

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS MADRES DE
NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS SOBRE ENFERMEDADES
INMUNOPREVENIBLES CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO TACNA - 2012**

TESIS

Presentada por

Bach. Rosa Milagros Cari Vilca

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

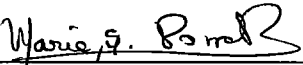
Escuela Académico Profesional de Enfermería

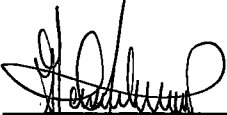
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS MADRES DE
NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS SOBRE ENFERMEDADES
INMUNOPREVENIBLES CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO TACNA – 2012**


TESIS


Presentada por:
BACH. ROSA MILAGROS CARI VILCA

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
Aprobada por Unanimidad ante el siguiente jurado:


Mgr. María Soledad Porras Roque
Presidente


Mgr. Luz Marina Ticona Pajares
Jurado


Mgr. María Lourdes Vargas Salcedo
Jurado


Enf. Elizabeth Balbina Huerta Tovar
Asesora

DEDICATORIA

A DIOS por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Juan y Rosa por su ejemplo de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi Bebe por ser mi motivación en cada paso positivo de mi vida, por haber experimentado junto a ti el ser Madre y darme todo tu amor.

AGRADECIMIENTO

A mis Hermanos.

Por haberme brindado en todo este tiempo cariño, paciencia y perseverancia. Por compartir vicisitudes en nuestra larga vida y aprender de mis Padres el ejemplo de vivir unidos siempre mediante lazos de cariño y bondad.

A mis amigas

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigas.

A mis Maestros y Entidades.

Por ser mi guía y apoyo en mi trabajo de Tesis. A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann y a la Escuela Académica Profesional de Enfermería, que me supieron formar como profesional y al Centro de Salud San Francisco por su apoyo para la ejecución de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACS	
INTRODUCCION.....	01
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. Fundamentos y formulación del problema.....	04
2. Objetivos	08
3. Justificación.....	09
4. Formulación de la hipótesis.....	10
5. Operacionalización de variables.....	11
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
1. Antecedentes de la Investigación.....	12
2. Bases Teóricas.....	19
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	
1. Material y Métodos.....	60
2. Población y Muestra.....	61
3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	62
4. Procedimientos de recolección de Datos.....	65
5. Procesamiento de Datos.....	66

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

1. Resultados.....	68
2. Discusión.....	79
CONCLUSIONES.....	84
RECOMENDACIONES.....	85
REFERENCIAS.....	87
ANEXOS	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado Nivel de conocimientos y actitudes de las madres de niños(as) de 2 meses a 5 años sobre enfermedades inmunoprevenibles Centro de Salud San Francisco, tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel del conocimiento y actitudes de las madres de niños(as) de 2 meses a 5 años, sobre enfermedades inmunoprevenibles e inmunizaciones; el diseño de estudio fue descriptivo de corte transversal correlacional, con una muestra de 111 madres que acuden al consultorio de Atención Integral del Niño, utilizándose la entrevista y la escala de Likert para la recolección de los datos estos fueron analizados a través del software estadístico informático SPSS v 21.0. En relación a las características de las madres se obtuvo: que el 35,9% oscila entre 25-32 años, el 60,4% son convivientes y el 90,4% tienen un hijo. El 74,8% presentan un conocimiento regular, el 23,4% es bueno y el 1,8% el conocimiento es deficiente. La actitud hacia las inmunizaciones es positiva en un 79,3% indiferente 19,8% y 0,9% de rechazo. No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de las madres respecto a las enfermedades inmunoprevenibles.

PALABRAS CLAVES: Nivel de Conocimiento, Actitud, Enfermedades Inmunoprevenibles.

ABSTRACT

The present work of investigation put a title to Level of knowledge and attitudes of children's mothers (age) of 2 months to 5 years on diseases immunoprevenibles Health Care Facility St. Francisco, you aimed at determining the relation between the level of knowledge and children's mothers' attitudes (age) of 2 months to 5 years, on diseases immunoprevenibles and immunizations; The design of study was descriptive of transverse cut correlacional, with 111 mothers' sign that they attend to Honest Atención's doctor's office of the Little Boy, utilizándose interviews her and Likert's scale for the anthology of the data these were examined through the statistical information-technology software SPSS v 21,0. It was obtained in relation to the mothers' characteristics: The fact that the 35.9 % oscillates between 25-32 years, the 60.4 % are convivientes and the 90.4 % they have a son. The 74.8 % they present a fairly good knowledge, the 23.4 % is good and the 1.8 % knowledge is deficient. The attitude toward the immunizations is positive in one 79.3 indifferent 19.8 % and 0.9 % of rejection. Does not exist significant relation between the level of knowledge and the attitude of the mothers in relation to the diseases immunoprevenibles.

KEY WORDS: Level of Knowledge, Attitude, Diseases Immunoprevenibles.

INTRODUCCION

La OMS refiere que la promoción y prevención de salud es una estrategia fundamental para el desarrollo de las personas y por ende de la sociedad, según la OPS menciona que la prevención de la salud es un proceso que promueve las bases del desarrollo humano y de una calidad de vida saludable, está dirigido a alcanzar un alto nivel de bienestar a través de los procesos que propician la modificación de hábitos personales o del medio ambiente en el que viven las personas, por tal motivo en la actualidad el Ministerio de Salud está adoptando diversas estrategias tendientes a promover la salud de la población, es así que el primer lineamiento de política de salud, nos habla de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles“ como un derecho inalienable de la persona”.

Frente a esta problemática implementan una estrategia de aplicación de vacunas, el conocimiento de los eventos adversos, su conservación, así como la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica en las enfermedades inmunoprevenibles.

En nuestro país, uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos es la niñez que se ve afectada por la pobreza y la falta de información sobre la inmunización de los niños que se ve evidenciada en la morbilidad infantil, donde su bienestar y calidad de vida dependen de las decisiones de su entorno más cercano y de la comunidad. Por ser un país en transición epidemiológica de uno en vías de desarrollo a uno desarrollado, aún existen zonas donde el desarrollo socioeconómico disminuido son muy marcadas, persistiendo los riesgos de las enfermedades inmunoprevenibles, como consecuencia de múltiples factores que van desde la inaccesibilidad geográfica, las costumbres y la no presencia del estado para atender dicha necesidad, producto de la carencia de recursos humanos y materiales, para hacer efectiva dicha protección.

Las variables de conocimientos y actitudes interactúan y varían en intensidad de individuo (madre) a individuo. Cuando estas tienen dependencia entre sí, indica que es útil en acciones de salud pública referente a enfermedades inmunoprevenibles y orientan a: Fortalecer el programa de Información, Educación y Comunicación en las madres para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas como soporte fundamental en la prevención primordial y primaria de estas enfermedades.

El trabajo de investigación está organizado de la siguiente manera:

Capítulo I presenta el planeamiento del problema, que incluye fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de la hipótesis y operacionalización de las variables; el Capítulo II está conformado por marco teórico, que incluye los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, y la definición conceptual de términos; el Capítulo III describe la metodología de la investigación donde se presenta material y métodos, población y muestra de estudio, técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos y procesamiento de datos, procesamiento de datos; Capítulo IV está conformado por los resultados y la discusión, por último se desarrollan las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.- FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El hombre siempre ha vivido en comunidades donde aprende a satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas en todo aspecto como vivienda, alimentación, organización, etc. uno de estos aspectos ha sido la salud y enfermedad. Por una enfermedad se ha desatado epidemias trayendo como consecuencia secuelas y la muerte.

La historia refiere que las enfermedades inmunoprevenibles cobraron muchas víctimas mortales y dejaron secuelas imborrables en la población que sobrevivió a ellas, en algunos países constituyeron las primeras causas de mortalidad y morbilidad de la población.

Las estadísticas a nivel nacional respecto a las inmunizaciones demuestran que solo el 80% a 90% de los niños menores de 5 años tienen sus vacunas completas como consecuencia de diversos factores socioculturales que repercuten en la inmunización de los niños menores de 5 años.

En el Perú, muchas familias (padres y madres), especialmente los jóvenes y en áreas urbanas, desconocen las características clínicas de las enfermedades que antes eran muy frecuentes, como el sarampión, la difteria o la tos ferina; lo cual, puede condicionar que se le reste importancia a la vacunación en su papel protector contra enfermedades, al no tener clara noción de la gravedad de estas entidades nosológicas. Contrariamente a esto, la población es muy sensible a la información sobre los eventos adversos graves supuestamente atribuidos a la vacunación.

En Tacna, el año 2010, las coberturas de vacunación alcanzadas fueron por debajo del 95%, para las distintas vacunas en menores de 1 año: BCG de 94,31%; H.VB. 87,02%; Antipolio 87,30%; Pentavalente 87,31%; Rotavirus 80,60%; Neumococo 70,77%; SPR 85,76%. Para el año 2011, la situación es casi similar: BCG (91,12%); H.VB. (91,44%); Antipolio oral (87,3%); Pentavalente (86,9%); Rotavirus (83,60%); Neumococo (88,2%); SPR (87,3%). En ambos años la cobertura de DPT fue también por debajo del 95% que no es lo recomendado por la OMS, quedando grupos de niños menores de 5 años susceptibles a enfermar (ASIS DIRESA-T 2012). Tal es así, que en agosto del 2012, se inicia el brote de Tos Ferina en el distrito de Ciudad Nueva y posteriormente se diseminó al distrito Gregorio

Albarracín; entre el 22 de agosto al 31 de diciembre se confirmaron 24 casos de Tos ferina de 64 sospechosos notificados, siendo principalmente afectado los niños menores de 1 año. (DEEPI, Informe inicial de brote, 2012). Durante la investigación, al interactuar con las madres se observó aspectos negativos y positivos frente a las enfermedades inmunoprevenibles, refiriendo que “si conozco las vacunas que debe tener mi hijo, tienen miedo que le de fiebre”, “cuando está enfermo no lo pueden vacunar”, “si le pregunto a la enfermera sobre las reacciones adversas” entre otras expresiones. Es decir, se pudo identificar un mediano nivel de conocimiento sobre las enfermedades inmunoprevenibles más si tienen mejor actitud frente a estas enfermedades.

La inmunización es la intervención más segura de salud especialmente en la prevención de enfermedades inmunoprevenibles que a pesar de las múltiples campañas aun sigue constituyendo un factor de riesgo debido a la migración poblacional quienes tienen sus costumbres muy arraigadas, por ello aun constituye un problema de salud pública, en virtud del peligro de su diseminación, magnitud, trascendencia social, repercusión económica y el riesgo de la reaparición de casos, sobre todo cuando la gran mayoría de casos se presentan en la población menor de 5 años, por diversos factores

socioculturales que intervienen en el desempeño del rol de la madre ignorando alguna de ellas el valor de las vacunas ya sea por el contexto de pobreza, situación de inestabilidad económica, contraindicaciones erróneas o falsas creencias, el desempleo o la migración del campo a la ciudad de Tacna, es por eso importante considerarlo, dado que principalmente en los conos de la ciudad de Tacna, residen alrededor del 80% de población procedente de Puno y otras regiones, arraigados a sus costumbres y cultura de origen; con niveles de instrucción primaria y secundaria en su mayoría, ingresos económicos medio-bajo, ocupación mixta eminentemente comercial, madres adolescentes y jóvenes; con más de 2 hijos en promedio; madres con estado civil soltera y conviviente; lo cual se supone que traen consigo acciones muy diferentes a las costeñas en donde existen factores socioculturales que pueden influir en una no aceptación para la estrategia sanitaria de Inmunizaciones.

Por tanto, surge en esta investigación la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes de las madres de los niños(as) de 2 meses a 5 años, sobre enfermedades inmunoprevenibles en el Centro de Salud San Francisco, Tacna - 2012?

2.- OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes de las madres de niños(as) de 2 meses a 5 años, sobre enfermedades inmunoprevenibles Centro de Salud San Francisco Tacna - 2012.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población de estudio por grado de instrucción, estado civil, número de hijos y edad de las madres que acuden al Centro de Salud San Francisco.
- Identificar el nivel de conocimiento de las madres de niños(as) de 2 meses a 5 años, sobre enfermedades inmunoprevenibles Centro de Salud San Francisco.
- Establecer el tipo de actitud de las madres de niños(as) de 2 meses a 5 años sobre enfermedades inmunoprevenibles del Centro de Salud San Francisco.
- Identificar la relación entre el conocimiento y actitudes de las madres de niños(as) de 2 meses a 5 años sobre enfermedades inmunoprevenibles del Centro de Salud San Francisco.

3.- JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades inmunoprevenibles al ser adquiridos por el hombre traerán sus secuelas en diferentes grados. Las estadísticas muestran que para prevenir dichas enfermedades es necesaria la inmunización al ser humano siendo la etapa del lactante y preescolar las más susceptibles a enfermar. Las vacunas protegen de diferentes patologías a las que está expuesto el niño, para tener una aceptación total de la inmunización contra las enfermedades inmunoprevenibles depende mucho del conocimiento y actitud de las madres de familia y de la población en general.

La presente investigación es importante porque evidencia el nivel de conocimiento y su relación con actitudes que tienen las madres sobre las enfermedades inmunoprevenibles, lo que resulta una base sustancial para el profesional de Enfermería de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones del Centro de Salud San Francisco, en la toma de decisiones del marco contextual de políticas sanitarias en medidas educativas para mejorar el nivel de conocimiento y actitud de este tema.

Además otorga importante práctica que beneficiará a las madres y sus niños(as), pues los resultados orientan a proponer un plan de

acción a fin de incrementar los conocimientos sobre las enfermedades inmunoprevenibles y la cobertura de vacunas, contribuyendo a la disminución de las ideas falsas, mitos, opiniones negativas sobre la vacunación; además, la posibilidad de que ocurran enfermedades prevenibles por vacunas será menor.

Esta investigación se realizó con la finalidad de determinar la relación entre el nivel del conocimiento y actitudes de las madres de niños(as) de 2 meses a 5 años, sobre enfermedades inmunoprevenibles así como aquellos factores que determinan el incumplimiento y/o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización del Centro de salud San Francisco desde la perspectiva de las madres, para desarrollar e implementar medidas que permitan la formación de una actitud positiva frente a la inmunización de las madres de niños menores de 5 años.

4.- FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Existe relación entre el nivel de conocimientos y actitudes de las madres de niños(as) de 2 meses a 5 años, sobre enfermedades inmunoprevenibles en el Centro de Salud San Francisco Tacna-2012.

5.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Conocimiento sobre enfermedades inmunoprevenibles	El conocimiento es la conciencia o percepción de la realidad que se adquiere por medio del aprendizaje o la investigación	Enfermedades inmunoprevenibles <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis • Hepatitis B: • Difteria • Tétanos • Tos convulsiva. • Poliomiелitis. • Neumonía • Influenza • Diarrea • Sarampión • Paperas. • Rubeola. • Fiebre amarilla. 	Conocimiento bueno: 35 a 52 pts Conocimiento regular: 18 a 34 pts Conocimiento deficiente: 0 a 17 pts	Ordinal

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Actitud sobre enfermedades inmunoprevenibles	Es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente. En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente.	Actitud de Aceptación Actitud de Rechazo Actitud de indecisión	Aceptación 46 Y 57 Puntos. Rechazo: 33 Y 45 Puntos. Indecisión: 19 Y 32 Puntos.	Ordinal

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1.- Antecedentes de la investigación

JUHÁSZ, J. (2008) México, en su trabajo de investigación 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 Eduvigis". Puerto La Cruz. Anzoátegui, El estudio es de tipo investigación acción-participante; la muestra estuvo conformada por 72 niños menores de 5 años de edad, de ambos sexos, con esquema de inmunización incompleto o con retraso en alguna dosis previa según la edad recomendada; se aplicó un cuestionario para evaluar conocimientos, motivos de no vacunación y creencias; cuyo objetivo fue Proponer un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y/o retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización dirigido a la comunidad. Cuyos resultados fueron: 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. ⁽¹⁾

MACIAS M. Y COLAB (2008) México, en su estudio “Factores de riesgo para esquema de vacunación incompletos en niños de 6 a 60 meses en el instituto nacional de pediatría”, El cual fue observacional prospectivo tipo encuesta, que incluyo como muestra a 462 niños que ingresaron al INP durante el periodo de junio-septiembre 2003, tuvo como objetivo evaluar la frecuencia y los factores de riesgo más asociados a vacunación incompleta o retrasada en niños(as). Como resultados tuvieron que el 82.2% tenía esquema de vacunación completo en 59.5% su administración fue de acuerdo a las edades establecidas en el carnet, y como factores de riesgo, el desconocimiento de la fecha de su próxima vacunación, la vacuna que le correspondía y el que la madre no tuviera otra ocupación fuera de casa.⁽²⁾

OVALLE H. P (2006) Guatemala, en la investigación titulado “Conocimientos de los padres de familia con respecto a las enfermedades inmunoprevenibles” tuvo como objetivo identificar los conocimientos que los padres de familia de los niños del primer ingreso

que asisten al centro de atención integral Colon, tienen acerca de las enfermedades inmunoprevenibles, tuvo como muestra a 23 padres. En el cual tuvieron como resultados que, un 9% no posee ningún conocimiento sobre dichas enfermedades, sin embargo a pesar de su desconocimiento se pudo observar que de igual manera se preocupan porque sus hijos sean vacunados ya que consideran importantes vacunarlos antes de cumplir los 5 años de edad. ⁽³⁾

HEREDIA, R. CASTAÑEDA C. Y COLAB. (2009) Cuba, en su estudio Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos a madres de niños vacunados hasta los 18 meses, cuyo objetivo fue aplicar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos a madres de niños vacunados hasta 18 meses de edad, para elevar el nivel de conocimientos de las madres acerca de las vacunas que se ponen a sus hijos hasta los 18 meses de edad. Cuya población estuvo conformada por 135 madres, seleccionadas a través de un muestreo aleatorio simple a las que se les aplicó un cuestionario. Donde se evidenció 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, se concluyó que al inicio de la investigación las madres tenían poco conocimiento sobre las vacunas que se le ponen a sus hijos, luego de la intervención se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se consideró efectiva la intervención. ⁽⁴⁾

BARRAGAN CH. Y COLAB (2006), Venezuela. Llevaron a cabo un estudio "Conocimientos sobre cuidado del lactante menor de (1-6 meses) en cuanto a la alimentación, esquema de inmunización, higiene y confort que tienen las madres que asisten a la clínica del club de lactancia materna en el ambulatorio urbano tipo II Cerritos Blancos de Barquisimeto Mayo – Junio 2006", este estudio fue descriptivo prospectivo de corte transversal, se estudiaron 20 madres cuya elección fue por conveniencia donde se concluyó que el 74.38% tuvo conocimientos adecuados sobre alimentación, 80.83% sobre esquema de vacunación y 80.83% sobre higiene y confort estableciendo que las madres tienen conocimientos adecuados sobre el cuidado del lactante menor. ⁽⁵⁾

SOTO S. E. (2009) Venezuela, realizaron un trabajo de investigación sobre Conocimientos de las madres sobre el Esquema Nacional de Vacunación, antes y después de participar en programa

educativo ambulatorio urbano tipo II, el propósito del estudio fue determinar los conocimientos de las madres sobre vacunas específicas, antes y después de participar en un programa educativo sobre el esquema nacional de vacunación, fue de diseño cuasi experimental, cuya muestra seleccionada mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, conformada por 90 madres de niños menores de 4 años. Se determinó como resultado: Antes del programa el grupo experimental obtuvo un puntaje promedio de 2.1 puntos con desviación estándar de 0.2 puntos, mientras que después el puntaje promedio subió a 2.3 puntos con desviación de 0.0 puntos y la existencia de una diferencia significativa ($p < 0.05$), de 0.2 puntos a favor de la prueba efectuada al grupo experimental, confirmándose así, lo efectivo que resultó el programa educativo, para inducir cambios positivos y significativos en el conocimiento de las madres, confirma que no hubo cambios significativos en el grupo control, ya que no fue expuesto al programa educativo.⁽⁶⁾

CARRASCO M. ALFREDO (2007) Huaraz, en el estudio titulado Conocimiento sobre Inmunizaciones y Factores Socio Económicos de Madres de Niños Menores de un Año, 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. La edad materna, estado civil son variables que no presentan relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento materno sobre inmunizaciones. La mayoría de madres presentaron nivel de conocimiento medio y bajo, solo el 5 % alto. ⁽⁷⁾

CASAS Z. Y COLAB (2007) Lima, Realizaron una Investigación titulada Conocimientos y Cumplimiento del Calendario de Vacunación y las Características Sociodemográficas de las madres en el CSMIZ; Tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y cumplimiento del calendario de vacunación y las características sociodemográficas de las madres, realizado en una muestra de 120 madres de niños menores de 5 años de edad. Cuyo resultado fue que el 52.9% que tienen conocimiento bajo, no cumplen con el calendario de vacunación. La edad, el grado de instrucción y el estado civil tienen relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento y el cumplimiento del calendario de vacunación. ⁽⁸⁾

QUIROZ M. y VILCA T. G (2004) Arequipa, en el estudio titulado Conocimientos y Actitudes de las madres respecto al nuevo esquema

de vacunación consultorio niño sano H.R.H.D. cuyo objetivo fue determinar los conocimientos y actitudes de las madres de niños menores de 1 año respecto al nuevo esquema de vacunación dicho estudio fue descriptivo, integrado por 191 madres. Los resultados fueron que el 70.7% de las madres tienen nivel de conocimientos que oscilan entre regular y adecuado, el 99.5% de las madres tiene una actitud positiva, el 57.0% a cursado estudios superiores y un 12.6% no estudió nivel secundario o no lo concluyó. ⁽⁹⁾

PAREDES ESPEJO, YANELA ELIZABETH (2011) Tacna, 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 2008”. Los resultados indicaron que la mayoría de las madres (68,54%) desconoce el contenido de las vacunas, Así mismo, el 66,77% y el 82,47% de madres de familia y 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. ⁽¹⁰⁾

2.-BASES TEÓRICAS

EL CONOCIMIENTO

Conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.

Para Hessen, J. (1974) "El conocimiento es una determinación del sujeto por el objeto; se presenta en una relación entre dos elementos (Sujeto-objeto) cuyo dualismo constituye la esencia del proceso humano, donde cada elemento permanece eternamente separado."

Según Marriner, A. "El conocimiento es la conciencia o percepción de la realidad que se adquiere por medio del aprendizaje o la investigación."

NIVELES DEL CONOCIMIENTO

- a) **Conocimiento sensible:** Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos, tal es el caso de las imágenes captadas por

medio de la vista, gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos e imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.

b) Conocimiento conceptual: Consiste en representaciones invisibles, inmateriales pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y la universalidad que caracteriza respectivamente a estos tipos de conocimiento.

c) Conocimiento holístico: También llamado intuitivo, intuir un objeto significa captarlo de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad, tiene una vivencia de una presencia pero asípoder expresarla adecuadamente o con una escasa probabilidad de poder expresarla y comunicarla a los demás, ejemplo de este conocimiento es la captación de valores y la experiencia estética.

CARACTERISTICAS DEL CONOCIMIENTO

a) La objetividad del conocimiento

Objetividad se la usa como antónimo de subjetividad y se dice que él que respeta los hechos, los sucesos tal como son, es objetivo.

b) Necesidad de conocimiento

Necesidad no quiere decir falta o carencia de algo cuando se habla de conocimiento, un conocimiento es necesario cuando es válido para todas las épocas y todos los lugares, cuando no varía de un tiempo a otro, de un lugar a otro.

c) Universalidad del conocimiento

Es aquel que es válido para todos los hombres.

FUNDAMENTACIÓN DEL CONOCIMIENTO

El conocimiento es fundamentado cuando se apoya en demostraciones, pruebas o documentaciones, no hay conocimiento si no hay el apoyo correspondiente, si no tiene una base.

TIPOS DE CONOCIMIENTO

a) Cotidiano

Es el conocimiento común, empírico o espontáneo, se obtiene por la práctica que el hombre realiza diariamente, el cual ha permitido a la humanidad acumular experiencias a lo largo de su historia.

- Tiene lugar en las experiencias cotidianas.
- Es y ha sido respuestas necesidades vitales.
- Ofrece resultados prácticos y útiles.
- Se transmite de generación en generación.

b) Técnico

La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.

c) Empírico

También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innumerables tentativas. Es a metódico y asistemático, el conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características:

- Es asistemático porque carece de método y técnicas.
- Es superficial porque se forma con lo aparente.
- Es sensitivo porque es percibido por los sentidos.
- Es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo.

d) Científico

El conocimiento científico es racional, sistemático, exacto, verificable y fiable, profundo, común o público que trata a cerca de la realidad observable y busca encontrar las irregularidades en los acontecimientos explicarlos, conocerlos y predecirlos.

Se genera mediante la aplicación del método científico y los diseños de investigación, va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen.

Sus características:

- Saber crítico y fundamentado, debe justificar sus conocimientos y dar pruebas de su verdad.
- Sistemático, el conocimiento científico no consiste en conocimientos dispersos e inconexos, sino en un saber ordenado

lógicamente que contribuye a un sistema que permite seleccionar fechas entre sí.

- Explicativo, la ciencia formula teorías que dan lugar a las leyes generales que explican hechos particulares y predicen comportamientos, siendo útiles.
- Verificable, se centra en fenómenos susceptibles de ser comprobados experimentalmente o al menos contrastados por la experiencia (que muestran su utilidad).
- Metódico, los conocimientos no se adquieren al azar, sino que son frutos de rigurosos procedimientos (observación, reflexión, contrastación, experimentación, etc).
- Comunicable, debe utilizarse el lenguaje científico, unívoco en términos y proposiciones.
- Provisorio, la concepción de verdad como algo absoluto debe ser abandonado y sustituido por la certeza, considerando como una adecuación transitoria del saber a la realidad.

ACTITUD

Diferentes autores entre psicólogos y sociólogos han dado sus respectivas definiciones sobre actitudes entre ellos tenemos: Kerlinger

refiere: "La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (fenómeno, objeto, acontecimiento, etc). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo".

F.H Allport: " Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que le corresponden"

Kimball Young: "Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas".

El psicólogo Freddy Rodríguez Canales, define a las actitudes como toda predisposición de respuesta de las personas hacia una situación o estímulos producto de una experiencia de aprendizaje sustentada en algunas estructuras cognoscitivas (mito, creencia, valor, perjuicio etc.), y que conlleva una carga afectiva y emocional pudiendo

ser de aceptación, rechazo, o de simplemente indiferencia. Además señalan que el conocimiento de las actitudes es importante, porque nos permite predecir las conductas o comportamiento que mostrarían las personas o grupos cuando se enfrenten al objeto o situación de la actitud.

El Ministerio de Salud define la actitud como el estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica, frente a determinadas personas, objeto o situación en forma de rechazo, aceptación o indiferencia, en este sentido, puede considerarse la actitud como la tendencia, disposición o inclinación para actuar de determinada manera frente a determinadas personas, objetos o situaciones.

FORMACIÓN DE ACTITUDES

Según Armendáriz “El periodo crítico en la formación de las actitudes tiene lugar entre 12 y 30 años de edad, y las influencias importantes son la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos y decisiones, hacia el final de este periodo las actitudes llegan a ser bastante estables y persistentes”.

TEORIAS SOBRE LA FORMACION DE LAS ACTITUDES

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

CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES

Entre las principales características de las actitudes tenemos:

- **Aprendizaje:** Ya que se forman a través de la experiencia y el aprendizaje, y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto no son innatas, pueden ser voluntarios o involuntarios, consistentes o inconsistentes.
- **Dinámicas:** Porque cumplen un papel importante vinculando al sujeto con los objetos de la realidad y son susceptibles de modificación o sustitución, y de extensión variable.
- **Estables:** No son transitorias las actitudes, sino que una vez formadas se vigorizan y perduran en el sujeto o simplemente se modifican.
- **Interrelación:** Las actitudes presentan una vinculación entre sí, constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción.
- **Significancia para el individuo y la sociedad:** Toda actitud implica una relación entre una persona y otra o entre las personas y los objetos; las actitudes no se auto generan, se forman y se aprenden en relación a algo.

- **Dirección:** Las actitudes presentan una dirección u orientación frente a los objetivos, esta puede ser: favorable (aceptación), desfavorable(rechazo, neutral o indiferente).⁽¹⁶⁾

TIPOS DE ACTITUDES

Pinilla Antonio en su obra "Psicología Social" habla de las actitudes de aceptación y rechazo.

- **Actitud de aceptación:** La actitud es positiva cuando se organiza, la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación. Las manifestaciones principales de esta actitud se traducen en comportamientos que se describen como: ir hacia o buscar el contacto, y buscar respuestas que se presentan como actos de aproximación, como resultado de un estilo cognoscitivo abierto que obedece a un conjunto de rasgos más o menos estructurales de la personalidad y se cristaliza en un sistema total que sirve al hombre no solo para conocer sino también para valorar y actuar sobre la realidad física social y sobre sí mismo.

- **Actitud de rechazo:** Cuando una actitud es negativa se presenta el recelo que aleja a las personas y las predispone en contra suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismo de defensa con que responde a la persona que se encuentra en tensión. Los mecanismos de defensa se utilizan generalmente para anticipar y detener la intensidad provocada por un estímulo frustrante.
- **Actitud de indecisión o indiferencia:** Es la predisposición aun no definida que traduce ambivalencia entre aceptación y el rechazo.

MEDICION DE LAS ACTITUDES

Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser de intensidad de las expresiones verbales o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de escalas en las que partiendo de una serie de funciones, proporcionen juicios sobre lo que los individuos manifiestan se deducen o infieren las actitudes.

ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

Son enfermedades transmisibles que tienen distintas vías de transmisión, pero comparten la misma forma de ser prevenidas a través de las vacunas.

1. TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una infección persistente causada por el *Mycobacterium Tuberculosis*, que afecta a diversos órganos, pero particularmente los pulmones. Se transmite a través de partículas expelidas por el paciente bacilífero mediante la tos, estornudo, hablando, etc. ^(8,13)

Un feto puede contraer tuberculosis a través de su madre antes de nacer, al respirar o tragar líquido amniótico infectado antes o durante su nacimiento, o después de nacer, al respirar aire con microgotas infectadas, la transmisión de la tuberculosis solo puede realizarse por personas que tengan activa la enfermedad, su grado de transmisibilidad depende del número de bacilos expulsados y su virulencia, de la buena ventilación, la exposición de los bacilos al sol ó a la luz ultravioleta y las oportunidades de que se dispersen.

Su reservorio son principalmente los humanos, en raras ocasiones los primates y en algunas zonas el ganado vacuno y cerdos.

- La medida preventiva mas eficaz es evitar el contagio, esto se logra eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, diagnostico precoz y tratamiento completo de los casos de Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia Positiva (BK+).
- Aminorar o eliminar los factores sociales que aumentan el riesgo de infección, como el hacinamiento.
- Quimioprofilaxis que consiste en la administración diaria de Isoniacida (H) 5mg/kg /día durante seis meses, a los contactos examinados menores de diecinueve años de los pacientes con tuberculosis pulmonar con Baciloscopia Positiva (BK+)
- La educación para la salud está dirigida al enfermo, su familia y a la población en general. El contenido de la misma esta orientada a que los sintomáticos respiratorios acudan a los servicios de salud.
- Que los enfermos reciban tratamiento completo y supervisado.
 - Que los pacientes no abandonen el tratamiento.

- **Vacunación:** La vacuna BCG previene contra las formas graves de tuberculosis, se aplica a los recién nacidos dentro de las 12 primeras horas de nacimiento en una sola dosis de 0.1 cc por vía intradérmica, en el hombro derecho.(8,13)

POLIOMIELITIS

Llamada parálisis infantil, afecta principalmente al sistema nervioso, las personas que contraen la enfermedad son especialmente los niños (as), entre cinco y diez años, enfermedad causada por la infección con el Poliovirus, la cual se transmite principalmente a través de la ruta fecal- oral, por ingestión de alimentos o agua contaminada.

El virus entra a través de la boca y la nariz, se multiplica en la garganta y en el tracto intestinal para luego ser absorbido y diseminarse a través de la sangre y el sistema linfático. Tiene un periodo de incubación que oscila entre 5 y 35 días con un promedio de 7 a 14 días.

Más del 90% de las infecciones de polio son asintomáticas o incluyen una fiebre inespecífica, dentro del Sistema Nervioso Central, el Poliovirus preferencialmente infecta y destruye las

neuronas motoras de la medula espinal y del cerebro. Esto causa debilidad muscular y parálisis aguda flácida, atrofia muscular y muy a menudo deformidad. En el recién nacido en el peor de los casos puede causar parálisis permanente o la muerte al paralizarse el diafragma.

Educar a la población sobre las ventajas de la inmunización desde la niñez temprana. Actualmente se cuenta con la vacuna de virus vivos atenuados llamado Antipolio (APO), que se administra a los niños(as) menores de 1 año en tres dosis a los 2, 4, 6 meses respectivamente, cada dosis comprende de 02 gotas de la vacuna por vía oral.

HEPATITIS B

Es la inflamación del hígado provocada por infección de un virus del tipo B, produciendo necrosis hepatocelular, el síntoma principal es la ictericia (coloración amarilla de la piel). Como consecuencia de la inflamación, se bloquea el paso de la bilis que produce el hígado al descomponer la grasa, y se altera la función del hígado. El único reservorio son los humanos.

La transmisión se produce por exposición percutánea (intravenosa, intramuscular, subcutánea o intradérmica) y a través de las mucosas por los líquidos corporales (semen y secreciones vaginales) de una persona infectada.

Los modos de transmisión son los mismos que los del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pero el HVB es 50 a 100 veces más infeccioso, al contrario del VIH, el HVB puede sobrevivir fuera del cuerpo humano durante 7 días como mínimo, periodo en el que todavía puede causar infección si penetra en el organismo de una persona no infectada.

La hepatitis B puede ser aguda o crónica.

- La hepatitis B aguda se da en el periodo de 3 a 6 meses después de resultar infectado.
- La hepatitis B crónica es cuando el virus de la hepatitis B permanece en el cuerpo de una persona, estas se consideran portadoras del virus de la hepatitis B, incluso si no tienen ningún síntoma.
- Se cuenta actualmente con la vacuna Antihepatitis (HVB) se administra al niño (a) dentro de las 12 horas de su nacimiento, vía intramuscular en una dosis de 0.5 cc. Esta viene en

presentación monodosis. Posteriormente viene combinada en la vacuna pentavalente que se administra a los 2, 4, 6 meses de edad.

- La mejor manera de prevenir esta enfermedad es la vacunación que el calendario establece en el primer año de vida del bebé.

DIFTERIA

Enfermedad aguda causada por la bacteria *Corynebacterium Diphtheriae*, afecta principalmente las amígdalas, faringe, laringe, nariz, en ocasiones las conjuntivas, mucosas, piel o los órganos genitales. Se transmite por estornudos, secreciones de la garganta, piel, ojos de las personas infectadas la lesión característica consiste en la aparición de una o varias placas de membranas blanco- grisáceas nacaradas adherentes, con inflamación a su alrededor, que sangran al intentar desprenderlas.

Su periodo de transmisibilidad por lo regular es de dos semanas o menos, rara vez se excede de cuatro semanas. Y tiene como único reservorio al hombre.

- Medidas educativas para informar a la población, en especial a las madres de los niños (as) de corta edad, sobre los peligros de la difteria y la necesidad de una inmunización activa.
- Desinfección concurrente de todos los objetos que hayan estado en contacto con el enfermo y de todos los artículos contaminados con sus secreciones.
- La vacuna que previene contra la difteria está incluida dentro de la vacuna pentavalente. Esta vacuna combinada contiene 5 antígenos: toxoides de difteria y tétanos, bacterias inactivadas de pertusis , polisacárido conjugado de haemophilusinfluenzae tipo B y antígeno de superficie de hepatitis B, se coloca 3 dosis a los niños (as) menores de 1 año a los 2,4 y 6 meses respectivamente en dosis de 0.5cc por vía intramuscular.^(8,13)

TETANO

Enfermedad neurológica aguda producida por el bacilo tetánico *Clostridium Tetani*, que prolifera en medios anaerobios en el sitio de una lesión. Se caracteriza por contracciones musculares

dolorosas, primero en los maseteros (trismus) y en los músculos del cuello y luego en el tronco, se presentan espasmos generalizados graves que con frecuencia son agravados por estímulos externos; los signos típicos del espasmo tetánico son: la posición de opistótonos y la expresión facial conocida como “risa sardónica”, tiene como reservorio el intestino de seres humanos y animales, como el caballo entre otros, en el cual el microorganismo es un habitante normal e inocuo.

En el neonato, el tétano se caracteriza por ser una enfermedad aguda grave, no contagiosa, su manifestación clínica principal es la dificultad en la succión. Además: trismus seguido de rigidez de músculos cervicales, tronco y abdomen, fiebre, sudoración, taquicardia, espasmos musculares y dificultades respiratoria, el tétano neonatal es casi siempre letal, en este caso las esporas se introducen al cortar el cordón umbilical en el momento del parto de madres no inmunizadas, o por el uso de instrumentos o sustancias contaminadas con esporas.

- Profilaxis antitetánica en los pacientes con heridas basada en la evaluación cuidadosa para determinar si la lesión es limpia o contaminada.

- La prevención del tétano neonatal se puede lograr por el aumento de las coberturas de la inmunización con toxoide tetánico en las mujeres de edad fértil, en especial de las embarazadas, y de la atención de los partos por personas expertas y material estrictamente esterilizado.
- El esquema de vacunación recomendado para la inmunización antitetánica es igual al que se aplica contra la difteria mediante la vacuna pentavalente^(8,13)

TOS CONVULSIVA (COQUELUCHE)

Enfermedad bacteriana aguda, causada por la *Bordetella Pertussis*, afecta el árbol traqueo bronquial, la fase catarral es de comienzo insidioso, con tos irritante que poco a poco se vuelve paroxística, por lo regular en el término de una a dos semanas, dura de uno a dos meses o incluso más. Los paroxismos se caracteriza por accesos repetidos y violentos de tos; cada serie de ellos comprende innumerables toses sin inspiración intermedia y puede ser seguida por un estridor respiratorio de tono alto característico. Los paroxismos con frecuencia culminan con la expulsión de mucosidades claras y adherente, a menudo seguidas

de vómito, en lactantes menores de 3 meses, la enfermedad puede manifestarse solamente por crisis de apnea con cianosis y/o convulsiones.

En los adolescentes y adultos, la tos suele ser no característica, la causa más común de defunción es la neumonía; en ocasiones también se observa encefalopatía mortal, probablemente de origen hipóxico.

Se transmite por contacto directo con las secreciones de las mucosas de las vías respiratorias de personas infectadas. Especialmente transmisibles en la fase catarral, antes de la fase de la tos paroxística. Después de ese lapso la transmisión disminuye hasta llegar a niveles ínfimos. Mientras que en el paciente que no ha recibido tratamiento, el periodo de transmisibilidad se extiende desde la fase catarral hasta más de 3 semanas de comenzar los paroxismos típicos.

- Educar a la población, especialmente a los padres de los lactantes, sobre los peligros de la tos ferina, y sobre las ventajas de emprender la inmunización a los 2 meses de edad con la vacuna pentavalente y de cumplir estrictamente con el calendario de vacunación, que al igual

que la difteria y el tétano esta enfermedad se previene con la vacuna pentavalente.

- Desinfección de las secreciones nasofaríngeas y de los objetos contaminados con las mismas.^(8,13)

DIARREA POR ROTAVIRUS

La diarrea por rotavirus se presenta en cualquier época del año, este virus tiene gran predilección por los bebés, principalmente los que tienen entre 6 y 24 meses de edad.

El cuadro que presentan los bebés infectados por Rotavirus consiste en varios síntomas, primero puede manifestarse como una infección de vías respiratorias altas (no en todos), de catarro o tos; luego tiene fiebre y como el bebé no logra asimilar su comida adecuadamente se produce el vomito; para finalizar, hay diarrea (evacuaciones que van de semilíquidas a líquidas, hasta 12 veces al día y que duran hasta una semana). Por tanto la diarrea por Rotavirus es grave, pero lo son más sus complicaciones (deshidratación y desnutrición).

Se transmite por la ruta fecal – oral, infectando células del intestino delgado y produciendo una enterotoxina, es contagiosa

durante la fase aguda de la enfermedad, y más tarde mientras persista la excreción y dispersión del virus. El rotavirus por lo común no se detecta después del octavo día de la infección.

El virus vive largo tiempo en superficies duras, en agua contaminada y en las manos, es relativamente resistente a los desinfectantes de uso común pero es inactivo por el cloro.

- Lávese y cepílese las manos antes de preparar cualquier tipo de alimentos, antes y después de ir al baño. Lávele las manos a su bebé antes de comer; al hacerlo evita que su bebé ingiera también Rotavirus.
- Lave bajo el chorro del agua y desinfecte muy bien las frutas. No las seque con cualquier trapo, hágalo con uno bien limpio y exclusivo para el uso de su bebé.
- Lave muy bien todo lo que el bebé se pueda llevar a la boca (platos, cubiertos mordederas, etc)
- Evitar la exposición de los lactantes y los niños(as) de corta edad a las personas con diarreas o gastroenteritis aguda dentro de la familia y/ o guarderías, manteniendo prácticas sanitarias estrictas.

- En el 2009 se incorporó en el calendario de vacunación la vacuna contra el rotavirus, con la finalidad de prevenir las gastroenteritis grave producidas por el rotavirus, que se aplica al niño (a) menor de 6 meses de edad, en dos dosis en el 2do y 4to mes de vida, cada dosis de 1.5cc por vía oral^(8,13)

NEUMONIA NEUMOCÓCICA

Causada por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*, la cual se aloja en vías respiratorias de niños (as) y adultos sanos y se desarrolla en cualquier momento, invadiendo el organismo y causando varias enfermedades que pueden conducir a la muerte.

Se transmite por medio de la diseminación de gotitas por contacto oral directo (estornudos, tos) o de manera indirecta por objetos recién contaminados con secreciones de las vías respiratorias; y es posible que persista, hasta que las secreciones de la boca y de las vías nasales ya no contengan neumococos virulentos en número significativo.

La neumonía neumocócica comienza generalmente después de que una infección vírica del tracto respiratorio superior (un

resfriado, una inflamación de garganta o una gripe) haya dañado los pulmones lo suficiente como para permitir que los neumococos infecten la zona.

Tras los temblores y los escalofríos, aparecen fiebre, tos con esputo, ahogo y dolores en el tórax al respirar (en el lado del pulmón afectado). También son comunes las náuseas, vómitos, cansancio y dolores musculares. El esputo a menudo es de aspecto oxidado debido a la sangre que contiene.

- Siempre que sea factible se debe evitar el hacinamiento en salas y dormitorios.
- La vacuna contra Neumococo se aplica en el menor de 1 año, en tres dosis de 0.5cc, en el 2do, 4to y 12vo mes de vida, por vía intramuscular con la finalidad de prevenir enfermedades respiratorias severas como las neumonías y otras como: la meningitis, sepsis y otitis media.
- Enseñar a los niños y niñas a lavarse bien las manos después de ir al baño.
- Evitar el polvo, humo del tabaco y otras sustancias que interfieran con la respiración.

- Controlar y cuidar bien las enfermedades respiratorias, sobre todo durante la época de invierno.
- Evitar el contacto con otros niños o niñas enfermos.
- Cubrir la boca al estornudar o toser.
- Drenar la nariz todos los días varias veces, para evitar la acumulación de moco.
- Fortalecer las defensas del organismo por medio de una adecuada alimentación, que contenga frutas y verduras con vitamina C.

SARAMPIÓN

El sarampión es una enfermedad vírica aguda, causada por el Mixovirus, responsable de una elevada mortalidad en el mundo dentro de las enfermedades que son una elevada mortalidad en el mundo dentro de las enfermedades que son inmunoprevenibles. Presenta síntomas prodrómicos de fiebre, conjuntivitis, coriza, tos y manchas de koplík en la mucosa del vestíbulo bucal. Entre el 3ro y el 7mo día aparece una erupción característica, con manchas parduscas, que comienzan en la cara y después se generaliza dura de 4 a 7 días y a veces termina en descamación furfurácea.

Se transmite por secreciones respiratorias, y puede ser pasado de persona a persona vía gotas de FLUDGE, que contienen partículas del virus. Una vez que la transmisión ocurre, infecta las células epiteliales de su nuevo huésped, y pueden replicarse en el tracto urinario, el sistema linfático, la conjuntiva, los vasos sanguíneos y el sistema nervioso central.

El periodo de transmisibilidad varía desde un poco antes de comenzar el periodo prodrómico hasta 4 días después de aparecer la erupción, el contagio es mínimo después del segundo día de la erupción.

Las complicaciones pueden ser consecuencia de la réplica vírica o de una infección bacteriana sobreañadida, e incluye otitis media, neumonía y laringotraqueitis (crup), diarrea y encefalitis. La enfermedad es más grave en los lactantes y en los adultos, que en los niños (as).

Los humanos son los únicos huéspedes naturales conocidos del sarampión, aunque el virus puede infectar algunas especies primates.

- Actualmente con lo único que se cuenta para la prevención del sarampión es la vacunación triple vírica (SPR) que es una

mezcla de tres componentes virales, la cual protege contra el sarampión, la parotiditis (paperas) y la rubéola. Se administra en 2 dosis a los niños (as) de 12 meses y 4 años de edad respectivamente, cada dosis comprende la administración de 0.5cc por vía subcutánea.

- Los niños(as) que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden, podrán recibir el cronograma completo o recibir la dosis faltante hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, con un intervalo de 1 año, 6 meses o 2 meses entre dosis y dosis, dependiendo de la edad en que recibe la primera dosis y el lapso de tiempo para cumplir la edad límite para recibir el refuerzo⁽¹³⁾

PAROTIDITIS

Llamada popularmente paperas, es una enfermedad contagiosa que puede ser aguda o crónica, causada por un virus de la familia Paramyxoviridae, y se localiza fundamentalmente en una o ambas glándulas parótidas, usualmente es propia de los niños (as) y adolescentes, aunque puede también causar

infecciones en adultos sensibles. Se caracteriza por fiebre, hinchazón y dolor al tacto de una o más glándulas salivales, por lo regular la parótida, y a veces las sublinguales o las submaxilares a veces también afecta a testículo, ovario, páncreas, glándula mamaria y sistema nervioso. Las complicaciones más frecuentes son la meningitis y la inflamación testicular que puede llevar a la infertilidad.

La transmisión del virus se produce por la diseminación de las gotitas producidas al hablar o toser y por contacto directo con la saliva de una persona infectada. Aproximadamente desde 3 días antes de la inflamación de la glándula parótida hasta una semana después.

La enfermedad se presenta con más frecuencia al final del invierno y en primavera.

Por lo general, la enfermedad produce inmunidad de por vida, además también puede ser prevenida por la administración de la vacuna tiplevirica (SPR).

RUBEOLA

Infección vírica contagiosa, causada por el virus de la familia togaviridae del género Rubivirus, caracterizada por una erupción en la piel, la inflamación de las glándulas y, especialmente en los adultos, dolores en las articulaciones. Por lo general la erupción en la piel dura unos tres días y puede presentarse acompañada de una ligera fiebre. La mitad de las personas afectadas no presenta ningún síntoma en absoluto. Se transmite por contacto con las secreciones nasofaríngeas de las personas infectadas. La infección se produce por la diseminación de gotitas o por contacto directo con los pacientes. Aproximadamente 1 semana antes y por lo menos unos 4 días después de comenzar la erupción los lactantes con rubéola congénita expulsan grandes cantidades de virus con las secreciones faríngeas y con la orina, y son fuente de infección para sus contactos.

Cuando el virus se introduce en el organismo, pasa a la sangre atacando a los glóbulos blancos, que a su vez transmiten la infección a las vías respiratorias, la piel y otros órganos.

Es menos contagioso que el sarampión y muchos niños nunca llegan a contagiarse, pero para las embarazadas, es grave, una

mujer infectada durante las primeras 16 semanas (particularmente las primeras 8 o 10 semanas) de embarazo puede abortar, dar a luz a un bebé muerto o tener un bebé con defectos congénitos.

- Educar a la población general respecto a los modos de transmisión y la necesidad de vacunación.
- Una vez que se padece la enfermedad, el paciente adquiere inmunidad permanente, por lo que no vuelve a ser atacado por el virus.
- La vacunación de hombres y mujeres es la única manera efectiva de eliminar la circulación del virus y prevenir la Rubéola y el Síndrome de Rubeola congénita. La vacuna que se usa en éste caso es la triple vírica SPR. En el caso de la población adulta susceptible o en riesgo de enfermar de sarampión o rubeola se administra una dosis de la vacuna contra el sarampión y rubeola (SR) al contacto en el establecimiento de salud, una dosis de 0.5 por vía subcutánea.

FIEBRE AMARILLA

Enfermedad vírica infecciosa aguda de duración breve y gravedad variables. Producida por el virus perteneciente a la familia Flaviviridae.

La fiebre amarilla es transmitida al ser humano por picadura de mosquitos de los géneros Aedes, involucrado en la transmisión de la fiebre amarilla urbana (FAU) y los géneros Haemagogus y Sabethes involucrados en la transmisión de la fiebre amarilla selvática (FAS); después de un tiempo de incubación de dos a seis días puede expresarse en la persona susceptible como un síndrome febrilictero hemorrágico.

Los casos leves presentan un cuadro clínico indefinido. Los ataques típicos se caracterizan por un comienzo repentino e incluyen fiebre, escalofríos, cefalalgia, dorsalgia, mialgias generalizadas, postración, náuseas y vómitos. El pulso se vuelve más lento y se debilita, aunque la temperatura sea elevada (Signo de Faget). La ictericia es moderada en los comienzos de la enfermedad y se intensifican en etapas posteriores. A veces se observan albuminuria y anuria.

Tiene como reservorio en las zonas urbanas a los humanos y el mosquito *Aedes aegypti*; y en las zonas selváticas, otros vertebrados, en su mayor parte los monos y tal vez los marsupiales y los mosquitos de la selva. No hay contagio entre seres humanos ni por los vehículos comunes (fómites).

La sangre de los enfermos es infectante para los mosquitos muy poco antes de comenzar la fiebre y durante los primeros 3 a 5 días de la enfermedad, una vez infectado, el mosquito permanece así durante el resto de su vida.

- Protección personal, uso de repelentes, mosquiteros para descansar.
- La medida de prevención más efectiva y reconocida es la vacunación contra la Fiebre amarilla (AMA), la cual brinda protección por 10 años. En el menor de 5 años se administra a los 15 meses de edad en una dosis de 0.5cc por vía subcutánea en el brazo izquierdo.
- En la población mayor de 2 años y en las personas no vacunadas, comprendidas entre los 2 a 59 años, 11 meses y 29 días, de las regiones endémicas, así como en la población

en riesgo que la demanda se aplica en una dosis de 0.5 cc por vía subcutánea.

- Para la aplicación de esta vacuna por ser de un virus vivo atenuado, está prohibida principalmente en pacientes con problemas de inmunidad o inmunosuprimidos severos, así como en personas que se trasladen a regiones endémicas para fiebre amarilla deberán de vacunarse con un margen de 10 días antes de viajar a la región.

INFLUENZA

La gripe, o influenza es una enfermedad infecciosa de aves y mamíferos causada por un tipo de virus de ARN de la familia de los Orthomyxoviridae.

En los seres humanos, este virus ataca preferentemente el tracto respiratorio alto, la nariz, garganta, bronquios y raramente también los pulmones, inicialmente puede ser similar a un resfriado y con frecuencia se acompaña de síntomas generales como fiebre, dolor de garganta, debilidad, dolores musculares (mialgias), dolor estomacal, articulares (artralgias), y de cabeza (cefalea), tos (que generalmente es seca y sin mucosidad) y malestar general.

En casos más graves puede complicarse con neumonía, que puede resultar mortal, especialmente en niños(as) pequeños y en ancianos.

Aunque se puede confundir con el resfriado (catarro) común, la gripe es una enfermedad más grave y causada por un tipo diferente de virus.

El virus es transmitido de una persona a otra a través del aire, por las gotitas que eliminan las personas infectadas cuando tosen o estornudan. El virus de la influenza entra al cuerpo a través de la nariz o la garganta.

Tiene como reservorio a los humanos; sin embargo, los mamíferos (cerdos) y aviares (aves) son fuente probable de nuevos subtipos de influenza en el hombre.

El periodo de transmisibilidad se da probablemente de 3 a 5 días desde el comienzo clínico en los adultos y en los niños(as), puede llegar a 7 días. La enfermedad se esparce rápidamente en la población especialmente si median condiciones de hacinamiento. Climas fríos y secos facilitan la viabilidad del virus, pudiendo éste sobrevivir largos periodos fuera del cuerpo.

- Educar a la población sobre los principales básicos de higiene personal en especial del peligro de toser y estornudar sin protección y de la transmisión de las manos a las membranas mucosas.
- La vacunación es la medida principal para prevenir la Influenza y reducir el impacto de las epidemias, ésta vacuna no confiere una inmunidad de por vida como otras vacunas, sólo brinda protección por un año, debido al cambio anual antigenética del virus.
- La vacuna contra influenza pediátrica está indicada entre los 7 meses de edad hasta los 23 meses, 29 días, y los niños (as) menores de 5 años con condiciones médicas de riesgo. Se aplica 0.25cc por vía intramuscular.
- La vacuna contra influenza adulto, se recomienda para la población adulta mayor de 60 años, la dosis adulto es de 0.5cc por vía intramuscular.

MODELO DE ENFERMERIA EN QUE SE ENMARCA ESTE TRABAJO DE INVESTIGACION

➤ PROMOCION DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER

NOLA PENDER nació en el año 1941 en Lansing, Michigan, EE.UU. Estudio en la escuela de enfermería del West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois. Trabajo en la unidad medicoquirúrgica y posteriormente en la unidad de Pediatría en un Hospital de Michigan. Estudio 2 maestrías una en Crecimiento y Desarrollo humano de por la universidad del Estado de Michigan en 1965 y otra en salud Comunitaria en la Universidad de Rush de Chicago en el año 1969, obtuvo el grado de PhD en Psicología y Educación en 1969, por la Universidad del Noroeste en Evanston, Illinois.

Según la Dra. Pender, sustenta el "Modelo de Promoción de la Salud". Este modelo es un esquema que integra constructos de la teoría de expectativas-valores y de la teoría cognitivo-social, para detectar la estructura multidimensional de los rasgos individuales que, en interacción con su ambiente, mejoran los resultados asociados a salud. La conducta promotora de salud es un resultado determinado por características y experiencias individuales previas, y por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos.

El Modelo de Promoción de la Salud está orientado hacia el incremento del nivel de bienestar y auto-realización de un individuo o grupo determinado.

La promoción de la salud enfoca en el movimiento hacia un estado de valencia positiva de engrandecer la salud y el bienestar. Los estados de valencia negativa de enfermedad y malestar, los cuales son relevantes en la motivación para la conducta protectora de la salud, aparecen como de pequeñísima motivación significativa para la conducta promotora de la salud. El deseo de crecer, expresar el potencial humano y la calidad de vida proveen la motivación para las conductas promotoras de salud.

Las conductas promotoras de salud casi sin excepción son actividades continuas que pueden y deben ser una parte integral de los estilos de vida de un individuo, o de una familia o de un grupo, por ejemplo. De una madre con un niño menor de un año en la cual la madre se preocupa por su seguridad y salud. Ella consciente de que existen enfermedades que el niño puede contraer, lleva al niño al Puesto de salud o Centro de salud, para que se le suministren las vacunas correspondientes de acuerdo a su edad o grupo etéreo.

Los principales conceptos y definiciones que se presentan se encuentran en el modelo de promoción de la salud revisado. A continuación se exponen las características y las experiencias individuales que afectan a las acciones de la salud:

- **Importancia de la salud.** Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
- **Control de la salud percibido.** La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud.
- **Autoeficacia percibida.** La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta.
- **Definición de la salud.** La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.
- **Estado de salud percibido.** El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.

- **Beneficios percibidos de las conductas.** Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.
- **Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud.** La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.- MATERIAL Y METODOS

La presente investigación se desarrolló bajo el modelo observacional, descriptivo, correlacional, siendo un estudio de corte transversal por que nos permitió describir todas las dimensiones que se presentaron y relacionar dos o más variables en un determinado tiempo.

Es descriptivo, porque buscó especificar las propiedades importantes de personas o grupos tal como se encuentran sin intervenir en las variaciones que pudiera suceder en esta población; transversal, porque se aplicó en un corte en el tiempo y espacio determinado.

La correlación indica la fuerza y la dirección de una relación lineal y proporcionalidad entre dos variables estadísticas. Se considera que dos variables cuantitativas están correlacionadas cuando los valores de una de ellas varían sistemáticamente con respecto a los valores

homónimos de la otra: si tenemos dos variables (A y B) existe correlación si al aumentar los valores de A lo hacen también los de B y viceversa. La correlación entre dos variables no implica, por sí misma, ninguna relación de causalidad.

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por las madres con niños de 2 meses a 5 años atendidas en el Consultorio de Salud Integral del Niño del Centro de salud San Francisco. Esta población estuvo conformada por **480 madres** que corresponden al mes de Diciembre del año 2012.

Muestra de estudio

Para definir el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de **Población Finita**, que da como resultado una muestra de **111 madres** atendidas en el Centro de Salud San Francisco.

Para la selección de la muestra se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión

- Madres de niños (as) de 2 meses a 5 años.
- Madres de niños(as) con asistencia regular a los controles del CRED, en el Centro de Salud San Francisco – Tacna.
- Madres que hablen español y que acepten participar voluntariamente.

Criterios de Exclusión

- Madres de niños(as) que presenten dificultad para responder el cuestionario y/o no hablen castellano.
- Madres que acudieron a los controles de CRED irregularmente en el Centro de Salud San Francisco.

3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica

Para la recolección de los datos se utilizó como técnica la entrevista, tomando como tipo el cuestionario para medir las variables de conocimiento y actitud sobre enfermedades inmunoprevenibles,

Instrumentos

Se utilizó la encuesta y una escala tipo Likert

Por medio de la entrevista se aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento de las madres sobre enfermedades inmunoprevenibles, el cual fue elaborado por las Lic. Gloria María Herrera Rojas y Gloria Brenda Villanueva Humiña pasando por un periodo de validación; al cual se le hizo modificaciones en base a las principales enfermedades inmunoprevenibles en los niños, el cuestionario consto de 26 preguntas con respuestas afirmativas que tienen un valor de 2 puntos y negativas que tienen un valor de 0 puntos, con lo cual se pudo determinar el nivel de conocimiento:

CONOCIMIENTO BUENO	De 34 A 52 PUNTOS
CONOCIMIENTO REGULAR	De 18 A 34 PUNTOS
CONOCIMIENTO DEFICIENTE	<= 17 PUNTOS

Para medir el tipo de actitud de las madres frente a las enfermedades inmunoprevenibles se aplicó un cuestionario tipo Likert “escala de actitudes” el cual fue elaborado en base a 19 ítems, los cuales fueron calificados en una escala de 1 a 3 puntos dependiendo del enunciado, los ítems: 1,2,5,6,7, 10, 11,12,14,15,16,17,18,19

- Si marcó:

SIEMPRE = equivale a 3 puntos

A VECES = equivale a 2 puntos

NUNCA = equivale a 1 puntos

- Y los ítems 3, 4, 8, 9 y 13 se evaluaron por ser enunciados en negativo:

SIEMPRE = equivale a 1 puntos

A VECES = equivale a 2 puntos

NUNCA = equivale a 3 puntos

Al finalizar la calificación, sumar el total de puntos que va desde mínimo 19 y como máximo 57 puntos y clasificar según clave de respuestas, se determinó el tipo de actitud de las madres de acuerdo

a:

ACTITUD ACEPTACIÓN	46 a 57 Puntos.
ACTITUD RECHAZO	33 a 45 Puntos.
ACTITUD INDECISION	19 a 32 Puntos.

Para la validez del instrumento, fue sometido a juicio de expertos en la cual, participaron 02 docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería expertos en el tema, 01 profesional de Enfermería del Centro de Salud San Francisco y 01 estadístico, cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, contribuyeron en la mejora de los instrumentos, los puntajes fueron sometidos a la prueba de distancia de puntos múltiples (DPP) y distancia máxima (Dmax).

4.-Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó la autorización de la Gerencia del Centro de Salud San Francisco y el consentimiento de aceptación por parte de las madres de familia. Así mismo se coordinó con la enfermera Jefa del Centro de Salud y la Enfermera Responsable de la Estrategia de inmunizaciones y así obtener el permiso respectivo.

Se procedió a aplicar la encuesta respectiva con el apoyo de dos encuestadores quienes trabajaron por el lapso de una semana asistiendo al centro de salud a entrevistar a las madres que acudieron con sus niños a sus controles de CRED, el cual se realizó de forma voluntaria personal y anónima.

5.- Procesamiento de datos

Una vez obtenida la información se ordenó y codificó los datos, luego se elaboró una base de datos en 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) v. 21,0.

5.1. Medición de las variables:

Para la recolección e interpretación de datos se utilizó el software SPSS versión 21,0. Utilizando los métodos de Análisis Descriptivo e Inferencial, en especial el Método del Valor p.

Para la medición de la variable Conocimiento de las enfermedades transmisibles los datos fueron procesados en una tabla matriz, donde se codificaron, asignando puntajes para cada respuesta.

Para la medición de la variable Actitud de las madres, se codificaron los datos, asignando puntajes para cada respuesta, haciendo un total de 57 puntos.

5.2. Prueba de hipótesis:

Para la prueba de hipótesis se realizaron 4 procedimientos que a continuación mencionamos:

5.2.1. Formulación de la hipótesis:

- **Hipótesis Nula**

No existe relación o asociación entre el Nivel de conocimiento y de las madres de niños (as) de 2 meses a 5 años, sobre enfermedades inmunoprevenibles en el Centro de Salud San Francisco Tacna-2012.

- **Hipótesis Alterna**

Existe relación entre el nivel de conocimientos y actitudes de las madres de niños (as) de 2 meses a 5 años, sobre enfermedades inmunoprevenibles en el Centro de Salud San Francisco Tacna-2012.

5.2.2. Elección del estadístico de prueba:

El estadístico de prueba utilizado fue paramétrico utilizando estadística bivariada Chi cuadrado, utilizando el software SPSS versión 21,0 se halló el p-valor exacto.

5.2.3. Lectura del p-valor:

El p-valor hallado es igual a 0,908 en porcentaje representa **90,8%** que indica que el p-valor es mayor que el nivel de significancia 5%.
Demostrando que se **ACEPTA LA HIPÓTESIS NULA.**

CAPITULO IV

DE LOS RESULTADOS

1.-RESULTADOS

En este capítulo se presentan los cuadros estadísticos descriptivos que corresponden a la información obtenida como resultado de la investigación y los análisis estadísticos de los cuadros que a continuación se detalla.

CUADRO N° 01

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO TACNA – 2012

CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE		
	N°	%
EDAD DE LA MADRE		
16-24	37	33.3
25-32	41	36.9
33-40	27	24.3
41-48	6	5.4
ESTADO CIVIL		
Soltera	16	14.4
Casada	26	23.4
Conviviente	67	60.4
Divorciada	2	1.8
N° DE HIJOS		
1 hijo	41	36.9
2 hijos	36	32.4
3 hijos	26	23.4
4 hijos	5	4.5
5 hijos	2	1.8
7 hijos	1	0.9
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria		12.6
Secundaria		69.4
Superior	20	18.0
TOTAL	111	100.0

Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes sobre Enfermedades Inmunoprevenibles aplicada a madres de niños menores de cinco años del C.S. San Francisco Tacna - 2012.

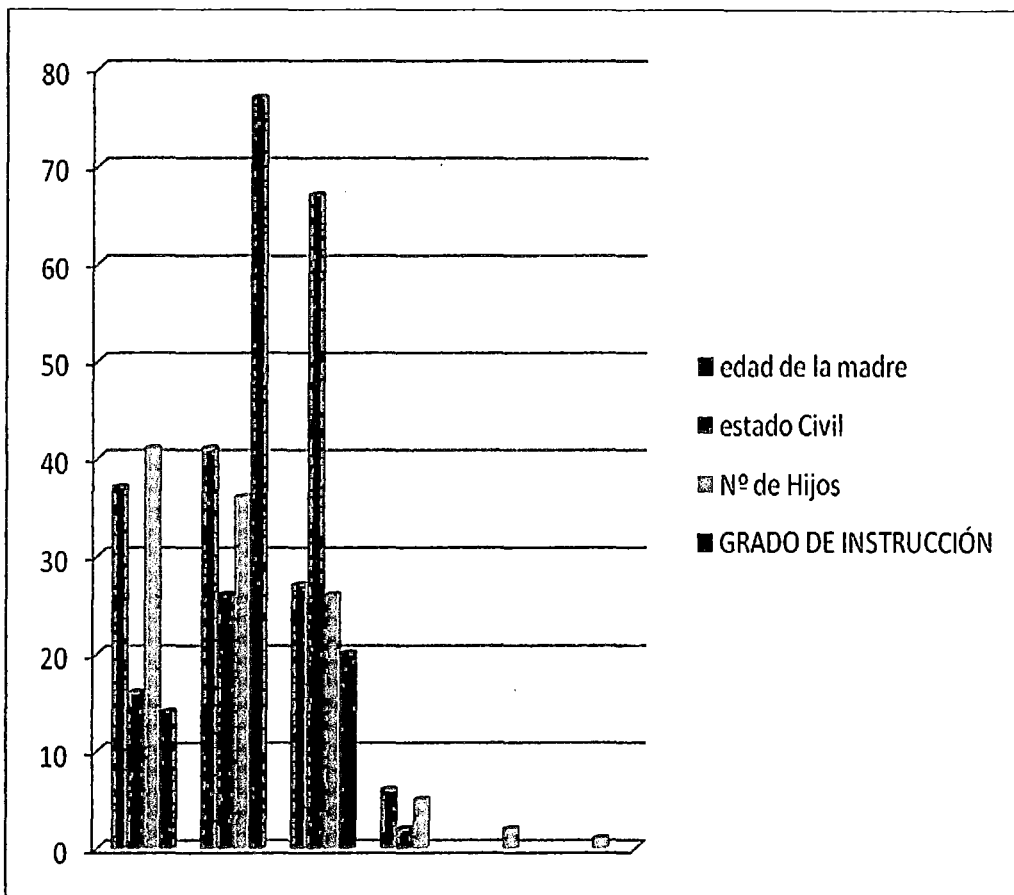
DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 01 se observa las características de las madres tales como edad, estado civil, n° de hijos y grado de instrucción; donde el 36,9% presento una edad de entre 25-32 años, un 33,3% entre 16-24 años, un 24,3% de 33-40 años y un 5,4% de 41-48 años de edad.

Además del total de entrevistados un 60,4% manifestó ser conviviente, un 23,4% ser casada; con respecto al número de hijos un 36,9% refirió tener 1 solo hijo, el 32,4% tener 2 hijos y un 23,4% 3 hijos; por otro lado el 69,4% refirió tener un grado de instrucción de secundaria, el 18% superior y el 12,6% primaria.

GRAFICO N° 01

CARACTERISTICAS DE LAS MADRES DEL NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO TACNA - 2012



Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes sobre Enfermedades Inmunoprevenibles aplicada a madres de niños menores de cinco años del C.S. San Francisco Tacna - 2012.

CUADRO N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES, DE NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS, SOBRE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO TACNA -2012

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Bueno	26	23.4
Regular	83	74.8
Deficiente	2	1.8
TOTAL	111	100.0

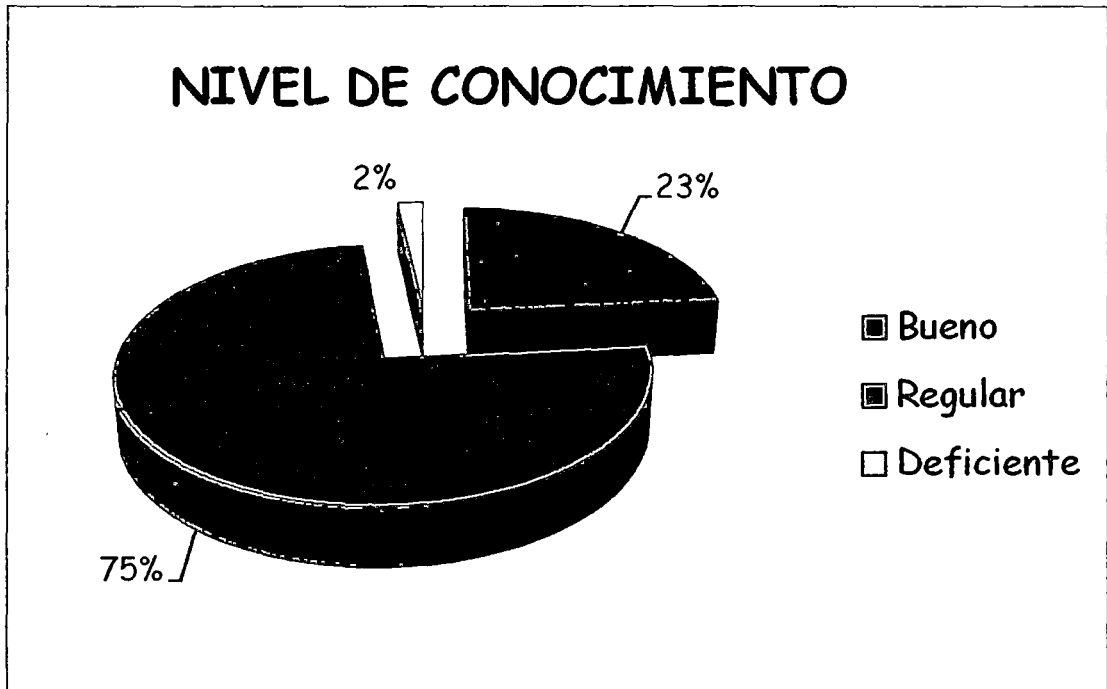
Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes sobre Enfermedades Inmunoprevenibles aplicada a madres de niños menores de cinco años del C.S. San Francisco Tacna - 2012.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 02 se observa el nivel de conocimiento de las madres que acuden al Centro de Salud San Francisco donde un 74,8% presentó un conocimiento regular, un 23,4% bueno y un 1,8% deficiente.

GRAFICO N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES, DE NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS, SOBRE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO TACNA -2012



Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes sobre Enfermedades Inmunoprevenibles aplicada a madres de niños menores de cinco años del C.S. San Francisco Tacna - 2012.

CUADRO N° 03

TIPO DE ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS ACERCA DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES INMUNOPREVENIBLES CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO TACNA -2012

ACTITUD DE LAS MADRES	N°	%
Positiva	88	79.3
Indiferencia	22	19.8
Rechazo	1	0.9
TOTAL	111	100.0

Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes sobre Enfermedades Inmunoprevenibles aplicada a madres de niños menores de cinco años del C.S. San Francisco Tacna - 2012.

DESCRIPCIÓN:

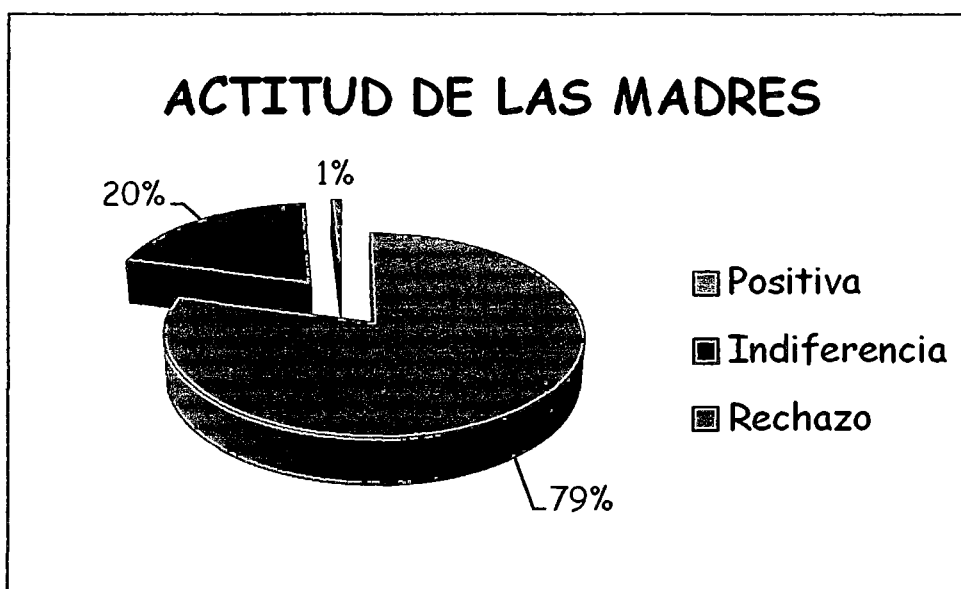
En el cuadro N° 03 se observa el tipo de actitud de las madres que acuden al Centro de Salud San Francisco, donde un 79,3%% presentó una actitud positiva, un 19,8% indiferencia y un 0,9% rechazo.

GRAFICO N° 03

**TIPO DE ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS
ACERCA DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES**

INMUNOPREVENIBLES CENTRO DE SALUD

SAN FRANCISCO TACNA -2012



Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes sobre Enfermedades Inmunoprevenibles aplicada a madres de niños menores de cinco años del C.S. San Francisco Tacna - 2012.

CUADRO N° 04

**RELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES
DE NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS SOBRE ENFERMEDADES
INMUNOPREVENIBLES CENTRO DE SALUD SAN
FRANCISCO TACNA-2012**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACTITUD DE LAS MADRES						TOTAL	
	POSITIVA		INDIFERENCIA		RECHAZO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bueno	20	76,9	6	23,1	0	0	26	23,4
Regular	66	79,5	16	19,3	1	1,2	83	74,8
Deficiente	2	1,8	0	0	0	0	2	1,8
TOTAL	88	79,3	22	19,8	1	0,9	111	100

Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes sobre Enfermedades Inmunoprevenibles aplicada a madres de niños menores de cinco años del C.S. San Francisco Tacna - 2012.

X^2 : 1,012

gl: 4

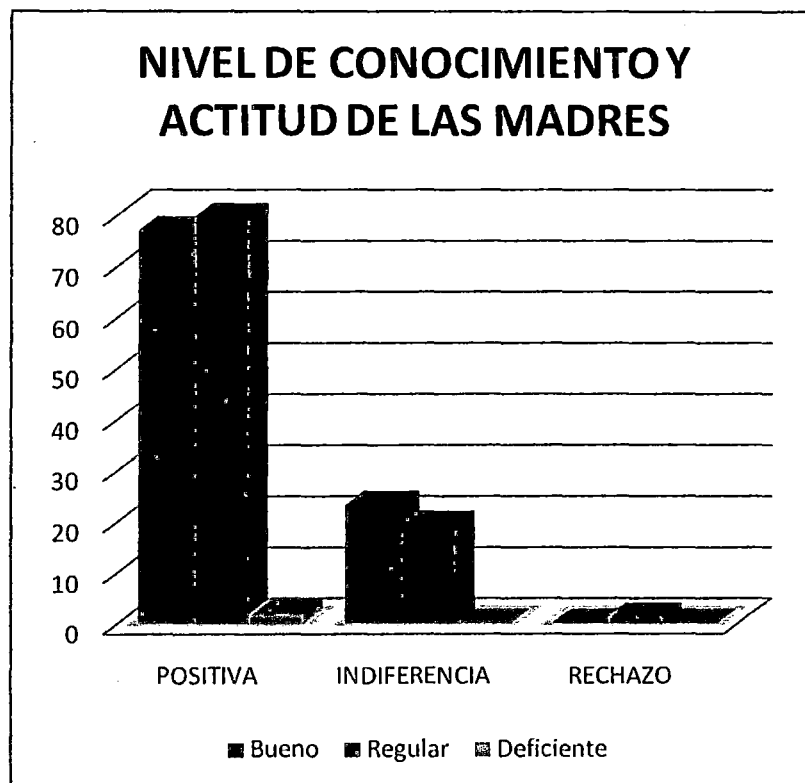
P: 0,908 > 0,050

DESCRIPCIÓN:

En el Cuadro N° 04 Se observa que el 74,8% de las madres tienen un nivel de conocimiento regular, presentando el 79,5% una actitud positiva; el 23,4% tienen un nivel de conocimiento bueno y una actitud de indiferencia de 23,1% y los de nivel de conocimiento deficiente con 1,8% que además tienen una actitud positiva. Aplicando el estadístico relacional Chi Cuadrado se halla el p-valor que es igual a 0,908 el cual es mayor a 0,05 por lo que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de las madres sobre enfermedades inmunoprevenibles.

GRAFICO N° 04

RELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS SOBRE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO TACNA-2012



Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes sobre Enfermedades Inmunoprevenibles aplicada a madres de niños menores de cinco años del C.S. San Francisco Tacna - 2012.

DISCUSION

La niñez es una etapa de vida vulnerable y propensa no solo a enfermar, sino también de ver disminuido sus posibilidades de crecimiento y desarrollo dependiendo del cuidado y atención que se le brinde al niño, por lo que el estudio de los aspectos relacionados con ella es de suma importancia.

Así en el cuadro N° 01 se observa las características de las madres tales como edad, estado civil, n° de hijos y grado de instrucción; donde el 36,9% presento una edad de entre 25-32 años, un 33,3% entre 16-24 años, un 24,3% de 33-40 años y un 5,4% de 41-48 años de edad. Además del total de entrevistados un 60,4% manifestó ser conviviente, un 23,4% ser casada; con respecto al número de hijos un 36,9% refirió tener 1 solo hijo, el 32,4% tener 2 hijos y un 23,4% 3 hijos; por otro lado el 69,4% refirió tener un grado de instrucción de secundaria, el 18% superior y el 12,6% primaria.

Resultados diferentes a los encontrados por QUIROZ M. Y VILCA T. G; 2004; en su estudio "Conocimientos y actitudes de las madres respecto al nuevo esquema de vacunación consultorio de niño sano H.R.H.D. 2004".Donde evidencio que el 57.0% a cursado estudios

superiores y un 12.6% no estudió nivel secundario o no lo concluyó. Estos resultados evidencian los cambios en la estructura y en los comportamientos de nuestra población donde cada vez es mayor la proporción de jóvenes con hijos que llevan la responsabilidad de mantener una familia que en su mayoría no se encuentra legalmente establecida, evidenciado por los altos porcentajes de convivencia dejando el matrimonio de lado ya que la juventud actual no forma relaciones estables y duraderas, entonces surge la necesidad de trabajar con este grupo joven que en su mayoría solo alcanzó un grado de instrucción secundario por asumir el rol de madre.

En el cuadro N° 02 se observa el nivel de conocimiento sobre enfermedades inmunoprevenibles siendo un 74,8% regular, un 23,4% bueno y un 1,8% deficiente. Estos resultados son similares a los encontrados por CARRASCO MACSHA, ALFREDO DARIO; en su estudio "Conocimiento Sobre Inmunizaciones Y Factores Socio Económicos De Madres De Niños Menores De Un Año. Donde evidencio que el 52,5% presento un nivel de conocimiento medio sobre inmunizaciones, seguido un 42,5 % con nivel de conocimiento bajo y alto solo el 5 %. Así como a los encontrados por Quiroz donde el 70.7% de las madres tienen nivel de conocimientos que oscilan entre regular y adecuado.

Estos resultados evidencian que la actitud y el nivel de conocimiento de las madres sobre inmunizaciones a contribuido a mantener la salud de los niños mediante el control de las enfermedades inmunoprevenibles, por el rol preventivo promocional del profesional de enfermería que se ha visto evidenciado en la cobertura de inmunizaciones.

En el cuadro N° 03 se observa el tipo de actitud de las madres donde el 79,3% presenta actitud positiva, un 19,8% indiferencia y un 0,9% rechazo. Estos resultados son similares a los encontrados por Quiroz donde el 76,9% presento una actitud positiva y el 23,1% indiferencia. Esto pone de manifiesto un compromiso adecuado de parte de la población en cuanto al cumplimiento de las inmunizaciones de sus hijos, sobre todo en aquellos niños mayores de 1 año, siendo un aliento para el trabajo del profesional de enfermería porque demuestra que se está superando varias barreras importantes que retrasaban el avance de las coberturas, y que se evidenciaban cuando la población las socializaba en el centro de salud y en su entorno social, entre las más importantes está el desconocimiento de las enfermedades inmunoprevenibles, los rumores erróneos o no documentados acerca de la seguridad de las vacunas , lo que hacía que no demanden de forma activa el acceso a los servicios de salud.

Esto no significa que nuestra labor haya terminado o que debamos bajar la guardia, se debe seguir difundiendo que gracias a las inmunizaciones cada año se evita que millones de niños mueran, siendo un arma fundamental para alcanzar los objetivos del milenio, que a nivel nacional se ha logrado erradicar la poliomielitis y el sarampión, y que las inmunizaciones se realizan con la finalidad de proteger a más niños (as) contra enfermedades inmunoprevenibles.

En el cuadro N° 04 se observa que de 83 madres con conocimiento regular, el 79,5% presenta actitud positiva, 19,3% indiferencia y 1,3% rechazo. Y aquellas madres con buen conocimiento el 76,9% presento una actitud positiva y el 23,1% indiferencia. Al aplicar la prueba estadística del chi cuadrado mediante el programa SPSS se obtuvo los resultados p-valor $0,908 > 0,050$, lo que nos indica que no hay relación significativa entre conocimiento y actitud, con lo que se puede afirmar que la actitud frente a las enfermedades inmunoprevenibles no depende del conocimiento de las madres. Esto confirma que la labor que cumple la enfermera como parte del manejo de la estrategia de inmunizaciones ha sido fortalecida, y se está cumpliendo, mejorando las coberturas y fortaleciendo el vínculo con la población del sector, además siendo otra de las responsabilidades de la enfermera, el investigar, se debe seguir participando en la identificación de factores y conductas que se

encuentran presentes en la población con la finalidad de seguir mejorando estos indicadores.

Cabe mencionar que estos resultados también son producto de acciones regulares de vacunación, que han sido fortalecidas con las jornadas nacionales, la participación activa de los trabajadores de salud, los Padres de familia y la comunidad organizada, sobre todo, por la labor del Enfermero(a), al ser el responsable de organizar, ejecutar y evaluar todas las actividades de vacunación dentro del primer nivel de atención así como en las comunidades, quien jamás ha dejado de lado su labor en la promoción y prevención de las actividades, con la finalidad de tomar decisiones e implementar correctivos en el nivel de atención primaria para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento o retraso en la aplicación de vacunas.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos en este trabajo de investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. las madres tiene una edad entre 25 y 32 años (35,9%), en su mayoría son convivientes (60,4%), menos de la mitad tienen 1 solo hijo (32,4%) y en su mayoría tienen secundaria (69,4%).
2. El nivel de conocimiento de las madres que acuden al Centro de Salud San Francisco es regular (74,8%), bueno (23,4%) y deficiente (1,8%).
3. La actitud de las madres en cuanto a las enfermedades inmunoprevenibles de sus niños en su mayoría muestran una actitud positiva (79,3%), de indiferencia (19,8%) y rechazo (0,9%), concluyendo así que no existe una relación significativa entre conocimiento y actitud de las madres sobre las enfermedades inmunoprevenibles.
4. Se determinó que no existe relación significativa entre conocimiento y actitud, con lo que se puede afirmar que la actitud frente a las enfermedades inmunoprevenibles no depende del conocimiento de las madres.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones en que se ha llegado de esta investigación, se expresan las siguientes recomendaciones:

1. A la Gerencia del Centro de Salud San Francisco, se sugiere tomar en cuenta los resultados de esta investigación y concierten un plan de intervención regional integral de fortalecimiento de las actividades de Información, Educación y Comunicación masiva e intensa sobre las inmunizaciones, que permita mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de niños(as) de 2 meses a 5 años sobre enfermedades inmunoprevenibles.
2. Estimular la participación social en los programas de inmunización, para asegurar la sostenibilidad de la cobertura de vacunación. Los esfuerzos para fomentar la vacunación de la población infantil deben basarse en una estrategia de comunicación integral que incluya capacitación y establecimiento de estrategias para la promoción de la información con la finalidad de cumplir el calendario de

vacunación y de esta manera disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles.

3. Al profesional de Enfermería y trabajadores de la salud deben brindar información a las madres acerca de la importancia que tiene el conocimiento relacionado al cumplimiento del esquema de inmunización en sus hijos.
4. Realizar investigaciones tomando en cuenta otros factores sociodemográficos que influyen en la inmunización y enfermedades inmunoprevenibles en los niños de 2 meses a menores de 5 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Juhász J. (2008) Propuesta de un Programa Educativo para la Formación de Actitudes Preventivas ante el Incumplimiento y Retraso de la Aplicación del Esquema Nacional de Inmunización. Comunidad "Santa Eduvigés". Puerto La Cruz. Anzoátegui. Editorial Universidad de Oriente. Venezuela. 2008. Disponible en:
<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/410/1/Tesis-PG-EM008%20J40.pdf>
2. Macias. M. y Col. 2008. factores de riesgo para esquema de vacunación incompletos en niños de 6 a 60 meses en el instituto nacional de pediatría. publicado en la revista de Enfermedades infecciosas en pediatría. vol. XXII Numero 86. México.
3. Ovalle. H. P. 2006. Conocimientos de los padres de familia con respecto a las enfermedades inmunoprevenibles. Editorial Universidad Mariano Gálvez. Guatemala.
4. Heredia R. Castañeda C. y Colab. (2009). en su estudio Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos a madres de niños vacunados hasta los 18 meses. Editorial Ciencias Médicas Canagüey. Cuba. 2013. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000200010&script=%20sci_arttext

5. Barragán CH. y COL. Conocimientos sobre cuidado del lactante menor de (1-6 meses) en cuanto a alimentación, esquema de inmunización, higiene y confort que tienen las madres que asisten a la clínica de enfermería del club de lactancia materna en el ambulatorio urbano tipo II Cerritos Blancos Barquisimeto; Venezuela. 2006.
6. Soto S. E. Conocimientos de las madres sobre el Esquema Nacional de Vacunación, antes y después de participar en programa educativo Ambulatorio urbano tipo II. La Florida. Municipio Valencia; Estado de Carabobo- Venezuela. 2009
7. Carrasco Macsha A. D. Conocimiento sobre Inmunizaciones y Factores Socio Económicos de Madres de Niños Menores de un Año Huaraz, 2007. Editorial Uladech. Huaraz Perú 2007 disponible en:<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/9301.pdf>
8. Casas Z. y Colab; Conocimientos y Cumplimiento del calendario de Vacunación y las Características Sociodemográficas de las madres en el CSMIZ. Lima – Perú 2009. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/duiict/vs2005/LeelsisScript.Asp>.

9. Quiroz M, Vilca T. G. "Conocimientos y actitudes de las madres respecto al nuevo esquema de vacunación consultorio de niño sano H.R.H.D. 2004". Universidad Nacional de San Agustín; Arequipa – Perú. 2004.
10. Paredes Espejo, Yanela Elizabeth; 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.
11. Benenson A, Manual para el control de las enfermedades transmisibles, Publicación Científica número 564, XVI. Editorial OPS. 1997
12. Peralta Y. Col. Investigación Científica (recopilación bibliográfica) Universidad Nacional de San Agustín; 2da Especialidad. Arequipa- Perú. 2006
13. Díaz G. Col. Tratado de enfermería de la infancia y la adolescencia. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. España. 2006
14. Ministerio de Salud/DGSP; Norma Técnica de Salud que establece el Esquema de Vacunación. Lima - Perú. 2011.

15. Polit Hungler. Investigación en ciencias de la salud 4ta edición.
Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. México D. F. 2000
16. El conocimiento. Disponible en
<http://html.rincondelvago.com/elconocimiento1.html>.
17. Melgarejo, Solís G. Nivel de Conocimientos y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el servicio de quemados del instituto de salud del niño. Lima Enero-Febrero. 2006
18. MINSA, dirección General de epidemiología, estadísticas: neumonía, disponible en:
http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=64&lcobj=1&lcper=1&lcfreq=1/4/2013
19. MINSA, dirección General de epidemiología, cobertura de vacunas estadísticas disponible en:
http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=21&lcobj=4&lcper=1&lcfreq=1/2/2013
20. INEI, enfermedades prevalentes de la infancia y su tendencia en los últimos diez años en el Perú, INEI, 2011, lima Perú.
Disponible en:

<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0986/libro.pdf>

21. MINSA, Dirección Regional de Salud, Análisis de la situación de salud del Perú. Editorial ISBN. Lima 2010. Disponible en: <http://www.slideshare.net/consultoriauniversidad/analisis-de-situacion-de-salud-peru-ao-2010>.
22. Adjaye N. Measles immunization: some factors affecting non acceptance of vaccine. Public Health (London), 95:185-8, 1981.
23. Aguirre Beltrán G. Programas de salud en la situación intercultural. México. Instituto Indigenista Interamericano, 1985.
24. Aguilar D. Nivel de conocimiento sobre inmunización y características maternas que determinan su cumplimiento. La Libertad. UNT. Trujillo. Perú. 2003.
25. Alvarez H. Presencia de la madre en un servicio de pediatría. Labor psicológica en el hospital Miguel Pérez Carreño” Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, Venezuela. Vol. XL. No. 2. 2000.
26. Bastien J. Percepciones culturales del tétanos neonatal y sugerencias para la programación. Bolivia Reach, 1988.
27. MINSA; Intervención Pública Evaluada: Servicio de Vacunación, Ministerio de Salud; Tercer Informe, Perú 2011.

28. Basu N. India's immunization programme. *WorldHealthForum*, 6, 1985.
29. Marriner T, AnnRaile A, Martha. *Modelos y Teorías de Enfermería*; Editorial Mosby Inc. AnElsevier España S.L. 6ª Edición. Barcelona-España. 2007
30. Pender, N.; *Health Promotion In Nursing Practice*. Stamford: Connecticut. Appleton and Lange, 1990.

ANEXOS

ANEXO N° 01

TOTAL DE NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS CONSIDERADO EN LA
MUESTRA DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO

TACNA -2012

EDAD-NIÑO	N°	%
Menor de 1año	50	45,0
1 año	33	29,7
2 años	14	12,6
3 años	8	7,2
4 años	6	5,4
TOTAL	111	100,0

Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes sobre Enfermedades Inmunoprevenibles aplicada a madres de niños menores de cinco años del C.S. San Francisco Tacna - 2012.

DESCRIPCION:

En el cuadro observamos la edad de los niños(as) que acuden al C.S. San Francisco, donde el 45% de ellos son menores de 1año, el 29,7% de 1año, el 12,6% de 2 años, el 7,2% de 3 años y el 5,4% de 4 años.

ANEXO N° 02

SEXO DEL NIÑO(A) DE 2 MESES A 5 AÑOS CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO TACNA -2012

SEXO-NIÑO	N°	%
Masculino	64	57.7
Femenino	47	42.3
TOTAL	111	100.0

Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes sobre Enfermedades Inmunoprevenibles aplicada a madres de niños menores de cinco años del C.S. San Francisco Tacna - 2012.

DESCRIPCION:

En el cuadro podemos observar que el 57,7% de los niños que acuden al Centro de Salud San Francisco es de sexo Masculino y el 42,3% de sexo Femenino.

ANEXO 03

DETERMINACION DE MUESTRA

Tamaño de la Muestra poblacional:

$$n = \frac{s^2}{v^2}$$

$$s^2 = p(1-p) = 0,9 (1-0,9) = 0,09$$

$$v^2 = 0.0025^2 = 0,0000625$$

$$n = 0,09 / 0,0000625 = 144$$

Muestra:

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

N= población

n= tamaño de la muestra

n' = tamaño de la muestra sin ajustar

$$n = 144 / 1 + 144 / 450 = 144 / 1,32 = 111 \text{ madres.}$$

ANEXO N° 04

REGLA DE STURGES- ACTITUDES

Regla de Sturges es una regla para determinar el ancho de elegir las barras (es decir, de los contenedores) al representar visualmente los datos de un histograma. Se dice que el rango de datos debe ser dividido en k equidistantes clases en las que

$$k = \lceil 1 + \log_2 n \rceil$$

donde $\lceil \]$ es el operador del techo (es decir, tomar el entero más cercano por encima del valor calculado).

Aunque no se menciona en Sturges (1926), Herbert Sturges considera un histograma de contenedores k donde se da el número de valores de datos en la bandeja de i ($i = 0, \dots, k-1$)

$$\binom{k-1}{i}$$

Sumando todas las bandejas que obtener el número total de datos de n valores:

$$n = \sum_{i=0}^{k-1} \binom{k-1}{i}$$

La ecuación 1

La identidad de expansión binomial dice:

$$(p+q)^m = \sum_{j=0}^m \binom{m}{j} p^j q^{m-j}$$

(En sustitución de q con (1-p), obtenemos la ecuación binomial).

Marco $p = q = 1$ en la ecuación 1 se tiene:

$$n = \sum_{i=0}^{k-1} \binom{k-1}{i} = (1+1)^{k-1} = 2^{k-1}$$

Resolviendo para k nos fórmula de Sturges:

$$n = \sum_{i=0}^{k-1} \binom{k-1}{i} = (1+1)^{k-1} = 2^{k-1}$$

Resolviendo para k nos fórmula de Sturges:

$$k = 1 + \log_2 n$$

ANEXO N° 05

INSTRUMENTO

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DELAS MADRES SOBRE INMUNIZACIONES Y ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES.

PRIMERO: Se construye un cuadro de doble entrada, como la que se muestra a continuacion; y se colocan los puntajes para cada item de acuerdo al criterio establecido por el experto, ademas de sus respectivos promedios:

N° DE ITEM	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	4	5	4	4	4.25
2	5	5	5	4	4.75
3	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4
5	4	4	4	4	4
6	4	4	4	4	4
7	4	3	4	3	3.5
8	5	5	5	4	4.75
9	5	5	5	4	4.75

SEGUNDO: Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

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

X=Valor máximo en la Escala concedido para cada ítem

Y= promedio de cada ítem

En este estudio la DPP hallada fue de: 1

TERCERO: Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$\text{Dónde: Dmax} = \sqrt{(x_1-1)^2 + (x_2-1)^2 + \dots + (x_9-1)^2}$$

X: valor máximo en la escala para cada ítem

Y: valor mínimo de la escala para cada ítem

La Dmax hallada fue de 10.44

CUARTO: La Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de 3.48

QUINTO: Con este último valor hallado, se construye una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre si, llamándose con letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A= Adecuado total

B= Adecuado en gran medida

C= Adecuación promedio

D= Escasa adecuación

E= Inadecuación

A	
<hr/>	
0	3.48
B	
<hr/>	
3.48	6.96
C	
<hr/>	
6.96	10.44
D	
<hr/>	
10.44	13.92
E	
<hr/>	
13.92	17.49

SEXTO: El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor hallado DPP fue de **1**

Cayendo en la zona A, lo que significa adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado a la población en estudio.

ANEXO N° 06
GUIA DE ENTREVISTA

Buenos días, esta entrevista es anónima y tiene como objetivo recolectar información sobre algunos aspectos relacionados con las inmunizaciones y enfermedades inmunoprevenibles de su hijo(a), los datos obtenidos nos ayudaran a mejorar la calidad de atención, agradeciéndole su colaboración y la sinceridad de sus respuestas.

ASPECTOS GENERALES

Edad del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño(a): (___/___/___)

Sexo del niño: Masculino (___) Femenino (___)

Edad de la madre: _____

Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada ()

Número de hijos: _____

Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

CONOCIMIENTOS

Marque con una x la respuesta que usted considere correcta.

ITEMS	SI	NO
1. Los síntomas prevalentes de la tuberculosis son fiebre, tos por más de 15 días, pérdida de peso, falta de apetito, sudoración excesiva y cansancio.		
2. La vacuna BCG previene la tuberculosis y se le coloca al recién nacido		
3. La ictericia (El color amarillo de la piel) es un síntoma de la hepatitis B.		
4. La vacuna para prevenir la Hepatitis B se coloca al niño de 2 meses		
5. La difteria se transmite por secreciones de la garganta, piel, ojos de las personas enfermas.		
6. La vacuna neumococo previene la difteria.		
7. Las contracciones musculares, risa en forma de burla (sardónica, burlesco) son signos del tétano.		
8. La vacuna pentavalente previene el tétanos y se coloca a los 2,4 y 6 meses de edad.		
9. Tos persistente de forma violenta que incluso llega a faltar la respiración es síntoma de la tos convulsiva.		
10. La vacuna SPR (sarampión, papera y rubeola) previene la tos convulsiva y se coloca a los 3 y 5 meses de edad.		
11. Los síntomas de la poliomielitis son la debilidad y parálisis.		
12. La vacuna DPT previene la poliomielitis y se coloca a los 18 meses		
13. La neumonía se contagia por estar en contacto con objetos recién contaminados por secreciones de las vías respiratorias.		
14. La vacuna Neumococo previene la neumonía, se aplica a los 2 y 6 meses		
15. La influenza se caracteriza por fiebre, tos, dolores de cabeza garganta y muscular.		
16. La vacuna de la influenza se coloca a los 7 meses de edad.		
17. Los síntomas de la diarrea son fiebre, dolor abdominal, intolerancia a la comida, náuseas, vómito, lo que va a producir la deshidratación por pérdida de líquidos.		
18. La vacuna del rotavirus previene la diarrea y se coloca a los 3 y 5 meses de edad.		
19. El sarampión se transmite por secreciones respiratorias, se caracteriza por fiebre y erupciones en la cara.		
20. A los 2 años se coloca la vacuna SPR que previene el sarampión, papera y rubeola.		
21. Las paperas se transmiten por gotitas producidas al hablar o toser de una persona enferma.		
22. Las Paperas se previenen con la vacuna DPT y se coloca a los 4 años		
23. La rubeola se caracteriza por la aparición de sarpullido de color rosado en la cabeza y termina en los pies, acompañados de fiebre.		
24. La Rubeola se previene con la vacuna SPR (sarampión, papera y rubeola), se coloca al año y a los 4 años.		
25. La fiebre amarilla presenta fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, espalda y muscular general, postración, náuseas y vómitos. El pulso se vuelve más lento y se debilita.		
26. La vacuna AMA (anti-amarilica) previene la fiebre amarilla.		

ANEXO Nº 07

ACTITUD

Lea atentamente cada afirmación y escriba una X en el recuadro que usted considera el más adecuado. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas; todas sus respuestas son válidas.

ITEMS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Llevo a mi hijo a vacunar en la fecha establecida.			
2. Me intereso en conocer las vacunas que le colocan a mi hijo.			
3. Tomo en cuenta los comentarios negativos de mis vecinas respecto a las vacunas			
4. Me desanima llevar a mi hijo a sus vacunas por el llanto y dolor que le produce.			
5. Me intereso cuando la enfermera me explica sobre las vacunas.			
6. Creo que las vacunas producen más daño que salud a mi hijo.			
7. Me intereso en preguntar a la enfermera, sobre las molestias que le puede ocasionar las vacunas a mi hijo			
8. Me da miedo la reacción que va tener mi hijo después que le colocan sus vacunas.			
9. Me desagrada que vacunen a mi hijo.			
10. Me intereso por obtener más información sobre vacunas, por ejemplo: mediante campañas, medios de comunicación, etc.			
11. Sigo las indicaciones de la enfermera, después que vacunan a mi hijo.			
12. Me interesa que mi hijo no se enferme por falta de vacunas.			
13. Evito que mi niño tenga contacto con un niño enfermo.			
14. Pregunto a la enfermera sobre las reacciones adversas que produce cada vacuna que recibe mi hijo.			
15. Sugiero a otras madres que vacunen a sus hijos menores.			
16. Me intereso en aprender sobre las vacunas que le colocaron a mi niño.			
17. Si tengo dudas pregunto sobre las molestias de las vacunas.			
18. Conozco de que enfermedades estoy protegiendo a mi hijo con las vacunas.			
19. Me educo sobre las enfermedades que estoy protegiendo a mi hijo con las vacunas por otros medios: radio, televisión, periódicos.			

INSTRUCTIVO PARA CALIFICAR ESCALA DE ACTITUD

1. Se aplica la escala de actitudes sobre enfermedades inmunoprevenibles, a las madres seleccionadas para el estudio.
2. Se procede a la calificación según los siguientes criterios, para los 17 ítems cada uno con 3 opciones.

En los ítems: 1,2,4,6,8,11,12,12,14,15,16,17,18,19

Si marcó:

SIEMPRE = equivale a 3 puntos

A VECES = equivale a 2 puntos

NUNCA = equivale a 1 puntos

Al finalizar la calificación, sumar el total de puntos que va desde mínimo 17 y como máximo 57 puntos y clasificar según clave de respuestas.

ACTITUD ACEPTACIÓN	45a 57 Puntos.
ACTITUD RECHAZO	33a 45 Puntos.
ACTITUD INDECISION	19a 32 Puntos.

CLAVE DE RESPUESTA PARA ESCALA DE ACTITUD

Nº ÍTEMS	ALTERNATIVAS			PUNTAJE MÍNIMO	PUNTAJE MÁXIMO
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA		
1	3	2	1	1	3
2	3	2	1	1	3
3	1	2	3	1	3
4	3	2	1	1	3
5	3	2	1	1	3
6	1	2	3	1	3
7	3	2	1	1	3
8	1	2	3	1	3
9	1	2	3	1	3
10	3	2	1	1	3
11	3	2	1	1	3
12	3	2	1	1	3
13	1	2	3	1	3
14	3	2	1	1	3
15	3	2	1	1	3
16	3	2	1	1	3
17	3	2	1	1	3
18	3	2	1	1	3
19	3	2	1	1	3
TOTAL				19	57

ANEXO N° 08

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO..... DOY MI
CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR DE LA INVESTIGACION TITULADA
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS MADRES DE
NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 5 AÑOS SOBRE ENFERMEDADES
INMUNOPREVENIBLES CENTRO DE SALUDSAN FRANCISCO, TACNA -
2012