

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**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**

**Presentada por:**

*Bach. Eloisa del Pilar Saravia Ticona*

**Para optar el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TACNA - PERÚ**

**2013**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**“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**

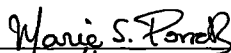
**Presentada por:**

**BACH. ELOISA DEL PILAR SARAVIA TICONA**

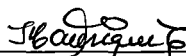
Para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Aprobada por Unanimidad., ante el siguiente Jurado:



**Mgr. María Soledad Porras Roque**  
Presidente



**Mgr. Ingrid María Manrique Tejada**  
Jurado



**Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez**  
Jurado



**Mgr. Ruth Rosario Salinas Lunario**  
Asesora

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis al creador de todas las cosas porque me ha dado la fortaleza para continuar cuando estuve a punto de rendirme, por darme un esposo e hija que son mi alegría y el motivo por la cual debo seguir adelante por todo ello dedico este trabajo a DIOS.

## **AGRADECIMIENTOS**

- Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.
- A mis padres Alberto y Telma, que con su ejemplo me ha enseñado a no rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.
- A mi mamá Gladys por su apoyo incondicional
- A mi esposo Carlos, por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos.
- A mi hija María del Pilar que es mi felicidad y mi motivo de seguir superándome.
- A mis hermanas Milagros, Jimena, Raquel y mi sobrinita Daniela quienes con su ayuda, cariño y comprensión han sido parte fundamental de mi vida.
- A Karem por brindarme su amistad y su apoyo durante la elaboración de la tesis.

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

### CAPITULO I DEL PROBLEMA

1.1.- FUNDAMENTO Y FORMULACIÓN .....	4
1.2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....	7
1.3.- JUSTIFICACIÓN .....	9
1.4.- HIPÓTESIS .....	11

### CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES.....	13
2.2.- MARCO TEÓRICO .....	20
2.3.- DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	69

### CAPITULO III MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.- MATERIAL Y METODO .....	72
3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA .....	72
3.5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN .....	74
3.6.- PROCESAMIENTO DE DATOS.....	76

### CAPITULO IV RESULTADOS .....

83
----

### CAPITULO V DISCUSIÓN Y ANÁLISIS .....

103
-----

### CONCLUSIONES

### RECOMENDACIONES

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ANEXOS

## RESUMEN

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) se han convertido en un problema de salud pública y las madres de familia cumplen un papel importante en reconocimiento precoz de las Infecciones. El estudio tiene como objetivo 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. Es un estudio prospectivo, de tipo cuasi experimental con diseño pre-test y post-test incluye 95 madres con hijos menores de 5 años que acudieron al consultorio de CRED del C.S. Leoncio Prado. Encontramos que antes del Programa Educativo: 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 7,4% hasta 77,9% ( $p=0,000$ ). También incrementó la frecuencia de madres con actitud positiva hacia las IRAs de 92,6% hasta 100,0% ( $p=0,000$ ).

**Palabras claves:** Conocimiento, actitud, Infecciones respiratorias agudas.

## **ABSTRACT**

The Intense Respiratory Infections have become a problem in people's health on the other hand mothers play a very important role, especially when they detect right away a health problem this process has a purpose to determine the impact in the instructive program towards the level of the knowledge and the mother's attitude through the IRAs especially with children under 5.

This is a prospective study, type Quasi with design pre-test and post-test including 95 mothers with children under 5 who went to the CRED office which is located in C.S. Leoncio Prado.

We find that before getting in this educational program about 72,6% of mothers, presented a negative attitude in the IRAs. The educational program got to add the frequency, especially with mothers with high level of knowledge starting from 7,4% to 77,9% ( $p=0,000$ ). It also got to increase the frequency with mothers' positive ideas toward the IRAs around 92,6% to 100,0% ( $p=0,000$ ).

**KEYWORDS:** knowledge, attitude, intense Respiratory Infections.

## INTRODUCCIÓN

En el Perú las Infecciones Respiratorias Agudas se han convertido en un problema de salud pública, debido a que son la principal causa de consulta médica en las áreas de Pediatría de los servicios asistenciales del Ministerio, generando ausentismo escolar en los niños menores de 5 años; además la neumonía, bronquitis producen la mitad de consultas en los centros de salud. Se estima que en la temporada de invierno seis de cada diez consultas en esta población obedecen a afecciones respiratorias, mientras que en verano este tipo de consultas son cuatro de cada diez. Ocupan el primer lugar en el país dentro de las causas de morbilidad general y siendo como motivo de demanda de atención médica entre menores de 5 años (2).

La relevancia del presente trabajo es que los datos obtenidos sean utilizados por las autoridades de salud y el personal de Enfermería que labora en esta área en este grupo etáreo y se tomen medidas correctivas mediante programas educativos de salud que garanticen que las madres brinden una atención adecuada a sus hijos cuando atraviesan por episodios de Infecciones Respiratorias Agudas.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

A nivel mundial 70 000 niños mueren por IRAS anualmente, lo que supone el 18,6% de la mortalidad infantil; y a nivel de las américas la mortalidad es de 12%(1), en la mayoría de esos países en desarrollo se identifica las IRAS entre las 3 primeras causas de muerte en niños menores de un año y entre las dos primeras causas en niños de 1 a 4 años (2). En Perú el porcentaje de mortalidad de niños menores de 5 años por IRAS es 18% y la tasa de prevalencia es de 37,72% y esto incluye el primer motivo de consulta y hospitalización entre los menores de 5 años. (2)

Diversas investigaciones sobre IRAs han identificado problemas como: la consulta tardía por parte de la madre ocasionado por el desconocimiento de los signos de peligro, el retraso en el diagnóstico y la falta de tratamiento oportuno, que causa la muerte del niño.(3,4). Además las prácticas domésticas ineficaces como la ingestión de mates calientes, la visita a curanderos, el hacinamiento,

En el presente, estudio se aplicó un Programa Educativo denominado “Educación Sanitaria sobre Infecciones respiratorias agudas”, dirigido a las madres de familia con niños menores de 5 años; este programa educativo fue utilizado en Arequipa y evidenció buenos resultados al mejorar significativamente el nivel de conocimientos y actitud frente a las IRAs.

Al concluir el pre test encontramos que 72,6% de las madres presentaba regular nivel de conocimientos sobre las IRAs y 7,4% presentaban actitud negativa frente a las IRAs. El resultado del post test-después del programa educativo logró incrementar la frecuencia de madres con alto nivel de conocimientos de 7,4% hasta 77,9%, también incrementó la frecuencia de madres con actitud positiva hacia las IRAs de 92,6% hasta 100,0%.

La presente investigación se divide en cinco capítulos. En el capítulo I se plantea el problema y objetivos del estudio, demostrar el impacto del Programa Educativo sobre los conocimientos y actitudes de las madres frente a las infecciones respiratorias. En capítulo II exponemos antecedentes del estudio y el marco teórico referencial que da soporte cognitivo a la presente investigación. En el capítulo III se

detalla la metodología del desarrollo de la investigación, la técnica e instrumentos utilizados para aplicar el programa educativo. En el capítulo IV se presentan las principales tablas de los resultados obtenidos y finalmente en el capítulo V se realiza la discusión y análisis de nuestros resultados.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

A nivel mundial 70 000 niños mueren por IRAS anualmente, lo que supone el 18,6% de la mortalidad infantil; y a nivel de las américas la mortalidad es de 12%(1), en la mayoría de esos países en desarrollo se identifica las IRAS entre las 3 primeras causas de muerte en niños menores de un año y entre las dos primeras causas en niños de 1 a 4 años (2). En Perú el porcentaje de mortalidad de niños menores de 5 años por IRAS es 18% y la tasa de prevalencia es de 37,72% y esto incluye el primer motivo de consulta y hospitalización entre los menores de 5 años. (2)

Diversas investigaciones sobre IRAs han identificado problemas como: la consulta tardía por parte de la madre ocasionado por el desconocimiento de los signos de peligro, el retraso en el diagnóstico y la falta de tratamiento oportuno, que causa la muerte del niño.(3,4). Además las prácticas domésticas ineficaces como la ingestión de mates calientes, la visita a curanderos, el hacinamiento,

déficit de vacunas específicas, ausencia de lactancia materna exclusiva, bajo peso al nacer, desnutrición, barreras de acceso a la consulta y derivaciones inoportunas, que contribuyen a un incremento de los casos por IRAs. (5)

El mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y familias, es una de las estrategias principales del programa global de la OMS para el control de las IRAs, pues contribuye a la disminución de la morbimortalidad, dentro de ésta la educación para la salud reviste gran importancia, ya que es el medio que puede posibilitar la prevención de IRAs, siempre que en su aplicación se tenga en cuenta la participación activa de las madres; una educación sanitaria concebida en tales términos se constituirá en la estrategia que permita lograr cambios efectivos en las actitudes de las madres frente al problema de las IRAs. (6)

En las IRAs las madres desarrollaron un papel importante en la atención del niño, si ellos son conocedoras de la patología que aqueja a su niño podrán desarrollar medidas preventivas y de manejo adecuado a la vez promover el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

En particular la capacidad de las madres para reconocer signos, las complicaciones; llevando al Centro de Salud; administrar correctamente el tratamiento en el hogar, observar si la condición del niño se agrava, es esencial el desenlace de esta enfermedad por su influencia en la supervivencia del niño (7,8), además según la OMS los signos y síntomas son fáciles de reconocer o tratar, por ello es importante que la enfermera desde su lugar de trabajo sepa impartir sus conocimientos a través de educación para la salud de manera integral. (9)

Considerando la teoría de Nola J. Pender en su modelo de "Promoción de la salud" en la que identifica factores cognitivos preventivos en el individuo, tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de la salud. Estos factores se modifican por características demográficas y biológicas y por influencias interpersonales así como también por factores de situaciones y comportamientos, ayudando a predecir la conducta promotora de la salud. (10)

Para el presente estudio de investigación se ha formulado el siguiente problema: ¿La aplicación de un Programa Educativo mejorará significativamente el nivel de conocimiento y el tipo de actitud hacia las IRAs en las madres con niños menores de 5 años que acuden al C.S. Leoncio Prado de Tacna 2012?

## **1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

- 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 que acuden al C. S. Leoncio Prado de Tacna 2012.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características de las madres con niños menores de 5 años que acuden al C.S. Leoncio Prado.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre IRAs en las madres con niños menores de 5 años que acuden al C.S. Leoncio Prado antes de aplicar el programa educativo.

- Determinar el tipo de actitud frente a las IRAs en las madres con niños menores de 5 años que acuden al C.S. Leoncio Prado antes de aplicar el Programa Educativo.
- Describir las principales características epidemiológicas de las madres con bajo nivel de conocimiento y actitud negativa hacia las IRAs.
- Conocer el impacto sobre el nivel de conocimiento sobre las IRAs en las madres con niños menores de 5 años después de aplicar el Programa Educativo.
- Conocer el impacto sobre el tipo de actitud hacia las IRAs en las madres con niños menores de 5 después de aplicar el Programa Educativo.

### **1.3.- JUSTIFICACIÓN**

Las infecciones respiratorias agudas constituyen un problema de salud pública de prioridad por su magnitud y consecuencias negativas para la población vulnerable. Por lo cual esto puede llevar a complicaciones e incluso la muerte.

A través del transcurso de la formación profesional en enfermería en los diferentes centros de salud, se puede observar la alta incidencia de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, que se incrementa durante los meses fríos de invierno.

En muchos casos los niños con IRAs no son traídos a tiempo a las instituciones de salud, debido a la poca conciencia de la gravedad de esta enfermedad por parte de las madres de familiar. Esta situación despertó el interés para investigar y evaluar el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre las IRAs y si la implementación de algún Programa Educativo podía mejorar esa situación.

Los resultados evidenciarán el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre una patología infantil muy frecuente y disminuirá el índice de complicaciones en las IRAs.

Por todas estas consideraciones, considero que el desarrollo del tema propuesto se justifica y se hace necesario para poder implementar programas educativos y estrategias de prevención de enfermedades.

## **1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

### **1.4.1. HIPÓTESIS GENERAL**

H<sub>1</sub>. La aplicación de un programa educativo mejora significativamente el nivel de conocimientos y tipo de actitud hacia las IRAs en las madres con niños menores de 5 años que acuden al C. S. Leoncio Prado de Tacna 2012.

H<sub>0</sub>. La aplicación de un programa educativo NO mejora significativamente el nivel de conocimientos y tipo de actitud hacia las IRAs en las madres con niños menores de 5 años que acuden al C. S. Leoncio Prado de Tacna 2012.

### **1.4.1. HIPÓTESIS ESPECÍFICA**

H<sub>1.-</sub> La aplicación de un programa educativo incrementa significativamente el nivel de conocimientos sobre las IRAs en las madres con niños menores de 5 años que acuden al C. S. Leoncio Prado de Tacna 2012.

H<sub>0.-</sub> La aplicación de un programa educativo NO incrementa significativamente el nivel de conocimientos sobre las

IRAs en las madres con niños menores de 5 años que acuden al C. S. Leoncio Prado de Tacna 2012.

#### **1.4.2.- HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2**

H<sub>1</sub>.- La aplicación de un programa educativo modifica significativamente el tipo de actitud hacia las IRAs en las madres con niños menores de 5 años que acuden al C. S. Leoncio Prado de Tacna 2012.

H<sub>0</sub>.- La aplicación de un programa educativo NO modifica significativamente el tipo de actitud hacia las IRAs en las madres con niños menores de 5 años que acuden al C. S. Leoncio Prado de Tacna 2012.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES**

JAHUIRA RODRIGUEZ (Perú, 2006), sobre “Cuidados de las madres a niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas en el C. S. Ite, Tacna-Perú”, en la cual se encuestó a 128 madres que acuden al programa CRED. Los resultados de dicha investigación revelan que 92,1% de las madres brindan un cuidado correcto a sus niños menores de 5 años antes de la presencia de IRA y un 7,81% lo hace de manera incorrecta. En cuanto al cuidado de la madre durante la presencia de IRA en su niño menor de 5 años, un 32,0% de ellos realiza un cuidado correcto, y un considerable 67,9% de las madres brindan cuidados incorrectos.

(11)

GARCÍA GARCÍA M. Y HUASHUAYO HUAMANÍ Y. (PERÚ, 2008), realizaron un estudio cuantitativo – descriptivo denominado “Conocimiento y prácticas de madres de Niños menores de 5 años

sobre Prevención de infecciones Respiratorias agudas. Tacalá–Piura Perú”, teniendo como objetivo establecer el nivel de conocimiento y prácticas de madres de niños menores de 5 años sobre prevención de Infecciones Respiratorias Agudas. Para obtener los resultados se utilizó la técnica de la entrevista, y como instrumento el cuestionario, el cual se aplicó a cada una de las madres, tomando como muestra a 94 madres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias agudas. Los resultados de la frente investigación es la siguiente: Respecto a los conocimientos, el 51,0 % de las madres, tienen un nivel de conocimiento medio, mientras que el 40,4 % tienen un nivel de conocimiento alto, y el 8,5 % es malo. Respecto a las prácticas, el 85,1 % de las madres, tienen prácticas correctas sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas, y el 14,8% tienen prácticas incorrectas. (12)

QUISPE CHACÓN M Y QUISPE HUAYHUA V (PERÚ, 2008), realizaron un estudio cuasi-experimental titulado: “Nivel de impacto de un programa educativo sobre IRAs”, en madres con niños menores de 5 años que acuden a un centro de salud en Arequipa, con un diseño Pre Test y Post Test, con un grupo control, la población de estudio fue de 402 madres con niños menores de 5

años atendidos en los consultorios de niño sano y pediatría. La muestra estuvo conformada por el 15 % de la población que equivale a 60 madres que cumplen con las características definitorias, la muestra fue no probabilístico por cuotas, el procedimiento para la asignación de unidades se realizó al azar 30 madres para el grupo estudio y 30 madres para el grupo control. Se procedió al análisis estadístico de los datos obtenidos que permitió concluir que, el impacto del programa educativo fue positivo y muy importante, ya que el nivel de conocimiento mejoró notablemente solo en el grupo estudio y con respecto a las actitudes que inicialmente eran negativas en su mayoría modificó de manera significativa; en cambio el grupo control la modificación no fue significativa. (13)

URBINA Y, VILLEGAS E. (PERÚ, 2007). Realizaron un estudio de investigación de tipo cuantitativo – descriptivo, con el propósito de evaluar conocimientos y prácticas de madres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas que acuden a la Micro red Pampa Grande-Tumbes-Perú durante los meses agosto 2006 enero 2007. Concluyendo que el nivel de conocimiento y las prácticas de las madres en estudio fue el 53,3% un nivel de conocimiento medio, mientras que el 84,4% tienen un alto

conocimiento referente a factores ambientales. Las madres realizan como prácticas comunes la administración de jarabes y/o antibióticos en un 47,1 %, y como prácticas menos frecuentes fue administrar infusiones de hierbas con un 4,0%. (14)

ENRIQUE C. Y VALLADOLID S. (PERÚ, 2006), realizaron un estudio en Piura denominado: "Nivel de conocimiento y prevención materna de la IRAs en el niño menor de 5 años en el Hospital Santa Rosa-Piura. Llegando a la conclusión que el nivel de conocimiento de las madres sobre las IRAs, es bueno en un 36,6% de madres, regular en un 32,5 %, y deficiente es el 30,8%. El nivel de prevención de madres sobre las IRAs es regular en un 41,6 %, bueno en un 36,6 %, y deficiente en un 21,7 %. (15).

HONORIO C. (PERÚ, 2001), desarrolló un estudio denominado "Conocimientos relacionado con las prácticas de las madre de niños menores de 5 años sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en el C.S. Max Arias Schereirberen Lima-Perú". Este estudio fue de tipo descriptivo correlacional, teniendo como muestra 71 madres de las cuales fueron encuestadas a través de una guía de entrevista; las conclusiones principales fueron que la

mayoría de las madres tiene un conocimiento medio o bajo sobre las medidas preventivas de las infecciones respiratorias agudas; las prácticas empleadas para la prevención de las mismas son correctas en la mitad de ellas y en la otra mitad son prácticas incorrectas. (16).

PEREZ S. (NICARAGUA, 2005), realizó un estudio sobre "Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de niños menores de 5 años con IRAS que visitan al C.S. Villa Libertad, Managua-Nicaragua". Este estudio fue descriptivo, transversal en una muestra de 138 madres, las conclusiones en relación a las prácticas de las madres en su mayoría continúan alimentando al niño cuando este tiene IRAs, las madres analfabetas llevan más a sus niños a un centro de salud y los automedican menos en relación con las tienen secundaria completa, las tres cuartas partes de la población niega haber recibido información sobre IRAs y destacan como signo de alarma en su mayoría la respiración rápida y la dificultad respiratoria; los factores de riesgo que en su mayoría mencionan son el acto de mojarse, no usar calzado. (17).

VALENCIA Y OTROS (MÉXICO, 2004). Llevaron a cabo un estudio sobre "Determinación del conocimiento de las madres de

niños menores de 5 años acerca de signos de alarma de infecciones de vías respiratorias agudas complicadas” en México, fue un estudio descriptivo observacional, transversal y prospectivo, la población estudiada fue de 34 madres de niños menores de 5 años y se llegó a la conclusión de que solo una cuarta parte de las madres conoce los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas mientras que el resto no conoce sobre éstos. (18)

RAMIREZ Y DARIAS (CUBA, 2001), realizaron un estudio sobre “Nivel de conocimientos sobre las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años en el CFM 4350 del policlínico cartas Portuando del municipio Mariana-Cuba”. Este trabajo fue de tipo descriptivo de corte transversal, se llevó a cabo con las 250 madres de niños menores de 5 años; para ello se utilizó el método de la encuesta a través de un cuestionario estructurado para su procesamiento, se utilizó el índice general de conocimientos y el índice de desconocimiento consciente, concluyendo que el nivel de conocimientos sobre temas explorados es bajo y se evidencian diferencias de acuerdo a la edad de la madre y parece haber un poco más de problemas de conocimientos de las madres acerca de

las conductas ante la presencia de IRAs y se destacó bajo nivel de concientización del desconociendo sobre IRAs. (19)

VALDES Y MARTÍNEZ (CUBA, 2000), realizaron un estudio sobre "Nivel educacional de las madres y conocimientos actitudes y prácticas ante las Infecciones respiratorias Agudas de sus hijos, policlínica la Habana-Cuba". El estudio fue observacional de tipo transversal, a través de un cuestionario realizaron 30 entrevistas a mujeres con 1 hijo menor de 5 años para medir los conocimientos, actitudes y prácticas en general, llegando a la conclusión de que la mayoría de las madres demostraron menor magnitud de los conocimientos sobre IRAs, el hecho señala la influencia primordial y positiva de este factor en los cuidados preventivos y curativos frente a las IRAs que las madres proporcionan a sus hijos. (20)

## **2.2.- MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 Consideraciones Generales**

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) constituyen un complejo grupo de enfermedades provocadas por diversos agentes causales que afectan cualquier punto de las vías respiratorias (21), reconocidas como un verdadero azote que incide de forma indeseable sobre la salud, sin evidentes preferencias por sexo y con mayor frecuencia en ciertos grupos de edad. (22)

Las enfermedades agudas del aparato respiratorio se presentan en su inmensa mayoría como infecciones, por lo cual en la actualidad se prefiere referirse a ellas como infecciones respiratorias agudas. (23)

En el niño estas infecciones se presentan con mayor frecuencia, sobre todo en los primeros años de vida, debido a determinados factores de tipo anatómico; unido a la inmadurez o fallas en los mecanismos de defensa tanto locales como humorales (21). Otros numerosos factores de riesgo demográfico, ambiental, alimentario y

de comportamiento son determinantes para convertir a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) en un problema de salud complejo. (24)

Estas son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes que afectan cualquier punto de las vías respiratorias y se describen las entidades nosológicas de acuerdo con el lugar donde predominan los síntomas. (23, 25, 25)

El Programa para el manejo y control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) se estableció formalmente en 1982, con fin de apoyar a los países del tercer mundo. Sus objetivos concuerdan con las de la Revolución para la Supervivencia y Desarrollo del niño. Programa patrocinado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y ambas organizaciones han aunado sus esfuerzos con el fin de combatir las enfermedades que cobran más vidas infantiles. La mortalidad infantil es uno de los indicadores seleccionados para medir el progreso de la estrategia de salud para todos y por lo tanto, el Programa contra las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) es un componente esencial del Sistema de Atención Primaria de Salud. En su primera reunión en 1983, el

grupo asesor técnico en Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) recomendó una serie de estrategias que podían ofrecer beneficios inmediatos a los niños de los países en desarrollo. El control adecuado de casos es de primera importancia e incluye la detección temprana de infecciones, tanto leves como graves, por parte de las familias y de los trabajadores de atención primaria; tratamiento antimicrobiano, medidas de sostén, y definición de criterios para la remisión de casos a un nivel de servicios de mayor complejidad. Sigue, en segundo lugar, el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de las familias sobre las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs). La Educación de las madres y su participación directa en las actividades del programa es de especial relevancia. (27)

### **2.2.2. ETIOPATOGENIA DE LAS IRAS**

La mayor parte de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) tienen lugar de forma epidémica, en los meses de otoño e invierno, y en su etiología se invocan especialmente, los virus respiratorios: rinovirus, adenovirus, influenza, parainfluenza, etcétera, aunque

también juegan un papel fundamental algunas bacterias y otros microorganismos. (28)

Para la mayoría de los países en desarrollo, en la región de las Américas, el control de los problemas de salud que afectan a la madre y al niño, particularmente las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), ha adquirido gran importancia. (29)

Estas enfermedades constituyen la primera causa de atención en los servicios de salud y se mantienen como un grupo importante de afecciones con una alta morbilidad y baja mortalidad, las que representan un motivo frecuente de incapacidad laboral y escolar con las consecuentes pérdidas económicas que ello significa. (30-32)

Anualmente mueren más de cuatro millones de niños menores de 5 años en países en desarrollo de Asia, África y América Latina por Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), especialmente por neumonías. Las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que la mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) (incluyendo neumonía, influenza,

bronquitis y bronquiolitis) varía desde 16 por cien mil en Canadá hasta 3072 por cien mil en Haití. (33)

Los microorganismos patógenos que atacan con mayor frecuencia el aparato respiratorio son el Virus Sincitial Respiratorio (34), el Haemophilus influenzae y el parainfluenzae, que aparecen en epidemia durante los meses de invierno. (21)

Los virus son los agentes etiológicos más frecuentes. Los virus influenza A y B, y el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) son los más importantes por la severidad de la enfermedad y por la alta transmisibilidad. Las bacterias, principalmente el Streptococcus pneumoniae (neumococo) y el Haemophilus influenzae tipo B (Hib), son las causas más frecuentes de neumonías adquiridas en la comunidad (35). Los factores predisponentes más importantes para contraer una IRAs son:

- **Ambientales:**
  - Contaminación ambiental dentro o fuera del hogar.
  - Tabaquismo
  - Deficiente ventilación de la vivienda

- Cambios bruscos de temperatura
- Contacto con personas enfermas de IRA

- **Individuales.**

- Edad
- La frecuencia de la gravedad son mayores en menores de un año.
- Bajo peso al nacer.
- Ausencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- Desnutrición.
- Infecciones previas.
- Esquema incompleto de vacunación.
- Carencia de vitaminas A y C.

- **Sociales**

- Hacinamiento
- Piso de tierra en la vivienda
- Madre de escasa escolaridad o menor de 17 años.

(16)

El aparato respiratorio está expuesto en cada respiración a múltiples agente invasores; sin embargo, gracias a los mecanismos de defensa local de que dispone, sólo en contadas ocasiones es asiento de infección. En el niño los factores anatómicos, unidos a la inmadurez o fallos en los mecanismos de defensa, propician la infección. (29)

### **2.2.3.- CLASIFICACIÓN DE LAS IRAs**

El término "aguda" no necesariamente significa gravedad, lo que quiere decir es que la dolencia se ha iniciado recientemente, es decir, hace unos pocos días, en todo caso, menos de quince. (37)

Generalmente se manifiesta con fiebre y se localiza en el aparato respiratorio. Este está formado por una porción alta y una baja. El sector alto comprende la nariz, los senos paranasales, la garganta o faringe con las amígdalas y el oído medio. Cuando un microorganismo se asienta en alguno de estos sitios, decimos que el paciente tiene "infección respiratoria alta" y se habla entonces de rinofaringitis, faringoamigdalitis, sinusitis, otitis media etcétera. (37)

Las vías respiratorias bajas comprenden la laringe, tráquea, bronquios, pulmón, dentro del cual se ramifican en millares de pequeños bronquios y bronquiolos. Cuando una infección ataca las vías respiratorias bajas, según el sitio, se habla de laringitis y demás entidades del Síndrome crupal, traqueítis, bronquitis, bronquiolitis, alveolitis o neumonitis (neumonía) y de combinaciones de éstas como son: laringotraqueobronquitis, bronconeumonía. (37)

De una forma más práctica se organizan como:

**a. Infección Respiratoria Aguda (IRAs) Alta.**

No complicadas:

- Rinofaringitis Aguda.
- Faringoamigdalitis con vesículas, nódulos y ulceraciones (Herpangina, Faringoamigdalitislinfonodular, gingivoestomatitis).
- Faringoamigdalitis con exudados y membranas (estreptocócica 70%, no estreptocócica).

Complicadas:

- Otitis Media Aguda
- Sinusitis

- Absceso periamigdalino o retrofaríngeo
- Mastoiditis

**b. Infección Respiratoria Aguda (IRAs) Baja.**

No complicadas.

- Crups: Epiglotitis.
- Laringitis Aguda.
- Pseudocrups nocturno.
- Laringotraqueobronquitis.
- Bronquitis Aguda.
- Neumonías:-Intersticial (Bronquiolitis).
- Neumonías Lobares.
- Bronconeumonías.

Complicadas:

- Atelectasia.
- Neumotórax.
- Pleuresía.
- Neumomediastino. (38, 39)

De forma general las infecciones respiratorias se manifiestan por uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Dificultad respiratoria.
- Estridor (ronquido o “tos perruna”).
- Respiración rápida.
- Tiraje subcostal e intercostal.
- Tos.
- Dolor de garganta o enrojecimiento de ésta.
- Otagia.
- Otorrea.
- Rinorrea.
- Obstrucción nasal.
- Quejido respiratorio.
- Cianosis.
- Todos estos síntomas pueden acompañarse con o sin fiebre. (40)

#### **2.2.4.- CUADRO CLÍNICO Y TRATAMIENTO**

De modo más específico; la faringoamigdalitis, que es la infección respiratoria alta que involucra la garganta y las amígdalas, se manifiesta por la presencia de tos, irritación faríngea, dolor al tragar o fiebre. Al exámen las amígdalas están aumentadas de tamaño y suelen tener exudados o petequias. Los agentes causales suelen ser bien definidos: en menores de 2 años suelen ser virales; en niños mayores de 5 años y adolescentes: bacterias (en los mayores de 5 años es más común un tipo de germen que llamamos Streptococcus del grupo A, en adolescentes los más comunes son Mycoplasma, gonococos y Arcanabacterium haemolyticum).

El virus de la mononucleosis infecciosa también causa faringoamigdalitis que se caracteriza por exudados en "sabana" y su cuadro es típico asociado adenopatías generalizadas y malestar general. Los fármacos de elección para el tratamiento son las penicilinas cuando se sospecha de Streptococcus grupo A y como alternativa los macrólidos, estos últimos también vienen bien para el Mycoplasma y A. haemoyticum. Las medidas generales son las mismas que para los catarros. Obviamente si el agente que se

sospecha no es bacteriano, solo se dan sintomáticos y se aconsejan medidas generales. (41)

El Crup se caracteriza porque el niño tiene tos metálica "perruna", voz ronca y estridor respiratorio. Se presenta mayormente en los niños de 6 meses a 3 años de edad. El episodio típico se presenta en niños con infección respiratoria de vías altas de más de 5 días de duración. Los agentes que causan el crup son fundamentalmente virus: Parainfluenza tipo 1 y 2, virus sincitial respiratorio. Ahora como todos los niños están vacunados para la difteria, ya no es frecuente el crup membranoso, en este último caso el germen causante es una bacteria: *Corynebacteriumdifteriae*. Si el Crup es leve, solo bastan medidas generales: líquidos, reposo, etcétera; y una dosis de corticoides aunque es muy debatido su uso en este caso. Si el Crup es grave se requiere ingreso hospitalario y en el tratamiento, además de los corticoides, se puede usar adrenalina nebulizada. (41, 42)

La otitis media aguda, es la infección de la mucosa que reviste las cavidades del oído medio que en condiciones normales es estéril. Los agentes causales son básicamente bacterias: neumococos, *H. influenzae*, *M. catarrhalis* y *S. pyogenes*.

Clínicamente se caracteriza por dos fases: la primera de colección: asociada a distensión timpánica, dolor del oído, fiebre y disminución de la audición; la segunda fase es la de otorrea cuando hay perforación timpánica. Se usan antibióticos, de primera línea: amoxicilina, amoxicilina / ácido clavulánico, cefalosporinas y macrólidos fundamentalmente. Se usan analgésicos cuando hay dolor. (41, 43)

La bronquiolitis es una de las infecciones del tracto respiratorio bajo más frecuentes en los lactantes, afecta usualmente a menores de 2 años. Se caracteriza porque empieza tras un catarro leve, que en dos o tres días bruscamente se asocia a dificultad respiratoria y respiración con sibilancias, el niño puede mostrar respiración rápida, irritabilidad y ansiedad; en casos severos cianosis. Es de carácter epidémico, su etiología es fundamentalmente vírica, y suele presentarse habitualmente en otoño o invierno. Se trata con: Oxigenación, Hidratación, si es posible por vía oral o en su defecto parenteral. En el momento actual el único medicamento que ha demostrado ser útil es la adrenalina en aerosol. Si la bronquiolitis es leve solo bastará tranquilizar a los padres y recordarles que hay que hidratar al paciente y esperar que la infección se autolimite. (44 – 46)

Las Neumonías son procesos inflamatorios que afectan al parénquima pulmonar y que clínicamente se manifiestan con fiebre, dificultad para respirar, dolor torácico, tos, respiración rápida y estertores húmedos crepitantes y subcrepitantes fundamentalmente. Los gérmenes que la causan pueden ser virus a edades más jóvenes y bacterias en edades mayores, los hongos (*Aspergillus* y *Candida*) también son capaces de generar neumonía sobretodo en inmunodeprimidos.

Frente a la posibilidad de una neumonía los médicos siempre de inicio van usar antibióticos, a menos que después se demuestre que el agente causal no es una bacteria. La elección del antibiótico queda a criterio del médico, según el cuadro clínico: bien sea típico o atípico, o según el grupo de edad del afectado. Además se aplican medidas de soporte: oxígeno, antipiréticos, broncodilatadores, y drenaje cuando se sospeche de complicación por derrame pleural.

(47, 48)

### **2.2.5.- SIGNOS DE GRAVEDAD DE LAS IRAs**

La dificultad para respirar (disnea). Este signo también se puede expresar como respiración rápida, ahogos o agitación. Algunos consideran respiración rápida cuando hay 60 o más respiraciones por minuto en un niño menor de 2 meses, 50 o más respiraciones por minuto en un niño entre 2 a 11 meses de edad, y 40 a más respiraciones por minuto en un niño entre 1 a 4 años de edad.

- El tiraje subcostal, si se observa retracción, es decir se dibuja perfectamente el reborde costal inferoanterior cuando el niño está respirando.
- Fiebre. Se considera fiebre cuando la temperatura es mayor o igual a 38°C si se toma en la axila, o 38.5°C si se toma en el recto.
- Convulsiones.
- Niño anormalmente somnoliento.
- Niño que no puede beber líquidos.
- Sonidos al respirar: que pueden tratarse de sibilancias (sonido similar a un silbido), ronquidos, o estridor. (21)

## **Manejo general de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs):**

Según los diferentes niveles es aconsejable:

- A nivel familiar e individual:

- Asistir a control durante el embarazo para tener un niño con un buen peso al nacer y detectar a tiempo, posibles complicaciones que ameriten más cuidado durante el parto o el seguimiento del recién nacido.
- Alimentar al niño con leche materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.
- Permitir que el niño reciba todas sus vacunas durante el primer año de vida.
- Llevar al niño al organismo de salud para controlar su crecimiento y desarrollo.
- Evitar cambios bruscos de temperaturas y enfriamiento.
- Es importante no utilizar medicamentos por cuenta propia, sobre todo si el niño es menor de un año.
- Acudir al centro de salud en busca de orientación.

- En el medio ambiente:

- Evitar el humo de tabaco.
- Evitar el contacto con personas que tienen Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs).
- No permanecer en habitaciones húmedas o con ventilación inadecuada.
- Alejar al niño del humo mientras se cocina.
- No usar insecticidas ni sustancias en aerosol dentro de la vivienda sin ventilación. (40)

Las estrategias generales en la prevención y en el tratamiento se basan en: evaluar sistemáticamente los conocimientos existentes acerca de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), divulgarlos y aplicarlos, desarrollar una guía nacional para las indicaciones de los antibióticos, aplicar las vacunas existentes: DPT, triple viral (PRS), anti-Hib, incrementar la inmunización contra el neumococo y los virus influenza, particularmente en grupos de riesgo y desarrollar y evaluar nuevas vacunas contra el VSR, *Haemophilus influenzae* no serotificables, *Bordetella pertussis* y otros agentes infecciosos que afectan el aparato respiratorio. (35)

La Organización Mundial de la Salud y la Oficina Regional para las Américas han definido un Programa de Control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), el cual establece un grupo de objetivos centrales en la estrategia de enfrentamiento de estas enfermedades, que se resumen en los siguientes:

1. Reducción de la mortalidad por neumonía en menores de 5 años.
2. Disminución del uso de antibióticos y de otros medicamentos en el tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) en menores de 5 años.
3. Reducción de la frecuencia de complicaciones de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.
4. Reducción de la incidencia y la gravedad de las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores.(49)

#### **2.2.6.- CONOCIMIENTO**

El conocimiento deriva de un proceso constante de aprendizaje del ser humano fundado en la reflexión de aquello que le rodea. Pero

al mismo tiempo, el conocimiento aporta el piso desde el cual la persona observa su entorno y reflexiona sobre él.

El conocimiento es un producto y es insumo del proceso de aprendizaje, producto porque el proceso de aprendizaje conduce a un cultivo del conocimiento, e insumo porque el conocimiento cultivado permite crear el sustrato para el aprendizaje, por ello no es osado afirmar que el conocimiento es un elemento inherente al quehacer del ser humano y, por tanto, es definitivo en la construcción del desarrollo endógeno.

El conocimiento no es algo exclusivamente generado y verificado por la práctica individual, por el contrario, la porción de conocimiento individual es muy poca en comparación a aquella que ya ha pasado por el colectivo. (42)

El conocimiento, según HESSEN, J, se clasifica en: (26)

- **CONOCIMIENTO VULGAR.** Llamado conocimiento ingenuo, el modo de conocer es directo, de forma superficial se adquiere con contacto directo con las cosas o personal que nos rodean. Es aquel que el hombre

aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación a generación. (26)

- **CONOCIMIENTO CIENTÍFICO.** Llamado conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo, intenta relacionar de manera sistemática los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad.

Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con presentación de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por lo cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación. (42)

Los niveles del conocimiento, según Belda, María son:

- **CONOCIMIENTO SENSIBLE:** Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensión. Los ojos y los

oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. (32)

- **CONOCIMIENTO CONCEPTUAL:** Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en que el conocimiento sensible es singular y el conceptual es universal. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi padre (representa a una persona con dimensiones y figura concretas); esto es conocimiento sensible, singular; pero además, puedo tener el concepto de padre (padre es el da vida a otro ser), que abarca a todos los padre; es universal; el concepto de padre ya no tiene color o dimensiones; es abstracto.(32)
- **CONOCIMIENTO HOLÍSTICO (INTUITIVO):** En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como en el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras, ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se

refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego). La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. En cambio el conceptual, es un conocimiento estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel intuitivo no se puede definir, (definir es delimitar), así por ejemplo podemos vislumbrar el valor de un hombre en concreto dentro de su familia, percibimos su valor y lo apreciamos pero sin poder expresarlo adecuadamente.(32)

### **2.2.7.- ACTITUD**

La actitud es la forma de responder a alguien o a algo, las actitudes se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componentes conductuales). Suelen suceder que los tres elementos estén en contradicción unos con otros. Conocer los tres niveles diferentes supone encontrar formas de medir las actitudes, utilizando escalas

diferentes para los pensamientos, los sentimientos y los actos; este planteamiento tiene implicaciones importantes en los esfuerzos para modificar las actitudes. (17)

Frecuentemente se miden las actitudes haciendo una serie de preguntas sobre sus creencias a través de entrevistas o cuestionarios; las dos de escalas más populares son:

- **Escala de Likert.** (Likert, 1932) Contiene un listado de afirmaciones o actitudes y pide al individuo que responda hasta qué punto está de acuerdo o no; Likert utilizaba un rango de 5 puntos: estar completamente de acuerdo, estar de acuerdo, no estar de acuerdo ni en desacuerdo, estar en desacuerdo. El sujeto indica el número de la letra apropiada y cada respuesta se le da un valor en puntos, de 1 a 5. La clasificación de la actitud de una persona es la suma de todas sus valoraciones.
- **El diferencial semántico** Se centra en el significado que una palabra o concepto. En términos de un conjunto de dimensiones, tales como justo-injusto (evaluación del

ítem del que se está juzgando), fuentes débil (percepción su nivel actividad). La fiabilidad de estos auto informes plantea problemas, porque el modo en que se formula una pregunta afecta a la persona dada. Por otro lado, las personas no son siempre honradas consigo misma respecto a sus verdaderas actitudes cuando se les deja a solas con los investigadores.(17)

La principal función resulta ser cognoscitivas, las actitudes pueden tener además funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social, ego defensivo; una actitud favorable facilita a la persona la consecución de objetivos favorables. Por su parte, la actitud desfavorable trata de evitar la asociación con instituciones, personas en declive. (17)

### **2.2.8 CAMBIO DE ACTITUD Y COMPORTAMIENTO**

Los factores básicos que hay que considerar para el cambio de actitud, según Morales Francisco son: (51)

- **Fuente del mensaje:** Tenemos una gran propensión a dejarnos influir por las personas expertas en el tema sobre el que se está hablando, por aquellos que han demostrado ser dignos de confianza y los que se parecen a nosotros. Sin embargo de acuerdo con el efecto de latencia, una fuente de gran credibilidad tiene mayor impacto inmediatamente después de transmitir el mensaje y su mayor nivel de credibilidad se disipa después de 4 semanas, esto se debe probablemente, a que muchas personas olvidan a quien y en qué lugar oyeron por primera vez el mensaje. (51)
- **Naturaleza del mensaje:** Los mensajes pueden apelar a nuestro raciocinio o a nuestras emociones, pueden presentarse ambos aspectos o una solo cualquiera de estos elementos en solitario es menos efectivo para modificar la conducta, lo que hace que un planteamiento sea mejor en algunas ocasiones es la naturaleza del tema que se discute, otras es la inteligencia o autoestima de la audiencia, algunas veces qué mensaje oímos en primer o último lugar. Las llamadas a nuestras emociones parecen

ser más efectiva que las llamadas a nuestro sentido de la lógica. En general, los mensajes que inducen niveles moderados de temor tienen más probabilidad de cambiar nuestra actitud. Si un mensaje resulta demasiado atemorizador, "apagamos el interruptor" para librarnos de la incomodidad pero si no nos asusta lo suficiente, no conseguiremos nuestra atención. Los mensajes de dos caras, aquellos que incluyen los dos aspectos de un argumento y refutan un punto de vista, son más efectivos con audiencias inteligentes que al menos están al tanto ya inclinadas en la dirección opuesta. (51)

- **Características de la audiencia.** Por un lado la poca autoestima (las personas que no tienen opinión elevada de sí misma) son más fácilmente influenciables, por otro lado un adecuado estado de relajación y una buena alimentación influyen notablemente ya que las personas después de comer y beber son más receptivas. Otra razón es, que la gente es más fácilmente influenciada por una persona que les cae simpático o a

quien respetan, una audiencia comprometida cambia su actitud con más facilidad.(51)

Existe dificultad de utilizar las actitudes expresadas por la gente para predecir lo que harán. Sin embargo, hay casos en los que saber lo que la gente piensa puede ayudar a predecir sus acciones, dos semanas e incluso dos años después. La predicción tiende a ser muy exacta en las condiciones siguientes:

- Cuando se minimizan otras influencias sobre nuestro comportamiento, nuestra preocupación, por lo que piensan los demás, por ejemplo.
- Cuando la actitud medida se corresponde íntimamente con la situación considerada. Es más fácil predecir el comportamiento de un hombre hacia una compañera de trabajo, si sabemos qué siente hacia ella, que si sabemos solamente lo que siente respecto a la igualdad de derechos.

- Cuando somos conscientes de nuestras actitudes al actuar, bien porque se nos pida que las recordemos o bien porque las adquirimos de una forma especialmente poderosa, tal como la experiencia personal, o porque somos personas introvertidas que están más de acuerdo en juzgar una situación a partir de los propios principios que, en ajustar éstos a nuestra conducta a la situación.

Investigaciones sobre las actitudes y la conducta concluyen que lo que la gente dice sobre sus actitudes, sólo nos permite predecir con menos de un 10% de acierto que realmente hace. Una de las principales razones es que frecuentemente no sabemos cuáles son nuestras actitudes respecto a un tema determinado hasta que nos vemos forzados a tomar la iniciativa. Es más, en algunos casos parece que nuestra conducta determina nuestras actitudes.

El tema crucial en la relación entre actitudes y comportamiento es que tanto lo que hacemos como lo que decimos que creemos están sujetos a otras influencias. Tenemos ciertos arquetipos idealizados del tipo de persona que queremos ser y las actitudes que expresamos frecuentemente se adaptan a ellos, incluso cuando no

actuamos de la manera en que creemos que deberíamos hacer, igualmente tenemos cierta imagen de nosotros mismos que queremos presentar a los demás y a menudo decimos lo que creemos que los otros quieren oír y acabamos creyéndolo nosotros mismos.

#### **2.2.9. EDUCACIÓN A LA MADRE EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS NIÑOS**

La comunicación social y la educación para la salud están destinadas a enseñar a las madres a identificar precozmente los signos de alarma de neumonía en un niño con IRAs para la inmediata consulta a un trabajador de salud. Adicionalmente, la educación de las madres y otros responsables del cuidado de los niños, está destinada a enseñar sobre el manejo adecuado del niño con IRAs en el hogar, para estimular las prácticas apropiadas y desalentar las prácticas perjudiciales o potencialmente nocivas que puedan existir en el manejo de los casos en el hogar.

Dado que el principal objetivo de la comunicación es el fomento de la consulta precoz al trabajador de salud, es fundamental que

este personal esté proporcionando efectivamente tratamiento estándar de casos, esto es, que haya sido capacitado, que disponga de los medicamentos necesarios y que sea periódicamente supervisado.

La comunicación puede realizarse básicamente de dos maneras diferentes: en forma focalizada y en forma masiva. En cada etapa del programa evaluar el énfasis en cada una de estas formas de comunicación. Al inicio de las actividades de control, es conveniente que la comunicación sea focalizada sobre los grupos de población que tienen acceso a trabajadores de salud que proporcionan tratamiento estándar de casos, ya que de esta forma se evitará generar demanda de atención en sitios en que la capacitación no ha sido aún realizada, o no se dispone de los medicamentos para el tratamiento, o el personal no ha sido supervisado. En esta etapa, se podrá enfatizar la educación de las madres y otros responsables del cuidado de los niños durante la consulta, o en las salas de espera de hospitales, centros y puestos de salud que ya proporcionan tratamiento estándar, o en establecimientos educativos o de otro tipo en el área de influencia de estos servicios de salud.

La comunicación masiva, en cambio, debe reservarse para aquellas situaciones en que se ha logrado una gran cobertura de aplicación de las estrategias de control, de manera de no correr el riesgo de que los mensajes educativos fomentando la consulta precoz sean recibidos por personas a las que no se les ha proporcionado acceso al tratamiento estándar.

Implementada de esta manera, la comunicación y educación para la salud darán una adecuada respuesta a aquellas situaciones en que las madres y familias no consultan a los servicios de salud o lo hacen en forma tardía, situaciones en las que se registra en general una elevada proporción de muertes domiciliarias. En estos casos, será necesario mejorar el nivel de alarma de las madres y garantizar el acceso de las mismas a servicios de salud que proporcionan efectivamente tratamiento estándar.

Para la comunicación y educación para la salud es muy importante el desarrollo de materiales y metodologías adecuadas a las características culturales del lugar. La forma más adecuada de proceder es desarrollar materiales locales en base a los principales

mensajes educativos contenidos en la estrategia de tratamiento estándar de casos.

La familia ocupa un papel relevante en la comunidad educativa puesto que el niño y la niña nacen en su seno e inmediatamente inician un proceso de incorporación a la cultura, proceso que continúan en la escuela y la comunidad y que es reforzado por los medios de comunicación social. La familia es fundamental en los procesos de socialización y en la conformación de la identidad individual y social mediante los espacios de interacción que se dan en su interior.

La familia: "grupo de personas con un grado de vinculación emocional muy fuerte, con una historia en común y un futuro como grupo cuyas relaciones entre los componentes se caracterizan por persistir en el tiempo, compartir un alto grado de intimidad en lo cotidiano y ser emocionalmente intensas". (4)

Dentro de la familia se llevan a cabo la mayoría de las actividades de la vida cotidiana; los cuidados relacionados con la alimentación, la higiene, la sexualidad, la actividad física y mental, son

fundamentales para su salud y poco a poco se van convirtiendo en hábitos de vida; durante los primeros años el niño y la niña son dependientes y necesitan ser guiados y ayudados para su atención en salud.

### **2.2.10.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Es un proceso de persuadir para que acepten medidas que fomenten su salud y rechacen las que dan afectos adversos. En general, todos los autores marcan 2 aspectos: todos van dirigidos a individuos o colectivos y el fin es obtener un comportamiento determinado. La educación para la Salud es uno de los pilares fundamentales de la salud pública que tiene la finalidad que la población tenga una conducta que mejore las condiciones de vida y salud. (23;26)

La educación para la salud imparte conocimientos y va más allá de la información ya que es sistemático y programado con el objetivo de constituir las bases para la modificación de conductas que ayude al individuo, familia y comunidad a que alcancen la salud mediante un esfuerzo y comportamiento. Según la OMS tiene el propósito de

equipar a las personas con conocimientos y habilidades que le permitan resolver sus problemas de salud.

La enfermera de salud pública es el profesional del equipo que más está en contacto con la comunidad y por ello conoce a fondo a la población y sus necesidades individuales o colectivas para llevar a cabo una correcta educación para la salud. La educación para la salud se lleva a cabo mediante la comunicación en el que el individuo recibe un mensaje y para que se produzca un cambio de conducta, pasa por las 3 esferas de la conciencia: Cognoscitiva:(información), afectiva (que le llegue al mensaje) y volitiva( que tenga la voluntad de cambiar) además para que el cambio sea efectiva, no debe ser esporádico sino permanente es lo que da lugar al habito sanitario. (25)

Los objetivos de la educación para la salud tienden a la modificación de conductas en los siguientes aspectos:

- Fomento y protección de la salud individual y colectiva.
- Usar adecuadamente los servicios disponibles.
- Rehabilitación y reinserción social perdida.
- Apoyo a campañas sanitarias.

- Favorecer el desarrollo de la personalidad y formación de nuevos hábitos.
- Colaborar en la destrucción de prejuicios y barrera que impiden la intercomunicación.
- Acercar al individuo y comunidad a las soluciones científicas que se van imponiendo al quehacer cotidiano.

El contenido está relacionado con el objetivo, el problema, características del educando y número de personas que reciben la educación y se basa en el conocimiento científico, la metodología que va orientada a las ciencias sociales de la conducta y la pedagogía (25). Los principios para la educación de la salud son:

- Que la educación para la salud es una responsabilidad de toda la comunidad y debe participar en ella.
- Se basa en conocimientos científicos y metodología pedagógica: los métodos deben ser experimentados y evaluados.
- Debe ser organizado y planificado para garantizar su eficacia. Debe actuar en edades tempranas: favorece la adquisición de conocimientos, hábitos y conductas.

- Los objetivos, contenidos y métodos de la educación para la salud deben estar relacionados en base a las necesidades individuales y colectivas teniendo en cuenta las características (sexo, edad, colectivas, educación, interés, motivación, estado de salud, modo de vida, trabajo, responsabilidad con el grupo familiar).

En relación a los principios debemos resaltar que para asegurar la calidad y eficacia hay que considerarlo en un marco real adaptándose a las características sociales del lugar donde se hace la educación para la salud.

#### **Apartados De Educación Para La Salud:**

- Información a las masas: Mediante los medios de información (televisión, radio). Transmite un mensaje de salud que puede ser reafirmado con la repetición y si se hace durante un periodo largo puede producir un cambio de conducta.
- Educación de grupos: Se consiguen mejor los cambios de actitudes y conductas se llega mejor a los tres niveles de

conciencia. Se facilita el proceso de comunicación por la relación personal entre el educador y los educados.

- **Asesoramiento Individual:** Se personaliza al máximo el contenido educativo. Requiere e conocimiento del individuo y situación particular y una mayor dedicación de tiempo.

### **Práctica De La Educación Para La Salud:**

Se basa en la relación entre el educador y el individuo o grupo lo que permite ayudar que las personas tengan actitudes y conductas positivas aumentando los conocimientos sobre los recursos existentes y su buen uso lo que implicará un estado de salud integral.

### **Métodos De Educación Para La Salud:**

**Métodos didácticos:** Se usan para realizar la enseñanza a un individuo o grupo. Por ejemplo conferencias, clase magistral, etc. La ventaja es que se informa al mismo tiempo a un gran número de personas aunque este público no participa y la atención disminuye a lo largo de la sesión de forma rápida por lo que se retienen pocos

aspectos de lo transmitido y los asistentes olvidan pronto el mensaje recibido.

**Métodos socráticos:** Son métodos compartidos o dialogado; la enseñanza se basa en el intercambio de conocimientos entre el educador y los educandos, en este caso se presupone que los participantes tienen conocimientos o experiencias sobre el tema como en el caso de coloquios.

Ambos métodos pueden usarse aisladamente o conjuntamente; en la educación para la salud es frecuente usar los 2 métodos en la misma sesión; los métodos de educación para la salud pueden aplicarse a individuos es decir aisladamente (visita domiciliaria), a grupos como charlas en el centro de salud a un número de personas determinado y a grupo importantes de la población como las escuelas, lugares de trabajo, etc.

**Medios y ayudas de educación para la salud.** Los medios que existen para realizar la educación para la salud son:

- Verbales (charlas, conferencias)
- Escritos (libros, revistas)
- Visuales (fotografías, gráficos)

- Mixtos (audiovisuales)

El medio usado con más frecuencia es el verbal porque establece una relación directa con el individuo o grupo y su eficacia aumenta considerablemente con el uso de ayudas a la palabra o ayudas audiovisuales.

#### **2.2.10.- MODELO DE CREENCIAS EN SALUD**

El modelo de creencias en salud fue desarrollado en 1950 con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Posteriormente, se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud, entre otras la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento de pacientes con los tratamientos y las recomendaciones médicas, la práctica de auto exámenes exploratorios, el uso del tabaco, la participación de inmigrantes latinos en los Estados Unidos en programas de prevención de tuberculosis.

Los factores del modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las

creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad ( percepción de la severidad ) ; mientras que las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras). Una última variable que completa el modelo es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar.

Una clave interna puede ser síntoma de una enfermedad, mientras una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad.

Adicionalmente, el concepto de autoeficacia ha sido adherido a algunas versiones del modelo de creencias de salud. La autoeficacia

es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica que requiere cambios comportamentales en un largo periodo.

### **2.2.11.- PROGRAMA EDUCATIVO “EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS”**

La educación en salud es un proceso que promueve cambios en la relación a la salud y enfermedad, dando al individuo la oportunidad de ser una persona digna, capaz y libre. Este proceso debe ser compartiendo tanto por el personal de salud como la comunidad, en la identificación de problemas así como en la búsqueda de soluciones, de este modo recibir un bagaje de conocimientos y habilidades. Existen muchas maneras de educar, pero la importante es que la educación tenga función transformadora, para quienes tenemos la tarea de prevenir, al estar en contacto con las comunidades, reconocemos que nuestra población necesita educación en salud, dentro de las actividades enfocadas en la prevención de enfermedades y promoción de la salud basada en el modelo de a promoción de la salud de Nola Pender que tiene una construcción similar al modelo de creencias en

un salud, todo esto a través de visitas domiciliarias y campaña de salud.

Es indudable que las IRAs constituyen un grave problema de salud en nuestro país, no es ajeno a ello la incidencia de IRAs en el C.S. Leoncio Prado en el 2011 durante el primer semestre, muchos de los casos son prevenibles, considerando que la mayoría de las IRAs pueden ser diagnosticada eficazmente con procedimientos simples y participación activa de las madres, es necesario precisar si un programa educativo sobre IRAs, permita a la madre sensibilizarse incrementando sus conocimientos y modificando sus actitudes. Con la finalidad de contribuir a la solución de este problema es que se desarrolla este programa educativo. Que propone los siguientes objetivos:

## **I. Objetivos**

### **A. Objetivos generales**

- Incrementar los conocimientos y modificar actitudes se las madres con niños menores de 5 años que acuden al centro de salud Leoncio

Prado frente a las IRAs, a fin de promocionar la salud y prevenir la enfermedad.

**B. Objetivos Específicos**

- Educar a las madres con niños menores de 5 años sobre las infecciones respiratorias agudas.
- Orientar a las madres con niños menores de 5 años sobre las infecciones respiratorias agudas, hacia actitudes positivas.

**II. Grupo Objetivo**

Madre con niños menores de 5 años afiliados al C.S. Leoncio Prado.

**III. Recursos**

Recursos Humanos

- Personal de enfermería del Centro de salud Leoncio Prado
- Personal Técnico de enfermería del C.S. Leoncio Prado

- Madres con niños menores de 5 años

#### Recursos Materiales

- Lapicero
- Papel Bond
- Folder
- Rotafolio
- trípticos

#### **IV. Financiamiento**

Recursos propios de la investigadora.

#### **V. Contenido Del Programa Educativo**

El contenido del programa educativo será desarrollado de la siguiente manera: En 2 sesiones individuales a través de trabajos rurales de 45 minutos cada uno, siendo las dos primeras de carácter teórico y el tercer de carácter práctico. En cada reunión grupal se realizara una sesión

SESIONES	CONTENIDO	RESPONSABLE
1 sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de IRAs, causa, factores condicionales, signos y síntomas.</li> <li>• Infecciones respiratorias agudas más comunes en menores de 5 años.</li> </ul>	Bach. Eloisa del Pilar Saravia Ticona
2 sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como tratar el resfrío común en casa.</li> <li>• Como reconocer los signos y síntomas de la neumonía</li> <li>• Prevención de IRAs según la OMS.</li> <li>• Atención de un niño con dolor de garganta y oído</li> <li>• Medición de la temperatura</li> </ul>	Bach. Eloisa del Pilar Saravia Ticona

## VI. Evaluación

La evaluación se realizó mediante la aplicación de los instrumentos: cuestionario de conocimientos y escala de lickert.

### 2.2.12.- IMPACTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD

La evaluación del impacto de los programas educativos en salud es un proceso que posibilita el conocimiento de los efectos de un proyecto o programa en relación con las metas propuestas y los recursos asignados. La evaluación es el proceso mediante el cual se determina hasta qué punto se alcanzaron las metas propuestas, se consideran las intenciones del programa, las metas y objetivos de comportamiento y los procedimientos que es necesario poner en práctica para realizarlo con éxito. (26)

El programa educativo individualizado es la piedra angular de la educación ya que mejora los procesos de enseñanza-aprendizaje por consiguiente incrementa los conocimientos y modifica actitudes de una persona.

Los aspectos que deben considerarse a la exposición de los motivos que fundamentan la aplicación del programa. En esta parte se deberá mostrar que el problema o problemas que pretender solucionarse son importantes por su calidad o magnitud, y además que son susceptibles de resolverse. Esto implica un estudio y análisis de los problemas y de los recursos y así mismo la selección de las prioridades de acuerdo con las necesidades. (13)

- **Objetivos.** Son las metas o fines que se desean alcanzar con la realización del programa, los objetivos que se establezcan deben ser determinados como resultado de la adecuada estimación de problemas y recursos, y deben ser precisos, cuantificables y alcanzables. Los objetivos se dividen en medios e mediatos según la posibilidad de alcanzarse a largo o corto plazo.

- **Grupo objetivo.** Es la determinación del número y tipo de personas que se benefician al ejecutar la acción del programa.
  
- **Recursos**
  - Recursos materiales: Se refiere al equipo que se necesitará para la realización del programa y a los lugares cerrados o abiertos donde se ejecutará el programa.
  - Recursos humanos: Se refiere a las personas que participarán en la aplicación del programa, con sus respectivas funciones.
  
- **Financiamiento:**
  - Elaboración del presupuesto: Se trata del especificar el presupuesto que se requerirá para la ejecución del programa y se deben desglosar las diversas partidas que lo integran.
  - Plan de obtención de fondos: Se refiere a la manera como se piensa obtener los fondos que se necesitan para cubrir el presupuesto.

- **Contenido del programa educativo**

- Determinación y precisión de actividades: Comprende la especificación de las actividades que necesitan efectuarse para alcanzar los objetivos, también debe considerarse lo necesario para cada una de las actividades.
- Tiempo y calendario de actividades: Se refiere a los días meses o años durante los cuales se llevará a cabo el programa.

- **Evaluación:** Es la estimación de las realizaciones del programa con relación a los objetivos y procedimientos señalados. La evaluación requiere un adecuado sistema de registro de las actividades que se vayan a llevar a cabo. Aquí se indicará cómo se hará la valorización del programa, con que periodicidad, quienes la realizarán y que índices se tomarán en cuenta para ello. La evaluación puede ser: (13)

- Simultánea y al final del programa. Se denomina simultánea, cuando se efectúa durante el desarrollo del programa y al final si se realiza al término de él.

- Cuantitativa y Cualitativa. Se dice que es cuantitativa cuando se valora la cantidad de realizaciones alcanzadas y cualitativas si la situación se hace a través de la calidad de las realizaciones.
  - Interna y externa. Se considera interna cuando la practica el mismo personal que interviene en el programa, y externa cuando es efectuada por elementos que no participan en el programa.
- **Modificación de actitud:**Referida al cambio hacia una actitud positiva de la madre acerca de las IRAs, medido a través de la diferencia del tipo de actitud antes y después de la aplicación del Programa Educativo. (13)

### 2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- **Infección Respiratoria Aguda (IRAs):** Es el conjunto de afecciones del aparato respiratorio, causada por microorganismos virales, bacterianos u otros, que en un periodo de evolución inferior a 14 días.
- **Conocimientos en IRAs:** Conjunto de ideas, conceptos y principios que adquiere la madre, por medio de una educación formal, o informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales, acerca de medidas preventivas y complicaciones en infecciones Respiratorias Agudas.
- **Actitud frente a las IRAs:** Es la forma de respuesta a las infecciones respiratorias agudas, manifestándose en el querer hacer. Las actitudes se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emocionantes (componentes conductual).

(17)

- **Prevención de IRAs:** Conjunto de medidas a tener en cuenta, para evitar la presencia de infecciones respiratorias agudas, evitando complicaciones.
- **Rol de la madre:** La madre es un miembro activo indispensable e importante del equipo de salud, especialmente para el logro de los objetivos que se persiguen en la campaña contra la infección respiratoria aguda. Ella se preocupará de su hijo que ninguna otra persona. Ella necesita educación de salud para que conozca los signos importantes y la base para el diagnóstico y tratamiento. Para lograr un eficiente apoyo de las madres es necesario conocer los factores sociodemográficos que influyen en las mismas como:
- **Servicios de Salud:** Son las acciones y actividades que el Ministerio de Salud y otras entidades brindan a través de sus instituciones y personal.
- **Necesidad de Salud:** Es todo aquello que requiere un individuo para mantener y recuperar el completo estado

de bienestar bipsicosocial e incluye promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.- MATERIAL Y MÉTODOS**

El diseño de estudio según Alejandro Vela Quico se clasifica en (48):

- Según objetivos del estudio: analítico
- Según la orientación del estudio: Longitudinal.
- Según el tiempo: Prospectivo.
- Según la intervención: cuasi experimental con diseño pre-test y post-test.

#### **3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población está conformada por 126 madres de familia programadas para que acudan al consultorio de CRED del C.S. Leoncio Prado con su hijo menor de 5 años durante el mes de Noviembre del 2012.

Según la fórmula el tamaño muestral requerido fue de 95 madres de familia (Anexo N° 01). La selección de la muestra se realizó mediante un método no probabilístico por cuotas según la asistencia al consultorio de CRED y su aceptación en la participación en el estudio.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Madre de familia con hijo menor de 5 años de edad que pertenezcan a la jurisdicción.
- Madres que acuden al consultorio de CRED del C.S. Leoncio Prado durante el mes de Noviembre del 2012.
- Que aceptó participar del presente estudio mediante la firma del consentimiento informado.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Madre con ficha de datos incompleta.
- Madres que no acudieron al C.S. el día de la evaluación.

- Madres que habiendo participado en la primera sesión, dejaron de asistir a la segunda sesión de capacitación.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La **técnica** de recolección de datos para medir el conocimiento y tipo de actitud sobre las IRAs fue la encuesta a las madres de familia.

El **instrumento** utilizado es un cuestionario para medir el nivel de conocimientos y evaluar el tipo de actitud hacia las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Estos instrumentos fueron propuestos y validados como parte de la tesis “Nivel de Impacto de un Programa Educativo sobre IRAs en madres con niños menores de 5 años” desarrollada por Maria Elena Quispe Chacon y Vanessa Quispe Huayhua (Arequipa 2008).

El cuestionario consta de 3 partes:

- **Datos generales:** Constituido por ítems sobre datos generales tanto de la madre como del niño; de la madre consta de 5 preguntas y del niño 4 preguntas.
- **Test de Conocimientos sobre IRAs:** Consta de 20 preguntas referidas al conocimiento que posee la madre sobre las infecciones respiratorias. Son 12 preguntas con 5 opciones de selección múltiple cada una y 8 preguntas dicotómicas. Cada pregunta contestada correctamente tiene un valor de 2 puntos de lo contrario 0, con un puntaje máximo de 40 puntos.
- **Test de Lickert sobre la Actitud frente a las IRAs.** Para medir las actitudes que tienen las madres frente a las IRAs, incluye 14 reactivos cada uno con 5 alternativas (Totalmente de acuerdo, Acuerdo, Indeciso, Desacuerdo, y totalmente desacuerdo.) el puntaje va de 5 al 1 para las proposiciones positivas y del 1 al 5 para las proposiciones negativas, resultando así un total de 70 puntos.

### **3.6.- PROCESAMIENTO Y RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

Para realizar el desarrollo del estudio se coordinó con la Dirección del C.S. Leoncio Prado solicitando autorización para aplicar el Programa Educativo a las madres de familia que acudieron al consultorio de CRED durante el mes de Noviembre del 2012.

La recolección de la información estuvo a cargo de la propia investigadora y se realizó de la siguiente manera:

- **Pre test de conocimientos y de actitud hacia las IRAs:**  
Se aplicó el instrumento para medir los conocimientos y actitud hacia las IRAs en las madre con hijos menores de a 5 años y se clasificó según la escala de Quispe y Quispe (Arequipa 2008).
- **Aplicación del Programa Educativo “Educación sanitaria sobre Infecciones Respiratorias Agudas”:** Se desarrolló en 2 sesiones grupales de 45 minutos de duración que se realizaron en 2 días (un día por cada sesión), siendo las dos primeras de carácter teórico y la

tercera de carácter práctico. Los grupos de capacitación fueron integrados por 20-30 madres de familia. Las capacitaciones tuvieron los siguientes contenidos:

SESION	CONTENIDO	RESPONSABLE
1 sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de IRAs, causa, factores condicionales, signos y síntomas.</li> <li>• Infecciones respiratorias agudas más comunes en menores de 5 años.</li> </ul>	Bach. Eloisa del Pilar Saravia Ticona
2 sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como tratar el resfrío común en casa.</li> <li>• Como reconocer los signos y síntomas de la neumonía</li> <li>• Prevención de IRAs según la OMS.</li> <li>• Atención de un niño con dolor de garganta y oído</li> <li>• Medición de la temperatura</li> </ul>	Bach. Eloisa del Pilar Saravia Ticona

- **Post test de conocimientos y de actitud hacia las IRAs:** Se aplicó un mes después de aplicar el programa educativo para evaluar la modificación en el nivel de conocimiento y tipo de actitud.

## **ANÁLISIS DE INFORMACIÓN**

Los datos recolectados fueron trasladados a una base de datos en un programa de amplio reconocimiento para realizar el análisis estadístico. Con los datos se elaboraron tablas descriptivas con frecuencia absoluta y relativa.

Además, para evaluar la modificación y de los niveles de conocimiento y tipo de actitud se utilizaron pruebas estadísticas comparación de medias como la prueba t de student para una sola muestra y chi cuadrado con nivel de significancia  $p < 0,05$ .

Finalmente, los resultados se representaron en tablas de contingencia y gráficos de barras para las frecuencias y diagrama de cajas para comparar los promedios de los niveles de conocimientos y actitud.

## VARIABLES DEL ESTUDIO

- **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE IRAs**

Conjunto de ideas, conceptos y principios científicos y/o empíricos sobre las Infecciones Respiratorias Agudas, adquiridos por medio de una educación formal, o informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales, acerca de medidas preventivas y complicaciones en infecciones Respiratorias Agudas. El nivel de conocimiento se clasificó de acuerdo a la siguiente escala:

<b>Escala de evaluación del nivel de conocimientos Sobre Infección Respiratoria Aguda</b>	
Bajo	0-20 puntos
Regular	21-30 puntos
Alto	31-40 puntos

**Alto:** Tiene conocimientos adecuados y suficientes sobre las IRAs.

**Regular:** Posee conocimientos adecuados pero insuficientes sobre las IRAs.

**Bajo:** Tienen conocimientos inadecuados e insuficientes sobre las IRAs.

- **TIPO DE ACTITUD HACIA LAS IRAs**

Es la predisposición o comportamiento de actuar mediada por una respuesta emocional y mental ante una infección respiratoria aguda. El tipo de actitud se clasificó de acuerdo a la siguiente escala:

<b>Escala de evaluación de la Actitud hacia la Infección Respiratoria Aguda</b>	
Actitud favorable o positiva	36-70 puntos
Actitud desfavorable o negativa	0-35 puntos

VARIABLES	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
<b>VARIABLES DE ESTUDIO</b>			
Nivel de conocimiento sobre IRAs antes del Programa Educativo	Catagórica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo</li> <li>• Regular</li> <li>• Alto</li> </ul>
Nivel de conocimiento sobre IRAs después del Programa Educativo	Catagórica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo</li> <li>• Regular</li> <li>• Alto</li> </ul>
Tipo de actitud hacia las IRAs antes del Programa Educativo	Catagórica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positiva o Favorable</li> <li>• Negativa o Desfavorable</li> </ul>
Tipo de actitud hacia las IRAs después del Programa Educativo	Catagórica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positiva o Favorable</li> <li>• Negativa o Desfavorable</li> </ul>
<b>DATOS GENERALES MATERNOS</b>			
Edad materna	Numérico	Discreto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directa</li> </ul>
Estado civil	Catagórica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Divorciada</li> <li>• Viuda</li> </ul>
Grado de instrucción	Catagórica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>
Número total de hijos	Numérico	Discreto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directo</li> </ul>
Número de hijos menores de 5 años	Numérico	Discreto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directo</li> </ul>
<b>DATOS GENERALES DEL NIÑO</b>			
Edad en meses	Numérico	Discreto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directo</li> </ul>
Sexo	Catagórica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
Peso al nacer	Numérico	intervalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤2500 gr</li> <li>• &gt;2500 gr</li> </ul>
Numero de IRAs en últimos seis meses	Numérico	Discreto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directo</li> </ul>

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

A continuación se presentan los principales resultados de nuestro estudio.

**TABLA 1**  
**FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD DE LAS MADRES CON NIÑOS**  
**MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE**  
**CRED DEL C.S. LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	
	N	%
20-25	42	44,2%
26-30	38	40,0%
31-35	11	11,6%
35-40	4	4,2%
Total	95	100,0%

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

De las 95 madres de familia que integraron el presente estudio; 44,2% tenían edades entre 20-25 años, seguidos del 40,0% con edades entre 26-30 años, y sólo 15,8% eran mayores de 31 años.

**TABLA 2**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE LAS IRAS ANTES DEL  
PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S. LEONCIO PRADO  
NOVIEMBRE 2012**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE IRAS ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
BAJO	19	20,0%
REGULAR	69	72,6%
ALTO	7	7,4%
Total	95	100,0%

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

Al evaluar el nivel de conocimientos sobre las IRAs antes de aplicar el programa educativo encontramos que el 20% de las madres de familia con niños menores de cinco años tenían bajo nivel de conocimientos sobre las IRAs. Mientras que la mayoría de madres presentaba regular nivel de conocimientos, representando el 72, 6%. Sólo el 7, 4% de las madres tenía alto nivel de conocimientos sobre las IRAs.

**TABLA 3**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS IRAS SEGÚN LA EDAD**  
**MATERNA ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S.**  
**LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE IRASANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO	GRUPO ETARIO				TOTAL	P
	21-25	26-30	31-35	35-40		
BAJO	9	10	0	0	19	0,041
	21,4%	26,3%	0,0%	,0%	20,0%	
REGULAR	33	22	10	4	69	
	78,6%	57,9%	90,9%	100,0%	72,6%	
ALTO	0	6	1	0	7	
	0,0%	15,8%	9,1%	0,0%	7,4%	
TOTAL	42	38	11	4	95	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	(44,2%)	(40,0%)	(11,6%)	(4,2%)		

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

En la tabla evidenciamos que la mayoría de las madres tenía entre 21-30 años de edad (84,2%) y solo 15,8% tenía entre 31-40 años. Además se observa que las madres más jóvenes presentan con más frecuencia bajo nivel de conocimientos sobre las IRAs. El 21,4% de las madres con 20-25 años tenían bajo nivel de conocimientos, en las madres con 26-30 años representó el 26,3% y en las madres con 31 o más años fue 0,0%. También se observa que el alto nivel de conocimientos fue más frecuente entre los 26-30

años (15,8%) y 31-35 años (9,1%). Evidenciando que diferencias significativas en el nivel de conocimiento sobre las IRAs según la edad de las madres ( $p=0,000$ ).

**TABLA 4**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS IRAS SEGÚN EL ESTADO**  
**CIVIL MATERNO ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S.**  
**LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE IRAS ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO	ESTADO CIVIL			TOTAL	P
	SOLTERA	CASADA / CONVIVIENTE	DIVORCIADA		
BAJO	5	14	0	19	0,186
	33,3%	18,2%	0,0%	20,0%	
REGULAR	10	56	3	69	
	66,7%	72,7%	100,0%	72,6%	
ALTO	0	7	0	7	
	0,0%	9,1%	0,0%	7,4%	
TOTAL	15	77	3	95	
	100,0% (15,8%)	100,0% (81,1%)	100,0% (3,2%)	100,0%	

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

En la tabla observamos que las madres solteras presentaban peor nivel de conocimiento de las IRAs (bajo nivel 33,3% y regular 66,7%). Mientras que las madres casadas o convivientes fueron las únicas que presentaron alto nivel de conocimientos sobre las IRAs en el 9,1% de las madres. Sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0,186$ ).

**TABLA 5**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS IRAS SEGÚN EL GRADO DE**  
**INSTRUCCION MATERNO ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN**  
**EL C.S. LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE IRAS ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO	GRADO DE INSTRUCCIÓN			TOTAL	P
	ANALFABETA	SECUNDARIA	SUPERIOR		
BAJO	0	13	6	19	0,116
	0,0%	27,1%	13,6%	20,0%	
REGULAR	3	34	32	69	
	100,0%	70,8%	72,8%	72,6%	
ALTO	0	1	6	7	
	0,0%	2,1%	13,6%	7,4%	
TOTAL	3	48	44	95	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	(3,2)	(50,5%)	(46,3%)		

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

En la tabla observamos que 13,6% de las madres con educación superior presentaban alto nivel de conocimiento sobre las IRAs, en comparación al 0% y 2,1% de las madres analfabetas y con educación secundaria respectivamente. Asimismo las madres con bajo nivel de conocimientos sobre las IRAs, eran más frecuentes en aquellas con educación secundaria (27,1%) y educación superior (13,6%). Sin embargo estas diferencias no fueron significativas ( $p=0,116$ ).

**TABLA 6**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS IRAS SEGÚN LA OCUPACION**  
**MATERNA ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S.**  
**LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE IRASANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO	OCUPACIÓN		TOTAL	P
	AMA DE CASA	OTRA OCUPACIÓN FUERA DE CASA		
BAJO	9	10	19	0,174
	15,3%	27,8%	20,0%	
REGULAR	44	25	69	
	74,6%	69,4%	72,6%	
ALTO	6	1	7	
	10,2%	2,8%	7,4%	
TOTAL	59	36	95	
	100,0%	100,0%	100,0%	
	(62,1%)	(37,9%)	(100,0%)	

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

Observamos que las madres con alto nivel de conocimientos representaban el 10,2% de las amas de casa mientras que en aquellas madres con otra ocupación sólo representó el 2,8%. Asimismo, las madres con una ocupación diferente a la ama de casa tenían niveles más bajos de conocimiento sobre las IRAs en comparación a las amas de casa (27,8% vs 15,3%), diferencias que no fueron significativas ( $p=0,174$ ).

TABLA 7

NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE LAS IRAS SEGÚN EL  
 NUMERO DE HIJOS ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S.

LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE IRASANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO	NUMERO HIJOS		TOTAL	P
	1 HIJO	≥ 2 HIJOS		
BAJO	14	4	19	0,037
	29,2%	8,5	20,0%	
REGULAR	31	39	69	
	64,6%	83,0	72,6%	
ALTO	3	4	7	
	6,3%	8,5	7,4%	
TOTAL	48	47	95	
	100,0%	100,0%	100,0%	
	(50,5%)	(49,5%)	(100,0%)	

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

En la tabla observamos que las madres que tienen un solo hijo presentan mayor frecuencia de bajo nivel de conocimientos sobre las IRAs (29,2%) en comparación a las madres con dos hijos o más (8,5%). Es decir que las madres con un solo hijo presentan tres veces más frecuencia de bajo nivel de conocimientos sobre las IRAs en comparación con aquellas madres que tienen dos hijos o más (p=0,037).

**TABLA 8**  
**TIPO DE ACTITUD MATERNA HACIA LAS IRAS ANTES DEL**  
**PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S. LEONCIO PRADO**  
**NOVIEMBRE 2012**

<b>ACTITUD FRENTE LAS IRAS ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	N	%
NEGATIVA	7	7,4
POSITIVA	88	92,6
Total	95	100,0

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

En la tabla observamos que la mayoría de las madres (92,6%) tenía actitud positiva frente a las IRAS (voluntad de actuar ante un caso de IRAs en su menor hijo) desde antes de implementar el programa educativo, sin embargo, había 7,4% de madres con actitud negativa hacia las IRAs.

**TABLA 9**  
**TIPO DE ACTITUD HACIA LAS IRAS SEGÚN LA EDAD MATERNA**  
**ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S. LEONCIO**  
**PRADO NOVIEMBRE 2012**

ACTITUD HACIA LAS IRASANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO	GRUPO ETARIO				TOTAL	P
	21-25	26-30	31-35	35-40		
NEGATIVA	4	3	0	0	7	0,684
	9,5%	7,9%	,0%	,0%	7,4%	
POSITIVA	38	35	11	4	88	
	90,5%	92,1%	100,0%	100,0%	92,6%	
TOTAL	42	38	11	4	95	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

La tabla nos muestra que las actitudes negativas hacia las IRAs fueron frecuentes en las madres más jóvenes. Observamos que 9,5% de las madres con 20-25 años y 7,9% con 26-30 años presentaban actitud negativa hacia las IRAs, mientras que el 100% de las madres mayores de 31 años presentaban una actitud positiva.

TABLA 10

TIPO DE ACTITUD HACIA LAS IRAS SEGÚN EL ESTADO CIVIL  
MATERNO ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S.

LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012

ACTITUD HACIA LAS IRAS ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO	ESTADO CIVIL			TOTAL	P
	SOLTERA	CASADA/ CONVIVIENTE	DIVORCIADA		
NEGATIVA	0 0,0%	7 9,1%	0 0,0%	7 7,4%	0,413
POSITIVA	15 100,0%	70 90,9%	3 100,0%	88 92,6%	
TOTAL	15 100,0%	77 100,0%	3 100,0%	95 100,0%	

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

En la tabla observamos que el 100% de las madres solteras y divorciadas presentaba actitud positiva frente a las IRAs en sus hijos. Mientras que en las casadas convivientes sólo 90,9% presentaba actitud positiva y 9,1% presentaba actitud negativa hacia las IRAs. Estas diferencias no fueron significativas (P=0,413).

**TABLA 11**  
**TIPO DE ACTITUD HACIA LAS IRAS SEGÚN EL GRADO DE**  
**INSTRUCCIÓN MATERNO ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN**  
**EL C.S. LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**

ACTITUD HACIA LAS IRAS ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO	GRADO DE INSTRUCCIÓN			TOTAL	P
	ANALFABETA	SECUNDARIA	SUPERIOR		
NEGATIVA	0	4	3	7	0,851
	0,0%	8,3%	6,8%	7,4%	
POSITIVA	3	44	41	88	0,851
	100,0%	91,7%	93,2%	92,6%	
TOTAL	3	48	44	95	0,851
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

Observamos que el 100% de las madres analfabetas presentaba actitud positiva frente a las IRAs. En comparación al 91,7% de las madres con educación secundaria y 93,2% con educación superior (p=0,851).

**TABLA 12**  
**TIPO DE ACTITUD HACIA LAS IRAS SEGÚN LA OCUPACIÓN**  
**MATERNA ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S.**  
**LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**

ACTITUD HACIA LAS IRAS ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO	OCUPACIÓN		TOTAL	P
	AMA DE CASA	OTRO		
NEGATIVA	7 11,9%	0 0,0%	7 7,4%	0,031
POSITIVA	52 88,1%	36 100,0%	88 92,6%	
TOTAL	59 100,0%	36 100,0%	95 100,0%	

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

En la tabla observamos que 11,9% de las amas de casa presentaban actitud negativa frente a un caso de IRAs en sus hijos, en comparación al 0% de las madres como preocupación. Sólo 88,1% de las amas de casa presentaban actitud favorable frente a una IRAs, en comparación al 100% de las otras madres (p=0,000)

TABLA 13

TIPO DE ACTITUD MATERNA HACIA LAS IRAS SEGÚN EL NUMERO DE HIJOS ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S. LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012

ACTITUD HACIA LAS IRAS ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO	NUMERO DE HIJOS		TOTAL	P
	1 HIJO	≥2 HIJOS		
NEGATIVA	7 11,9%	3 6,4%	7 7,4%	0,337
POSITIVA	52 88,1%	44 93,6%	88 92,6%	
TOTAL	59 100,0%	47 100,0%	95 100,0%	

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

La actitud negativa hacia las IRAs fueron más frecuentes en las madres con un solo hijo (11,9%) en comparación a las madres con dos o más hijos (6,4%) (p=0,337).

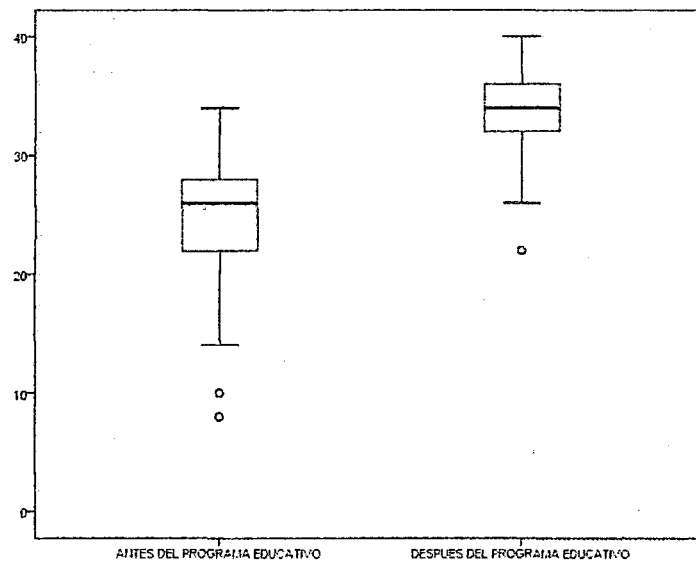
**TABLA 14**  
**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE**  
**LAS IRAS ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL**  
**C.S. LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE IRAS</b>	<b>ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO</b>	<b>DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO</b>	<b>Diferencia</b>	<b>P</b>
Media	24,8	33,6	+8,8	0,000
DE	5,8	3,5		

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

En la tabla observamos el puntaje promedio del cuestionario sobre conocimientos maternos sobre las IRAs. Observamos que el promedio materno antes del programa educativo fue 24,8 ( $\pm 5,8$ ) puntos, mientras que el puntaje promedio después del programa educativo fue 33,6 ( $\pm 3,5$ ) puntos. Representando un incremento significativo de 8,8 puntos ( $p=0,000$ )

**GRAFICO 1**  
**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE**  
**LAS IRAS ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL**  
**C.S. LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**



Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

**TABLA 15**  
**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE**  
**LAS IRAS ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL**  
**C.S. LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE IRAs</b>	<b>ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO</b>		<b>DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
BAJO	19	20,0%	0	0%
REGULAR	69	72,6%	21	22,1%
ALTO	7	7,4%	74	77,9%
Total	95	100,0	95	100,0

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

En la tabla comparamos los niveles de conocimiento sobre las IRAs antes y después de aplicar el programa educativo. Observamos que las madres mejoran el nivel de conocimientos, el bajo nivel de conocimientos que representan el 20% antes del programa educativo desaparece (0%) después del programa. Asimismo la frecuencia de madres con alto nivel de conocimientos sobre IRAs incrementa de 7,4% hasta 77,9% después de implementarse el programa educativo.

**TABLA 16**  
**COMPARACIÓN DEL TIPO DE ACTITUD MATERNO HACIA LAS IRAS**  
**ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S.**  
**LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**

<b>ACTITUD HACIA LAS IRAs</b>	<b>ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO</b>	<b>DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO</b>	<b>Diferencia</b>	<b>P</b>
Media	46,3	62,3	+16,0	0,000
DE	6,4	6,7		

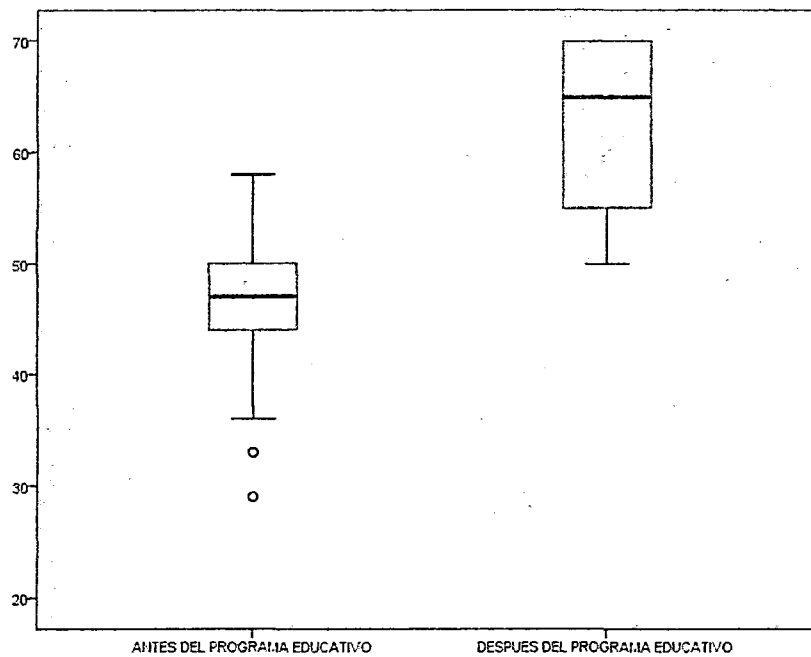
Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

En la tabla observamos el puntaje promedio del cuestionario sobre la actitud materna hacia las IRAs. Observamos que el promedio antes del programa educativo fue 46,3 ( $\pm 6,4$ ) puntos, mientras que el puntaje promedio después del programa educativo fue 62,3 ( $\pm 6,7$ ) puntos. Representando un incremento significativo de 16 puntos en el test de Likert ( $p=0,000$ )

## GRAFICO 2

COMPARACIÓN DEL TIPO DE ACTITUD MATERNO HACIA LAS IRAS  
ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S.

LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012



Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

**TABLA 17**  
**COMPARACIÓN DEL TIPO DE ACTITUD MATERNO HACIA LAS IRAS**  
**ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL C.S.**  
**LEONCIO PRADO NOVIEMBRE 2012**

ACTITUD HACIA LAS IRAs	ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO		DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO	
	N	%	N	%
NEGATIVA	7	7,4%	0	0%
POSITIVA	88	92,6%	95	100,0%
Total	95	100,0%	95	100,0%

Fuente: Fichas de datos. C.S. Leoncio Prado Noviembre 2012

En la tabla observamos que las madres mejoran la actitud frente a las IRAs después de aplicar el programa educativo. Se puede observar que el 92,6% de madres con actitudes positivas hacia las IRAs antes del programa educativo, incrementa al 100% de las madres después del programa educativo.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN Y ANÁLISIS**

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), son un conjunto amplio de enfermedades del aparato respiratorio causadas principalmente por virus y bacterias, que tienen una duración menor de 2 semanas, que afectan el aparato respiratorio por un conjunto de síntomas clásicos; generalmente afectado durante la lactancia y la niñez, siendo esta enfermedad la primera causa de muerte en niños menores de 5 años. (20,23)

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Leoncio Prado y consideró a 95 madres con hijos menores de 5 años de edad que acudieron al consultorio de CRED. Las madres aceptaron voluntariamente en participar en el estudio.

El estudio se realizó aplicando un Programa Educativo sobre IRAs desarrollada por María Elena Quispe Chacón y Vanessa Quispe Huayhua (Arequipa 2008), dirigido a las madres con hijos

menores de 5 años. Se procedió a medir el nivel de conocimientos y tipo de actitud hacia las IRAs antes y después de aplicar el programa educativo.

El presente estudio de investigación tiene el propósito de demostrar el grado de conocimientos sobre una patología muy frecuente en la población infantil y conocer si las madres están preparadas y adoptan la responsabilidad de conocer e informarse sobre las Infecciones Respiratorias Agudas en especial en los niños menores de 5 años. De ésta manera va a influir, en la disminución de la morbi-mortalidad de esta enfermedad en este grupo etario, mejorando el nivel de vida de las madres como de sus hijos, según como se demuestra en los siguientes párrafos.

En la tabla 1 se presenta que 84,2% de las madres tenían entre 20-30 años de edad, mientras que sólo 15,8% era mayor de 31 años. Demostrando que las madres jóvenes aceptaban participar en el estudio con más frecuencia que las madres adultas. Cabe recordar que la principal limitación de nuestro estudio es que la muestra no fue probabilística, y esto se debe principalmente a la negativa de las madres a participar en el estudio, sin embargo

consideramos que una muestra de 95 madres de familia es importante y nos permitió realizar un estudio con hallazgos significativos como veremos más adelante.

Antes de aplicar el programa educativo se evaluó el nivel de conocimientos sobre las IRAs, tal como se presenta en la tabla 2, donde observamos que la mayoría de las madres tenían conocimientos regulares sobre las IRAs (72,6%), solo 7,4% tenía buen nivel de conocimientos y 20% tenía bajo nivel de conocimientos sobre las IRAs. Estudios nacionales similares confirman nuestros resultados; Urbina Y. (2007) encontró que el 53.3% de las madres con niños menores de cinco años presentan un nivel de conocimiento medio<sup>14</sup>, García García (2008) en Piura afirma que esta frecuencia corresponde a 51.6% de las madres<sup>12</sup>. Mientras que varios estudios internacionales afirman que nivel de conocimientos sobre el tema explorado es de nivel medio o bajo en la mayoría de las madres.(17-20)

La mayoría de las madres que participaron en el estudio tenían entre 20 y 30 años de edad (80/95) y sólo 15 tenían entre 31 y 40 años de edad. En la tabla 3 comparamos el nivel de conocimiento

según el grupo etario de las madres, y encontramos diferencias significativas entre estas. Podemos afirmar que la mayor frecuencia de bajo nivel de conocimientos sobre las IRAs se presenta en las madres más jóvenes (21,4% para las madres con 20-25 años y 26,3% para aquellas con 26-30 años) mientras que en las madres mayores de 31 años representó 0%. Asimismo se evidencia que el regular nivel de conocimientos sobre las IRAs se incrementa de este 78,6% en las madres con 20-25 años hasta el 100% de las madres con 35-40 años. Estas diferencias observadas fueron estadísticamente significativas es ( $p=0,041$ ). Al igual que en nuestro estudio, Ramírez y Darías (2001), también encontraron que el nivel de conocimientos sobre las infecciones respiratorias agudas en madres con niños menores de cinco años evidencian diferencias significativas de acuerdo a la edad de las madres.

En cuanto al estado civil analizado en la tabla 4 se encontró que 81,1% de las madres eran casadas o convivientes; seguidas del 15,8% que eran solteras, y apenas 3,2% que eran divorciadas. Al comparar el estado civil de las madres con el nivel de conocimientos sobre las IRAs antes de aplicar el programa educativo encontramos que las madres solteras presentaron mayor frecuencia que el bajo

nivel de conocimientos (33,3%), comparado al 18,2% de las casadas/conviviente y 0% de las divorciadas. Asimismo encontramos que sólo un grupo de las madres casadas/divorciadas presentaron alto nivel de conocimientos sobre las IRAs (9,1%), mientras que en las solteras y divorciadas ninguna presentó alto nivel de conocimientos (0,0%). Como puede entenderse las madres solteras son las que presentan mayor nivel de conocimientos sobre las IRAs en comparación a las casadas/convivientes quienes presentan mejor nivel de conocimientos sobre las IRAs. A pesar de estos hallazgos importantes las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas ( $p=0,186$ ). Estos resultados confirman lo publicado por Enrique y Valladolid (2006), quienes en su estudio afirman que el estado civil no se asocia con mayor o menor nivel de conocimientos sobre las infecciones respiratorias agudas. (14)

En la tabla 5 se presenta que la mayoría de las madres que aceptaron participar en el estudio tenían nivel educativo secundario o superior (50,5% y 46,3% respectivamente). En el 100% de las madres analfabetas tenían conocimientos regulares, mientras que la frecuencia de madres con un alto nivel de conocimiento sobre las IRAs representó el 2,1% de las madres con educación secundaria y

13,6% de las madres con educación superior. De esta manera se evidencia que las madres con mayor grado de instrucción presentaba un mejor nivel de conocimientos sobre las IRAs previos al programa educativo. En este sentido, se esperaba que las madres con mayor grado de instrucción presentaran mejor nivel de conocimientos sobre las infecciones respiratorias, pero como hemos observado esta situación no se manifestó en las madres que participaron en el estudio.

Al analizar la ocupación de las madres en la tabla 6, encontramos que la mayoría de las amas de casa (74,6%) y las madres con otra ocupación fuera de casa (69,4%) presentaban regular nivel de conocimiento sobre las IRAs. Además, observamos que 10,2% de las amas de casa tenía alto nivel de conocimiento en comparación al 2,8% de madres con ocupación fuera de casa. Estos resultados reflejan que las amas de casa, al pasar mayor tiempo al cuidado de sus hijos, presentarían mejor nivel de conocimiento sobre las infecciones respiratorias agudas en comparación a aquellas madres que tienen una ocupación o trabajo fuera de casa

En cambio las madres que trabajan fuera de casa, están obligadas a dejar el cuidado de sus hijos a otras personas (empleadas o familiares) presentando mayor desconocimiento del cuidado adecuado y signos de alarma de un niño con IRAs. Cabe recalcar lo que comentamos anteriormente, las madres de familia que trabajaban fuera de casa tenían peor nivel de conocimientos sobre en comparación a las amas de casa. Al respecto Quispe y Quispe (2008) afirman que no basta con elevar el nivel de conocimientos teóricos de las madres, sino que debe complementarse con talleres prácticos que permitan a las madres identificar y brindar atención adecuada a sus hijos cuando presenten una infección respiratoria <sup>13</sup>. A pesar de estos resultados, no podemos afirmar la relación existente entre la ocupación materna y el nivel de conocimientos sobre las IRAs en el grupo de estudio ( $p=0,174$ ).

En la tabla siete observamos que 50,5% de las madres tenía un solo hijo. Y que la mayoría de las madres presentaban regular nivel de conocimientos. La diferencia más importante está en las frecuencias de aquellas madres con bajo nivel de conocimientos sobre las IRAs representando el 8,5% de las madres con dos o más

hijos y 29,2% de las madres con un solo hijo, es decir tres veces más frecuentes que las madres con dos o más hijos ( $p=0,037$ ). Esta diferencia es bastante, porque refleja que las madres que han cuidado a varios hijos tiene mayor experiencia para identificar los signos de alarma de un niño con infección respiratoria aguda, mejorando las atenciones y cuidados a sus menores hijos.

Después de evaluar el nivel de conocimientos sobre las IRAs, se evaluó también el tipo de actitud frente a las IRAs de las madres antes de recibir el programa educativo motivo de estudio. En las tablas 8 al 11 se describen las frecuencias de los tipos de actitud que presentaban las madres.

En la tabla 8 se observa que la mayoría de las madres tenía una actitud positiva frente a las IRAs (92,6%), mientras que sólo 7 de 95 madres presentaba una actitud negativa (7,4%). Estos resultados fueron comparables a lo publicado por otros autores; como Valdez (2000) y Perez (2005) quienes encontraron que la mayoría de las madres presentan buena actitud para el cuidado de sus hijos con infecciones respiratorias agudas, especialmente en casos con sintomatología grave. (17,20)

En la tabla 9, se pone de manifiesto que la actitud negativa hacia las IRAs estuvo presente en las madres más jóvenes (9,5% para madres con 21-25 años y 7,9% para aquellas con 26-30 años) pero en ninguna de las madres mayores de 31 años. En cuanto a la actitud positiva es estuvo presente en la gran mayoría de las madres jóvenes (90,5% y 92,1%) y la totalidad (100%) de las madres mayores de 31 años. A pesar de esta tendencia que evidencian mejor actitud de las madres mayores este hallazgo no fue significativo ( $p=0,684$ ). Como tampoco fue significativo las diferencias en la actitud hacia las IRAs según el estado civil de las madres ( $p=0,413$ ), ni con el grado de instrucción ( $p=0,851$ ), ni con el número de hijos ( $p=0,337$ ).

En la tabla 12 que escriben tipo de actitud según la ocupación de las madres encontramos diferencias significativas. Sólo el 88,1% de las amas de casa presentaba una actitud favorable hacia las IRAs en comparación al 100% de las madres con otra ocupación fuera de casa ( $p=0,031$ ). Estos resultados a pesar de ser significativos, implican una cierta contradicción con la tabla 6, en la cual se evidenció que las amas de casa tenía mejor nivel de conocimientos

sobre las IRAs en comparación al resto de madres (recordar que en la tabla 6, los resultados no fueron significativos). Se entiende por eso que a pesar de que las madres que son amas de casa presenta ligeramente mejor nivel de conocimientos sobre las IRAs ( $p < 0,05$ ) presentan con mayor frecuencia actitudes negativas frente al cuidado de las IRAs ( $p = 0,031$ ). En ambos casos, los programas educativos buscan mejorar tanto el nivel de conocimientos como el tipo de actitud hacia las IRAs.

En la tabla 14 se presenta que el puntaje promedio del cuestionario sobre el nivel de conocimiento de las IRAs aplicado a las madres antes del programa educativo fue 24,8 puntos ( $\pm 5,8$ ) y que esta se incrementó significativamente hasta 33,6 puntos ( $\pm 3,5$ ) después de aplicar el programa educativo, es decir las madres presentaron un incremento promedio de +8,8 puntos ( $p = 0,000$ ). Éste incremento del nivel de conocimientos se evidencia mejor en la tabla 15, donde se observa que la sólo 7,4% de las madres presentaban alto nivel de conocimiento sobre las IRAs antes de aplicar el programa educativo, incrementándose hasta 77,9% después del programa educativo. Asimismo, las madres con bajo nivel de conocimientos sobre las IRAs que representan el 20% de las madres

antes de participar en el programa educativo disminuyeron a 0% luego de participar en las sesiones del programa educativo. Estos resultados evidencian el impacto favorable sobre el nivel de conocimientos de las IRAs en las madres con hijos menores de cinco años, pues tal como se ha explicado, el programa educativo incrementa significativamente los conocimientos de las madres.

En la tabla 16, se da a conocer el incremento promedio en el en el cuestionario tipo Likert evaluar la actitud hacia las IRAs. Las madres evidenciaron un incremento promedio de 16 puntos después de participar en el programa educativo, este resultado resultó altamente significativo ( $p=0,000$ ). En la tabla 17 se observa que antes del programa educativo, la frecuencia de actitud negativa hacia las IRAs en las madres de familia representaba el 7.4%, y que después de participar en el programa educativo la tasa de actitud negativa hacia las IRAs disminuyó a 0%. Es decir, el 100% de las madres con hijos menores de cinco años presenta actitud positiva hacia el cuidado de las IRAs después de recibir las sesiones de capacitación correspondientes al programa educativo desarrollado por la investigadora.

Como hemos observado a lo largo de este capítulo, el nivel de conocimientos tipo de actitud frente a las IRAs no era el óptimo que esperábamos encontrar en las madres con hijos menores de cinco años, debido a la alta frecuencia de nivel de conocimientos medio y bajo; y relativa frecuencia de madres con actitudes negativas hacia las IRAs. Esta situación hace oportuno la propuesta de aplicar algún programa educativo dirigido las madres con hijos menores, tal como se ha desarrollado en el presente trabajo de investigación. El programa educativo aplicado, no solo logró incrementar de manera significativa los niveles de conocimientos ( $P=0,000$ ), sino que pudo demostrar que fue efectivo ya que generó un impacto significativo en el incremento de los conocimientos y actitudes en las madres.

Para terminar, debemos recordar que la enfermera en el primer nivel de atención debe hacer uso de la educación sanitaria como elemento para ir creando en el individuo un cultura de salud que permite auto cuidarse o cuidar a los suyos, que les informe como 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 mortalidad infantil. Todo ello a través de su participación en los programas de prevención y control de enfermedades. Así mismo tiene como objetivo el cuidado de salud, promoviendo la información necesaria para mejorar salud o sobrellevar 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 la práctica se vaya definiendo, pero siempre será de quien fomente la participación activa del usuario en todas las fases. En la forma como se incorpore los conocimientos y en la medida que contribuya a modificar el hábito de vida y conductas cerradas de las personas en relación al cuidado de salud y prevención de enfermedades se puede afirmar que se ha logrado el objetivo de “mejorar el conocimiento y tipo de actitud” de las madres frente a las IRAs.

Ponemos a disposición del programa educativo sobre las infecciones respiratorias agudas, propuesto por Quispe Chacon y Quispe Huayhua (2008) (13), como una herramienta más para

mejorar el nivel de conocimiento y tipo de actitud hacia las IRAs de las madres de familia con hijos menores de cinco años.

## CONCLUSIONES

1. Las principales características de las madres de familia que acuden al consultorio de CRED del C.S. Leoncio Prado son: edad entre 20-30 años (84,2%), con estado civil conviviente o secundaria (81,1%), nivel educativo secundario (50,5%), ocupación ama de casa (62,1%) y con hijo único (50,5%)
2. La mayoría de las madres, antes del programa educativo, presentaba regular nivel de conocimientos sobre las IRAs (72,6%) mientras que 20,0% presentaba bajo nivel de conocimientos.
3. La mayoría de las madres, antes del programa educativo, presentaban actitud positiva frente a las IRAs (92,6%) mientras que 7,4% presentaba actitud negativa.
4. Las principales características epidemiológicas de las madres con bajo nivel de conocimientos son: edad  $\leq 30$  años ( $p=0,041$ ), con hijo único ( $p=0,037$ ), solteras, educación secundaria, ocupación fuera de casa ( $p>0,05$ ). y las características epidemiológicas de

las madres con actitud negativa hacia las IRAs son: amas de casa ( $p=0,031$ ), edad  $\leq 30$  años, casadas y/o convivientes, educación secundaria o superior, con hijo único ( $p>0,05$ ).

5. Las madres con niños menores de 5 años incrementan significativamente su nivel de conocimientos sobre las IRAs después de aplicar el programa educativo, que logró incrementar la frecuencia de madres con alto nivel de conocimientos sobre las IRAs de 7,4% hasta 77,9% ( $p=0,000$ )

6. Las madres con niños menores de 5 años mejoran significativamente su actitud hacia las IRAs después de aplicar el programa educativo, que logró incrementar la frecuencia de madres con actitud positiva de hacia las IRAs de 92,6% hasta 100,0% ( $p=0,000$ ).

## **RECOMENDACIONES**

1. Los profesionales de enfermería como miembros del equipo de salud y en cumplimiento de sus acciones preventivo promocionales en el primer nivel de atención de salud, deben promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas especialmente a las madres y también a toda la población en general, afianzando el reconocimiento de signos de alarma, factores de riesgos y medidas preventivas de las infecciones respiratorias agudas, evitando de esta manera su presencia y complicaciones.
2. Fortalecer la Vigilancia Epidemiológica de las infecciones respiratorias (IRAS) del Centro de Salud Leoncio Prado que incluya análisis de laboratorio y, en lo posible, realizar el seguimiento de los casos diagnosticados.
3. Promover la implementación de programas educativos sobre las infecciones mas frecuentes en la población infantil, además realizar coordinaciones con las autoridades de salud y educación

con la finalidad de promocionar estilos de vida saludables que favorezca en especial a los niños menores de 5 años.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Céspedes A, Carrillo V. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. 2004 <http://ahorausea.com/sal123103SaludMundo.htm>.[http://64.233.169.104/search?q=cache:\\_uAankwYFyOJ:www.who.int/whr/2005/chapter5/es/index1.html](http://64.233.169.104/search?q=cache:_uAankwYFyOJ:www.who.int/whr/2005/chapter5/es/index1.html) OPS, "Base de datos de indicadores básico en salud", 2003. Disponible en: [www.per.ops-oms.org/situación/salud%20americas%202002%20](http://www.per.ops-oms.org/situación/salud%20americas%202002%20).
2. Ruiz R. Departamento de Medicina del Instituto Nacional de Salud del Niño del Ministerio de Salud (MINSA). Perú; 2006 Disponible en URL:[://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.aspnp\\_codigo=365&mes=6&anio=2006](http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.aspnp_codigo=365&mes=6&anio=2006)
3. Miso G. Informe de la reunión de RCICCIR. Neumonía en los niños, estrategia para hacer frente al desafío USA, 2000
4. Perez S. Conocimientos, Actitudes y prácticas de las madres de niños menores de 5 años con Iras que visitan al C.S. Villa Libertad, Managua", Nicaragua, 2005.
5. Gordillo N. MINDES. Indicadores sociales Arequipa. Perú. 2000. [www.sisvan.gob.pe/web/grupos/utilizacionsalud.pdf](http://www.sisvan.gob.pe/web/grupos/utilizacionsalud.pdf).

6. OPS,OMS y UNICEF. Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia "conversando con las madres sobre el AIEPI. [www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-conversando.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-conversando.pdf)
7. Morales J, Orahuilio S. Grados de conocimiento y prevención materna de la infección respiratoria aguda en el niño menor de 5 años en san juan de Miraflores. Perú, 2000
8. OPS, INBURSA. Guía de infección Respiratoria Aguda, Programa de control de enfermedades Respiratorias Agudas. Perú 200.
9. INTERVIDA. Recuerda que las infecciones respiratorias cobran la vida de 70.000 niños cada año. Perú,2006. Disponible en: [www.noticias.com/notaprensa/07-04-2006/fundación-intervida/7-abril-dia-mundial-salud-intervida-recuerda-q](http://www.noticias.com/notaprensa/07-04-2006/fundación-intervida/7-abril-dia-mundial-salud-intervida-recuerda-q)
10. Cifuentes L. Infecciones Respiraciones Agudas en Pediatría ambulatoria, Perú 2005
11. Jahuira R. Cuidados de las madres a niños menores de 05 años con infecciones respiratorias agudas en el C. S. Ite, Tacna. Tacna 2006
12. García G y Huashuayo H. Conocimiento y prácticas de madres de Niños menores de 5 años sobre Prevención de infecciones Respiratorias agudas. Tacalá – Piura. 2008.

13. Quispe Ch. y Quispe H. Nivel de impacto de un programa educativo sobre IRA, En madres con niños menores de 5 años que acuden al C.S. Javier Llosa García – HUNTER. Arequipa 2008
14. Urbina Y, Villegas E. Conocimientos y prácticas de madres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas que acuden a la Micro red Pampa Grande-Tumbes durante los meses agosto 2006 enero 2007. Tumbes. 2007
15. Enrique C y Valladolid S. Nivel de conocimiento y prevención materna de la infección respiratoria aguda en el niño menor de 5 años Hospital Santa Rosa-Piura.2005
16. Honorio C. Conocimientos relacionado con las prácticas de las madre de niños menores de 5 años sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en el C.S. Max Arias Schereirber. Lima. 2001.
17. Papalia, Diane y Wendkosolds, Sally “Desarrollo Humano”, Ed. 2000. México.
18. Valencia C. Determinación del conocimiento de las madres de niños menores de 5 años acerca de signos de alarma de infecciones de vías respiratorias agudas complicadas. México. 2004

19. Ramirez D. Nivel de conocimientos sobre las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años en el CFM 4350 del policlínico cartas Portuando del municipio Mariana". Cuba. 2001
20. Valdes M. Nivel educacional de las madres y conocimientos actitudes y prácticas ante las Infecciones respiratorias Agudas de sus hijos, policlínica la Habana. Cuba. 2000
21. Prieto M, Russ G, Reitor L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(2):160-64
22. Carreras L, Echevarría J, Diéguez N. Neumonía adquirida en la comunidad. Acta Médica 2000; 91(1-2): 22-28
23. Abreu S. Infecciones Respiratorias Agudas. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 7 (2): 129-40
24. Benguigui Y, Valenzuela C. Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños de América Latina y el Caribe. OPS-OMS, Washintong, pp 56-68, 1998
25. Riverón R, Rojo I, González P. Mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en menores de 15 años en Cuba. Rev Cubana Hig. Epidemiol. 1999; 24 (3): 279-89

26. Heesen "Teoría del conocimiento" Editorial esfinge. 2002
27. Zavala E. Efectividad del programa infecciones respiratorias y la incidencia de niños con enfermedades respiratorias. Municipio Zamora. Estado Aragua, 2000. URL. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/infecciones-respiratorias/infecciones-respiratorias.shtml>.
28. Mulholland L, Weber M. Reconocimiento de causa y síntomas de la neumonía. Noticias sobre Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), 1998; 25 (2):3-4
29. Benquiquí Y. Prioridades en la salud infantil. Noticias sobre Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) 1998 – 1999; 25(2): 5-6
30. Perfeito H, Russ D, Reitor L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev Cubana de Med General Integral, 2000; 16(2): 160- 164
31. Schwartz B, Mainous A, Marcy S. Why do physicians prescribe antibiotics for children with upper respiratory tract infections? JAMA 1998; 279(11):881-2
32. Belda, Maria "Formas de Conocimiento"2007
33. González H, Ferrero F. Consenso sobre Infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Arch. Argentinos de Pediatría/1996/ Vol. 94:

34. Savón C, Laferté J, Goyenechea A, Valdivia A, Morier L, Tejeiro Y. Normación de un ensayo de ultramicro-ELISA para la detección de anticuerpos IgG al virus sincitial respiratorio. Rev Cubana Med. Tropical 1996; 48(3): 161-162
35. Razón B. Prevención de las infecciones respiratorias agudas. Presente y futuro. Rev Cubana Pediatr. 2003; 75(4)
36. Ministerio de Salud. República del Perú. Doctrina, normas y Procedimientos para el Control de la Infección Respiratoria Aguda, Síndrome Obstructivo Bronquial y Asma; en menores de 5 años. Lima – Perú. 1999
37. ¿Qué son las infecciones respiratorias agudas? URL. Disponible en: [http://www.pediatraldia.cl/pb/infec\\_ resp\\_ agudas.htm](http://www.pediatraldia.cl/pb/infec_ resp_ agudas.htm). (Consultado: 15/10/2007)
38. Sánchez D, Villar S. Infecciones respiratorias agudas. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 495- 500
39. Manual Merck. Diagnóstico y terapéutica. 10a ed. Española; 1999.
40. Cabrejos R. Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas. URL. Disponible en: <http://www.enfermeriaconexión.com/comunitaria13.htm>. (Consultado: 10/03/2008)

41. Céspedes A. Universidad Autónoma de Madrid: "Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría" 4ta Edic. Madrid. 2003
42. Fitzgerald D, Kilham H. Croup: assessment and evidence-based management. *MJA* 2003; 179(7): 372-377
43. Pichichero M, Casey J. Acute otitis media disease management. *Minerva Pediatr.* 2003; 55(5):415-38
44. Hartling L, Wiebe N, Russell K. A meta-analysis of randomized controlled trials evaluating the efficacy of epinephrine for treatment of acute viral bronchiolitis. *ArchPediatrAdolescMed.* 2003; 157(10): 965-8
45. Martín-Torres F, Rodríguez Nuñez A, Martín Sánchez JM. Bronquiolitis Aguda: evaluación del tratamiento basada en la evidencia. *AnEspPediatr* 2001; 55: 345-354
46. Avigdor M. Tratamiento con solución salina hipertónica nebulizada al 3% de lactantes hospitalizados con bronquiolitis vírica. *CHEST* 2003; 123:481-487
47. Irastorza I, Landa J, Gonzáles E. Neumonías: Etiología y diagnóstico. *Anales de Pediatría Continuada.* 2003; 1(1 )
48. Moreno A, Liñan S. Neumonías: Orientación terapéutica. *Anales de Pediatría Continuada.* 2003; 1(1 )

49. Sánchez S. Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente. RESUMED 2003; 11(2):63-6
50. Vela Q. la investigación Científica. Tercera Edición. Editorial Centro Grafico Offset. Arequipa Perú. 2007
51. Morales, Francisco "Psicología social", Segunda edición, España, 2002.

## **ANEXOS**

## ANEXO 01

### MUESTRA

$$n = \frac{(N)z^2pq}{i^2(N-1)+z^2pq}$$

Dónde:

N = Tamaño de la población = 126

z = valor de z para  $\alpha=0,05$  = 1,96

p = prevalencia esperada = 0,5

q = (p-1) = 0,5

i = error = 0,05

n = Tamaño de la muestra = ¿?

$$N = \frac{1,96^2 (0,5) (0,5)}{0,05^2(126-1)+ 1,96^2 (0,5) (0,5)}$$

**N = 95 madres de familia**

## ANEXO 02

### INSTRUCTIVO DEL TEST DE CONOCIMIENTOS SOBRE IRAs

El Cuestionario de preguntas estructuradas, consta de 20 preguntas, 12 preguntas con 5 opciones de selección múltiple cada una y 8 preguntas dicotómicas.

La distribución de puntaje es de 2 puntos por respuesta correcta y 0 por respuesta incorrecta en cada pregunta solo hay una opción que es la correcta.

### CUESTIONARIO

1. ¿Diga Ud. Qué es Infección Respiratoria Aguda?
  - a) Enfermedad de las vías respiratorias.
  - b) Enfermedad causada por bacterias y en su mayoría por virus.
  - c) Dura menos de 15 días.
  - d) Dura más de 15 días.
  - e) Alternativa a, b y c
2. ¿Qué molestias reconoce Ud. Cuando su niño presenta problemas respiratorios?
  - a) Tos / dolor de garganta
  - b) Secreción nasal
  - c) A y b
  - d) Dolor de barriga
3. Los factores de riesgo para que se presenten infecciones respiratorias agudas (IRA) son:
  - a) Deficiente alimentación
  - b) Falta de vacunación
  - c) Hacinamiento
  - d) Contaminación del aire
  - e) Lactancia artificial
  - f) Todas
4. El acudir a los controles de CRED del niño ¿Reducirá los problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No
5. Las vacunas ¿Favorecen la aparición de problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No
6. El darle lactancia materna exclusiva a su niño ¿Reducirá los problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No

7. El brindar una alimentación con abundantes grasas y harinas a su niño ¿Reducirá los problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No
8. El abrigo adecuadamente o proteger a su niño de cambios bruscos de temperatura ¿Reducirá los problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No
9. El mantener condiciones higiénicas en su vivienda ¿Influye en la aparición de los problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No
10. El humo de los cigarrillos y/o la contaminación ambiental en su vivienda ¿Producen problemas respiratorios a su niño?
  - a) Si
  - b) No
11. El acudir a sus controles Prenatales previene las infecciones respiratorias agudas
  - a) Si
  - b) No
12. Si el niño tiene dolor de garganta es por:
  - a) Infección
  - b) Ingesta de bebidas heladas
  - c) Desabrigarse
  - d) Frío
13. Si el niño se pone morado al toser es porque:
  - a) Le falta aire
  - b) Esta muy enfermo
  - c) Esta mal de los bronquios
  - d) De dio aire
14. Cuáles son las principales complicaciones de los problemas respiratorios:
  - a) Bronquitis
  - b) Neumonía
  - c) Resfrío
  - d) Todas las anteriores
  - e) Alternativa a y b
15. Se considera fiebre cuando:
  - a) Cuando la temperatura es menor de 37.5°C
  - b) Cuando la temperatura es de 37°C
  - c) Cuando la temperatura es mayor de 37.5 °C
  - d) Cuando la temperatura es mayor de 38.5 °C
  - e) No sabe.
16. Si el niño presenta fiebre es porque:
  - a) Tiene infección
  - b) Esta pasado de frío
  - c) Está muy enfermo
  - d) Se desabriga
  - e) Otros
17. ¿Cuántas ventanas debe tener su habitación para estar adecuadamente ventilada?

- a) 1 ventana
  - b) 2 ventanas
  - c) 3 ventanas
  - d) No sabe
18. Diga Ud. Cuantas personas es ideal que vivan en una habitación.
- a) a 2 personas
  - b) a 4 personas
  - c) De 5 a más personas
  - d) No sabe
19. Cuando su niño tiene tos, dolor de garganta resfrío debe:
- a) Aumentar el número de comidas
  - b) Lo alimenta normalmente
  - c) Disminuye el número de comidas
  - d) No le exige comer
- 20.Cuál de los siguientes signos considera Ud. Que son de peligro o alarma en su niño.
- a) Fiebre mayor de 38.5°C
  - b) Dificultad respiratoria
  - c) Respiración Rápida
  - d) Retracción subcostal
  - e) Todas las anteriores

## CUADRO DE RESPUESTAS

Nro. Item	Tipo de pregunta	Puntuación
1	Opción múltiple	a = 0, b = 0, c = 0, d = 0, e = 2
2	Opción múltiple	a = 0, b = 0, c = 2, d = 0, e = 0
3	Opción múltiple	a = 0, b = 0, c = 0, d = 0, e = 2, f = 2
4	Dicotómica	a = 2, b = 0
5	Dicotómica	a = 0, b = 2
6	Dicotómica	a = 2, b = 0
7	Dicotómica	a = 0, b = 2
8	Dicotómica	a = 2, b = 0
9	Dicotómica	a = 2, b = 0
10	Dicotómica	a = 2, b = 0
11	Dicotómica	a = 2, b = 0
12	Opción múltiple	a = 2, b = 0, c = 0, d = 0, e = 0
13	Opción múltiple	a = 2, b = 0, c = 0, d = 0, e = 0
14	Opción múltiple	a = 0, b = 0, c = 0, d = 0, e = 2
15	Opción múltiple	a = 0, b = 0, c = 0, d = 2, e = 0

16	Opción múltiple	<b>a = 2, b = 0, c = 0, d = 0, e = 0</b>
17	Opción múltiple	<b>a = 0, b = 2, c = 0, d = 0, e = 0</b>
18	Opción múltiple	<b>a = 2, b = 0, c = 0, d = 0, e = 0</b>
19	Opción múltiple	<b>a = 2, b = 0, c = 0, d = 0, e = 2</b>
20	Opción múltiple	<b>a = 0, b = 0, c = 0, d = 0, e = 2</b>

## ESCALA

<b>Escala de evaluación del nivel de conocimientos Sobre Infección Respiratoria Aguda</b>	
Deficiente	0-20 puntos
Buen Nivel	21-30 puntos
Excelente	31-40 puntos

## ANEXO 03

### INSTRUCTIVO DEL TEST DE CONOCIMIENTOS SOBRE IRAs

El Cuestionario de preguntas estructuradas, consta de 20 preguntas, 12 preguntas con 5 opciones de selección múltiple cada una y 8 preguntas dicotómicas.

La distribución de puntaje es de 2 puntos por respuesta correcta y 0 por respuesta incorrecta en cada pregunta solo hay una opción que es la correcta.

### CUESTIONARIO

1. ¿Diga Ud. Qué es Infección Respiratoria Aguda?
  - a) Enfermedad de las vías respiratorias.
  - b) Enfermedad causada por bacterias y en su mayoría por virus.
  - c) Dura menos de 15 días.
  - d) Dura más de 15 días.
  - e) Alternativa a, b y c
2. ¿Qué molestias reconoce Ud. Cuando su niño presenta problemas respiratorios?
  - a) Tos / dolor de garganta
  - b) Secreción nasal
  - c) A y b
  - d) Dolor de barriga
3. Los factores de riesgo para que se presenten infecciones respiratorias agudas (IRA) son:
  - a) Deficiente alimentación
  - b) Falta de vacunación
  - c) Hacinamiento
  - d) Contaminación del aire
  - e) Lactancia artificial
  - f) Todas
4. El acudir a los controles de CRED del niño ¿Reducirá los problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No
5. Las vacunas ¿Favorecen la aparición de problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No
6. El darle lactancia materna exclusiva a su niño ¿Reducirá los problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No

7. El brindar una alimentación con abundantes grasas y harinas a su niño ¿Reducirá los problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No
8. El abrigar adecuadamente o proteger a su niño de cambios bruscos de temperatura ¿Reducirá los problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No
9. El mantener condiciones higiénicas en su vivienda ¿Influye en la aparición de los problemas respiratorios?
  - a) Si
  - b) No
10. El humo de los cigarrillos y/o la contaminación ambiental en su vivienda ¿Producen problemas respiratorios a su niño?
  - a) Si
  - b) No
11. El acudir a sus controles Prenatales previene las infecciones respiratorias agudas
  - a) Si
  - b) No
12. Si el niño tiene dolor de garganta es por:
  - a) Infección
  - b) Ingesta de bebidas heladas
  - c) Desabrigarse
  - d) Frío
13. Si el niño se pone morado al toser es porque:
  - a) Le falta aire
  - b) Esta muy enfermo
  - c) Esta mal de los bronquios
  - d) De dio aire
14. Cuáles son las principales complicaciones de los problemas respiratorios:
  - a) Bronquitis
  - b) Neumonía
  - c) Resfrío
  - d) Todas las anteriores
  - e) Alternativa a y b
15. Se considera fiebre cuando:
  - a) Cuando la temperatura es menor de 37.5°C
  - b) Cuando la temperatura es de 37°C
  - c) Cuando la temperatura es mayor de 37.5 °C
  - d) Cuando la temperatura es mayor de 38.5 °C
  - e) No sabe.
16. Si un niño presenta fiebre es porque:
  - a) Tiene infección
  - b) Esta pasado de frío
  - c) Está muy enfermo
  - d) Se desabriga
  - e) Otros
17. ¿Cuántas ventanas debe tener su habitación para estar adecuadamente ventilada?

- a) 1 ventana  
 b) 2 ventanas  
 c) 3 ventanas  
 d) No sabe
18. Diga Ud. Cuantas personas es ideal que vivan en una habitación.  
 a) a 2 personas  
 b) a 4 personas  
 c) De 5 a más personas  
 d) No sabe
19. Cuando su niño tiene tos, dolor de garganta resfrío debe:  
 a) Aumentar el número de comidas  
 b) .Lo alimenta normalmente  
 c) Disminuye el número de comidas  
 d) No le exige comer
20. Cuál de los siguientes signos considera Ud. Que son de peligro o alarma en su niño.  
 a) Fiebre mayor de 38.5°C  
 b) Dificultad respiratoria  
 c) Respiración Rápida  
 d) Retracción subcostal  
 e) Todas las anteriores

## CUADRO DE RESPUESTAS

Nro. Item	Tipo de pregunta	Puntuación
1	Opción múltiple	a = 0, b = 0, c = 0, d = 0, e = 2
2	Opción múltiple	a = 0, b = 0, c = 2, d = 0, e = 0
3	Opción múltiple	a = 0, b = 0, c = 0, d = 0, e = 2, f = 2
4	Dicotómica	a = 2, b = 0
5	Dicotómica	a = 0, b = 2
6	Dicotómica	a = 2, b = 0
7	Dicotómica	a = 0, b = 2
8	Dicotómica	a = 2, b = 0
9	Dicotómica	a = 2, b = 0
10	Dicotómica	a = 2, b = 0
11	Dicotómica	a = 2, b = 0
12	Opción múltiple	a = 2, b = 0, c = 0, d = 0, e = 0
13	Opción múltiple	a = 2, b = 0, c = 0, d = 0, e = 0
14	Opción múltiple	a = 0, b = 0, c = 0, d = 0, e = 2
15	Opción múltiple	a = 0, b = 0, c = 0, d = 2, e = 0

16	Opción múltiple	<b>a = 2, b = 0, c = 0, d = 0, e = 0</b>
17	Opción múltiple	<b>a = 0, b = 2, c = 0, d = 0, e = 0</b>
18	Opción múltiple	<b>a = 2, b = 0, c = 0, d = 0, e = 0</b>
19	Opción múltiple	<b>a = 2, b = 0, c = 0, d = 0, e = 2</b>
20	Opción múltiple	<b>a = 0, b = 0, c = 0, d = 0, e = 2</b>

## ESCALA

---

**Escala de evaluación del nivel de conocimientos  
Sobre Infección Respiratoria Aguda**

---

Deficiente	0-20 puntos
Buen Nivel	21-30 puntos
Excelente	31-40 puntos

---

## ANEXO 04

### INSTRUCTIVO DEL TEST DE LICKERT PARA EVALUAR LA ACTITUD HACIA LAS IRAS

La escala de Lickert para medir la actitud que tienen las madre con niños menores de 5 años sobre IRAS; influye 14 ítems, 7 reactivos positivos y 7 reactivos negativos cada uno con 5 alternativas.

- Ítems positivos: 1,3,5,7,9,11,13
- Ítems negativos: 2,4,6,8,10,12,14

### CUESTIONARIO

PREGUNTA		TA	A	I	D	TD
1.	Los signos de alarma de IRA son: respiración rápida, retracción subcostal y dificultad respiratoria.	5				
2.	Cuando un niño tiene fiebre, se debe dar medicamentos que baje la fiebre mas no es necesario esperar la evaluación médica.					5
3.	Cuando un niño está enfermo, se lleva a un centro asistencial por que podría agravarse.	5				
4.	Se suspende el tratamiento médico cuando desaparecen los síntomas aunque el tratamiento no haya concluido.					5
5.	Cuando el niño tiene neumonía y esta con fiebre alta no se usa pañitos de agua tibia.	5				
6.	Cuando el niño tiene tos y dolor de garganta se le disminuye el número de comidas.					5
7.	Cuando el niño con infección de oído tiene secreción abundante no se le realiza baño de tina tampoco se lava el oído con abundante agua	5				
8.	El humo de cigarrillo no es un factor de riesgo ambiental.					5

9.	Si el niño respira rápido agitado y tiene sueño profundo, se lleva a un hospital no a un Centro de Salud.	5				
10.	En un día lluvioso, se abriga mucho al niño.					5
11.	Cuando un niño tiene la nariz congestionada se usa solución salina casera.	5				
12.	Cuando un niño tiene IRA, se lleva al niño enfermo a control de niño sano.					5
13.	Cuando un niño presenta fiebre, se debe aligerar de ropa, controlar la temperatura y aumentar la ingesta de líquidos.	5				
14.	El quemar la basura en la casa reduce el riesgo de contraer IRA.					5

### CUADRO DE RESPUESTAS

Alternativas	Ítems positivos	Ítems negativos
TA : Totalmente de acuerdo	5	1
A: Acuerdo	4	2
I: Indeciso	3	3
D: Desacuerdo	2	4
TD: Totalmente en desacuerdo	1	5

### ESCALA

Escala de evaluación de la Actitud hacia la Infección Respiratoria Aguda	
Actitud favorable o positiva	36-70 puntos
Actitud desfavorable o negativa	0-35 puntos

## ANEXO 05

### CONTENIDO DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE IRAS

---

#### PRIMERA SESIÓN

---

#### INFECCIONES RESPIRATORIA AGUDAS

- I. **PLANEAMIENTO**
- A. Tema : Infecciones Respiratoria Agudas
  - B. Receptor: Madre de niños menores de 5 años que acuden al C.S. Leoncio Prado.
  - C. Lugar: Domicilio de cada madre
  - D. **Objetivos:** al finalizar la educación sanitaria la madre podrá:
    - Definir que es una infección respiratoria aguda.
    - Conocer los signos y síntomas de las IRAs
    - Conocer los factores condicionantes de las IRAs
    - Mencionar las medidas generales para un niño con IRAs
  - E. **Nivel de prevención:** prevención primaria- promoción de la salud
  - F. Fecha y hora:
  - G. Duración: 15 min.
- II. **EJECUCIÓN**
- A. Aspectos propios de la educación sanitaria.
    - 1. Motivación
    - 2. Resumen del contenido del tema  
**Infecciones Respiratorias Agudas**
      - a. **Definición :** Son infecciones de la vías respiratorias con duración menor de 15 días en ocasiones se complican además constituyen un importante problema de salud pública
  - B. **Causas:** El 80% a 90% de casos de IRAs son causadas por virus y por bacterias que producen IRAs con mucha menor frecuencia.
  - C. **Factores condicionantes**
    - Factores socioeconómicos
    - Factores ambientales
    - Hacinamiento

- Ausencia de lactancia materna
- Esquema incompleto de inmunización
- Malnutrición
- Edad, sexo.

**D. Signos y síntomas**

- Se pueden observar manifestaciones diversas según el tipo de infección sin embargo lo mas importante son los signos de peligro que son:
- Respiración rápida
- Se hunde la parte inferior de tórax o entre las costillas al respirar
- No puede beber
- Presenta somnolencia anormal (se hace despertar al niño con dificultad).
- La salud del niño empeora.

**E. Verificación del aprendizaje**

1. ¿Qué es la infección respiratoria aguda?
2. ¿Cuáles son las causa mas frecuentes
3. ¿Cuáles son los factores que hacen que se presenten las IRAs?
4. ¿Cuáles son los signos y síntomas de una IRAs?
5. ¿Cuáles son las medidas generales que se debe tomar con un niño con IRAs?

**III. EVALUACIÓN**

Se cumplieron todos los objetivos planteados.

---

## SEGUNDA SESIÓN

---

### MEDIDAS PREVENTIVAS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

#### I. PLANTEAMIENTO

- A. Tema: Medidas preventivas de las Infecciones Respiratorias Agudas.
- B. Receptor: Madre de niños menores de 5 años que acuden al C.S. Leoncio Prado
- C. Lugar: Domicilio de cada madre.
- D. Objetivos: Al finalizar la educación sanitaria la madre:
- Identificará medidas preventivas
  - Asociará a factores de riesgo para mejor comprensión.
- E. Nivel de prevención: Prevención primaria- prevención de enfermedad.
- F. Fecha y Hora:
- G. Duración: 10 Minutos.
- H. Material didáctico: Luminario, trifoliado.

#### II. EJECUCIÓN

##### A. Aspectos propios de la educación sanitaria.

###### 1. Motivación:

La actividad preventiva evitara la presencia de complicaciones que pongan en riesgo la vida de los niños por ello es importante conocer las medidas preventivas generales para de ese modo aplicarlo en su familia y generar un efecto multiplicador en otras familias cercanas a las suyas.

###### 2. Resumen del contenido del Tema:

###### Medidas generales para prevenir las infecciones Respiratorias Agudas

###### Nutrición apropiada:

Este es un factor favorece la aparición de las Iras, el niño malnutrido está expuesto a muchos tipos de infecciones, que a su vez por ser repetidas condicionan la malnutrición cerrando el círculo infección – malnutrición – Infección. Un aspecto importante es la mejora de las prácticas de la alimentación con alimento localmente disponible, para asegurar un mejor estado nutricional, así como la identificación de niños malnutridos a través del control de crecimiento y desarrollo para el tratamiento oportuno.

**Prevención del enfriamiento.** Lactantes muy pequeños pierden calos con mucha rapidez una de la maneras mas importantes para prevenir de la infección Respiratoria Aguda se complique, cualquiera sea el diagnóstico es mantener seco y abrigado al niño, lo ideal es que se mantenga pegado al cuerpo de la madre.

**Control de Ambiente doméstico.** El humo del tabaco, leña comestible, etc. Que contaminan el aire doméstico, influyen favorablemente en la evolución de los casos de IRA, evitar estas condiciones a través del control de la contaminación del ambiente doméstico y del tabaquismo en presencia de niños.

**Prevención de Bajo Peso al nacer.** Este factor constituye un enigma para la ciencia a través de los tiempos, además que el peso es un determinante de las posibilidades de que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio. El bajo peso al nacer es un factor condicionante, importante para incrementar la frecuencia de IRAS, así con su severidad, el control del embarazo puede prevenir este factor.

**Inmunización.** La vacunación contra el sarampión, difteria y la tos ferina administrada durante el primer año de vida según normas establecidas, alcanzando coberturas útiles de protección, evita o previene la neumonía grave o muy grave, secundaria a estas enfermedades inmuno prevenibles.

**Lactancia Materna.** La lactancia materna surte un efecto preventivo las IRAS especialmente durante los primeros meses de vida ya que proporciona anticuerpos maternos, el uso de fórmulas artificiales y destete temprano pueden incrementar la frecuencia y severidad de las IRAS. Por lo tanto fomentar la lactancia materna es parte importante de la estrategia para el control de Infecciones Respiratoria Agudas.

**Verificación del Aprendizaje:**

- a. ¿Cuáles son las medidas preventivas de las IRAS?, ¿Porqué?

**II. Evaluación**

Se cumplen todos los objetivos Plantados.

## **NEUMONÍA**

### **I. PLANTEAMIENTO**

**A. Tema:** Neumonía

**B. Receptor:** Madre de niños menores de 5 años que acuden al C.S. Leoncio Prado.

**C. Lugar:** Domicilio de cada madre

**D. Objetivos:** Al finalizar la educación sanitaria la madre:

- Reconocerá que la neumonía es un problema grave
- Identificará que factores pueden apoyar a su aparición
- Identificará signos de alarma y qué hacer si se presenta.

**E. Nivel de prevención:** Nivel de prevención de la enfermedad.

**F. Fecha y Hora:**

**G. Duración:** 10 minutos

**H. Material Didáctico:** Trifoliado.

### **II. EJECUCIÓN**

**A. Aspectos propios de la educación sanitaria.**

#### **1. Motivación**

Una de las formas graves de las IRAs en la neumonía que pueda llevar a la muerte a muchos niños. Si uno aprende a identificar tempranamente estos signos podría prevenir muchas complicaciones y conservar la integridad de sus hijos.

#### **1. Contenido Propiamente dicho:**

##### **NEUMONÍA EN EL NIÑO**

Es la infección del pulmón causada por la de microorganismos particularmente virus y bacterias. En los niños menores de 5 años representa un problema sanitario grave, especialmente en los países en desarrollo donde su frecuencia y gravedad dentro de la mortalidad infantil temprana, exige acciones efectivas para su control.

**Factores de riesgo asociados.**

- Edad: Mayor gravedad a menor edad.
- Desnutrición
- Bajo peso al nacer.
- Lactancia artificial, falta de anticuerpos maternos.
- Vacunas incompletas
- Hacinamiento
- Clima frío
- Tabaquismo pasivo. ( Cuando las personas se encuentran en ambientes donde fuman otras personas)
- Aire doméstico contaminado.
- Uso inadecuado de antibióticos.

El aumento de la frecuencia respiratoria es un dato importante pero no decisivo se debe continuar la evaluación. De presentarse cualquier signo de alarma la madre debe llevarlo a un Hospital mas cercano.

- Frecuencia Respiratoria aumentada.

Menor de 2 meses	60 respiraciones/ min
2 - 11 meses	50 respiraciones / Min.
12 – 5 años	40 respiraciones / min.
- Hundimiento del tórax, la parte inferior de las costillas al respirar.

Tiraje

- Coloración azulada especialmente en labios y uñas por falta de aire.
- Movimientos de las fosas nasales al respirar.
- Dificultad para alimentarse.

## 2. Verificación del aprendizaje:

- ¿La neumonía es una enfermedad grave?
- ¿Qué factores de riesgo se asocian a la presencia de Neumonía?
- ¿Cuáles son los signos de alarma y qué hacer si se presenta uno de ellos?

## III. EVALUACIÓN

Se cumplieron todos los objetivos planteados.

# TRATAMIENTO DEL RESFRÍO COMÚN

## I. PLANEAMIENTO

- A. Tema: Tratamiento del Resfrió Común
- B. Receptor: Madre de niños menores de 5 años que acuden al C.S. Leoncio Prado
- C. Lugar: domicilio de la madre.
- D. Objetivos: Al Finalizar la educación sanitaria la madre:
- E. Nivel de prevención:
- F. Fecha y Hora:
- G. Duración: 10min.
- H. Material Didáctico: Trifoliado, Laminaria.

## II. EJECUCIÓN

### A. Aspectos propios de la educación sanitaria.

#### 1. Motivación:

Las infecciones respiratorias agudas pueden ser prevenidas desde su presentación más simple como el resfrió común si esto no se complica se

evita todos los problemas que viven con ella como gasto en medicamento, el niño pierde sus días de colegio, etc. Es por eso que se necesita saber sobre las medidas generales para que el niño no altere su crecimiento y desarrollo y así poder reintegrarse rápidamente al ambiente.

## **2. Contenido propio dicho:**

### **Tratamiento del resfrío común**

El tratamiento resumiendo en 6 reglas además de medidas generales.

1. Manejo de la fiebre.
2. Continuidad de la alimentación.
3. Aumento de la ingesta de líquidos.
4. Alivio del dolor de garganta o la tos con remedios.
5. Reconocer el signo de empeoramiento.
6. Limpieza de fosas nasales.

**Medidas generales:** Atender en la casa a los niños de 2 a 4 años.

1. Alimentar al niño.
  - Alimentar durante la enfermedad, es decir continuar o aumentar dando sus alimentos a fin de prevenir la desnutrición.
  - Límpieme la nariz si interfiere con la alimentación.
  - Aumentar los líquidos por fiebre y pérdidas insensibles, reponer las pérdidas, para mantener una adecuada hidratación del organismo.
2. Suavícele la garganta y alíviele la tos con remedios inofensivos y simples como te con azúcar o miel.
3. Evitar sitios donde haya mucha gente.
4. Evitar el contacto con gente enferma con o sin IRAs.
5. Cubrirse la boca y la nariz al estornudar.
6. Lavarse las manos antes de comer.
7. Evitar los cambios bruscos de temperatura.
8. Evitar el consumo de cigarrillo, o alejarse de los sitios donde fuman.
9. Evite el uso de jarabes comerciales sin conocer su utilidad, ya que aumenta o retrasa la curación, pero puede usar un remedio como el paracetamol que no es nocivo.
10. No exponerse a corrientes de aire.
11. **Muy importante:** Vigile los signos de alarma y acuda rápidamente a un centro de salud mas cercano. Si se presenta:
  - Dificultad respiratoria.
  - Respira rápidamente
  - Se hunde en la parte inferior del tórax o entre las costillas.
  - Presenta somnolencia anormal.
  - No puede beber.

**3. Verificación del aprendizaje:**

1. ¿medidas para tratar a un niño con resfrío común?
2. ¿Cuáles son las medidas generales?

**III. EVALUACIÓN**

Se cumplieron todos los objetivos planteados.

**ATENCIÓN AL NIÑO CON DOLOR DE GARGANTA Y OÍDO**

**A. PLANEAMIENTO**

- A. **Tema:** Atención al niño con dolor de garganta y oído
- B. **Receptor:** Madre de niños menores de 5 años que acuden al C.S. Leoncio Prado.
- C. **Lugar:** Domicilio de cada madre
- D. **Objetivos:** Al finalizar la educación sanitaria la madre:
  - Incrementará sus conocimientos sobre dolor de oído y garganta.
  - Identificará signos y síntomas que determinen el grado de gravedad.
  - Conocerá medidas caseras para tratar al niño con problemas de oído y garganta como medida coadyuvante al tratamiento medicamentoso.
- E. **Nivel de prevención:** Prevención primaria – tratamiento de la enfermedad.
- F. **Fecha y Hora:**
- G. **Duración:** 15 min.
- H. **Material didáctico:** Laminario, Trifoliado.

**II. EJECUCIÓN**

**A. Aspectos propios de la educación sanitaria.**

**1. Motivación:**

Si bien las infecciones del oído causa muerte, muchas veces estas suelen complicarse y crear problemas posteriores, por ejemplo puede propagarse hacia huesos detrás se la oreja produciendo mastoiditis o al cerebro produciendo meningitis. Además la otitis es la causa de sordera y esto a la garganta trae problemas de aprendizaje, la sordera se produce porque puede reventarse el tímpano y salir pus del oído, esto puede aliviar el dolor pero la sordera continuará.

**2. Contenido: Atención del niño con problemas de oídos**

Usted debe ver tres aspectos importantes que indican infección.

1. Si el niño tiene dolor de oído.
2. Si del oído del niño sale pus y desde cuándo.

3. Ver y tocar si esta hinchada detrás del oído, en lactante sobre la oreja.

Si detecta uno de estos 3 aspectos llevarlo al P.S. más cercano, ahí le indicarán tratamiento, si presenta salida de pus del oído, además del tratamiento indicado se debe secar el oído. Enrollar una tela de algodón para hacer un amecha, meter la mecha en el oído del niño hasta que se empape bien, retirar la mecha y sustituir la mecha con otra limpia, secar el oído por lo menos 3 veces al día, hasta que el oído permanezca seco.

Precauciones: No dejar nada en el oído entre un tratamiento de mechas y otro, no poner aceite, ni ningún otro tipo de líquido en el oído y no dejar que el niño se meta agua en el oído

### **Atención del niño con dolor de garganta**

Al evaluar la garganta del niño podrá observar, enrojecimiento de este, ardor y dolor (Infección vírica), La cual no necesita tratamiento solo mejora con un tratamiento casero e inofensivo. Suavice la garganta con un remedio inofensivo dándole al niño bebidas calientes y dulces (miel), paracetamol si el niño tiene dolor y fiebre, aplique medidas generales del manejo de IRAS. Pero si es bacteriana la madre debe conocer tres aspectos importantes.

1. Ver la garganta, si esta blanca con manchas rojas (con ayuda de una linterna).
2. Tocar los ganglios del cuello para ver se están abultadas y dolorosas.
3. Si no puede beber líquidos, si se presenta una de estos tres aspectos, debe llevarlo a un puesto de salud.

### **3. Verificación del aprendizaje:**

- ¿Qué debe tener en cuenta cuando un niño tiene problemas de oído?
- ¿Cómo se realiza el secado de oído?
- ¿Qué precauciones debe tener si su niño le sale pus por el oído?
- El dolor de garganta ¿Necesita solamente tratamiento con un antibiótico?
- ¿Qué aspectos debe considerar en caso de dolor de garganta?

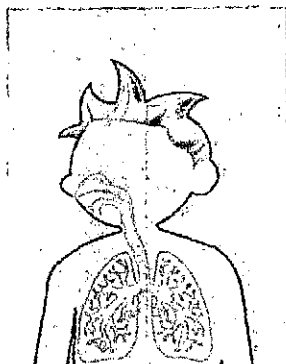
### **III. EVALUACIÓN**

Se cumplieron todos los objetivos planteados.

**ANEXO 06**

# ¿QUÉ SON LAS IRAS?

Son infecciones de las vías respiratorias con duración menor de 15 días. Constituyen un importante problema de salud pública.



# ¿CÓMO LO PUEDO PREVENIR?



Mantener un ambiente limpio sin polvo, pelusas, etc.



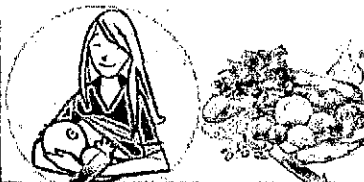
Evitar cambios bruscos de temperatura. Abrigarse adecuadamente en tiempos de frío.



Tener sus vacunas completas



Evitar aglomeraciones para disminuir la transmisión de estas enfermedades.



Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Brindar una buena alimentación.



Mantener ventilado la habitación



Evitar el contacto con gente enferma con o sin IRA



Lavarse las manos



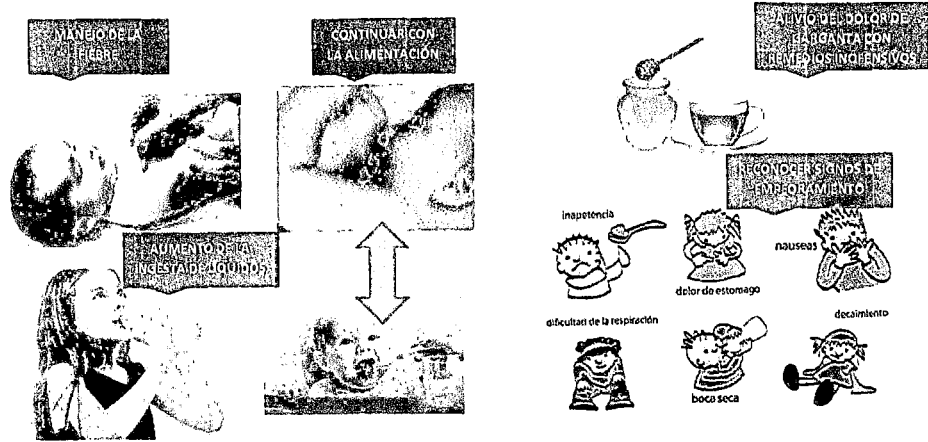
1. Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con el codo del brazo.



2. Si no se dispone de pañuelos, estornudar o toser en el codo del brazo.

Cubrirse la boca y la nariz al estornudar

# TRATAMIENTO DEL RESFRIO COMÚN



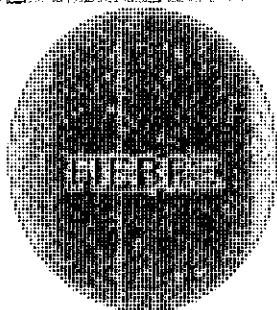
# NEUMONIA



ES UNA INFECCIÓN DEL  
PULMON QUE PUEDE  
ESTAR CAUSADA POR  
VIRUS O BACTERIAS



NIÑO  
PRESENTA  
DESDE HACE  
UNOS DÍAS  
TOS



## ¿Cómo reconocerla?



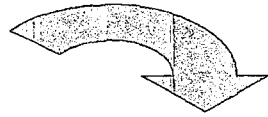
RESPIRACIÓN MUY  
RÁPIDA Y CON  
DIFICULTAD

HUNDIMIENTO  
DE TORAX

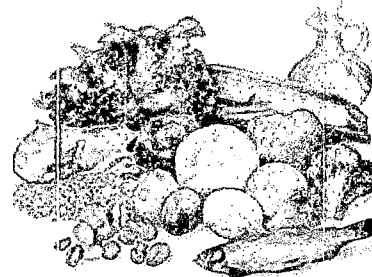
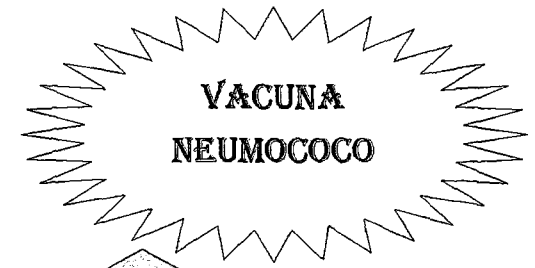
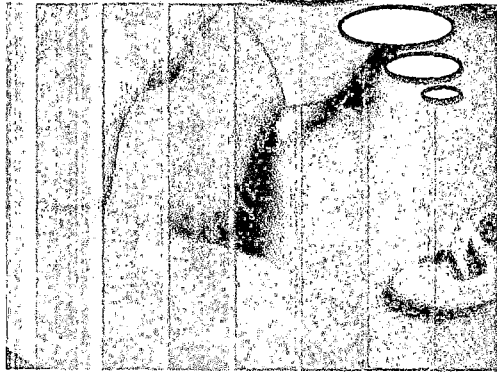
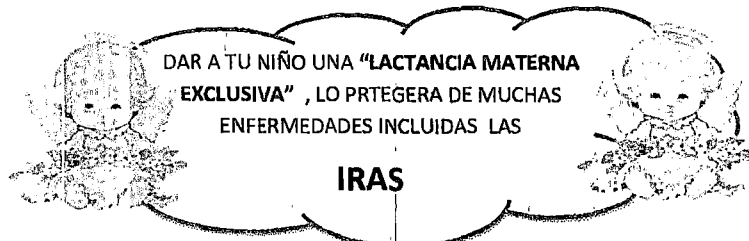


PUEDEN PARECER  
QUEJOSOS Y DECAIDOS

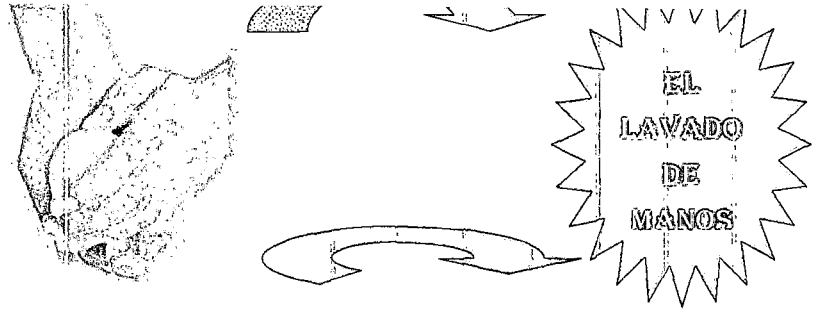




LOS NIÑOS MAYORES SE  
PUEDEN QUEJAR DE  
DOLOR EN EL PECHO O  
ABDOMINAL



**EVITA EL CONTACTO  
CON PERSONA  
INFECTADAS**



**EVITAR LOS CAMBIOS  
BRUSCOS DE TEMPERATURA  
Y LA EXPOSICIÓN A  
CORRIENTES DE AIRE.**



## ¿Cómo prevenir?

EXISTEN SIMPLES MEDIDAS QUE NOS PERMITEN PROTEGERNOS DE LAS IRA:

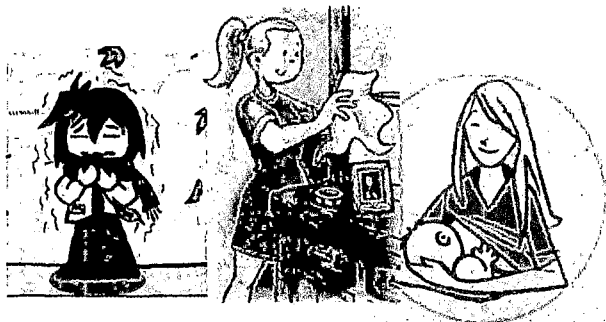
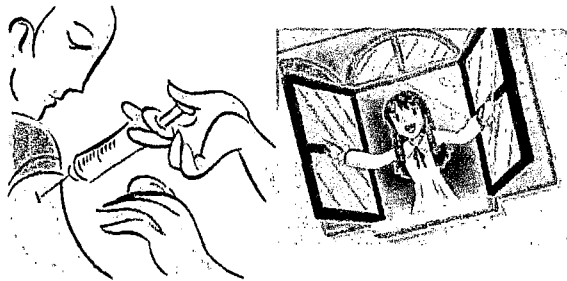
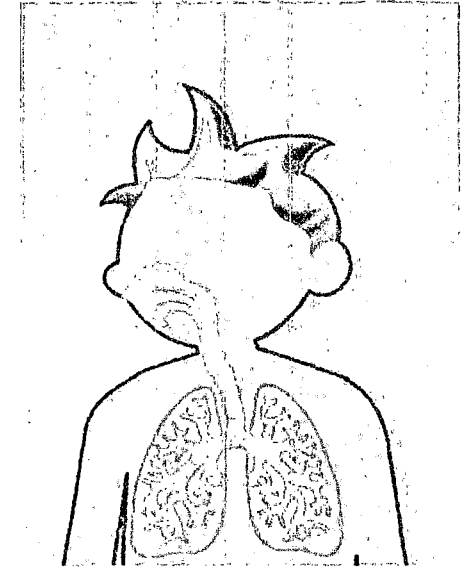


- Lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente
- Al estornudar, cubra su boca con el antebrazo
- Use pañuelos de papel desechable y luego elimínelos
- Ventile sus ambientes todos los días

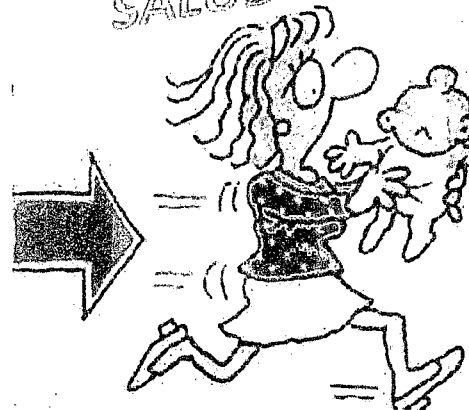
## SIGNOS DE ALARMA



## INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS



RÁPIDO AL PUESTO DE  
SALUD



Son infecciones de las vías respiratorias con duración menor de 15 días.

Constituyen un importante problema de salud pública.

## IRA LEVE

La mayoría de las IRA son leves

- RESFRÍO COMÚN

### Síntomas:

- Fiebre leve 38° - 38.5° 1 o 2 días o sin fiebre
- Estornudos
- Congestión nasal
- Dolor de garganta
- A veces leve dolor de oídos

### ¿Qué hacer?

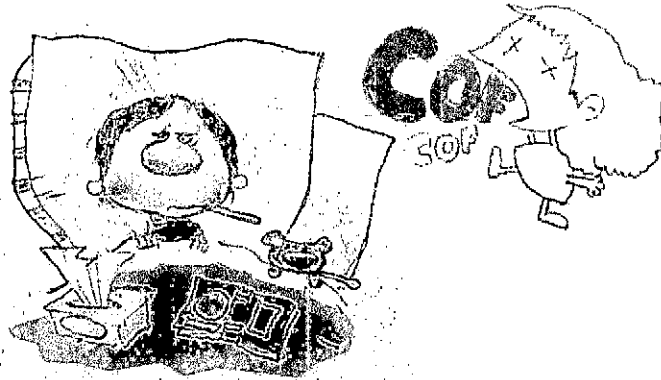
- Reposo dentro de la casa.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- No abrigar en exceso.
- No exponer al frío ni al humo de cigarrillo.
- Dar líquidos abundantes.
- Mantener semi sentado para facilitar la respiración.

## IRA MODERADA

- FARINGITIS
- AMIGDALITIS
- OTITIS MEDIA AGUDA
- BRONQUITIS

### Síntomas:

- Fiebre alta o moderada más de 2 días
- Faringe o amígdalas rojas o purulentas
- Dolor de garganta
- Secreción nasal de más de 4 días
- Dolor de oídos
- Tos con secreciones
- Cambios en el estado de ánimo (decaído, irritable).
- Alimentación irregular.



## IRA GRAVE

- LARINGITIS OBSTRUCTIVA.
- BRONQUITIS OBSTRUCTIVA.
- NEUMONÍA.

### Síntomas:

- Fiebre alta y permanente
- Tos intensa
- Dificultad para respirar, quejidos, hundimiento de costillas, respiración agitada.
- Niños muy decaídos
- Disfonía o ronquera
- Cianosis (color azulado en boca)
- Rechaza el alimento

