

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



Una Institución Adventista

Tesis

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre inmunizaciones que poseen las madres de niños menores de cinco años que asisten al Hospital de Huaycán, 2015

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería

Autora

Catelin Marlene Pariona Anaya

Asesora

Lic. Nira Cutipa Gonzales

Lima-2016

Dedicatoria

A mi madre y padre, por su inmenso cariño y sacrificio.

Agradecimiento

A Dios por permitir que pueda compartir con mi familia y amigos uno de los momentos más importantes de mi vida e iluminar siempre mi camino.

A la Universidad Peruana Unión, por haber hecho realidad mí sueño de ser profesional.

A la Escuela Académica Profesional de Enfermería, que supieron formarme como profesional.

A mi Asesora Lic. Nira Cutipa Gonzales, licenciada en enfermería por sus consejos y apoyo.

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	vii
Agradecimiento.....	vii
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Introducción	ix
Capítulo I.....	1
El problema.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Formulación del problema	6
3. Justificación	6
4. Objetivos de la investigación	8
4.1 Objetivo general	8
4.2 Objetivos específicos	8
Capítulo II.....	9
Marco teórico.....	9
1. Marco bíblico filosófico.....	9
2. Antecedentes de la investigación	10
3. Marco conceptual.....	14
3.1 Inmunización.....	14
3.2 Inmunidad	15
3.3 Vacuna.....	15
3.4 Modelo de atención integral.....	19
3.5 Esquema de vacunacion	22
3.6 Esquema nacional de vacunación.....	23
3.7 Descripción de las vacunas	24
3.8 Conocimientos	39
3.9 Actitudes	41
3.10 Práctica.....	433
4. Modelo teórico.....	44
4.1 Teoría de la adopción maternal: Modelo de Ramona T. Mercer	44
5. Definición de términos.....	46
Capítulo III.....	48

Materiales y métodos	48
1. Diseño y tipo de investigación.....	48
2. Variables de la investigación	49
2.1 Definición operacional	49
2.2 Operacionalización de las variables	49
3. Delimitación geográfica y temporal	53
4. Población y muestra.....	54
4.1 Población.....	54
4.2 Muestra.....	54
5. Criterios de inclusión y exclusión.....	54
5.1 Criterios de inclusión.	54
5.2 Criterios de exclusión.	55
6. Características de la muestra.....	55
7. Técnica e instrumentos de recolección de datos	56
7.1 Instrumentos	56
8. Procesamiento y análisis de datos.....	57
9. Procesamiento y análisis de datos.....	58
10. Consideraciones éticas	58
Capítulo IV	59
Resultados y discusión.....	59
1. Resultados.....	59
2. Discusión	60
Capítulo V.....	68
Conclusión y recomendaciones	69
1. Conclusiones.....	69
2. Recomendaciones	70
Referencias.....	71

Índice de tablas

Tabla 1: <i>Clasificación de las vacunas según tipo de antígeno y método de fabricación.</i>	17
Tabla 2: <i>Esquema de vacunación en niños menores de 5 años.</i>	24
Tabla 3: <i>Características de las vacunas</i>	35
Tabla 4: <i>Operacionalización de variables</i>	50
Tabla 5: <i>Descripción de las variables sociodemográficas.</i>	55
Tabla 6: <i>Nivel de conocimiento sobre inmunizaciones</i>	59
Tabla 7 <i>Nivel de actitud sobre inmunizaciones</i>	59
Tabla 8 <i>Nivel de prácticas sobre inmunizaciones</i>	60
Tabla 9: <i>Resutados descriptivos del nivel de conocimiento sobre inmunizaciones</i>	83
Tabla 10: <i>Resultados descriptivos del nivel de actitudes sobre inmunizaciones</i>	84
Tabla 11: <i>Resultados descriptivos del nivel de prácticas sobre inmunizaciones</i>	84

Resumen

El objetivo general del presente trabajo fue describir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre inmunizaciones que poseen las madres de niños menores de 5 años que asisten al Hospital de Huaycán, 2015. Estudio de diseño no experimental, de enfoque cuantitativo, de corte transversal y de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 218 participantes. El tipo de muestreo que se utilizó fue probabilístico de tipo aleatorio simple. El instrumento utilizado fue un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas con criterios de validez y confiabilidad. Se identificó que el 6,38% (n=139) de las madres evidenciaron un nivel de conocimiento deficiente, mientras que el 36,2% (79%) es regular, también se mostró que ninguna madre llegó a la calificación buena; en cuanto al nivel de actitud que tienen las madres el 88,1% (n=192) obtuvo una actitud favorable, mientras que un 11,9% (n=26) tuvo una actitud desfavorable. En el nivel de prácticas las madres mostraron el 61,1% (n=133) un nivel de prácticas deficiente, mientras que las prácticas eficientes representan el 39% (n=85). Se establece que el nivel de conocimiento de las madres es deficiente, el nivel de actitud favorable y el nivel de prácticas deficiente.

Palabras Claves: Inmunizaciones, Conocimientos, Actitudes, Practicas, Madres y Niños.

Abstract

The overall objective was to describe the level of knowledge, attitudes and practices about immunizations have mothers of children under five who attend the Hospital Huaycán, 2015. experimental study design, quantitative approach, cross-sectional and descriptive . The sample consisted of 218 participants. The type of sample used was simple random type probabilistic for convenience. The instrument used was a questionnaire on knowledge, attitudes and practices with criteria of validity and reliability. It was identified that 63,8% (n = 139) of mothers showed a poor level of knowledge, while 36,2% (79%) is regular, also he showed that no mother came to the good rating; in the level of attitude that mothers have 88,1% (n = 192) had a favorable attitude, while 11,9% (n = 26) had an unfavorable attitude. At the level of practices mothers showed 61,1% (n = 133) a level of poor practices, while efficient practices account for 39% (n = 85). It is established that the level of knowledge of mothers is poor, the level of positive attitude and level of poor practices.

Key words: immunization, knowledge, attitudes, practices, mothers and children.

Introducción

Por más de 200 años, las vacunas han formado parte de la lucha humana contra las enfermedades donde las campañas de vacunación a nivel mundial erradicó la viruela así como la eliminación de la poliomielitis en muchos países, de igual forma la vacunación infantil ha reducido sustancialmente las tasa de morbilidad y mortalidad por enfermedades en gran parte del mundo (The History vaccines of, 2016).

Las inmunizaciones, fueron unas de las estrategias más efectivas en Salud Pública para disminuir la mortalidad infantil y eliminar las enfermedades inmunoprevenibles (EIP), siendo necesario alcanzar altas coberturas vacunales que impidan la circulación del microorganismo entre la población. Pero aún existen obstáculos que impiden las buenas coberturas permitiendo que aumenten determinadas enfermedades dentro de las barreras encontradas están los problemas de accesibilidad, la complejidad de los esquemas actuales, el miedo a los efectos adversos y la falta de conocimiento (Spagnuolo, Rearte y asociados, 2012).

La inmunización, disminuye o anula el riesgo de infección de los niños vacunados, porque reduce el número de niños susceptibles, disminuyendo la circulación de los agentes microbianos entre la población, y así se reduce la posibilidad de proliferación de las enfermedades inmunoprevenibles que es una medida de prevención primaria (Real Academia de Medicina, 2013).

El éxito de las inmunizaciones está en reducir el número de niños con morbilidad, mortalidad o queden discapacitados a consecuencia de enfermedades que pueden prevenirse con las vacunas ya que las inmunizaciones evita una cifra estimada de 2,5 millones de muertes de niños menores de cinco años y entre el año 2000 y 2007, el

número de niños muertos a causa del sarampión cayó en un 74% en todo el mundo, de una cifra estimada de 750,000 a una de 197,000 niños.

En 1988, la polio era endémica en 125 países y paralizaba a un número estimado de 350,000 niños al año (cerca de 1,000 casos diarios) pero a finales de 2007, la polio es erradicada y a mediados de 2009, la poliovirus seguía siendo endémico en cuatro países. (OMS, UNICEF y Banco Mundial, 2010).

El Perú ha conseguido logros significativos en materia inmunológica en los últimos años hemos logrado eliminar enfermedades como la poliomielitis (1991), el sarampión (2001) y la rubeola (2007). No obstante, las bajas coberturas de vacunación que se están alcanzando a nivel nacional, colocan al Perú en riesgo de reintroducción de las enfermedades inmunoprevenibles que fueron eliminadas poniendo en riesgo la vida y salud de nuestros niños menores de 5 años. Así también la OMS considera al Perú como un país de endemicidad intermedia (2-8%) por hepatitis B, siendo necesario aplicar la vacuna correspondiente a los recién nacidos (Daly, 2016).

El trabajo está organizado en cinco capítulos: En el Capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, incluyendo la pregunta de investigación, justificación y los objetivos del estudio. En el Capítulo II, se desarrolla el marco teórico de la investigación, iniciando con la presentación de los antecedentes internacionales y nacionales, prosiguiendo con el marco bíblico filosófico y la presentación de las variables, definiciones, características y modelos teóricos, las teorías referente a la población de estudio y definición de términos. El Capítulo III, está constituido por el método de la investigación, identificación de las variables y operacionalización de las mismas, delimitación geográfica, población y muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos, el proceso de recolección, procesamiento y análisis de datos. En el Capítulo IV, se presentan los resultados y la discusión de los mismos. Por último, en el

Capítulo V, se desarrolla las conclusiones y las recomendaciones correspondientes al trabajo de investigación en esta institución.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que, con la única excepción de la depuración del agua, nada ha tenido mayor impacto en reducir la mortalidad que las vacunas.

Se considera que la inmunización es una de las intervenciones de salud pública más eficaces, que evita entre 2 y 3 millones de defunciones anualmente, no obstante, se estima que 18,7 millones de lactantes de todo el mundo aún no reciben las vacunas básicas (OMS, 2015). A pesar de la reducción de la morbilidad y la mortalidad a nivel mundial de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV), no se han extendido a todas las personas, especialmente niños, adolescentes y adultos, lo cual llevaría a una muerte innecesaria. Esta situación afecta el desarrollo económico debido a las pérdidas de productividad que genera el tratamiento; perjudicando desproporcionadamente a los países de bajos y medianos ingresos económicos (Boletín de inmunizaciones, 2013).

OMS, (2015) menciona que la Poliomielitis afecta sobre todo a los menores de 5 años, y por medio de las vacunas a nivel mundial se ha disminuido en más de 99%, de los 350,000 estimados en 1988 a los 359 notificados en 2014. Esta reducción es la consecuencia de los esfuerzos mundiales por erradicar la enfermedad, aunque en la actualidad, la poliomielitis sigue siendo endémica en cuatro países (Afganistán, India, Nigeria y Pakistán). Estas notificaciones del año 2009 fueron las siguientes en

Afganistán, 10; India, 89; Nigeria, 321, y Pakistán, 20; también la ejecución de la eliminación de la rubéola en las Américas, disminuyó en 98% entre 1998 y 2006. (OMS, UNICEF y Banco Mundial, 2010). En la actualidad mientras haya un solo niño infectado, todos los niños de otros países corren el riesgo de contraer la poliomielitis y si no se erradica la poliomielitis, se podrían producir hasta 200 000 nuevos casos anuales en 10 años en todo el mundo (Asociación de Médicos de Sanidad Exterior, 2013).

La Haemophilus Influenzae tipo b (Hib) provoca meningitis y neumonía, a finales del 2014, la vacuna se había introducido en 192 países pero se estima que la cobertura mundial con tres dosis de la vacuna contra Hib es de 56%, habiendo grandes disparidades entre las regiones, en las Américas, se calcula que la cobertura es del 90%, mientras que en las regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental es solo del 21% y el 30%, respectivamente (Asociación de Médicos de Sanidad Exterior, 2013).

En Europa, en el 2010 presentaron un total de 592,681 casos de varicela en 18 países y las incidencias más altas se registraron en Polonia 481, República Checa 459, Estonia 458 y Eslovenia 444 por cada 100.000 habitantes, respectivamente, siendo estos datos algo superiores a los registrados en años anteriores (2008-2009), en España actualmente cerca de 150.000 casos de varicelas se presenta por año con 1.000 hospitalizaciones y 5-6 defunciones, la mayoría de estas últimas en mayores de 14 años (Asociación de Médicos de Sanidad Exterior, 2013).

OMS, (2015) menciona que el sarampión es una de las principales causas de muerte entre los niños pequeños, a pesar de que hay una vacuna segura y eficaz para prevenirlo en el 2014 hubo 114 900 muertes por sarampión en todo el mundo, es decir, cerca de 314 por día o 13 por hora.

OMS ha manifestado que las Américas ha sido declarado libre de transmisión endémica de Sarampión desde 2002, pero continúa experimentando casos importados, incluyendo un 20-35% de casos de origen europeo, según el informe de vigilancia del sarampión y la rubéola de la OPS-OMS 2011, informa que se habían reportado brotes en varios países del continente americano confirmándose un total de 165 casos de sarampión, 111 en EEUU, 31 en Canadá, 5 en Chile, 8 en Brasil, 3 en Panamá, 1 en República Dominicana (69 casos fueron importados de otras regiones del mundo, 76 estaban relacionados con la importación y 20 se desconoce la fuente de infección) además, en el 2011 Ecuador ha reportado casi 200 casos de sarampión (no presentaba casos desde 1996), siendo los niños menores de cinco años los más afectados (Asociación de Médicos de Sanidad Exterior, 2013).

En Francia en el 2011, registró más de 14.000 casos de sarampión, lo que representa más de la mitad de todos los casos notificados. En total se notificaron 26.000 casos en 40 países Europeos, incluyendo los brotes en España, Serbia, Rumania, Macedonia y Turquía, entre otros. Aunque los datos más recientes del 2012 al 2013, muestran menos casos es decir un total de 8.032 declarados en 29 países pero aún sigue estando lejos el objetivo de eliminación del sarampión (Asociación de Médicos de Sanidad Exterior, 2013).

En África, las zonas más afectadas actualmente son La República Democrática del Congo con un total de 123,537 casos notificados de sarampión y 1.519 muertes por sarampión desde el inicio de 2011 y en Sudán del Sur, han informado más de 1.511 casos sospechosos de sarampión y 39 muertes. También reportan un elevado número de casos otros países de la región, como es el caso de Etiopía, Kenia, Nigeria, Somalia, Tanzania y Zambia (Asociación de Médicos de Sanidad Exterior, 2013).

MINSA, (2005) reportó que el Perú está logrando elevados niveles de inmunización y como consecuencia de ello se ha frenado el avance de ciertas enfermedades transmisibles que afectan principalmente a los niños menores de cinco años. A pesar de las condiciones adversas que el país enfrentaba en el campo social, político y económico; el intenso trabajo desplegado fue importante para obtener grandes logros como la erradicación de la Poliomielitis y el Sarampión. Al año 2002, las coberturas de las principales vacunas aplicadas a menores de un año alcanzaron niveles que variaron entre el 92,1% y 95,2%, donde la menor cifra corresponde a la vacunación con BCG (Bacilo de Calmette y Güerin).

UNICEF, (2013) menciona que las vacunas básicas para los niños menores de tres años, desde el año 2007, no logran las coberturas necesarias establecidas por la OMS y OPS. A pesar de todos los esfuerzos desplegados para su incremento progresivo en el período 2007-2012, se ha producido un nuevo retroceso en el año 2013. Asimismo ENDES (Encuesta demográfica y de Salud Familiar, 2015) en el año 2014, se observó la reducción en la cobertura nacional de vacunación en los niños menores de tres años, llegando nuevamente a niveles alarmantes, en la selva (57%), en Lima Metropolitana (59%). No obstante, en los primeros meses del año 2015, En medio de una tendencia general a la baja, las coberturas más altas de vacunas completas a los niños menores de 12 meses (entre 78% y 82%) son en las regiones de Huánuco, Pasco, Ayacucho y Cajamarca; Lima-Región contra el rotavirus y neumococo.

Así, como en los niños menores de cinco años indicaron que la cobertura continuó reduciéndose en el año 2014 donde una cobertura de vacunación estimada en 73,9% de los niños menores de 36 meses, en el año 2012, descendió a 67,6% en el 2013 descendiendo a un 61,1%. Es recién en el primer semestre de este año (2015) que se puede apreciar una reversión inicial de esta tendencia, recuperándose los niveles del año

2013, pero aún lejos del 90% de cobertura de vacunación establecida por la OMS, como mínimo para asegurar la protección de la población (Mesa de concentración para la lucha contra la pobreza, 2015).

La tasa de mortalidad de menores de 5 años ha caído en un 50% o más en cada región, salvo en Oceanía. A pesar de la impactante mejora en la mayoría de las regiones, las tendencias actuales no son suficientes para cumplir con el objetivo del milenio. Unos 16.000 niños menores de 5 años continúan muriendo cada día en el transcurso de 2015 y la mayoría de ellos morirá de causas prevenibles como la neumonía, la diarrea y el paludismo (Naciones unidas, 2015).

UNICEF (2007) menciona que un 9.7 millones de niños murieron antes de cumplir los 5 años, los números estimados de defunciones por regiones es: 300.000 millones América Latina y el Caribe, 4,8 millones África subsahariana, 400.000 Oriente Medio y África del Norte, 900.000 Asia Oriental y el Pacífico.

Durante el internado realizado en el año 2013 en el hospital de Huaycán, se evidenció que las madres que asistían al programa de crecimiento y desarrollo (CRED) y estrategia sanitaria nacional de inmunizaciones (ESNI) no tenían la información correcta relacionado a las vacunas que requiere su niño(a) identificándose el problema en la tarjeta de control al ingresar a consulta donde se evidenciaron rostros de desconocimiento a las preguntas realizadas, como por ejemplo: “hasta qué edad se le coloca la vacuna a su niño y contra qué enfermedad protege dicha vacuna”. Asimismo la estrategia de inmunizaciones del hospital de Huaycán no llega a cubrir las zonas de vacunación donde la población de riesgo de niños menores cinco años es de 11’111,00 aproximadamente.

Por tal motivo, se decidió realizar este estudio sobre el conocimiento, actitudes y prácticas en las madres de niños menores de cinco años sobre inmunizaciones en una

población que tiene riesgo de morbilidad y mortalidad. El desconocimiento de la estrategia de inmunización puede llevar a la pérdida del desarrollo físico, psicológico y social.

2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre inmunización que poseen las madres de niños menores de cinco años que asisten al Hospital de Huaycán, 2015?

3. Justificación

Esta investigación tiene como finalidad conocer el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de las madres sobre inmunizaciones.

Aporte teórico

La presente investigación brinda información concerniente al conocimiento, actitudes y prácticas sobre inmunizaciones, esta servirá también como fuente generadora de nuevas ideas de investigación disponible para la comunidad investigadora en el área de la salud, especialmente en enfermería, ya que la enfermera tiene el primer contacto con los niños y madres a través de la estrategia de inmunizaciones dentro de su atención integral.

Aporte metodológico

Desde el punto de vista metodológico, el estudio, tiene el fin de determinar cuáles son los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas sobre inmunizaciones que poseen las madres de niños menores de cinco años, se aplicó como instrumento un cuestionario que incluye la escala de Likert. La medición de la confiabilidad del

mencionado instrumento en la población del presente estudio, constituye un valioso aporte, ya que podrá ser tomado como referencia para otras investigaciones en poblaciones con características similares.

Aporte social

Desde el punto de vista, el aporte social donde los resultados de la presente investigación darán a conocer el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre inmunizaciones, serán entregadas al hospital para poder plantear estrategias más específicas para el mejoramiento de la cobertura y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles.

Aporte práctico

El aporte práctico que brindan las profesionales de enfermería es la de realizar las medidas de promoción y prevención de la salud y así mejorar la protección del niño contra las enfermedades inmunoprevenibles por medio de la capacitación continua que garantice el compromiso de las madres.

Por lo estudiado sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de la vacunación, tanto en el nivel internacional como nacional, se ha observado que el mantenimiento de la salud del niño menor de cinco años es responsabilidad de la madre y en menor medida del personal de enfermería, con la finalidad de proteger, disminuir los costos y aumentar los beneficios de las inmunizaciones.

4. Objetivos de la investigación

4.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre inmunización que poseen las madres de niños menores de cinco años que asisten al Hospital de Huaycán, 2015.

4.2 Objetivos específicos

a. Determinar el nivel de conocimientos sobre inmunizaciones que poseen las madres de niños menores de cinco años que asisten al Hospital de Huaycán, 2015.

b. Determinar el nivel de actitudes sobre Inmunizaciones que poseen las madres de niños menores de cinco años que asisten al Hospital de Huaycán, 2015.

c. Determinar el nivel de prácticas sobre Inmunizaciones que poseen las madres de niños menores de cinco años que asisten al Hospital de Huaycán, 2015.

Capítulo II

Marco teórico

1. Marco bíblico filosófico

La Biblia en el versículo Proverbios 14:1 menciona que “La mujer sabia edifica su casa; más la necia con sus manos la derriba”. Las mujeres tienen esa sabiduría para construir un buen hogar, esta es una capacidad que Dios ha dado a la mujer, para que pueda resistir los ataques en contra de su hogar y los que la conforman. Esto quiere decir que la madre también es la responsable de la protección de la familia en especial de sus hijos.

Es decir los padres deben comprender los principios que constituyen la base del cuidado y de la educación de los hijos, para ser capaces de criarlos con buena salud física, mental y moral estudiando las leyes de la naturaleza como el familiarizarse con el organismo del cuerpo humano las funciones de los diferentes órganos y su mutua relación y dependencia (El ministerio de curación, 1967).

Ellos deben asumir las responsabilidades con una preparación anticipada ya que el no hacerlo va en contra del deber como padres en la protección biopsicosocial del niño.

La importancia de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre inmunizaciones es un medio de prevención de la salud que es una condición esencial para sus niños para que puedan realizar actividades productivas y desarrollarse en un marco de estabilidad, paz y de progreso social en las etapas de su vida. Por tanto es

fundamental que se aplique la intervención preventiva primaria en lo que respecta al fomento de la salud y la protección específica del niño.

White, en su libro sobre la conducción del niño, menciona que en los padres recae la obligación de dar instrucción física, mental y espiritual. Debe ser el objeto de todo padre, asegurar para su hijo un carácter bien equilibrado, simétrico. Esa es una obra de gran magnitud e importancia, una obra que requiere ferviente meditación y oración, con esfuerzo paciente y perseverante (Conducción del niño, 1957).

Porque sobre ellos ha de recaer la responsabilidad de adquirir conocimientos, actitudes y prácticas necesarios para atender y defender las necesidades del niño por ser la primera guía en su desarrollo y protección.

2. Antecedentes de la investigación

Bernal, Níñez y Navarro, (2001) realizaron un estudio en España con el objetivo de determinar los niveles de actitudes, conocimientos, creencias y grado de satisfacción de los padres, en relación con las vacunaciones de sus hijos, este estudio descriptivo transversal, se realizó mediante dos encuestas postales, con una población representativa de padres de niños recién nacidos y de niños que habían cumplido 18 meses, el resultado fue que casi el 99% de ambos grupos consideran que las vacunas siguen siendo necesarias, prácticamente el 100% de los encuestados vacunaron a sus hijos dentro del sistema público; los conocimientos generales sobre las enfermedades vacunables y vacunas son, en general, suficientes, aunque un 57,6% en el primer grupo y un 41,8% del segundo los consideran insuficientes así también se reportó que el 87% de los padres reconocen que las reacciones a las vacunas son leves, y 40% manifiestan estar tranquilos y sin miedo al ir a vacunar a sus hijos por primera vez. Una gran mayoría vacunarían a sus hijos en verano; pero no, si están resfriados y/o con fiebre.

Los aspectos mejor valorados del programa de vacunaciones fueron la gestión y el trato dispensado en los centros de salud. Se llegó a la conclusión que aunque el nivel de conocimiento sobre las vacunas en nuestra población es elevado y las actitudes son positivas, debemos insistir más en la transmisión de información a los padres.

Por otro lado, Rodríguez Odalys, Castañeda, Casado y Rodríguez Ovidia, (2009) realizaron un estudio en Cuba con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos a madres de niños vacunados de 18 meses de edad, a través de una intervención educativa, se utilizó una metodología experimental de intervención en el Policlínico José Martí, en una población de 480 madres (nacidos desde 1ro de julio del 2006 al 31 de diciembre de 2007). A la muestra (n=135) seleccionados aleatoriamente se les aplicó un cuestionario. Los resultados indican que las madres poseen un 45,9% de conocimiento sobre las vacunas. Entre ellos podemos mencionar en la vacunación contra la Poliomielitis (54,1 %), la Hepatitis B (45,2 %) y la tuberculosis (43,0 %). Sobre las reacciones adversas al aplicar una vacuna, antes de la intervención presentaron mayor conocimiento en fiebre (74,8 %), dolor en el sitio de la inyección (71,1 %), irritabilidad (68,9 %), convulsiones (57,8 %) y vómitos (41,5 %). Llegando a la conclusión que al inicio de la investigación las madres tenían poco conocimiento sobre las vacunas que se le ponen a sus hijos, luego de la intervención se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se consideró efectiva la intervención.

Por su parte, Padilla, (2012) publicó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades inmuno-prevenibles por vacunación en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Abdón Calderón de la Ciudad de Nueva Loja, 2011- Ecuador. La técnica empleada fue una encuesta con 15 preguntas cerradas, aplicadas en las madres que acudieron al centro de salud en el periodo de octubre a noviembre del 2011. Los resultados indican que el

56,9% no conoce cuales son las enfermedades que previenen las vacunas, los motivos de no vacunación y las creencias. Dentro de los factores negativos más importantes tenemos que no hubo vacuna (36,1%), que el niño se encontraba enfermo (27,8%), que la madre olvido la cita (22,2%) o la madre no tuvo tiempo (8,3%). Se concluye que existe la necesidad de proponer un programa educativo de capacitación teórico-práctico para el equipo de salud, para que pueda transmitir las bases de la vacunación a las madres de los niños menores de dos años, teniendo en consideración metodologías de enseñanza.

Por otro lado, Boscan, Salinas y asociados, (2012) ejecutaron un estudio con el objetivo de determinar la actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de seis años en el Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizarraga”, Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. El método de estudio fue transversal, descriptivo, no experimental, se aplicó una encuesta. Los resultados demostraron que el 94,4 % de las madres conocían el calendario de vacunas; 43% negó haber visto o escuchado mensajes sobre vacunación en el último mes; 40,8% desconocen la presencia de nuevas vacunas; 47,9% tienen la creencia que las vacunas curan enfermedades en sus niños; 25,4% tienen creencias acerca de falsas contraindicaciones en la aplicación de vacunas; 56,3% han presentado retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna; 97,2% de las madres afirmaron que deberían haber más centros de vacunación. Se llegó a la conclusión que las madres refieren tener conocimiento acerca del calendario de inmunizaciones de sus hijos; así mismo, se observó falta de información a través de mensajes y/o programas educativos que reciben las madres y desconocimiento de estas sobre nuevas inmunizaciones. Las madres presentan retraso en el cumplimiento de las vacunas de sus niños por lo que es necesario reforzar los procesos de educación y promoción de las vacunas.

De la misma manera, Morquecho, Naula y Ortiz, (2014) realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunas en las madres de las comunidades de Sigsihuayco y Angel María Iglesias del cantón Cañar, Ecuador. Se utilizó encuesta para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en 397 madres (150 madres de la comunidad de Sigsihuayco y 247 madres de la comunidad Ángel María Iglesias. Los resultados demostraron una estrecha relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunas que tienen las madres de las dos comunidades, de acuerdo a la encuesta CAP, el 99,2% de las madres de la comunidad Ángel María Iglesias y el 93,3% de la comunidad de Sigsihuayco conocen que es una vacuna. El 75,7% de las madres de la comunidad de Ángel María Iglesias y un 85,3% de la comunidad de Sigsihuayco tomaron una actitud positiva frente a la vacuna. Con respecto a las prácticas, más del 80% de las madres de las dos comunidades toman acciones correctas antes y después de la vacuna. Llegando a la conclusión que existe una estrecha relación entre los conocimientos actitudes y prácticas sobre vacunas que tienen las madres de la comunidad de Sigsihuayco y Ángel María Iglesias.

A nivel nacional el estudio de Huachaca, (2012) realizó una investigación sobre conocimientos, prácticas y actitudes de las madres sobre la vacunación en sus hijos menores de cinco años, en el C.S. Jaime Zubieta, tuvo un estudio nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal su población estuvo conformada por 125 madres, la técnica fue la encuesta, y el instrumento el cuestionario y la escala Lickert modificada, los resultados obtenidos de las madres mostró que 56% (31) conocen y 44% (24) desconocen; 44% (24) tiene una actitud favorable y 56% (33) desfavorable; 74% (41) tienen prácticas adecuadas y 26% (14) inadecuadas, evidenciando que el mayor porcentaje de madres conocen sobre las generalidades de la

vacunación, la importancia y beneficios; y un porcentaje considerable desconoce las enfermedades que se previene, el calendario de vacunas de acuerdo a la edad, las contraindicaciones y los efectos secundarios, el mayor porcentaje presenta una actitud desfavorable hacia el esquema actual de vacunación en la que se administra varias vacunas simultáneamente; y, un porcentaje significativo tienen una actitud favorable hacia a la importancia y beneficios de las vacunas así mismo, la mayoría de las madres tienen práctica adecuadas frente al manejo de la fiebre e inflamación.

3. Marco conceptual

3.1 Inmunización

Es un proceso de producción de inmunidad mediante la administración de antígenos, (MINSA, 2013).

La inmunización consiste en la inducción y producción de una respuesta inmunitaria específica protectora (anticuerpos y /o inmunidad mediada por células) por parte de un individuo sano, susceptible; como consecuencia de la administración de un producto inmunobiológico (la vacuna).

El objetivo es producir una respuesta similar a la de la infección natural, pero sin peligro para el vacunado y se basa en la respuesta del sistema inmunitario a cualquier elemento extraño (antígeno) y en la memoria inmunológica, Las vacunas puede elaborarse con un microorganismo, una parte de él, o un producto derivado del mismo (antígeno inmunizante) (Uboldi, 2011).

3.1.1 Tipos de inmunización.

Inmunización activa, se refiere a la producción de anticuerpos en respuesta a la administración de una vacuna en cuyo caso es artificial. La natural se adquiere por el padecimiento de la enfermedad y es generalmente permanente, (Uboldi, 2011).

Inmunización pasiva, se refiere a la transferencia de inmunidad temporal mediante la administración de anticuerpos preformados en otros organismos, en cuyo caso es artificial. La natural es la transferencia de anticuerpos maternos al feto. Es decir, en la inmunidad pasiva no hay una respuesta inmunológica por parte del huésped (Uboldi, 2011).

3.2 Inmunidad

Es la capacidad que tiene el organismo para resistir y defenderse de la agresión de agentes extraños. Sin embargo, en ocasiones, el organismo también actúa contra sustancias propias (MINSA, 2013).

Inmunidad es la habilidad que tiene el cuerpo de tolerar material endógeno y eliminar al mismo tiempo material que le es foráneo. El sistema inmunológico está compuesto de órganos y células especializadas que protegen el cuerpo, primero identificando sustancias nocivas, conocidas como antígenos, y luego destruyéndolas usando anticuerpos y otras sustancias y células especializadas (Caspi y Lima, 2012).

3.3 Vacuna

Se define como producto biológico utilizado para conseguir una inmunización activa artificial. Las vacunas producen una memoria inmunológica similar a la enfermedad adquirida en forma natural, (Gómez y Obregón, 2008 - 2009).

Es la suspensión de microorganismos vivos (bacterias o virus), inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad (MINSA, 2011).

Se entiende también como vacuna a cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o

derivados de microorganismos siendo el método más habitual para administrar las vacunas la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral (OMS, 2015).

En otras palabras son productos biológicos que, aplicados a las personas, estimulan el sistema inmune generando una respuesta (producción de defensas -anticuerpos) y una memoria inmunitaria que actuarán protegiéndolo ante futuros contactos con los respectivos agentes infecciosos contra los que los vacunamos, evitando la enfermedad o en algunos casos sus complicaciones más graves (Ministerio de Salud de Argentina, 2011).

3.3.1 Tipos de vacuna

Vacunas atenuadas, son derivadas directamente del agente que causa la enfermedad que han perdido la virulencia y para producir una respuesta inmune deben replicarse en la persona vacunada, la respuesta inmunitaria es intensa y de larga duración, parecida a la originada por la infección natural, una dosis única produce buena inmunogenicidad, pero se aconseja refuerzos cuando se está en plan de erradicación de la enfermedad. Inducen aparición de inmunidad humoral y celular, la inmunidad que generan puede ser interferida por anticuerpos circulantes de cualquier origen, y en estos casos no hay respuesta (falla de la vacuna), están contraindicadas en huésped inmunocomprometidos y deben protegerse de la luz.

Vacunas inactivadas son microorganismos inactivados por procedimientos químicos o físicos, no se replican en la persona vacunada, son compuestas por todo el virus o bacteria o bien fracciones de estos: proteicas: toxoides, subunidades, subviriones polisacáridos puros polisacáridos conjugados: la inmunidad es fundamentalmente humoral y la respuesta a la vacuna no se afecta por la presencia de otros anticuerpos por ejemplo, gammaglobulinas (Ministerio de Salud de Argentina, 2011).

Tabla 1

Clasificación de las vacunas según tipo de antígeno y método de fabricación

Atenuadas Víricas	Inactivas Víricas
Fiebre amarilla. Poliomielitis (Sabin, oral). Sarampión, rubeola, parotiditis. Varicela, Rotavirus. Herpes zóster.	Rabia. Gripe. Poliomielitis (Salk, parenteral). Hepatitis A. Hepatitis B. Papilomavirus.
Bacterianas	Bacterianas
BCG Fiebre tifoidea (Ty21 a oral).	Tos ferina (entera, acelular). Tétanos, difteria (anatoxinas). Neumocócica. Hemophilus influenzae tipo b. Meningocócica. Fiebre tifoidea (parenteral). Cólera.

3.3.2 Técnica de administración de vacuna

Vía oral (VO). Se utiliza para OPV, cólera, fiebre tifoidea, rotavirus. Se administran directamente en la boca. Si se utiliza envase de multidosis, tener la precaución de administrar las gotas de Sabin a una distancia prudencial como para no tocar la boca del niño. En caso de la vacuna OPV, si el niño regurgita o vomita hasta 15 minutos siguientes a la vacunación, se debe repetir la dosis. Si la segunda dosis no fuese retenida, se aplazará la administración hasta una próxima visita, sin contabilizarla como vacuna administrada.

Vía intradérmica (ID). Esta vía se utiliza siempre y cuando la vacuna no contenga como adyuvante hidróxido o fosfato de aluminio porque pueden provocar reacción local, inflamación, formación de granuloma y necrosis. La única vacuna que se administra por: vía intradérmica es la BCG se inserta la aguja con bisel hacia arriba en ángulo de 15 °. Una vez vencida la resistencia de la epidermis y dermis, introducir hasta tapar el orificio del bisel, que debe verse a través de la piel, e inyectar el

inmunobiológico, que se verá como una lenteja o gota de agua (habón); esa es una aplicación correcta.

Vía subcutánea (SC). Esta vía se utiliza siempre y cuando la vacuna no contenga como adyuvante hidróxido o fosfato de aluminio, porque pueden provocar reacción local, inflamación, formación de granuloma y necrosis. La técnica de aplicación SC se efectúa con el bisel a 45° hacia arriba. No es necesario aspirar. Por esta vía se aplican las vacunas antivirales vivas atenuadas.

Vía intramuscular (IM). En mayores de 12 meses, en el deltoides los lactantes tienen mejor desarrollados el músculo antero lateral externo del muslo, por lo que el sitio de elección es la cara antero lateral del muslo. La región glútea no se utilizara para la administración de vacunas por el riesgo potencial de lesión del nervio ciático y es menos higiénica (por el uso de pañales), además, se ha comprobado una menor respuesta cuando se aplica la vacuna contra la hepatitis B o antirrábica en glúteo, la técnica de aplicación IM se realiza insertando la aguja en forma perpendicular, a 90° (Ministerio de Salud de Argentina, 2011); y en los adultos y niños mayores de 12 meses, y siempre teniendo en cuenta el peso y la talla del niño para asegurar una buena absorción se coloca en el musculo deltoides. Para localizar el lugar de la inyección, trazamos un triángulo de base en el borde inferior del acromion y el vértice, debajo de la inserción del musculo deltoides, el espacio delimitado por el triángulo es donde se puede inyectar, para conseguir la relajación del deltoides, el paciente debe estar -en decúbito supino o sentado con el brazo flexionado sobre el antebrazo (MINSA, 2013).

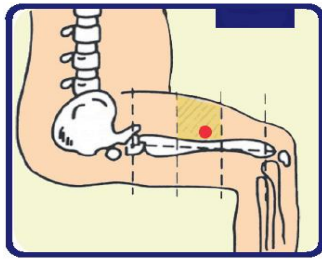


Figura N° 1 Zona de aplicación en niños menores de 12 meses.

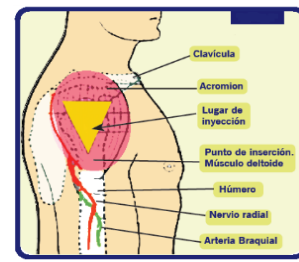


Figura N° 2 Zona de aplicación en niños mayores de 12 meses.

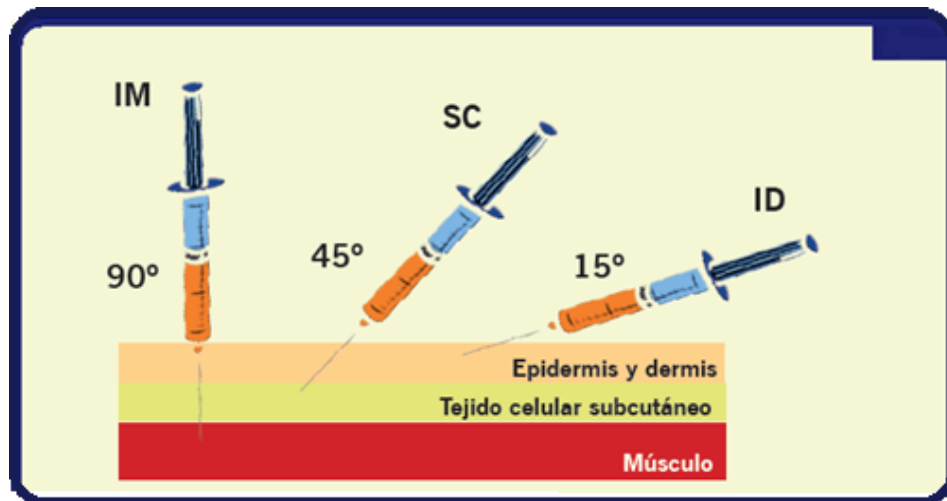


Figura N° 3 Ángulos de inserción de la aguja según la vía de administración intramuscular (IM); subcutánea (SC); intradérmica (ID)

3.4 Modelo de atención integral

Un modelo de atención integral de salud es un sistema organizado de prácticas basado en un enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora con especial énfasis en la dimensión preventivo promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad (MINSA, 2011).

El modelo de atención integral releva como foco de atención a la familia y reconoce que ésta influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros, de igual modo, la salud de cada miembro influye en el sistema en su conjunto. Esta relación se expresa en la existencia de características propias de cada familia, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, los que deben ser identificados e intervenidos

desde el primer nivel operativo, en los establecimientos de salud; y el nivel político, desde el gobierno nacional, regional y local (MINSA, 2011).

Su finalidad consiste en mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud. Y tiene como objetivos:

- Actualizar el marco conceptual, metodológico e instrumental de la atención integral de salud en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, incorporando los lineamientos de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada.
- Fortalecer el diseño e implementación del modelo de atención integral de salud, que incorpora el abordaje de los determinantes de la salud, desde una dimensión política que articule los niveles de gobierno y los demás sectores a través de una efectiva participación ciudadana individual y colectiva.
- Establecer los lineamientos para implementar el modelo de atención integral de salud, basado en familia y comunidad en el sistema de salud, (MINSA, 2011).

3.4.1 Estrategias sanitarias

Está conformada por diez estrategias sanitarias establecidas por el MINSA en cumplimiento de lo dispuesto en su reglamento.

El objetivo de la ESN es promover, coordinar y monitorear acciones concretas dirigidas que permitan disminuir la brecha sanitaria existente acercando el valor de sus indicadores a los existentes en el nivel nacional y/o regional; en particular aquellos referidos a mortalidad infantil, mortalidad general, desnutrición y morbilidad por enfermedades emergentes y reemergentes, MINSA (2014). Una de las estrategias sanitarias es la inmunización.

a) Estrategia sanitaria nacional de inmunizaciones

El programa nacional de inmunizaciones existió en el Perú desde 1972 hasta el año 2001, año en que la actividad se incorporó dentro del programa de atención integral de salud del niño. Hasta el 27 de julio del 2004 que fue creada la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), con la finalidad de señalar la prioridad política, técnica y administrativa que el pueblo y gobierno peruano reconocen en las inmunizaciones (MINSa, 2014).

Teniendo como objetivo general normar las acciones de Inmunización para la protección oportuna de la población en riesgo de contraer enfermedades prevenibles por vacunas y disminuir la morbimortalidad producida por éstas, desarrollando acciones con eficiencia y eficacia, considerando a los niños menores de cinco años como los más expuestos, dentro de este grupo se prioriza a la población de niños menores de un año, y además de la población de mujeres en edad fértil.

Los objetivos específicos de la estrategia de inmunizaciones son las siguientes:

- Definir a nivel nacional, las pautas técnicas sobre las cuales se regirán las acciones de vacunación a la población susceptible que son los niños menores de un año y niños de uno a cuatro años, mujeres de edad fértil (MEF de 15 a 49 años), así mismo proporcionar las pautas administrativas para el trabajador de salud, las instituciones y la comunidad, en las áreas de programación, ejecución, evaluación, supervisión y coordinación de la estrategia sanitaria de inmunizaciones.
- Así como también favorecer las acciones de promoción de las inmunizaciones, la capacitación tanto del personal de salud como de la comunidad, para el buen desarrollo de la estrategia; como también el fomentar las investigaciones sobre inmunizaciones, a fin de ampliar el

respaldo científico a las acciones desarrolladas y sistematizar las experiencias de campo; cumplir con las pautas para la recertificación de la eliminación de la poliomielitis, y también proporcionar lineamientos para la eliminación del tétanos neonatal, fortalecer las acciones a nivel nacional para la erradicación del sarampión; iniciar coordinación entre unidades notificadas del sector privado y el servicio de salud correspondiente y brindar a las dependencias y entidades del ministerio de salud una herramienta que facilite el desarrollo e implementación de un marco normativo simple para la adecuada aplicación y funcionamiento de los inmunobiológicos, (MINSA, 2006).

3.5 Esquema de vacunación

El esquema de vacunación, es la representación secuencial del ordenamiento y la forma de cómo se aplican las vacunas oficialmente aprobadas por el ministerio de salud para el país. Tiene como finalidad de contribuir a mejorar la calidad de la salud de la población mediante el control de enfermedades inmuno-prevenibles, (MINSA, 2011).

Es una secuencia cronológica de vacunas que se administran de forma sistemática, marcando las pautas de administración: número de dosis, población diana a vacunar, edad e intervalos de administración de repetición y cuyo fin es proteger a la población de algunas enfermedades infecciosas para las que se dispone de una vacuna eficaz y en relación a un territorio o área en concreto (Uboldi, 2011).

El calendario de vacunación es una secuencia cronológica de vacunas que se administran sistemáticamente en un país o área geográfica determinada y cuyo objetivo es el de obtener una inmunización adecuada en la población frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficaz. Un calendario de vacunaciones debe ser:

- Eficaz, es decir, que proteja frente a las enfermedades infecciosas que abarca.

- Seguro, con escasos efectos adversos y de intensidad leve.
- Sencillo, simplificando al máximo las dosis y las visitas médicas que precisa y que permita dictar recomendaciones claras y concisas.
- Aceptado por los sanitarios y por un amplio segmento de la población.
- Unificado para el área geográfica donde se aplica.
- Actualizado permanentemente basándose en el desarrollo de nuevas vacunas, de nuevas patologías, de cambios en el patrón de incidencia, de desaparición de enfermedades ya existentes, etc.
- Adaptable al tipo de población al que va dirigido, (Navarro, Bernal y Pérez, 2015).

3.6 Esquema nacional de vacunación

Actividad regular: (vacunación del niño menor de 5 años)

El esquema nacional de vacunación, es la representación cronológica y secuencial para la administración de las vacunas aprobadas oficialmente para el país, como parte de la política nacional de inmunizaciones (MINSa, 2013).

Tabla 2

Esquema de vacunación en niños menores de 5 años

Grupo	Edad	Vacuna	
Objetivo	Recién nacido	BCG (*)	
	Recién nacido	HVB monodosis (*)	
	2 meses		1ra dosis pentavalente
			1ra dosis de antipolio inactivada inyectable (IPV)
			1era dosis vacuna contra rotavirus **
	4 meses		1era dosis antineumocóccica
		2da dosis pentavalente	
		2da dosis de antipolio inactivada inyectable (IPV)	
6 meses		2dra dosis vacuna contra rotavirus **	
		2da dosis antineumocóccica	
		3ra dosis Pentavalente	
Niños desde los 7 a 23 meses	A partir de los 7 meses	Dosis única de APO	
	Al mes de la primera dosis de Influenza	1ra dosis Influenza	
		2da dosis Influenza	
Niños de un año	12 meses	1ra dosis SPR	
Niños de una año	De 1 año 11 meses 29 días que no fue vacunado previamente	3era dosis Antineumocóccica	
		Dos dosis Antineumocóccica	
Niños de 15 meses	15 meses de edad	Una dosis de Vac. Antiamarilica	
Niños de 18 meses	18 meses de edad	Primer refuerzo de vacuna DPT	
Niños de 2, 3 y 4 años de comorbilidad	2,3,4 años 11 meses y 29 días	1er refuerzo Antipolio APO	
		Segunda dosis de SPR	
		Una dosis Influenza (***)	
Niños de 4 años	4 años hasta 4 años 11 meses 29 días	Una dosis Antineumocóccica (***)	
		2do refuerzo DPT	
		2do refuerzo Antipolio oral.	

(*) La vacuna contra Tuberculosis (BCG) y la Hepatitis B en el recién nacido debe darse dentro de las 24 horas. (**) APO: Vacuna Antipolio Oral.

(***) En aquellas que no hayan completado oportunamente la vacuna Pentavalente, se administra el primer refuerzo de la vacuna DPT a los 6 meses de haber recibido la dosis de Pentavalente. (****) Solo para el 5% de niños de esta edad que tienen factores de co- morbilidad.

3.7 Descripción de las vacunas

El esquema nacional de vacunación en el Perú consta de 15 vacunas gracias al esfuerzo del Ministerio de Salud que las adquiere, distribuye a nivel nacional y se aplican en todos los establecimientos de salud sin costo alguno para la familia, garantizando el acceso y el derecho a contar con una salud de calidad, protegiendo a cada niña y niño contra más de 23 enfermedades graves. El objetivo es que los padres y

responsables del cuidado de los niños, deben vacunar a sus hijos desde que nacen hasta que cumplan los cinco años de acuerdo al Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud del Perú, (MINSA, 2013).

BCG

✓ Agente Inmune

- Bacillus Calmette-Guérin (BCG), que es *Mycobacterium Boris* vivo atenuado.

✓ Reacciones Adversas

- Locales: Ulceración prolongada; formación de abscesos; adenopatías locales de gran tamaño o supuradas, con o sin fistulización (puede considerarse normal la presencia de una pequeña adenopatía axilar), formación lupoides (excepcional).
- Generales: Infección diseminada por BCG (aparece entre 1-12 meses postvacunación): 2 por 1.000.000 de dosis aplicadas; osteítis por BCG (aparece entre 1-12 meses postvacunación): 1-700 por millón de dosis aplicadas. Estas complicaciones se han visto sobre todo en pacientes con compromiso inmunológico. (Vacunación segura Argentina 2012).

✓ Contraindicaciones

- Inmunodeficiencia y niños en contacto con padres con HIV, hasta que no se conozca si está con TBC.

✓ Eficacia

- La vacuna BCG previene de la diseminación hematogena a partir del foco primario mostrando una protección del 80% para las formas de tuberculosis infantil más severas (meníngea y miliar) cuando la vacunación se realiza en el recién nacido.

HvB

✓ Agente Inmune

- Virus DNA del grupo Hepadnaviridae tipo 1.

✓ Reacciones Adversas

- Locales: Dolor, eritema, induración.
- Generales: son leves y transitorios. Cefalea, fatiga e irritabilidad, fiebre, shock anafiláctico (poco frecuente), (MSA, 2011).

✓ Contraindicaciones

- Pacientes con hipersensibilidad reconocida a cualquier componente de la vacuna, pacientes que hayan mostrado signos de hipersensibilidad tras la administración previa, (MSP, 2012).

✓ Eficacia

- La vacuna celular inactivada da protección entre 51 y 66 % y dura tres años. La vacuna viva atenuada (Ty21) ha mostrado eficacia en un 67% y dura de cinco a seis años. La vacuna acelular ha demostrado una protección entre 60 y 72%, al menos por un año, (MSP, 2012).

Antipolio (OPV)

✓ Agente Inmune

- Es una suspensión acuosa de cepas de virus poliomiélticos vivos y atenuados de los tipo 1, 2 y 3 obtenidas en cultivo de tejidos de riñón de mono o de células lipoides humanas (Manual del vacunador Argentina, 2013).

✓ Reacciones Adversas

- Fiebre, diarrea, cefalea y mialgias. Parálisis asociada a vacuna (PAV) en vacunados y en personas que han estado en contacto con ellos, especialmente en

contactos adultos susceptibles e inmunodeprimidos. 1 caso por 1.400.000 a 3.400.000 para la primera dosis y menos para las subsiguientes (Manual del vacunador Argentina, 2013).

✓ **Contraindicaciones**

- Vómitos, diarrea moderada a severa, enfermedades febriles con compromiso del estado general. Inmunocomprometidos: por deficiencia primaria o secundaria (inmunodeficiencia, hipogammaglobulinemias, agammaglobulinemias), terapia con corticoides u otros inmunosupresores y/o radioterapia, afecciones proliferativas del tejido linforreticular, trasplantados, VIH. Convalecencia inmediata de intervenciones quirúrgicas (orofaríngeas y digestivas), reacción anafiláctica a algunos de los componentes de la vacuna (neomicina, polimixina B y estreptomina), embarazo (Manual del vacunador Argentina, 2013).

Polio IPV

- Reacción anafiláctica a neomicina, estreptomina o polimixina B.
- ✓ **Eficacia**
- Polio virus (género enterovirus) tipos 1,2 y 3. Todos los tipos causan parálisis, pero el tipo 1 se aísla con mayor frecuencia en los casos paralíticos y se asocia a la mayoría de las epidemias, (MSPE, 2005).

Pentavalente

✓ **Agente Inmune**

- Vacuna combinada que contiene cinco antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivadas de Bordetella pertussis, polisacárido conjugado de

Haemophilus Influenzae tipo b y antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B, (MINSA, 2013).

✓ Reacciones Adversas

R.generales: Fiebre $T^{\circ} > 38^{\circ} C$, febrícula, llanto, irritabilidad.

R. locales: Induración > 1 cm, Eritema, dolor (Verne Martin, 2007).

✓ Contraindicaciones

- Las mismas de la vacuna DPT.

✓ Eficacia:

- La eficacia de la vacuna es del 95% de acuerdo con las referencias de la OMS.

Neumococo

✓ Agente Inmune

- Streptococcus pneumoniae (S. pneumoniae) comúnmente llamado neumococo. Aproximadamente entre 85 y 90% de las infecciones en menores de edad son causadas por siete serotipos de los 90 conocidos (Manual del vacunador de México, 2008).

✓ Reacciones Adversas

Locales: eritema, induración, dolor (30 %), son leves y se resuelven en menos de 48 hs.

Generales: son más frecuentes cuando se aplican en forma concomitante con la

DPT y Hib: fiebre, irritabilidad, somnolencia, anorexia, vómitos, diarrea y

raramente: convulsiones febriles, episodio de hipotonía-hiporrespuesta, catarro, urticaria (Ministerio de Salud de Argentina, 2011).

✓ Contraindicaciones

- Sujetos vacunados anteriormente en un período menor de cinco años, sujetos que han presentado reacciones adversas en aplicaciones anteriores, estados de inmuno supresión importantes, hipersensibilidad al fenol o timerosal según tipo de preservante, hipersensibilidad a cualquier otro componente de la vacuna, incluyendo el toxoide diftérico, la decisión de administrar o retrasar la vacunación por fiebre actual o reciente depende de la severidad de los síntomas y su etiología, en enfermedad severa o moderada es razón suficiente para posponer las vacunaciones, enfermedades leves (infección respiratoria leve con o sin fiebre no son contraindicaciones), contraindicada en pacientes con diátesis hemorrágica (MSP, 2012).
- ✓ Eficacia
- Esto significa que su aplicación desencadena por parte del organismo la formación de sus propios anticuerpos que protegen contra la enfermedad invasiva que ocasiona el neumococo.

Rotavirus

- ✓ Agente Inmune
- Hay dos presentaciones en monodosis: - Vacuna de virus vivos atenuados humanos (monovalente, RV1). Vacuna de cinco serotipos (pentavalente, RV5) a virus vivos atenuados (Manual del vacunador argentina, 2013).
- ✓ Reacciones Adversas
- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes, hipersensibilidad después de una administración previa de vacunas frente a rotavirus, historial previo de invaginación intestinal, no debe administrarse a pacientes con malformaciones congénitas no corregidas del tracto

gastrointestinal (como divertículo de Meckel) que pudieran predisponer a invaginación intestinal, individuos con malformación congénita del tracto gastrointestinal que pudiera predisponer a la invaginación intestinal, niños con inmunodeficiencia conocida o sospechada. No se espera que una infección asintomática por VIH afecte la seguridad o eficacia de la vacuna. Sin embargo, en ausencia de datos suficientes no se recomienda la administración de la vacuna a niños con VIH (+) asintomáticos, la administración de la vacuna debe posponerse en niños que padecen una enfermedad aguda grave que cursa con fiebre. Una infección leve no es una contraindicación para la inmunización, La administración de la vacuna debe posponerse en niños con diarrea aguda o vómitos (Ministerio de Salud Costa Rica, 2013).

✓ Contraindicaciones

- Reacción alérgica severa a alguno de los componentes de las vacunas. Enfermedad que compromete el estado general. Diarrea moderada a severa y/o vómitos; historia previa de invaginación intestinal; huéspedes inmunocomprometidos (Manual del vacunador de Argentina, 2013).

✓ Eficacia

- La vacuna protege diarreas provocadas únicamente por rotavirus, contra 98% de las diarreas severas causadas por rotavirus, la vacuna protege en 74% de las diarreas de cualquier gravedad, causadas por rotavirus, reduce en un 96% las hospitalizaciones debido a rotavirus, reduce el 94% de las consultas de urgencias debidas a rotavirus (Programa Ampliado de Inmunizaciones Paraguay, 2009).

Influenza

- ✓ Agente Inmune
 - Bacteria *Haemophilus influenzae* tipo b.
- ✓ Reacciones Adversas
 - Locales: en general se producen en el sitio de la inyección. Dolor, eritema e induración. Generales: fiebre 38 °C, irritabilidad, somnolencia (infrecuentes). En más del 90% de los niños, los síntomas desaparecen en 48 horas (Manual del vacunador argentina, 2013).
- ✓ Contraindicaciones
 - Absolutas: reacción alérgica severa posterior a una dosis previa o a componentes de la vacuna. Relativas: enfermedad aguda moderada o severa con o sin fiebre (Manual del vacunador, 2013).
- ✓ Eficacia
 - En los distintos estudios realizados se ha observado que la vacunación de niños a partir de los dos meses de edad genera anticuerpos protectores frente al Hib a corto y a largo plazo en más del 95% y del 90% de los vacunados, respectivamente (Asociación Española de Pediatría, 2014).

SPR

- ✓ Agente Inmune
 - Suspensión liofilizada de una combinación de cepas de virus atenuados de sarampión (cultivadas en células de embrión de pollo o en células diploides humanas), parotiditis (cultivadas en células de embrión de pollo) y rubéola (cultivadas en células diploides humanas). Las cepas incluidas pueden variar según la presentación comercial: Cepas de Virus Sarampión: Edmonston-

Zagreb, Schwarz, etc. Cepas de Virus Parotiditis: Jeryl Lynn, Urabe, Leningrad-3, Leningrad-Zagreb; Ceba de virus rubéola: RA27/3 (Manual del vacunador, 2013).

✓ Reacciones Adversas

- Dentro de las 24 horas de la vacunación se puede presentar dolor leve y sensibilidad en el sitio de la inyección, que en la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente dentro de dos o tres días sin atención médica, fiebre leve en 5 a 15% de los vacunados, erupción 7 a 12 días después de la vacunación, el componente de Rubéola puede provocar síntomas en las articulaciones manifestadas en artralgias (25%) y artritis (10%), fiebre baja, rash, linfadenopatía, mialgia y la parestesia. Muy raras veces reacciones anafilácticas (Ministerio de Salud Panama, 2012).

- Varían según el componente:

Antisarampionosa (5-15%) Fiebre, Exantema, tos, coriza, conjuntivitis. Manchas de Koplik (aparece entre el día 5 y 12). Púrpura Trombocitopénica (aparece entre el día 15 y 35).

Antirrubéolico: Fiebre, exantema, linfadenopatías. Niños (0.5%/adultos 25%)

Artralgias y artritis, (aparece entre el día 7 y 21).

Antiparotídico: (raras) Fiebre, hipertrofia parotídea, (entre el día 7 y 21).

Meningoencefalitis (Manual del vacunador argentina, 2013).

✓ Contraindicaciones

- Hipersensibilidad conocida a cualquiera de los componentes de la vacuna
Embarazo
Inmunodeficiencia severa conocida.
Pacientes oncológicos que estén recibiendo quimioterapia. Se recomienda esperar tres meses una vez finalizada ésta para poder aplicarla, (Manual del vacunador argentina 2013).

- Eficacia

La eficacia para sarampión y parotiditis es del 95% y para rubéola es del 98% a partir de los 12 meses de edad. La protección conferida por la vacuna es duradera (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2005).

Antiamentarílica

- ✓ Agente Inmune

- La fiebre amarilla es una enfermedad infecciosa aguda de corta duración y gravedad variable, producida por un flavivirus, o arbovirus del grupo B, el modo de transmisión es por picadura de mosquitos *Aedes Aegypti* infectantes (Ministerio de Salud Panamá, 2012).

- ✓ Reacciones Adversas

- La vacuna de la Fiebre Amarilla es bien tolerada, reacciones locales: eritema y dolor, reacciones sistémicas: febrícula, mialgias y cefaleas, excepcionalmente puede producir encefalitis, sobretodo en menores de 6 meses de edad, reacciones de hipersensibilidad inmediata: erupciones tipo urticaria, en alérgicos al huevo, puede presentarse urticaria, exantema y crisis de bronquitis alérgicas, (Ministerio de Salud Panamá, 2012).

- ✓ Contraindicaciones

- En menores de 6 meses por el riesgo de la encefalitis asociada a la vacuna, en embarazadas por tratarse de virus vivo; en caso de antecedentes de reacciones anafilácticas a una dosis previa, historia de anafilaxia al huevo, pacientes inmunodeprimidos (SIDA, leucemia, linfoma, cáncer avanzado, uso de antimetabólicos o radiaciones), (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2005).

- Eficacia

La eficacia de la vacuna es del 100%, la inmunogenicidad es excelente, como ocurre casi en todos los preparados vacunales de virus vivos atenuados, dando títulos de anticuerpos protectores con una sola dosis (a partir de los 10 días post-vacunación), que mantiene hasta 10 años la inmunidad (Ministerio de Salud Publica del Ecuador , 2005).

DPT

- ✓ Agente Inmune

- Difteria *Corynebacterium diphtheriae*, Tétanos *Clostridium tetanii*, Tos ferina *Bordetella pertussis*.

- ✓ Reacciones Adversas

- Son comunes el dolor, sensibilidad, eritema y la induración, fiebre, malestar y pérdida de apetito.
- Reacciones Graves: Convulsión generalmente asociada a la fiebre, Shock (colapso), Palidez, alteración de la conciencia y flacidez, Reacción anafiláctica grave a la vacuna, (Ministerio de Salud Panama, 2012).

- ✓ Contraindicaciones

- Enfermedades febriles agudas severas con fiebre mayor de 39°C, niños con antecedentes de reacciones postvacunales graves (convulsiones, colapso, choque, llanto inconsolable durante tres o más horas), (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2005).

- ✓ Eficacia

- De 90 al 96% contra la difteria, De 70 a 80% contra la tos ferina y de 98 al 100% contra el tétanos.

Tabla 3

Características de las vacunas

Vacuna abreviatura/ Presentación	Enfermedad a que previene	Temperatura de conservación en el nivel local	Dosis, vía de aplicación administración y zona de aplicación.	Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna
Apo oral (liquida)	Poliomielitis	Vía oral + 2°C A + 8°C	2 gotas vía oral.	4 semanas frasco multidosis.
Vacuna contra rotavirus oral (liofilizada)	Serotipos predominantes de gastroenteritis por rotavirus en el menor de 1 año.		1.5 cc vía oral.	Uso inmediato monodosis.
Vía intradérmica (VID)		Vía parenteral		
Bcg inyectable (liofilizada)	Tuberculosis en sus formas más graves (Meningoencefalitis tuberculosa, Mal de Pott, y otros.)	+ 2°C a + 8°C	0.1 cc VID en el hombro derecho.	6 horas frasco multidosis.
Antiamarilica (AMA) inyectable (liofilizada)	Fiebre amarilla	Vía subcutánea (VSC)	0.5 cc VSC en el músculo deltoides (brazo).	6 horas frasco multidosis.
SPR (triple viral) inyectable (liofilizada)	Sarampión, Parotiditis, rubéola.	+ 2°C a + 8°C	0.5 cc VSC en el músculo deltoides (brazo).	6 horas frasco multidosis.
SR (doble viral) inyectable (liofilizada)	Sarampión rubéola.		0.5 cc VSC en el músculo deltoides (brazo).	6 horas frasco multidosis.

Vacuna abreviatura/ Presentación	Enfermedad que previene	a	Temperatura de conservación en el nivel local	Dosis, vía de aplicación administración y zona de aplicación.	Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna
Vía intramuscular (VIM)					
DT pediátrica inyectable (líquida).	Difteria y Tétanos.		+ 2°C a + 8°C	En el menor de 1 año 0.5 cc VIM en el tercio medio del musculo vasto externo del muslo (pierna). En el niño de 2 a 4 años 11 meses 29 días se administra 0.5 cc VIM en el tercio medio del musculo deltoides (brazo). En el menor de 1 año 0.5 cc VIM en el tercio medio del musculo vasto externo del muslo (pierna). En el niño de 2 a 4 años 11 meses 29 días se administra 0.5 cc VIM en el tercio medio del musculo deltoides (brazo).	4 semanas frasco multidosis.
Vacuna antineumocócica inyectable (líquida).	Serotipos causantes de las neumonías en el menor de 1 año.				Uso inmediato monodosis.

Vacuna abreviatura/ Presentación	Enfermedad a previene	que	Temperatura de conservación en el nivel local	Dosis, vía de aplicación ad7ministración y zona de aplicación.	Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna
Vía intramuscular (VIM)					
HvB inyectable (liquida).	Hepatitis B			Recién nacido y menor de 1 año; se administra 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo vasto externo del muslo (pierna).	Uso inmediato frasco monodosis.
HvB inyectable (liquida).	Hepatitis B			De 5 a 15 años se administra 0.5 cc y mayores de 15 años 1 cc por VIM en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).	4 semanas frasco multidosis.
IPV inyectable (liquida).	Poliomielitis.			Menor de 1 año 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo vasto externo del muslo (pierna).	Uso inmediato frasco monodosis.
DPT inyectable (liquida).	Difteria, Tos convulsiva y Tetanos.		+ 2°C a + 8°C	De 2 a 4 años, 11 meses y 29 días se administra 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).	4 semanas frasco multidosis.
Pentavalente inyectable (liquida).	Difteria, Tos convulsiva, Tétanos Hepatitis B e infecciones producidas por Haemophilusinfluenzae tipo B.			De 2 a 4 años, 11 meses y 29 días se administra 0.5 cc VIM en el tercio medio del músculo deltoides (brazo).	Uso inmediato frasco monodosis.
Hib inyectable (liquida).	Haemophilus influenzae tipo B.				Uso inmediato frasco monodosis.

Vacuna abreviatura/ Presentación	Enfermedad a que previene	Temperatura de conservación en el nivel local	Dosis, vía de aplicación y administración en zona de aplicación.	Tiempo de conservación del frasco abierto de la vacuna
Vía intramuscular (VIM)				
Vacuna contra influenza pediátrica inyectable (liquida).	Virus de la influenza (Gripe).	+ 2°C a + 8°C	Desde los 7 a 11 meses y 29 días se administra 0.25 cc VIM en el tercio medio del musculo vasto externo de la pierna. Desde 1 a 2 años 11 meses 29 días se administra 0.25 cc VIM en el tercio medio del musculo deltoides (brazo). En niños mayores de 3 años se administra 0.5 cc VIM en el tercio medio del musculo deltoides (brazo).	Uso inmediato monodosis.
Vacuna contra adulto inyectable (liquida).	Virus de la influenza (Gripe).		0.5 cc VIM en el tercio medio del musculo deltoides (brazo).	Uso inmediato monodosis.
Vacuna contra virus de papiloma inyectable (liquida).	Virus Papiloma Humano (VPH) (Cancer de Cuello Uterino).		0.5 cc VIM en el tercio medio del musculo deltoides (brazo).	Uso inmediato monodosis.
DT adulto inyectable (liquida).	Difteria y Tétanos.		0.5 cc VIM en el tercio medio del musculo deltoides (brazo).	4 semanas frasco multidosis.

3.8 Conocimientos

Es el conjunto de nociones e ideas que se tiene sobre diversas ciencias y otros saberes, (RAE, 2014).

Belda, (2010) refiere que la adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.

Es todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona. Es el cúmulo de experiencia socio histórico acumulado por la humanidad. Es el reflejo activo y ordenado de la realidad objetiva y sus leyes en el cerebro humano. Es el proceso de asimilación de la realidad, indispensable para el desarrollo intelectual o práctico, como producto de la interrelación del individuo (sujeto) con el medio (objeto) dentro de un contexto socio histórico determinado (Rolón, 2010).

3.8.1 Características

El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal. Están “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.

Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento

implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.

Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible) (Andreu y Sieber, 2000).

3.8.2 Modelos teóricos del conocimiento

La Teoría del Conocimiento será una reflexión crítica sobre el conocimiento, pero “conocimiento” se puede entender de tres formas diferentes:

- La facultad de conocer, que la estudiará la Antropología.
- La actividad de conocer, que la estudiará la Psicología.
- El resultado de conocer, el saber que es patrimonio de las diversas ciencias (y otros saberes) (Chisholm, 2004).

3.8.3 Formas de conocimiento

- ✓ Conocimiento intuitivo: Se entiende por éste un conocimiento inmediato. Esta inmediatez se ha puesto por los empiristas en la sensación y por los racionalistas en la intelección. Algunos filósofos como Henri Bergson consideran la intuición como la modalidad propia del conocimiento metafísico; por eso el uso de metáforas prepara al lector para intuir aquellas realidades que pretenda mostrar Bergson.
- ✓ Conocimiento mediato: Se realiza por medio de una serie de inferencias y razonamientos. Lo interesante de esta forma de conocimiento sería saber si todo conocimiento mediato tiene que basarse, en último término, en un conocimiento inmediato.

- ✓ Conocimiento a priori: La expresión "a priori" significa "antes de", pero si entendemos éste "antes de " en sentido temporal cabría decir que este conocimiento equivaldría al conocimiento inmediato. Kant, sin embargo, habla de este conocimiento como independiente de la experiencia. Como veremos, estos conocimientos "a priori" no son propiamente contenidos de conocimiento, sino formalidades provenientes del sujeto, presentes en el acto intelectual y que actúan sobre una materia empírica dada en la sensación.
- ✓ Conocimiento a posteriori: La expresión "aposteriori" que significa etimológicamente "después de". En Kant significa los conocimientos que dependen de la experiencia.

3.9 Actitudes

“Predisposición a actuar, aprendida, y dirigida hacia un objeto, persona o situación” (Morales, Reboloso y Moya, 2011).

Es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones (Ubillos, Mayordomo y Páez, 2001).

Las actitudes son definidas como “el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento”, orientados hacia las personas, agrupaciones, ideas, temas o elementos determinados. “La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotéticas, etc.). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente entre el referente o el objeto cognoscitivo” (Ubillos, Mayordomo y Páez, 2001).

3.9.1 Características

- Es un constructo o variable no observable directamente.
- Implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos.
- Tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción -aunque no se debe confundir con ella- y también influencia la percepción y el pensamiento.
- Es aprendida.
- Es perdurable.
- Tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado (Ubillos, Mayordomo y Páez, 2001).

3.9.2 Modelos teóricos de las actitudes

- ✓ Teoría del aprendizaje: Esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.
- ✓ Teoría de la consistencia cognitiva: Esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.
- ✓ Teoría de la disonancia cognitiva: Esta teoría se creó en 1962 por León Festinger. Consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque

tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes (Young, 2008).

3.9.3 Componentes de las actitudes

- ✓ **Componente cognoscitivo:** Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva de objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.
- ✓ **Componente afectivo:** Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo.
- ✓ **Componente conductual:** Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud (Young, 2008).

3.10 Práctica

La práctica es la acción con la que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos; también es el ejercicio que se realiza de acuerdo a ciertas reglas y que

puede estar sujeto a la dirección de un maestro o profesor, para que los practicantes mejoren su desempeño (Papalia, 1997).

La práctica se convierte en una acción regular que se lleva a cabo por diferentes objetivos. Uno puede ser mejorar y obtener un rendimiento cada vez superior. La Real Academia Española menciona que la aplicación, ejecución de las reglas, de los principios de una ciencia, de una técnica, de un arte, etc.

- Es el cumplimiento de un deber moral, social.
- Experiencia creada por la repetición de actos.
- Realización de un ejercicio.
- Una costumbre, uso.

4. Modelo teórico

4.1 Teoría de la adopción maternal: Modelo de Ramona T. Mercer

Su teoría adopción del rol materno, menciona que es el proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, y aprende las tareas del cuidado del rol que se expresa en el placer y la gratificación de su papel de madre (Mercer, 1986).

“El movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol materno: la identidad materna.” (Mercer, 1981).

Mercer, abarca varios factores maternos como las edad, estado de salud, relación padre - madre y características del lactante, además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad (Alarcón, Eduardo y Álvarez, 2013).

Otra definición, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo y la forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo (Grados, sf).

Metaparadigmas

- Persona

No dio una definición específica de la persona, pero se refirió al yo y al núcleo propio. Considera que la identidad o el yo es independiente de los roles que se ejecutan. Por medio de la individualización de la maternidad, una mujer puede aumentar su conciencia como persona; de este modo, extrapola su identidad a partir de la dualidad madre – niño (Mercer, 1995).

- Salud

Define el estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol de enfermo (Mercer, 1995).

- Entorno

El desarrollo de un rol/persona no puede considerarse independiente del entorno. Existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos. Las relaciones entre los

ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes.

El estrés ambiental influye tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño (Mercer, 1995).

- Enfermería

Las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantiene una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de la maternidad. Son las responsables de promover salud de familias y niños, y las pioneras desarrollando y compartiendo las estrategias de valoración para esas pacientes. Su definición de enfermería, proporcionada en una comunicación personal (Mercer, 1995).

5. Definición de términos

- ✓ **Conocimiento:** Se refiere a las ideas, información o mensajes que maneja o posee un individuo, a partir de diversos factores: la socialización (referentes colectivos), la experiencia y el acceso informativo entre otros (Morquecho y Yascaribay, 2014).
- ✓ **Actitudes:** Es la reacción evaluativa, favorable o desfavorable, hacia algo o alguien, que se manifiesta en las propias creencias, sentimientos o en la intención respecto a algo (Morales, Reboloso y Moya, 2011).
- ✓ **Prácticas:** Son aquellas acciones y eventos que realizamos a lo largo de nuestra vida; siendo el resultado del contexto familiar de los hábitos y costumbres (Morquecho y Yascaribay, 2014).
- ✓ **Calendario vacunal:** Es la secuencia cronológica de las vacunas que deben ser administradas sistemáticamente (Izquierdo , 2014).

- ✓ Sistema inmunitario: Es la defensa natural del cuerpo humano y su función principal es protegernos ante los ataques de organismos patógenos (Izquierdo, 2014).
- ✓ Inmunización: Es un proceso de producción de inmunidad mediante la producción de antígenos,
- ✓ Vacuna: Son toxinas de origen bacteriano modificadas, que han perdido su capacidad patogénica (para producir enfermedad), pero conservan su poder antigénico (para inducir la respuesta inmune o protectora) y que, para efectos prácticos, son considerados vacunas (Ministerio de Salud y Bienestar Social, 2011).
- ✓ Antígeno: es la sustancia capaz de estimular la producción de una respuesta inmune, específicamente con la producción de anticuerpo (Izquierdo, 2014).
- ✓ Anticuerpo: son moléculas proteicas llamadas inmunoglobulinas o células específicas que tienen como objetivo la eliminación de la sustancia extraña (virus, bacteria o toxina) (Izquierdo, 2014).

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

El trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo porque usa recolección de datos para probar la hipótesis con base de medición numérica y análisis estadístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2003); no experimental porque no hay manipulación de la variables (Salinas, 2010); Corte transversal aleatorio simple ya que intenta analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto, por eso también se les denomina “de corte (García, 2004); tipo descriptivo porque la información es recolectada sin cambiar el entorno (es decir, no hay manipulación), este estudio descriptivo puede ofrecer información acerca del estado de salud, comportamiento, actitudes u otras características de un grupo en particular; los estudios descriptivos también se llevan a cabo para demostrar las asociaciones o relaciones entre las cosas en el entorno (San Diego State University , 2014).

2. Variables de la investigación

2.1 Definición operacional

2.1.1 Conocimientos

Se refiere a las ideas, información o mensajes que tiene las madres con hijos menores de 5 años sobre inmunización aprendidos a partir de diversos factores: la socialización (referentes colectivos), la experiencia y el acceso informativo entre otros.

2.1.2 Actitudes

Es la forma de actuar y el comportamiento que emplea la madre después de la aplicación de la vacuna de su niño. Corresponde a la predisposición y los valores que tenemos las personas frente a una situación, problema o comportamiento (posición emocional). Es la que facilita o imposibilita la práctica y/o ejecución de un nuevo comportamiento.

2.1.3 Prácticas

Es la acción que ejerce la madre de acuerdo a los conocimientos adquiridos durante el crecimiento de su niño. Son aquellas acciones y eventos que realizamos a lo largo de nuestra vida; son el resultado del contexto familiar de los hábitos y costumbres.

2.2 Operacionalización de las variables

Tabla 4

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre inmunizaciones que poseen las madres de niños menores de 5 años que asisten al hospital de Huaycán, 2015

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Items
Conocimientos	<p>Conocimiento se refiere a las ideas, información o mensajes que maneja o posee un individuo, a partir de diversos factores: la socialización (referentes colectivos), la experiencia y el acceso informativo entre otros (<i>Carangui y Yascaribay, 2014</i>).</p> <p>Se entiende por conocimiento el conjunto de información que posee un individuo respecto a un objeto o serie de objetos. Esta información puede estar limitada a las ideas que se hay formado el individuo a partir de una percepción superficial y poca precisa o ir más allá y ser elaborada y organizada e incluir proporciones acerca de la naturaleza de un objeto, explicaciones acerca de su comportamiento y razones en cuanto al porque el objeto se comporta de una manera determinada en circunstancias específicas (<i>Moukhallalele, 2009</i>).</p>	<p>Información sobre los conocimientos que tienen las madres de niños menores de 5 años de edad, con respecto a la estrategia de inmunizaciones. Se medirá a través de un cuestionario de conocimientos las vacunas cuyos resultados se interpretaron de la siguiente forma: Puntuación: Deficiente: De 0 -12 Regular: De 13-24 bueno: De 25 a 36</p>	<p>1. Conceptos sobre la vacuna y vacunación . 2. Calendario de vacunas. 3. Beneficios de las vacuna</p>	<p>1.1 Que es la vacuna: 1.2 Las vacunas son necesarias Porque: 1.3 Las reacciones adversas son: 1.4 Cuáles son las complicaciones leves de las vacunas: 2.1 Hasta que edad se colocan las vacunas 2.2 A qué edad se coloca estas vacunas: BCG (antituberculosa) y Hepatitis B: 2.3 A qué edades se colocan estas vacunas: Rotavirus, Pentavalente, Antipolio (inyectable) y Neumococo. A qué edad se coloca estas vacunas: 3^{era} Pentavalente y Antipolio oral. 2.5 A qué edades se coloca la 1^{era} y 2^{da} vacuna de la Influenza: 2.6 A qué edad se coloca estas vacunas: 1^{era} SPR y 3^{era} Neumococo. 2.7 A qué edad se coloca estas vacunas: 1^{er} Ref. DPT, 2^{da} SPR y 1^{er} Antipolio oral: 3.1 A qué edad se coloca estas vacunas: 2^{do} Ref. DPT y 2^{do} Ref. Antipolio oral: 3.2 La BCG protege contra: 3.3 La Pentavalente protege contra: 3.4 La SPR protege contra: 3.5 La DPT protege contra: 3.6 El Rotavirus protege contra: 3.7 La Antipolio protege contra:</p>	<p>0= incorrecto 2= correcto</p>

Actitudes

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Items
Actitudes	<p>Postura u opinión respecto a vacunación, que implica una disposición de las madres relacionada con las vacunas o actividad relacionada con ella (Herzoy, 2011).</p> <p>Actitud es la reacción evaluativa, favorable o desfavorable, hacia algo o alguien, que se manifiesta en las propias creencias, sentimientos o en la intención respecto a algo (Morales , Reboloso y Moya, 2011).</p>	<p>Son las creencias que manifiestan las madres de niños menores de 5 años de edad, con respecto a la estrategia de inmunizaciones.</p> <p>Se medirá a través de un cuestionario de actitudes sobre vacunas, Cuyo resultados se interpretaron de la siguiente forma: Puntuación: <i>Actitud Desfavorable:</i> 8-23 <i>Actitud Favorable:</i> 24-40</p>	<p>4.1. Las vacunas son nocivas para la salud.</p> <p>4.2. Las vacunas protegen contra las enfermedades como (Sarampión, Rubeola, etc.)</p> <p>4.3. Es importante cumplir con todas las vacunas del calendario.</p> <p>4.4. El refuerzo de las vacunas son tan importantes como las vacunas del calendario.</p> <p>4.5. Dejaría de vacunar a su hijo si presenta reacciones adversas leves. (Fiebre, Dolor, etc.)</p> <p>4.6. Si le falta una vacuna a su niño, considera necesario cumplir con la vacuna en otra fecha:</p> <p>4.7. Al no vacunar a su niño aumenta el riesgos a enfermarse:</p> <p>4.8. Al no vacunar a su niño aumenta el riesgo a enfermarse:</p>	<p>a. Totalmente en desacuerdo.</p> <p>b. En desacuerdo.</p> <p>c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.</p> <p>d. De acuerdo.</p> <p>e. Totalmente de acuerdo.</p>

Practicas

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Items
Prácticas	<p>Es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas que emplea la madre para prevenir las enfermedades y complicaciones de las vacunas antes, durante y después de la aplicación, las cuales son adquiridas por medio de la experiencia, que puede ser valorada a través de la observación o expresada por medio del lenguaje (Herzoy Verrey, 2011).</p>	<p>Es el aplicación de los conocimientos de las madres de niños menores de 5 años de edad, con respecto a la estrategia de inmunizaciones.</p> <p>Se medirá a través de un cuestionario de prácticas sobre vacunas, cuyo resultados se interpretaron de la siguiente forma: Puntuación <i>Práctica deficientes: 0 - 7</i> <i>Prácticas eficientes: 8-14</i></p>	<p>5.1 Cumple con la cita indicada en su carnet de vacunación: 5.2 Revisa continuamente el calendario de vacunas de la tarjeta de control de su niño: 5.3 .Revisa las indicaciones de la enfermera en la tarjeta de vacunación: 5.4 Después de la aplicación de la vacuna practica los cuidados indicados por la enfermera: 5.5 Su niño tiene las vacunas completas para la edad que tiene: 5.6 Si su hijo tiene complicaciones leves después de la vacunación acude a emergencia: 5.7 Se interesa por obtener más información sobre las vacunas aplicadas a su niño.</p>	<p>a. Sí b. No</p>

3. Delimitación geográfica y temporal

El presente estudio se realizó en el hospital de Huaycán cuyo nombre oficial es Comunidad Urbana Autogestionaria de Huaycán, en el Distrito de Ate. Ubicado entre las primeras estribaciones de la cordillera occidental de los Andes, en la provincia de Lima, departamento de Lima a $12^{\circ}01'18''$ de latitud Sur y $76^{\circ}54'57''$ de longitud.

Limitando por el Norte con el Río Rímac, por el Sur con Cieneguilla, por el Este con Chaclacayo y por el Oeste con Santa Clara.

El Hospital de Huaycán pertenece a la DISA IV Lima-Este tiene 31 años de fundación. Actualmente atiende las 24 horas, brindando los principales servicios básicos: Emergencia, Pediatría, Odontología, Laboratorio, Farmacia, CRED, Inmunizaciones, SIS y otros, contando con personal profesional capacitado.

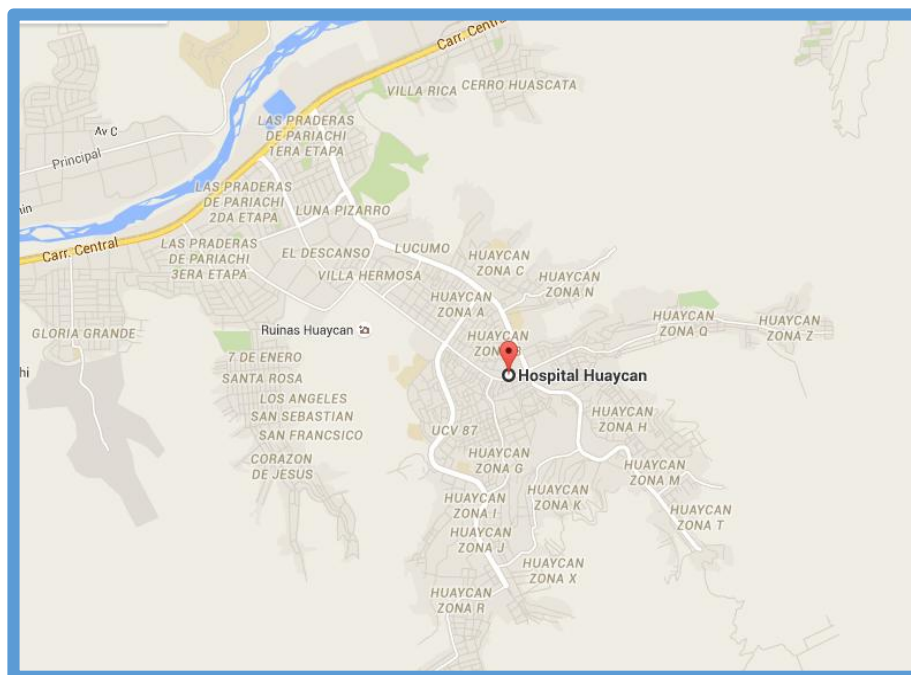


Figura N° 4 Mapa Satelital de la localidad de Huaycán

4. Población y muestra

4.1 Población

La población estuvo conformada por un total de 218 niños atendidos aproximadamente en ESNI, del Hospital Huaycán.

4.2 Muestra

El tipo de muestreo es probabilístico aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \left(\frac{N Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot q}{(N-1)e^2 + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot q} \right)$$

N	329
---	-----

el factor de corrección

$$\frac{n_0}{N} =$$

5 1%	Como es mayor que el 10% entonces se le aplica el factor corrección
---------	---

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

2 18	El tamaño de la muestra es 218
---------	--------------------------------

Siendo la muestra de este estudio 218 madres de niños menores de cinco años, los cuáles fueron seleccionados según criterios de inclusión y exclusión.

5. Criterios de inclusión y exclusión

5.1 Criterios de inclusión.

- Madres con niños menores de 5 años.

- Madres que vivan en la zona de Huaycán.
- Madres que acepten participar del proyecto.

5.2 Criterios de exclusión.

- Madres con niños con signos y síntomas de enfermedad.
- Madres que no realicen en seguimiento periódico de las vacunas.
- Madres que no tengan tarjeta de control.

6. Características de la muestra

Tabla 5

Descripción de las variables sociodemográficas.

Variables	n	%
Estado Civil		
Casada	34	15,6
Soltera	60	27,5
Conviviente	124	56,9
Edad de la Madre		
Menor de 20 años	53	24,3
21 - 30 años	85	39,0
31 - 40 años	80	36,7
Grado de Instrucción		
Primaria completa	45	20,6
Primaria incompleta	31	14,2
Secundaria completa	126	57,8
Secundaria incompleta	8	3,7
Superior (técnico y/o superior)	8	3,7
Procedencia		
Costa	63	28,9
Sierra	121	55,5
Selva	34	15,6
Religión		
Católico	120	55,0
Adventista	31	14,2
Evangelista	24	11,0
Otros	43	19,7
Total	218	100,0

7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

7.1 Instrumentos

Como instrumento de recolección se utilizó para recolectar la información fue el cuestionario que es un procedimiento considerado clásico en las ciencias sociales para la obtención y registro de datos. Su versatilidad permite utilizarlo como instrumento de investigación y como instrumento de evaluación de personas, procesos y programas de formación. Es una técnica de evaluación que puede abarcar aspectos cuantitativos y cualitativos. Su característica singular radica en que para registrar la información solicitada a los mismos sujetos, ésta tiene lugar de una forma menos profunda e impersonal, que el "cara a cara" de la entrevista. Al mismo tiempo, permite consultar a una población amplia de una manera rápida y económica (García, 2003).

El cuestionario están dividida tres partes siendo las siguientes: Anexos

Primera parte (I), datos generales está constituido por 5 ítems de información como responsable del niño, edad, estado civil, lugar de procedencia y religión.

Segunda parte (II), está compuesta por conocimientos de inmunizaciones; constituida por: concepto de las vacunas, definición de las reacciones adversas, las edades en que se colocan las vacuna, protección de cada vacuna de acuerdo al calendario de vacunas del niño menor de cinco años que consta de 18 ítems con sus respectivos puntajes.

Tercera parte (III), constituida para evaluar las actitudes sobre inmunizaciones en las madres de niños menores de cinco años, para ello se utilizó la escala de Likert que consta de 8 ítems con sus respectivos puntajes.

Cuarta parte (IV), está compuesta por las prácticas sobre inmunizaciones que realiza la madre antes y después de la aplicación de la vacuna en el niño menor de cinco años, consta de 7 ítems con sus respectivos puntajes.

Test de conocimientos sobre inmunizaciones que poseen las madres de niños menores de cinco años

Puntuación: Deficiente: De 0 – 12; Regular: De 13 – 24; Excelente: De 25 a 36

Test de actitudes sobre inmunizaciones que posee las madres de niños menores de cinco años.

Puntuación: Actitud altamente desfavorable: De 08-26; Actitud desfavorable: De 27-28; Actitud favorable: 29; Actitud altamente Favorable: De 30-40

Test de prácticas sobre inmunizaciones que poseen las madres de niños menores de cinco años

Puntuación: Prácticas deficientes: 0 – 7; Prácticas eficientes: 8 - 14

Los instrumentos fueron validados por juicio de expertos y se realizó una prueba piloto. Esta prueba piloto se realizó en el 2014 en el Centro de Salud “Virgen del Carmen” Carapongo que se encuentra ubicado en Urb. San Antonio Mz-Y Lt-19 Lurigancho – Chosica. Se explicó brevemente a las 100 participantes en qué consistía el trabajo y los objetivos a alcanzar así como también la previa información del consentimiento informado que era anónimo, para el inicio de la encuesta de manera individual. La validez del cuestionario realizado obtuvo para el área de conocimientos (18 ítems) un confiabilidad de 0.75, según la prueba de Kuder Richardson (KR- 20), para el área de actitudes (8 ítems) un alfa de Crombach 0.79 y para el área de prácticas (7 ítems) según la prueba de Kuder Richardson (KR- 20) se reportó el valor de 0.83.

8. Procesamiento de recolección de datos

Para la realización del estudio se presentó el proyecto a la Escuela de Enfermería, donde fue aprobado, seguidamente se realizó el procedimiento de autorización presentando el proyecto al departamento jefa de la unidad de apoyo a la docencia e

investigación y de la unidad de epidemiología y salud ambiental una vez obtenida la autorización se coordinó con la enfermera encargada de la estrategia de ESNI para la identificación del objetivo, la muestra estuvo conformada por 218 madres y la duración de la recolección de datos fue por dos semanas en el turno mañana y tarde durando cada llenado de encuesta aproximadamente 10 minutos.

9. Procesamiento y análisis de datos

El programa de SPSS 20.0, "Statistical Product and Service Solutions" y los resultados que se obtuvieron serán ordenados en tablas, cuya interpretación permitió determinar el nivel de conocimiento, actitud y practica sobre inmunizaciones que poseen las madres de niños menores de cinco años.

10. Consideraciones éticas

Esta investigación se aplicó con la previa autorización de las personas incluidas en la investigación, previamente informadas verbalmente sobre el objetivo del estudio, se les indico que las respuestas del cuestionario iba ser anónimo respetando la confiabilidad y respeto de la publicación de los resultados ver (Apéndice 2).

Capítulo IV
Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 6

Nivel de Conocimiento	n	%
Deficiente	126	57,8
Regular	92	42,2
Bueno	0	0.0
Total	218	100,0

En la tabla 6, se evidenció que en el nivel de conocimientos de las madres sobre inmunizaciones con niños menores de cinco años es deficiente con el 57,8% (n=126), mientras que el 42,2% (n=92) presenta un nivel de conocimiento regular. También se muestra que ninguna madre llegó a la calificación buena.

Tabla 7

Nivel de actitudes	n	%
Desfavorable	18	8,3
Favorable	200	91,7
Total	218	100,0

En la tabla 7, se observó que el mayor porcentaje del nivel de actitud que tiene la madre sobre inmunizaciones con niños menores de cinco años corresponde a la actitud favorable con 91,7% (n=200), mientras que la calificación en la actitud desfavorable fue 8,3% (n=18).

Tabla 8

Nivel practicas	N	%
Malas prácticas	133	61,0
Buenas prácticas	85	39,0
Total	218	100,0

En la tabla 8, se evidenció en el nivel de prácticas de las madres sobre inmunizaciones con niños menores de 5 años fue 61,1% (n=133) que corresponde al nivel de prácticas malas, mientras que las prácticas buenas representan 39% (n=85).

2. Discusión

La OMS, (2016) manifiesta que las inmunizaciones evitan anualmente la muerte de dos a tres millones de niños, no obstante, se estima que 18,7 millones de lactantes de todo el mundo no reciben las vacunas básicas.

El Colegio Médico del Perú, (2012) menciona que se ha evidenciado una mejora de la estrategia nacional de inmunizaciones; sin embargo, a pesar de estos logros y esfuerzos realizados, se viene observando la caída de las tasas de cobertura de las vacunaciones; evidenciándose este problema desde el año 2010 e intensificándose en el año 2011 hasta el presente.

Las tasas de cobertura de inmunizaciones idealmente deben mantenerse alrededor del 95% para garantizar la protección de la población de las enfermedades inmuno-prevenibles. Se observa que las tasas actuales en el Perú no sobrepasen el 75% de cobertura, lo que refleja una situación de alarma y vulnerabilidad de la población ante posibles brotes epidémicos.

Las inmunización es una intervención altamente costo efectiva que salva muchas vidas, cuyo objetivo principal es el control y prevención de las enfermedades inmuno-prevenibles (Macavilca, 2010). De esta manera, se evita el aumento de discapacidad o muertes de los niños menores de cinco años, ya que es una población de riesgo a las 23 enfermedades infectocontagiosa (MINSA, 2013). Los padres (madres) son responsables principales del bienestar integral del niño en la toma de decisión, por lo tanto, es importante que los padres conozcan, practiquen y tengan una actitud relevante sobre el correcto manejo del calendario de vacunas (Valdivia, 2012).

En la presente investigación reportamos el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre inmunizaciones en las madres de niños menores de cinco años, para conocer cuál es el interés de las madres sobre el calendario de vacunas, y la edad en la cual se debe aplicar, contra que protege las vacunas entre otros. Estos datos servirán como antecedentes para la toma de decisiones en las estrategias de inmunizaciones.

El resultado muestra que el 63,8% (n=140), de las madres que pertenecen al hospital de Huaycán, obtuvieron una calificación deficiente del conocimiento sobre inmunizaciones, mientras que el 36,2% (n=79) fue regular y ninguno obtuvo una calificación buena. Un resultado similar fue reportado por Zumba, 2011 en Ecuador, donde el 92,73% (n=102) de las madres encuestadas tenían un nivel de conocimiento deficiente, el 4,55% (n=5) un nivel bueno y el 2,73% (n=3) un nivel regular. En ambos estudios reportaron un conocimiento deficiente, lo cual ocasionaría que las

madres no tomen importancia sobre las inmunizaciones y en consecuencia incrementaría el riesgo de adquisición de enfermedades en los niños menores de cinco años.

Dentro de los factores que habrían influido en la calificación deficiente de las madres del hospital Huaycán tenemos que las madres no conocían hasta que edad se colocan las vacunas calendario y la edad en la que se coloca el 2^{do} Refuerzo de DPT (Difteria, tétanos y tos ferina y 2do Refuerzo de Antipolio oral (Tabla 9). Desde el 2004 al 2008 no se han reportado casos de difteria en niños menores de cinco años, asimismo, se observa un descenso de la cobertura de DPT/pentavalente. Sin embargo, el riesgo de brotes de difteria se ha incrementado en 83% de los distritos del Perú, por lo cual se debería mantener la cobertura de vacunación en un 95% de la población objetiva (Boletín epidemiológico, 2008).

En el estudio de Rodríguez Odalys , Castañeda, Casado y Rodríguez Ovidia, (2009) en Cuba, se encontró un conocimiento deficiente sobre las enfermedades que son protegidas por medio de la vacunación donde tenemos la poliomielitis 54,1%, hepatitis B 45,2% y tuberculosis 43,9%. En el estudio se mostró que 68,3% (n=149) desconoce a qué edad se coloca la vacuna del BCG, antipolio 60,6% (n=132). Siendo un riesgo porque la poliomielitis afecta sobre todo a los menores de cinco años, donde uno de cada 200 infecciones produce una parálisis irreversible (generalmente de las piernas), y donde un 5% a 10% de estos casos presentados fallecen por parálisis de los músculos respiratorios. Así mismo se estima que hay 240 millones de personas que padecen infección crónica por el virus de la hepatitis B y más de 780 000 personas mueren cada año como consecuencia de esta enfermedad (OMS, 2016).

En la investigación de Gonzales, (2012) en Perú indica que solo un 18% (n=8) de las madres desconoce la edad en que el niño debe recibir las vacunas, siendo el

resultado diferente a la investigación donde el 86,7% (n=189) de nuestras madres desconoce hasta que edad se coloca las vacunas. Este conocimiento deficiente puede afectar la salud del niño aun cuando la estrategia de inmunizaciones es un servicio gratuito, que no es aprovechado por las madres de familia debido al desconocimiento de la importancia de las inmunizaciones para la protección del niño hasta los 4 años 11 meses y 29 días.

Así también un 41% (n=18) (Tabla 9) desconoce sobre que enfermedades protege las vacunas en nuestro (anexo) un 70,6% (n=154) desconoce contra que enfermedades protege la vacuna de SPR (Tabla 9), Según el (Boletín Epidemiológico, 2008), a pesar de encontrarnos en un proceso de erradicación del sarampión en el continente americano, aún se registran brotes aislados debido a la importación de casos, de Europa y Asia. Por tal motivo la mejor prevención es mantener coberturas de vacunación con la vacuna triple viral (SPR) por encima del 95,0 %.

Los resultados del deficiente conocimientos de las madres, probablemente, estén relacionados a las variables sociodemográficas. En esta investigación, un 57,8% (n=126) tiene solo educación secundaria que es un indicador del nivel de vida medio. Porque según lo estudiado al mayor grado de instrucción esto ayuda a un mejor entendimiento y aceptación de las vacunas, permitiendo a las madres a tomar conciencia y asumir con responsabilidad su rol de madre aunque también puede estar relacionado al lugar de procedencia donde un 55,5% (n=121) viene de la región sierra, esto también podría influir en el nivel de conocimiento porque la educación en provincias es deficiente, además, relacionándose a las creencias y mitos de familia siendo un indicador del nivel de vida que llevan.

Por tal motivo se deberá tener en cuenta todo esto para mejorar las estrategias de información en las madres de los niños menores de cinco años del hospital de Huaycán.

Con respecto a la variable actitud en las madres de niños menores de cinco años sobre inmunizaciones se encontró que el 88,1% (n=192) tenía una actitud favorable y el 11,9% (n=26) una actitud desfavorable. A pesar de que se reportó un alto porcentaje de actitud favorable, se encontró algunos ítems de actitud negativa que es necesario mencionarlo.

Una de las actitudes negativas que mostraron las madres es que 31,2% creen que las vacunas son nocivas para la salud, también se encontró que el 58,7% cree que al no vacunar a su niño no aumenta el riesgo a enfermarse (Tabla N 10). Estos resultados son similares con los hallados por Huachaca (2014) en Perú, donde el 78% (n=43) de las madres presentaron actitud favorable sobre la importancia y beneficios de las vacunas, considerando las vacunas como necesarias para la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles. Así mismo, reporta que 47% de las madres estaban de acuerdo que las vacunas causan efectos secundarios y el 58% que el refuerzo es desfavorable, ya que consideran que recibir varias vacunas debilitan el sistema inmune. Estas actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos, ya que se relaciona la información que reciben del entorno a la hora de buscar, procesar y responder sobre las normas sociales (Briñol, Falces y Becerra, 2002).

Quezada (2013) en Ecuador, menciona que las madres reconocen que es importante la vacunación en un 73,3% (n=33) porque evitan enfermedades, y un 15,7% responden que es para el bien de los niños y solo un 2,2% no reconoce la importancia de vacunar a los niños. En el estudio se muestra que un 45,4% (n=99) tiene actitud favorable sobre que las vacunas protegen contra las enfermedades y 56,9% manifiesta que es importante cumplir con todas las vacunas del calendario. Villafruela, (2013) manifiesta que la actitud es la forma que una persona se comporta o responde ante un cambio determinado. Siendo la actitud una disposición mental que se adopta con

respecto a una idea, un objetivo, una emoción, un comportamiento propio o ajeno. Es así que las madres deben guardar una estrecha relación con su conocimiento y práctica frente a una acción como es la protección de su niño y, por tanto, esta actitud favorable permitirá realizar actos más exactos porque estará relacionada teniendo mayor protección del niño disminuyendo los riesgos.

Boscan, Salinas y asociados (2011) en Venezuela, mencionan que el 47,9% tiene la creencia que las vacunas curan enfermedades en sus niños; y solo 25,4% tiene creencias acerca de falsas contraindicaciones en la aplicación de las vacunas estos resultados son similares al estudio donde el 45,4% (n=99) refiere que las vacunas protegen contra las enfermedades y un 28,4 (n=62) dejaría vacunar a su hijo si presenta complicaciones (fiebre, dolor, etc.), esto puede estar relacionado a la edad de las madres donde 24,3% (menores de 20 años) y la actitud de las madres frente a las vacunas se puede ser desfavorable porque a esta edad no tienen una menor orientación, menor experiencia, falta de toma de decisión conscientemente, frente a la responsabilidad que se le presenta y le permite adoptar decisiones más firmes en el cuidado del niño.

Respecto a los resultados obtenidos de las madres el nivel de actitud en total fue favorable a la disposición, o forma de comportarse ante el proceso de vacunación que puede estar relacionado al compromiso de las madres por el bienestar del niño que puede estar relacionado a la información que pueda recibir de los medios de comunicación (Televisión), ayudas audiovisuales (folletos) que difunden los beneficios de la estrategia de las vacunas, ya que estos son los medios más accesibles de las madres puedan acceder y así disminuir el riesgo de las enfermedades inmunoprevenibles que pueda tener el niño.

Con respecto al nivel de prácticas sobre inmunizaciones en las madres de niños menores de cinco años del Hospital de Huaycán se encontró que el 61% (n=133) tuvo

malas prácticas y solo 39% (n=85) buenas prácticas, es decir, menos de la mitad de las madres aplica acciones correctamente que sirvan para la protección de enfermedades inmunoprevenibles. Dentro de las malas prácticas tenemos que no cumple con la cita indicada (56,9%), no revisa continuamente la tarjeta de control (60,6%), como tampoco los cuidados indicados por la enfermera (56,9%) (Tabla N 11).

Sin embargo, Huachaca (2014) reporta que el 74% (n=41) practicas realizadas por las madres son adecuadas y solo 26% (n=14) malas prácticas. Asimismo, señala que 89% (n=49) de los niños tienen vacunas completas de acuerdo a la edad; también se observó que el 80% (n=44) siguen las indicaciones de las enfermeras (colocación de paños por la fiebre después de la aplicación de vacunas). Estos resultados son distintos a los nuestros, probablemente, se deba al lugar de procedencia, ya que la población de esta investigación urbano marginal descende de la zona sierra, con patrones culturales más firmes en el hogar, por lo cual repercute activamente en la protección correcta de la inmunización del niño a corto y largo plazo.

Morquecho, Naula y Ortiz (2014) en Ecuador, con respecto a las prácticas de las madres de las dos comunidades, encontraron que el 98,8% (n=244) y 85.3% (n=128) evidenció que las madres disponían del esquema completo de vacunación, respectivamente. Así también un 65,6% (n=162) y 32.7% (n=49) administra antipiréticos y la presente investigación de observo practicas deficientes que 58,3% (n=127) no tienen las vacunas completas para la edad que tienen; y un 56,9 % (n=124) no practica los cuidados indicados por la enfermera.

Landázuri (2010) en Ecuador encontró que el 65% (n=39) de las madres de familia, manifiestan que está incompleto el esquema de vacunación de los niños y solo el 35% (n=21) ha completado el plan de vacunación de sus hijos, así como el motivo del incumplimiento de fechas de consulta donde un 18% (n= 11) manifiesta por falta de

tiempo y 15% (n=9%) el trabajo limita el tiempo para cumplir con las citas. En nuestro estudio es de 58,3% (n=127) los que no tienen las vacunas completas para la edad que tienen; 56,9 % (n=94) no cumple con la cita indicada en su carnet. El factor para el incumplimiento de las vacunas es la idiosincrasia que tienen las madres conjuntamente a su irresponsabilidad de no llevar a su niño en la fecha correspondiente y a la edad que tiene la madre.

Padilla (2012) en su investigación el 94% de las madres no hacen vacunar a sus niños por tener alguna enfermedad. En nuestra investigación el 28,4% (n=62) no vacunaría a su hijo si presenta complicaciones (fiebre, dolor, etc). El motivo principal de la no vacunación cuando el niño presenta síntomas reside en evitar la superposición de síntomas, que impide distinguir entre una mala evolución así como también el inicio de una enfermedad que puede causar la fiebre y no una reacción adversa vacunal.

Ashqui (2014) en Ecuador encontró que un 5% (n=2) no sigue las indicaciones de la enfermera siendo diferente a la investigación donde el 58,3% (n=127) no practica los cuidados indicados por la enfermera y puede estar relacionado al tiempo insuficiente para informar adecuadamente a las madres sobre la importancia de las vacunas en el momento de las consultas para CRED y inmunizaciones.

Las prácticas tratan de acciones, realizaciones, actos y no de ideas o teorías. Para la calificación “bueno” dependerá de quién lo juzgue, del objeto sobre el cual se aplica, de dónde y con qué finalidad se aplica, o desde qué posición o ideología se actúa (Cabre, 2009).

Así también se menciona que las buenas prácticas son aquellas actuaciones innovadoras que aportan mejoras relevantes en términos de eficiencia (optimización de resultados) o de pertinencia (adecuación a fines), y que son susceptibles de ser transferidas a un ámbito general. Entre las condiciones de buena práctica se citan la

evidencia de éxito demostrada, la replicabilidad, la adecuación a los grandes objetivos de una organización, la innovación, la sostenibilidad, la ética y el costo-efectividad (Ruiz, 2015).

Los resultados encontrados en esta investigación demuestran que las madres de niños menores de cinco años que asisten al del Hospital de Huaycán tienen un conocimiento deficiente y malas prácticas sobre la importancia de las inmunizaciones, mientras que muestran una actitud favorable en las mismas. Esto nos ayuda a inferir que tener una buena actitud no necesariamente lleva a tener una buena práctica y que la falta de conocimiento podría estar afectando a tener malas prácticas (Naula y Ortiz, 2014). Por lo tanto, se deberá tener en cuenta estos resultados para establecer estrategias que permitan disminuir el riesgo de enfermedades inmuno prevenibles niños menores de cinco años que asisten al del hospital de Huaycán a través del incremento del nivel de conocimiento y prácticas de sus madres. En los datos presentados se evidencia que las madres tiene un nivel de práctica deficiente donde se evidencia que no es suficiente tener una actitud favorable, sino también, la educación de ellas para reforzar sus ideas y elevar sus conocimientos y de esa forma seguir mejorando y disminuir el porcentaje de niños no protegidos.

Capítulo V

Conclusión y recomendaciones

1. Conclusiones

- El nivel de conocimiento de las madres de niños menores de cinco años en su mayoría es deficiente viéndose reflejado en la disminución de la cobertura de vacunación.
- En los resultados del nivel de actitud se presentó una actitud favorable frente a la vacunación, sobre todo en los aspectos relacionados a la protección de las vacunas y enfermedades específicas.
- En cuanto al nivel de prácticas de las madres sobre inmunización lo hallazgos fueron prácticas deficientes sobre todo en la revisión continua de la tarjeta de vacunación o si tiene las vacunas completas para su edad por tal motivo es necesario encontrar estrategias necesarias para mejorar las prácticas.

2. Recomendaciones

- Que el personal de enfermería especialmente en el área de ESNI, realice actividades preventivo, promocionales, enfatizada en la educación de las madres sobre la importancia de la inmunización de su niño menor de cinco años.
- Al personal de enfermería que debe implementar un programa educativo para aumentar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de las madres, asignando un profesional de enfermería responsable de dicho programa.
- La enfermera responsable de ESNI se deberá encargar de concientizar a todo el personal de salud que se encuentra en el primer nivel de atención para poder realizar actividades preventivo–promocional, tomando en cuenta el costo beneficio de la estrategia.
- Al personal de enfermería para que brinde capacitaciones a las personas responsables, no solo dentro de las áreas de salud, sino también en instituciones donde se encuentra nuestra población de riesgo (guarderías, centro inicial, etc.)
- La escuela de enfermería debe fomentar otros estudios experimentales y cuasi experimentales que puedan ayudar a mejorar esta estrategia.
- La escuela de enfermería debe realizar proyectos en los centros de salud cuando realicen los estudiantes sus prácticos pres profesionales.

Referencias

- Alves, G., Coelho, J., Pamplona, V., Garcia, R., Falleiros, D. (2011). *Experiencias de familias en la inmunización de niños brasileños menores de dos años*. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_20.pdf
- Andreu , & Sieber. (2000). *Características del conocimiento*. Recuperado de <http://www.eumed.net/tesisdoctorales/2007/cavl/caracteristicas%20del%20conocimiento.htm>.
- Ashqui Chacha, Silvia Patricia, Ecuador (2013) Factores socio culturales que influyen en la tasa de abandono de las vacunas antipolio, pentavalente y rotavirus en niños menores de 1 año de la parroquia pasa perteneciente al cantón ambato provincia de Tungurahua durante el período enero – junio. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/7967>.
- Asociación Española de Pediatría. (2015). *Manual de Vacunación en Línea AEP*. <http://vacunasaep.org/printpdf/documentos/manual/cap-27>
- Asociación de Médicos de Sanidad Exterior, (2013). AMSE, recuperado de <http://start.iminent.com/es-ES/search/#q=Asociaci%C3%B3n%20de%20M%C3%A9dicos%20de%20Sanidad%20Exterior%2C%202013&ref=toolbox&s=web&p=1>
- Bernal, P., Níguez , J., Navarro, J. (2001). *Actitudes, conocimientos, creencias y grado de satisfacción de los padres, en relación con las vacunaciones de sus hijos en la región de Murcia*. Recuperado de https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/4538-actitudes_y_conocimientos.pdf
- Boscan, M., Salinas, B., Trestini, M. L., Tomat, M. Venezuela, (2012). *Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años*. Recuperado, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382012000100006
- Briñol, Pablo; Falces, Carlos y Becerra, Alberto s.f. Universidad Autónoma de Madrid actitudes. Recuperado de <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>.
- Chisholm. (2004). Teoría del conocimiento obtenido de <http://www.mercaba.org/Filosofia/PDF/Tor%C3%ADa%20del%20Conocimiento.pdf>.
- Daly, Gabriel (2016) recuperado de <http://elcomercio.pe/peru/pais/vacunacion-y-cobertura-que-no-alcanza-peruanos-noticia-1808402>.
- Escorcía, O., Colombia, (2010), Manual para la investigación. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/7551/1/manualparalainvestigaci%C3%B3n.pdf>
- Gómez, M., & Obregón, A. (2008 - 2009). *Centro de nacional para la salud de la infancia y la adolescencia*. México.
- Herzoy, R. (2011), Tesis doctoral. *Conocimiento, creencias y actitudes del personal sanitario respecto a las vacunas: ¿ están relacionados con su intención de*

- vacunas a la población que atienden?:* Recuperado de <http://eciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/11399/TESIS%20%20Ra%FAI%20Herzog%20Verrey.%20URJC.pdf;jsessionid=AB4D483841D7905EDB2D9ACD8D85804F?sequence=1>
- Huachaca Benites, Cynthia, Perú (2014). *Conocimientos, prácticas y actitudes de las madres sobre la vacunación en sus hijos menores de 5 años, en el C.S. Jaime Zubieta,* 2012. Recuperado de <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/4281>.
- Izquierdo, R. (2014), *Conocimiento de madres de niños menores de un año sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario vacunal* . Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/342/1/Izquierdo_rf.pdf
- Juhász, J. Venezuela (2008). *Propuesta de un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización. comunidad “santa eduviges”. puerto la cruz. anzoátegui.* Recuperado de <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/410/1/Tesis-PG-EM008%20J40.pdf>
- Landázuri, D., Novoa, I., Ecuador (2010). *Factores socioculturales que inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización de niños menores de un año en consulta externa en el hospital san luis, de la ciudad de otavalo.* Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/657/2/06%20ENF%20397%20ART%20C3%8DCULO%20CIENT%20C3%8DFICO.pdf>
- Macavilca Mejía, Socorro Yamina (2010). La importancia de las inmunizaciones. Recuperado de <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IX%202010/10-Inmunizaciones.pdf>.
- Mesa de concentración para la lucha contra la pobreza recuperado de <http://www.mesadeconcertacion.org.pe/>
- Ministerio de Salud Costa Rica. (2013). Norma Nacional de Vacunación. Recuperado de Junio de 2015, de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/2302-norma-nacional-de-vacunacion-2013/file>
- Ministerio de Salud de Argentina (2011). Manual del Vacunador. Recuperado de Diciembre de 2013, de <http://www.msal.gov.ar/neumococo/descargas/manual-vacunador.pdf>
- Ministerio de salud del Perú (2011). Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM070-2011-MINSA1.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2013). Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/ESRI/pdf/RM510_2013_MINSA_EsqueMa%20Nacional%20de%20Vacunaci%C3%B3n.pdf
- Ministerio de salud del Perú (2014). Estrategia sanitaria, Salud de los pueblos indígenas recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portaWeb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=9

- Ministerio de salud del Perú. (2014). Estrategia sanitaria, Inmunizaciones recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=7
- Ministerio de Salud Panama. (2012). Manual de Normas y Procedimientos, Programa Ampliado de Inmunizaciones. Recuperado de http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/folleto_normas.pdf
- Ministerio de Salud y Bienestar Social. (2011). Programa Ampliado de Inmunizaciones Paraguay. Recuperado, de Vacunas Generalidades: <http://mspbs.gov.py/pai/images/epv/guion-de-vacunas-generalidades.pdf>
- Ministerio de Salud de Perú (2013). Las vacunas son mi mejor escudo. Recuperado de Importancia de la vacunación: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/vacunas/archivos/mensajesvacunacion.pdf>
- Morales, Reboloso, & Moya. (2011). Las actitudes. *Open Course Ware*, 1 - 28.
- Morquecho, K., Naula, M., Ortiz, S., Ecuador (2014). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunas en las madres de las comunidades de sigsihuayco y ángel maría iglesias del cantón cañar en el periodo de mayo a octubre cuenca*. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21074/1/TESIS.pdf>
- Moukhallalele Saman, K. (2009). *Factores que influyen en el nivel de conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas. Servicios de cuidados intermedios v. Hospital universitario de pediatría "dr. Agustín zubillaga" barquisimeto. Estado lara*. Recuperado de <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWS135DV4M682010.pdf>
- OMS. (s.f.). Plan de acción mundial sobre vacunas 2011 - 2020. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85398/1/9789243504988_spa.pdf
- OMS, UNICEF, & Banco Mundial. (2010). Vacunas e Inmunización: Situación Mundial. Recuperado, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243563862_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Recuperado de http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Temas de salud. Obtenido de Vacunas: <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>
- Padilla (2012). *Conocimientos, actitudes y practicas sobre enfermedades inmunoprevenibles por vacunación en madres de niños menores de dos años que acuden al centro de salud abdón calderón de la ciudad nueva loja de mayo a diciembre del 2011*.
- Raile, M. y Marrier, A.; Modelos y Teorías en enfermería, séptima edición, Elsevier, Barcelona-España.
- Real Academia Española (2014) RAE. Obtenido de RAE: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
- Real Academia de Medicina, (2013). Universalización de las vacunas. España, Portugal y países Iberoamericanos. Recuperado de

http://www.coib.cat/uploadsBO//Generica/Documents/UNIVERSALIZACION_VACUNAS_48905.PDF

- Rodríguez, Odalys., Castañeda, A., Casado, C., Rodríguez, Ovidia. (2009). *Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos a madres de niños vacunados hasta los 18 meses*. Recuperado el 11 de Marzo de 2014, de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v13n2/amc100209.pdf>
- Rolón. (2010). El conocimiento. Yaconic, 1 - 6.
- Salud, M. d. (2005). Estadística de Salud. Obtenido de Coberturas de inunizaciones <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresNac/inmunizacion.asp>
- San Diego State University. USA(2014). Office of Research Integrity. Recuperado de 2014, de Conceptos basicos de investigación: http://ori.hhs.gov/education/products/sdsu/espanol/res_des1.htm
- Sanchez, J., Vera, L. Perú (2013). *Nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre inmunizaciones en niños menores de 1 año de los centros de salud José Olaya y Túpac Amaru, 2013*.
- Secretaria de Salud de Mexico. (2008) Manual del vacunador de Mexico. Recuperado de Junio Generalidades sobre la respuesta inmune <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad4/images/Manualdevacunacion2008.pdf>
- Ubillos, S., Mayordomo, S., Páez, D. (2001) Actitud: definición y medición, componentes de la actitud. modelo de la acción razonada y acción planificada. Obtenido de <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
- Uboldi, M. (2011). Generalidades de vacunas recuperado de http://www.colfarsfe.org.ar/newsfiles/marzo2011/Generalidades_de_Vacunas.pdf
- Unicef. (2013). Mesa de concentracion para la lucha contra la pobreza obtenido de http://www.unicef.org/peru/spanish/ALERTA_Vacunas.pdf
- UNICEF, & USAID. (2007). Acciones Esenciales en Inmunización. Recuperado de Una Guia Practica de Campo: http://www.mchip.net/sites/default/files/Immunization%20Essentials_Spanish.pdf
- UNICEF (2015) Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. Recuperado de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- Valdivia, K. Perú (2013). *Conocimiento sobre inmizaciones y su relación con factores sociodemograficos de madre de niños menores de dos años, C. S. "San Francisco" Tacna 2012*.
- Verne Martin, E. Perú (2007). Conceptos importantes sobre inmunizaciones. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172007000100013&script=sci_arttext
- White, Elena G. (1986). *Conducción del niño*, Asociación casa editora sudamericana, Buenos Aires -Argentina.
- White, Elena G. (1967). *El Ministerio de Curación*, Publicaciones Interamericanas, California-EE.UU.

- Young. (2008). Las actitudes . *EDU - FISICA*, 1 - 8 . Obtenido de <http://www.edufisica.com/Formato.pdf>
- Zumba Jami, Silvia Rosalia, Ecuador (2011). *Nivel de conocimiento de las madres de niños/ as menores de 1 año de edad sobre el esquema de vacunación en el hospital universitario de motupe de la ciudad de loja, en el período abril – agosto. Recuperado de* <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4114/1/ZUMBA%20JAMI%20SILVIA%20ROSALIA.pdf>

Apéndice 1: Validación

HOJA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Instrucciones: Sírvase marcar con un aspa (x) el número porcentual que usted considera que responde la afirmación

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple con el o los objetivos propuestos?

1	2	3	4	5	6	7	8	<input checked="" type="checkbox"/>	10
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------	----

2. ¿Considera usted que este instrumento permite el análisis de los conceptos propios del tema que investiga?

1	2	3	4	5	6	7	<input checked="" type="checkbox"/>	9	10
---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------	---	----

3. ¿Estima que la cantidad de preguntas que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del tema que se investiga?

1	2	3	4	5	6	7	8	<input checked="" type="checkbox"/>	10
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------	----

4. ¿Considera usted que si se aplicara este instrumento a grupos similares obtendrán datos también similares?

1	2	3	4	5	6	7	<input checked="" type="checkbox"/>	9	10
---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------	---	----

5. ¿Estima usted que las preguntas propuestas permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

1	2	3	4	5	6	7	8	<input checked="" type="checkbox"/>	10
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------	----

6. ¿Qué ítems o preguntas cree usted que se puede agregar?.....

7. ¿Qué ítems o preguntas cree usted que se puede eliminar?.....


Persona que valida el instrumento Lic. Flor Lazo Ordóñez

Grado académico Lic. Enfermería

Cargo Coordinadora de Investigación

Institución Hospital Huancayo

Lugar y fecha


 Lic. Flor M. Lazo Ordóñez
 Lic. Enfermería
 CEP: 95091

Apéndice 2: Fiabilidad de los resultados

Confiabilidad del instrumento para conocimientos

Para medir la confiabilidad del instrumento se utilizará la técnica de Kuder-Richardson (KR-20), porque los ítems son dicotómicos.

Formula:

$$KR20 = \frac{n}{n-1} \left[\frac{\delta_t^2 - \sum pq}{\delta_t^2} \right]$$

n: N° de ítems.

δ_t^2 : Varianza

$\sum pq$: Sumatoria de proporciones de aciertos o desaciertos:

Datos de los instrumentos:

n = 100

$\delta_t^2 = 14.75$

$\sum pq = 3.76$

$$KR20 = \frac{100}{100-1} \left[\frac{14.75 - 3.76}{14.57} \right] = 0.75$$

Como $KR20=0.75$, se concluye que el instrumento para conocer el nivel de conocimientos de las madres sobre inmunizaciones tiene una confiabilidad fuerte.

Confiabilidad del instrumento para prácticas

Para medir la confiabilidad del instrumento se utilizará la técnica de Kuder-Richardson (KR-20), porque los ítems son dicotómicos.

Formula:

$$KR20 = \frac{n}{n-1} \left[\frac{\delta_t^2 - \sum pq}{\delta_t^2} \right]$$

n: N° de ítems.

δ_t^2 : Varianza

$\sum pq$: Sumatoria de proporciones de aciertos o desaciertos:

Datos de los instrumentos:

$n = 100$

$\delta_t^2 = 9.70$

$\sum pq = 1.73$

$$KR20 = \frac{100}{100 - 1} \left[\frac{9.70 - 1.73}{9.70} \right] = 0.83$$

Como $KR20=0.83$, se concluye que el instrumento para conocer el nivel de prácticas sobre inmunizaciones tiene una confiabilidad fuerte.

Confiabilidad del instrumento para actitudes

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,794	8

Apéndice 3: Carta de autorización



"Año de la Diversificación Productiva
y del Fortalecimiento de la Educación"

INFORME Nº 118 - 2015 - U. EPID. Y SA-HH/IGSS.

A : Dra. ODALIS JIMENEZ ROJAS.
Directora del Hospital de Huaycán.

De : Dra. ANA LUISA SANCHEZ ALVA.
Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental.

Asunto : Opinión favorable para la recolección de datos del trabajo de investigación "Nivel de conocimientos, actitudes y practicas sobre el programa de inmunización en las madres de niños menores de 5 años que asisten al Hospital de Huaycan 2015.

Fecha : Huaycán, 04 de Mayo del 2015

Tengo a bien dirigirme a usted a fin de saludarla muy cordialmente y a la vez comunicarle que la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental brinda una OPINIÓN FAVORABLE PARA LA RECOLECCION DE DATOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACION "NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE EL PROGRAMA DE INMUNIZACION EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE HUAYCAN 2015" UNIVERSIDAD PERUANA UNION.

Se sugiere brindar las facilidades para realización del proyecto.

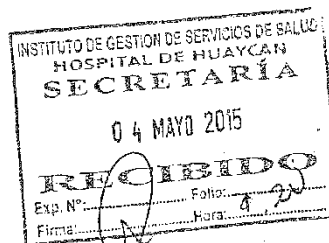
Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi saludo y estima personal.

INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCAN

Dra. Ana Luisa Sanchez Alva
Jefe Unid. Epidemiología y S. Ambiental
CAMP. STS06

Dra. ANA LUISA SANCHEZ ALVA
Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
HOSPITAL DE HUAYCAN

ALSA/alsa.
Cc Archivo



epidemologiahuaycan@panao.com

Av. Jose Carlos Mariategui S/N
Zona B - Huaycan - Are
Telf. 3718049-3716767 Anx. 242

Apéndice 4: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD PERUANA UNION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA



El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el cumplimiento e importancia de inmunizaciones en las madres de niños menores de 5 años que asisten al Hospital Local de Huaycan. 2015. Toda información que usted brinde será recolectada y procesada en forma anónima, lo cual será utilizada de manera confidencial. Por tanto solicitamos que conteste con sinceridad esta información no se utilizara para otros fines distintos a la investigación.

DATOS GENERALES

- 1.- Estado civil: ()₁ Casada ()₂ Soltera ()₃ Conviviente.
- 2.- Edad: _____ años.
- 3.- Grado de instrucción: Primaria completa
()₁ Primaria incompleta ()₂ Secundaria completa ()₃ Secundaria incompleta ()₄ Superior (Técnico y/o Superior) ()₅
- 4.- Lugar de procedencia: ()₁ Costa. ()₂ Sierra. ()₃ Selva.
- 5.- Religión: ()₁ Católico ()₂ Adventista ()₃ Evangelista ()₄ Otros.

Marca con una X la respuesta que usted considera la correcta:

I.- CONOCIMIENTO

- 6.- Qué es la vacuna:
a.- Son inyecciones que enferma más al niño.
b.- Son inyecciones que producen defensas al niño.
c.- Son vitaminas. d.- Sustancia que producen alergias.
- 7.- Las vacunas son necesarias porque:
a.- No protege de las enfermedades. b.- Ayudan en el crecimiento
c.- Protege de las enfermedades. d.- Desconoce.
- 8.- Las reacciones adversas son:
a.- Enfermedades contagiosas.
b.- Cualquier reacción nociva no intencionada.
c.- Sustancia con microorganismos d.- Desconoce.
- 9.- Cuales son las reacciones adversas leves de las vacunas:
a.- Fiebre. b.- Dolor en el lugar de la inyección.
c.- Llanto. d.- Todas las anteriores.
- 10.- Hasta que edad se colocan las vacunas:
a.- 4 años 10 meses 28 días. b.- 4 años 11 meses 29 días.
c.- 4 años 11 meses. d.- Desconoce.
- 11.- A qué edad se coloca estas vacunas: BCG (antituberculosa) y Hepatitis B.

- a.- Recién Nacido.
c.- 4 meses.
- b.- 2 meses.
d.- Desconoce.
- 12.- A qué edades se coloca la 1^{era} y 2^{da} de estas vacunas: Rotavirus, Pentavalente, Antipolio (inyectable) y Neumococo.
a.- 2 meses y 4 meses.
c.- 4 meses y 5 meses.
- b.- 3 meses y 4 meses.
d.- Desconoce.
- 13.- A qué edad se coloca estas vacunas: 3^{era} Pentavalente y Antipolio oral.
a.- 4 meses.
c.- 7 meses.
- b.- 6 meses.
d.- Desconoce.
- 14.- A qué edades se coloca la 1^{era} y 2^{da} vacuna de la Influenza.
a.- 4 y 6 meses.
c.- 7 y 8 meses.
- b.- 5 y 7 meses.
d.- Desconoce.
- 15.- A qué edad se coloca estas vacunas: 1^{era} SPR y 3^{era} Neumococo.
a.- 1 Año.
c.- 1 año y 6 meses.
- b.- 1 año y 5 meses.
d.- Desconoce.
- 16.- A qué edad se coloca estas vacunas: 1^{er} Ref. DPT, 2^{da} SPR y 1^{er} Antipolio oral.
a.- 1 Año.
c.- 1 año y 6 meses.
- b.- 1 año y 5 meses.
d.- Desconoce.
- 17.- A qué edad se coloca esta vacunas: 2^{do} Ref. DPT y 2^{do} Ref. Antipolio oral.
a.- 2 años.
c.- 5 años.
- b.- 4 años.
d.- Desconoce.
- 18.- La vacuna de BCG protege contra:
a.- Neumococo.
c.- Gripe.
- b.- Tuberculosis
d.- Desconoce.
- 19.- La vacuna Pentavalente protege contra:
a.- Neumococo, Difteria, Tétanos.
b.- Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B, influenza tipo b (estacional).
c.- Gripe, Tos ferina, Tétanos.
d.- Desconoce.
- 20.- La vacuna SPR protege contra:
a.- Difteria, Tétanos y Tos convulsiva.
c.- Sarampión, Rubeola y Difteria.
- b.- Sarampión, Rubeola y Paperas.
d.- Desconoce.
- 21.- La vacuna DPT protege contra:
a.- Difteria, Tétanos y Tos convulsiva.
c.- Sarampión y Rubeola.
- b.- Difteria y Tétanos, Rubeola.
d.- Desconoce.
- 22.- El vacuna Rotavirus protege contra:
a.- Difteria.
b.- Diarreas graves.
- c.- Rubeola.
d.- Desconoce.
- 23.- La vacuna Antipolio protege contra:
a.- Paperas.
b.- Poliomielititis.
- c.- Neumonía.
d.- Desconoce.

II.- ACTITUDES

	Ítems	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
24	Las vacunas son nocivas para la salud:					
25	Las vacunas protegen contra las enfermedades complicadas (Sarampión, Rubeola, etc.):					
26	Es importante cumplir con todas las vacunas del calendario:					
27	El refuerzo de las vacunas son tan importantes como las vacunas del calendario:					
28	Al no vacunarse aumenta el riesgo de enfermarse:					
29	Las vacunas fuera de la edad indicada previene de las enfermedades					
30	Dejaría vacunar a su hijo si presenta complicaciones leves (Fiebre, dolor, etc.):					
31	Si le falta una vacuna a su niño, considera necesario cumplir con la vacuna en otra fecha:					

III.- PRÁCTICAS

32.- Cumple con la cita indicada en su carnet de vacunación:

a.- Sí. b.- No.

33.- Revisa continuamente el calendario de vacunas de la tarjeta de control de su niño:

a.- Sí. b.- No.

34.- Revisa las indicaciones de la enfermera en la tarjeta de vacunación:

a.- Sí. b.- No.

35.- Después de la aplicación de la vacuna practica los cuidados indicados por la enfermera:

a.- Sí. b.- No.

36.- Su niño tiene las vacunas completas para la edad que tiene.

a.- Sí. b.- No.

37.- Si su hijo tiene complicaciones leves después de la vacunación acude a emergencia:

a.- Sí. b.- No.

38.- Se interesa por obtener más información sobre las vacunas aplicadas a su niño.

a.- Sí. b.- No

Apéndice 5: Resultados descriptivo de los conocimientos de las madres sobre inmunizaciones.

Tabla 9

Nivel de conocimiento de las madres sobre inmunizaciones

	Incorrecto		Correcto	
	n	%	n	%
Que es la vacuna	115	52,8	103	47,2
Las vacunas son necesarias porque:	105	48,2	113	51,8
Reacciones adversas	160	73,4	58	26,6
Reacciones adversas leves	137	62,8	81	37,2
Hasta que edad se coloca las vacunas	189	86,7	29	13,3
Edad que se coloca la vacuna al RN	128	58,7	90	41,3
Edad de la 1era y 2da de Rotavirus, Pentavalente, Antipolio (Iny), Neumococo	119	54,6	99	45,4
Edad de la 3era dosis de Pentavalente y antipolio oral	165	75,7	53	24,3
Edad que se coloca la 1er y 2da dosis de la Influenza	165	75,7	53	24,3
Edad que se coloca 1er SPR y DPT 3era de Neumococo	147	67,4	71	32,6
Edad que se coloca 1er Ref. DPT, 2do SPR y 1er Ref. Antipolio oral	184	84,4	34	15,6
Edad que se coloca 2do Ref. DPT y 2do Ref. Antipolio oral	187	85,8	31	14,2
La vacuna BCG protege contra:	149	68,3	69	31,7
La vacuna Pentavalente protege contra:	168	77,1	50	22,9
La vacuna SPR protege contra:	154	70,6	64	29,4
La vacuna DPT protege contra:	186	85,3	32	14,7
La vacuna Rotavirus protege contra:	118	54,1	100	45,9
La vacuna Antipolio protege contra:	132	60,6	86	39,4

Apéndice 6: Resultados descriptivo de las actitudes de las madres sobre inmunizaciones.

Tabla 10

Nivel de actitud de las madres sobre inmunizaciones

	T/D		E/D		NA/ND		D/A		T/A	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Las vacunas son nocivas para la salud	60	27,5	70	32,1	20	9,2	48	22,0	20	9,2
Las vacunas protegen contra las enfermedades complicadas (Sarampión, Rubeola, etc.)	9	4,1	9	4,1	9	4,1	99	45,4	92	42,2
Es importante cumplir con todas las vacunas del calendario	14	6,4	4	1,8	2	0,9	74	33,9	124	56,9
El refuerzo de las vacunas son tan importantes como las vacunas del calendario	10	4,6	12	5,5	4	1,8	82	37,6	110	50,5
Al no vacunar a su niño aumenta el riesgo a enfermarse	58	26,6	70	32,1	20	9,2	48	22,0	22	10,1
Las vacunas fuera de la edad indicada previene de las enfermedades complicadas	82	37,6	136	62,4						
Dejaría vacunar a su hijo si presenta complicaciones leves (Fiebre, dolor, etc.)	48	22,0	41	18,8	10	4,6	62	28,4	62	28,4
Si le falta una vacuna a su niño, considera necesario cumplir con la vacuna en otra fecha	12	5,5	12	5,5	4	1,8	82	37,6	108	49,5

Apéndice 7: Resultados descriptivo de las actitudes de las madres sobre inmunizaciones

Tabla 11

Nivel de prácticas de las madres sobre inmunizaciones

	Nivel de practicas			N
	Si	n	No	
Cumple con la cita indicada en su carnet	43,1	94	56.9	124
Revisa continuamente el calendario de vacunas de control de su niño	39.4	86	60.6	132
Revisa las indicaciones de la enfermera en la tarjeta de vacunación	45.0	98	55.0	120
Después de la aplicación de la vacuna practica los cuidados indicados por la enfermera	43.1	94	56.9	124
Su niño tiene las vacunas completas para la edad que tiene	41.7	91	58.3	127
Si su hijo tiene complicaciones leves después de la vacunación acude a emergencia	51.8	113	51.8	113
Se interesa por obtener más información sobre las vacunas aplicadas a su niño.	43.6	95	56.4	123

