

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

FACTORES SOCIOCULTURALES Y CONOCIMIENTOS DE LA
MADRE QUE SE RELACIONAN CON EL CUMPLIMIENTO
DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO DE 1 AÑO.
CENTRO DE SALUD BOLOGNESI, 2014

TESIS

Presentada por:

Lic. Flor Patricia Flores Escalante

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CONOCIMIENTOS DE LA MADRE
QUE SE RELACIONAN CON EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA
DE VACUNACIÓN DEL NIÑO DE 1 AÑO. CENTRO DE
SALUD BOLOGNESI, 2014**

TESIS

Presentada por:

LIC. FLOR PATRICIA FLORES ESCALANTE

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Aprobado por; _____ ante el siguiente jurado



Dra. Ingrid María Manrique Tejada
PRESIDENTE



Dra. María del Carmen Silva Cornejo
MIEMBRO



Lic. Jenny Concepción Mendoza Rosado
MIEMBRO



Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios por mostrarme su misericordia y fidelidad eterna al bendecir mis momentos de debilidad en el camino hacia el logro de mis objetivos y por iluminar con su sabiduría el sendero hacia el logro de los mismos.

A mis padres Patricio e Hilda por allanar el camino a la culminación de esta profesión que es mi pasión; a ti papá continúa bendiciéndome desde el cielo y a ti mamá, por ser mi ejemplo; nunca sueltes mi mano, los amo.

Flor Patricia

AGRADECIMIENTO

A todos mis compañeros de estudio, de profesión y de trabajo porque aprendí de ellos en el compartir diario del transcurrir de mi profesión y con su ejemplo fortalecieron el cariño y pasión por la profesión que amo.

*A mis hijos Álvaro y Brisa por su paciencia en aceptar mis ausencias
y a mi esposo Rubén por compartir mis sueños
y celebrar conmigo mis logros.*

A mi asesora Dra. Silvia Quispe Prieto por su apoyo y motivación al compartir sus conocimientos y experiencias impulsándome a la obtención de este logro, todo mi agradecimiento y bendiciones.

Y por último y no menos importante al personal del centro de Salud Bolognesi que me permitió aplicar los instrumentos necesarios para la elaboración de la presente tesis, y sobre todo a las madres de familia quienes con agrado e interés aceptaron participar de este estudio.

Flor Patricia

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	01
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1.1. Fundamentos y Formulación del Problema.....	04
1.2. Objetivos	11
1.3. Justificación	12
1.4. Formulación de la hipótesis	15
1.5. Operacionalización de variables	15
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Definición conceptual de términos	82
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Material y Métodos.....	84

3.2. Población y Muestra	84
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	86
3.4. Procesamiento y análisis de datos.....	89

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados	90
4.2. Discusión	111

CONCLUSIONES	127
--------------------	-----

RECOMENDACIONES.....	129
----------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
---------------------------------	-----

ANEXOS.....	137
-------------	-----

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Distribución según cumplimiento del Esquema de Vacunación del niño de un año. Centro de Salud Bolognesi. Tacna 2014.	91
Tabla 2.	Distribución según Factores socioculturales de madres de niños de un año. Centro de Salud Bolognesi. Tacna 2014.	93
Tabla 3.	Distribución según nivel de conocimiento de madres de niños de un año. Centro de Salud Bolognesi. Tacna 2014.....	96
Tabla 4.	Distribución según nivel de conocimientos y cumplimiento del esquema de vacunación del niño de un año. Centro de Salud Bolognesi. Tacna 2014.	98
Tabla 5.	Distribución según factores socioculturales de la madre y el cumplimiento del esquema de vacunación. Centro de Salud Bolognesi. Tacna 2014.	100

INDICE DE GRÁFICOS

- Grafico 1. Distribución según cumplimiento del Esquema de Vacunación del niño de un año. Centro de Salud Bolognesi. Tacna 2014. 92
- Grafico 2. Distribución según Factores socioculturales de madres de niños de un año. Centro de Salud Bolognesi. Tacna 2014. 95
- Grafico 3. Distribución según nivel de conocimiento de madres de niños de un año. Centro de Salud Bolognesi. Tacna 2014..... 97
- Grafico 4. Distribución según nivel de conocimientos y cumplimiento del esquema de vacunación del niño de un año. Centro de Salud Bolognesi. Tacna 2014. 99
- Grafico 5. Distribución según factores socioculturales de la madre y el cumplimiento del esquema de vacunación. Centro de Salud Bolognesi. Tacna 2014 106

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar los factores socioculturales y conocimientos de la madre que se relacionan con el cumplimiento del esquema de vacunación del niño de 1 año, es un estudio cuantitativo, relacional descriptivo, la muestra fue conformada por 50 madres con niños de 1 año, que acuden al consultorio de Enfermería, Se concluye: que el 42% de las madres tiene mediano nivel de conocimientos sobre vacunas. El 46% de las madres cumplen el esquema de vacunación en forma regular. No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y el cumplimiento del esquema de vacunación. En cuanto a los factores socioculturales de la madre el 60% tiene entre 30 y 59 años, el 82% tiene estado civil estable, el 54% trabaja, el 64% gana menos de 1000 ns. El 44% tiene más de 2 hijos, el 54% tiene estudios superiores. Así mismo en cuanto a su relación con el cumplimiento del esquema de vacunación no existe relación estadísticamente significativa entre los factores socioculturales y el cumplimiento del esquema de vacunación excepto en el ítem de número de hijos en donde si existe relación estadísticamente significativa con el cumplimiento del esquema de vacunación del niño.

Palabra clave: Factores Socioculturales, Conocimientos y Esquema de Vacunación.

ABSTRACT

The study aimed to determine sociocultural factors and knowledge of the mother that relate to compliance with the vaccination scheme of the 1 year old child, is a quantitative, relational descriptive study, the sample was made up of 50 mothers With 1-year-old children attending the Nursing practice. It is concluded that 42% of mothers have a medium level of knowledge about vaccines. 46% of mothers comply with the vaccination schedule on a regular basis. There is no statistically significant relationship between the level of knowledge and compliance with the vaccination schedule. As for the sociocultural factors of the mother, 60% are between 30 and 59 years old, 82% have stable civil status, 54% work, 64% earn less than 1000 ns. 44% have more than 2 children, 54% have higher education. Likewise, in relation to the compliance with the vaccination scheme, there is no statistically significant relationship between sociocultural factors and compliance with the vaccination schedule except in the number item of children, where there is a statistically significant relationship with compliance with the vaccination schedule Immunization schedule of the child.

KeyWords: Sociocultural factors, knowledge, vaccination Schedule.

INTRODUCCION

La Salud es la condición indispensable para el desarrollo humano y el medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, lo cual debe ser de interés público siendo factible de alcanzar mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas.

Para ello el MINSA aprueba la "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación" con la finalidad contribuir a mejorar el nivel de salud de la población especialmente de los menores de cinco años a través de la vacunación y de esa manera contribuir a la disminución de la morbimortalidad causada por enfermedades inmunoprevenibles

Los agentes inmunizantes actuales son eficaces y seguros y es la vacunación el mecanismo más eficaz recomendado para prevenir enfermedades frecuentes en la niñez. El procedimiento se efectúa por medio de lo que llamamos inmunizaciones, conocido también como la introducción de sustancias o antígenos, los cuales aportan anticuerpos que ayudan a prevenir enfermedades y se brinda en forma gratuita a todos los niños menores de cinco años en todos los establecimientos de salud del Perú y cuya responsabilidad en el cumplimiento de la misma

radica en los padres de familia; los cuales son responsables de su cumplimiento en forma oportuna.

A pesar de esto, cada año hay más de 20 millones de lactantes que no reciben las vacunas habituales, y más de 1,5 millones de menores de cinco años mueren por enfermedades que podrían evitarse si los padres asumieran con responsabilidad su rol, pues muchas madres desconocen la importancia que tienen las vacunas en la prevención de enfermedades por diferentes motivos como ser edad de la madre, grado de instrucción, ingresos económicos, ocupación, número de hijos y falsas contraindicaciones de la vacunación entre otros; lo cual se evidencia en las bajas coberturas de vacunación en niños de 1 año, poniendo en riesgo su vida y las de la población en general.

Por todo lo mencionado surge la necesidad de reconocer cuales son los factores socioculturales y de conocimiento que se relacionan con el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de 1 año que acuden al Centro de Salud Bolognesi.

El contenido de la investigación está organizado de la siguiente forma:

El capítulo I. Se presenta el planteamiento del problema, así mismo se justifica el trabajo, se describe el objetivo general, concluyendo este apartado con la Operacionalización de variables.

En el **capítulo II**, contiene el marco teórico, relacionado a los antecedentes del estudio en donde se detallan algunas referencias históricas, incluyendo también las bases teóricas científicas de la vacunación.

En este mismo apartado se desarrolla el tema donde se dan a conocer la definición operacional de términos básicos

En el **capítulo III**, se describe la metodología que se siguió para la determinación de la unidad de estudio.

En el **capítulo IV** se hace la discusión e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación y para mayor comprensión de los datos se presentan cuadros de distribución de frecuencias y gráficas de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentos y formulación del problema.

La salud según la OMS, es el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, no la mera ausencia de enfermedades; (1) y la consecución de este estado de bienestar en el niño es responsabilidad primordial de los padres y en forma secundaria de la familia, la sociedad y la medicina; estos sectores cuentan con apoyo sustancial que representan los programas de salud preventiva que desarrollan los países.

Son dos siglos desde el descubrimiento de un auténtico milagro de la medicina preventiva, que constituye un método de aprovechar las ventajas de un método de defensa de una larga lista de enfermedades infecciosas, muchas de las cuales podrían ser un motivo de graves consecuencias para la persona que lo padeciera, hechos que se suceden por la ausencia de un plan de vacunación oportuno.

En Latinoamérica principalmente no han tenido los resultados esperados; la salud de la población infantil especialmente en los sectores populares se mantiene un índice elevado de 1,7 millones de niños que mueren a consecuencia del no cumplimiento del esquema de vacunación; la misma que de ser aplicada en forma oportuna protege a los niños contra algunas de las enfermedades más peligrosas de la infancia.

La familia es a quien corresponde la responsabilidad del cuidado y velar por la salud física y mental del niño, quien entre otros cuidados requiere cumplir con todo un calendario de vacunación el cual es normado por el MINSA y cuyo cumplimiento regular protege al menor de 5 años contra enfermedades prevenibles por vacuna puesto que las vacunas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad. Solo cuando el niño contrae una enfermedad prevenible por vacuna es cuando la madre encuentra sentido de la verdadera importancia de la vacunación en forma oportuna. Es alarmante que a nivel mundial y en algunas regiones la cobertura de inmunización sólo ha registrado un incremento marginal desde principios del decenio de 1990, y en el año 2003 más de 27 millones de niños en todo el mundo no fueron inmunizados durante su primer año de vida;

Reconociendo que cada año 1,4 millones de niños menores de cinco años mueren de enfermedades que pueden prevenirse mediante las vacunas actualmente disponibles. (2)

Según la estadísticas de las ENDES a nivel nacional el año 2013 las coberturas de vacunas en niños de 1 año disminuyen bruscamente, SPR de 93,8% a 84,7%, neumococo de 89,3% a 85,1% y 1er Ref. DPT de 85,5% a 61,3%. Por lo expuesto se puede observar que en líneas generales desde el año 2007 al 2012 no se ha logrado las coberturas necesarias establecidas por la OMS/OPS y que en el 2013 se ha producido un nuevo retroceso pasando de una cobertura de 73,9% a solo 67,6% (3)

Mientras que en Tacna, que es una población urbana por excelencia (91,3%) y cuenta con una población migrante aproximadamente del 37,2% (según el censo oficial del año 2007). (4), las coberturas de vacunación alcanzadas el año 2010 fueron por debajo del 95%, para las distintas vacunas en niños de 1 año: Neumococo 70,77%; SPR 85,76% (ASIS DIRESA-T 2011; 6). Para el año 2011, la situación es casi similar: Neumococo (88,2%); SPR (87,3%). Para el 2012 se alcanzó en Neumococo 79,4%; SPR

85,1%, DPT 69,03%. Para el año 2013 en Neumococo 75,2%; SPR 78,82% y DPT 62,3%. Pudiendo observarse que dichos porcentajes se encontrarían por debajo del 95% que es lo recomendado por la OMS, permaneciendo un potencial riesgo sobre niños menores de 2 años susceptibles a enfermar.

En el caso concreto remitiéndonos a la jurisdicción del C.S. Bolognesi, este se encuentra ubicado en el casco urbano del departamento de Tacna, contando con una población sujeto de programación de 14291 de los cuales 203 correspondes a niños de un año.

Este Centro de Salud presenta con una característica peculiar pues dentro de su jurisdicción cuenta con una gran concentración de mercadillos, locales comerciales, Instituciones educativas, entidades bancarias, farmacias, etc. Por lo cual cuenta con gran población flotante.

Por lo expuesto anteriormente las coberturas en el C.S. Bolognesi en vacuna DPT han disminuido bruscamente de 92,4% (2012) al 77,67% (2013) quedando un buen porcentaje de niños sin proteger lo cual eleva el riesgo de reintroducción de enfermedades que fueron controladas.

Actualmente las coberturas en niños de 1 año protegidos por vacuna (1ra SPR, 3ra Neumococo, 2da SPR, 1er ref. De DPT y 1er ref. de Antipolio) es de 60,09% de Enero a Agosto del 2014, a los cuales se logra proteger a través de insistentes visitas domiciliarias y/o llamadas telefónicas para que acudan al establecimiento de salud y reciban las vacunas antes de cumplir los 2 años. Pues por diversos motivos, como falta de tiempo, están enfermos y/o viajes, por motivos de trabajo pues refieren trabajar de 8 am a 9 pm descansando solo los domingos, trabajan en Arica retornando solo los sábados en la tarde para regresar los lunes a primera hora, viven en casas alquiladas por lo tanto cambian de domicilio muchas veces fuera de la jurisdicción del establecimiento de salud, migran a otras ciudades, olvido, no encontraron cupo, no tienen tiempo para esperar la atención entre otros no cumplen con el esquema nacional de vacunación que 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.

En concordancia con lo antes señalado, la inmunización protege a los niños contra algunas de las enfermedades más peligrosas de la infancia, importancia que muchas veces es desconocido por los

progenitores motivo por el cual incumplen las citas y cronogramas de vacunas de sus hijos; en otros casos las ocupaciones laborales son prioritarias y se descuidan por lo que los niños de un año no reciben las vacunas dentro del calendario normal lo cual los pone en riesgo de contraer una enfermedad prevenible por vacuna pues sus organismos no están en condiciones de responder ante un agente extraño.

En las campañas de inmunización realizadas por los organismos competentes, a través de la historia se observa que se ha logrado erradicar enfermedades como la viruela, sarampión, poliomielitis, entre otras; situaciones que deben mantenerse y que la falta de cumplimiento origina la violación de los derechos de la niñez, a estar protegido, a recibir garantías de salud para alcanzar uno de los indicadores de calidad de vida.

El mantenimiento de la salud del niño es la mejor garantía de una vida sana; por lo que la medicina infantil debe poseer una visión de futuro, pero regularmente no es tratada de esta manera, no se han logrado solucionar los problemas en la infancia, por lo que en muchos casos las secuelas en la edad adulta son muy severas, por las consecuencias que generan las enfermedades que pudieran

evitarse si el niño recibiera oportunamente un plan completo de inmunización.

Según resultados obtenidos en el estudio realizado en el C.S. San Francisco el 41,8% de las madres tienen bajo nivel de conocimientos sobre vacunas (5). Así mismo estudios realizados en el Centro de Salud Mi Perú en Lima concluyeron que los factores que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización son los factores socioeconómicos en un 70%, así también la creencia sobre las vacunas y el trato del personal de enfermería. (6) (7).

A nivel latinoamericano los factores que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación son los factores socioeconómicos costumbres, creencias barreras geográficas no conocen cuales son las enfermedades que previenen las vacunas. (8) (9).

A nivel mundial diversos estudios demostraron que el cumplimiento del esquema de vacunación está relacionado a los escasos conocimientos de las madres acerca de las vacunas (10)

Según otros estudios revisados para la realización del presente estudio los factores que se relacionan con el cumplimiento del

esquema de vacunación son: factores sociales, factores económicos, factores culturales, factores demográficos así como también conocimientos erróneos acerca de las vacunas.

Según el Esquema Nacional de Vacunación el niño de 1 año para ser considerado protegido por vacuna debe recibir las siguientes vacunas: A los 12 meses 1era dosis de SPR y 3era dosis de Neumococo y a los 18 meses la 2da dosis de vacuna SPR, el 1er ref. de vacuna DPT y el 1er refuerzo de vacuna antipolio.

Por todo lo mencionado surge la pregunta, ¿Qué Factores Socioculturales y Conocimientos de la madre se relacionan con el cumplimiento del Esquema de vacunación del niño de 1 año? Centro de Salud Bolognesi. Tacna 2014.

1.2. Objetivos:

Objetivo General

Determinar los factores socioculturales y conocimientos de la madre que se relacionan con el cumplimiento del esquema de vacunación del niño de 1 año. Centro de Salud Bolognesi, 2014.

Objetivos específicos

- ✓ Determinar el cumplimiento de esquema de vacunación de los niños de 1 año. Centro de Salud Bolognesi Tacna - 2014
- ✓ Caracterizar los factores socioculturales que presentan las madres de niños de 1 año. Centro de Salud Bolognesi, 2014
- ✓ Identificar el nivel de conocimientos sobre inmunizaciones en las madres de niños de 1 año. Centro de Salud Bolognesi, 2014

1.3. Justificación:

El cumplimiento de la vacunación dentro de las edades estipuladas por el Esquema nacional de vacunación busca mejorar el nivel de salud de la población mediante el control de enfermedades prevenibles por vacuna. Su incumplimiento genera un problema de salud de graves consecuencias y/o complicaciones como ser neumonía, encefalopatías, miocarditis, parálisis temporal, daño renal, retraso del crecimiento, episodios de apnea y muerte entre otros, y que los padres y la familia en general debe enfrentar, en circunstancias que los niños no se beneficiaron de inmunización, herramienta del sistema de salud que es de gran utilidad demostrada

por varias décadas, porque permite controlar e incluso erradicar las enfermedades.

La investigación es factible, puesto que se cuenta con los conocimientos necesarios en el área de la salud, y el apoyo del personal de salud del Centro de Salud Bolognesi.

Dada la importancia del problema que se investiga, es necesario captar a las madres de niños de 1 año (1 año 6 meses a 1 año 11 meses), en donde la labor de la enfermera cobra mayor importancia en relación a la información, educación y comunicación que brinda para crear conciencia de los beneficios de la vacunación oportuna y los riesgos y/o consecuencias del no cumplimiento dentro del calendario normal, promoviendo así el cumplimiento de citas de vacunación, brindándose con la investigación un aporte científico a la población sobre la temática del estudio. Como beneficiarios directos se considera a los niños de 1 año, y padres de familia, como beneficiarios indirectos se establece a la sociedad en general, pues de esta manera se disminuirá los índices de morbilidad y mortalidad infantil por enfermedades prevenibles por vacuna; problemas que inclusive le generan al Estado un elevado presupuesto. Esta investigación permitirá además dar luces al Gobierno Regional y la Municipalidad Provincial de Tacna para que identifique las causas de las bajas coberturas de vacunación e incluyan dentro de su Plan de Gobierno

la promoción permanente de la importancia de las vacunas en los niños menores de cinco años y exijan la presentación de una constancia que certifique que el niño tiene sus vacunas completas para su edad y no solo la presentación del carnet de vacunación para ser beneficiarios de cualquier programa de apoyo.

Los resultados de la presente investigación contribuirán a que el personal de enfermería del C.S. Bolognesi reconozcan cuales son las causas que se relacionan con el cumplimiento del esquema de vacunación y de esta manera establecer y/o mejorar las estrategias de vacunación logrando así elevar las coberturas de niños protegidos por vacuna lo cual contribuirá a disminuir el riesgo de enfermar y/o morir de los niños menores de 5 años por enfermedades prevenibles por vacuna.

Los profesionales de enfermería tiene el papel importante de mantener y/o mejorar las coberturas en este caso de niños de 1 año con 1era dosis de SPR, 3ra dosis de Neumococo, la 2da dosis de vacuna SPR, el 1er ref. de vacuna DPT y el 1er refuerzo de vacuna antipolio las mismas que se deben cumplir según el Esquema Nacional de Vacunación lo cual reviste importancia pues se estará de esta manera evitando rebrotes de enfermedades controladas y/o erradicadas.

1.4. Formulación de Hipótesis:

Existe relación significativa entre los factores socioculturales y conocimientos de la madre con el cumplimiento de la vacunación del niño de 1 año Centro de salud Bolognesi. Tacna - 2014.

1.5. Operacionalización de Variables:

Variable dependiente:

Cumplimiento del calendario de vacunación

Variable independiente:

Factores socioculturales

Conocimientos de la madre sobre inmunizaciones

Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Conocimientos de la madre	Conocimientos: Es la información objetiva, racional que adquieren y retienen de los estudiantes a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje.	Alto	17 a 20 puntos	Ordinal
		Mediano	11 a 16 puntos	
		Bajo	0 a 10 puntos	
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores socioculturales	Factores socioculturales <i>Factores sociales:</i> Son características que permitan identificar el riesgo social y la vulnerabilidad de la persona, la influencia del ambiente en la situación problemática, así como la viabilidad de la intervención, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto. <i>Factores culturales:</i> Son características de la Cultura, y ésta es el conjunto de todas las formas de vida y expresiones de una sociedad determinada.	Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> Edad Sexo Estado civil Ocupación Ingreso económico Número de hijos Condición de la vivienda según tenencia 	Ordinal
		Factores culturales	<ul style="list-style-type: none"> Grado de instrucción Religión Lugar de procedencia 	
VARIABLE DEPENDIENTE Cumplimiento del esquema de vacunación	Esquema de Vacunación: Es la representación secuencial cronológica, ordenada de la aplicación de las vacunas aprobadas por el Ministerio de Salud a nivel nacional, para contribuir a mejorar la calidad de la salud de la población infantil mediante el control de enfermedades inmunoprevenibles.	Calendario de vacunación	<ul style="list-style-type: none"> Calendario de vacunación Regular completo. Calendario de vacunación Irregular completo Calendario de vacunación incompleto 	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Luna S. (11) En su investigación “Factores socioeconómicos, culturales y laborales que se relacionan con el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de 13 meses centro de salud Metropolitano”. (Tesis para optar Título de Segunda especialidad Enfermería en crecimiento y desarrollo del niño) Tacna. 2014

Concluyendo que el 60,8% de los niños tienen cumplimiento regular y el 39,2 % cumplimiento irregular del esquema de vacunación.

No existe relación Estadísticamente significativa en los factores socio económico identificados y el cumplimiento del esquema de vacunación del niño.

En relación a los factores culturales existe relación estadísticamente significativa entre vacunaría a su niño enfermo, y el cumplimiento del esquema de vacunación con una confiabilidad del 95% y significancia de <0.05 , Así mismo no existe relación estadística con los demás factores culturales identificados.

En relación a los factores laborales (Institucionales) existe relación Estadísticamente significativa entre, la disponibilidad de biológicos y el cumplimiento del esquema de vacunación con una confiabilidad del 95% y significancia de <0.05 , Así mismo no existe relación estadística con los demás factores laborales identificados.

Paredes Y. (12), Perú. En su investigación denominada “Conocimientos y percepción de las madres de familia y profesores acerca de las vacunas aplicadas en campañas de vacunación en las Instituciones Educativas del nivel Secundario, Cercado Tacna 2008”. Los resultados indicaron que la mayoría de las madres el 68,54% desconoce el contenido de las vacunas, Así mismo, el 66,77% y el 82,47% de madres de familia y 23 profesores están de acuerdo con la vacunación según percepción de los grupos de estudio. Concluyó que el 32,99% de los profesores indican que las vacunas contienen virus atenuado; el 68,54% desconocen de lo que contienen las vacunas. Las madres están de acuerdo en que vacunen a sus hijos y entre las razones principales, es que previenen enfermedades.

Valdivia K. (5), Perú. En su trabajo titulado “Conocimiento sobre inmunizaciones y su relación con factores sociodemográficos de

madres con niños menores de dos años, C.S. San Francisco, Tacna 2012” en Tacna.

Los resultados obtenidos determinaron que el 41,8% presentó un nivel bajo de conocimiento, 35,2% nivel medio y 23,1% nivel alto; los factores sociodemográficos predominantes, fueron: edad de 20-34 años, tenencia de 1-2 hijos y estado civil casada/conviviente.

Concluyendo que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones con los factores sociodemográficos de la madre de niños menores de dos años.

Medina G. (6), Perú. En su investigación denominada “Factores socioeconómicos y culturales que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización de las madres de niños menores de un año en el Centro de Salud “Mi Perú”. Ventanilla”, en Lima 2007.

Sus resultados señalan que según la edad, del 100% (20), el 60% está comprendido entre 21 a 30 años, el 25% entre 31 a 40 años, el 10% entre 16 a 20 años y el 5% de 10 a 15 años. Así mismo en cuanto a su grado de instrucción, el 50% tiene secundaria, el 35% primaria, el 10% superior y el 5% analfabeta. En cuanto al lugar de procedencia el 60% proviene de la sierra, el 35% de la costa y el 5% de la selva.

Las conclusiones fueron: los factores que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización son los factores socioeconómicos en un 70,0% y los factores culturales se encuentran presentes en un porcentaje de 50,0%”.

Gonzales D. (7), Perú. En su investigación denominada “Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011” en Lima.

Resultados, del 100% (44); 59% (26) de las madres refieren que los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación son ingreso económico, gasto de pasaje para ir a vacunar al niño, la creencia sobre las vacunas, gratuidad de las vacunas, el trato del personal de Enfermería, la información de las citas posteriores y de las reacciones post vacúnales, seguido del 41% (18) que refieren que el incumplimiento se debe a la ocupación de la madre, le es difícil llevar a vacunar al niño si gastara pasajes, contraindicación de las vacunas, que la vacuna pentavalente protege contra cinco enfermedades, la accesibilidad al servicio, el tiempo de espera.

Juhasz J. (8), Venezuela. En su trabajo titulado “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 Eduvigés”. Puerto La Cruz. Anzoátegui. 2008”.

Resultados: 56,9% no conoce cuáles son las enfermedades que previenen las vacunas; motivos de no vacunación y creencias: no hubo vacuna (36,1%), enfermedad del niño (27,8 %), olvido de vacunar (22,2 %), trabajo materno (8,3 %), migración (2,8 %), es mejor adquirir la enfermedad naturalmente y falta de comprensión de la tarjeta (1,4 %). Posteriormente, se comienza a aplicar el programa educativo, para realizar los correctivos a nivel de atención primaria.

Moukhallalele K. (13), Venezuela. En su investigación denominada “Factores que influyen en el nivel de conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas. Servicio de Cuidados Intermedios V. Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga”. Barquisimeto. Estado Lara 2008.

Resultados, el grado de instrucción y condición socioeconómica obtuvo un nivel de conocimiento regular con 47,67% para ambos, el mayor porcentaje de conocimiento obtenido por la madre es de las

enfermeras con 43,67% de los ambulatorios y el nivel de conocimiento es regular con 45,8%. Se concluye que los factores estudiados tienen influencia sobre el nivel de conocimiento.

Becerra M. (9), Colombia. En su investigación denominada “Barreras de acceso al Programa Ampliado de Inmunizaciones, de la población infantil asistente a las casas vecinales de Tibabita y Horizontes de la localidad de Usaquén, Bogotá D.C., año 2008” en Bogotá, se realizó un estudio descriptivo transversal, con una población total de 208 niños, estratificados por grupos de edad, se evaluaron los esquemas de pentavalente, triple viral y refuerzos de polio y DPT.

En los resultados se encontró que el 66% de los niños tienen esquema de vacunación completo, 21% completos tardíamente y 13% esquema incompleto. La mayor proporción de esquemas incompletos está en el régimen subsidiado con 57%. El cumplimiento del esquema de pentavalente es del 90%, triple viral 97% y para refuerzos de Polio y DPT del 85%. Las causas del incumplimiento en los esquemas de vacunación se agruparon en a) barreras dadas desde el servicio de salud y b) las relacionadas con la familia. Las barreras desde el servicio, se relacionan directamente con la actitud del personal que aplica el biológico, las experiencias negativas por eventos adversos y

la presencia de estudiantes. Las barreras de la familia se relacionan con costumbres, cultura, creencias, barreras geográficas y aspectos socioeconómicos de la madre y/o el cuidador.

Landázuri D. (14), Ecuador. En su trabajo titulado “Factores socioculturales en el cumplimiento del esquema de inmunización de niños menores de un año del Sub Centro Hospital San Luis de Otavalo, periodo 2009-2010”,

Los Resultados demostraron que las razones para no cumplir el esquema de vacunación son diversas; el 52,0% porque luego de la aplicación de la vacuna el niño enferma el 18,0% falta de tiempo y el 15,0% el trabajo limita que las madres de familia tengan tiempo suficiente para cumplir con las citas de las vacunas. Concluyendo que aproximadamente la mitad de las madres de niños menores de un año, presentan un nivel de conocimiento sobre inmunizaciones medio con el 52,5 %, seguido un 42,5 % con nivel de conocimiento bajo y alto solo el 5,0 %. El grado de instrucción, procedencia y nivel de ingreso económico. Son variables que presentan relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento materno sobre inmunizaciones. La edad materna, estado civil son variables que no presentan relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento materno sobre inmunizaciones.

Caspi A., LIMA J. (15), Ecuador. En su trabajo titulado "Factores de riesgo que inciden en el cumplimiento del Esquema De Vacunación de los niños menores de cinco años de la comunidad de Santa Fe del Subcentro de Salud Atahualpa de la Parroquia Atahualpa, Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua durante el periodo de mayo del 2012 a noviembre del 2012",

Los resultados: el 57% de los padres de familia manifiestan conceptos errados o no conocen lo que son las vacunas, el 29 % de los niños menores de 5 años tienen el esquema de vacunación incompleto, el 43 % por completar, el 10% completo y terminado y el 18% no terminaron y tampoco completaron el esquema de vacunación. Concluyendo, que la mayor parte de los padres de familia cuentan con un nivel de educación primario y en su mayoría se dedican a tiempo completo a la agricultura. Factores sociales que limitan el acceso a los programas de salud y por ende al cumplimiento del esquema de vacunación.

Rodríguez O., Castañeda A. (10), Cuba. En su investigación denominada "Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos a madres de niños vacunados hasta los 18 meses 2009",

En los resultados se encontraron que antes de recibir las labores educativas eran escasos los conocimientos que poseían las madres acerca de la importancia de la inmunización para sus hijos, cuáles vacunas se le ponen hasta los 18 meses, el concepto de la misma así como las enfermedades eliminadas en nuestro país y las protegidas por las vacunas. Así como sus contraindicaciones y las reacciones adversas que pueden producirse en el momento de la inmunización. Concluyendo que al inicio de la investigación las madres tenían poco conocimiento sobre las vacunas que se les ponen a sus hijos, luego de la intervención se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se consideró efectiva la intervención.

Martínez C. (16), España. En su trabajo titulado “Actitud de las Madres hacia el Cumplimiento del Calendario de Vacunación en los Niños Menores de 6 años, en el Servicio de Hospitalización de Pediatría del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga. Septiembre – Octubre 2004.” En Valencia,

Los resultados se determinaron que las madres en un 94,4 % refirieron conocer el calendario de vacunas, 43% negó haber visto o escuchado mensajes sobre vacunación en el último mes para el momento de la encuesta, 40,8% desconoce la presencia de nuevas

vacunas. Así mismo, 47,9% tuvieron la creencia que las vacunas curan enfermedades en sus niños. El 25,4% tuvieron creencias acerca de falsas contraindicaciones en la aplicación de vacunas, las madres en un 56,3% han presentado retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna, 97,2% de las madres afirmaron que debería haber más centros de vacunación.

En conclusión, se demostró 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 sobre nuevas inmunizaciones. Las madres presentan retraso en el cumplimiento de las vacunas de sus niños. Se observa la necesidad de la existencia de más centros de vacunación. Es necesario reforzar los procesos de educación y promoción de las vacunas, así como también apertura de centros de vacunación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. 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 (17).

El individuo tiene la capacidad de defenderse, en mayor o menor grado, contra enfermedades infecciosas, sustancias tóxicas o agentes nocivos, gracias a una serie de mecanismos de defensa que lo protegen desde antes del nacimiento (18).

Estos mecanismos forman parte de la Inmunidad innata o resistencia natural que es inespecífica, no se adquiere por contacto con algún antígeno, y está constituida por barreras físicas y químicas, como los epitelios de las vías respiratorias o digestivas, los movimientos ciliares de los bronquios, la integridad de la piel y mucosas, etcétera.

El otro mecanismo se conoce como inmunidad adquirida o específica, que se presenta ante la exposición a agentes nocivos o extraños para el organismo. La principal característica de ésta es que se puede inducir, tiene memoria y es transferible. En este tipo de inmunidad participan dos mecanismos: el celular, mediado por los linfocitos T y el humoral, mediado por los linfocitos B, productores de inmunoglobulinas.

Al activarse el proceso humoral se producen inmunoglobulinas (Ig) o anticuerpos de las cuales se conocen cinco tipos: IgA, IgG, IgM, IgD, e IgE; cada una de ellas participa en diferentes aspectos de la

respuesta inmune. La IgM es un anticuerpo de respuesta primaria; la IgG es característica de la respuesta de memoria o secundaria y, la IgE es un anticuerpo propio de las respuestas de tipo alérgico. Existen dos tipos de IgA, la del suero o sérica, y la secretoria o de las mucosas. La IgA secretoria es responsable de la “exclusión inmune” de las mucosas, lo que significa que mantiene libre de infecciones a las mucosas cuyo tejido linfoide ha sido previamente sensibilizado.

Las IgA e IgD, probablemente participan en funciones de inmunorregulación y como receptores de membranas de los linfocitos B.

La actividad de ambos tipos de células no es independiente; por ejemplo, las linfoquinas son moléculas producidas por los linfocitos T, que amplifican la magnitud de la respuesta humoral (por anticuerpos), además de participar “presentando” algunos tipos de antígenos a los linfocitos B, para generar anticuerpos específicos. También participan en la amplificación y eficiencia de la respuesta no específica, como la inflamación y la fagocitosis, así como en la producción de interferón alfa, que es una respuesta primaria inespecífica ante la invasión de un antígeno de tipo viral.

La producción de interferón alfa se inicia el mismo día (día 1) en que se aplica una vacuna de tipo viral (Sabin, triple viral); esta respuesta aun cuando no es específica contra el virus administrado, se dirige a evitar la replicación de cualquier virus dentro de las células. La aplicación en un mismo momento, o en días cercanos, de vacunas de tipo bacteriano (pentavalente, DPT, Td, DT, TT) no causa la producción del mencionado interferón, por lo tanto no se bloquea la respuesta inmune adecuada contra estos inmunógenos. Pueden aplicarse dos vacunas de tipo viral en una misma sesión de vacunación en un mismo individuo, ya que el interferón al ser inespecífico a la especie, inicia por igual el bloqueo de la replicación intracelular de los distintos tipos de virus vacunales aplicados. Cuando no se dispone de las dos vacunas virales en un mismo momento, debe esperarse un lapso de 15 días para que el interferón circulante no bloquee la adecuada exposición del huésped a la nueva vacuna y con ello se asegure una respuesta inmune específica y adecuada (18).

Clasificación de la inmunidad :

Para adquirir la inmunidad existen dos mecanismos básicos: el activo y el pasivo (18).

a) Inmunidad activa

Es la estimulación del sistema inmunológico que produce un antígeno específico humoral (anticuerpos) e inmunidad celular. Se presenta después del contacto con agentes nocivos o extraños para el organismo como, por ejemplo, después de padecer una enfermedad natural; aquellas personas que se han recuperado de una infección generalmente desarrollan inmunidad para el resto de su vida para tal enfermedad, aunque esto dependerá de la enfermedad que se contraiga (la difteria no deja inmunidad vitalicia). La vacunación con organismos vivos, muertos o fracciones de los mismos, es una manera de generar este tipo de inmunidad. La protección que confiere la inmunidad activa puede ser de meses, años e incluso de toda la vida.

La persistencia de la protección a largo plazo se conoce como “memoria inmunológica”.

Esta protección se encuentra en glóbulos blancos conocidos como los linfocitos B de memoria, que circulan en sangre y residen en la médula ósea durante muchos años. Una nueva exposición al antígeno específico provoca que estas células

se repliquen y rápidamente produzcan anticuerpos, los cuales restablecen la protección inmune.

Por la forma en la que se adquiere la inmunidad activa se clasifica en natural y artificial.

- **Inmunidad activa natural**, Existe la inmunidad natural, que traemos al nacer debido a los Anticuerpos presentes en la Sangre. Esto explica que de un grupo de niños recién nacidos en contacto con el Germen de una Enfermedad, sólo se enfermen algunos; el resto tendría inmunidad natural para dicho germen.
- **Inmunidad activa artificial**, se genera por la sensibilización del sistema inmune con microorganismos atenuados e inactivados o fracciones de los mismos, mejor conocidos como vacunas.

b) La inmunidad pasiva

Es la transferencia de un individuo a otro, de los anticuerpos formados en su organismo. En general, comprende todos los tipos de productos sanguíneos, otros productos como glóbulos rojos lavados o reconstituidos, la

inmunoglobulina intravenosa y productos del plasma. En medicina existen tres grandes fuentes de anticuerpos que son utilizados conjuntamente con los productos sanguíneos usados para transfusión: 1) la inmunoglobulina, 2) la hiperinmunoglobulina humana homóloga y 3) el suero hiperimmune heterólogo (antitoxina).

La inmunidad pasiva se puede adquirir en forma natural o artificial

Inmunidad pasiva natural: durante el embarazo, la madre, a través de la placenta transporta IgG al producto de la gestación; al nacimiento, le provee de IgA secretora, a través del calostro de la leche materna.

Inmunidad pasiva artificial es la transferencia de anticuerpos formados en un individuo a otro de la misma o diferente especie. Un ejemplo clásico de esta forma de adquirir inmunidad es cuando a un individuo se le administra antitoxina o inmunoglobulina específica contra hepatitis B. La duración de la inmunidad pasiva artificial es en promedio de tres meses.

2.2.2. Vacunas

Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos. El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral (19).

1. Tipos de vacunas

Las vacunas producen la memoria inmunológica similar a la enfermedad adquirida en forma natural, por lo tanto, en los menores de cinco años de edad, que por algún motivo no han completado su esquema, éste no se requiere reiniciarlo a pesar de que hayan transcurrido más de seis meses desde la última dosis aplicada. Algunos factores que pueden influir para que el individuo presente una óptima respuesta a la vacunación es la presencia de anticuerpos maternos, la naturaleza y dosis del antígeno, la vía de administración, el adyuvante, la edad de la persona vacunada, su estado nutricional y la coexistencia de enfermedades.

Actualmente existen dos tipos básicos de vacunas: las compuestas por microorganismos vivos completos atenuados, muertos o inactivados, y las que se componen de subunidades o sus productos (toxoides, antígenos de superficie, etcétera) (20).

- **Las vacunas de agentes vivos atenuados**

Derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus o bacteria. Inducen una respuesta inmunológica similar a la generada durante la infección natural, ya que el sistema inmune no puede diferenciar entre una infección por una vacuna atenuada y una producida por el virus o bacteria “salvaje” eso les confiere una enorme importancia, ya que en general su uso representa un menor número de dosis y la duración de la memoria inmunológica es mayor. Debido a que la dosis inicial del agente vacunal se multiplica en el receptor se genera una infección atenuada, pero no se provoca la enfermedad.

- **Las vacunas de agentes inactivados o sus subunidades**

Son producidas por el crecimiento de la bacteria o del virus en un medio de cultivo, y se inactivan con calor o con

productos químicos (generalmente formalina). En el caso de vacunas inactivas que derivan de una fracción, el organismo es tratado para purificar solamente ese componente. Estas vacunas no son vivas, por lo tanto no pueden replicar y tampoco pueden causar enfermedad, aun en personas inmunocomprometidas. Pueden estar constituidas por el agente completo, como es el caso de la fracción pertussis en la vacuna DPT, por componentes aislados, como el polisacárido de la cápsula bacteriana de neumococos o de *Haemophilus influenzae* tipo b, por proteínas obtenidas por ingeniería genética, como es la vacuna recombinante contra la hepatitis B o bien, por exotoxinas a las que se les ha desprovisto de su toxicidad sin alterar su inmunogenicidad, como son los toxoides tetánico y diftérico; estas preparaciones tienen la enorme ventaja de ser muy seguras al sólo contener material biológicamente inerte y generalmente, requieren múltiples dosis, en general la primera dosis no genera inmunidad, es decir no produce anticuerpos protectores, solamente “pone en alerta” al sistema inmune y la protección se desarrolla recién después de la segunda o tercera dosis. La respuesta inmune no se

parece tanto a la infección natural como la de las vacunas vivas atenuadas, el tipo de respuesta es humoral y no mediada por células. Estos anticuerpos disminuyen en el tiempo y muchas veces es necesario dar dosis de refuerzo. Entre ellas encontramos a: Hepatitis B, Pertusis celular, toxoides (Difteria, Tétanos) o polisacáridos conjugados (Hib) (15).

2. Vacunación

Proceso de inducción y producción de inmunidad activa en un huésped susceptible. Se refiere también al acto físico de administración de la vacuna (21).

3. Niño con vacuna completa

Niño menor de 5 años que ha recibido todas las vacunas del Esquema Nacional de Vacunación según cronograma estipulado para su edad (21).

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Niños menores de 1 año	Recién Nacido	BCG HVB monodosis
	2 meses	1era dosis Pentavalente 1era dosis Antipolio inactivada inyectable (IPV) 1era dosis Vacuna contra rotavirus** 1era dosis Antineumocócica
	4 meses	2da dosis Pentavalente 2da dosis Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2da dosis Vacuna contra rotavirus** 2da dosis Antineumocócica
	6 meses	3era dosis Pentavalente Dosis única antipolio APO
Niños de 7 a 23 meses	A partir de los 7 meses	1era dosis Influenza
	Al mes de la primera dosis de influenza	2da dosis Influenza
Niños de 1 año	12 meses	1ra dosis SPR 3ra dosis Neumococo
Niños de 1 año	De 1 a 1 año 11 meses 29 días que no fue vacunado previamente	Dos dosis de vacuna Neumococo
Niños de 15 meses	15 meses	Dosis única de vacuna Antiamarilica
Niños de 18 meses	18 meses	1er refuerzo de DPT 1er refuerzo de antipolio APO 2da dosis SPR
Niños de 2, 3 y 4 años con comorbilidad	2,3,4 años 11 meses 29 días	Una dosis vac. Influenza Una dosis vac. Neumococo (5% de niños de esta edad que tienen factores de co-morbilidad)
Niños de 4 años	4 años hasta 4 años 11 meses 29 días	2do refuerzo de DPT 2do refuerzo de antipolio APO

4. Esquema o calendario nacional de vacunación

Es la representación secuencial cronológica, ordenado de la aplicación de las vacunas aprobadas por el Ministerio de Salud a nivel nacional para facilitar las intervenciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones y así contribuir a mejorar la calidad de la salud de la población infantil mediante el control de enfermedades inmunoprevenibles. Estas vacunas administradas para su acreditación deberán estar registradas en el carnet de vacunación que todo niño debe contar con ello; el cual es único e intransferible (22).

El esquema de vacunación recomendado por la OMS para la serie primaria de vacunación en niños y niñas menores de un año es el resultado de un balance entre epidemiología y aspectos de orden práctico. Aunque las edades aproximadas y los intervalos entre dosis en los esquemas nacionales no deben variar de los recomendados por la OMS, no hay un solo esquema adecuado para todos los países. Hay que conocer la epidemiología local y las políticas nacionales para adaptar el esquema de vacunación a las necesidades particulares de cada país (22).

5. En el niño de un año la actividad regular de inmunizaciones comprende la aplicación de las siguientes vacunas:

- **VACUNA CONTRA NEUMOCOCO.**

Vacuna Antineumocócica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de 2 años, previene las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media. Niños hasta los 12 meses, 3 dosis: al 2do mes, 4to mes y 12 meses. Se aplica 0.5 cc, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. Niños entre 12 y 23 meses y 29 días no vacunados previamente 2 dosis con intervalo de al menos 1 mes entre dosis. Cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea. Niños de 2 años a 4 años, con Comorbilidad no vacunados previamente, 1 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en la región deltoidea (21).

- **VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA (SPR)**

Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se administra dos dosis a los niños menores de 5 años: la primera a los 12 meses y la segunda a los 18 meses de edad respectivamente. La vacuna es de presentación monodosis y/o multidosis, se administra 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoidea.

Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden, deberán recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, 11 meses y 29 días; con intervalo mínimo de 6 meses entre dosis y dosis (21).

- **VACUNA ANTIAMARILICA (AMA)**

La vacuna contiene virus vivo atenuado, se aplica a los 15 meses de edad de manera universal en todo el país. Se administra una dosis de 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoidea la vacuna es de presentación multidosis

Para la población de áreas endémicas y expulsoras de migrantes a zonas endémicas comprendidas entre los 2 años y 59 años 11 meses y 29 días no vacunados deberá recibir una dosis descrita anteriormente.

Las personas que se trasladen a zonas de riesgo de fiebre amarilla, deberán vacunarse con un margen mínimo de 10 días antes de viajar.

La duración de la protección de una dosis de vacuna es de por vida, no es necesario revacunar. Está contraindicada en pacientes con problemas de inmunidad.

Esta vacuna está contraindicada en personas con problemas de inmunidad o inmuno suprimidos severos (21).

- **VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, PERTUSIS Y TÉTANOS (DPT)**

Esta vacuna triple bacteriana, se administra como refuerzo en los niños de 18 meses y 4 años, 11 meses y 29 días, sólo como 1era y 2da dosis de refuerzo respectivamente, se administra por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea ". La vacuna es de presentación multidosis.

De no recibir el segundo refuerzo en la edad correspondiente hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, ya no se aplicará la vacuna DPT. A partir de los 5 años debe administrarse la vacuna Toxoide Diftotetánica (dT) (21).

- **VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS (APO)**

La vacuna antipolio oral (APO) es una vacuna de virus vivo atenuado de presentación multidosis, se administra en tres dosis, a los 6 meses, a los 18 meses y 4 años de edad. Cada dosis comprende 2 gotas de la vacuna por vía oral.

6. Enfermedades prevenibles por vacunas

Son aquellas enfermedades que se pueden prevenir mediante el uso de las vacunas, entre ellas: la Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Influenza, Poliomiélitis, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, de las formas graves de la Tuberculosis, Meningitis, Fiebre Amarilla, Neumonías, diarreas por rotavirus, infección por VPH; de aquí la importancia de realizar la vacunación en forma oportuna según el esquema de vacunación establecido por el Ministerio de Salud.

7. Enfermedades prevenibles por vacuna en el niño de 1 año

- **SARAMPIÓN**

Es una enfermedad febril, aguda, exantémica, causada por el virus del sarampión, es sumamente contagioso.

Se transmite de persona a persona, por vía respiratoria, a través de la tos, el estornudo, por gotitas muy pequeñas que pueden mantenerse en el aire hasta por un par de horas, o por secreciones respiratorias o de la conjuntiva (22).

El periodo de transmisibilidad es desde cuatro días antes de la erupción, hasta cuatro días después.

Evoluciona en forma características en tres fases:

Prodrómica:

Dura de cuatro a cinco días. Se caracteriza por malestar general, fiebre alta, tos, coriza, conjuntivitis, falta de apetito, puntos de color gris azulado sobre una base roja en la mucosa de la boca conocida como “manchas de koplik”.

Eruptiva:

Dura alrededor de cinco días. La erupción es eritematosa y se inicia en la región retroauricular (detrás de la oreja), luego compromete la cara y el cuello, en los tres días siguientes se

extiende gradualmente hacia el tronco y las extremidades, no afecta la palma de las manos ni la planta de los pies.

Convalecencia:

La erupción disminuye progresivamente en el mismo orden en que apareció desde la cabeza a las extremidades, presenta descamación fina, la piel queda con manchas de color café claro.

Complicaciones:

Es frecuente observar otitis media, neumonía, laringotraqueobronquitis, diarrea con pérdida de proteínas que puede llevar a la desnutrición, ulcera corneal y encefalitis. Las personas inmunocomprometidas (infección por VIH), pueden desarrollar neumonía sin evidencia de erupción. En las gestantes el sarampión se asocia con el aborto espontáneo y parto prematuro.

Complicación tardía:

La panencefalitis esclerosante subaguda (PESA) aparece en raras ocasiones, alrededor de cinco a diez por cada millón de casos de sarampión. Se presenta después de aproximadamente siete años de la infección por sarampión.

La mayor parte de los casos de PESA tuvieron sarampión en los dos primeros años de vida. Estas complicaciones, con frecuencia, provocan la muerte (22).

- **RUBEOLA Y SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA**

Descripción:

Es una infección aguda exantemática de niños y adultos, generalmente de poca intensidad, causada por el virus de la rubeola.

Puede ser transmitida por casos subclínicos (30% a 50% de todas las infecciones de rubeola).

El periodo de transmisibilidad es 5 a 7 días antes del inicio del exantema, y por lo menos 4 días después de iniciada la erupción. Los niño con SRC pueden expulsar el virus durante meses (hasta 1 año) después del nacimiento por la orina (22).

Clínicamente se observan dos formas:

a) Rubeola adquirida o postnatal:

Muchos casos son subclínicos. Los niños no experimentan la fase prodrómica pero los adultos pueden presentar malestar, fiebre y anorexia por algunos días. La manifestación

principal es rash y adenopatías posauriculares, cervicales posteriores, y cadena occipital, estas duran algunas semanas; ocasionalmente ocurre esplenomegalia. El rash se inicia en la cara y se desplaza hacia abajo, es maculopapular pero no confluyente, puede acompañarse de coriza leve y conjuntivitis usualmente dura entre 3 y 5 días. La fiebre, si está presente. En la fase de convalecencia se puede presentar descamación.

Complicaciones:

- Artritis o artralgia: Hasta en 70% de mujeres adultas, es raro en niños y adultos varones, se presenta en el mismo momento o poco después del rash y dura un mes.
- Encefalitis: Su frecuencia es 1 en 5000 casos, es más usual en mujeres adultas, la mortalidad varía entre 0 y 50%. La frecuencia de las manifestaciones hemorrágicas es de 1 por 3000 casos, afecta más a niños que adultos, pueden ser secundarias la disminución de plaquetas y daño vascular, con purpura como manifestación común.

También se observa hemorragia gastrointestinal, cerebral o intrarenal, orquitis, neuritis, y rara vez panencefalitis progresiva.

b) Rubeola Congénita o Síndrome de Rubeola Congénita (SRC):

La rubeola puede ocasionar defectos congénitos durante la gestación temprana y cuya aparición puede tardar entre 2 y 4 años o producir hasta la muerte fetal. Las deficiencias congénitas ocasionan sordera que es la más común y a menudo la única manifestación, cataratas, glaucoma, retinopatía, macroftalmia, ductus arterioso persistente, defectos del septum ventricular, estenosis pulmonar y coartación de aorta. En el sistema nervioso ocasiona retardo mental, microcefalia. Otras anomalías son lesiones óseas, esplenomegalia, hepatitis y trombocitopenia con purpura y diabetes mellitus que aparece con frecuencia en la niñez tardía (22).

- **PAROTIDITIS**

Descripción:

La parotiditis, también conocida como paperas, es una enfermedad aguda viral generalizada, causada por un paramixovirus perteneciente al mismo grupo del virus parainfluenza. Es un virus ARN de un solo tipo antigénico, que afecta las glándulas salivales, generalmente las

parótidas y algunas veces las sublinguales o las submaxilares.

Se transmite por las secreciones respiratorias, por contacto directo con partículas aéreas infectadas o saliva.

El periodo máximo de transmisibilidad es desde siete días antes del comienzo de los síntomas hasta nueve días después.

Características clínicas:

Existe un periodo prodrómico de uno o dos días que se caracteriza por fiebre, anorexia, cefaleas y vómitos, La parotiditis es bilateral en aproximadamente 70% a 80% de los casos. Las glándulas afectadas aumentan de tamaño progresivamente.

Los síntomas disminuyen después de una semana y el cuadro clínico se resuelve generalmente en 10 días. Un 30% de las infecciones por el virus de la parotiditis son asintomáticas.

Complicaciones:

La meningitis aséptica es la complicación más común y ocurre en 50% a 60% de los pacientes. Las meningitis

sintomáticas ocurren en 15% de los pacientes y se resuelven sin secuelas en 3 a 10 días. Los adultos tienen mayor riesgo de presentar complicaciones que los niños, y la enfermedad afecta mayormente a los varones que a las mujeres, en una proporción de tres a uno.

Los cuadros de encefalitis son raros.

La orquitis (inflamación del testículo) es la complicación más común en los varones en la etapa pos puberal. Ocurre en 20% a 50% de los casos generalmente después de la parotiditis pero pueden aparecer antes, simultáneamente, o ser el único síntoma. La orquitis es frecuentemente unilateral, si embargo puede ser bilateral en alrededor de 17% a 38% de los casos. El comienzo del cuadro es abrupto, con dolor local, inflamación y fiebre, que dura por lo general una semana, pero la hinchazón puede durar algunas semanas más. La esterilidad es rara.

La oforitis (inflamación del ovario) ocurre en 5% de las mujeres en la etapa postpuberal, puede simular un cuadro de apendicitis y desaparecer sin dejar secuelas.

La sordera es una complicación importante pero rara de la parotiditis, con una incidencia estimada de 5 por 100.000

casos, pudiendo ocurrir con o sin meningoencefalitis y también con infecciones asintomáticas.

Generalmente es unilateral y permanente, otras complicaciones menos comunes incluyen: pancreatitis, miocarditis, artralgias, artritis y nefritis.

- **NEUMOCOCO**

Características clínicas:

Streptococcus pneumoniae, o neumococo, es un diplococo gram positivo encapsulado, causa infecciones invasivas, tales como neumonía, sepsis y meningitis tanto en países desarrollados como en desarrollo.

Se transmite de persona a persona a través de las secreciones del tracto respiratorio o por contacto con aerosoles. La propagación del microorganismo en una familia o ambiente familiar está influenciada por hacinamiento, época del año y la presencia de infecciones del tracto respiratorio superior o enfermedad neumónica, tales como neumonía u otitis media.

El periodo de transmisibilidad se desconoce pero se supone que mientras se mantenga el microorganismo sea detectado en las secreciones respiratorias.

Este patógeno es un colonizador habitual de la rinofaringe de personas sanas sobre todo los niños, que puede causar infecciones de las vías respiratorias superiores (otitis media y sinusitis aguda). Las infecciones pueden alcanzar el pulmón por la vía ascendente produciendo neumonía. Desde el aparato respiratorio puede pasar a la sangre produciendo bacteremia, meningitis e infecciones como artritis y peritonitis (22).

- **DIFTERIA**

La difteria es una enfermedad bacteriana aguda, causada por la exotoxina producida por el bacilo gram positivo, *Corynebacterium diphtheriae*. Solo las cepas toxigénicas causan enfermedad.

La transmisión es por contacto con exudados o lesiones del enfermo o portador. Rara vez con objetos contaminados.

La transmisibilidad es mientras persisten los bacilos oxigénicos en las secreciones y exudados, en general máximo dos semanas sin medicación antibiótica. La terapia con antibióticos elimina rápidamente el bacilo.

Características clínicas:

La difteria se manifiesta por la formación de pseudomembranas en las amígdalas, faringe, laringe, mucosa nasal u otras mucosas, y en la piel.

Los pacientes con cuadro febril no muy intenso, pueden presentar una o más de las siguientes manifestaciones:

Amígdalas recubiertas parcial o totalmente por placas grisáceas adherentes, difíciles de remover y con halo hiperémico; la tentativa de despegarlas provoca sangrado abundante.

Placas que se extienden a los pilares del paladar, pudiendo llegar hasta la úvula.

La difteria nasal se caracteriza por una descarga nasal mucopurulenta o serosanguinolenta.

Amigdalitis con complicaciones de laringe y tráquea (tiraje, tos ronca)

Amigdalitis que no responde al tratamiento con antibióticos habituales, y con gran compromiso del estado general del paciente.

Gran aumento del volumen de los ganglios submaxilares y cervicales, pudiendo existir edema peri ganglionar (cuello de toro).

La pseudomembrana diftérica, verificando su adherencia y sangrado abundante, es una prueba clínica que contribuye al diagnóstico.

Complicaciones:

La mayoría de las complicaciones son debido a la toxina del bacilo.

Miocarditis: Es la más habitual y la principal causa de muerte. Aparece ritmo cardíaco anormal, puede ocurrir al comienzo de la enfermedad o bien semanas más tarde y conduce a falla cardíaca. Si la miocarditis ocurre tempranamente la evolución generalmente es fatal.

Complicaciones neurológicas: la polineuritis diftérica afecta habitualmente los nervios motores y en general desaparece sin dejar secuelas. La parálisis del velo del paladar es más frecuente durante la tercera semana de la enfermedad, mientras que la parálisis de los músculos oculares, miembros o diafragma puede ocurrir después de la quinta

semana. La parálisis del diafragma puede causar neumonía secundaria o falla respiratoria.

- **TETANOS NEONATAL**

Enfermedad infecciosa aguda, no contagiosa, causada por la toxina tetanospasmina del bacilo *Clostridium tetani* (bacilo gram positivo), el cual se introduce en el organismo a través de heridas o lesiones contaminadas.

Características clínicas:

Hay tres formas de tétanos básicamente diferentes según el cuadro clínico: Local, cefálico y generalizado.

El tétanos neonatal se presenta en la forma generalizada durante el periodo neonatal.

Después del periodo neonatal puede ocurrir cualquiera de las otras dos formas clínicas de la enfermedad.

Las manifestaciones clínicas del tétanos neonatal se presentan dentro de los 3 a 28 días de vida son:

El recién nacido, por lo general a partir del tercer día de vida, como primera señal deja de mamar por la dificultad de agarrar y chupar el pezón. El trismus (espasmo de los

músculos de la masticación) lleva a la aparición de la risa sardónica.

Posición característica, con las piernas extendidas y los brazos doblados junto al pecho, manteniendo las manos cerrados con dificultad para abrirlas.

Crisis contracturales generalizadas llevando al opistotonos, que duran pocos minutos.

Complicaciones:

- Infecciones secundarias de las vías respiratorias
- Disfunción respiratoria por paroxismos de la musculatura respiratoria (laringoespasma)
- Edema cerebral
- Flebitis
- Fracturas
- Muerte

- **TOS FERINA**

Enfermedad respiratoria aguda, causada por el bacilo gram negativo Bordetella pertussis.

Se trasmite a través de la inhalación de las gotitas de secreciones respiratorias expelidas por la tos del enfermo.

Es más contagiosa durante la fase catarral y en las dos primeras semanas después del inicio de la tos. El uso de antibióticos limita el periodo de transmisibilidad alrededor de 5 días del inicio de la terapia.

Características clínicas:

Enfermedad bacteriana aguda, que afecta la tráquea y el tracto respiratorio superior. Se caracteriza por:

Fase catarral, de comienzo insidioso, con tos irritante que gradualmente se vuelve paroxística. Esta fase dura una a dos semanas y por lo general es difícil de distinguir de un resfrió común.

Fase paroxística, caracterizada por episodios paroxísticos de tos, de uno o dos meses de duración. Cada acceso o paroxismo consta de innumerables toses, tan seguidas, que la persona no puede inspirar, seguidos de un silbido inspiratorio característico, de tono alto (estridor laríngeo), que frecuentemente termina con la expulsión de mucosidades claras y pegajosas, seguida de vómitos. Los episodios de cianosis y apneas son frecuentes en los

lactantes y niños pequeños y pueden presentar tos paroxística seguida de estridor inspiratorio. Sin embargo, los lactantes menores de 6 meses y los adolescentes y adultos, con frecuencia no presentan un cuadro típico de tos paroxística, lo que dificulta el diagnóstico clínico.

Fase de convalecencia, cuando la tos gradualmente disminuye. Sin embargo, esta tos no paroxística puede durar semanas.

Complicaciones

Los casos severos pueden tener complicaciones tales como: neumonía y encefalitis.

Las principales causas de muerte por tos ferina están asociadas a las neumonías y bronconeumonías.

La desnutrición asociada a la enfermedad es secundaria a los vómitos, la dificultad para mamar o ingerir alimentos y al incremento en el catabolismo debido a la tos y el llanto.

Los cuadros de desnutrición o deshidratación son más graves en niños previamente desnutridos.

Las complicaciones más frecuentes en los niños, más grandes son la otitis media y las neumonías.

Otras complicaciones son secundarias a la presión ejercida por la tos, tales como hemorragias, edema de cara y neumotórax.

- **POLIOMIELITIS**

También conocida como parálisis infantil, es una enfermedad infectocontagiosa aguda.

La transmisión es por contaminación con heces de enfermos o portadores. Persona a persona por medio de secreciones nasofaríngeas, que no es muy frecuente.

La transmisibilidad puede iniciar antes de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. En individuos susceptibles, la eliminación del virus por oro faringe dura cerca de una semana y a través de las heces, cerca de seis semanas.

Características clínicas:

La mayoría de los infectados con el poliovirus salvaje presentan enfermedades leves, que no pueden distinguirse clínicamente de otras patologías. Los niños de mayor edad y los adultos corren más riesgo de contraer la enfermedad paralítica.

Características de la parálisis debido a poliomielitis:

Es aguda (de instalación rápida)

Es flácida (no hay rigidez ni contractura muscular)

Generalmente aparece fiebre al inicio de la parálisis

Los pacientes generalmente muestran dificultad en pararse y caminar

Los pacientes no presentan alteración de la sensibilidad

Las piernas se ven más comúnmente afectadas que los brazos, y los grandes grupos musculares corren más riesgo que los pequeños. Los músculos proximales de las extremidades tienden a verse más afectados que los distales.

Es generalmente asimétrica (no afecta ambos lados por igual). Aunque puede haber parálisis en cualquier combinación de extremidades, la modalidad más común es la parálisis de una pierna.

Deja secuela típica y permanente

Complicaciones

Durante la fase aguda, la complicación más grave es la parálisis bulbo-espinal, que da lugar a parálisis de los músculos respiratorios. La letalidad de la polio parálitica es generalmente de 2 a 5% en niños y hasta 15 a 30% en

adultos. La misma aumenta de 25 a 75% cuando hay compromiso bulbar (20).

8. Continuación de esquemas interrumpidos

En caso de interrupción de los esquemas de cualquier vacuna, considerar que éstas tienen intervalos mínimos más no máximos, por lo que se continuará con las dosis faltantes sin interesar el tiempo transcurrido desde la última dosis y se completarán el número de dosis faltantes en función a la edad. No es necesario reiniciar el esquema en ninguna circunstancia. Se recomienda la conveniencia de no demorar su cumplimiento.

9. Falsas contraindicaciones

A pesar de que las verdaderas contraindicaciones son raras, muchas veces se dan “falsas contraindicaciones”, lo cual ocurre por desconocimiento del personal de salud o creencias de la población. Las falsas contraindicaciones más frecuentes son: Infecciones de vías aéreas superiores con fiebre leve, diarreas. Alergias, asma u otras manifestaciones atópicas, nacimiento prematuro, desnutrición, lactancia materna, historia familiar de convulsiones, tratamiento con antibióticos, corticoides a dosis bajas o de acción local,

enfermedades crónicas, enfermedades neurológicas no evolutivas (parálisis cerebral, síndrome de Down, etc.), historia de ictericia al nacimiento.

10. Contraindicaciones

Enfermedades Graves, reacciones postvacunales graves, tales como con DPT y otras vacunas bacterianas, shock, colapso, temperatura mayor o igual a 40.5°C, episodio de hipo, hipotonía, convulsiones u otros síntomas neurológicos, trastornos cerebrales y enfermedades neurogénicas progresivas o recurrentes, especialmente con antipertussis, mal convulsivo, vacunas de virus atenuados en embarazadas.

11. Gratuidad de la vacunación del esquema nacional de vacunación

Las vacunas y jeringas que se usan en la actividad de inmunizaciones son adquiridas por el gobierno peruano con fondos del tesoro público y se otorgan de manera gratuita a toda la población beneficiaria del presente Esquema Nacional de Vacunación. Todas las entidades de salud pública y privada deberán garantizar la gratuidad de la vacunación.

12. Vigilancia epidemiología en enfermedades inmunoprevenibles

La labor en salud pública no finaliza cuando la población está completamente vacunada, sino que es obligado inmunizar a las generaciones siguientes mientras persista la amenaza de la reintroducción de la enfermedad desde algún otro lugar del mundo. Resulta esencial efectuar encuestas constantes e informar de los casos de una enfermedad ha entes correspondiente para estar siempre alerta ante la posibilidad de que aparezcan brotes de enfermedades prevenibles con la vacunación. Todas estas enfermedades son de declaración obligatoria en la actualidad. Con ellos se pueden detectar los brotes y otras eventualidades y poner en práctica y las estrategias de prevención y control (22).

2.2.2 Factores socioculturales

Los Factores Sociales son características que permitan identificar el riesgo social, la vulnerabilidad y la influencia del ambiente en la situación problemática, así como la viabilidad de la intervención, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto (23).

Se considera los siguientes aspectos:

- a. **Edad**, se establece a la cantidad de años adquiridos por una persona cronológicamente a lo largo de su vida.

- b. Sexo**, se considera como genero dos tipos masculino y femenino.
- c. Estado Civil**, es la situación de las personas determinada por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil. Es la calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles.
- d. Ocupación**, es el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña una persona en su trabajo, determinados por la posición en el trabajo, se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada (o que desempeñaba antes si está cesante) durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga.
- e. Ingreso económico**, es la cantidad de dinero que una persona percibe mensualmente producto de su trabajo. El término ingresos se relaciona tanto con diversos aspectos económicos pero también sociales ya que la

existencia o no de los mismos puede determinar el tipo de calidad de vida de una familia o individuo.

f. Condición de la vivienda,

La vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas. Otras denominaciones de vivienda son: apartamento, aposento, casa, domicilio, estancia, hogar, lar, mansión, morada, piso, etc.

g. Tenencia de la Vivienda

Propia: Es la vivienda que ha sido adquirida por el jefe u otro miembro del hogar, la cual puede estar totalmente pagada o no en la fecha del Censo.

Alquilada: Es la vivienda donde el jefe u otro miembro del hogar paga un alquiler mensual por vivir en la totalidad o parte de la vivienda.

Otra forma: es la vivienda que ha sido cedida como parte del salario, o cedida gratis por razones de amistad.

Cuarto: Es cada una de las habitaciones de la vivienda que están separadas por paredes completas y son

utilizadas con fines de alojamiento. No se considera como cuarto a las habitaciones divididas con biombo, tabiques o entrepaños, ni baños, lavaderos, pasillos, cocina, balcón, consultorios, oficina, abastos, taller, peluquería, etc.

Cuarto para dormir: Es cualquier habitación o ambiente de la vivienda que los miembros del hogar utilicen habitualmente para dormir.

h. Actividad laboral actual, se considera lo que realiza el adulto en la actualidad.

En cuanto a los **Factores Culturales** son características de la Cultura, y ésta es el conjunto de todas las formas de vida y expresiones de una sociedad determinada. En palabras de Fischer, “Se dirá que un individuo tiene cultura cuando esta persona ha desarrollado sus facultades intelectuales y su nivel de instrucción (23).

La evidencia muestra que la costumbres, religión, valores, organización social, tecnología, leyes, lenguaje, artefactos, herramientas, se desarrolla por la acumulación y transmisión

de conocimientos a través de un proceso de enseñanza para la mejor adaptación al medio ambiente. Como tal incluye religión, grado de instrucción. Tomados en cuenta en la presente investigación.

a. La religión, es un elemento de la actividad humana que suele componerse de creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.

b. El grado de instrucción, considerada como el último año escolar cursado por la persona donde puede demostrar sus capacidades cognitivas, conceptuales, aptitudinales, procedimentales.

El grado de instrucción es adquirido por un proceso de enseñanza y aprendizaje que dota al individuo de cultura, lo instruye como un factor importante para el entendimiento.

La Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia, la Educación y Cultura (UNESCO), declaró que “La cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y

efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias relaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y se crea obras que lo trascienden (23).”

c. Procedencia, *del latín procedens, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona (23).*

2.2.3. Conocimientos

Es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso que se inicia desde el nacimiento hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende (24)

Para efectos del presente estudio de investigación se ha tomado la definición de la Filósofa Vera Regina Waldow: “El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional irracionalmente”.

“El conocimiento no se refiere solo al aspecto académico, sino también a la relación de éste con la experiencia y el interés por mantenerse actualizado. Aunque las escuelas provean el conocimiento básico, las cuidadoras deben buscar complementar sus conocimientos actualizándose. La práctica es la gran escuela. El conocimiento de la cuidadora sobre el paciente contribuye al proceso de cuidar, influyendo en la respuesta del paciente en el presente, así como en la motivación y en sus expectativas”.

Para Muñoz Seca y Riverola (1997) el “conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de

problemas con una efectividad determinada”(17). Según Henry Wallón existen 3 tipos de conocimiento: elementales, pre-científicos y científicos, siendo estos dos últimos exclusivos del ser humano.

Conocimiento Pre-científico

Se le llama también "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas. Es metódico y asistemático.

Henry Wallon lo define: “Datos e informaciones empíricos sobre la realidad y el propio individuo, es decir conocimientos inmediatos situacionalmente útiles y de tipo hábitos o costumbres que hacen factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado”.

Conocimiento Científico

El conocimiento científico es objetivo, racional, sistemático, general, falible, metódico, interpretar los fenómenos y procesos. El conocimiento científico elabora y utiliza conceptos, desterrando así las ambigüedades del lenguaje cotidiano. Henry Wallon agrega:

“El conocimiento científico persigue determinar el porqué de la ocurrencia y desarrollo de un fenómeno, buscando la generalización de los datos e intenta descubrir lo necesario detrás de lo casual, para aprender las leyes que lo gobiernan, de este modo el hombre tiene la posibilidad de predecir y controlar los fenómenos”.

El carácter abierto del conocimiento científico lo aparta considerablemente de todo dogma o verdad revelada. Es rasgo esencial del conocimiento científico su afán de demostración. Ahora bien, entre los muchos rasgos que describen al conocimiento científico es esencial el que éste resulta de una definida combinación entre componentes teóricos y componentes empíricos, entre "lo endógeno" y "lo exógeno"

A. Características del Conocimiento

Para Andreu y Sieber (2000), lo fundamental son básicamente tres 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 estando “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).

Estas características convierten al conocimiento, cuando en él se basa en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas.

En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente.

B. El nivel de conocimiento y las Inmunizaciones

Las inmunizaciones han revolucionado la salud del niño en todo el mundo, si bien, no todas las vacunas protegen al 100% de las enfermedades inmunoprevenibles, estas disminuyen drásticamente el riesgo de adquirirlas, principalmente en niños menores de 2 años. Estas enfermedades afectan principalmente cuando las madres tienen menor acceso a los servicios de salud y medios informativos, debido a los escasos recursos económicos con que cuentan, predominando la desinformación y el desconocimiento de las inmunizaciones. Por tanto, el mejoramiento de los

conocimientos, actitudes y prácticas de las madres es una de las estrategias principales del Programa Global de la Organización Mundial de la Salud para el control de enfermedades prevenibles por vacuna (25)

Si bien los estudios han demostrado que las personas que habitan en comunidades marginales se preocupan tanto por su salud como las de las clases socio-económicas más elevadas, con frecuencia la pobreza se acompaña de desconocimiento sobre los problemas de la salud y también en algunos casos, de acceso a los cuidados para la salud y falta de confianza en los sistemas existentes, entre ellas las inmunizaciones.

Es importante considerar que todos tenemos conocimiento el cual puede ser vago e inexacto pero que se vuelve racional y verificable a través de la experiencia, por medio formal e informal mediante el ejercicio intelectual. El nivel de conocimiento de las madres sobre las Inmunizaciones es definido como la mayor o menor probabilidad que tiene la persona de

establecer los conocimientos que se adecuan a un tema en particular. Es medido como:

- **Conocimiento Alto:** Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión superior u óptima sobre inmunizaciones.
- **Conocimiento Medio:** Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión aceptable o que no es totalmente correcto, carente de temas de mayor o menor importancia sobre inmunizaciones.
- **Conocimiento Bajo.** Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión incorrecto e inaceptable para las inmunizaciones.

2.2.4. Enfermería y la estrategia sanitaria nacional de inmunizaciones

Profesional de salud que interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo de la población pediátrica; cuyo objetivo es: Fomentar el máximo estado de salud de cada niño, así mismo realizar promoción y prevención de la salud tanto en la infancia como en la adolescencia; para lo cual es importante el trabajo en equipo, estableciendo criterios

unificados, dedicación exclusiva a dicha población juntamente con sus familiares de su entorno; cuyo labor se dará bajo el concepto del cuidado humanizado ;relación paciente-Enfermera ; juntamente bajo el dominio técnico, científico (26).

La Intervención del profesional de Enfermería en el Servicio de Inmunizaciones es oficial con diversas responsabilidades como: Gestión y administración de los biológicos e insumos, educación en la salud, evaluación y análisis de coberturas, investigación en casos de eventos supuestamente atribuidos a inmunizaciones (ESAVI). A nivel operativo: Planifica en base a la programación local , realiza atención directa a los niños en las diferentes estrategias de vacunación : puesto fijo, vacunación casa por casa, vacunación en puesto móvil ,vacunación en campañas, también realiza actividades de promoción de la salud creando cultura de prevención ;proporciona información a los padres : Las reacciones postvacunales, evalúa el grado de comprensión , explica los beneficios positivos de las vacunas y realiza las citas posteriores.

La población a cargo para inmunizar son: Los recién nacidos, menores de cinco años, adolescente, gestantes, adultos, adultos mayores.

La estrategia sanitaria de inmunizaciones es cada vez más compleja en la planificación, gestión y ejecución. Por ello la Enfermera Pediátrica en el aspecto de ejecución debe conocer las creencias populares como parte importante de los individuos comprendido por conocimientos, arte, moral, derecho, costumbres, hábitos adquiridos en una sociedad; toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social que la práctica, las que se relacionan con la salud y con la enfermedad que están bien arraigadas en el entorno cultural (26).

2.2.5. Teoría de Nola Pender: El modelo de promoción de la salud

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas

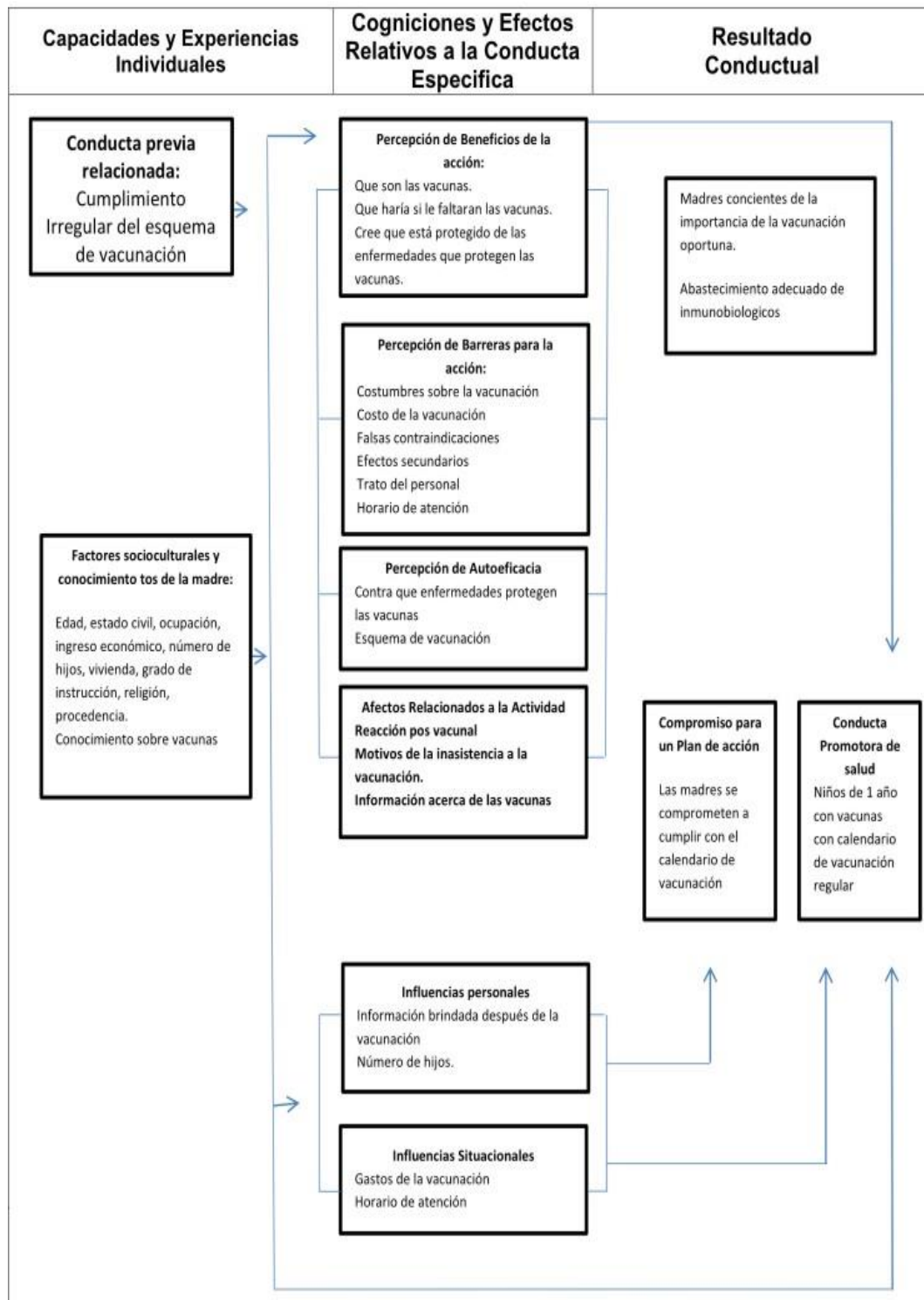
favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable (26).

ESQUEMA SEGÚN NOLA PENDER



A. Conceptos principales y definiciones

Los siguientes factores son factores cognitivo-perceptuales y se definen como "mecanismos motivacionales primarios" de las actividades relacionadas con la promoción de la salud:

- **Conducta previa relacionada:** Frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado efectos directo o indirectos de comprometerse con las conductas de promoción en salud.
- **Factores personales:** Factores predictivos de ciertas conductas
- **Factores personales biológicos:** Variables como edad, sexo, IMC, estado de menopausia capacidad aeróbica, fuerza, agilidad y equilibrio.
- **Factores personales psicológicos:** autoestima, auto motivación competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud.
- **Factores personales socioculturales:** Raza, etnia, aculturación, formación y estado socio económico.

- **Beneficios percibidos de acción:** Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.
- **Barreras percibidas de acción:** Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.
- **Auto eficacia percibida:** Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud.
- **Efecto relacionado con la actividad:** Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta en sí.
- **Influencias interpersonales:** Conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación.
- **Influencias situacionales:** Percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta.

- **Compromiso con un plan de acción:** El concepto de la intención y de la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

B. Metaparadigmas

- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.
- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores

cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud (26).

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

2.3.1. Factores

Son aquellas circunstancias que de alguna manera intervienen en la asistencia de la madre al cumplimiento del calendario de vacunación.

2.3.2. Factores sociales

Son características que permitan identificar el riesgo social y la vulnerabilidad de la persona, la influencia del ambiente en la situación problemática, así como la viabilidad de la intervención, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto.

2.3.3. Factores culturales

Son características de la Cultura, y ésta es el conjunto de todas las formas de vida y expresiones de una sociedad determinada. Se dirá que un individuo tiene cultura cuando

esta persona ha desarrollado sus facultades intelectuales y su nivel de instrucción.

2.3.4. Nivel de conocimientos

Es la información objetiva, racional que adquieren y retienen de los estudiantes a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje.

2.3.5. Esquema de vacunación

Es el ordenamiento secuencial cronológico de aplicación mínima de vacunas, que administradas sistemáticamente a las personas de un país, inducen una respuesta de protección o inmunización adecuada, frente a las enfermedades inmunoprevenibles.

2.3.6. Vacunas

Son sustancias médicas (medicamentos), que son capaces de inducir una respuesta inmunológica en un ser vivo, esta respuesta conferida por los anticuerpos es capaz de producir protección de las enfermedades conocidas como inmunoprevenibles; todas estas enfermedades a su vez son producidas por organismos vivos (bacterias o virus) o por productos derivados de ellas.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIVACIÓN

3.1. Material y métodos

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos, el presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo relacional. Es descriptivo, porque busca especificar las propiedades importantes de personas o grupos tal como se encuentran sin intervenir en las variaciones que pudiera suceder en esta población, relacional porque pretende relacionar dos variables.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población o universo bajo estudio estuvo conformado por 203 madres de niños de 1 año (1año 6 meses a 1 año 11 meses) atendidos en el servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Bolognesi.

Muestra:

Se consideraron a los niños que acuden al servicio de Crecimiento y Desarrollo en los meses de octubre y noviembre.

Muestreo:

La muestra fue obtenida mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia con un total de 50 madres.

Criterios de inclusión:

- Madres con Niños de 1 año (1 año 6 meses a 1 año 11 meses) que acuden al servicio de vacunación.
- Madres de niños de 1 año 6 meses a 1 año 11 meses que acepten formar parte del estudio.
- Madres con residencia mayor de 6 meses

Criterios de exclusión:

- Para ser considerado como niño protegido por vacuna no se tomará en cuenta la vacuna anti amarílica..
- Madres de niños de 1 año (1 año 6 meses a 1 año 11 meses) que no acepten participar del estudio.
- Madres con residencia menor de 6 meses en la jurisdicción.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la encuesta con preguntas en forma escrita.

El instrumento de medición para la recolección de datos que se utilizó es el cuestionario elaborado por la investigadora basada en estudios de investigación anteriores destinado a la obtención de respuestas sobre el problema en estudio a partir del propio sujeto en cuestión. Aplicado a las madres de niños de 1 año (1 año 6 meses a 1 año 11 meses)

El cuestionario presenta las siguientes características:

- Es auto aplicativo y anónimo.
- Incluye una breve descripción de datos personales. Se solicitó la necesidad de responder a cuan parecido es a la persona descrita en el cuestionario, por lo que únicamente se limita a ello.
- Se consideró el orden en que se formulan las preguntas. Comienza con preguntas de información general, calidad del cuidado de enfermería y satisfacción en el familiar.

El instrumento que se utilizara consta de dos partes:

- **FACTORES SOCIOCULTURALES**

Esta primera parte del cuestionario brinda información acerca de las características de la madre.

El ítem dirigido a las madres está compuesto por:

- ✓ Factores sociales: edad, sexo, estado civil, ingresos económicos, ocupación, número de hijos y condición de vivienda según tenencia.
- ✓ Factores culturales: grado de instrucción, religión y procedencia

- **CONOCIMIENTOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LA VACUNACION DEL NIÑO**

Esta segunda sección del cuestionario se recogió información sobre los conocimientos de la madre, mediante la encuesta estructurada, que consta de 09 ítems con tres alternativas de respuesta

Para medir la variable de nivel de conocimiento se asignó un puntaje de 2 puntos a 7 preguntas y 3 puntos a 2 preguntas con repuestas correctas y 0 punto a las

incorrectas haciendo un máximo de 20 puntos y un mínimo de 0 puntos, los cuales, en consenso general determina las siguientes categorías:

RANGO	INTERPRETACIÓN
17 a 20 puntos	Conocimiento alto
11 a 16 puntos	Conocimiento mediano
0 a 10 puntos	Conocimiento bajo

Validez.

Para la validación del instrumento se sometió a juicio de expertos para su validez, participando 01 docente investigador sobre el área a investigar, 01 enfermera de investigación de la DIRESA, 01 enfermera especialista en Crecimiento y Desarrollo, cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, contribuyeron en la mejora del instrumento (anexo N°1)

Confiabilidad.

Para demostrar la confiabilidad del instrumento se aplicó la prueba piloto a 20 madres del Centro de Salud Leoncio Prado, con el objetivo de reajustar la redacción y la comprensión de las preguntas y de esta manera poder establecer adecuadamente la confiabilidad del instrumento Según el Cálculo de Consistencia

Interna a través del coeficiente: ALFA DE CRONBACH el resultado obtenido fue 0.70=70% (anexo N° 2).

3.4. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenida la información se ordenó y se codificó los datos, para lo cual se elaboró una base de datos en el programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0, con serie de permiso validado.

Para el análisis univariado se utilizó la estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada) y para la relación entre los factores socioculturales, conocimientos de las madres y cumplimiento del esquema de vacunación se utilizó el test estadístico Chi cuadrado. Se consideró un nivel de confianza del 95% y un valor $p < 0.05$.

Para la presentación de información, se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada, basado en los objetivos de la investigación, con sus respectivos gráficos. Cabe decir, que los gráficos se diseñaron en el programa Excel de Microsoft Windows 2010.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados.

TABLA N° 01

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE
VACUNACIÓN DEL NIÑO DE UN AÑO. CENTRO DE SALUD DE
BOLOGNESI. TACNA 2014.**

ESQUEMA DE VACUNACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
REGULAR	23	46
IRREGULAR	22	44
INCOMPLETO	5	10
TOTAL	50	100

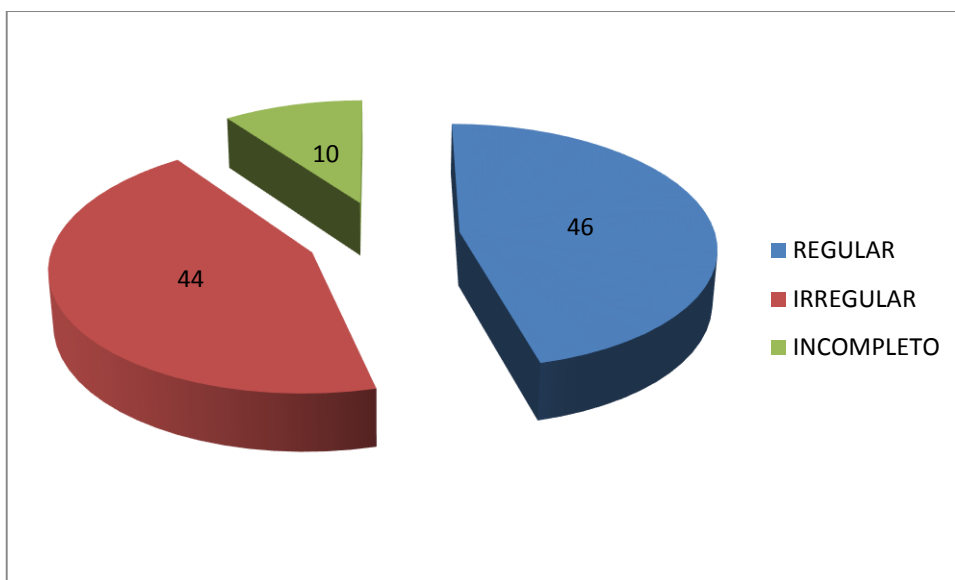
FUENTE: Encuesta aplicada a las madres de niños de 1 año que acuden a la consulta de CRED del C.S.

Bolognesi. Tacna 2014. Elaborado por Lic. Flor Patricia Flores Escalante

Descripción:

En la presente tabla se observa que el 46% de los niños cumple el calendario de vacunación en forma regular, el 44% en forma irregular y el 10% tienen un calendario de vacunación incompleto para la edad.

GRÁFICO N° 01
DISTRIBUCIÓN SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE
VACUNACIÓN DEL NIÑO DE UN AÑO. CENTRO DE SALUD DE
BOLOGNESI. TACNA 2014.



FUENTE: Tabla N° 01

TABLA N° 02
DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES SOCIOCULTURALES DE
MADRES DE NIÑOS DE UN AÑO. CENTRO DE SALUD DE
BOLOGNESI. TACNA 2014.

FACTORES SOCIOCULTURALES		N°	%
EDAD	Menor de 19 años	1	2
	De 20 a 29 años	19	38
	De 30 a 59 años	30	60
	Total	50	100
SEXO	Masculino	2	4
	Femenino	48	96
	Total	50	100
ESTADO CIVIL	Soltera	8	16
	Casado	11	22
	Conviviente	30	60
	Divorciado	1	2
	Total	50	100
OCUPACION	Trabajo dependiente	13	26
	Trabajo independiente	14	28
	No trabaja	23	46
	Total	50	100
INGRESO	Menos de 500 n.s.	14	28
	Entre 501 a 1000 n.s.	23	46
	Entre 1001 a 1500 n.s.	8	16
	Mayor a 1500 n.s.	5	10
	Total	50	100
N° DE HIJOS	Uno	28	56
	Dos	12	24
	Mas de tres	10	20
	Total	50	100
VIVIENDA	Propia	6	12
	Alquilada	21	42
	Alojada	22	44
	Otro	1	2
	Total	50	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	1	2
	Secundaria	22	44
	Técnico	14	28
	Superior	13	26
	Total	50	100
RELIGIÓN	Católico	42	84
	Evangélico	5	10
	Mormón	1	2
	Otro	2	4
	Total	50	100
LUGAR DE PROCEDENCIA	Tacna	30	60
	Arequipa	2	4
	Puno	6	12
	Moquegua	1	2
	Otro	11	22
	Total	50	100

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres de niños de 1 año que acuden al C.S. Bolognesi. Tacna 2014
 Elaborado por: Lic. Flor Patricia Flores Escalante

Descripción:

En la presente tabla, se muestra los factores socioculturales de madres de niños de un año, podemos observar que el 60% de las madres tiene de 30 a 59 años, el 38% de 20 a 29 años y el 2% menos de 19 años. El 96% de los padres que acuden con sus hijos son del sexo femenino y el 4% del sexo masculino.

Respecto al estado civil, el 60% de las madres es conviviente, el 22% es casada y el 16% soltera. En cuanto a la ocupación se observa que el 46% de las madres no trabaja, el 28% tiene trabajo independiente y el 26% tiene trabajo dependiente. El 46% de madres tienen un ingreso económico de 501 a 1000 n.s mensuales, el 28% menos de 500 n.s. mensuales y el 5% más de 1500 n.s. mensuales. El 56% de las madres tiene un hijo, el 24% dos hijos y el 20 % tiene más de tres hijos.

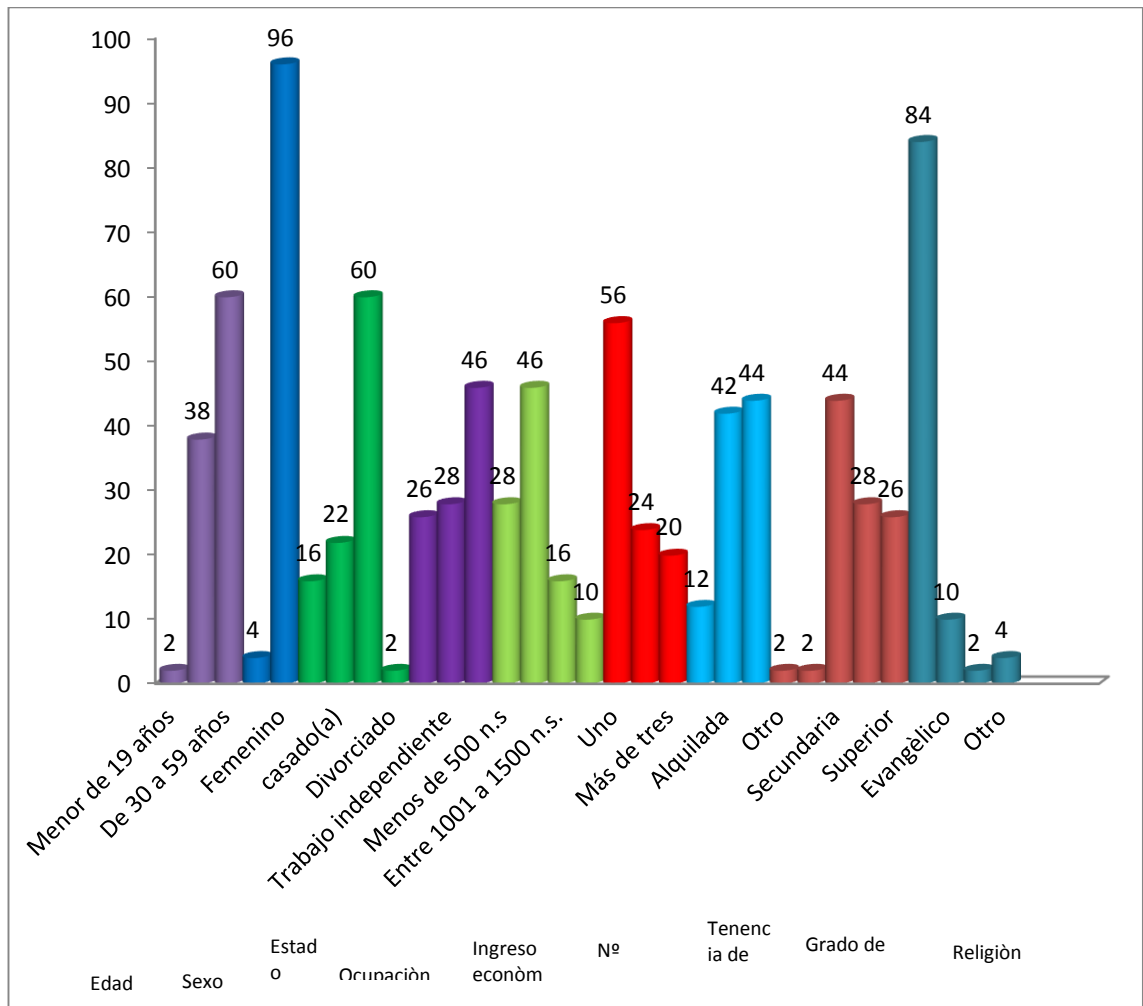
Según la condición de la vivienda, el 44% vive alojada, el 21% vive alquilada y el 12 % tiene vivienda propia. Respecto al grado de instrucción el 44% de las madres tiene educación secundaria, el 28% algún grado técnico, el 26% grado superior y el 2% educación primaria

Según la religión, el 84% de las madres es de religión católica, el 10% es evangélico y el 2% es mormón.

Según el lugar de procedencia el 60% son de Tacna, el 12% de Puno, el 4% de Arequipa y el 24% de otras ciudades del Perú.

GRÁFICO N° 02

DISTRIBUCIÓN DE FACTORES SOCIOCULTURALES DE MADRES EN NIÑOS DE UN AÑO. CENTRO DE SALUD DE BOLOGNESI. TACNA 2014.



FUENTE: Tabla N° 02

TABLA N° 03
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MADRES DE
NIÑOS DE UN AÑO. CENTRO DE SALUD DE BOLOGNESI.
TACNA 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	19	38,0
Mediano	21	42,0
Alto	10	20,0
Total	50	100,0

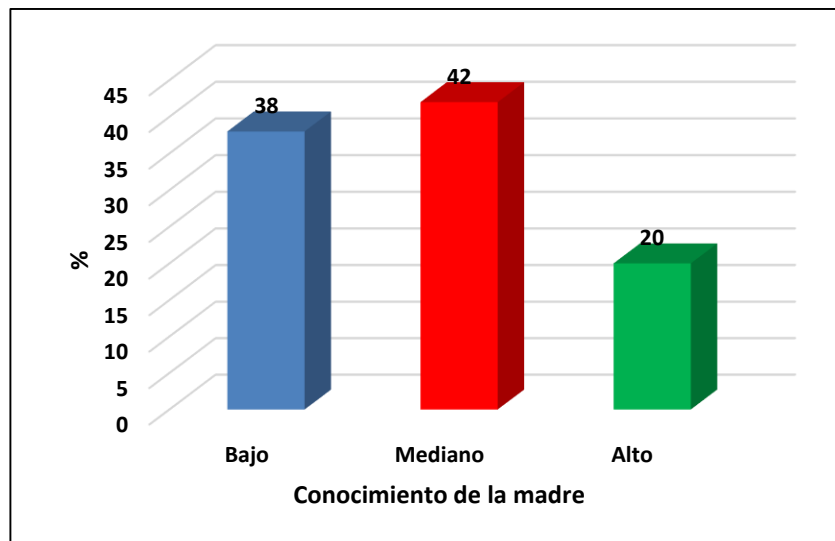
Fuente: Encuesta aplicada a las madres de niños de 1 año que acuden al C.S. Bolognesi. Tacna 2014.
 Elaborado por: Lic. Flor Patricia Flores Escalante

Descripción:

En la presente tabla podemos observar que el 42% de las madres tiene mediano nivel de conocimientos sobre vacunas, el 38% bajo nivel de conocimientos y el 20% alto nivel de conocimientos.

GRÁFICO N° 03

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MADRES DE NIÑOS DE UN AÑO. CENTRO DE SALUD DE BOLOGNESI. TACNA 2014.



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N° 04
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y
CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO DE UN
AÑO. CENTRO DE SALUD BOLOGNESI. TACNA 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN						Total		p = ,335 p = ,335 > 0.05 gl = 1 No existe relación estadísticamente significativa.
	REGULAR		IRREGULAR		INCOMPLETO		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
BAJO	7	14	8	16	4	8	19	38	
MEDIANO	11	22	9	18	1	2	21	42	
ALTO	5	10	5	10	0	0	10	20	
TOTAL	23	46	22	44	5	10	50	100	

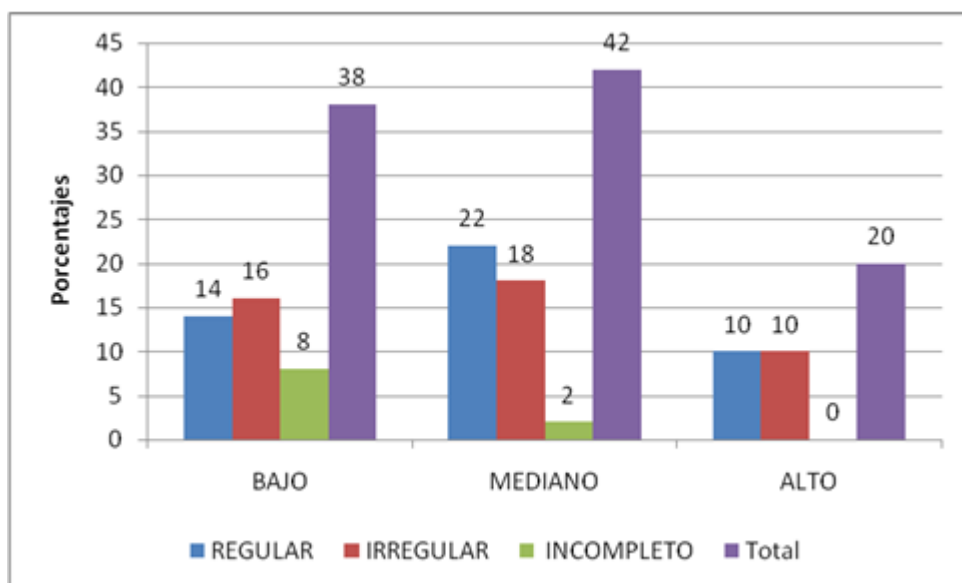
FUENTE: Encuesta aplicada a madres de niños de 1 año que acuden a la consulta de CRED. C.S. Bolognesi. Tacna 2014. Elaborado por: Lic. Flor Patricia Flores Escalante

Descripción:

En la presente tabla podemos observar que las madres con mediano nivel de conocimientos cumple el calendario de vacunación en forma regular en un 22%, el 18% lo cumple en forma irregular, así mismo se observa que el 8 % de los niños con calendario de vacunación incompleto para su edad están en las madres con bajo nivel de conocimientos. Sin embargo se puede visualizar que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos de la madre y el cumplimiento del esquema de vacunación

GRÁFICO N° 04

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO DE 1 AÑO. CENTRO DE SALUD BOLOGNESI. TACNA 2014.



FUENTE: Tabla N° 04

TABLA N° 05

DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES SOCIOCULTURALES DE LA MADRE Y EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. CENTRO DE SALUDBOLOGNESI. TACNA 2014.

EDAD DE LA MADRE	CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN						TOTAL		p = ,254 p = ,254>0.05 gl =1 No existe relación estadística mente significativa.
	REGULAR		IRREGULAR		INCOMPLETO				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
MENOR DE 19	0	0	1	2	0	0	1	2	
DE 20 A 29	11	22	8	16	0	0	19	38	
DE 30 A 59	12	24	13	26	5	10	30	60	
TOTAL	23	46	22	44	5	10	50	100	

SEXO	CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN						TOTAL		p = ,119 p = ,119>0.05 gl =1 No existe relación estadística mente significativa.
	REGULAR		IRREGULAR		INCOMPLETO				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
MASCULINO	1	2	0	0	1	2	2	4	
FEMENINO	22	44	22	44	4	8	48	96	
TOTAL	23	46	22	44	5	10	50	100	

ESTADO CIVIL	CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN						TOTAL		p = ,107 p = ,107>0.05 gl =1 No existe relación estadística mente significativa.
	REGULAR		IRREGULAR		INCOMPLETO				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
SOLTERA	5	10	3	6	0	0	8	16	
CASADA	5	10	5	10	1	2	11	22	
CONVIVIENTE	13	26	14	28	3	6	30	60	
DIVORCIADO	0	0	0	0	1	2	1	2	
TOTAL	23	46	22	44	5	10	50	100	

OCUPACIÓN	CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN						TOTAL		p =,056 p = ,056>0.05 gl =1 No existe relación estadísticamente significativa
	REGULAR		IRREGULAR		INCOMPLETO				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
DEPENDIENTE	5	10	4	8	4	8	13	26	
INDEPENDIENTE	6	12	8	16	0	0	14	28	
NO TRABAJA	12	24	10	20	1	2	23	46	
TOTAL	23	46	22	44	5	10	50	100	

INGRESO ECONÓMICO	CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN						TOTAL		p =,582 p =,582>0.05 gl =1 No existe relación estadísticamente significativa.
	REGULAR		IRREGULAR		INCOMPLETO				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
MENOS DE 500N.S	6	12	6	12	2	4	14	28	
501 A 1000 N.S	11	22	9	18	3	6	23	46	
1001 1 1500 N.S	5	10	3	6	0	0	8	16	
MAYOR A 1500 N.S	1	2	4	8	0	0	5	10	
TOTAL	23	46	22	44	5	10	50	100	

NUMERO DE HIJOS	CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN						TOTAL		p =,008 p =,008>0.05 gl =1 Si existe relación estadísticamente significativa.
	REGULAR		IRREGULAR		INCOMPLETO				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
UNO	15	30	13	26	0	0	28	56	
DOS	6	12	5	10	1	2	12	24	
MAS DE 3	2	4	4	8	4	8	10	20	
TOTAL	23	46	22	44	5	10	50	100	

CONDICIÓN DE LA VIVIENDA	CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN						TOTAL		p =,580 p =,580>0.05 gl =1 No existe relación estadística significativ a.
	REGULAR		IRREGULAR		INCOMPLETO				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
PROPIA	4	8	2	4	0	0	6	12	
ALQUILADA	11	22	7	14	3	6	21	42	
ALOJADA	8	16	12	24	2	4	22	44	
OTRO	0	0	1	2	0	0	1	2	
TOTAL	23	46	22	44	5	10	50	100	

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN						TOTAL		p =,308 p =,308>0.05 gl =1 No existe relación estadística significativ a.
	REGULAR		IRREGULAR		INCOMPLETO				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
PRIMARIA	0	0	1	2	0	0	1	2	
SECUNDARIA	9	18	10	20	3	6	22	22	
TECNICO	10	20	4	8	0	0	14	28	
SUPERIOR	4	8	7	14	2	4	13	26	
TOTAL	23	46	22	44	5	10	50	100	

RELIGIÓN	CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN						TOTAL		p =,881 p =,881>0.05 gl =1 No existe relación estadística significativ a.
	REGULAR		IRREGULAR		INCOMPLETO				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CATOLICO	18	36	19	38	5	10	42	84	
EVANGELICO	3	6	2	4	0	0	5	10	
MORMON	1	2	0	0	0	0	1	2	
OTRO	1	2	1	2	0	0	2	4	
TOTAL	23	46	22	44	5	10	50	100	

LUGAR DE PROCEDENCIA	CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN						TOTAL		p =,813 p =,813>0.05 gl =1 No existe relación estadística significativa.
	REGULAR		IRREGULAR		INCOMPLETO				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
TACNA	12	24	15	30	3	6	30	60	
AREQUIPA	2	4	0	0	0	0	2	4	
PUNO	3	6	2	4	1	2	6	12	
MOQUEGUA	1	2	0	0	0	0	1	2	
OTRO	5	10	5	10	1	2	11	22	
TOTAL	23	46	22	44	5	10	50	100	

FUENTE: Encuesta aplicada a madres de niños de 1 año que acuden a la consulta de CRED. C.S. Bolognesi. Tacna 2014. **Elaborado por:** Lic. Flor Patricia Flores Escalante

Descripción:

En la presente tabla según los factores socioculturales y el cumplimiento del esquema de vacunación podemos visualizar que las madres de 30 a 59 años el 26% cumple el esquema de vacunación en forma irregular, el 24% lo hace en forma regular así mismo se observa que en este grupo de madres se encuentra el 10% de niños con calendario de vacunación incompleto para su edad.

En cuanto al estado civil observamos que del grupo de madres con estado civil conviviente el 28% cumple el calendario de vacunación en forma irregular, el 26% lo cumple en forma regular y el 6% tiene el calendario de vacunación incompleto. No existe relación estadísticamente significativa entre estado civil y cumplimiento del esquema de vacunación.

En cuanto al tipo de ocupación se observa que el 24% de cumplimiento del esquema de vacunación en forma regular y el 20% en forma irregular se encuentra en madres que no trabajan, y el 8% de niños con calendario de vacunación incompleto son de madres que cuentan con un trabajo dependiente. No existe relación estadísticamente significativa.

Según el ingreso económico podemos visualizar que el 22% de niños que cumplen el esquema de vacunación en forma regular, el 18 % en forma irregular y el 6% con calendario de vacunación incompleto para la edad se encuentra en madres que tienen un ingreso económico de 501 a 1000 ns; así mismo observamos que el 4% restante de niños con esquema de vacunación incompleto se encuentra en madres que ganan menos de 500 ns. Sin embargo no existe relación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

En relación al número de hijos podemos observar que el 30% y el 26% de niños que cumplen con el calendario de vacunación en forma regular e irregular respectivamente se encuentra en madres que tienen un hijo, así también observamos que el 8% de niños con calendario de vacunación incompleto se encuentra en madres que tienen más de tres hijos. Si existe relación estadísticamente

significativa entre el número de hijos y el cumplimiento del esquema de vacunación.

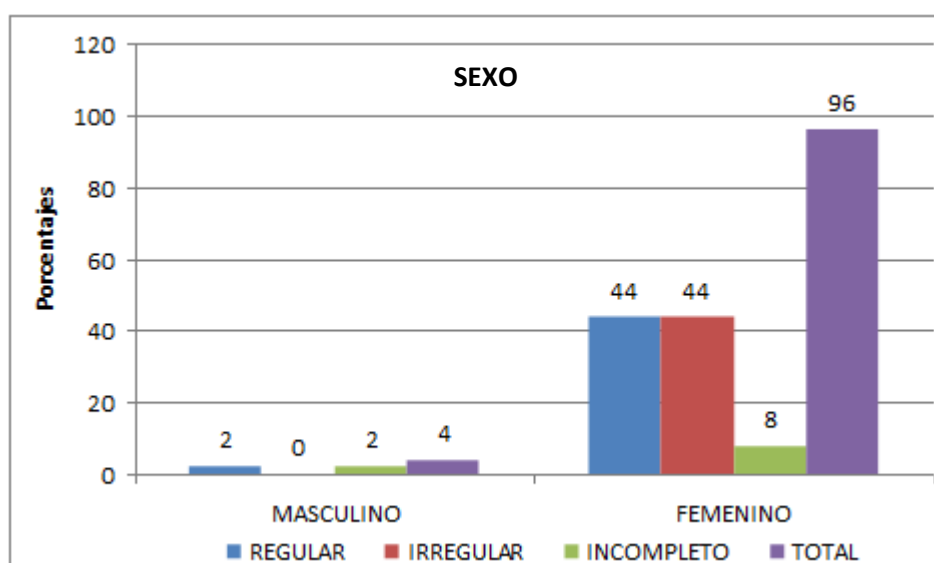
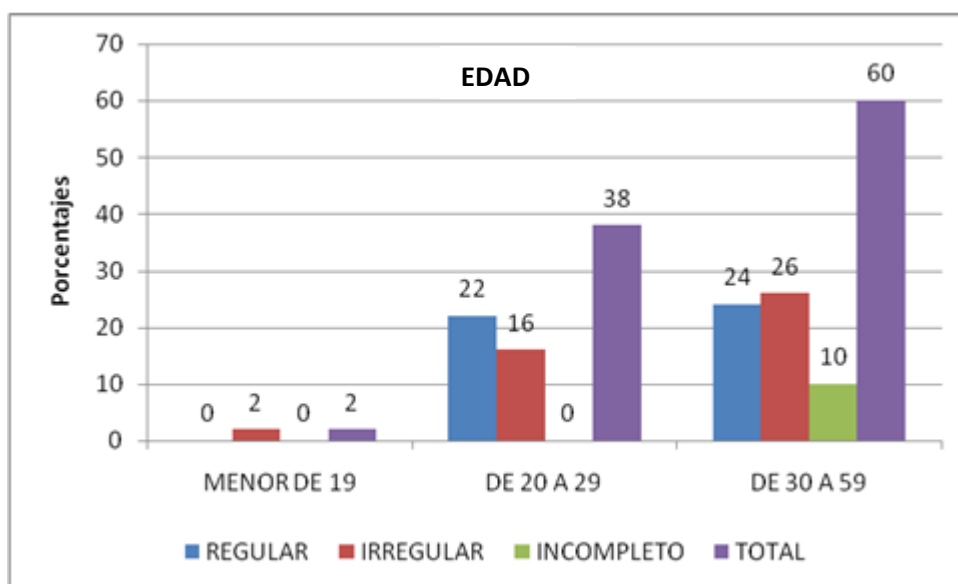
En lo referente a la condición de la vivienda podemos observar que el 24% de niños que cumplen el calendario de vacunación en forma irregular y el 4% con calendario de vacunación incompleto se encuentra en madres que habitan viviendas en condición de alojadas, el 22% que cumple el calendario en forma regular y el 6% que tiene el calendario de vacunación incompleto para la edad esta en madres que pagan alquiler. Sin embargo no existe relación estadísticamente significativa.

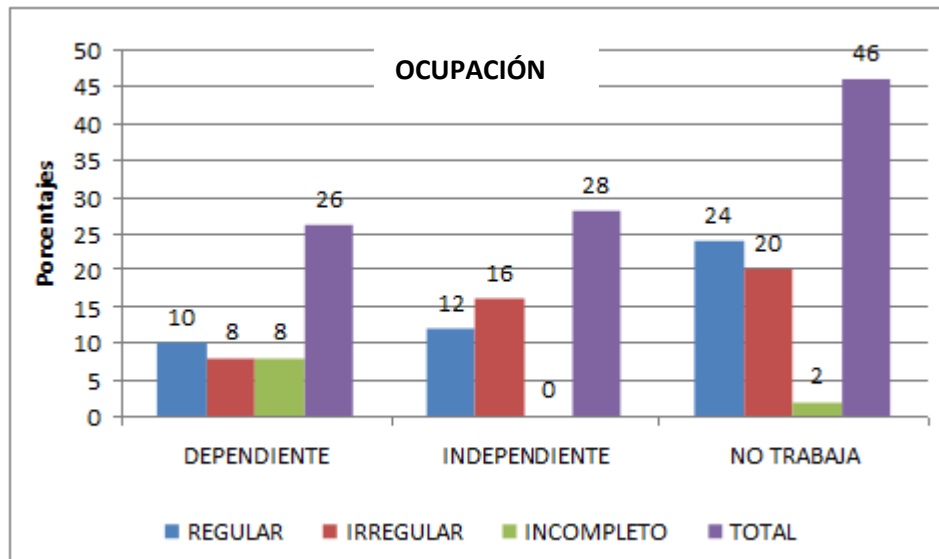
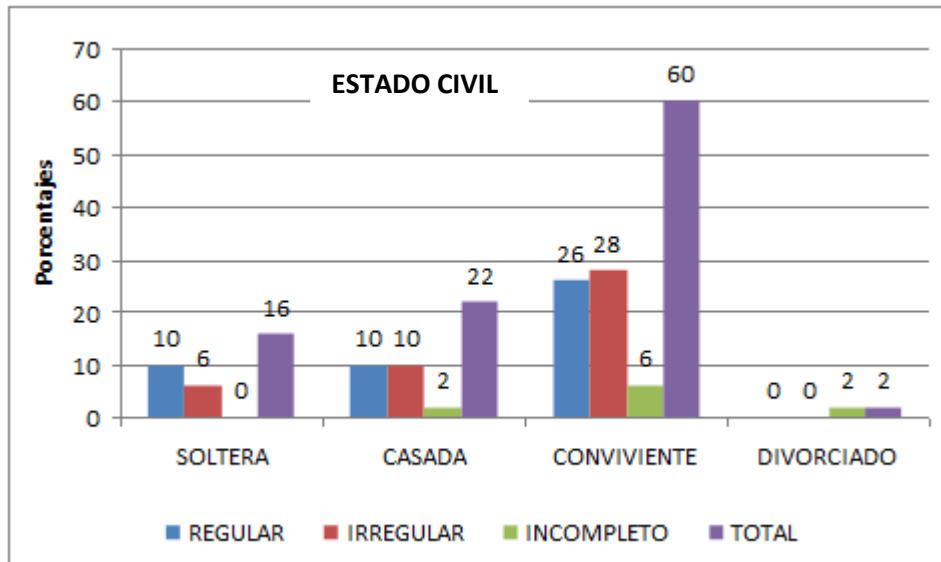
Según el grado de instrucción se puede visualizar que el 20% de madres con grado de instrucción técnico (superior no universitario) cumple el calendario de vacunación en forma regular, así también observamos que el 20% que cumple en calendario de vacunación en forma irregular y el 6% que tienen calendario de vacunación incompleto se encuentran en madres con secundaria completa. No existe relación estadísticamente significativa.

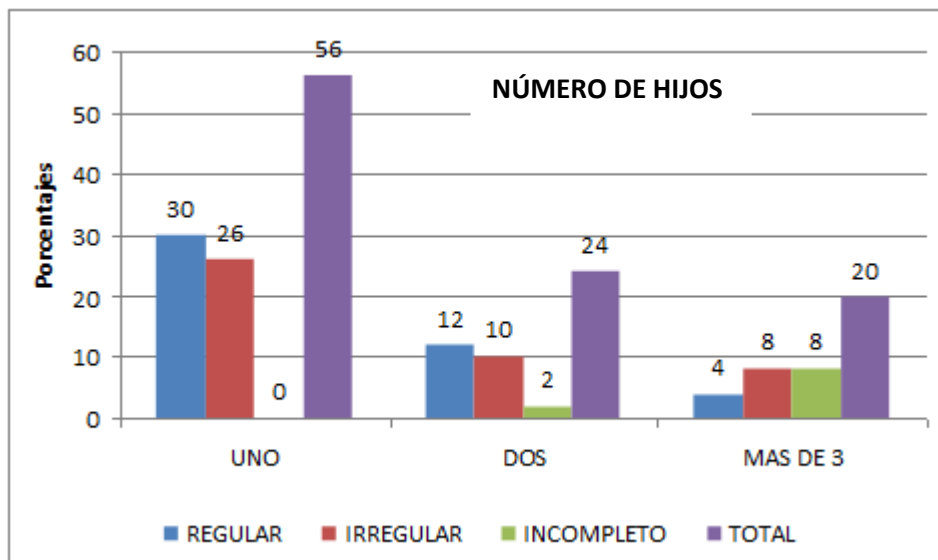
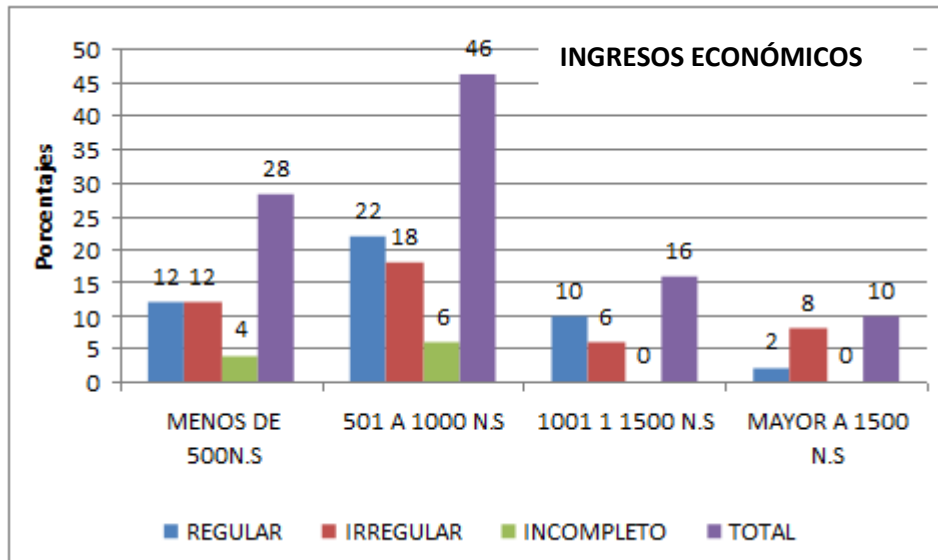
En cuanto a la religión y el lugar de procedencia no existe relación estadísticamente significativa.

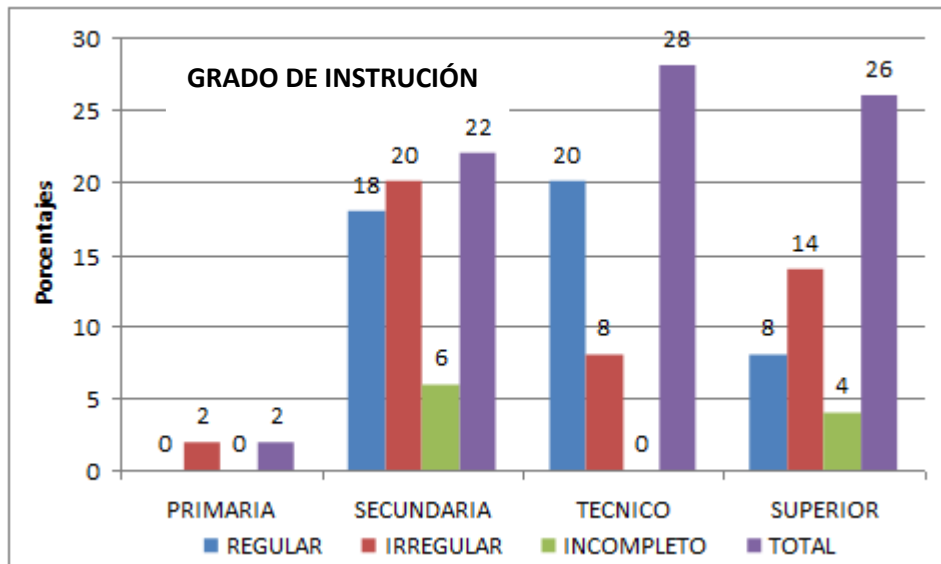
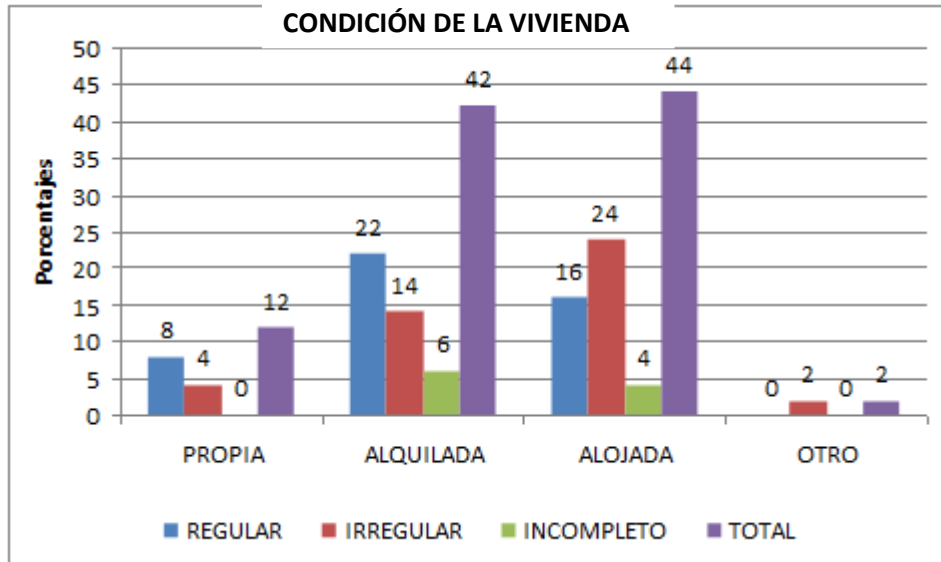
GRÁFICO N° 05

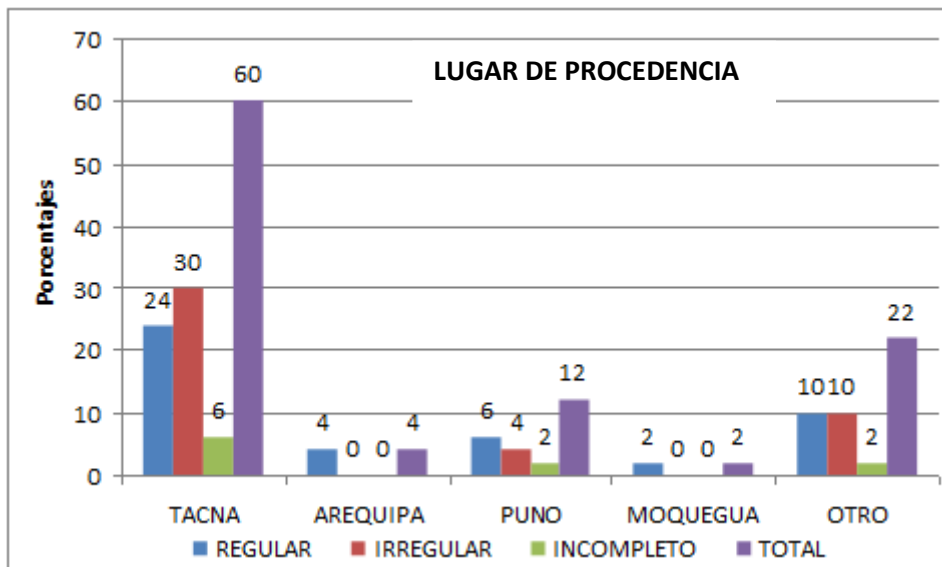
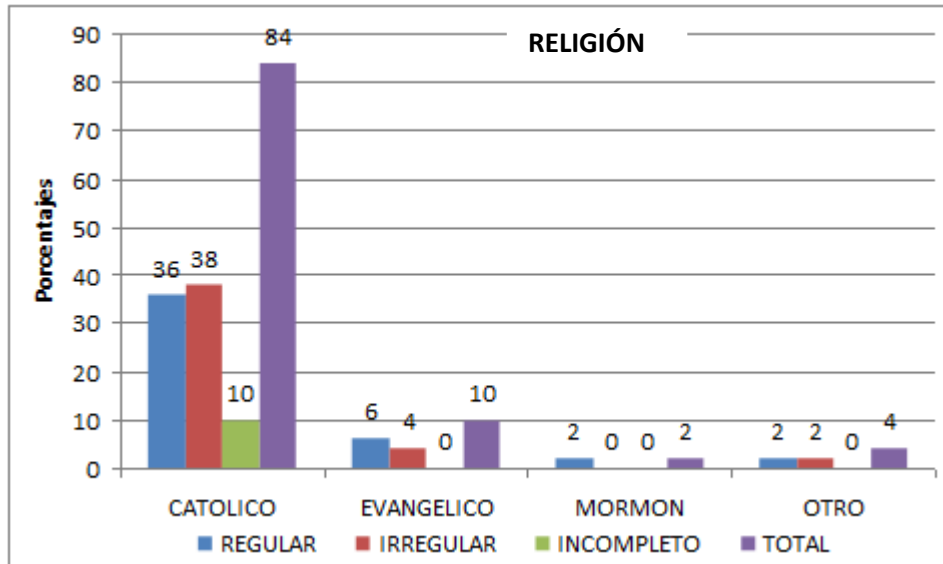
DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES SOCIOCULTURALES DE LA MADRE Y EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. CENTRO DE SALUD BOLOGNESI. TACNA 2014.











FUENTE: Tabla N° 05

4.2. DISCUSIÓN

Las vacunas son un gran avance de la ciencia que aplicada a la realidad de nuestro país viene evidenciando su desarrollo en la eliminación y/o erradicación de enfermedades inmunoprevenibles, por ello para efectos de una continuidad progresiva, es nuestra responsabilidad velar por el cumplimiento del calendario de vacunación en forma regular, entendiéndose como tal en las edades establecidas por la norma técnica de inmunizaciones.

En la tabla N° 01 Podemos observar que en el cumplimiento del esquema de vacunación el 46% de las madres cumple en forma regular, el 44% en forma irregular y el 10% tiene el calendario de vacunación incompleto para su edad.

Los resultados coinciden con lo investigado por Becerra M (9), en donde concluyó que el 66% de los niños tienen esquema de vacunación completo, el 21% completo tardíamente y el 13% esquema incompleto.

Así mismo coincide con el estudio de Luna S (11), Concluyendo que el 60.8% de los niños tienen cumplimiento regular y el 39.2 % cumplimiento irregular del esquema de vacunación.

Por otro lado difiere con Castillo D, Saavedra M. (27), en la investigación sobre influencia de las creencias de las madres en el cumplimiento del esquema de vacunación de sus hijos de 0 a 4 años. Centro poblado las palmas. mayo-julio. Tarapoto 2013. Concluyendo que El 55.6%(40) de madres no cumplen con esquema de vacunación de sus hijos. También se obtuvo 11 madres no cumplen con el esquema de vacunación y creen que es mejor darle paracetamol antes para que no se enferme, 9 madres no cumplen y creen que los más pequeños son muy débiles para recibir vacunas y 7 madres no cumplen y creen que si reciben muchas vacunas igual se enferman.

El cumplimiento del esquema de vacunación en forma regular permite garantizar la protección efectiva de la población mediante la prevención y control de enfermedades prevenibles por vacuna.

Los resultados obtenidos son preocupantes pues menos del 50% de los niños cumple con el calendario de vacunación en forma regular, las razones son por que estuvo enfermo, no tuvo tiempo, estuvo de viaje, entre otros, Lo cual nos preocupa pues indica que los niños aún están en riesgo de enfermar y/o morir por enfermedades inmunoprevenibles. Estos resultados nos hacen comprender que es necesario continuar e intensificar las actividades de seguimiento casa por casa, campañas de vacunación, llamadas telefónicas, educación

acerca de la importancia de cumplir con el calendario de vacunación así como establecer nuevas estrategias que nos permitan elevar las coberturas de vacunación.

En la tabla N° 02 Se puede observar que según los factores socioculturales que presentan de las madres de niños de 1 año el 60% tiene de 30 a 59 años, el 82% tiene estado civil estable (casado y/o conviviente), el 54% trabaja (en forma dependiente y/o independiente), el 74% gana menos de 1000 ns, el 56% tiene un hijo, el 86% paga alquiler y/o vive alojada en casa de familiares, el 54% tiene grado de instrucción superior (universitario y/o no universitario). Este estudio coincide con la investigación de Valdivia K. (5) en lo referente al estado civil, en que concluye que el 41.8% presento un nivel bajo de conocimientos, el 35.2% nivel medio y el 23,1% nivel alto, los factores sociodemográficos predominantes fueron edad de 20 a 39 años, tenencia de 1 -2 hijos y estado civil casada/conviviente.

Los resultados no coinciden con lo investigado por Landazuri D. (14), en lo que se refiere al grado de instrucción de la madre, concluyendo que la edad materna, no presentó relación estadística significativa con el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones, en cuanto a la variable

educación el 58% de madres tienen educación primaria, el 27% tienen educación secundaria, el 12% superior; y el 3% es analfabeta.

Según los resultados de estudio se obtuvo que la edad de la mayoría de las madres oscila entre 30 y 59 años, edades que juegan un rol primordial en la toma de decisiones, debido a que a mayor edad el nivel de conocimiento tiende a incrementarse siendo un aspecto positivo, debido a que la madre se orienta, reafirma y adquiere nuevos conocimientos, mayor experiencia y cambios de patrones socioculturales, a la vez que asumen roles y responsabilidades, lo que le permite adoptar mejores actitudes y firmes decisiones en el cuidado de la salud del niño.

El grado de instrucción de las madres brinda una mejor calidad de vida para la familia, ya que por medio del proceso educativo, se adquieren capacidades y conocimientos que se aplican en la vida diaria. La mayoría de la población de estudio cuenta con grado de instrucción secundaria, lo cual significa que poseen información básica sobre la salud del niño, condición intelectual que le permite conocer, interpretar y comprender la información en salud que recibe en el establecimiento de salud y de los medios de comunicación, condición que ayudaría en proporcionar una mejor calidad de vida para los miembros de la familia.

Respecto al estado civil, es importante que la madre y el niño cuenten con una familia constituida, ya que el proceso del cuidado del niño al ser compartido con el padre afianza los vínculos familiares y la responsabilidad de su rol de padres, lo cual tiene una gran repercusión en las decisiones de salud del niño y la estabilidad emocional de la familia.

El ingreso económico suficiente dado por el trabajo estable permite participar activamente en los diferentes programas de salud, en cambio el ingreso económico dado por el trabajo inestable o por el desempleo, influye negativamente en la participación activa de los padres, porque la población se encuentra limitada a poner en práctica las medidas preventivas promocionales de la salud, influyendo en el estado de salud del individuo y dificultando que los padres presten el adecuado cuidado a sus hijos.

El número de hijos influye directamente en el cumplimiento del calendario de vacunación pues como observamos las madres con un hijo tienden a cumplir el calendario de vacunación no así en aquellas madres que tienen más de dos hijos en donde se encuentra el 10% de los niños sujetos a estudio con vacuna incompleta para la edad. Esto puede deberse a que cuentan con menos tiempo para atender a todos sus hijos descuidando por esta razón el calendario de vacunas.

En la tabla N° 03 Según el nivel de conocimientos de la madres de niños de 1 año que acuden al centro de salud Bolognesi podemos observar el 42% de las madres tienen mediano nivel de conocimiento el 38% tiene bajo nivel de conocimiento y el 20% alto nivel de conocimientos.

El estudio coincide con Dario A (28), en su estudio sobre Conocimiento sobre inmunizaciones y factores socioeconómicos de madres de niños menores de un año. Huaraz, 2007, refiere que aproximadamente la mitad de las madres de niños menores de un año, presentan un nivel de conocimiento sobre inmunizaciones medio con el 52.5%, seguido un 42.5% con nivel de conocimiento bajo y alto solo el 5%. El grado de instrucción, procedencia y nivel de ingreso económico, son variables que presentan relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento materno sobre inmunizaciones.

El presente resultado coincide con Izquierdo R (29), en su estudio sobre: Conocimiento de madres de niños menores de un año sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario vacunal 2014. Obteniendo como resultado: Las madres de niños menores de un año tienen conocimiento medio en 44,4% (111), bajo en 38,4% (96) y alto en 17,2% (43).

De igual manera es concordante con el estudio de Rodriguez O., Castañeda A. (10), Cuba. Cuyos resultados evidencian que antes de recibir las labores educativas eran escasos los conocimientos que poseían las madres acerca de la importancia de la inmunización para sus hijos, cuáles vacunas se le ponen hasta los 18 meses, el concepto de la misma así como las enfermedades eliminadas en nuestro país y las protegidas por las vacunas. Así como sus contraindicaciones y las reacciones adversas que pueden producirse en el momento de la inmunización. Concluyendo que al inicio de la investigación las madres tenían poco conocimiento sobre las vacunas que se les ponen a sus hijos, luego de la intervención se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se consideró efectiva la intervención.

La investigación difiere con Valdivia K. (5), que concluyó que el 41.8% presento un nivel bajo de conocimientos, el 35.2% nivel medio y el 23,1% nivel alto, los factores sociodemográficos predominantes fueron edad de 20 a 39 años, tenencia de 1 -2 hijos y estado civil casada/conviviente.

Los resultados difieren con Sanchez J, Vera L. (29), en su estudio sobre 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, Chiclayo 2013. Se llegó a la conclusión que el mayor porcentaje de las madres adolescentes del Centro de Salud de Túpac Amaru tienen un nivel de conocimiento deficiente con un 85%, seguido del regular con un 10% y bueno con un 5%. Por otro lado el mayor porcentaje de las madres adolescentes del Centro de Salud José Olaya tienen nivel de conocimiento deficiente con un 50%, nivel regular 25%, nivel bueno 20% y en el nivel de excelente con un 5%.

En el estudio realizado se puede observar que el mayor porcentaje de las madres tiene un nivel medio de conocimientos seguido de bajo y alto, estos están relacionados al conocimiento de que enfermedades previenen las vacunas y las contraindicaciones. El 60% aproximadamente tiene conocimientos erróneos acerca de que enfermedades previenen las vacunas así como el 86% desconoce las contraindicaciones para vacunar a su niño. (anexo N° 3)

Así también según Norma Técnica de Salud (NTS) N° 080 – MINSA/DGSP V.03, que establece el Esquema Nacional de Vacunación estipula que antes de la vacunación, el personal de salud que administra la vacuna debe explicar a los padres o usuarios sobre los beneficios, además tener en cuenta las precauciones y contraindicaciones y será registrado en la historia clínica del niño.

Después de la vacunación, los padres deben recibir información completa sobre las vacunas a administrar. Esta información deberá ser clara y sencilla, debe incluir información sobre posibles efectos secundarios y los riesgos de la no vacunación así como también cuidados en el hogar y próxima cita.

Por lo antes mencionado en concordancia con lo que propugna la Teoría de Nola Pender el rol que asume la enfermera (o) en el primer nivel de atención (centros y puestos de salud) es muy importante pues es la responsable de promocionar la importancia de la vacunación oportuna, enfermedades que previenen las vacunas, contraindicaciones y reacciones adversas que puedan presentarse así como también las consecuencias y/o secuelas que se tendrían en caso de que sus hijos contraiga una de ellas y que pudo prevenirse con la aplicación oportuna de la vacuna. Lo que en síntesis implicaría educar a las madres sobre cómo cuidar a sus hijos y llevar una vida saludable Todo este trabajo se objetivizaría en la concurrencia de mayor número de madres a los establecimientos de salud a efectos de que sus hijos reciban las vacunas dentro de las edades que establece el esquema nacional de vacunación.

Así mismo, dentro de su rol está mejorar el nivel de conciencia de las personas, quienes deben tener conocimiento sobre los servicios de

inmunización para que puedan utilizarlos, realizar consejería y hacer seguimiento para el logro de resultados positivos y de esta manera incrementar las coberturas de inmunización, sus intervenciones están basadas en principios humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y la dignidad humana.

La educación que se brinda a la madre es muy importante pues esta actividad nos permite crear conciencia en la madre acerca de la importancia de la vacunación en forma oportuna y de esta manera descartar conceptos erróneos e ideas falsas de la vacunación.

En la tabla N° 04 Podemos evidenciar que según el nivel de conocimientos de la madre y el cumplimiento del esquema de vacunación en madres con mediano nivel de conocimientos el 22% cumple el calendario de vacunación en forma regular, el 18% lo cumple en forma irregular, así mismo se observa que el 8 % de los niños con calendario de vacunación incompleto para su edad están en las madres con bajo nivel de conocimientos.

El estudio coincide con Izquierdo R. (29) en su estudio Conocimiento de madres de niños de un año sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario vacunal. Concluye que madres que

tienen bajo nivel de conocimientos eran las que menos cumplían el calendario vacunal.

El estudio difiere con Rodríguez O, Castañeda A, Casado C, Rodríguez O. (10), quien concluyó que el 45,9% de las madres tenían conocimientos adecuados sobre las vacunas que se aplican a sus hijos, mientras el 54.1% desconocían su importancia.

En términos éticos, es un derecho del paciente tener acceso a cualquier información sobre su cuerpo, enfermedades, tratamientos, entre otras, y también porque el conocimiento amplía la eficacia en la toma de decisiones. Así, tanto en la atención individual o de grupo como en los programas de salud, es fundamental considerar como tarea indispensable de los profesionales de salud el diálogo y la proyección de sus conocimientos, que pueden ampliar la autonomía de los pacientes y reforzar su condición, capaces de auto cuidarse y de cobrar la atención a sus necesidades de salud como en el caso del cumplimiento del esquema de vacunación de los niños.

En la investigación realizada se puede observar que a menor nivel de conocimientos mayor probabilidad de que los niños tengan un calendario de vacunación incompleto para su edad. Lo cual pone en riesgo la salud del niño y el de la población por la posibilidad de brotes de enfermedades prevenibles por vacuna.

Los datos confirman la hipótesis aunque según los resultados del estudio no se halla relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y el cumplimiento del esquema de vacunación. Sin embargo en el análisis porcentual se encuentra que a menor conocimiento menor cumplimiento del esquema de vacunación.

En la tabla N° 05 Según los factores socioculturales y el cumplimiento del esquema de vacunación podemos visualizar que en madres de 30 a 59 años el 26% cumple el esquema de vacunación en forma irregular, el 24% lo hace en forma regular así mismo se observa que en este grupo de madres se encuentra el 10% de niños con calendario de vacunación incompleto para su edad.

En cuanto al estado civil observamos que del grupo de madres con estado civil conviviente el 28% cumple el calendario de vacunación en forma irregular, el 26% lo cumple en forma regular y el 6% tiene el calendario de vacunación incompleto. No existe relación estadísticamente significativa entre estado civil y cumplimiento del esquema de vacunación.

En cuanto al tipo de ocupación se observa que el 24% de cumplimiento del esquema de vacunación en forma regular y el 20% en forma irregular se encuentra en madres que no trabajan, y el 8% de

niños con calendario de vacunación incompleto son de madres que cuentan con un trabajo dependiente. No existe relación estadísticamente significativa.

Según el ingreso económico podemos visualizar que el 22% de niños que cumplen el esquema de vacunación en forma regular, el 18 % en forma irregular y el 6% con calendario de vacunación incompleto para la edad se encuentra en madres que tienen un ingreso económico de 501 a 1000 ns; así mismo observamos que el 4% restante de niños con esquema de vacunación incompleto se encuentra en madres que ganan menos de 500 ns. Sin embargo no existe relación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

En relación al número de hijos podemos observar que el 30% y el 26% de niños que cumplen con el calendario de vacunación en forma regular e irregular respectivamente se encuentra en madres que tienen un hijo, así también observamos que el 8% de niños con calendario de vacunación incompleto se encuentra en madres que tienen más de tres hijos. Si existe relación estadísticamente significativa entre el número de hijos y el cumplimiento del esquema de vacunación.

En lo referente a la condición de la vivienda podemos observar que el 24% de niños que cumplen el calendario de vacunación en forma irregular y el 4% con calendario de vacunación incompleto se encuentra en madres que habitan viviendas en condición de alojadas, el 22% que cumple el calendario en forma regular y el 6% que tiene el calendario de vacunación incompleto para la edad esta en madres que pagan alquiler. Sin embargo no existe relación estadísticamente significativa.

Según el grado de instrucción se puede visualizar que el 20% de madres con grado de instrucción técnico (superior no universitario) cumple el calendario de vacunación en forma regular, así también observamos que el 20% que cumple en calendario de vacunación en forma irregular y el 6% que tienen calendario de vacunación incompleto se encuentran en madres con secundaria completa. No existe relación estadísticamente significativa.

En cuanto a la religión y el lugar de procedencia no existe relación estadísticamente significativa con el cumplimiento del esquema de vacunación.

Los resultados coinciden con lo investigado por Upiachihua H. (30)

Sobre Factores sociodemográficos, culturales y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones en lactantes. Puesto de Salud I-2 Masusa. Punchana, 2015. Concluyó que si existe relación estadísticamente con el número de hijos y el cumplimiento del esquema de vacunación. Sin embargo no coincide con el estado civil, edad de la madre y grado de instrucción en el que el investigador si encontró relación estadísticamente significativa con el cumplimiento del esquema de vacunación.

Los resultados difieren a lo investigado por Medina G. (6), que concluyó que los factores que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunizaciones son los factores socioeconómicos en un 70% y los factores culturales se encuentran en un 50%.

Con estos resultados podemos concluir que algunos factores socioculturales de la madre influyen negativamente en el cumplimiento del esquema de vacunación como ser las madres en edad adulta, el trabajo dependiente, los ingresos menores de 1000 ns mensuales el tener más de tres hijos, y la condición de la vivienda, pues es estos factores socioculturales es donde se encuentran niños con vacunación incompleta para su edad.

Estos resultados nos permiten concluir que a medida que los factores socioculturales son favorables, la madre tendrá mayor conocimiento

de la importancia de la vacunación de su niño en forma oportuna pues de esa manera estamos disminuyendo los riesgos de enfermar y/o morir de los niños por enfermedades que pueden prevenirse a través de la vacunación.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en presente estudio de investigación podemos concluir que en la jurisdicción del C.S. Bolognesi:

- Menos de la mitad (46%) de los niños cumple el calendario de vacunación en forma regular, el 44% lo cumple en forma irregular.
- En relación a los factores socioculturales más de la mitad de las madres (60%) tiene de 30 a 59 años, y la mayoría (82%) tiene una relación estable (casada y/o conviviente), más de la mitad de las madres (54%) tiene algún tipo de trabajo, y la mayoría (74%) gana menos de 1000 ns mensuales, más de la mitad de las madres (56%) tiene un hijo, y en su mayoría (86%) viven en casas alquiladas y/o están alojadas en casas de familiares, más de la mitad (54%) tiene estudios superiores entre universitarios y no universitarios y menos de la mitad (44%) tiene estudios secundarios
- En relación a los factores socioculturales y el cumplimiento del esquema de vacunación en las madres de 30 a 59 años, madres con estado civil conviviente, madres que no trabajan, madres que ganan entre 501 y 1000 ns, madres que tienen 1 hijo, condición de vivienda alojada y grado de instrucción superior universitario y/o no

universitario, se encuentra entre el 20 y 30% de niños que cumplen el calendario de vacunación en forma regular.

Más aunque no existe relación estadísticamente significativa los factores que si influyen en el cumplimiento incompleto del esquema de vacunación son además del número de hijos (más de 3 hijos), los ingresos económicos menos de 1000 ns, la condición de la vivienda (alquilada o alojada) y el grado de instrucción secundaria, lo cual confirmaría la hipótesis de nuestro estudio (existe relación entre los factores socioculturales y el cumplimiento del esquema de vacunación.

Sin embargo solo se encuentra relación estadísticamente significativa entre el número de hijos y el cumplimiento del esquema de vacunación

- En cuanto al nivel de conocimientos de la madre menos de la mitad (42%) tiene nivel de conocimientos medio seguido 38% con nivel de conocimientos bajo y el 20% alto. Estos están relacionados al conocimiento de que enfermedades previenen las vacunas y las contraindicaciones para la vacunación.

Según pruebas estadísticas no existe relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimientos y cumplimiento el esquema de vacunación pero se observa que en madres con bajo nivel de conocimientos se encuentra el 8% de niños con calendario de vacunación incompleto para su edad, lo cual confirmaría la hipótesis

de nuestro estudio (existe relación entre el nivel de conocimientos de la madre y el cumplimiento del esquema de vacunación).

RECOMENDACIONES

Ante los resultados del presente estudio en que el bajo nivel de conocimiento de la madre radica en el desconocimiento acerca de las enfermedades contra las que protegen las vacunas y la percepción de no vacunar al niño cuando está enfermo se hace imperiosa la necesidad de:

- Que el personal de enfermería incremente las actividades de promoción del calendario de vacunación.
- Utilizar medios audiovisuales en las salas de espera educando sobre la importancia de la vacunación, enfermedades que previenen las vacunas, falsas contraindicaciones y el esquema de vacunación.
- Evaluar periódicamente a todo el personal sobre el esquema de vacunación vigente y las contraindicaciones para evitar las oportunidades perdidas.
- Se sugiere también corregir la norma técnica en el anexo 16 sobre “Aspectos prácticos a tenerse en cuenta antes, durante y después de la administración de vacunas”, pues en ella estipula que la “información completa sobre las vacunas a administrar” debe realizarse después de la administración de la vacuna. Lo

cual consideramos no es practico pues después de recibir la vacuna la madre está preocupada en calmar el llanto del niño y no presta la debida atención a las indicaciones y /o información que se le brinda.

- Medidas que serán aplicadas inicialmente por la autora del presente estudio informando a la gerencia del C.S. Bolognesi y al equipo de Enfermería sobre los resultados obtenidos a efectos de que objetivizada su eficacia, dicha aplicación sea extendida a todo el personal asistencial del C.S. Bolognesi.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud
www.who.int/governance/eb/who-constitucion-sp.pdf?ua1
2. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de estrategia Mundial de Inmunización.2005.
3. Alerta. Situación de la Vacunación a menores de 3 años.
UNICEF.2013
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
5. Valdivia K. Conocimientos sobre inmunizaciones y su relación con factores sociodemográficos de madres con niños menores de 2 años, C.S San Francisco. Tacna 2012.
6. Medina G. Factores socioeconómicos y culturales que influyen en la asistencia a la estrategia de inmunización de las madres de niños menores de un año en el Centro de Salud “Mi Perú”.
Ventanilla, 2007.
7. Gonzales D. Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011 [Tesis de Especialidad en

- Enfermería Pediátrica]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012.
8. Juhász J. 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 Eduvigis”. Puerto La Cruz. Anzoátegui. 2008 [Tesis de especialidad en Medicina Familiar]. Anzoátegui- Venezuela. Universidad de Oriente Núcleo de Anzoátegui, 2008.
 9. Becerra M. Barreras de acceso al Programa Ampliado de Inmunizaciones, de la población infantil asistente a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes de la localidad de Usaquén. [Tesis de Especialidad en Enfermería Pediátrica]. Usaquen - Colombia. Universidad Nacional de Colombia, 2011.
 10. Rodríguez O., Castañeda A. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos a madres de niños vacunados hasta los 18 meses, Cuba 2009.
 11. Luna S. Factores socioeconómico, cultural y laboral que se relacionan con el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de 13 meses centro de salud Metropolitano. (Tesis para optar Título de Segunda especialidad Enfermería en crecimiento y desarrollo del niño) Tacna. 2014

12. Paredes Y. estudió sobre “Conocimientos y percepción de las madres de familia y profesores acerca de las vacunas aplicadas en campañas de vacunación en las Instituciones Educativas del nivel Secundario, Cercado Tacna (Tacna 208). Revista Médica Basadrina, 2011, 5(2): 4-5.
13. Moukhallalele K. Factores que influyen en el nivel de conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas. Servicio de Cuidados Intermedios V. Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga”. Barquisimeto. Estado Lara [Tesis de Especialidad en Pediatría y Puericultura]. Barquisimeto-Venezuela. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, 2008.
14. Landázuri D. Factores socioculturales en el cumplimiento del esquema de inmunización de niños menores de un año del Sub Centro Hospital San Luis de Otavalo, periodo 2009-2010, Ecuador.
15. Caspi A., Lima J. Factores de riesgo que inciden en el cumplimiento del Esquema De Vacunación de los niños menores de cinco años de la comunidad de Santa Fe del Subcentro de Salud Atahualpa de la Parroquia Atahualpa, Canton Ambato, Provincia de Tungurahua durante el periodo de mayo del 2012 a noviembre del 2012 [Tesis de Licenciatura]. Tungurahua-Ecuador. Universidad Estatal de Bolívar, 2012

16. Martínez C. Actitud de madres en el cumplimiento de vacunas
[Acceso el 10 de Abril del 2014]. Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/112097801/Actitud-Madre-Vacunas>
17. Parra M .Generalidades sobre la respuesta inmune. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2015 Set. 26]. Disponible en URL:
tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/.../imagenes/Manualdevacunacion2008.pdf.
18. Organización Mundial de la Salud. Vacunas 2015. Ginebra:
Organización Mundial de la salud; 2015.
19. Mora J. Manual de Procedimientos Técnicos de Vacunación. RIS.
2013; 1 (1):6-7.
20. CEP Consejo Regional XI. Enfermedades inmunoprevenibles y
vigilancia epidemiológica. En: Modulo II Diplomado en gestión por
resultados y la estrategia sanitaria de inmunizaciones. Unicef; Cep
Consejo Regional XI; 2014.
21. Norma Técnica de salud que establece el Esquema Nacional de
Vacunación. NTS N°80 – MINSA/DGSP, V.02, (28-01-2011).
22. Ministerio de Salud. Protocolos de vigilancia epidemiológica Parte I.
2da. ed. 2006. Perú: Ministerio de Salud; 2006.
23. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia
y la Cultura. Diversidad cultural. [boletín] Ginebra: Organización de

- las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura;
2015.
24. Waldor R., Cuidar expresión humanizadora, nueva Palabra, 2008,
México, pag 19-128.
25. Hall, J. Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas.
2º edición. Ed. OPS. España. 1999.
26. Marriner Tomey A., Raile Alligood M. Modelos y Teorías en
Enfermería. 4ta ed. España, editorial Niorki Servicios Integrales de
Edición. 2002.
27. Castillo D. Saavedra M. Influencia de las creencias de las madres
en el cumplimiento del esquema de vacunación de sus hijos de 0 a
4 años. Centro poblado las Palmas. Mayo - Julio. (Tesis para optar
Titulo de Licenciada en Enfermería).Universidad Nacional de San
Martin. Tarapoto.2013.
28. Darío, A. Conocimiento sobre inmunizaciones y factores socio
económicos de madres de niños menores de un año. Huaraz.
2007.
29. Izquierdo R. Conocimiento de madres de niños menores de un año
sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario vacunal
[trabajo para optar el título profesional de Licenciada en
Enfermería]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2014.

30. Sánchez J, Vera L. 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. [revista en la Internet]. 2014 Abr [citado 2015 Oct 09]; 1 (1): Disponible en: <http://servicios.uss.edu.pe/ojs/index.php/SVS/article/view/72/0>

ANEXOS

Anexo N° 1

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

NRO DE ITEMS	EXPERTO			
	A	B	D	PROMEDIO
1	5	4	5	4.67
2	5	4	4	4.33
3	5	4	4	4.33
4	5	5	5	5.00
5	5	5	4	4.67
6	5	4	5	4.67
7	4	4	5	4.33
8	5	4	4	4.33
9	5	4	5	4.67

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

$$DPP = 1.59$$

$$D. \max = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 + 1)^2 + \dots + (x_{n-1})^2}$$

$$D. \max = 12 / 5$$

$$D. \max = 2.4$$

ESCALA	VALORACION	VALORES DE EXPERTOS
0- 2.4	A= Adecuación Total	DPP= 1.59
2.4-4.8	B= Adecuación en gran medida	
4.8-7.2	C= Adecuación Promedio	
7.2-9.6	D= Escasa Adecuación	
9.6-12	E= Inadecuación	

El valor hallado fue de 1.59 cayendo en la zona A, lo que indica la adecuación del instrumento y que puede ser aplicado.

Anexo N° 2
ALFA CROMBACH

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de Elementos
0.69	20

INDICE DE HOMOGENEIDAD				
(COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON)				
SUJETOS	ITEM12	ITEM18	ITEM19	TOTAL
1	1	1	1	3
2	1	2	3	6
3	1	2	2	5
4	1	1	1	3
5	1	1	1	3
6	1	1	1	3
7	3	1	2	6
8	3	2	3	8
9	1	1	2	4
10	1	1	1	3
11	1	1	2	4
12	1	1	1	3
13	1	1	2	4
14	1	1	2	4
15	1	1	1	3
16	1	1	2	4
17	1	1	1	3
18	1	1	2	4
19	1	1	2	4
20	1	1	1	3

Anexo N° 3

DISTRIBUCION SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE DEL NIÑO DE 1 AÑO. CENTRO DE SALUD BOLOGNESI. TACNA 2014

NIVEL DE CONOCIMIENTOS		N-	%	PUNTAJE
Las Vacunas son:	Medicinas que ayudan a curar	6	12	2
	Sustancias para protegerlo de algunas enfermedades.	41	84	
	Vitaminas que ayudan al crecimiento	2	4	
	Total	50	100	
En caso de que a su niño le faltara algunas o todas las vacunas; considera Ud. Que:	Es necesario continuar la vacunación	50	100	2
	No es necesario continuar la vacunación	0	0	
	Total	100	100	
Ud cree que su niño está protegido de las enfermedades porque	Recibió lactancia materna exclusiva	12	24	2
	Cumple con el calendario de vacunación	38		
	Tiene ganancia de peso adecuada	0		
	Total	50		
Según su información la aplicación de las vacunas son:	Costosas	0	0	2
	Gratuitas	50	100	
	Baratas	0	0	
	Total	50	100	
Contra que enfermedades protege la vacuna que el niño recibe al cumplir un año	Tuberculosis, Hepatitis B, Difteria, Tétanos	5	10	3
	Sarampión, Rubeola, Paperas, Neumonía	21	42	
	Difteria, Tétanos, Tos convulsiva, Hepatitis B	7	14	
	No conozco	17	34	
	Total	50	100	
Contra que enfermedades lo protege la vacuna que el niño recibe al cumplir 1 año 6 meses	Meningitis, varicela, Paperas	4	8	3
	Diarrea, gripe, rubeola	7	14	
	Difteria, tétanos, tos convulsiva	19	38	
	No conozco	20	40	
	Total	50	100	
Las edades en que el niño de 1 año debe recibir las vacunas son:	1 año, 1ª 3m, 1ª 6m	31	62	2
	1 año, 1ª 6m, 1 a 11m	15	30	
	1 año, 1a 3m, 1ª 11m	4	8	
	Total	50	100	
Las reacciones más frecuentes de la vacuna puede ser.	Dolor en la zona, gripe, fiebre	10	20	2
	Dolor, enrojecimiento, fiebre	37	74	
	Ninguna reacción	3	6	
	Total	50	100	
¿Vacunaría a su niño si estuviera resfriado?	Si	5	10	2
	No	43	86	
	A veces	2	4	
	Total	50	100	

FUENTE: Encuesta aplicada a madres de niños de 1 año que acuden a la consulta de CRED del C.S. Bolognesi. Tacna 2014

Elaborado por: Lic. Flor Patricia Flores Escalante

Anexo N° 4

Acostumbra vacunar a sus niños en su familia?	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	92,0
No	2	4,0
A veces	2	4,0
Total	50	100,0

Cuando gasta en pasajes para vacunar a su niño (a)	Frecuencia	Porcentaje
No gasta	24	48,0
De a 1 a 3 nuevos soles	20	40,0
Más de 3 nuevos soles	6	12,0
Total	50	100,0

Si gasta en pasajes, esto le haría difícil llevar a vacunar a su niño(a)	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	20,0
No	37	74,0
A veces	3	6,0
Total	50	100,0

El horario de atención en el consultorio de vacunación	Frecuencia	Porcentaje
Es adecuado para el tiempo que Ud. tiene	40	80,0
No es adecuado para el tiempo que Ud. tiene	10	20,0
Total	50	100,0

Considera Ud. que el tiempo de espera para que su niño sea vacunado es adecuado	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	52,0

No	4	8,0
A veces	20	40,0
Total	50	100,0

Al acudir a su cita para vacunar a su niño(a), encuentra las vacunas que necesita?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	25	50,0
Casi Siempre	22	44,0
Le dan otra cita	3	6,0
Total	50	100,0

La información que Ud. recibió acerca de las vacunas fue dada por:

	Frecuencia	Porcentaje
Personal de salud	47	94,0
Amistades	2	4,0
Medios de comunicación	1	2,0
Total	50	100,0

Después de vacunar a su niño (a) la enfermera le informa acerca de las reacciones que tiene la vacuna aplicada

	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	92,0
A veces	4	8,0
Total	50	100,0

Después de vacunar a su niño la enfermera le informa que vacuna recibirá en su próxima cita

	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	88,0
No	2	4,0
A veces	4	8,0
Total	50	100,0

El trato que Ud. recibe del personal de admisión; es amable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	27	54,0
A veces	23	46,0
Total	50	100,0

La Enfermera que la atendió se muestra amable en la atención	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	43	86,0
A veces	7	14,0
Total	50	100,0

Cuando no asiste a la cita programada para vacunar a su niño(a) es porque:	Frecuencia	Porcentaje
No tuvo tiempo	27	54,0
Estuvo enfermo	23	46,0
Total	50	100,0

FUENTE: Encuesta aplicada a madres de niños de 1 año que acuden a la consulta de CRED del C.S. Bolognesi. Tacna 2014
Elaborado por: Lic. Flor Patricia Flores Escalante

ANEXO N° 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio “FACTORES SOCIOCULTURALES Y CONOCIMIENTOS DE LA MADRE QUE SE RELACIONAN CON EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION DEL NIÑO DE 1 AÑO. CENTRO DE SALUD BOLOGNESI, 2014” cuyo objetivo es relacionar los factores socioculturales y conocimientos de la madre.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consiste en la aplicación de un cuestionario y que no representa riesgo alguno a mi persona.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee, sin ser afectado en mi trato o atención.

Firma de la madre

Anexo N° 6

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHOMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
Sección de Segunda Especialidad
Elaborado por: Flor Patricia Flores Escalante

Agradecemos su participación en la Investigación “**FACTORES SOCIOCULTURALES Y CONOCIMIENTOS DE LA MADRE QUE SE RELACIONAN CON EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO DE 1 AÑO. CENTRO DE SALUD BOLOGNESI, TACNA 2014**” y le solicitamos respetuosamente responda todas las preguntas.

Recuerde que el cuestionario es anónimo, por lo cual le garantizamos la total confidencialidad de la información, la cual será utilizada con fines estadísticos.

I. FACTORES SOCIOCULTURALES

1. Edad

- Menor de 19 años
- De 20 a 29 años
- De 30 a 59 años
- Mayor de 60 años

2. Sexo

- Masculino
- Femenino

3. Estado civil

- Soltera
- Casado (a)
- Conviviente
- Divorciado
- Viudo

4. Ocupación

- Trabajo dependiente
- Trabajo independiente
- No trabaja

5. Ingreso Económico

- Menos de 500 n.s
- Entre 501 a 1000 n.s.
- Entre 1001 a 1500 n.s.
- Mayor a 1500 n.s.

6. Número de hijos

- Uno
- Dos
- Mas de tres

- 7. Vivienda**
- Propia
 - Alquilada
 - Alojada
 - Otro _____
- 8. Grado de Instrucción**
- Sin Instrucción
 - Primaria
 - Secundaria
 - Técnico
 - Superior
- 9. Religión**
- Católico
 - Evangélico
 - Mormón
 - Otro _____
- 10. Lugar de Procedencia**
- Tacna
 - Arequipa
 - Puno
 - Moquegua
 - Otro _____
- 11. Acostumbran vacunar a sus niños en su familia ?**
- Si
 - No
 - A veces
- 12. Cuánto gasta en pasajes para vacunar a su niño (a)**
- No gasta
 - De 1 a 3 nuevos soles
 - Mas de 3 nuevos soles
- 13. Si gastara en pasajes, esto le haría difícil llevar a vacunar a su niño (a)?**
- Si
 - No
 - A veces
- 14. El horario de atención en el consultorio de vacunación:**
- Es adecuado para el tiempo que Ud. Tiene
 - No es adecuado para el tiempo que Ud. Tiene
- 15. Considera ud. Que el tiempo de espera para que su niño sea vacunado es adecuado?**
- Si
 - No
 - A veces

- 16. Al acudir a su cita para vacunar a su niño (a), encuentra las vacunas que necesita?**
- Siempre
 - Casi siempre
 - Le dan otra cita
- 17. La información que ud. Recibió acerca de las vacunas fue dada por:**
- Personal de salud (enfermera, medico, tec. En enfermería)
 - Amistades (abuelitos, tíos, primos, vecinos)
 - Medios de comunicación (radio, televisión, periódico)
- 18. Después de vacunar a su niño (a) la Enfermera le informa acerca de las reacciones que tiene la vacuna aplicada?**
- Si
 - No
 - A veces
- 19. Después de vacunar a su niño la enfermera le informa que vacuna recibirá en su próxima cita?**
- Si
 - No
 - A veces
- 20. El trato que ud. Recibe del personal de admisión; es amable?**
- Siempre
 - A veces
 - Nunca
- 21. La Enfermera que la atendió se muestra amable en la atención?**
- Siempre
 - A veces
 - Nunca
- 22. Cuando no asiste a la cita programada para vacunar a su niño (a) es porque:**
- No tuvo tiempo
 - Estuvo enfermo

II. CONOCIMIENTOS DE LA MADRE EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN

- 1. Las vacunas son:**
 - a) Medicinas que ayudan a curar enfermedades
 - b) Sustancias para protegerlo de algunas enfermedades
 - c) Vitaminas que ayudan al crecimiento
- 2. En caso de que a su niño le faltara algunas o todas las vacunas; Ud. Considera que:**
 - a) Es necesario continuar su vacunación
 - b) No es necesario continuar su vacunación
- 3. Usted cree que su niño está protegido de las enfermedades que previenen las vacunas, porque?**

- a) Recibió lactancia materna exclusiva
 - b) Cumple con el calendario de vacunación
 - c) Tiene ganancia de peso adecuada
4. **Según su información la aplicación de las vacunas al niño son:**
- a) Costosas
 - b) Gratuitos
 - c) Baratos
5. **Según el calendario de vacunación contra que enfermedades lo protege la vacuna que el niño recibe al cumplir un año ?**
- a) Tuberculosis, Hepatitis B, Difteria, Tétanos.
 - b) Sarampión, Paperas, Rubeola, Neumonía
 - c) Difteria, Tétanos, Tos convulsiva, Hepatitis B
 - d) No conozco
6. **Según el calendario de vacunación contra que enfermedades lo protege la vacuna que el niño recibe al cumplir 1 año y 6 meses ?**
- a) Meningitis, Varicela, Paperas
 - b) Diarrea, Gripe, Rubeola
 - c) Difteria, Tétanos, Tos convulsiva
 - d) No conozco
7. **Las edades en que el niño de 1 año debe recibir las vacunas son:**
- a) 1año, 1año 3 meses, 1año 6 meses
 - b) 1año, 1año 6 meses, 1año 11 meses
 - c) 1año, 1año 3 meses, 1 año 11 meses
8. **Las reacciones más frecuentes después de la vacunación pueden ser:**
- a) Dolor en la zona, gripe, fiebre
 - b) Dolor, enrojecimiento, fiebre
 - c) Ninguna reacción
9. **Vacunaría a su niño (a) si estuviera resfriado?**
- a) Si
 - b) No
 - c) A veces

ESQUEMA DE VACUNACION	CUMPLIMIENTO
REGULAR	
IRREGULAR	
INCOMPLETO	