre-enfermera, y eliminan las limitaciones para el cuidado de los niños en el hogar.

Finalmente, Martínez⁶² señala que, la intervención de enfermería, permite modificar los conocimientos y prácticas de las madres sobre los cuidados básicos del niño menor de 5 años como: la alimentación, higiene, identificación de signos de alarma, entre otros que permiten prevenir las infecciones respiratorias agudas.

CONCLUSIONES

- El programa de intervención educativa aplicado a madres, mejora el nivel de conocimiento y prácticas frente a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía.
- El programa de intervención educativa aplicado a madres, mejora el nivel de conocimiento y prácticas frente a los problemas respiratorios del niño menor de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía.
- El programa de intervención educativa aplicado a madres, mejora el nivel de conocimiento y prácticas frente a la importancia de asistir al control de CRED del niño menor de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía.
- El programa de intervención educativa aplicado a madres, mejora el nivel de conocimiento y prácticas frente a la alimentación del niño menor de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía.
- El programa de intervención educativa aplicado a madres, mejora el nivel de conocimiento y prácticas frente a la protección del niño menor de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía.
- El programa de intervención educativa aplicado a madres, mejora las prácticas frente a la ventilación del entorno del niño menor de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía.

- El programa de intervención educativa aplicado a madres, mejora el nivel de conocimiento y prácticas frente a la identificación de los signos de alarma en el niño menor de 5 años del Centro de Salud de Aguaytía.

RECOMENDACIONES

A los profesionales de la salud del Centro de Salud de Aguaytía:

- Elaborar un registro de madres y realizar con ellas capacitaciones frecuentes sobre la prevención y complicaciones de las infecciones respiratorias agudas y hacer un seguimiento periódico de su habilidad para manejar las infecciones respiratorias agudas.
- Es necesario brindar una atención con calidad y calidez cuando orienta a las madres sobre el reconocimiento de las causas, la sintomatología, prevención y complicaciones de las infecciones respiratorias agudas.

A las madres de los niños menores de 5 años:

- Asistir periódicamente a las intervenciones educativas sobre infecciones respiratorias agudas que realiza el profesional de enfermería que labora en el Centro de Salud de Aguaytía.
- Mejorar sus habilidades respecto a las prácticas frente a los problemas respiratorios, el control de CRED y vacunación, la alimentación, protección, ventilación del entorno y la identificación de los signos de alarma como variables de las infecciones respiratorias agudas.
- Aceptar la consejería brindada por el personal de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Razón B. Prevención de las infecciones respiratorias agudas. Presente y futuro. Rev Cubana Pediatr. 2003 dic; 75 (4).
2. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Actualización del Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas. 2007.
3. Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF). Neumonía y diarrea: la mitad de la mortalidad infantil. En: Estado mundial de la infancia. Ginebra; 2009.
4. Álvarez C, Castro A, Abdo R, Orta H, Gómez M, Álvarez C. Infecciones respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 mar; 24 (1).
5. Bauer G, Dussel V, Fariña D, Rodríguez S. Infección por virus sincicial respiratorio en poblaciones vulnerables: riesgo biológico vs. riesgo social. Arch Argent Pediatr 2005; 103:198-204.
6. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de Situación de Salud. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2012.
7. Dirección Regional de Salud Huánuco-Dirección de Epidemiología. Boletín Epidemiológico S.E. 24-30. abril. Huánuco-2019
http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/Web_Epi/epi.htm
8. Martínez H, Suriano K, Gery W, Ryan M, Pelto G. Etnografía de la infección respiratoria aguda en la zona rural del altiplano Mexicano. México; 2004.

9. Bauer G, Bossi L, Santolalla M. Impacto de un programa de prevención de infecciones respiratorias en lactantes prematuros de alto riesgo: estudio prospectivo y multicéntrico. Arch Argent Pediatr 2009; 107(2):111-118
10. Ferreira E, Báez R, Trejo B. Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. Salud Pública de México. 2013; 55 (2): 307-313.
11. Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Estrada Rodríguez J, Chao Correa T, García Luna C. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de un año. Revista Archivo Médico de Camagüey. abril de 2010; 14(2).
12. Morante C. Efecto de una intervención educativa audiovisual en la identificación de signos de alarma en infecciones respiratorias agudas por cuidadores de niños menores de 5 años. [Tesis de pregrado]. Perú. Universidad San Martín de Porras; 2017.
13. Gonzáles R. Conocimiento de las madres de niños menores de cinco años infección respiratoria aguda en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2014. [Tesis de especialista]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
14. Saravia E. Impacto de un programa educativo en el conocimiento y actitud de las iras en las madres con niños menores de 5 años Del C.S. Leoncio Prado de Tacna 2012. [Tesis de pregrado] Tacna: Universidad Nacional

Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Escuela Académico Profesional de Enfermería. 2012.

15. Villarruel K. Conocimiento y aplicación de medidas preventivas de infecciones respiratorias agudas de las madres de niños menores de cinco años Centro de Salud Villa San Luis. [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2012.
16. Orem D. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica Mosby. España; 2005.
17. Mercer R. Teoría del trabajo para los actores de estudio que afectan el papel maternal. Nursing Research. 2001; 74.
18. Moya M. Persuasión y cambio de actitudes. En: Morales (coord). Persuasión y cambio de actitudes. Madrid: Mc.Graw Hill; 1999. p. 217.
19. Cifuentes L. Infecciones Respiratorias Agudas en Pediatría Ambulatoria. México 2007 [Internet]. [Consultado 2019 jul 5]. Disponible en: <http://www.enfer: infan.com>
20. Organización Mundial de Salud. Pneumonia [Internet]. [Consultado 2019 abr 28]. Disponible <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/>
21. Dirección General de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud de Perú. 2012.
22. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades MINSA. Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas

(IRA) y Neumonías en el Perú, 2016 [Internet]. [Consultado 2019 jun 13].

Consultado en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>

23. Úbeda Sansano M, Murcia García J, Asensi Monzó M. Neumonía adquirida en la comunidad. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-8) [Internet]. [consultado 2019 jul 15]. Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias/protocolos-del-gvr>
24. McIntosh E, Reinert R. Mundial imperante y emergiendo serotipos de neumococos pediátricos. *Expert Rev Vaccines*. 2011; 10:109-29.
25. Ramírez Luis. El control de la Infección Respiratoria Aguda en niños. *Revista médica de Supervivencia Infantil*. 2008 Oct; 27: 20-47.
26. Fernández M. Factores predisponentes de Infecciones Respiratorias Agudas en el niño. *cuba*. [Internet]. [Consultado 2019 oct 12]. Disponible: <Http://www M?d, gen. Com>.
27. Mulholland George. La Neumonía en los niños con desnutrición grave. Noticias sobre IRAs [Internet]. [Consultado 2019 oct 12]. Disponible: <Http://www ped. IRAs. Com>
28. Abregú G. Infecciones Respiratorias Agudas. 2009 Cuba [Internet]. [Consultado 2019 jul 12]. Disponible: <http://www pediatria.com>.
29. Morley D. Prioridades en la Salud Infantil. Editorial Paltex. México. 2005.
30. Whaley W. Tratado de Enfermería Pediátrica. España. 5ta Ed. Editorial Interamericana; 2008.

31. Tammala O. Protegiendo al niño de Infecciones Respiratorias. 2006 Universidad de Chile. Cuba [Internet]. [Consultado 2019 oct 12]. Disponible: <http://www.pediatraldia.com>
32. Benguigui Y. Prioridades en la Salud Infantil. OPS/OMS. 2006. Noticias sobre IRAs.
33. Ausbel D. Psicología Educativa. México: Editorial Trillas. S. A.; 2005.
34. Ministerio de Salud (MINSA). Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo. MINSA. Dirección General de Salud de Las personas 2009. Lima Perú.
35. Nelson W. Tratado de Pediatría. 12ava ed. México: Interamericana; 2012.
36. Lozano de la Torre M. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2014.
37. Hernández M, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. An Pediatr (Barc) 2005; 63: 340-356.
38. Organización Mundial de la Salud y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: WHO; 2009.
39. Moberbacher N, Stock J. El libro de respuestas de la lactancia materna. Liga Internacional. Illinois; 2008.

40. Kramer M, Chalmers B, Hodmett E, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S. Promoción de la lactancia materna-Ensayo de intervención. Un ensayo aleatorio en la República de Belarús. JAMA. 2010; 285: 413- 415.
41. Calvo C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev Enfer de Costa Rica. [Internet] 2008; 15(3): 30-38. [Consultado 2019 jul 20]. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>.
42. Barreda P. Alimentación del niño: Amamantamiento Correcto y Técnica de Extracción de Leche Materna. [Internet] [Consultado 2019 jul 15]. Disponible en: http://www.pediatraldia.cl/amamantamiento_correcto.htm
43. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. [Internet]. [Consultado 2019 jul 10]. Disponible en: <http://ucef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>
44. Ministerio de Salud del Perú. Beneficios de la Lactancia Materna. Lactancia Materna “Somos Lecheros”. Lima: MINSA; 2012.
45. Organización Mundial de la Salud. Infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica; Prevención y control de infecciones en establecimientos de salud, 2007 [Internet]. [Consultado 2019 jul 12]. Disponible: http://www.tesisproyectos.com/index.php?option=com_content&task=view&id=355

- 46.OMS, OPS, MINSA; Cruz Roja, AIEPI COMUNITARIO. Estudio de prácticas familiares y comunitarias en el cuidado de niños menores de 5 años. 2008.
- 47.Organización Mundial de la Salud. Salud infantil y medio ambiente, 2011 [Internet]. [Consultado 2019 jul 12]. Disponible: http://www_who_int/ceh/publications/factsheets/fs284/es/
- 48.Elguera J. Cultura y Sociedad. Lima Perú. 3ra. Ed. Editorial Alianza; 2005.
- 49.Bertrand Russel. El Conocimiento Humano. España. 6ta. Ed. Editorial Tourus S.A.; 2004.
- 50.Villapando J. Ciencia y Conducta Humana. Barcelona, España; Editorial Orbis S.A.; 2008.
- 51.Bunge M. La Investigación Científica. Madrid España. Editorial Ariel S.A.; 1995.
- 52.Contreras J. Antropología de la experiencia. Madrid: Eudema; 1993. p. 17-19.
- 53.Kliksberg B. Capital social y cultura; claves olvidadas del desarrollo [internet]. [Consultado 2019 jul 15]. Disponible en: www.worldbank.org/poverty
- 54.Lipson D. Cultura y la atención clínica. San Francisco: Prensa UCSF Enfermería; 2005.

55. Sampieri R, Collado C, Lucio P. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana. México, D. F. 3ra Ed. 2013.
56. Supo J. Seminarios de Investigación Científica. [Internet] [Consultado 2019 oct 20]. Disponible en: www.bioestadístico.com.
57. Pava Laguna C. Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar. [Tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
58. Cardozo J. Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido. [Tesis de pregrado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
59. Balsa M. Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo dirigido a adolescentes embarazadas sobre los cuidados del recién nacido. Boletín Médico de Postgrado. 2005 Abr; 5(3): 25-29
60. Chapilliquen J. conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-noviembre. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2007.
61. Lozada T. Percepción de las madres respecto a la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar. C. S. El Bosque, 2014. [Tesis de pregrado]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014.

62. Martínez A. Modificaciones de los conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido después de la aplicación de un programa educativo. [Tesis de pregrado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2009.

ANEXOS

ANEXO Nº 01

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIDEMOGAFICAS

TÍTULO: Efecto del programa de intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en el nivel de conocimiento y prácticas en madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud de Aguaytía-2019.

INSTRUCCIONES: Estimada madre, este es un cuestionario que nos permitirá evaluar características sociodemográficas de usted y de su niño. Por lo cual usted deberá contestar a las preguntas con la mayor veracidad posible. Agradeceremos su apoyo y le recordamos que sus respuestas serán anónimas y confidenciales.

GRACIAS

I. DATOS SOCIDEMOGRÁFICOS DE LA MADRE.

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

2. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()
- Separada ()
- Viuda ()

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- Analfabeta ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior no universitaria ()
- Superior universitaria ()

4. ¿Cuál es su ocupación?

- Ama de casa ()
- Comerciante ()
- Profesional ()
- Estudiante ()
- Empleada del hogar ()

II. DATOS SOCIDEMOGRÁFICOS DEL NIÑO.

5. ¿Cuántos años cumplidos tiene su niño?

6. ¿Cuál es el sexo de su niño?.....

- Femenino ()
- Masculino ()

ANEXO Nº 02

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

TÍTULO: Efecto del programa de intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en el nivel de conocimiento y prácticas en madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud de Aguaytía-2019.

INSTRUCCIONES: Estimada madre, este es una entrevista que nos permitirá evaluar su nivel de conocimiento y práctica respecto a la prevención de las infecciones respiratorias agudas. Por lo cual usted deberá contestar las preguntas con la mayor veracidad posible. Agradeceremos su apoyo y le recordamos que sus respuestas serán anónimas y confidenciales.

GRACIAS.

I. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO.

A. Problemas respiratorios.

1. ¿Qué molestias reconoce usted cuando su niño presenta problemas respiratorios? (puede marcar varias respuestas)

- Tos/dolor de garganta ()
- Secreción nasal ()
- a y b ()
- Dolor de barriga ()
- Dolor de oído ()

2. Si su niño tiene dolor de garganta, es por:

- Infección ()
- Ingesta de bebidas heladas ()
- Desabrigarse ()
- Frío ()

3.Cuál cree que sean las razones para que las molestias respiratorias se presenten: (puede marcar varias respuestas)

- Deficiente alimentación ()
- Falta de vacunación ()
- Desabrigarse ()
- Cambio de clima ()

- a y b ()
- Otros ()

Especifique.....

4. ¿Cuáles son las complicaciones de los problemas respiratorios?

- Bronquitis ()
- Neumonía ()
- Otitis ()
- Todas las anteriores ()
- No sabe ()

B. Control de CRED y vacunación.

5. El acudir a los controles de CRED del niño ¿Evita los problemas respiratorios?

- Si ()
- No ()

6. El vacunar oportunamente a su niño ¿Evita los problemas respiratorios?

- Si ()
- No ()

C. Alimentación:

7. El darle lactancia materna exclusiva a su niño ¿Evita los problemas respiratorios?

- Si ()
- No ()

8. El brindar una alimentación balanceada a su niño ¿Previene los problemas respiratorios?

- Si ()
- No ()

D. Protección:

9. El abrigo adecuadamente o proteger a su niño de cambios bruscos de temperatura ¿Previenen los problemas respiratorios?

- Si ()
- No ()

10. El mantener en condiciones higiénicas su vivienda ¿Previene los problemas respiratorios en el niño?

- Si ()
- No ()

E. Signos de alarma:

11. Si su niño se pone morado al toser, es porque:

- Le falta aire ()
 - Está muy enfermo ()
 - Esta mal de los bronquios ()
 - No sabe ()
 - Otros ()
- Especifique.....

12. Se considera fiebre cuando:

- Cuando la T° es menor de 37.5 °C ()
- Cuando la T° es 37.5 °C ()
- Cuando la T° es mayor de 37.5 °C ()
- Cuando la T° es mayor de 38.5 °C ()
- No sabe ()

13. Si su niño presenta fiebre, es porque:

- Tiene infección ()
 - Está pasado de frío ()
 - Está muy enfermo ()
 - Se desabrigó ()
 - Otros ()
- Especifique.....

14. ¿Cuál de los siguientes signos o síntomas considera usted que son de peligro o alarma en el niño?

- Fiebre > 38.5oC ()
- Dificultad respiratoria ()
- Respiración rápida ()
- Elevación de costillas ()
- No sabe ()
- Todas las anteriores ()

II. EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS.

A. Problemas respiratorios.

15. ¿Qué molestias reconoce usted cuando su niño presenta problemas respiratorios? (puede marcar varias respuestas)

- Tos/dolor de garganta ()
- Secreción nasal ()
- a y b ()
- Dolor de barriga ()
- Dolor de oído ()

16. Qué hace usted si su niño tiene dolor de garganta:

- Le da medicamentos ()
- Le brinda bebidas calientes ()
- Lo abriga con ropa gruesa ()
- Lo protege del frío ()

17. Marque las razones que reconoce usted como los causantes de las infecciones respiratorias agudas: (puede marcar varias respuestas)

- Deficiente alimentación ()
- Falta de vacunación ()
- Desabrigarse ()
- Cambio de clima ()
- Otros..... ()

18. Marque lo que usted considera como complicaciones de los problemas respiratorios:

- Bronquitis ()
- Neumonía ()
- Otitis media () Todas las anteriores ()
- No sabe ()

B. Control de CRED y vacunación.

19. ¿Asiste usted a sus citas del control de CRED?

- Nunca () A veces ()
- Casi siempre ()
- Siempre ()

20. ¿Qué vacunas ha recibido su hijo en forma completa? (puede marcar varias respuestas)

- BCG ()
- APO (Antipolio) ()
- HVB (Hepatitis B) ()
- Pentavalente (DPT, HVB y HIB) ()
- SPR (Sarampión, parotiditis y rubeola) ()
- Antiamarílica (Triple) ()
- Todas las vacunas completas para su edad ()
- Ninguna ()

C. Alimentación.

21. ¿Qué tipo de lactancia se le da al niño desde que nace?

- Solo Lactancia materna ()
- Solo leche artificial ()
- Solo lactancia mixta (leche materna y otras leches) ()

22. Si su niño tiene menos de 1 año ¿qué alimento le da?

- Leche materna, papillas y jugos ()
- Leche materna y papillas ()
- Papillas y jugos () Sólo papilla ()
- Sólo leche materna ()
- Sólo jugos ()
- Ninguna ()

23. Si su niño tiene más de 1 año ¿qué consume en el almuerzo?

- Carnes, cereales y frutas ()
- Carnes y cereales ()
- Cereales y frutas ()
- Solo carnes ()
- Solo cereales ()
- Solo frutas ()

D. Protección.

24. Cuando su niño tiene tos, dolor de garganta, resfrío, usted:

- Aumenta el número de comidas ()
- Lo alimenta normalmente ()
- Disminuye el número de comidas ()
- No le exige comer ()

25. ¿Qué hace usted cuando en un día lluvioso tiene que salir con su niño?

- Lo abriga mucho ()
- Lo abriga poco ()
- No lo abriga ()
- Otros ()

26. Que acciones realiza usted dentro de su vivienda para prevenir los problemas respiratorios en el niño. (puede marcar varias respuestas)

- Mantiene en condiciones higiénicas su vivienda ()
- Lava las manos de su niño antes de consumir sus alimentos ()
- Mantiene la vivienda lo más ventilado posible ()
- Brinda a sus hijos alimentos saludables ()

E. Ventilación del entorno.

27. ¿El niño en su habitación duerme solo?

- Si ()
- No ()

28. ¿La habitación de su niño tiene ventanas?

- Si ()

29. No () ¿En casa fuman cigarrillos?

- Si ()
- No ()

30. ¿Acostumbra quemar la basura u otros desperdicios en su domicilio?

- Si ()
- No ()

F. Identificación de signos de alarma.

31. ¿Qué hace usted si su niño tiene tos y dolor de garganta?

- Le da jarabes y/o antibióticos ()
- Le frota el pecho ()
- Le da infusiones de hierbas ()
- Le da líquidos tibios/ le abriga ()
- Lo lleva al establecimiento de salud más cercano ()
- Otros..... ()

32. ¿Qué hace usted si su niño no puede respirar bien o se ahoga?

- Le frota el pecho ()

- Realiza inhalaciones ()
- Lo lleva al establecimiento de salud más cercano ()
- No sabe ()
- Otros..... ()

33. ¿Qué hace usted si su niño presenta fiebre?

- Le aligera la ropa ()
- Aplica pañitos con agua tibia ()
- Controla la temperatura ()
- Aumenta la ingesta de líquidos ()
- Lo lleva al establecimiento de salud más cercano ()
- Todas las anteriores ()
- Otros..... ()

34. ¿Dónde acude usted primero, si su niño tiene tos, estornudos, moquito transparente, malestar general?

- Compra medicamento en la farmacia y le da ()
- Le da medicina cacera ()
- Lo lleva al establecimiento más cercano ()

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,,
estoy de acuerdo en participar en la presente investigación que realiza la
Lic. Enf. Violeta Guardián Ramírez.

El objetivo del estudio será determinar la influencia de la implementación de un programa de intervención educativa en IRAs dirigida a madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de salud de Aguaytía-Huánuco-2019.

Con esta información se podrá saber, más claramente, cuál es el nivel de conocimiento y prácticas que tienen las madres de los niños menores de 5 años que acuden al servicio de CRED del C.S. Aguaytía y con ello mejorar las estrategias sanitarias para disminuir la prevalencia de las IRAs.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.

Al firmar este formato, estoy de acuerdo en participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe.

Se me ha dado una copia de este consentimiento.

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Firma de la madre

Firma del investigador

ANEXO 04

CONSTANCIA DE VALIDADCIÓN

Yo,.....

.....

Con DNI N°.....de
profesión.....ejercie
ndo actualmente como.....en la
Institución.....

.....

Por medio de la presente hago constar que he recibido con fines de validación del instrumento (encuesta, cuestionario y Escala), a los efectos de su aplicación.....

Luego e hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

| | Deficiente | Aceptable | Bueno | Excelente |
|------------------------|------------|-----------|-------|-----------|
| Congruencia de ítems | | | | |
| Amplitud de contenido | | | | |
| Redacción de los ítems | | | | |
| Claridad y precisión | | | | |
| Pertinencia | | | | |

En Huánuco a lasdías del mes de Del año

Firma

ANEXO 05

ESCALA STANONES

| | Problemas respiratorios. | Control de CRED y vacunación | Alimentación | Protección | Identificación de signos de alarma | TOTAL Conocimiento de las IRAs |
|-----------------|--------------------------|------------------------------|--------------|------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Media | 5,57 | 2,50 | 3,03 | 2,70 | 5,68 | 19,65 |
| Desv. Estándar. | 0,809 | 0,641 | 0,577 | 0,723 | 0,944 | 1,762 |

La fórmula es: $a/b = X \pm (0,75) (DS)$.

- a/b: Son los valores máximos y mínimos (para el intervalo)
- x= Promedio de los puntajes (media aritmética)
- DS= Desviación estándar
- 0,75= Constante

ESCALA PARA MEDIR LOS CONOCIMIENTOS DE LAS IRAS

| | |
|---|---|
| $19,65 - (0,75) 1,762$ $19,65 - 1,321$ $18,329$ | <p style="text-align: center;">Categoría de medición los conocimientos de las IRAS:</p> Alto: 21-22 Medio: 19-20 Bajo: 17-18 |
| $19,65 + (0,75) 1,762$ $19,65 + 1,321$ $20,971$ | |

DIMENSIONES:

Conocimiento frente a los problemas respiratorios

| | |
|--|---|
| $5,57 - (0,75) 0,809$ $5,57 - 0,606$ $4,964$ | <p style="text-align: center;">Categoría de medición:</p> Alto: 6-7 Medio: 4-5 Bajo: 2-3 |
| $5,57 + (0,75) 0,809$ $5,57 + 0,606$ $6,176$ | |

Conocimiento frente al control de CRED y Vacunación

| | |
|---|---|
| $2,50 - (0,75) 0,641$ $2,50 - 0,480$ $2,02$ | <p style="text-align: center;">Categoría de medición:</p> Alto: 3-4 Medio: 1-2 Bajo: 0-0 |
| $2,50 + (0,75) 0,641$ $2,50 + 0,480$ $2,98$ | |

Conocimiento frente a la alimentación

| | |
|--|---|
| $3,03 - (0,75) 0,577$ $3,03 - 0,432$ $2,595$ | <p style="text-align: center;">Categoría de medición:</p> Alto: 4-5 Medio: 2-3 Bajo: 0-1 |
| $3,03 + (0,75) 0,577$ $3,03 + 0,432$ $3,52$ | |

Conocimiento frente a la protección del niño

2,70 - (0,75) 0,723
 2,70 - 0,542
 2,158

Categoría de medición:

Alto: 4-5
 Medio: 2-3
 Bajo: 0-1

2,70 + (0,75) 0,723
 2,70 + 0,542
 3,542

Conocimiento frente a la identificación de los signos de alarma

5,68 - (0,75) 0,994
 5,68 - 0,745
 4,935

Categoría de medición:

Alto: 7-8
 Medio: 5-6
 Bajo: 3-4

5,68 + (0,75) 0,994
 5,68 + 0,745
 6,525

| | Problemas respiratorios | Control de CRED y vacunación | Alimentación | Protección | Ventilación del entorno | Identificación de signos de alarma | TOTAL Prácticas de las IRAs |
|-----------------|-------------------------|------------------------------|--------------|------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Media | 13,18 | 6,48 | 10,73 | 8,19 | 4,73 | 11,79 | 55,00 |
| Desv. Estandar. | 3,564 | 1,242 | 3,114 | 2,546 | ,779 | 3,189 | 11,079 |

ESCALA PARA MEDIR LAS PRÁCTICAS DE LAS IRAS

55,00 - (0,75) 11,079
 55,00 - 8,309
 46,691

Categoría de medición de las prácticas frente a las IRAs:

Buena: 63-77
 Regular: 48-62
 Deficiente: 33-47

55,00 + (0,75) 11,079
 55,00 + 8,309
 63,309

DIMENSIONES:

Práctica frente a los problemas respiratorios

13,18 - (0,75) 3,564
 13,18 - 2,673
 10,507

Categoría de medición:

Buena: 16-19
 Regular: 12-15
 Deficiente: 08-11

13,18 + (0,75) 3,564
 13,18 + 2,673
 15,853

Práctica frente al control de CRED y Vacunación

6,48 - (0,75) 1,242
 6,48 - 0,931
 5,549

Categoría de medición:

Buena: 7-8
 Regular: 5-6
 Deficiente: 3-4

6,48 + (0,75) 1,242
 6,48 + 0,931
 7,411

Práctica frente a la alimentación

10,73 - (0,75) 3,114
10,73 - 2,335
8,395

Categoría de medición:

Buena: 13-16
Regular: 09-12
Deficiente: 05-08

10,73 + (0,75) 3,114
10,73 + 2,335
13,065

Práctica frente a la protección

8,19 - (0,75) 2,546
5,95 - 1,365
4,585

Categoría de medición:

Buena: 7-8
Regular: 5-6
Deficiente: 3-4

8,19 + (0,75) 2,546
5,95 + 1,365
7,315

Práctica frente a la ventilación del entorno

4,73 - (0,75) 0,779
4,73 - 0,584
4,146

Categoría de medición:

Buena: 7-8
Regular: 5-6
Deficiente: 3-4

4,73 + (0,75) 0,779
4,73 + 0,584
5,314

Práctica frente a los signos de alarma

11,79 - (0,75) 3,189
11,79 - 2,391
9,399

Categoría de medición:

Buena: 14-17
Regular: 10-13
Deficiente: 06-09

11,79 + (0,75) 3,189
11,79 + 2,391
14,181

ANEXO 06

ESTADÍSTICO DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH

| Estadísticos de fiabilidad | |
|-----------------------------------|------------------------|
| Alfa de Cronbach | N° de elementos |
| 0,839 | 32 |

| N° | ITEMS | Alfa |
|-----|--|-------|
| | CONOCIMIENTO: | |
| 1. | Qué molestias reconoce usted cuando su niño presenta problemas respiratorios. | 0,820 |
| 2. | Si un niño tiene dolor de garganta, es por | 0,828 |
| 3. | Cuál cree que sean las razones para que las molestias respiratorias se presenten | 0,804 |
| 4. | Cuáles son las complicaciones de los problemas respiratorios. | 0,807 |
| 5. | El acudir a los controles de CRED del niño ¿Evita los problemas respiratorios? | 0,820 |
| 6. | El vacunar oportunamente a su niño ¿Evita los problemas respiratorios. | 0,835 |
| 7. | El darle lactancia materna exclusiva a su niño ¿Evita los problemas respiratorios. | 0,825 |
| 8. | El brindar una alimentación balanceada a su niño ¿Previene los problemas respiratorios? | 0,812 |
| 9. | El abrigar adecuadamente o proteger a su niño de cambios bruscos de temperatura ¿Previenen los problemas respiratorios | 0,819 |
| 10. | El mantener en condiciones higiénicas su vivienda ¿Previene los problemas respiratorios en el niño | 0,817 |
| 11. | Si su niño se pone morado al toser, es porque. | 0,828 |
| 12. | Cuál de los siguientes signos o síntomas considera usted que son de peligro o alarma en el niño. | 0,828 |
| | PRÁCTICAS: | |
| 13. | Molestias que reconoce usted cuando el niño presenta problemas respiratorios | 0,831 |
| 14. | Modo de actuar cuando el niño tiene dolor de garganta | 0,831 |
| 15. | Reconoce como los causantes de las infecciones respiratorias agudas | 0,823 |
| 16. | Identifica las complicaciones de los problemas respiratorios | 0,817 |
| 17. | Asiste a sus citas del control de CRED | 0,823 |
| 18. | Vacunas que ha recibido su hijo en forma completa | 0,806 |
| 19. | Tipo de lactancia que se le da al niño desde que nace | 0,828 |
| 20. | Al niño menor de 1 año que alimento le da | 0,812 |
| 21. | El niño mayor de un año que almuerzo consume | 0,819 |
| 22. | Modo de actuar cuando el niño tiene tos, dolor de garganta y resfrío | 0,817 |
| 23. | Modo de actuar cuando sale con el niño en un día lluvioso | 0,828 |
| 24. | Acciones realiza usted dentro de su vivienda para prevenir los problemas respiratorios del niño | 0,828 |
| 25. | El niño en su habitación duerme solo | 0,825 |
| 26. | La habitación de su niño tiene ventanas | 0,831 |
| 27. | En casa fuman cigarrillos | 0,831 |
| 28. | Acostumbra quemar la basura u otros desperdicios en su domicilio | 0,823 |
| 29. | Modo de actuar si el niño tiene tos y dolor de garganta | 0,817 |
| 30. | Modo de actuar si el niño no puede respirar bien si se ahoga | 0,823 |
| 31. | Modo de actuar si su niño tiene fiebre | 0,806 |
| 32. | Donde acude si su niño tiene tos, estornudo, moquillo y malestar general | 0,828 |

Fuente: Entrevista de conocimiento y prácticas de las infecciones respiratorias agudas (Anexo 02)

ANEXO 07

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

| |
|---|
| INTRODUCCIÓN |
| Justificación: |
| La intervención educativa permitirá ayudar a las madres de los niños menores de 5 años a adquirir las destrezas necesarias para manejar adecuadamente las IRAs en sus hogares y cuidar la salud de sus menores hijos, asimismo consentirá que ellas puedan saber cómo actuar frente a los síntomas, reconocer los signos de alarma, realicen el tratamiento adecuado, reconozcan las complicaciones y ayuden en la prevención. |
| Objetivos |
| Mejorar las destrezas del manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas en madres de niños menores de 5 años. |
| Enfoque y forma de trabajo |
| Para el logro del propósito del programa de intervención educativa, se trabajará con un enfoque dialógico-reflexivo y vivencial. Se les presentarán a las participantes diferentes maneras de cuidar la salud de sus niños menores de 5 años, a través del reconocimiento de los síntomas, las formas de tratamiento, las medidas preventivas para evitar los riesgos y complicaciones que pueden conllevar a los problemas por neumonía. Las participantes fortalecerán sus conocimientos y mejorarán sus prácticas, requeridas para prevenir los posibles riesgos y complicaciones frente a las infecciones respiratorias agudas. Durante las sesiones educativas se desarrollarán diferentes estrategias, para reflexionar con las madres que se encargan del cuidado de la salud de los menores de 5 años. |
| |

SESIÓN N° 01

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

| |
|---|
| OBJETIVO |
| <p>Conocer la definición de las Infecciones Respiratorias Agudas.</p> <p>Conocer las causas de las Infecciones Respiratorias Agudas.</p> <p>Conocer los síntomas de las Infecciones Respiratorias Agudas.</p> <p>Conocer las formas de transmisión de las Infecciones Respiratorias Agudas.</p> |
| Estrategia 1: Traza tu ruta |
| Desarrollo de la actividad |
| <p>Organización: individual y grupal.</p> <p>Materiales: Letreros con los nombres de los puntos cardinales y cuadro de respuestas individuales.</p> <p>Antes de iniciar la práctica, el grupo de madres deberá seleccionar un área con suficiente espacio y señalar los puntos cardinales, NORTE, SUR, ESTE y OESTE, el recorrido se realizará en absoluto silencio y de manera individual.</p> <p>Se elige a dos relatores que estarán tomando nota acerca de las actitudes del grupo durante la actividad.</p> |
| Actividad 1.1 Viajando por los cuatro puntos cardinales |
| <ul style="list-style-type: none">• Todas las participantes escucharán con mucha atención cada una de las preguntas que se les harán, se darán unos segundos y cuatro posibles respuestas; reflexionarán y se ubicarán en el punto cardinal que consideren.• Es importante que cada participante trace su propia ruta y evite seguir a la mayoría; muchas veces la mayoría no tiene la razón.• Cuando se encuentren en el punto cardinal, los participantes observarán a las personas que eligieron su misma dirección. |
| TIEMPO |
| 2 horas |

CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO

1. Según su opinión **¿Qué es una infección respiratoria aguda?**
 - N. Enfermedad que se producen en el aparato respiratorio
 - S. Enfermedad que se produce en el aparato digestivo
 - E. Enfermedad que se produce en el aparato urinario
 - O. Enfermedad que se produce por la picadura de un mosquito

2. Según su opinión **¿Cuál es la causa principal de la infección respiratoria aguda?**
 - N. Los virus
 - S. Agua contaminada
 - E. Las vacunas
 - O. Los virus y las bacterias

3. **¿Cuáles son los síntomas de la infección respiratoria aguda?**
 - N. Fiebre, congestión nasal y dolor de garganta
 - S. Dolor en las articulaciones, hemorragias y temblor
 - E. Fiebre, sarpullido y dolor en las articulaciones
 - O. Dolor de cabeza, enrojecimiento y sarpullido

4. **¿Cómo se transmiten las infecciones respiratorias agudas?**
 - N. Por la picadura de un mosquito.
 - S. Por transmisión sexual.
 - E. Por transmisión sanguínea.
 - O. Por agua contaminada.

DIAGRAMA DE RESPUESTAS

El conductor anotará el número de participantes que se dirigen a cada dirección, es importante anotar las reacciones más sobresalientes para después compartirlas al grupo.

| N° | Norte | Sur | Este | Oeste | Observaciones |
|----|-------|-----|------|-------|---------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |
| 32 | | | | | |
| 33 | | | | | |
| 34 | | | | | |
| 35 | | | | | |
| 36 | | | | | |
| 37 | | | | | |
| 38 | | | | | |
| 39 | | | | | |
| 40 | | | | | |

CONCLUIR CON LAS DEFINICIONES CORRECTAS Y ACLARACIONES PARA LOS GRUPO.

a. Las infecciones respiratorias agudas.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son enfermedades que afectan desde oídos, nariz, garganta hasta los pulmones, generalmente se autolimitan, es decir, no requieren de antibióticos para curarlas y no suelen durar más de 15 días.

Constituye un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, es decir la vía por donde pasa el aire, como por ejemplo los pulmones. Estas infecciones respiratorias se dan con una evolución menor a 15 días pero si en el caso que no tomáramos las medidas de tratamiento esta podría evolucionar hasta llegar a padecer generalmente de la neumonía, para ello debemos tener conocimiento de qué hacer. Debemos tener en cuenta que estas infecciones respiratorias agudas se hacen más vulnerables en los niños y ancianos pues si no hay una atención rápida tiende a complicarse.

b. Causas de las infecciones respiratorias agudas.

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) es causada por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Es la infección más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública en nuestro país. La mayoría de estas infecciones como el resfriado común son leves, pero dependiendo del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías.

c. Signos y Síntomas de la infección respiratorias agudas:

Hay que estar atentos en los niños y niñas menores de 5 años las siguientes manifestaciones:

- Congestión nasal
- Dolor de garganta
- Fiebre
- Aumento en la frecuencia respiratoria o respiración rápida
- Hundimiento de las costillas al respirar.
- Presenta ruidos extraños al respirar o “le silba el pecho”.
- No quiere comer o beber y vomita todo.
- Fiebre, que no cede con la administración de medicamentos.
- Irritabilidad
- Decaimiento y somnolencia.
- Ataques o convulsiones.

d. Formas de transmisión de las infecciones respiratorias agudas:

Las infecciones respiratorias son ocasionadas en su mayoría por virus, aunque también pueden ser bacterias o parásitos, que se transmiten de persona a persona a través de las gotitas de saliva que expulsamos al toser o estornudar. También puede ser por contacto con superficies contaminadas como son manijas de las puertas, barandales de transporte público, mesas o escritorio, entre otros.

Los espacios con mayor riesgo de contagio son aquellos lugares cerrados tales como: guarderías, escuela, cines, teatros, auditorios y similares.

SESIÓN N° 02

FACTORES Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

| |
|--|
| Objetivo: |
| Conocer los factores de las infecciones respiratorias Conocer las formas de prevención de las infecciones respiratorias. |
| Estrategia 2: Puesta en escena |
| Desarrollo de la actividad |
| Organización: Equipos de 8-10 participantes. Material: Bolsas de papel kraft tamaño mediano, hojas de colores, tijeras, pegamento y plumones de colores para cada grupo. |
| Actividad 2.1: Puesta en escena |
| Se forman equipos y el conductor explica que cada grupo inventará un teatro mostrando como se pueden evitar las infecciones respiratorias agudas. Para que las madres tengan una idea general de cómo realizar el teatro, a cada grupo se presentará el video “Prevención de las infecciones respiratorias”. Para reforzar sus conocimientos, de manera grupal se realiza la lectura N° 1 y 2 “Factores de riesgo para adquirir las infecciones respiratorias agudas” “Prevención de las infecciones respiratorias agudas” según la lectura escenificarán el teatro. <ul style="list-style-type: none">• Una vez realizada la lectura, cada equipo se pone de acuerdo para asignar cuáles son los roles o papeles que cada participante representará en la puesta en escena.• El conductor distribuye material a los participantes para que de manera creativa elaboren el guion, de acuerdo a la forma en que deseen representar.• Cada equipo presenta su obra al grupo, sin olvidar que todos tienen que ser premiados con un fuerte aplauso como una forma de reconocer el trabajo de los demás. |
| Actividad 2.2. La opinión de los expertos |
| Para concluir la actividad, de manera grupal, es importante reflexionar sobre los siguientes cuestionamientos: ¿Estas experiencias resultaron significativas para saber cómo prevenir las infecciones respiratorias agudas? ¿Por qué? ¿Cómo contribuyó el contenido que se les brindó a que puedan saber cómo cuidara sus niños para prevenir las IRAs? |
| Tiempo |
| 3 horas |

Lectura N°. 1. Factores de riesgo para adquirir las infecciones respiratorias agudas.

Existen factores de riesgo que hacen que las niñas o niños sean más propensos a padecer infecciones respiratorias como:

- Bajo peso al nacer.
- Lactancia materna ineficaz.
- Hacinamiento.
- Exposición a humo.
- Desnutrición.
- Esquemas incompletos de vacunación.

Lectura N°. 2. Prevención de las infecciones respiratorias:

- Evite el contacto con personas con gripa. Los enfermos deben utilizar tapabocas y mantener las manos limpias con un correcto lavado de manos con agua y jabón.

1) Alimentación.

- La leche materna estimula la maduración del sistema inmune y confiere protección contra infecciones.
- Uno de los principales beneficios de la lactancia materna es la protección del menor frente al sobrepeso y obesidad.
- Se debe brindar lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- La introducción de otro tipo de alimentos diferentes a la leche materna, se inicia a partir de los 6 meses, para asegurar el suficiente aporte de micronutrientes en la dieta.

- Se recomienda incorporar lenta y progresivamente la alimentación diferente a la lactancia a partir del sexto mes de edad; iniciando con papillas de verduras, frutas y cereales sin gluten.
- Se recomienda continuar con la leche materna entre los 6 y 23 meses de edad, e integrarlo a la dieta familiar en el primer año.
- Entre los 2 y 5 años de edad la alimentación del niño se caracteriza por la participación activa del medio que los rodea.
- En casos de IRAs, si es un bebé menor de seis meses, suministre solamente leche materna en mayor cantidad, por lo menos 10 veces al día.
- Si el niño tiene seis meses o más, proporcione alimentos recién preparados, de alto contenido nutricional y energético (frutas, verduras y carnes), y sígale dando leche materna.

2) **Ventilar la habitación del niño:**

- Ventile a diario la casa y habitación de los enfermos.
- La habitación del niño debe ventilarse abriendo la puerta o la ventana, con el cuidado necesario para no exponerlo a corrientes de aire.
- Los recién nacidos y los niños pequeños pierden con facilidad el calor del cuerpo, por ello es importante mantenerlos abrigados y calientes, pero sin que se acaloren.
- Los enfriamientos también alteran el funcionamiento de los cilios por ello se deben evitar los cambios bruscos de temperatura.
- Evitar el hacinamiento para disminuir la transmisión de estos padecimientos.

3) Evitar el hábito de fumar cerca de los niños:

- La exposición al humo de tabaco es causa de múltiples trastornos de la salud, que se presentan particularmente desde el nacimiento.
- Evite contacto con fumadores.
- Los fumadores pasivos tienen un riesgo aumentado de presentar cáncer de pulmón y mama. En niños expuestos al humo de tabaco existe un mayor número de síntomas respiratorios agudos y crónicos, infecciones respiratorias bajas, otitis media y síndrome de muerte súbita del lactante.
- El humo de tabaco favorece la inducción y exacerbación de asma bronquial en niños y adultos.

4) Mantener limpios los juguetes y otros objetos del hogar:

- La desinfección tiene el propósito de evitar la diseminación del virus de la enfermedad de un lugar a otro mediante personas, equipos, mobiliario o utensilios.
- Para remover los microbios en diferentes áreas, deberán usarse siempre detergentes (agua jabonosa) o desinfectantes específicos.
- Limpiar con solución de cloro los juguetes, manijas, material didáctico de plástico, madera, hule, colchonetas de hule, etc., y todo el mobiliario de la casa que es manipulado por el enfermo, así como superficies con las que tiene contacto.
- Las colchonetas y los materiales de tela deberán lavarse preferentemente con agua caliente y jabón cada tercer día y secarlos al sol.
- Los espacios donde se consumen alimentos, así como los utensilios para prepararlos y consumirlos deberán limpiarse con agua, jabón y desinfectarlos con solución de cloro.

- Colocar bolsas de plástico en todos los botes de basura.

5) Protección del niño:

- Para aliviar la tos y el dolor de garganta dé a su hijo bebidas aromáticas o té. Si es mayor de dos años suminístrele miel.
- Mantenga las fosas nasales destapadas, en lo posible aplique con frecuencia suero fisiológico por ambas fosas nasales limpiando las secreciones.
- Cuando el niño salga a cambios bruscos de temperatura, protéjalo y cúbrale la nariz y la boca.
- No suministre medicamentos, antibióticos o jarabes para la tos a menos que sean formulados por el médico.
- La hidratación es la clave para controlar la enfermedad y evitar así mayores complicaciones.
- Verifique que su esquema de vacunación esté completo para su edad.

6) Educar a los niños para toser y estornudar adecuadamente:

- Los niños aprenden con el ejemplo, por ello desde a el primer año de edad enseñe que al toser o estornudar debe cubrirse nariz y boca con un pañuelo desechable o con el ángulo interno del codo. Nunca se cubra con las manos, ya que los virus o bacterias permanecen en ellas.
- Enseñe a sus hijos a estornudar: Ponga un pañuelo desechable sobre nariz y boca al toser o estornudar, bótelo y lávese las manos.
- Tire el pañuelo desechable en una bolsa de plástico, amárrela y deposítela en el bote de basura y si es de tela debe lavarse frecuentemente.
- Evite escupir al aire libre

7) Lavado de manos:

- Se debe lavar las manos cuando se tenga contacto con secreciones o enfermos con gripa.
- Lavarse las manos es algo sencillo de hacer y es la mejor forma de prevenir las infecciones y enfermedades. Mantener las manos limpias previene enfermedades en la casa, la escuela y el trabajo.
- En la casa, puede prevenir la propagación de infecciones entre los miembros de la familia y, en ocasiones, en toda la comunidad.
- La regla básica en la casa es lavarse las manos antes de preparar los alimentos y después de manipular carne de res y de ave crudas, antes de comer, después de cambiar pañales, después de toser, estornudar o sonarse la nariz con pañuelos desechables y después de ir al baño.
- Se debe lavar las manos después de toser o estornudar.
- Se debe lavar las manos después de tocar manijas y barandales públicos, botones de elevador, después de haber tocado objetos como llaves, monedas, billetes, objetos de oficina de uso común: teclados de computadora, impresoras, máquinas de escribir, engrapadoras, etc.
- Antes de tocarse o frotarse ojos, nariz o boca.
- Al llegar a casa.
- En caso de no disponer de agua y jabón, puede utilizar alcohol en gel.

Descripción del procedimiento:

1. Mojar las manos con jabón y agua corriente.
2. Frotar las manos de 15 a 20 segundos, incluyendo debajo de las uñas y los espacios entre los dedos. Recuerde lavar el dedo pulgar.
3. Enjuagar las manos con agua corriente y secar, preferentemente con toalla de papel.

8) Control de CRED y Vacunación:

El mejor periodo para el inicio del control de la salud de población menor de 5 años es desde la consulta prenatal, este es el momento más oportuno para iniciar la orientación preventiva.

La atención prenatal tiene entre sus objetivos el cuidado de la salud de la madre y de el/la niño/a por nacer. Se presume que todas las madres que acuden a la atención prenatal llevaran a su hija e hijo al control de la niña y del niño sano, ya que durante la gestación, el personal de salud promueve los beneficios de un buen control.

El monitoreo del desarrollo infantil en términos físicos, cognitivos y socioemocionales representa una oportunidad en la detección de riesgos y problemas para ofrecer una atención oportuna, que tendrá un impacto positivo a un costo más bajo.

El desarrollo psicomotor es un proceso continuo y se da de forma ordenada. Cada etapa representa un nivel de madurez con características muy singulares en cada área: sensorial, motora, comunicativa y cognitiva.

El sistema nervioso central de el/la niño/a es un órgano dotado de enorme plasticidad, su desarrollo está condicionado por todo un conjunto de

influencias externas, interacciones con los padres, estímulos sensoriales ambientales, alimentación y enfermedades.

Es importante detectar el retraso en cualquiera de sus esferas en el primer año de edad, ya que es el momento ideal de lograr mayor grado de rehabilitación del menor de cinco años. Esto se debe por la plasticidad cerebral, la cual disminuye a partir del segundo año.

Después de los dos años de edad, se debe controlar la movilidad de el/la niño/a para fortalecer la coordinación viso-manual, el equilibrio, el esquema corporal, el desarrollo del lenguaje y la socialización; dentro de esta última es importante el control de esfínteres.

Cuando el crecimiento y el estado nutricional se encuentran con desnutrición leve, moderada o sobrepeso, talla ligeramente baja, le deben citar a intervalos más cortos (cada mes).

Los controles deben ser desarrollados en los siguientes periodos:

- Recién nacido ➡ 48 horas del alta, 7,14 y 21 días
- 1-11 meses ➡ Al 1 mes hasta 11 meses
- 1 año -1 año 11 meses ➡ cada dos meses hasta un año 10 meses.
- De 2 años – 2 años 11 meses ➡ Cada tres meses hasta 2 años 9 meses
- De 3 años – 3 años 11 meses ➡ Cada tres meses hasta 3 años 9 meses
- De 4 años – 4 años 11 meses ➡ Cada tres meses hasta 4 años 9 meses

- La vacunación, debe realizarse en las etapas designadas según la cartilla de vacunación.

- A través de la revisión de la cartilla de vacunación, se debe verificar que el esquema de vacunación esté completo según la edad.
- En caso contrario, se recomienda aplicar las siguientes vacunas o sus refuerzos: contra la tuberculosis, anti influenza, conjugada anti neumococo, antineumococcica polivalente, contra difteria y tos ferina y Haemophilus influenza tipo b.
- Las características clínicas y complicaciones de la enfermedad que se evita con la vacuna, por ejemplo:

La influenza es una enfermedad viral aguda muy contagiosa que se presenta con mayor intensidad durante los meses de octubre a mayo.

Los niños y las personas mayores pueden presentar complicaciones graves como la neumonía o exacerbación de cuadros bronquíticos y asmáticos, sinusitis y otitis media.

El *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), puede causar sepsis, bacteriemia, sinusitis, conjuntivitis, meningitis bacteriana, neumonía bacteriana y otitis media aguda. La infección del cerebro pone en riesgo la vida del niño.

Tos ferina, es común entre los niños de cualquier zona, principalmente en los menores de cinco años de edad no vacunados.

Las complicaciones de esta infección incluyen crisis convulsivas, neumonía, encefalopatía. La enfermedad es más grave en los menores de un año de edad. En niños y adultos vacunados regularmente el padecimiento es más leve.

SESIÓN N° 03

LA NEUMONIA

| |
|--|
| OBJETIVO |
| Conocer las definiciones de la neumonía Identificar las causas, síntomas, modo de transmisión y tratamiento para la de la neumonía. |
| Descripción |
| En esta sesión se plantean actividades que permitirán incentivar a las madres a prevenir la neumonía que podrían poner en riesgo la vida de sus hijos. |
| Competencia a desarrollar. |
| Favorece la construcción del conocimiento y motivar las buenas prácticas a fin prevenir las neumonías. |
| Estrategia 3: Te invito al estreno |
| Desarrollo de la actividad |
| Organización: Plenaria y equipos Material: DVD “La Neumonía” y “Causas, síntomas, modo de transmisión y tratamiento de la neumonía” |
| Tiempo |
| 3 horas |
| Actividad 3.1. El estreno |
| <ul style="list-style-type: none">• El coordinador indica a los participantes que analicen el video “La Neumonía” y “Causas, síntomas, modo de transmisión y tratamiento de la neumonía”• En plenaria, concluir considerando los siguientes aspectos:<ul style="list-style-type: none">¿Cuáles son las causas y síntomas de la neumonía?¿Por qué es importante poner en práctica las medidas preventivas para evitar la neumonía?¿Qué puede hacer la gente para prevenir la neumonía?¿Cómo se debe tratar la neumonía? |

Lectura N° 1. La neumonía, las causas, síntomas, modo de transmisión y tratamiento.

La neumonía.

La neumonía es una infección respiratoria que al inicio puede empezar como un simple resfrío, es decir, con moquitos por la nariz, tos y fiebre, pero luego puede generar inflamación y/o infección de los pulmones, ocasionando dificultad para respirar.

A diferencia del resfrío, la neumonía puede ser MORTAL, especialmente en los bebés. Por eso la neumonía debe ser prevenida y tratada a tiempo en el establecimiento de salud.

Causas de la neumonía.

Las neumonías se desarrollan cuando un germen infeccioso invade el tejido pulmonar. Estos gérmenes pueden llegar al pulmón por tres vías distintas: por aspiración desde la nariz o la faringe, por inhalación o por vía sanguínea.

La neumonía está causada por bacterias y por virus u otros microorganismos, como hongos o parásitos. La bacteria más frecuente que causa la neumonía es el neumococo (*Streptococcus pneumoniae*) y, entre los virus, el más frecuente es el de la gripe.

Síntomas de la neumonía.

- Los síntomas de las neumonías son variables. Además, esta variabilidad no siempre tiene relación con el tipo de germen que causa la neumonía.
- Algunos casos debutan como una neumonía típica, que consiste en la aparición en varias horas o entre 2 y 3 días de tos con expectoración purulenta o herrumbrosa, en ocasiones con sangre, con dolor torácico y fiebre con escalofríos.

- Las neumonías, llamadas atípicas, tienen síntomas más graduales que consisten en décimas de fiebre, malestar general, dolores musculares y articulares, cansancio y dolor de cabeza. La tos es seca, sin expectoración, y el dolor torácico es menos intenso.
- La mayoría de las neumonías tienen características de ambos grupos. Si la neumonía es extensa o hay enfermedad pulmonar o cardíaca previa puede que el paciente tenga también dificultad respiratoria. Además, si los gérmenes pasan a la circulación sanguínea producen una bacteriemia que puede conducir a un shock séptico, con riesgo para la vida.
- Si el bebé y niña o niño tiene moquillo por la nariz, tos o fiebre llévalo rápido al establecimiento de salud más cercano. Acudir cuando tiene respiración rápida puede ser demasiado tarde y el bebé puede morir.

Formas de transmisión de la neumonía.

- Por vía aérea: por los estornudos y tos
- A través de manos y objetos contaminados

Tratamiento para la neumonía.

- Si la neumonía es producida por bacterias, debe tratarse con antibióticos.
- Si es producida por virus, se debe seguir las indicaciones del personal de salud.
- Usualmente se requiere tratamiento, según los síntomas. En este caso, los síntomas pasan en unos cuantos días.
- Nunca, pero nunca mediques a tu niña o niño por tu cuenta ni aceptes consejos de tus familiares o vecinas sin consultar primero con el personal de salud.

- Si el personal de salud ha diagnosticado que tu bebé tiene una infección respiratoria, dale el tratamiento indicado por el personal de salud y continúa con la lactancia materna en mayor cantidad de veces.
- En neumonías más graves podría ser necesario que los especialistas recomienden añadir al tratamiento oxigenoterapia. Si hay complicaciones el paciente puede necesitar medicación broncodilatadora.



SESIÓN N° 04

MITOS DE LA NEUMONÍA

| |
|--|
| OBJETIVO |
| Reconocer los mitos de la neumonía |
| Descripción |
| En esta sesión se plantean actividades que permitirán a las madres reconocer los mitos que existen sobre la neumonía. |
| Competencia a desarrollar. |
| Favorece la construcción del conocimiento y evitar errores frente a la neumonía. |
| Estrategia 3: Periodista por un día |
| Desarrollo de la actividad |
| Organización: equipos Se necesitará que cada equipo se organice para contar con: <ul style="list-style-type: none">▪ Un camarógrafo▪ Periodista▪ Un profesional de la salud, quien será entrevistado Lectura N° 1. “Mitos de la neumonía” |
| <ul style="list-style-type: none">• El coordinador indica a los participantes del grupo tendrán la labor de un periodista que entrevistará a un profesional de la salud, quien hablará sobre “Los mitos de la neumonía”.• Los grupos deberán leer la lectura de los mitos de la neumonía como guías para la presentación que realizarán.• En plenaria, se concluir y aclararán definiciones y preguntas de los equipos: |
| Tiempo |
| 3 horas |

LOS MITOS DE LA NEUMONÍA

- 1) El abrigo previene la neumonía. FALSO. Para la prevención de la neumonía, la principal medida de prevención es la nutrición y qué mejor alimento para el bebé que la leche de su mamá. Porque si los niños están bien alimentados, podrán tener defensas para afrontar y recuperarse de las enfermedades.
- 2) La neumonía es producida por el frío. FALSO. La neumonía no causada por el frío. Esta enfermedad se presenta en cualquier estación del año, no solo en invierno.
- 3) La neumonía es una gripe mal curada. FALSO. La neumonía no es una complicación de ninguna infección respiratoria. La neumonía es una infección respiratoria que puede presentar al inicio los mismos síntomas que el resfrío común.
- 4) La neumonía se cura con antibióticos. FALSO. La neumonía no necesariamente se cura con antibióticos. Si la neumonía es producida por un virus, no necesita antibióticos. El personal de salud debe indicar el tratamiento para la neumonía.