Chota, 30 de setiembre del 2025.

C.O. N° 036-2025-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **"NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN LANCHEBAMBA, CHOTA 2025"** elaborado por las **Bachilleres en enfermería: Jharis Marilina Díaz Goicochea** y **Clara Silva Muñoz,** para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 6%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023-FCCSS-UNACH /C.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CHOTA

Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA
Jefe de la Unidad de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud
UNACH

Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la Salud
UNACH

C.c.
Archivo
Ch2025

Clara SILVA MUÑOZ

IFT-6 JHARIS Y CLARA

REVISIÓN DE TESIS

INVESTIGACIÓN 2024-II

Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3356268288

Fecha de entrega

29 sep 2025, 7:59 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

29 sep 2025, 8:04 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

IFT_-_D_AZ_GOICOCHEA_JHARIS_Y_SILVA_MU_OZ_CLARA--8-75.pdf

Tamaño del archivo

813.0 KB

68 páginas

17.832 palabras

97.860 caracteres

6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado

Fuentes principales

6%	Fuentes de Internet
5%	Publicaciones
0%	Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

6% Fuentes de Internet
5% Publicaciones
0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
repositorio.unach.edu.pe		2%
2	Internet	
repositorio.usanpedro.edu.pe		<1%
3	Internet	
repositorio.ucv.edu.pe		<1%
4	Internet	
repositorio.uss.edu.pe		<1%
5	Internet	
repositorio.upeu.edu.pe		<1%
6	Internet	
1library.co		<1%
7	Internet	
repositorio.uteq.edu.ec		<1%
8	Internet	
repositorio.upse.edu.ec		<1%
9	Internet	
www.repositorio.unach.edu.pe		<1%
10	Internet	
apirepositorio.unu.edu.pe		<1%
11	Publicación	
Jose, Salomon. "Job Embeddedness and Employee Performance: Testing the Type ...		<1%

12 Internet

hdl.handle.net <1%

13 Internet

cybertesis.unmsm.edu.pe <1%

14 Internet

repositorio.unfv.edu.pe <1%

15 Internet

repositorio.udh.edu.pe <1%

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN LANCHEBAMBA, CHOTA 2025

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORES:

BACH. ENF. DÍAZ GOICOCHEA JHARIS MARILINA

BACH. ENF. SILVA MUÑOZ CLARA

ASESOR:

DR. HERNÁNDEZ FIESTAS RICHARD WILLIAMS

CHOTA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Creada el 11 de mayo de 2010 mediante Ley Nº 29531
Facultad de Ciencias de la Salud

Formato N° 11: Acta de sustentación Informe final de tesis

Siendo las **09:00** horas del día **16** de **setiembre** del año **2025**, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) **Dr. Anibal Oblitas Gonzales** ,secretario (a) **Dra. Elisa Ramos Tarrillo**, como vocal **Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza** y como asesor (a) del Informe Final de Tesis el (la) **Dr. Richard Williams Hernández Fiestas**.

Actuando de conformidad con el Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de Tesis: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN LANCHEBAMBA, CHOTA 2025. presentado por el (los) bachiller (es): **Clara Silva Muñoz** y **Jharis Marilina Díaz Goicochea** de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó Aprobar el Informe Final de Tesis en mención con la calificación de (números y letras): 16 (Dieciséis) y con la denominación Aprobación con mención honrosa por lo tanto el(la) bachiller(es) puede(n) proseguir con los trámites ulteriores, para la recepción del diploma que le (la) acredite como licenciado (a) en Enfermería.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 10.30.Am del 16 de setiembre del 2025.

JURADO EVALUADOR	FIRMA
Presidente : - Dr. Anibal Oblitas Gonzales	
Secretario: - Dra. Elisa Ramos Tarrillo	
Vocal: - Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza	

ASESOR	FIRMA
- Dr. Richard Williams Hernández Fiestas	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
V°B°
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
CHOTA

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Richard Williams Hernández Fiestas
Asesor

Dr. Aníbal Oblitas Gonzales
Presidente

Dra. Elisa Ramos Tarrillo
Secretaria

Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza
Vocal

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser una guía y fortaleza, esta tesis es testimonio de su amor y su providencia.

Agradecemos a la Universidad Nacional Autónoma de Chota, especialmente a la Escuela Profesional de Enfermería por brindar un entorno académico de excelencia, permitiendo crecimiento intelectual y profesional.

Del mismo modo gracias a los docentes y trabajadores por su dedicación y apoyo durante la trayectoria universitaria.

Al asesor, Dr. Richard Willams Hernández Fiestas, por su invaluable orientación y apoyo durante la elaboración de esta tesis. Su dedicación, sabiduría y experiencia en el campo han sido punto clave para la culminación satisfactoria de este trabajo de investigación.

Al jefe del Puesto de Salud Lanchebamba, Licenciado Miguel Cieza Vásquez y a la jefa del Puesto de Salud Iraca Grande, Obstetra Luisa Iria Díaz Bautista, por brindarnos la información pertinente y la autorización para la recolección de datos.

A las madres de los menores de 5 años de la comunidad de Lanchebamba quienes participaron en la investigación proporcionándonos sus respuestas tiempo y comprensión.

A:

Dios por ser nuestra guía y fortaleza en esta etapa de nuestra vida, a nuestros padres, por enseñarnos que la perseverancia y la dedicación son clave para alcanzar los sueños, a nuestra familia, por su amor y su apoyo incondicional.

Jharis y Clara

ÍNDICE DE CONTENIDO

		Pág.
RESUMEN		viii
ABSTRACT		ix
	CAPÍTULO I	10
	INTRODUCCIÓN	10
	CAPÍTULO II	14
	MARCO TEÓRICO	14
2.1.	Antecedentes del estudio	14
2.2.	Bases conceptuales	17
2.3.	Definición de términos básicos	35
	CAPÍTULO III	36
	MARCO METODOLÓGICO	36
3.1.	Ámbito de estudio	36
3.2.	Diseño de investigación	36
3.3.	Hipótesis	37
3.4.	Población, muestra y unidad de estudio	37
3.5.	Operacionalización de variables	38
3.6.	Descripción de la metodología	39
3.7.	Procesamiento y análisis de datos	40
3.8.	Aspectos éticos y rigor científico	41
	CAPÍTULO IV	42
	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1.	Caracterización de las madres con niños menores de 5 años	42
4.2.	Nivel de conocimiento de las madres según factores ambientales.	44
4.3.	Nivel de conocimiento de las madres según el estado nutricional.	45
4.4.	Nivel de conocimiento de las madres según el estado de inmunizaciones.	46
4.5.	Nivel de conocimiento de las madres según el control médico.	47
4.6.	Nivel global de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas.	48
	Prueba de hipótesis	50
4.7.	Características sociodemográficas y nivel de conocimiento de las madres.	51
	CAPÍTULO V	53
	CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES	53
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
	ANEXOS	67

INDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Características sociodemográficas de las madres con niños menores de 5 años de la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025.	42
Tabla 2.	Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años según factores ambientales.	44
Tabla 3.	Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años según el estado nutricional.	45
Tabla 4.	Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en cuanto a su estado de inmunizaciones.	46
Tabla 5.	Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años según el control médico.	47
Tabla 6.	Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025.	48
Tabla 7.	Características sociodemográficas y nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 años de la comunidad de Lanchebamba. Chota, 2025.	51

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ADN	:	Ácido desoxirribonucleico
ARN	:	Ácido ribonucleico
BCG	:	Bacilo de Calmette – Guérin
CRED	:	Crecimiento y desarrollo
DISA	:	Dirección de Salud
IM	:	Intramuscular
IRAs	:	Infecciones respiratorias agudas
LTA	:	El ácido lipoteicoico
MINSA	:	Ministerio de Salud
MPS	:	Modelo de Promoción de la Salud
Msnm	:	Metros sobre el nivel del mar
OMA	:	Otitis media aguda
OMC	:	Otitis media crónica
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
SGA	:	Streptococcus β-hemolítico del grupo A
SPSS	:	Paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for Social Sciences)
VO	:	Vía oral
VSR	:	Virus cinsitial respiratorio.

RESUMEN

El presente estudio se realizó para determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en Lanchebamba, Chota 2025; es de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 41 madres de niños menores de 5 años, que cumplieron con los criterios de inclusión, y participaron respondiendo un cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre IRAs; la prueba de hipótesis utilizada fue Chi cuadrado de bondad de ajuste, obteniendo que el nivel de conocimiento de las madres sobre IRAs en niños menores de 5 años en Lanchebamba, Chota 2025 es bajo, con una probabilidad de error del 0,05%. Los resultados indicaron que el 68,29% (n=28) tienen un nivel de conocimiento bajo, el 29,27% (n=12) tienen un conocimiento medio y el 2,44% (n=1) tienen un conocimiento alto. En cuanto a las dimensiones se obtuvo: factores ambientales, 46,34% con nivel de conocimiento medio, 34,15% bajo y el 19,51% alto; aspecto nutricional, 63,41% posee un nivel bajo, 21,95% medio y solo 14,63% nivel alto; inmunizaciones, 56,54% nivel de conocimiento medio, 26,83% bajo y solo 14,63% alto; por último, en cuanto al control médico 43,90% posee un nivel de conocimiento medio, 39,02% bajo y solo el 17,07% alto. Se concluyó que la mayoría de las madres tienen un nivel de conocimiento bajo sobre IRAs en menores de 5 años; por ende, se recomienda al personal de salud, implementar programas educativos y de capacitación integral, dirigidos a las madres de la comunidad de Lanchebamba.

Palabras clave: Nivel de Conocimiento, madres, infecciones respiratorias agudas, menores de cinco años.

ABSTRACT

This study was conducted to determine the level of knowledge among mothers about acute respiratory infections in children under 5 years of age in Lanchebamba, Chota 2025. It is quantitative in nature, descriptive in scope, and non-experimental and cross-sectional in design. The sample consisted of 41 mothers of children under 5 years of age who met the inclusion criteria and participated by completing a questionnaire to determine their level of knowledge about ARIs. The hypothesis test used was the chi-square goodness-of-fit test, which showed that the level of knowledge of mothers about ARIs in children under 5 years of age in Lanchebamba, Chota 2025 is low, with a probability of error of 0,05%. The results indicated that 68,29% (n=28) have a low level of knowledge, 29.27% (n=12) have an average level of knowledge, and 2,44% (n=1) have a high level of knowledge. In terms of dimensions, the following results were obtained: environmental factors, 46,34% with a medium level of knowledge, 34,15% low, and 19,51% high; nutritional aspects, 63,41% have a low level, 21.95% medium, and only 14,63% high; immunizations, 56,54% had an average level of knowledge, 26,83% had a low level, and only 14,63% had a high level; finally, in terms of medical check-ups, 43,90% had an average level of knowledge, 39,02% had a low level, and only 17,07% had a high level. Finally, it was concluded that most mothers have a low level of knowledge about ARIs in children under 5 years of age. Therefore, it is recommended that health personnel implement comprehensive educational and training programs aimed at mothers in the community of Lanchebamba.

Keywords: Level of knowledge, mothers, acute respiratory infections, children under five years of age.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen un conglomerado de afecciones de origen infeccioso que comprometen al sistema respiratorio con una duración inferior a quince días. Si bien acostumbran a presentarse de forma benigna, como en el catarro común, pueden tornarse graves y amenazar la existencia infantil, ejemplificado en la neumonía [1].

En infantes que tienen menos cinco años, las IRAs se originan tanto por bacterias como por virus. Entre las bacterianas, la más prevalente es Streptococcus pneumoniae, agente primordial de neumonías. En el ámbito viral, abarcan más del 80% de los episodios, sobresaliendo el VRSh, Influenza A y B, HPIV, Rhinovirus, Coronavirus, etc. Tales patógenos generan desde cuadros triviales como el resfriado hasta procesos más severos como la bronquiolitis o la insuficiencia respiratoria [1].

Conforme a la OMS [2], en 2016 las IRAs ocupaban segunda posición entre las causas de mortalidad global, con un 16% de los registros. Empero, para 2024 ascendieron al primer peldaño como fuente primordial de morbilidad en todo el orbe [3]. Asimismo, se catalogan como un desafío de salubridad pública, atendiendo a su peso en la mortalidad y morbilidad planetaria, con cerca de cuatro millones de decesos; el 98% atribuible a IRAs bajas, y con índices letales más acentuados en menores de cinco años. [4]

En América Latina, la situación es particularmente preocupante, en ese sentido, un estudio realizado en México en el 2024, reveló una prevalencia del 40% de morbilidad por IRAs en niños [3]. Por otra parte, el MINSA [5] durante el año 2024 afirmó que “la categoría etárea de 1 a 4 años presenta el máximo número de episodios de IRAs, acompañado de 72,26% (586 episodios), de 2 a 11 meses 26,51% (215 casos) y <2 meses 2,10% (17 episodios)” [p. 4]. En este país, también se registraron 125 defunciones por neumonía; siendo Loreto (26 defunciones), Puno (12 defunciones), Junín (10 defunciones) y La Libertad (10 defunciones) considerados los departamentos con mayor número de defunciones [6].

En la demarcación de Cajamarca, en el transcurso del 2024, consignaron 46 097 incidentes de IRAs en infantes menos de cinco años; de tal contingente, 1 096 cursaron con síndrome bronquial obstructivo (SOB) y asma, en tanto que 655 evolucionaron hacia neumonía. Desafortunadamente, se documentaron dos decesos, lo cual equivale a una tasa de letalidad del 0,3%. [7]. Por otro lado, en Chota como provincia durante el año 2024 se registraron 259 casos de IRAs (excluyendo neumonías), siendo Chota uno de los 19 distrito de la misma provincia el más afectado con 172 casos, seguido por Conchan con 24 casos y Llama con 22 casos [6].

Las consecuencias más frecuentes de IRAs observadas en pacientes pediátricos están, la bronquiolitis obliterante, una complicación que daña el tracto respiratorio y afecta de manera radical a los pulmones; también se presenta hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatías, alteraciones en el sistema nervioso central, neumonía necrotizante, falla respiratoria y en consecuencias más graves la muerte [8].

Por otro lado, el acervo cognitivo materno en torno a las IRAs alude a la intelección que poseen las progenitoras respecto a los rasgos y al abordaje de dichas infecciones en criaturas menores de cinco años, considerados los más frágiles; dado que ellas constituyen las custodias primordiales del amparo y la salud de su prole. Tal saber resulta determinante para ejecutar decisiones esclarecidas sobre estrategias profilácticas, la identificación precoz de manifestaciones clínicas y la oportuna búsqueda de ayuda sanitaria, coadyuvando de manera sustancial a menguar la morbilidad y la mortalidad infantil vinculada con las infecciones [9, 10].

Así, en una pesquisa efectuada en Cuba durante 2023, se evidenció que la magnitud de comprensión global materno, relacionado a las IRAs, resultó deficiente, alcanzando un 73,6% [9]; mientras que, en el ámbito latinoamericano, un estudio desarrollado en Venezuela en 2020 determinó que dicho saber era apenas regular, con un 56,7% [11].

En el escenario nacional, las indagaciones del nivel de conocimiento materno sobre dichas infecciones, revelaron un rango bajo a intermedio. En Iquitos, por ejemplo, se constató que las progenitoras exhibían entendimiento bajo y medio en proporciones de 39,6% y 36,3% respectivamente [12]; en Caraz se documentó un

nivel reducido del 17% [13]; y en Huancayo ultimó que el 56% de las participantes poseían un conocimiento escaso, mientras que el 42% se situaba en un nivel medio [14]. Tales hallazgos ponen de manifiesto un notorio déficit cognitivo materno sobre las IRAs en infantes; una brecha que puede derivar en dilaciones en la búsqueda de auxilio sanitario y, en consecuencia, acrecentar la mortalidad infantil.

La pesquisa se efectuó en Lanchebamba, donde el clima suele ser gélido, constituyendo un elemento predisponente para la aparición de IRAs. En tal perspectiva, reviste relevancia auscultar el grado de conocimiento que ostentan las madres en torno al asunto tratado, con el propósito de instaurar acciones que eleven su nivel de comprensión y manejo de las IRAs.

A partir de lo anterior, se planteó la siguiente interrogante investigativa: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en Lanchebamba, Chota 2025?; formulándose como hipótesis alterna que dicho conocimiento será de nivel bajo, y como hipótesis nula que el conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años de Lanchebamba, Chota 2025 no será bajo.

El objetivo general del estudio fue: Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años en la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025. Los objetivos específicos consistieron en: a) caracterizar sociodemográficamente a las madres con niños menores de 5 años; b) determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años según factores ambientales; c) determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años según el estado nutricional; d) determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en cuanto a su estado de inmunizaciones y e) determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años según el control médico.

En lo concerniente a los hallazgos obtenidos, se evidenció que las edades maternas se concentran principalmente de los 31 a 40 años (41,46%), seguidas de 21 a 30 años (34,15%). En cuanto al nivel de instrucción, el 2,44% alcanzó estudios superiores, el 54,22% posee educación primaria y el 46,34% secundaria. Respecto

al estado civil, el 46,34% se encuentra en condición de convivientes, el 26,83% casadas, el 24,39% solteras y el 2,44% viudas. En lo relativo a la tipología familiar, el 51,22% corresponde a núcleos familiares y el 48,78% a familias extensas. Asimismo, el nivel de conocimiento materno se clasificó como bajo en un 68,29%, medio en 29,27% y alto en apenas 2,44%.

Por dimensiones, los resultados señalaron que, en factores ambientales, el 46,34% presentó un nivel intermedio de conocimiento, el 34,15% bajo y el 19,51% alto. En cuanto al aspecto nutricional, el 63,41% evidenció nivel bajo, el 21,95% medio y el 14,63% alto. En inmunizaciones, el 56,54% alcanzó un nivel medio, el 26,83% bajo y solo el 14,63% alto. Finalmente, en lo referente al control médico, el 43,90% mostró un conocimiento medio, el 39,02% bajo y el 17,07% alto.

Esta pesquisa, se estructuró en cinco secciones: La primera introduce la investigación; la segunda desarrolla el marco teórico, que integra antecedentes, fundamentos conceptuales y definiciones básicas; la tercera aborda la estructura metodológico, comprendiendo el campo de estudio, diseño investigativo, población, espécimen, operacionalización de variables, descripción del método y tratamiento de los datos; la cuarta presenta los resultados y análisis de acuerdo con los objetivos; la quinta expone conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se añaden la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Pardias et al. [9], en la indagación efectuada en 2023 titulada “Conocimientos sobre factores de riesgo de infecciones respiratorias en madres de menores de cinco años servicio desconcentrado Hospital Universitario Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga” en Cuba, se plantearon auscultar la magnitud de cogniciones concernientes a los condicionantes de peligro de IRAs en genitoras de infantes de 1 – 5 años. Indagación descriptiva y seccional; se recurrió a una cohorte de 72 madres. El resultado evidenció que el 73,6 % de las intervinientes exhibían saberes menguados. Se coligió que prevalece entre las progenitoras de infantes subquinquenales la insuficiencia de nociones sobre el riesgo ligados a las IRAs.

Almeyda et al. [15], en la pesquisa de 2021 intitulada *“Conocimiento de los padres y cuidadores de niños en la primera infancia de Piedecuesta, sobre los factores desencadenantes y cuidados para la prevención de enfermedades respiratorias pre y post a una intervención educativa 2021”* En Colombia, con el propósito de calibrar la hondura de entendimiento de los progenitores, se ejecutó un esquema preexperimental; la cohorte abarcó 54 padres de párvulos vinculados al programa World Vision. Los desenlaces evidenciaron una mutación ostensible en el caudal cognoscitivo parental relativo a la profilaxis, con un guarismo de $p<0,001$. Se dedujo que, tras la instauración de la estrategia didáctica, se elevó la cuota de saberes de los padres en torno a las dolencias respiratorias en la infancia.

Requenes [16], en el año 2020, en la indagación “Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños menores de 5 años en la prevención de las infecciones respiratorias agudas. Atendidos en sala de emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense, durante octubre - diciembre 2019”, se planteó como propósito examinar la correlación entre saberes y prácticas maternas. Estudio de naturaleza cualitativa, descriptiva y transversal, cohorte de 172 progenitoras. Los descubrimientos evidenciaron un 63% identificaba signos y síntomas; el

69,2% reconocía factores predisponentes; el 45,9% advertía la respiración acelerada; el 27,3% la dificultad ventilatoria; el 64,5% la neumonía y el 27,3% la bronquitis. Se infirió que la mayoridad poseía una categoría de conocimiento que oscilaba entre elevado e intermedio.

A nivel Nacional

Huamán et al. [17], en el año 2023 ejecutaron la indagación titulada "Conocimientos y prácticas sobre medidas preventivas de infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años en el centro poblado Santa María de Nuevo Imperial – Cañete 2023" en Lima; la finalidad consistió en establecer la correlación entre el grado de saberes y las conductas precautorias. La indagación se catalogó como elemental, descriptiva, de trazo no experimental, sesgo cuantitativo y corte transversal; se laboró con una cohorte de 105 madres. Los descubrimientos revelaron que el 48% exhibe un peldaño intermedio de comprensión, el 38% uno menguado y el 14% uno elevado. Se infirió la existencia de una ligazón significativa de intensidad moderada entre el bagaje cognitivo y las conductas profilácticas referente a IRAs.

Mercedes [18], desarrolló en el 2024, la disertación doctoral titulada "Conocimiento y medidas preventivas de infecciones respiratorias agudas de los padres de familia en menores de 5 años del distrito de Huancavelica"; su objetivo consistió en precisar la correlación entre los saberes y las disposiciones precautorias de los progenitores. Se trató de una pesquisa descriptiva, de diseño no experimental y relacional; la muestra incluyó 210 padres, los cuales el 40,47% mostró un grado alto de conocimientos sobre las IRAs, el 31,43% medio y el 28,1% bajo. Tales resultados permitieron colegir que se constata una asociación significativa entre la magnitud de cogniciones parentales y la asunción de prácticas de prevención contra IRAs, en infantes menores de 5 años.

Herrera y Valerio [19], registraron en Huancayo durante 2022 la indagación "Nivel de conocimiento y cuidados maternos en infecciones respiratorias agudas menores 5 años, Puesto de Salud Racracalla, Comas 2022"; cuyo propósito fue esclarecer la vinculación entre la magnitud de saberes y las

diligencias maternas. Se configuró como un estudio descriptivo, no experimental, relacional y de corte transversal; la cohorte se integró por 90 progenitoras. Sus hallazgos evidenciaron el 43,33% de las progenitoras exhibe una escala cognoscitivo exiguo, el 40% elevado y el 16,67% intermedio. Se coligió que se verifica una correlación positiva, marcada y proporcionalidad directa del grado de conocimientos y los cuidados de las progenitoras ante las IRAs.

Aguirre [20], efectuó en 2021 la indagación "Conocimiento y prevención de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años, CS Base San Martín de Porres, Lima, 2021"; Su cometido consistió en determinar la ligazón entre el acervo cognoscitivo y la profilaxis de las IRAs. La pesquisa se clasificó como elemental, de sesgo cuantitativo, nivel descriptivo-correlacional, diseño no experimental y corte transversal; se sustentó la cohorte de 85 progenitoras. Sus hallazgos pusieron de relieve que el 51,76% exhibió entendimiento aceptable, en tanto que el 48,24% reveló sapiencia exigua; del mismo modo, el 49,41% mostró prevención moderada, el 28,24% sobresaliente y el 22,35% deficiente. Se infirió que un bagaje cognitivo apropiado se asocia con una profilaxis satisfactoria y viceversa.

Mori y Ríos [12], escudriñaron en Iquitos, en el año 2020 la indagación *"Conocimiento y manejo en infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años, Belén 2020"*; cuyo designio fue dilucidar el acervo cognoscitivo y el tratamiento de las IRAs. Se preciso de un escrutinio cuantitativo, descriptivo, transversal y no experimental; el muestreo se ejecutó bajo modalidad probabilística aleatoria simple. La cohorte quedó integrada por 800 progenitoras. Los veredictos revelaron que el 39,6% ostentaba un caudal cognitivo menguado, el 36,3% intermedio y el 24,1% elevado; se infirió, por ende, que el saber materno no guarda correlación con el manejo de las IRAs.

Esquivel [21], en la pesquisa llevada a cabo en 2020 "Nivel de conocimiento y actitudes maternas sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Hospital Cesar Vallejo Mendoza Santiago de Chuco. 2020" en La Libertad, persiguió como cometido esclarecer la articulación entre el nivel de saberes y las disposiciones actitudinales. La pesquisa es descriptivo,

cuantitativo, correlacional, transversal, además, carácter aplicativo; la muestra congregó a 252 progenitoras. Los hallazgos denotaron que el 66% de madres con cognición elevada exhiben actitud adecuada, mientras que el 34,9% con nivel medio manifiestan cognición discordante; de manera que, sí se verifica una ligazón significativa (p=0,012) de los saberes maternos y las actitudes.

A nivel Local

Pérez [22], consignó en Cajamarca, en el año 2022 la pesquisa "Nivel de conocimiento y prácticas alimenticias de la madre y su relación con las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Centro de Salud de Contumazá, en el año 2022"; Cuyo cometido fue dilucidar la correspondencia entre la ocurrencia de infecciones respiratorias y los saberes junto con las prácticas alimentarias de las madres. El análisis se inscribió en el enfoque cuantitativo, no experimental, además, corte descriptivo y correlacional. La cohorte se conformó por 111 infantes. Los resultados revelaron que tanto el nivel de hábitos dietéticos como el de cogniciones nutricionales resultaron menguados. Se dedujo la presencia de una asociación positiva y característica ($p < 0,05$) de las rutinas alimenticias maternas y la incidencia de IRAs en los menores: los lactantes menores de 1 año, alcanzó 0,684, mientras que en los de 1 a 5 años se elevó a 0,816.

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender 1996

La pesquisa, en su armazón teórica, halló sustento en el MPS ideado por Nola Pender en 1996, el cual sostiene que las disposiciones conductuales que asumen los sujetos se configuran como intentos por alcanzar bienestar y excelencia vital; en tal sentido, Pender, mediante esta formulación, procura esclarecer la dinámica mediante la cual los individuos resuelven elecciones tomando en consideración su salubridad [23].

El entramado conceptual del MPS se cimenta en diversas corrientes; una de ellas, la teoría de Bandura sobre aprendizaje social, que subraya la

gravitación de los procesos cognitivos de la mutación comportamental. Otro cimiento lo constituye el modelo de expectativa-valor de la motivación humana de Feather, este postula que la conducta se desenvuelve racionalmente en concordancia con la intencionalidad [23].

Del mismo modo, esta concepción exhibe rasgos diferenciados en tres agrupamientos. En el inicial se ubican las particularidades y trayectorias individuales, donde figuran las praxis antecedentes vinculadas, es decir, experiencias pretéritas con repercusión sobre el compromiso hacia conductas promotoras de salud; además, los elementos individuales tales como somáticos, psíquicos y socio-culturales, que actúan como predictores en el comportamiento [23].

El segundo bloque alude a las cogniciones y afectividades vinculadas con la conducta específica: los beneficios esperados de la acción (efectos derivados de la praxis salubrista); la percepción de obstáculos (limitaciones frente al compromiso conductual); la autoeficacia percibida (juicio del sujeto sobre su idoneidad para ejecutar la acción); el afecto ligado al comportamiento (emociones y reacciones valorativas); las influencias interpersonales (presiones o estímulos que incitan a adoptar nuevas conductas); y las influencias situacionales (condicionantes contextuales que intensifican el compromiso con la acción en salud) [23].

Finalmente, el tercer conjunto corresponde al resultado comportamental, espacio donde se concreta la acción orientada hacia desenlaces positivos en la salud, pues los componentes ya señalados confluyen en la consolidación del compromiso con un plan de acción salubrista [23].

La presente indagación se articuló con el MPS de Pender en la medida en que se evaluó el grado de conocimiento materno sobre las IRAs, el cual orienta disposiciones dirigidas al resguardo de la salud infantil. Asimismo, tanto el saber adquirido como las experiencias previas ejercen función cardinal en la toma de determinaciones sanitarias; de esta manera, los atributos personales, las vivencias y el conocimiento convergen para modelar la conducta, guiando las actuaciones hacia la

prevención y la gestión adecuada de las IRAs, lo cual reafirma la pertinencia del MPS de Pender dentro del marco de este estudio.

2.2.2. Conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas

En conformidad con lo manifestado por Aranda [24], el saber relativo a las IRAs entraña un repertorio de nociones, concepciones, eventualidades y axiomas que acostumbran detentar las genitoras de párvulos subquinquenales, en torno al modo en que han de conducirse y a las disposiciones que corresponde adoptar; en cuyo núcleo radica la pericia o su carencia acerca de las exteriorizaciones clínicas, de los condicionantes de riesgo que emergen, de las pautas profilácticas, de la terapéutica y de lo imprescindible ante la eventual aparición de complicaciones vinculadas a cualquier IRA.

A. Conocimiento

a. Definición

Se precisa como el almacenamiento de un grupo de información en la memoria que el sujeto aprende a través de las experiencias en la vida cotidiana, así como en etapa de la educación que está en evolución continua [25].

Esparza y Rubio [26], sostienen que el conocimiento es una función de la realidad que corresponde al ser humano y que mientras la realidad sigue cambiando el conocimiento también cambia y está tornándose cada vez más complejo y logrando mayor alcance, por lo tanto, no sería análogo, finito o acabado.

El conocimiento está referido a la certeza sobre lo que es el mundo, la cual permite actuar y dar el siguiente paso en el transitar de la vida, de lo contrario, se estaría con incertidumbre y angustia, y ésta a su vez paraliza e inmoviliza; de tal manera que el conocimiento es una suerte de luz que ilumina el sendero de la existencia [26].

b. Tipos de conocimiento

Tal como manifiesta Alvarado [25], entre los tipos de conocimiento se encuentran los siguientes:

- **Conocimiento común.** Se adquiere en la vida cotidiana, de manera espontánea, sin ninguna planeación ni uso de instrumentos diseñados.
- **Conocimiento científico.** Es más riguroso, con el objetivo de encontrar respuestas para explicar, conocer y predecir.
- **Conocimientos empíricos.** Basado a través de la experiencia del medio natural, además se obtiene con ayuda de los sentidos y de la forma en que se percibe la realidad.
- **Conocimiento tácito.** Es el cual la persona, comunidad, organización o país, tiene almacenado en la mente reflejando su cultura; este conocimiento, incluye ideas, experiencias, destrezas, habilidades, valores, costumbres y creencias.
- **Conocimiento Implícito.** Es innato; lo tenemos sin saberlo, simplemente lo ejecutamos y lo ponemos en práctica.
- **Conocimiento Explicito.** Es aquel que es racional y objetivo, puede expresarse mediante palabras, números y formulas. Puede ser escrito, codificado y almacenado en informes, revistas científicas, artículos, etc.

c. Características del conocimiento

El conocimiento se caracteriza por ser fáctico y parte desde la experiencia del sujeto; es sistemático ya que va más allá de un argumento de información, es decir es un sistema de ideas; es racional porque está constituido por conceptos, pautas, sensaciones, figuras y reglas de una conducta [25]**.**

d. Niveles del conocimiento

Según Villapando citado por Cabezas [27], consideran al conocimiento en tres niveles:

- **Nivel bajo:** Se configura como un saber intuitivo, adquirido mediante la praxis cotidiana que el individuo ejecuta de manera habitual.
- **Nivel medio:** Corresponde a un conocimiento de índole conceptual, sustentado en material empírico con la finalidad de

articular nociones e ideas y advertir las interrelaciones entre procesos y objetos de análisis.

- **Nivel alto:** Representa un conocimiento cimentado en el razonamiento lógico, cuya máxima manifestación y autonomía se nutre directamente de la realidad inmediata.

2.2.3. Infecciones respiratorias Agudas

A. Definición

Las IRAs configuran un conglomerado de afecciones contagiosas de raigambre infecciosa, tiene impacto en el sistema respiratorio, por un intervalo de 1 - 15 días. Su procedencia se adjudica a agentes virales, bacterianos u otros microbios; asimismo, se erigen como una de las fuentes esenciales de morbi-mortalidad infantil en naciones en desarrollo [1, 28].

B. Modo de transmisión

El contagio acontece por dos derroteros: el primero, mediante contacto directo entre individuos a través de microgotículas expulsadas en la respiración; el segundo, por contacto indirecto, esto es, con superficies u objetos contaminados por sujetos enfermos [29]. A su vez, el intervalo de incubación fluctúa entre 24 y 72 horas tras la exposición, siendo lo más frecuente alrededor de 48 horas. [30].

C. Clasificación

c.1. Infecciones respiratorias agudas altas. Entre las IRAs altas más usuales se encuentran:

- ✓ **Resfriado común o rinofaringitis**

  Constituye una afección vírica del conducto respiratorio superior, inicia inflamándose las vías aéreas altas como la nariz, en continuación de los senos paranasales, laringe, tráquea y bronquios [30, 31].

  En cuanto a la etiología, predominan los rinovirus que provocan entre el 30-40% de los episodios, los coronavirus entre el 10-15%, el enterovirus menor al 5%, también están el virus

parainfluenza, virus influenza A y B, virus respiratorio sincitial, entre otros [30].

Existen dos mecanismos principales de transmisión, contacto directo e indirecto [32]. Por otra parte, en la fisiopatología al ingresar los virus al organismo provocan la liberación de los mediadores bioquímicos de la inflamación, originando aumento de la permeabilidad vascular, rinorrea, obstrucción nasal e irritación faríngea [30].

Los síntomas característicos son las intensas secreciones, la congestión nasal, molestias generales, hiposmia y ageusia, estornudos, tos, lagrimeo, alteración del timbre nasal de la voz, falta de apetito, frecuentemente aflicción en la garganta y cefalalgia, mialgia y aumento de temperatura leve [30, 31].

Para el diagnóstico, se basa en las etiologías, puesto que es clave para dar el tratamiento [33], enfocado a disminuir la sintomatología; los antibióticos sólo se deben administrar en el caso de sobreinfección bacteriana, es de recomendación una dieta blanda, ingestión abundante de líquidos; los medicamentos más utilizados son el ácido acetilsalicílico, el ibuprofeno, la propifenazona y el paracetamol [30], de igual forma los descongestionantes en forma de gel, nebulizador y gotas [31].

- ✓ **Faringitis o amigdalitis**

  Se trata de un cuadro flogístico súbito que compromete las mucosas y los conglomerados linfoides de la orofaringe, con preponderancia en las amígdalas palatinas, manifestándose mediante eritema, tumefacción, exudación, ulceraciones o vesiculaciones [34].

  Desde la perspectiva etiopatogénica, el agente responsable más habitual es el estreptococo β-hemolítico del grupo A (SGA), imputado de un 15 - 30% de los episodios pediátricos y en un 5 a 10% de los adultos [35]. Asimismo, puede ser desencadenado

por virus como rinovirus, adenovirus, coronavirus y parainfluenza, o por bacterias tales como estreptococos y corinebacterias. También puede originarse de fenómenos irritativos de índole inflamatoria, motivados por factores externos como el humo, el frío o un ambiente templado [36].

Los síntomas son la odinofagia, seguida de una dificultad para alimentarse, fiebre, dolor de cabeza, vómitos, náuseas, dolor abdominal, malestar general [36], enrojecimiento de la faringe, congestión de la faringe y amígdalas con o sin exudado [37].

El diagnóstico se basa en las características clínicas, signos y síntomas que indican una causa viral. Por ende, la medicación de primera opción es la penicilina benzatina 600.000 UI.IM, una sola dosis; los fármacos alternativos son la amoxicilina de 50mg/kg VO cada 12 horas por 10 días y también está la amoxicilina más el ácido clavulánico para mayores de 3 meses y menores de 40 kg con dosis de 20 a 40 mg/kg/día VO, cada 8 horas en un periodo de 7 a 10 días; si la persona es alérgica a la penicilina están las eritromicina y las cefalosporinas de primera acción y la dosis varía según prescripción médica [38].

- ✓ **Sinusitis aguda**

  La sinusitis representa la tumefacción de uno o múltiples senos paranasales, habitualmente derivada de la complicación de una virosis respiratoria de los conductos aéreos superiores; cuando la sintomatología persiste más allá de 10 días, se presume la concurrencia de una sobreinfección bacteriana [39].

  Entre los factores que coadyuvan a su génesis se encuentran la colonización nasofaríngea, el estado inmunitario conferido por la vacunación y la exposición a esquemas antibióticos previos [39].

  En la generalidad de los episodios, la etiología es de cuño vírico, con un decurso mórbido fugaz que no requiere terapéutica antimicrobiana. Sin embargo, también puede responder a un

origen bacteriano, siendo los gérmenes más frecuentes —en márgenes que fluctúan entre el 40 y el 90% de los casos— el Streptococcus pneumoniae y el Haemophilus influenzae. [40].

Fisiopatológicamente ocurre una obstrucción del drenaje de alguna de las cavidades paranasales (etmoidal anterior, posterior, esfenoidales, maxilares y frontales) [40].

Los síntomas presentados frecuentemente son la congestión nasal o rinorrea habitualmente bilateral, tos persistente, cefalea, obstrucción nasal, fiebre, en ocasiones puede existir vómito, dolor facial, irritabilidad; en los niños y preescolares puede haber halitosis, otalgia y odinofagia [39].

Para diagnosticar, el gold standard es la punción sinusal con aspiración y cultivo, técnica invasora. Se debe demostrar la presencia de al menos 10 bacterias patógenas respiratorias por ml en el recuento [40]. De igual forma, se basa en la clínica, exploración física y pruebas complementarias [41].

El tratamiento está basado en la eliminación de la infección, disminución de síntomas graves y duración de estos, así como la prevención de complicaciones; por ende, en el tratamiento no antibiótico, se recomienda soluciones salinas ya que producen mejora subjetiva de los síntomas; en el tratamiento antibiótico se puede utilizar como primera línea la amoxicilina 45 mg/kg/día dividido en dos dosis iguales y para el tratamiento de niños alérgicos, se sugiere azitromicina o claritromicina [39, 42].

- ✓ **Otitis media aguda y crónica**

  La OMA es un proceso infeccioso de las vías altas, debido a la obstrucción del drenaje en el oído medio a través de las trompas de Eustaquio, además se caracteriza por la inflamación de la mucosa del oído medio y mastoides, perforación de la membrana timpánica y otorrea [43, 44].La OMA en los niños es causada por Streptococcus pneumoniae, Haemophilus

influenzae, Streptococcus pyogenes, la Moraxella catarrhalis, así como también Pseudomonas aeruginosa y Staphylococcus aureus [43, 44].

La fisiopatología implica la obstrucción del drenaje del oído medio a través de las trompas de Eustaquio, provocando una infección viral catarral en las vías altas. Esta obstrucción va acumulando las secreciones producidas por la cubierta mucosa del oído medio, creándose un espacio para el cultivo de infección o coinfección por virus y bacterias que habitualmente colonizan la vía aérea superior [43].

El cuadro clínico cursa por episodios de rinorrea, otorrea, así como también rinitis, fiebre, tos e irritabilidad y otalgia; en lactantes suelen rechazar la alimentación y presentan una alteración del sueño, además no frecuentemente puede existe parálisis facial, tinnitus o vértigos [45].

El diagnóstico de la OMA varía según la clínica del paciente, en el examen físico a la inspección del oído se puede observar eritema, disminución de la audición; en el estudio de imagen se realizará una tomografía, pruebas audiológicas para confirmar la perdida de la conducción en la que va el sonido [45].

Para el tratamiento de la OMA en niños se usa el ibuprofeno en jarabe (100mg/5ml), en tabletas (200mg y 400mg) con dosis de 5 - 10 mg/kg/dosis; el acetaminofén en jarabe (120mg/5ml), gotas (100mg/ml) y en tabletas (500mg) con dosis de 10 - 15 mg/kg/dosis y el tratamiento con antibióticos es la amoxicilina en jarabe de 125mg, 250mg y 500mg/5ml y en pastilla de 250mg y 500mg con dosis de 40mg/kg/día; de segunda elección la amoxicilina más ácido clavulánico 40 mg/kg/día; la ampicilina más el sulbactam 25 – 50mg/kg/día por diez días, en el caso de los niños de 1 – 3 meses, es utilizado la eritromicina más el sulfisoxazol según el diagnóstico médico [46].

- ✓ **Tos ferina**

La tos ferina, también denominada coqueluche, pertusis o tos convulsiva, es una infección del sistema respiratorio. Esta enfermedad afecta principalmente a lactantes menores de seis meses y a niños no vacunados, se caracteriza por accesos de tos quintosa, siendo una enfermedad de notificación obligatoria y objeto de vigilancia intensificada [47, 48].

Esta infección es originada por Bordetella pertussis del 85% - 95% de casos y Bordetella parapertussis del 5-15%, es altamente contagiosa y mortal para los recién nacidos y los bebés pequeños, principalmente debido al contacto cercano con personas infectadas y a la vacunación incompleta [47, 48].

En la fisiopatología, la bacteria *Bordetella pertussis*, ingresa al organismo a través del contagio (aerosoles y gotitas), produciendo exotoxinas que penetran la célula del huésped dando lugar a las manifestaciones clínicas de la enfermedad; en el periodo catarral, la transmisión del agente es máxima y disminuye después de la segunda semana de haber iniciado los paroxismos quintosos y partir de la cuarta semana no existe contagio; por otra parte, el periodo de incubación es asintomático y oscila entre 7 a 10 días con un rango de 5 a 21 días [48].

Además el curso y la gravedad de la enfermedad están influenciados por la edad y el estado de vacunación y tiene una duración prolongada, presentándose el periodo catarral entre la primera y la segunda semanas (congestión nasal, febrícula, rinorrea clara, lagrimeo y estornudos), siendo el periodo de máximo contagio; luego está el periodo paroxístico con duración de tres a seis semanas (acceso de tos, inspiración profunda, congestión facial, cianosis, estridor, expulsión de mucosidad espesa, vómito, fatiga) y finalmente el periodo de convalecencia (disminución gradual y progresiva de los accesos de tos), que dura de la primera a la tercera semana o varios meses [48].

Para el diagnostico están el etiológico (basado en la clínica) y el de laboratorio para confirmar la infección por Bordetella pertussis. se utiliza una muestra para cultivo y se realiza PCR de Bordetella a través de secreciones nasofaríngeas. Además, se realiza una analítica sanguínea para menores de cuatro meses, ya que son un grupo de mayor riesgo y la leucocitosis a expensas de la linfocitosis es una característica de la fase catarral tardía. Asimismo, se realiza una radiografía de tórax (ante sospechas de complicaciones) y un ecocardiograma (para descartar hipertensión pulmonar) [47].

Para el tratamiento de la tos ferina, el medicamento de elección es la azitromicina 10 mg/kg, una dosis diaria por cinco días en menores de cinco meses, mientras que la eritromicina se usa como medicamento alternativo 40-50 mg/kg/día dividido en cuatro dosis por 14 días para menores de un mes hasta 12 años; está la claritromicina 15mg/kg/día dividido en dos dosis máximo 500 mg/dosis por siete días para mayores de un mes hasta los 12 años. Por último, la trimetoprima (TMP) 8 mg/kg/día y el sulfametoxazol (SMZ) 40 mg/kg/día dividido en dos dosis. Estos medicamentos están indicados desde los tres meses hasta 12 años, pero contraindicados en menores de dos meses [48].

c.2. Infecciones respiratorias agudas bajas. Entre las IRAs bajas más comunes se encuentra:

- ✓ **Neumonía bacteriana**

  La neumonía constituye una afección súbita del tejido pulmonar, originada por agentes patógenos tales como virus, bacterias u hongos, erigiéndose en la causa primordial de defunción en infantes subquinquenales a escala planetaria, siendo la variante más frecuente la de índole bacteriana [49, 48].

  Desde el prisma etiopatogénico, en neonatos los responsables habituales son los Streptococcus del grupo B, además de Staphylococcus aureus y Listeria spp.; en menores tres meses

se suman estos, junto con Chlamydia trachomatis; mientras que en los menores de cinco años los más reiterados resultan Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae. [46].

Fisiopatológicamente, surge debido al desequilibrio entre la capacidad invasiva del agente causal y las defensas del huésped. Los patógenos entran por las vías respiratorias al ser aspirados o inhalados, o bien se diseminan de manera heterogénea, superando los mecanismos de defensa del sistema respiratorio y colonizando el tejido pulmonar. Esto resulta en inflamación del intersticio alveolar con acumulación de fluidos exudativos, lo que afecta la distensibilidad pulmonar. Además, las vías respiratorias pueden obstruirse y se produce una alteración en la ventilación y perfusión pulmonar [50].

La clínica se percibe por aparición de tos no productiva, hipertermia elevada, ventilación acelerada y rinorrea; su persistencia oscila entre dos y tres jornadas. En el supuesto de neumonía grave en párvulos subquinquenales, se manifiesta con disnea intensa, estridor o sibilancias, cianosis central, retracción subcostal, emesis recurrente, incapacidad para deglutir sólidos o ingerir líquidos, cefalalgia, mialgias, astenia, dolor torácico al inspirar, sopor profundo o coma, configurando estas últimas las complicaciones de mayor gravedad. [49, 51].

El diagnóstico se realiza en base a signos y síntomas, según la información clínica hematológica, con exámenes auxiliares como radiografía de tórax, el hemograma, la oximetría y la exploración física contribuyen para la obtención de resultados buscados [46].

El tratamiento es con antibióticos, debido a la causa bacterias y la amoxicilina es elegida como primera opción, generalmente por VO; Asimismo, resulta imprescindible conservar una adecuada reposición hídrica, y en infantes en primera infacia los fármacos

antimicrobianos de preferencia corresponden a la amoxicillin o la asociación trimetoprim más sulfametoxazol [52, 46].

- ✓ **Bronquitis aguda**

Conforme expone Vásquez [53], la bronquitis aguda constituye una afección vírica del ramaje bronquial, que se manifiesta con alteraciones inflamatorias, tumefacción de la mucosa y obstrucción de la vía aérea.

Entre los patógenos más habituales figuran el agente viral parainfluenza, influenza A y B, adenovirus, coronavirus y el VRS; adicionalmente, la exposición al humo del tabaco actúa como factor coadyuvante. [53].

La enfermedad cursa fisiopatológicamente, con la infección viral de las células epiteliales de los bronquios y bronquiolos, produciendo una inflamación y daño directo; además se presenta edema, acumulación de mucosidad conllevando la obstrucción de las vías aéreas [54].

Ocasionalmente hay presencia de tos productiva, el esputo es purulento o claro; al auscultar hay presencia de sibilancias, síntomas de resfriado, fiebre, congestión nasal, los síntomas desaparecen entre 7-10 días, aunque la tos puede persistir por un periodo más largo [53].

La bronquitis aguda se detecta a través de la clínica, de la auscultación para detectar la presencia de crepitantes, también se diagnostica a través de radiografía de tórax, cultivo del esputo y espirometría, ya que ayuda a detectar la obstrucción de la vía aérea y se debe considerar la saturación de O2 [53].

El tratamiento, se basa en el uso de antitérmicos, correcta hidratación, evitar el humo del tabaco y en el caso de la presencia de bronquitis bacteriana persistente, se usa los antibióticos de amplio espectro como amoxicilina - clavulánico a 40-50 mg/kg durante 2-4 semanas [54].

- ✓ **Síndrome bronquial obstructivo**

El síndrome bronquial obstructivo (SOB) constituye un conglomerado sintomático de las vías respiratorias, originado por la obstrucción provocada por un agente, representando la forma más frecuente de exteriorización de las IRAs en población infantil (< 5 años) [55].

En cuanto a la etiopatogenia, puede ser de índole viral, bacteriana o por agentes contaminantes; entre los virus predominantes destacan el VSR, Parainfluenza tipos I - III, junto con el Rinovirus; Influenza A, Adenovirus y Enterovirus. El VSR representa el 80% de los casos y suele aparecer con mayor frecuencia en invierno y al comienzo de la primavera; la bacteria que ocasiona los episodios del SOB es Mycoplasma pneumoniae y por contaminación está el humo de tabaco, contaminación intradomiciliaria [56].

La característica fisiopatológica central de la enfermedad, es la limitación al flujo de aire, causada por el estrechamiento y obstrucción de las vías aéreas siendo causadas por la hipersecreción de moco mediada por la inflamación, la formación de tapones mucosos, el edema de la mucosa, el broncoespasmo, la fibrosis peribronquial y remodelación de las vías aéreas pequeñas o una combinación de estos mecanismos. El incremento en el esfuerzo respiratorio puede llevar a una hipoventilación alveolar, resultando en hipoxia e hipercapnia. Sin embargo, tanto la hipoxia como la hipercapnia también pueden ser causadas por un desajuste entre ventilación y perfusión [57].

El cuadro clínico de esta infección suele empezar con fiebre baja, rinorrea, fatiga, dolor muscular e incomodidad en el pecho, debido a que afecta ambos pulmones, sibilancias, tos, dificultad respiratoria y expectoración [58].

Para el diagnóstico se toma en cuenta las manifestaciones caracterizadas por sibilancias, estridor, espiración prolongada,

aumento de diámetro del tórax; en las pruebas de laboratorio está hemograma, velocidad de sedimentación de eritrocitos (VSG), PCR, determinación de inmunoglobulinas, cultivos de esputo, prueba del sudor, gases arteriales, oximetría de pulso; además, se realiza radiografía de tórax para evaluar hiperinsuflación, hipertransparencia y aplanamiento del diafragma [57].

El tratamiento puede varias según la gravedad; el grado leve, es ambulatorio, utilizar broncodilatadores beta-2 agonistas en aerosol, administrando 2 inhalaciones (200 µg) cuatro veces al día con un espaciador Aerochamber, que cuenta con válvulas inspiratorias y espiratorias. Si se observa mejoría, se envía al paciente a su hogar con instrucciones para tomar salbutamol, cuatro veces al día y realizar un control al día siguiente [56].

Por otro lado si no hay mejoría, se añadirá prednisona oral a razón de 1 mg/kg/día; en grado moderado se considera uso de B2 agonistas en aerosoles a razón de 2 PUFF (200 ug) cada 10 minutos durante 1 hora, más el uso de Dexametasona IM (0,3 mg. / kg.) y en grado grave o severa, se hará un monitoreo clínico, oxigenoterapia según corresponda, hidratación, uso de so de Broncodilatadores B2 agonistas: Salbutamol 0,03 mL/kg en nebulización usando oxígeno con flujo de 6 a 8 L/min durante 10 min, en una cantidad total de dilución de NaCl 0,9% [56].

- ✓ **Bronquiolitis**

La bronquiolitis constituye una virosis aguda que compromete las vías aéreas inferiores, habitual en la población infantil; se inicia con un cuadro viral, al que sucede un incremento del trabajo respiratorio acompañado de sibilancias. Desde el punto de vista etiológico, el agente predominante es el virus sincitial respiratorio; no obstante, también puede ser provocada por rinovirus, metapneumovirus, coronavirus, bocavirus humano, virus influenza, adenovirus y parainfluenza. [59].

Fisiopatológicamente, el virus se disemina desde las vías respiratorias superiores hacia los bronquios, así como hacia los bronquiolos, provocando necrosis del epitelio y una respuesta inflamatoria. El edema y la acumulación de fluidos generan una obstrucción parcial, lo que lleva a la retención de aire. La obstrucción total y la acumulación de aire atrapado, pueden causar formación de áreas múltiples de atelectasia, que pueden agravarse al inhalar altas concentraciones de oxígeno [60].

La sintomatología es dificultad respiratoria progresiva, taquipnea, tos, fiebre, vómitos y la reducción en la ingesta de líquidos. El cansancio puede hacer que la respiración se vuelva superficial e ineficaz, resultando en acidosis respiratoria. Durante la auscultación, se pueden escuchar sibilancias, una espiración prolongada y, con frecuencia, estertores finos [60].

El diagnóstico de bronquiolitis se cimienta en la historia clínica y en la exploración física, seguida de la evaluación clínica, radiografía del tórax si el caso lo amerita y prueba de antígeno de virus sincitial respiratorio [60].

El tratamiento es sintomático, se indica paracetamol si la temperatura axilar es mayor o igual a 38,5°C, según grupo etario y tolerancia oral se aplica suplemento de oxígeno según sea el caso, vía para hidratación, en casos graves en niños se nebuliza con solución salina 0,9% nebulizada cada 20 minutos tres veces; se utilizan corticoides como dexametasona, prednisona o prednisolona [59].

D. Factores influyentes durante la evolución de las infecciones respiratorias agudas.

d.1. Lactancia materna

La leche humana constituye un sustento biológico integrado por inmunoglobulinas cardinales para el resguardo del infante frente a dolencias como diarrea, neumonía, afecciones óticas, asma y otras patologías respiratorias; la amamantación disminuye la

probabilidad de fallecimiento del neonato en los meses iniciales de existencia. En razón de ello, en los recintos sanitarios, durante cada control del niño menor de seis meses, se otorga orientación y se establece un compromiso con la madre de proporcionar lactancia exclusiva, además de adquirir la sapiencia indispensable acerca de su eficacia. [61].

d.2. Inmunizaciones.

Las inmunizaciones de manera segura son eficaces para la protección de enfermedades, puesto que la vacuna contiene microorganismos virales, bacterianos vivos inactivados, los cuales al ser administrados hacen que el receptor presente respuestas inmunes contra alguna enfermedad infecciosa, además, las inmunizaciones resultan capitales para la merma de la morbimortalidad en infantes de la primera infancia, a consecuencia IRAs tales como la neumonía, la otitis media aguda y crónica, la difteria, la tuberculosis, entre otras [46, 62].

Dentro del esquema oficial se contemplan las vacunas como BCG (Bacilo de Calmette-Guérin), pentavalente, inoculación contra Haemophilus influenzae tipo B y la antineumocócica [46, 62]; asimismo, el facultativo sanitario posee la potestad persuasiva para que la madre observe rigurosamente el calendario inmunitario, aclarando que mediante las vacunas los niños quedan amparados frente a diversas afecciones. En caso de que la progenitora no concurra al establecimiento, corresponde al profesional desplazarse domicilio por domicilio para inocular a los menores conforme a su edad.

d.3. Nutrición

La nutrición, a lo largo de las diversas fases pediátricas, persigue como fin asegurar un crecimiento y desarrollo óptimos del infante, además de prevenir múltiples afecciones derivadas de carencias vitamínicas o de hierro (anemia). De otro modo, un niño bien nutrido suele afrontar con mayor fortaleza las

infecciones respiratorias agudas. En consecuencia, la dieta ha de incorporar Vitamina C mediante fuentes como jugo de naranja, agua de limón o mandarinas, pues contribuyen al robustecimiento del sistema inmunitario; igualmente resulta imprescindible el aporte de cereales, proteínas de procedencia animal y leche. [63, 46].

Por otra parte, para que el niño esté sano y protegido debe estar bien alimentados, por tal motivo el profesional de salud realiza consejería nutricional y sesiones demostrativas con las madres para enriquecer sus conocimientos y evitar problemas de anemia, inmunodeficiencias, así como presencia de IRAs.

d.4. Factores ambientales

La IRAs son transmitidas por la vía aérea debido a estornudos y partículas con gran cantidad de virus, por tal motivo que las exposiciones ambientales están ligadas con las enfermedades respiratorias, de tal manera, para prevenir las IRAs es fundamental la buena alimentación, mantener abrigado al niño, evitar la exposición a lugares con humo de cigarrillo, gas u otros combustibles que afecten las vías respiratorias de niño [64].

d.5. Control médico

El primer control médico es aquel en el cual se determina si existe alguna alteración o no en la salud del usuario, tomando como punto inicial al primer nivel de atención en la salud [65].

2.3. Definición de términos básicos

a. Conocimiento

La sabiduría entraña la acción lúcida y voluntaria de aprehender los atributos de un objeto; se despliega de manera paulatina y escalonada para asimilar el contorno y consumarse en lo individual [66].

b. Conocimiento materno

Constituye el acervo de nociones, esquemas, cúmulo de sucesos y postulados que la madre incorpora mediante instrucción formal, no formal o

en la vida ordinaria, valiéndose del ejercicio de sus potencias a través de la vivencia o la enseñanza [67].

c. **Infección respiratoria aguda**

Las Afecciones Respiratorias Súbitas (IRAs) conforman un conjunto de dolencias provocadas por virus, bacterias u hongos, siendo su expresión más severa la neumonía, causa primordial de defunción en la niñez y en la senectud a escala global [21].

d. **Control de crecimiento y desarrollo (CRED)**

Constituye un repertorio de acciones efectuadas por el equipo de salud para monitorear el desarrollo integral, con la finalidad de reconocer contingencias, anomalías o dolencias. Abarca la estimación (acopio de datos), dictamen (determinación de dificultades), intervención (rectificación de factores de riesgo) y fiscalización constante. [68].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El paraje geográfico donde se ejecutó la indagación corresponde a la comunidad de Lanchebamba, en el distrito y localidad de Chota, dentro de la región de Cajamarca, con una elevación de 3425 msnm. Dicho lugar se fracciona en tres ámbitos: Pueblo Nuevo, Sector Centro y El Paraje; colinda hacia oriente con el caserío de Cabracancha, por occidente con Cadmalca y Las Ánimas, al septentrión con la comunidad de Pacobamba y al meridión con las comunidades de Sitacucho y Lingán [69, 70]. Este distrito se singulariza por sus cúspides ecológicas, planicies, mesetas, clima benigno, atractivos turísticos y práctica religiosa. En gran parte de las familias, el progenitor asume el sustento financiero, la madre, la administración doméstica y en ciertos casos, los hijos quedan bajo la tutela de terceros [70, 71].

Chota constituye el decimonoveno distrito que conforma parte de la provincia que lleva igual denominación, perteneciente a la región de Cajamarca; se localiza a 2388 msnm. Sus lindes son: por oriente con Chalamarca, por occidente con Lajas, hacia el septentrión con Chiguirip y Conchán, y hacia el sur con Bambamarca-Hualgayoc [71].

Conforme a la población RIS Chota 2024, Lanchebamba dispone de un total de 592 habitantes: 305 varones y 287 mujeres, de los cuales 46 son infantes menores de cinco años y 57 superan dicha edad [72].

La recolección de información se efectuó de manera directa en sus residencias de las madres de la localidad, recorriéndose los tres sectores hasta abarcar la totalidad de las madres.

3.2. Diseño de investigación

La indagación adopta enfoque cuantitativo, por cuanto se acopiaron guarismos destinados al tratamiento y escrutinio estadístico de la variable. Ostenta nivel descriptivo, al circunscribirse a una única variable de pesquisa y establecerse el grado de conocimiento materno sobre las IRAs en infantes menores de cinco

años. El diseño metodológico es no experimental, pues la información se recabó sin alteración de la variable; y transversal, en tanto la recolección se efectuó en un instante único. [73].

3.3. Hipótesis

Hi: El nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años de Lanchebamba, Chota 2025 será de nivel bajo.

H0: El nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años de Lanchebamba, Chota 2025 no será de nivel bajo.

3.4. Población, muestra y unidad de estudio

La población estuvo compuesta por 41 madres con infantes hasta los años de edad pertenecientes a la comunidad de Lanchebamba 2025. Para el estudio se consideró al 100% de la población tomando en cuenta, que es homogéneo y pequeño; por la cual se tuvo la siguiente consideración:

N: Población

n: Muestra

$$N=n$$

La unidad de estudio lo conformó cada madre de infantes hasta cinco años pertenecientes a la comunidad de Lanchebamba, Chota.

Criterios de inclusión.

- Progenitoras con menores de cinco años, que radican en la comunidad de Lanchebamba.
- Madres que intervinieron sin coacción del estudio y autorizaron el conocimiento informado.
- Madres con capacidad de leer y completar el cuestionario.

Criterios de exclusión.

- Progenitoras que no evidenciaron tener una capacidad cognitiva adecuada.
- Madres con infantes mayores de cinco años 11 meses y 29 días.

3.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor	Valor final
Nivel de conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas	De acuerdo con lo expresado por Aranda [24], la cognición relativa a las IRAs abarca un copilación de nociones, constructos, acontecimientos y preceptos que acostumbran poseer las madres de infantes menores de cinco años respecto al modo en que deben conducirse y las disposiciones que corresponde adoptar.	Factores Ambientales	Contagio Higiene Abrigo	Conocimiento Bajo 7 - 11 Conocimiento Medio 12 - 16 Conocimiento Alto 17 - 21	Conocimiento Bajo: 19 – 31 puntos. Conocimiento Medio: 32 – 44 puntos. Conocimiento Alto: 45 – 57 puntos.
		Nutrición	Características de la alimentación	Conocimiento Bajo 4 - 6 Conocimiento Medio 7 - 9 Conocimiento Alto 10 - 12	
		Inmunizaciones	Cumplimiento	Conocimiento Bajo 3 - 4 Conocimiento Medio 5 - 7 Conocimiento Alto 8 - 9	
		Control Médico	Pertinencia	Conocimiento Bajo 2- 3 Conocimiento Medio 4 - 4 Conocimiento Alto 5 - 6	

3.6. Descripción de la metodología

3.6.1. Métodos

Técnicas de recolección de datos

La fase de acopio de datos se efectuó mediante una encuesta de índole estructurada, presencial, autoadministrada, sincrónica y de carácter anónimo [73]. Dicho instrumento posibilitó determinar el grado de cognición relacionada con las progenitoras acerca de las IRAs.

Para llevar a cabo la recolección, se gestionó el permiso del responsable del centro sanitario de Lanchebamba con miras a obtener el padrón de madres con menores de cinco años, lo que ayudó a identificar la ubicación de sus residencias. Una vez localizadas las direcciones, se efectuaron visitas domiciliarias en las cuales se expuso la finalidad y el cometido del estudio; seguidamente, se otorgó el documento de consentimiento informado para su rúbrica (Anexos 1 y 2). Tras la aceptación, se entregó el cuestionario destinado a la captación de datos. Esta etapa se concretó en abril de 2025, desarrollándose en turnos matutinos hasta concluir la aplicación del instrumento en la totalidad de la muestra seleccionada.

3.6.2. Materiales

Instrumentos de medición

El instrumento de evaluación documental utilizado en el estudio fue el cuestionario sobre el nivel en torno IRAs en menores de cinco años, concebido por Esquivel durante el 2020 [21]. El instrumento primigenio consistía en un cuestionario de 20 ítems de alternativa múltiple y cerrada.

Dicho instrumento fue sometido a validación mediante una prueba piloto desarrollada en el Hospital de la jurisdicción de la provincia de Santiago de Chuco (Nivel II-1). En cuanto a la fiabilidad, se aplicó una prueba estadística que arrojó un coeficiente de 0,902 en 20 casos examinados, constatándose así elevada consistencia interna. El aval fue otorgado por el licenciado Ávila Grados Héctor Wilmer, estadístico egresado de la Universidad de Trujillo [21].

Para la ponderación de los ítems, Esquivel estipuló las siguientes categorías: conocimiento alto (47–60 puntos), conocimiento intermedio (34–46 puntos) y conocimiento bajo (20–33 puntos), asignando valores 3 (siempre), 2 (a veces) y 1 (nunca) (Anexo 2) [21]. Estos mismos parámetros se adoptaron en la presente indagación.

El instrumento empleado en este estudio quedó conformado por 19 reactivos; los de naturaleza indirecta correspondieron a los ítems 7, 10, 13, 18 y 19. Se estructuró en cuatro dimensiones: factores ambientales, nutrición, inmunizaciones y control médico. La primera dimensión recibió la siguiente escala: alto (17–21 puntos), medio (12–16 puntos) y bajo (7–11 puntos); la segunda: alto (10–12), medio (7–9) y bajo (4–6); la tercera: alto (5–6), medio (4) y bajo (2–3); y la cuarta: alto (15–18), medio (10–14) y bajo (6–9).

Para constatar la pertinencia del instrumento respecto al contexto y al tema de investigación, se efectuó una prueba piloto en la comunidad de la Iraca, previa aprobación del encargado del EESS, quien facilitó el registro de 12 madres con hijos menores de cinco años. El ensayo reveló un coeficiente de confiabilidad de 0,70, lo que evidenció la adecuación del cuestionario para la población y el entorno estudiados.

Recursos

- Humanos: Progenitoras de infantes menores de cinco años e investigadoras.
- Económicos: Autofinanciados por las autoras.

3.7. Procesamiento y análisis de datos

Las cifras alcanzadas en cada dimensión y las finales dentro de la operacionalización de variables, se derivaron de un proceso de baremación; adicionalmente, se aplicó la estimación puntual, se calcularon los intervalos de confianza y se ejecutó un examen estadístico, mediante la prueba Chi cuadrado de bondad de ajuste, con un nivel de confianza del 95% y un valor $p < 0,05$.

Tras captar la información y la administración del cuestionario a las progenitoras, se conformó una matriz de datos en el software estadístico SPSS

v.28 para Windows, siendo procesados en dicho programa. Asimismo, se empleó estadística descriptiva, cuyos resultados se obtuvieron a través de frecuencias absolutas y relativas, expuestas en tablas de doble entrada, atendiendo a la variable objeto de estudio.

3.8. Aspectos éticos y rigor científico

Para garantizar la objetividad y la confiabilidad en el proyecto de investigación fue regido por los principios éticos de beneficencia, dignidad humana y justicia, así mismo, buscó la integridad y el bienestar de las madres; puesto que se aplicó un cuestionario sin causar riesgo físicos, psicológicos ni sociales, informándolas detalladamente sobre las acciones realizadas y se respetó sus derechos; además, la participación fue voluntaria mediante la aceptación del consentimiento informado, sin discriminación alguna, se respetó la autonomía y la libertad de su decisión [74].

Por otro lado, los criterios de rigor científico que se aplicaron, fueron la confidencialidad, credibilidad, confirmabilidad, transferibilidad o aplicabilidad; ya que los nombres de las participantes se mantuvieron en anonimato y la información recolectada fue confidencial. Además, el cuestionario fue aplicado de manera presencial para asegurar la credibilidad de los hallazgos; asimismo, se minimizaron al máximo los sesgos teniendo en cuenta las creencias y percepciones de las madres participantes y de las investigadoras. Finalmente, la investigación fue diseñada para ser transferible a otros contextos o grupos investigativos y se describió detalladamente el fenómeno y el lugar de estudio [75].

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DICUSIÓN

4.1. Caracterización de las madres con niños menores de 5 años

Tabla 1. Características sociodemográficas de las madres con niños menores de 5 años de la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025

Características sociodemográficas		N°	%
Edad	Menores o iguales a 20 años	1	2,44
	De 21 a 30 años	14	34,15
	De 31 a 40 años	17	41,46
	De 41 años en adelante	9	21,95
Grado de instrucción	Primaria	21	54,22
	Secundaria	19	46,34
	Superior	1	2,44
Estado civil	Soltera	10	24,39
	Conviviente	19	46,34
	Casada	11	26,83
	Viuda	1	2,44
Tipo de familia	Nuclear	21	51,22
	Extensa	20	48,78

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres con niños menores de cinco años de la comunidad de Lanchebamba.

La Tabla 1 pone de relieve las particularidades sociodemográficas; los hallazgos evidencian que, del conjunto de progenitoras encuestadas, el tramo etario de mayor recurrencia correspondió a 31–40 años con 41,46%, seguido por el intervalo de 21–30 años con 34,15%. En lo tocante al grado de instrucción, apenas el 2,44% acreditó formación superior, el 54,22% alcanzó primaria y el 46,34% secundaria. Con relación al estado civil, el 46,34% se identificó como conviviente, el 26,83% como casadas, el 24,39% como solteras y únicamente el 2,44% en condición de viudez. En lo referente a la

estructura familiar, el 51,22% pertenece a núcleos familiares y el 48,78% a extensas.

Las cifras halladas tienen similitud con la pesquisa de Pardías et al. [9] en Cuba, donde se constató que los grupos etarios predominantes de las progenitoras se situaban entre 21 y 40 años, lo cual evidencia que mujeres jóvenes y adultas constituyen el sostén principal en el cuidado de los niños de la primera infancia.

De modo paralelo, en Lanchebamba prevaleció el intervalo de 31–40 años (41,46%), seguido por 21–30 años (34,15%), lo cual es parecido al estudio de Huamán et al. [17], ellos documentan que el 56% de las madres tienen entre 20 y 35 años. Esta convergencia reafirma que mujeres en etapa juvenil y adulta asumen mayor responsabilidad doméstica y mejor disposición para adquirir y aplicar conocimientos relativos al bienestar de sus hijos. Por ende, la edad podría incidir en el acervo cognitivo sobre IRAs, aunque no de manera determinante; también confluyen factores como las oportunidades educativas, el acceso a información sanitaria y la articulación con el sistema sanitario.

En cuanto al nivel de instrucción, en Lanchebamba predominó la primaria (54,22%), en contraste con el estudio de Almeyda et al. [15] en Colombia, donde destacó la secundaria y los estudios técnicos. De forma semejante, Pardías et al. [9] refieren que el 29,2% cursó primaria, el 20,8% secundaria y el 18,1% universidad, cifras superiores al exiguo 2,44% con estudios superiores en Lanchebamba. Este porcentaje reducido constituye un indicio que permite comprender las limitaciones en el conocimiento materno sobre IRAs.

Respecto al estado civil, en la comunidad analizada sobresalen las convivientes (46,34%), lo que refleja un predominio de uniones no formalizadas, fenómeno habitual en ámbitos rurales del Perú. Mercedes [18] señala resultados próximos, con 87,14% de madres convivientes, lo que evidencia vínculos entre estas formas de unión y condicionantes económicos y socioculturales. Contrasta con la investigación de Daccarett y Mujica [11], en contextos urbanos, donde prevalecieron solteras y casadas (43,24% y

27,03% respectivamente), demostrando diferencias notorias entre medio rural y urbano.

En cuanto al tipo de familia, Lanchebamba muestra distribución casi equitativa entre estructuras nucleares (51,22%) y extensas (48,78%). Aunque estudios como los de Mercedes [18], Herrera y Valerio [19], Aguirre [20] y Pérez [22] no abordan directamente esta categoría, todos ellos resaltan la incidencia del entorno familiar en el saber y las prácticas maternas frente a las IRAs. En contraste, la presente indagación aporta un enfoque novedoso al incluir el tipo de familia como variable, enriqueciendo la caracterización de las madres y constituyendo un valor agregado frente a antecedentes previos.

4.2. Nivel de conocimiento de las madres según factores ambientales.

Tabla 2. Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años según factores ambientales.

Dimensión	Nivel		
	Bajo	Medio	Alto
	n (%)	n (%)	n (%)
Factores ambientales	14 (34,15)	19 (46,34)	8 (19,51)

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres con niños menores de cinco años de la comunidad de Lanchebamba.

En la Tabla 2 se aprecia, en lo concerniente a los factores ambientales, que el 46,34% de las progenitoras manifestó un conocimiento intermedio, posterior del 34,15% con conocimiento bajo y un 19,51% con conocimiento elevado. Estos datos evidencian que casi la mitad de las progenitoras se sitúan en un rango medio de comprensión respecto a los factores ambientales, mientras una fracción considerable se ubica en el nivel bajo, lo que denota un déficit cognitivo en torno a aspectos que inciden directamente en el bienestar de los infantes menores de cinco años.

Los hallazgos aquí consignados guardan consonancia con lo expuesto por Mori y Ríos [12], quienes sostienen que los factores ambientales constituyen elementos predisponentes para la aparición de IRAs en la niñez temprana.

De igual forma, Herrera y Valerio [19] reportaron resultados convergentes: el 43,33% de las madres mostró conocimiento bajo y el 33,33% conocimiento medio respecto a dichos factores, revelando carencias notorias en el acervo materno. Paralelamente, Aguirre [20] documentó que, en su estudio, el 41,18% de las encuestadas alcanzó conocimiento regular y el 27,06% deficiente. Estas cifras corroboran la limitación de saberes en las progenitoras, subrayando la urgencia de mejorar las técnicas formativas encaminadas a ellas, con el propósito de prevenir y mitigar los riesgos de enfermedad respiratoria aguda en sus menores.

4.3. Nivel de conocimiento de las madres según el estado nutricional.

Tabla 3. Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años según el estado nutricional.

Dimensión	Nivel		
	Bajo	Medio	Alto
	n (%)	n (%)	n (%)
Aspecto Nutricional	26 (63,41)	9 (21,95)	6 (14,63)

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres con niños menores de cinco años de la comunidad de Lanchebamba.

En la Tabla 3 se constata que, en la dimensión nutricional, el 63,41% de las progenitoras evidenció un conocimiento bajo, 21,95% alcanzó un nivel medio y únicamente el 14,63% mostró conocimiento alto, lo que revela una marcada insuficiencia cognitiva en este ámbito.

Estos resultados guardan semejanza con el estudio de Pérez [22], donde se señala que una proporción considerable de madres practicaba hábitos alimentarios inadecuados, lo cual favorece la recurrencia de IRAs en menores de cinco años. De modo análogo, Aguirre [20] informó que el 41,18% alcanzó un nivel regular de conocimiento, lo que reafirma la necesidad de reforzar la formación materna en cuestiones de nutrición. Asimismo, Herrera y Valerio [19] registraron que el 46,67% de las progenitoras presentaba nociones

insuficientes sobre la alimentación suministrada a sus hijos, situación que repercute negativamente en el sistema inmunológico infantil.

En consecuencia, la nutrición, según sostiene Requenes [16], constituye un pilar esencial en la prevención de IRAs; una dieta equilibrada asegura un mejor estado nutricional y reduce la vulnerabilidad del niño frente a IRAs.

4.4. Nivel de conocimiento de las madres según el estado de inmunizaciones.

Tabla 4. Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en cuanto a su estado de inmunizaciones.

Dimensión	Nivel		
	Bajo	Medio	Alto
	n (%)	n (%)	n (%)
Inmunizaciones	**11 (26,8)**	**24 (58,5)**	**6 (14,63)**

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres con niños menores de cinco años de la comunidad de Lanchebamba.

En la Tabla 4 se proyecta que, en la dimensión de inmunizaciones, el 56,54% de las progenitoras exhibió un conocimiento intermedio, el 26,83% un nivel bajo y tan solo el 14,63% alcanzó un nivel alto, lo que pone de manifiesto la insuficiencia de saberes en torno a este aspecto entre las encuestadas.

Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Aguirre [20], quien señaló que el 45,88% de las progenitoras presentó un conocimiento regular sobre inmunizaciones; del mismo modo, Herrera [19] refirió que el 50% de las madres evidenció un conocimiento deficiente en la dimensión de medidas preventivas, categoría que engloba las inmunizaciones. Ambos resultados coinciden en subrayar la carencia formativa de las madres y la necesidad de fortalecer sus competencias en esta materia.

La comprensión materna respecto a las inmunizaciones reviste suma relevancia, puesto que estas han demostrado, a lo largo de la historia, ser un recurso eficaz y de alto impacto en la reducción de la frecuencia y severidad de las IRAs [17]. Constituyen un pilar cardinal de la salud pública y desempeñan un rol decisivo en la prevención de patologías infecciosas. La

vacunación protege a la población frente a múltiples enfermedades graves y potencialmente mortales, disminuyendo tanto la incidencia como las complicaciones. Así, al inmunizar a los niños se genera un efecto de protección colectiva; en consecuencia, el conocimiento materno en torno a esta práctica se convierte en un instrumento invaluable para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud comunitaria.[19].

4.5. Nivel de conocimiento de las madres según el control médico.

Tabla 5. Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años según el control médico.

Dimensión	Nivel		
	Bajo	Medio	Alto
	n (%)	n (%)	n (%)
Control Médico	16 (39,9)	18 (43.9)	7 (17,1)

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres con niños menores de cinco años de la comunidad de Lanchebamba.

En la tabla 5, concerniente a la esfera del control médico, se constata que el 43,90% de las progenitoras exhiben un saber intermedio, el 39,02% ostentan un acervo bajo y únicamente el 17,07% revela un dominio elevado; de ello se desprende que, en esta variable, la mayoría ostensible de madres manifiesta conocimientos menguados.
Dichos hallazgos guardan correspondencia con la indagación de Aguirre [20], quien consignó que el 41,18% de las progenitoras evidencian un saber regular en torno al control médico; de modo semejante, el trabajo de Requenes [16] reporta que el 49% de las madres reconocen los signos y síntomas más frecuentes de afecciones respiratorias, denotando igualmente un conocimiento moderado. En consonancia, Daccarett [11] refiere en su investigación que el 56,7% de las madres presentan un nivel medio en esta dimensión.

El bagaje cognoscitivo materno en tal ámbito resulta capital, pues la supervisión enfermera como las evaluaciones de crecimiento y desarrollo faculta la detección precoz de dolencias y la provisión de cuidados inmediatos

o prolongados, orientados a cubrir las demandas sanitarias del infante, dado que el personal de enfermería constituye el colectivo que inspecciona de manera constante a los niños [11]. Otro aspecto, es la insuficiencia en la identificación y reconocimiento de signos de alarma, ya que tal discernimiento permite trasladar sin dilación al menor hacia el centro asistencial, obtener la atención idónea y, sobre todo, prevenir complicaciones [20].

En relación con las prácticas domésticas destinadas a mitigar las IRAs, estas gozan de gran arraigo y uso entre las progenitoras de la comunidad: frente a la rinorrea y la obstrucción nasal, suelen recurrir a remedios caseros como infusiones o brebajes azucarados para suavizar la sintomatología. Tales medidas coadyuvan a fluidificar las secreciones y propiciar la expectoración; no obstante, si se limita la atención al ámbito hogareño, se cierne un riesgo considerable sobre el niño, pues podría agravarse su afección respiratoria. De ahí la urgencia de laborar de consuno con la madre, proporcionándole orientación oportuna para que, al cuidar de su hijo, articule su práctica empírica con la información suministrada por el personal de salud [16].

4.6. Nivel global de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas

Tabla 6. Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025

Variable	Nivel		
	Bajo	Medio	Alto
	n (%)	n (%)	n (%)
Nivel de conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas	28 (68,29)	12 (29,27)	1 (2,44)

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres con niños menores de cinco años de la comunidad de Lanchebamba.

La tabla 6, derivada de la aplicación del cuestionario a 41 progenitoras con menores de cinco años, se constató que el 68,29% se ubica en un rango bajo, el 29,27% manifiesta un saber intermedio y apenas el 2,44% exhibe un conocimiento elevado. A la par, el test de hipótesis de Chi cuadrado de bondad de ajuste corroboró que el nivel de conocimiento materno se sitúa en el estrato bajo, puesto que el valor *p* resultó inferior al umbral de significancia (0,00%); de tal suerte, se ratifica la aceptación de la Hi, la cual estipula que el nivel cognoscitivo de las madres es exiguo.

La armazón teórica que sustenta la pesquisa corresponde al Modelo de Proción de la salud, el cual sostiene que las conductas maternas se perfilan en función del propósito de alcanzar bienestar y calidad de vida; en efecto, Pender, mediante dicho modelo, demostró cómo los individuos adoptan decisiones considerando su estado sanitario [23]. Para ello, resulta imprescindible que las madres posean un bagaje adecuado de saberes.

Las cifras halladas resultan alarmantes si se contrastan con las reportadas en otras indagaciones. Así, en el estudio de Herrera et al. [19], efectuado en Huancayo, prevaleció el nivel bajo en un 43,33% de progenitoras; al comparar, la comunidad de Lanchebamba supera en 20%, lo cual denota que en otros entornos podría existir mayor acceso a jornadas educativas y procesos de capacitación. De manera análoga, Daccarett et al. [11] consignaron que el 43,4% de las madres tenía un conocimiento insuficiente; aunque preocupante, este guarismo resulta más manejable que el 68,29% registrado en Lanchebamba, lo que evidencia que la comprensión materna sobre las IRAs permanece restringida y no asegura prevención ni manejo adecuados.

Por otra parte, Mory et al. [12] enfatizaron que la mayoría de progenitoras exhibieron un conocimiento bajo con un 39,6% de su muestra; del mismo modo, Pardias et al. [9] señalaron que el 73,6% de las madres ostentaba un saber deficiente. Estos panoramas repercuten gravemente en la salud, dado que la OMS notificó que las IRAs constituyeron la principal causa de morbilidad a escala mundial en 2024 [2]. De ahí que el acervo materno y la atención oportuna en menores de 5 años sean determinantes para

salvaguardar la salud y bienestar, puesto que esta etapa es especialmente vulnerable frente a afecciones que pueden comprometer el desarrollo infantil.

Es, pues, vital que las progenitoras dispongan de conocimientos pertinentes y destrezas prácticas —a través de programas formativos en prevención de enfermedades y capacitación en cuidado infantil— para dispensar atenciones de calidad a sus hijos. Su rol es cardinal en la profilaxis y tratamiento de dolencias como las infecciones respiratorias agudas, ya que sus decisiones repercuten en el desarrollo del niño. En consecuencia, deviene esencial facilitar acompañamiento y adiestramiento a las madres, de modo que adopten determinaciones informadas y proporcionen cuidados óptimos [19].

En contraste, las progenitoras con conocimiento medio (12, equivalente al 29,27%) y alto (1, correspondiente al 2,44%) se asemejan a lo expuesto por Huamán et al. [17], quienes remarcan que un nivel intermedio favorece la prevención de patologías y mejor calidad de vida para los infantes. Por ende, para que el saber medio y alto, que hoy constituye minoría, se amplíe y se fortalezcan las competencias en la identificación temprana de alarma y signos y cuidados infantiles, urge instaurar estrategias de intervención eficaces que articulen tanto educación como empoderamiento materno [11,19].

Ello permitirá procurar atención oportuna y reducir riesgos de complicaciones; de igual modo, se recomienda brindar soporte y formación que fomenten el empoderamiento, la interacción y el traspaso de experiencias entre madres, propiciando consejos prácticos de crianza y, con ello, impulsando de manera efectiva el fortalecimiento del bienestar y la adopción de medidas orientadas a evitar la aparición de enfermedades dentro de la colectividad [11,19].

Prueba de hipótesis

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica
Chi cuadrado de bondad de ajuste	26,976	2	0,000

4.7. Características sociodemográficas y nivel de conocimiento de las madres.

Tabla 7. Características sociodemográficas y nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 años de la comunidad de Lanchebamba. Chota, 2025

Características sociodemográficas		Nivel de conocimiento		
		Bajo	Medio	Alto
Edad	Menores o iguales a 20 años	1	0	0
	De 21 a 30 años	11	3	0
	De 31 a 40 años	11	5	1
	De 41 años en adelante	5	4	0
Grado de instrucción	Primaria	13	8	0
	Secundaria	14	4	1
	Superior	1	0	0
Estado civil	Soltera	8	2	0
	Conviviente	13	5	1
	Casada	6	5	0
	Viuda	1	0	0
Tipo de familia	Nuclear	12	9	0
	Extensa	16	3	1

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres con niños menores de cinco años de la comunidad de Lanchebamba.

La tabla N° 7 exhibe la distribución del conocimiento materno en correspondencia con diversas variables sociodemográficas. En cuanto a la edad, el conjunto predominante corresponde a 31–40 años: 11 madres presentan conocimiento bajo, 3 intermedio y 1 alto, siendo este el único segmento con una participante en nivel superior. El grupo de 21–30 años registra 11 en nivel bajo, 3 medio y ninguna en alto; el de 41 años a más reúne 5 con saber bajo, 4 medio y ninguna alta; finalmente, las menores o iguales a 20 años suman solo 1 madre en nivel bajo. Este panorama evidencia una marcada insuficiencia de conocimientos y, al mismo tiempo, la necesidad de instaurar programas formativos.

Al cotejar con Huamán et al. [17], se advierte semejanza: el intervalo de 20–35 años (56%) concentra conocimientos de rango bajo a medio, lo cual denota cierta intuición, mas no un acervo técnico suficiente para afrontar las IRAs en sus hijos menores.

En relación con el grado de instrucción: en primaria, 13 madres alcanzan nivel bajo, 8 medio y ninguna alto; en secundaria, 14 exhiben bajo, 4 medio y 1 alto; y en el nivel superior, la única participante se sitúa en nivel bajo, sin representación alguna en los estratos medio o alto. Este hallazgo coincide con lo descrito por Pardias et al. [9], quienes subrayan que las progenitoras con escolaridad primaria presentan un conocimiento insuficiente sobre las IRAs, corroborando así que la formación académica incide directamente en la capacidad materna de comprensión de temas sanitarios.

En lo tocante al estado civil, los datos guardan concordancia con Almeyda et al. [15], que refieren un 48% de madres en unión libre con conocimientos deficitarios. En Lanchebamba, las convivientes constituyen la mayoría: 13 con nivel bajo, 5 medio y 1 alto. Entre las solteras, 8 se ubican en bajo, 2 en medio y ninguna en alto; las casadas registran 6 bajas, 5 medias y ninguna alta; y finalmente, la única viuda se sitúa en nivel bajo.

Sobre la tipología familiar, prevalece la extensa, con 16 madres en bajo, 3 en medio y 1 en alto; mientras que, en familias nucleares, 12 se hallan en bajo y 9 en medio. Todo ello refleja un predominio de conocimientos reducidos, independientemente de la edad, el grado educativo, el estado civil o la estructura familiar. De ahí la apremiante necesidad de instaurar programas educativos que aborden de manera directa tópicos de salud comunitaria.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Las particularidades sociodemográficas de las progenitoras con hijos menores de 5 años en la comunidad de Lanchebamba revelaron que la fracción predominante se hallaba en el rango etario de 31 a 40 años. Del mismo modo, más de la mitad declaró poseer únicamente instrucción primaria y pertenecer a un núcleo familiar de tipo nuclear. En cuanto al estado civil, primó la condición de convivientes.

En lo concerniente al nivel de saber materno sobre los factores ambientales que inciden en las infecciones respiratorias agudas en infantes menores de 5 años, prevaleció el nivel intermedio; no obstante, un sector considerable manifestó un nivel bajo y solo unas pocas alcanzaron un grado alto.

Respecto al conocimiento de las progenitoras sobre las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años según el estado nutricional, se constató que la mayoría se sitúa en nivel bajo, un grupo reducido en nivel medio y una minoría ostenta un nivel elevado.

En la dimensión de inmunizaciones, considerada como factor influyente en la aparición de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, se apreció que la mayor parte de las madres presenta un conocimiento medio, aunque también se identificó un segmento significativo en nivel bajo.

Al examinar la esfera del control médico, se evidenció un predominio de conocimientos insuficientes, distribuidos mayormente entre niveles medio y bajo.

La investigación permitió concluir que el grado de conocimiento de las madres sobre las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025, se caracteriza principalmente por ser bajo; en menor medida se halló un nivel intermedio y, de manera muy escasa, un nivel alto. Estos hallazgos dejan en claro una marcada carencia de saber materno en torno a las IRAs en infantes menores de 5 años.

5.2. Recomendaciones

Se exhorta al personal del Puesto de Salud de Lanchebamba a instaurar programas de instrucción y capacitación integral orientados a las madres de la comunidad, poniendo acento en la prevención, la identificación temprana de signos y el cuidado adecuado. Tales programas deberían contemplar tanto sesiones educativas —individuales y colectivas— como talleres prácticos de atención infantil, distribución de materiales pedagógicos claros y sintéticos, así como un monitoreo permanente de los saberes y prácticas incorporadas por las progenitoras.

Asimismo, el equipo de salud, en coordinación con los docentes de educación inicial, debe resaltar el componente nutricional mediante sesiones demostrativas que fortalezcan el acervo materno respecto a una dieta saludable, capaz de robustecer el sistema inmunitario del niño. Igualmente, se ha de abordar con claridad y precisión los factores ambientales que intervienen en las infecciones respiratorias.

Se conmina a los agentes comunales, a los representantes de los programas sociales (Vaso de Leche y Programa Juntos), a la institución educativa inicial y al Puesto de Salud de Lanchebamba a articular esfuerzos en la formulación de estrategias de sensibilización y formación dirigidas a las madres. Dichas acciones deben abarcar el cumplimiento del calendario de inmunizaciones, los controles CRED, así como el enriquecimiento de conocimientos sobre infecciones respiratorias, su manejo y su prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz-Muñoz CM, Dueñas-Basurto VA, Castro-Anchundia JP, Holguín-Martinetti GG. Descripción y análisis de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Revista Polo del Conocimiento [Internet]. 2021 [consultado 15 de septiembre 2025]; 6(9):1108-1123. Disponible en: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3098

2. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2016 [consultado 15 de septiembre 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/251182/B138_13-sp.pdf;jsessionid=07E18C64DA42E11D4241EACD8792D02B?sequence=1

3. Directorio de la Secretaría de Salud. Programa de acción específico de prevención y control de enfermedades respiratorias agudas [Internet]. México: Directorio de la Secretaría de Salud; 2024 [consultado 15 de septiembre 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706929/PAE_IRA_cF.pdf

4. Organización Mundial de la Salud. Centro de tratamiento de infecciones respiratorias agudas graves [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020 [15 de septiembre 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331860/WHO-2019-nCoV-SARI_treatment_center-2020.1-spa.pdf

5. Ministerio de Salud. Vigilancia epidemiologia de infecciones respiratorias agudas 2024 [Internet]. Lima; Perú: MINSA; 2024 [15 de septiembre 2025]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5864193/5196462-boletin-epidemiologico-enero-2024.pdf

6. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Ministerio de Salud. Situación epidemiológica de la Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años [Internet]. Perú: CDC - MINSA; 2024 [consultado 7 de enero 2025]; Vol.33. Disponible en:

https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202431_10_111710.pdf

7. Ministerio de Salud. Casos Notificados de Infección Respiratoria Aguda - (no neumonías) en menores de 5 años [Internet]. Lima; Perú: MINSA; 2024 [consultado 22 de mayo 2025] Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/cdistritos/2024/04/IRA%20-%20NO%20NEUMONIA.pdf

8. Ovalles YB, Niederbacher J. Infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatogenia, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos. Revista Médica UIS [Internet]. 2015 [consultado 10 febrero 2025]; 28(1):133-141. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a14.pdf

9. Pardias Y, García B, Cordero M. Conocimientos sobre factores de riesgo de infecciones respiratorias en madres de menores de cinco años. Revista Electrónica Medimay [Internet]. 2023 [consultado 4 de septiembre de 2025]; 30(1):11–7. Disponible en: https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1743

10. Acosta M, Alarcón O, Huayllani S, Escobar R. Conocimiento de los padres de familia sobre prevención de infecciones respiratorias agudas. Vive Revista de Salud [Internet]. 2024 [consultado 12 junio 2025]; 7(20):429-437. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432024000200429

11. Daccarett K, Mujica L. Nivel de conocimiento sobre signos de alarma de infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de cinco años. Artículo Original Dialnet [Internet]. 2020 [consultado 10 febrero 2025]; 36(2); 36-42. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8822530

12. Mori AS, Ríos ME. Conocimiento y manejo en infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años, Belén 2020 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Iquitos, Perú: Universidad Científica del Perú; 2020 [consultado el 4 de marzo 2025]. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.14503/1105

13. Palomino SA. Nivel de conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas (IRA) en madres con niños menores de 5 años Hospital San Juan de Dios, Caraz, 2015 [Tesis de maestría] [Internet]. Caraz, Perú: Universidad San Pedro; 2017 [consultado 10 febrero 2025]. Disponible en: https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/2634079

14. Ospinal M. Conocimiento y cuidados que brindan las madres en el hogar a niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda en el puesto de salud de Sacas – 2017 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Peruana del Centro; 2018 [consultado 10 febrero 2025]. Disponible en: https://repositorio.upecen.edu.pe/handle/20.500.14127/147

15. Almeyda AM, Barbosa LM, Rojas LY. Conocimiento de los padres y cuidadores de niños en la primera infancia de Piedecuesta, sobre los factores desencadenantes y cuidados para la prevención de enfermedades respiratorias pre y post a una intervención educativa. 2021. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Bucaramanga, Colombia: Universidad de Santander; 2021 [consultado 7 de agosto 2025]. Disponible en: https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/7844

16. Requenes NA. Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños menores de 5 años en la prevención de las infecciones respiratorias agudas. Atendidos en sala de emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense, durante el periodo octubre - diciembre 2019 [Tesis de Maestría] [Internet]. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2020 [consultado 7 de agosto 2025]. Disponible en: http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/19018

17. Huaman D, Santillan R, Real A. Conocimientos y prácticas sobre medidas preventivas de infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años en el Centro Poblado Santa Maria de Nuevo Imperial – Cañete 2023 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Callao, Perú: Universidad Nacional del Callao; 2023 [consultado 4 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8570

18. Mercedes R. Conocimiento y medidas preventivas de Infecciones Respiratorias Agudas de los padres de familia de un Distrito de Huancavelica, 2022 [Tesis de Doctorado] [Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Nacional del Centro del

Perú; 2024 [consultado 21 de enero 2025]. Disponible en: https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/10190

19. Herrera E, Valerio S. Nivel de conocimiento y cuidados maternos en infecciones respiratorias agudas menores 5 años, Puesto de Salud Racracalla, Comas 2022 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Peruana de los andes; 2022 [consultado 9 de febrero 2025]. Disponible en: https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/5823

20. Aguirre LP. Conocimiento y prevención de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años, base San Martín de Porres, Lima, 2021 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Ica, Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [consultado 10 febrero 2025]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14441/1115

21. Esquivel NA. Nivel de conocimiento y actitudes maternas sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. hospital Cesar Vallejo Mendoza Santiago de Chuco. 2020 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020 [consultado 10 febrero 2025]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/3995

22. Perez AS. Nivel de conocimiento y prácticas alimenticias de la madre y su relación con las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Centro de Salud de Contumazá en el año 2022 [Tesis de doctorado] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022 [consultado 10 febrero 2025]. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.14074/4876

23. Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Artículo de revisión [Internet]. 2011 [consultado 4 de marzo 2025]; 8(4): 16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&msclkid=c24cf3c0a41011ec981141cf53f64e0f

24. Aranda M. conocimiento y su relación con prácticas en madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de infecciones respiratorias agudas

del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2016 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Huánuco, Perú: Universidad de Huánuco; 2017 [consultado 18 de abril 2025]. Disponible en: http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/343

25. Alvarado E. Conocimiento y aplicación sobre medidas preventivas en infecciones respiratorias agudas en madres con niños menores de 5 años del Hospital Antonio Barrionuevo, Lampa, Puno, 2019. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Puno, Perú: Universidad Peruana Unión; 2019 [citado 11 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3012

26. Esparza R, Rubio J. La pregunta por el conocimiento. Revista Saber [Internet]. 2016 [consultado 9 de febrero 2025]; 28(4):813-818. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622016000400016&lng=es

27. Cabezas CE, Salazar EC, Conocimiento y práctica en la prevención de infecciones respiratorias agudas en madres que asisten al centro de salud de santa Ana – Huancavelica [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2014 [consultado 19 de abril 2025]. Disponible en: http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/799

28. Zurita BI, Inturias B, Laura D. Frecuencia De Infecciones Respiratorias Agudas En Menores De 5 Años, centro de salud río blanco, 2017. Revista Científica Ciencia Médica [Internet]. 2020 [consultado 4 de marzo 2025]; 23(2): 201-206. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332020000200011

29. Ochoa AE. Nivel de conocimiento en cuidador de niños menores de 5 años sobre IRAS, adscritos a la UMF 1 de la Delegación Aguascalientes [Tesis de licenciatura] [Internet]. Aguascalientes, México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2018 [consultado 9 de febrero 2025]. Disponible en: http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/1473

30. Marceleño K. Etiología diagnostico profilaxis y tratamiento del resfriado común. Revista Academia [Internet]. 2002 [consultado 4 de marzo 2025]; 21(11): 72-80.

Disponible en: https://www.academia.edu/28669053/Etiologia_diagnostico_profilaxis_y_tratamiento_del_resfriado_comun

31. Leyva R. Gripe y resfriado. Revista Academia [Internet]. 2008 [consultado 4 de marzo 2025]; 27(2): 46-51. Disponible en: https://www.academia.edu/34793085/Gripe_y_resfriado

32. Mendoza RC. Manual de Infecciones del Aparato Respiratorio [Internet]. 1° ed. Ciudad de México, México: Instituto para el Desarrollo Integral de la Salud S. de RL de CV; 2014 [consultado 4 de marzo 2025]; Disponible en: https://www.academia.edu/30034146/del_Aparato_Respiratorio_Manual_de_Infecciones

33. Eiros JM, Ortiz R, Tenorio A, Casas I, Pozo F, Ruiz G, et al. Diagnóstico microbiológico de las infecciones virales respiratorias. Revista Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2009 [consultado 4 de marzo 2025]; 27(3):168–177. Disponible: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X08000402

34. Munyo A, López M, Álvarez D. Faringoamigdalitis aguda. Rev Tendencia en Medicina [Internet]. 2015 [consultado 4 de marzo 2025]. 23 (46): 127-133. Disponible en: https://farmanuario.com/tendencias/articulo/?id=22869

35. Instituto Nacional de Pediatría México. Faringoamigdalitis aguda. Revista Acta Pediátrica México [Internet]. 2006 [consultado 4 de marzo 2025]; (27): 6-13. https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640837002.pdf

36. Gavilán A, García EA, Gavilán MA. Faringitis. Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. 2018 [consultado 4 de marzo 2025]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/faringitis/

37. Clínica Universidad de Navarra. Faringitis aguda [Internet]. España: CUN; 2020 [consultado 4 de marzo 2025]. Disponible en: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/faringitis-aguda

38. Flores AR, Caserta MT. Compendio de enfermedades infecciosas [Internet]. España: Elsevier España, S.L.U; 2017 [consultado 4 de marzo 2025]. Disponible

en:
https://books.google.com.pe/books?id=7dvQDwAAQBAJ&pg=PA8&lpg=PA7&focus=viewport&dq=pre+venci%C3%B3n+de+la+faringitis+aguda&hl=es#v=onepage&q=pre%20venci%C3%B3n%20de%20la%20faringitis%20aguda&f=false

39. Martinez L, Albañil R, De la Flor J, Piñeiro R, Cervera J, Baquero F, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. Revista Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2013 [consultado 12 de marzo 2025]; 15: 203 – 2018. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000400002

40. Fica CA, Díaz P JC. Enfoque diagnóstico y terapéutico de los pacientes adultos con sospecha de sinusitis aguda. Rev chilena de infectología [Internet]. 2003 [consultado 4 de marzo 2025]; 20(3):184-92. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003000300006

41. García JA, García JE, Gobernado M, Mensa J, Lorente J, Ortega P, et al. Diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de las sinusitis. Revista Esp Quimioterap [Internet]. 2003 [consultado 12 de marzo 2025]; 54(6):449-62. Disponible en: https://seq.es/seq/0214-3429/16/2/239.pdf

42. Badilla J. Sinusitis en Pediatría. Revista Medicina legal de Costa Rica [Internet]. 2018 [consultado 10 de julio 2025]; 35(2): 62-70. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000200062&lng=en

43. García C. Otitis media aguda. Revista Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2013 [consultado 12 de marzo 2025]; 15:49-59. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300006

44. Bernáldez PC, Morales G, Quantin LG, Hernández C, Litterio M. Otitis media crónica supurada en niños. Revista Archivos argentinos de pediatría [Internet]. 2004 [consultado 12 de marzo 2025]; 102(3): 174-179. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n3/v102n3a05.pdf

45. Campos LA, Barrón M, Fajardo G. Otitis media aguda y crónica, una enfermedad frecuente y evitable. Revista de la Facultad de Medicina México [Internet]. 2014 [consultado 12 de marzo 2025]; 57(1):5-14. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000100002

46. Rojas EP. Nivel de conocimientos que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en el policlínico militar chorrillos agosto- noviembre – 2013 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima Perú: Universidad Alas Peruanas; 2016 [consultado 12 de marzo 2025]. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/2663

47. Tejedor N. Tos ferina. Revista Sanitaría de Investigación [Internet]. 2022 [consultado 7 de agosto 2025]; 3(1):2660-7085. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8298524

48. Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología. Información sobre coqueluche. Revista SAVE [Internet]. 2022 [consultado 7 de agosto 2025]. Disponible en: https://save.org.ar/wp-content/uploads/2022/09/Cuadernillo-Coqueluche_12092022.pdf

49. Ministerio de Salud del Perú. Directiva Sanitaria Nº 061 - MINSA/DGE V.01. Para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2015 [consultado 12 de marzo 2025]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3266.pdf

50. Ministerio de Salud Perú. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y los niños [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2019 [consultado 12 de marzo 2025]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf

51. Clínica Universidad de Navarra. Neumonía: Síntomas, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Navarra, España: CUN; 2022 [consultado 21 de marzo 2025]. Disponible en: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/neumonia

52. Organización Mundial de la Salud. Neumonía [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2021 [consultado 21 de septiembre 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia

53. Vázquez PS. Bronquitis aguda. Revista Cadernos de atención primaria [Internet]. 2007 [consultado 17 de septiembre 2025]; 13(3):189–192. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2320368

54. Pérez J. Bronquitis y bronquiolitis. Revista Pediatría Integral [Internet]. 2016 [consultado 17 de abril 2023]; 20(1):28–37. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx01/03/n1-028-037_JosuePerez.pdf

55. Fernández D. Síndrome Obstructivo Bronquial en el niño menor de 2 años. Área de Salud Integral José Félix Rivas. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2012 [consultado 3 de septiembre de 2025];34(4):427–38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000400003

56. Sillau J. Síndrome Obstructivo Bronquial. Revista Médica UNMSM [Internet]. [consultado 3 de septiembre de 2025];44(2) Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/enfermedades_torax/v44_n2/sob.htm

57. Wise RA. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2024 [consultado 3 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-pulmonares/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica-y-trastornos-relacionados/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cr%C3%B3nica

58. Pérez J, Treviño J, Romo A. Bronquitis Obstructiva [Internet]. Topdoctors, Mexico; 2024 [consultado 23 septiembre 2025]. Disponible en: https://www.topdoctors.mx/diccionario-medico/bronquitis-obstructivas/

59. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el doagnóstico y tratamiento de bronquiolitis [internet]. Lima, Perú: MINSA; 2019. [consultado 3 de septiembre de 2025]; 1:1-22. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf

60. Bhatia R. Bronquiolitis [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2024 [consultado 3 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-respiratorios-en-ni%C3%B1os-peque%C3%B1os/bronquiolitis

61. Bueno MM, Calvo C, Jimeno S, Faustino M, Quevedo S, Martínez MÁ, et al. Lactancia materna y protección contra las infecciones respiratorias en los primeros meses de vida. Rev Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2011 [consultado 19 de abril 2025]; 13(50):213-24. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000200004

62. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 884-2022/MINSA que aprueba la NTS N° 196-MINSA/DGIESP - 2022, Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2022 [consultado 11 de junio 2025]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3823311/Norma%20T%C3%A9cnica%20de%20Salud.pdf?v=1668009871

63. Dalmau J, Vitoria I. Nutrición y prevención de enfermedad. En: Tratado de Nutrición, Tomo III [Internet]. 2a ed. Panamericana, Madrid: Gil A; 2010. p. 275-288 [consultado 19 de abril 2025]. Disponible en: https://www.kelloggs.es/content/dam/europe/kelloggs_es/images/nutrition/PDF/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_13.pdf

64. Becerra B, Velita KC. Factores relacionados con la prevención de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses, Hospital de Contingencia “Ernesto German Guzmán Gonzales.” Oxapampa, 2020 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Ica, Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2020 [consultado 19 de abril 2025]. Disponible en: http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/765

65. Álvarez JC. El control médico de las situaciones de incapacidad temporal para el trabajo. Revista Institucional Universidad de Málaga [Internet]. 2015 [consultado 19 de abril 2025]. Disponible en: https://core.ac.uk/reader/75996841

66. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: Una visión actual. Facultad de Medicina, Perú [Internet]. 2009 [consultado 10 julio 2025]; 70(3):217–24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011

67. Villarruel K. Conocimiento y aplicación de medidas preventivas de infecciones respiratorias agudas de las madres de niños menores de cinco años Centro de Salud Villa San Luis [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2012 [consultado 19 de abril 2025]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/408

68. Ministerio de Salud. Normas Técnicas de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño y Niña [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2018 [consultado 11 octubre 2024]. Disponible en: https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf

69. City Populatión. Lanchebamba Chota Región Cajamarca, Perú. Estadísticas de población gráficos mapa ubicación clima e información web [Internet]. Perú: City Populatión; 2020 [consultado 19 de abril 2025]. Disponible en: https://www.citypopulation.de/en/peru/cajamarca/chota/06040[11]061__lanchhttps://www.citypopulation.de/en/peru/cajamarca/chota/0604010061__lanchebamba/

70. DePeru.com. Vista aérea de Lanchebamba en el distrito de Chota, provincia de Chota, región Cajamarca en 2022 [Internet]. Chota Perú: DePeru.com; 2022 [consultado 19 de abril 2025]. Disponible en: https://mapas.deperu.com/cajamarca/chota/chota/lanchebamba/

71. Municipalidad Provincial de Chota. Ubicación geográfica [Internet]. Chota, Perú: MPCH; 2019 [consultado 19 de mayo 2025]. Disponible en: http://www.munichota.gob.pe/ubicacion-geografica

72. Red Integrada de Salud Chota [Internet]. Chota, Perú: RIS; 2025 [consultado 23 agosto 2024]. Disponible en: https://rischota.gob.pe/portal/mn/2372

73. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. 1° ed. Ciudad de México, México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2018 [consultado 7 de agosto 2025]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Rs6QrMfdO1clIJykxEuKb12pS1i2OB7I/view?fbclid=IwAR2Wx76HHic0KEEde6BajiCqbr794jRMXSIFMSYf9AggFc364t2H16QEuNw

74. Koepsell DR, Ruíz de Chávez MH. Ética de la investigación, Integridad científica. México: Comisión Nacional de Bioética (CONBIO); 2015.

75. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6ta ed. Ciudad de México, México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de presentación al jefe (a) del Puesto de Salud Lanchebamba e Iraca Grande.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

UNIVERSIDAD LICENCIADA CON RESOLUCIÓN N° 160-2018-SUNEDU/CD

COORDINACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CARGO

Chota, 07 de abril de 2025.

CARTA N° 050– 2025 – FCCSS – UNACH/C.

Señor:

Lic. Enf. Miguel Vásquez Cieza
Jefe del Puesto de Salud Lanchebamba

PRESENTE. -

ASUNTO : Presentación de tesista y solicitud de autorización para aplicar instrumentos de investigación con fines de Titulación Profesional.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, en nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Chota (UNACH), y el mío propio; a la vez, sirva la presente para presentar a las Bachilleres en Enfermería DÍAZ GOICOCHEA JHARIS MARILINA y SILVA MUÑOZ CLARA, quienes se encuentra en la fase de elaboración de su proyecto de tesis titulado: **"Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en Lanchebamba, Chota 2025"**, bajo el asesoramiento de la Dr. Richard Williams Hernández Fiestas, en tal sentido solicito su autorización a fin de que las mencionadas tesistas puedan realizar la recolección de información y proseguir con la ejecución de su tesis, la cual tiene fines netamente académicos para la obtención de su Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Agradezco anticipadamente a usted por la atención brindada y expreso los sentimientos de mi mayor consideración y estima.

Atentamente;

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD COORDINACIÓN CHOTA

DR. HERNÁN TAFUR CORONEL
COORDINADOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

PUESTO DE SALUD LANCHEBAMBA CHOTA

Recibo: 14-04-2025
Hora: 09:00

C.c
Archivo

HTC/CFCCSS.
Mariela Regalado
Cel. 914333399.
asist2-ciencias-salud@unach.edu.pe
CH.2025

Campus Universitario Colpa Matara – Chota

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
UNIVERSIDAD LICENCIADA CON RESOLUCIÓN N° 160-2018-SUNEDU/CD
COORDINACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CARGO

Chota, 07 de abril de 2025.

CARTA N° 051– 2025 – FCCSS – UNACH/C.

Señora:

Ob. Luisa Iria Díaz Bautista
Jefe del Puesto de Salud Iraca Grande

PRESENTE. -

ASUNTO : Presentación de tesista y solicitud de autorización para aplicar prueba con fines de Titulación Profesional.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, en nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Chota (UNACH), y el mío propio; a la vez, sirva la presente para presentar a las Bachilleres en Enfermería DÍAZ GOICOCHEA JHARIS MARILINA y SILVA MUÑOZ CLARA, quienes se encuentra en la fase de elaboración de su proyecto de tesis titulado: **"Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en Lanchebamba, Chota 2025"**, bajo el asesoramiento de la Dr. Richard Williams Hernández Fiestas, en tal sentido solicito su autorización a fin de que las mencionadas tesistas puedan realizar la recolección de información y proseguir con la ejecución de su tesis, la cual tiene fines netamente académicos para la obtención de su Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Agradezco anticipadamente a usted por la atención brindada y expreso los sentimientos de mi mayor consideración y estima.

Atentamente;

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD COORDINACIÓN CHOTA

DR. HERNÁN TAHIR CORONEL
COORDINADOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

RED INTEGRAL DE SALUD CHOTA JEFATURA P.S. IRACA GRANDE

Iria Díaz Bautista
OBSTETRA
C.O.P. 38129

C.c
Archivo

HTC/CFCCSS
Mariela Regalado
Cel. 914333399
assist2-ciencias-salud@unach.edu.pe
CH.2025

Anexo 2. Formato de Consentimiento informado

Consentimiento informado

Título de la investigación:

“Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años de Lanchebamba, Chota 2025”

Objetivo de la investigación:

Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025.

Yo……, identificado (a) con DNI N° …….., después de haber recibido información clara y precisa acerca de la investigación a realizar dada por las Bachiller. Díaz Goicochea Jharis Marilina y Silva Muñoz Clara; acepto ser encuestada de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad se mantendrá en anonimato.

Chota,……de…..... del 2025.

Firma

Anexo 3. Formato de Instrumentos de recolección de datos

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA **Escuela Académico Profesional de Enfermería**	***"Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en Lanchebamba, Chota 2025"***

CUESTIONARIO DEL NIVEL CONOCIMIENTO SOBRE IRAs

AUTORA: Esquivel NA (2020)

MODIFICADO POR: Díaz y Silva (2025)

INSTRUCCIONES:

A continuación, le presentamos algunas preguntas relacionadas con Infecciones respiratorias agudas (IRAs), lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X) la respuesta que crea conveniente.

El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas. Muchas gracias por su participación.

I. Datos generales

FECHA : .....

EDAD : .....

GRADO DE INSTRUCCIÓN : .....

ESTADO CIVIL : .....

TIPO DE FAMILIA : ☐ NUCLEAR ☐ EXTENSA

II. Contenido del instrumento

Referente a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), cree usted que:	**SIEMPRE**	**A VECES**	**NUNCA**
Factores Ambientales			
1. Cree usted que el humo del cigarrillo produce infecciones respiratorias a su niño.	3	2	1
2. Si su niño (a) está en contacto con objetos que contienen secreciones respiratorias (mocos, flema, gotas de saliva del estornudo) de personas que	3	2	1

estén resfriadas, puede contagiarse y presentar problemas respiratorios.			
3. Si alguna persona está resfriada y entra en contacto con su niño le pone en riesgo de contraer problemas respiratorios.	3	2	1
4. Usted cree que el cambio de clima puede ser motivo para que su niño presente algún problema respiratorio.	3	2	1
5. Usted cree que la buena higiene de su casa previene los problemas respiratorios de su niño.	3	2	1
6. Usted cree que si abriga a su niño adecuadamente evitará problemas respiratorios.	3	2	1
7. Mantener su casa cerrada, sen dejar que se ventile, evitará problemas respiratorios.	1	2	3
Nutrición			
8. Un niño que no está bien alimentado, puede presentar problemas respiratorios.	3	2	1
9. Usted cree que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego como complementaria hasta los 2 años, evita los problemas respiratorios.	3	2	1
10. Su niño desde que nace, debe recibir lactancia mixta (fórmula y leche materna).	1	2	3
11. Los alimentos ricos en vitamina C, como frutas y verduras; previenen las infecciones respiratorias agudas.	3	2	1
Inmunizaciones			

12. Usted cree que, al cumplir con el calendario de vacunación, ayuda a combatir las infecciones respiratorias.	3	2	1
13. Si su niño (a) se encuentra con síntomas de resfrío, será conveniente vacunarlo.	1	2	3
Control Médico			
14. Saber identificar oportunamente los signos de peligro de las infecciones respiratorias, permite trasladarlo prontamente al centro de salud.	3	2	1
15. Llevar al control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) a su niño (a), disminuye el riesgo de tener infecciones respiratorias.	3	2	1
16. Si su niño se enferma de las vías respiratorias lo lleva al centro de salud inmediatamente.	3	2	1
17. La respiración rápida y profunda en su niño, considera que es un signo de neumonía.	3	2	1
18. Si su niño (a) se enferma, compra en la farmacia algún tratamiento.	1	2	3
19. Si su niño se enferma, lo trata en casa.	1	2	3

Niveles de Puntuación del cuestionario de conocimiento sobre IRAs

Nivel de conocimiento de las madres sobre IRAs	
NIVELES	**PUNTUACIÓN**
Bajo	19 – 31 Puntos
Medio	32 – 44 Puntos
Alto	45 – 57 Puntos

Anexo 4. Matriz de consistencia

Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnicas de instrumentos
Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en Lanchebamba, Chota 2025.	¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en Lanchebamba, Chota 2025?	**Objetivo general** – Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025. **Objetivos específicos** – Caracterizar sociodemográficamente a las madres con niños menores de 5 años de la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025. – Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la	**Hi:** El nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años de Lanchebamba, Chota 2025 será de nivel bajo. **H0:** El nivel de conocimiento de las madres sobre	**Técnicas** – Encuesta **Instrumentos** Cuestionario del Nivel de Conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas.

		comunidad de Lanchebamba, Chota 2025, según factores ambientales. – Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025, según el aspecto nutricional. – Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025, según la dimensión inmunizaciones. – Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la comunidad de Lanchebamba, Chota 2025, según el control médico.	infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años de Lanchebamba, Chota 2025 no será de nivel bajo.	

Anexo 5. Análisis de fiabilidad del cuestionario del nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas.

Síntesis del análisis de casos

		N	%
Casos	Válidos	19	95,0
	Excluidos	1	5,0
	Total	**20**	**100,0**

Nota: Esta exclusión considera todas las variables utilizadas en el procedimiento

Análisis estadístico de fiabilidad

VARIABLE	N° DE ELEMENTOS	FIABILIDAD
Nivel de conocimiento de las madres sobre infecciones respiratorias agudas.	19	0.701

Nota. Esta tabla muestra la fiabilidad del instrumento mediante el alfa de Cronbach.

De lo cual se interpreta que el presente instrumento cuenta con el valor mínimo admisible para el coeficiente alfa de Cronbach es 0,701; lo que indica una consistencia interna de la escala utilizada aceptable.