

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada Por Ley 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES Y EL CUMPLIMIENTO
DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS
MENORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN
CRISTÓBAL-HUANCAMELICA 2017**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

PROMOCIÓN DE LA SALUD

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

ANGUIS SURICHAQUI Noemi Janina

ESTEBAN RAMOS Gianina Liliana

HUANCAMELICA – PERÚ

2017



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad universitaria de Paturpampa , auditorium de la facultad de enfermería, a los 16 días del mes de Agosto del año 2017 siendo las horas 15:00 , se reunieron los miembros del jurado calificador y asesor (a) conformado de la siguiente manera:

Presidente(a) DYA. MARISOL SUSANA TAPIA CAMARGO
 Secretario (a) DYA. OLGA VICENTINA PACOVILCA AKJO
 Vocal DYA. DELICIA VARELA CLEMENTE
 Asesor (a) DY. CESAR CIPRIANO ZEA MONTESINO

Designado con resolución N° 187-2017-COFA-ENF-R-UNH de la tesis titulada: CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES Y EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION EN MADRES CON NIÑOS MAYORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTOBAL HUANCVELICA 2017

Cuyo autor (es) es (son) el (los) graduado (s):

BACHILLER (ES):

ANGELIS SURICHAQUI NOEMI JANINA
ESTEBAN RAMOS GIANINA LILIANA

a fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de tesis antes citado, programado mediante resolución N° 065-2017-D-FENF-R-UNH

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto, y luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

ANGELIS SURICHAQUI NOEMI JANINA

APROBADO Por: UNANIMIDAD

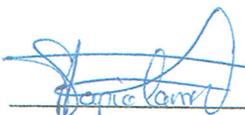
DESAPROBADO

ESTEBAN RAMOS GIANINA LILIANA

APROBADO Por: UNANIMIDAD

DESAPROBADO

En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.



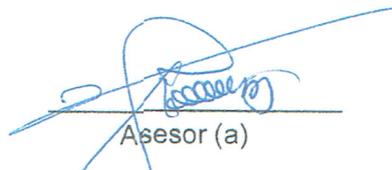
 Presidente



 Secretario



 Vocal



 Asesor (a)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada Por Ley 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES Y EL CUMPLIMIENTO
DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS
MENORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN
CRISTÓBAL-HUANCAVELICA 2017.

JURADOS:

PRESIDENTE :
Dra. Marisol Susana Tapia Camargo

SECRETARIO :
Dra. Olga Vicentina Pacovilca Alejo

VOCAL :
Dra. Alicia Vargas Clemente

HUANCAVELICA – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada Por Ley 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES Y EL CUMPLIMIENTO
DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS
MENORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN
CRISTÓBAL-HUANCAVELICA 2017.

ASESOR:


.....
Mg. Cesar Cipriano Zea Montesinos

HUANCAVELICA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres, por su abnegado sacrificio voluntario y apoyo incondicional; quienes son la razón de ser profesional y fuente de inspiración para la realización de la investigación.

Gianina

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Noemi

AGRADECIMIENTO

- A las madres con niños menores de un año del Centro de Salud San Cristóbal, por el apoyo incondicional y colaboración durante la etapa de ejecución de la tesis.
- A nuestro asesor Mg. **Cesar Cipriano Zea Montesinos**; por su apoyo en el desarrollo del trabajo; de igual manera a todas aquellas personas quienes nos brindaron su apoyo de diferentes formas para mejorar el contenido y enriquecer así las etapas de la investigación.
- A nuestros padres y hermanos, por su apoyo incondicional, y comprensión; ya que sin ello no sería posible la realización de este trabajo de investigación.

A todos ellos muchas gracias.

Las Autoras.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS.....	ii
PAGINA DE JURADOS	iii
PAGINA DE ASESOR	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TABLA DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRAC.....	xivv
INTRODUCCIÓN.....	16
CAPÍTULO I.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	24
1.3. OBJETIVOS.....	24
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	25
1.5. DELIMITACIONES.....	26
CAPÍTULO II.....	27
MARCO DE REFERENCIAS.....	27
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	27
2.2. MARCO TEÓRICO.....	34
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	49
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	74
2.5. HIPÓTESIS.....	75
2.6. VARIABLES.....	75
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:.....	76

2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.	80
CAPÍTULO III.....	81
MARCO METODOLÓGICO.....	81
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	81
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	81
3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	81
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	82
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	82
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO.....	83
3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	84
3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	84
CAPÍTULO IV.....	85
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	85
4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística descriptiva).	85
4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS (estadística inferencial).	91
4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	94
CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	104
ANEXO 01.....	A
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	A
ANEXO 02.....	B
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	B
ANEXO 03.....	C
CATEGORIZACION DE VARIABLES.....	C
ANEXO 04.....	D
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	D

ANEXO 05.....	E
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	E
ANEXO 06.....	F
IMÁGENES DE EJECUCION.....	F
ANEXO 07.....	G
ARTICULO CIENTIFICO.....	G

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 01: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL HUANCAVELICA.....	86
TABLA Nº 02: CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES POR PARTE DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAVELICA.....	88
TABLA Nº 03: CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIONES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAVELICA...89	89
TABLA Nº 04: CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES DE LAS MADRES Y CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIONES EN SUS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAVELICA.....	90

ÍNDICE DE FIGURAS

GRÁFICO N° 01: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL HUANCAVELICA.....87

GRÁFICO N° 02: CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES POR PARTE DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAVELICA.....88

GRÁFICO N° 03: CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIONES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAVELICA.....89

GRÁFICO N° 04: CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES DE LAS MADRES Y CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIONES EN SUS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAVELICA.....90

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la salud.

DIRESA: Dirección Regional de Salud.

ESNI: Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones.

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

MINSA: Ministerio de Salud.

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones.

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización.

RESUMEN

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica 2017.

Metodología: El presente estudio corresponde al tipo de investigación descriptiva. La investigación es de nivel descriptivo. El método utilizado es descriptivo. Para la recolección de datos de conocimiento de madres sobre inmunizaciones se utilizó la técnica encuesta con su instrumento cuestionario y para el cumplimiento del calendario de vacunación la técnica análisis documental y su instrumento guía de análisis documental. El diseño de investigación es no experimental, transversal, descriptivo. La muestra estuvo conformada por 40 madres de familia.

Resultados: Los resultados indica que el 45,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año desconocen sobre inmunizaciones; 35,0%, conocen poco; 20,0%, conocen; 62,5% de las madres de familia de niños menores de 1 año no cumplen el calendario de vacunación; 37,5%, si cumplen; y el 40,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año desconocen y no cumple el calendario de vacunación; 17,5%, conocen poco y no cumplen el calendario de vacunación. Concluyendo que existe evidencia estadística suficiente para afirmar la diferencia significativa del conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación.

Conclusión: A menor conocimiento sobre inmunizaciones mayor incumplimiento del calendario de vacunación.

Palabras claves: Conocimiento sobre inmunizaciones, el cumplimiento del calendario de vacunación.

ABSTRAC

Objective: To determine the relationship between immunization knowledge and compliance with the vaccination schedule in mothers with children under one year of age at the San Cristóbal Health Center - Huancavelica 2017.

Methodology: The present study corresponds to the type of descriptive research, because it includes the description, registration, analysis and interpretation of the current nature, and the composition of processes of the phenomena. The research is descriptive level as it is oriented to describe reality as it is. The method used is descriptive, because it is used in the description of current events and phenomena. For the data collection of knowledge of mothers on immunization the technique was used with their questionnaire instrument and for the fulfillment of the vaccination calendar, the technique of documentary analysis and its instrument of documentary analysis. The research design is non-experimental, transverse, descriptive. The sample consisted of 40 mothers.

Results: The results indicate that 45.0% of the mothers of children under 1 year are unaware of immunizations; 35.0%, they know little; 20.0%, know; 62.5% of mothers of children under 1 year of age do not meet the vaccination schedule; 37,5%, if they comply; And 40.0% of mothers of children under 1 year are unaware of and do not meet the vaccination schedule; 17.5%, know little and do not meet the vaccination schedule. Concluding that there is sufficient statistical evidence to affirm the significant difference in knowledge about immunizations and compliance with the vaccination schedule.

Conclusion: The less knowledge about immunizations, the greater the non-compliance with the vaccination schedule.

Key words: Knowledge about immunizations, compliance with the vaccination schedule.

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo los países han buscado y establecido estrategias para mejorar la calidad de vida de la población infantil mundial y disminuir el riesgo de enfermar y/o morir por enfermedades inmunopresibles.

Actualmente la promoción de salud y la prevención de las enfermedades representan las mejores estrategias utilizadas por los países. El Perú, no está exento de esta labor, a través del Ministerio de Salud viene desarrollando las mismas estrategias a nivel nacional, basándose en los lineamientos de política de salud y enfoca todos sus esfuerzos en la población de mayor riesgo con el fin de disminuir las tasas de morbilidad por problemas de salud predominantes en el país, tomando en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que refiere que la promoción de la salud y prevención de enfermedades son estrategias fundamentales para el desarrollo de las personas y por ende de la sociedad. Asimismo, para la Organización Panamericana de la Salud la promoción 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. En nuestro país el Ministerio de Salud está adoptando diversas estrategias destinadas a promover la salud de la población, como un derecho propio de la persona.

Los niños del Perú constituyen la población más vulnerable, ya que son los más susceptibles de enfermar y morir, siendo una de las formas más efectivas de control y disminución de riesgo, la prevención de algunas enfermedades inmunoprevenibles por medio de la inmunización.

El Programa Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) es gratuito y es el responsable de la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles en la población menor de 5 años. Dichas enfermedades son de alto costo y generan gran impacto económico y social, traen como consecuencia consultas médicas, hospitalizaciones, discapacidades e incluso la muerte prematura.

La vacunación tiene un impacto positivo en la economía, la salud y el desarrollo del país, sus costos son relativamente bajos en relación al gran beneficio que genera. Lo mencionado anteriormente y las bajas coberturas de vacunación que aún se mantienen a nivel nacional, específicamente en el Centro de Salud San Cristóbal, escenario de este estudio, es la razón de esta investigación.

El presente estudio titulado **“CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES Y EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL-HUANCAVELICA 2017”**

tuvo como objetivo ; Establecer la relación que existe entre el conocimiento sobre inmunización y el cumplimiento del calendario de vacunación de las madres con niños menores de un año en el Centro de salud de San Cristóbal - Huancavelica 2017; con el propósito de que a partir de los resultados del estudio permita proporcionar información actualizada a las autoridades del Centro de Salud de San Cristóbal en especial a la responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones del servicio de enfermería, a fin de diseñar estrategias en mejora de la salud del niño; utilizando técnicas participativas que contribuya a promover la cultura preventiva en la población.

La tesis está organizada en cuatro capítulos: **Capítulo I:** Planteamiento del problema, formulación, objetivos, justificación y delimitaciones. **Capítulo II:** Marco de referencias, mencionando los antecedentes; internacionales, nacionales y locales, marco teórico, marco conceptual, definición de términos básicos, hipótesis, variables Operacionalización de

variables y ámbito de estudio. **Capítulo III:** Marco metodológico; tipo, nivel, método de investigación, técnicas e instrumentos de recolección de datos y diseño de investigación, población, muestreo, muestra; procedimientos de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos. **Capítulo IV:** Resultados dentro del contenido también se encontrará análisis e interpretación de resultados, contrastación de hipótesis, discusión de resultados, conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas, bibliografía complementaria y anexos.

Las autoras

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Para muchos expertos en el tema, la prevención de las enfermedades infecciosas requiere romper la cadena epidemiológica actuando sobre la fuente de infección, el mecanismo de transmisión o sobre el individuo susceptible sano, a fin de aumentar la resistencia natural a la infección mediante la aplicación de vacunas específicas que al mismo tiempo disminuyen el riesgo de morir por alguna enfermedad inmunoprevenibles. Anualmente mueren más de 12 millones de niños menores de 5 años, de los cuales 3 millones fallecen antes de cumplir una semana de vida y 2 millones de muertes son causadas por enfermedades que podrían haberse prevenido con las vacunas (1).

A nivel internacional Perú es el país con mayor deserción en vacunas administradas a niños menores de 5 años con un 71 % entre las cuales los departamentos con menor cobertura de vacunas son: Ucayali 45.71%, Madre de Dios 27.08%, Loreto 21.14% y en último lugar Huancavelica con un 12.98%, mientras que los países de Brasil alcanzan coberturas óptimas con un 99%, Chile 90%, Uruguay 95% y Colombia 91% (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que para que los niños estén protegidos por una vacuna se debe alcanzar una cobertura de inmunización del 95%. Cualquier medida por debajo de ella no es suficiente y, aunque en el Perú en los años 2013 y 2014 la cobertura de atención bajó 71%, el año pasado la vacunación básica –que incluye la BCG (1 dosis), DPT (3 dosis), polio (3 dosis) y sarampión (1 dosis) en niños menores de un año creció y alcanzó el 90%.

Sin embargo, el trabajo no es tan sencillo. Las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), hasta mayo del año pasado, indican que los niños menores de tres años que completaron el esquema básico de vacunación para su edad alcanzaron el 69%. Empero, los menores que fueron inmunizados con el esquema completo que incluye, además de las vacunas básicas, la inmunización contra la influenza (2 dosis), SPR o sarampión, papera y rubeola (1 dosis), fiebre amarilla (1 dosis), y el refuerzo de la DPT– apenas llegaron a un escaso 23%. Es decir que aún hay un gran número de niños que no están protegidos (3).

Para el año 2015 el departamento de Huancavelica alcanzó una cobertura de niños protegidos 25.6% priorizando más a niños menores de 3 años quienes cumplieron con el calendario completo para su edad.

El Centro de Salud San Cristóbal cuenta con una población de 60 niños menores de 1 año de los cuales solo el 20 % cumple regularmente con todas sus vacunas para su edad, se observa que el mayor porcentaje 80% de madres incumplen con el calendario de vacunación para lo cual el personal de enfermería realiza diversos esfuerzos para obtener indicadores positivos en niños protegidos para su edad. (4)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación al costo. Previene enfermedades debilitantes, discapacitantes y salva millones de vida cada año. Las vacunas tienen la capacidad no sólo de salvar vidas, sino de transformarlas, pues brindan a los niños la posibilidad de crecer sanos, ir a la escuela y mejorar sus perspectivas de vida. Hoy en día se está inmunizando a más niños que en ningún otro momento de la historia, se han inmunizado más de 100 millones de niños al año en los últimos años. Y cada vez se dispone de más vacunas para proteger a niños, a los adolescentes e incluso a las personas adultas. Entre ellas figuran vacunas que protegen contra enfermedades que ponen en peligro la vida, como la gripe, la meningitis y ciertos cánceres que aparecen durante la edad adulta. Sin embargo, a pesar de los extraordinarios progresos realizados en la cobertura de la inmunización durante el último decenio, 24 millones de niños, casi el 20% de los que nacen cada año quedaron sin recibir todas las inmunizaciones sistemáticas previstas durante el primer año de vida; llegar esos niños vulnerables, que suelen vivir en zonas rurales remotas y mal atendidas, en entornos urbanos pobres, estados frágiles y regiones afectadas por los conflictos, es indispensable para alcanzar las coberturas de manera equitativa (5).

Según el Ministerio de Salud (MINSA), las inmunizaciones se implementan en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) al final de la década del 70, lográndose coberturas promedio o menor al 20%; a partir de los 80 se logró un aumento significativo y sostenido como resultado de la implementación de estrategias nacionales para el fortalecimiento de las actividades regulares del PAI. Reconociéndose que las inmunizaciones son

consideradas como la segunda prioridad sanitaria en el país y que es la forma más efectiva de controlar y disminuir el riesgo de enfermedades inmunoprevenibles en la población en general, en especial, la población infantil que es la más vulnerable y susceptible de enfermar y morir, destacándose entre ellas a la Tuberculosis, Hepatitis B, Poliomiелitis, Difteria, Tétanos, Sarampión y Fiebre Amarilla (6).

En el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020, dentro del primer Lineamiento de Política (Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención) se menciona reducir la mortalidad infantil, con el objetivo de reducir la enfermedad y la muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social y económica. Para ello, las metas planteadas son: Incrementar la cobertura de vacunación completa, según calendario nacional en el menor de tres años al 95%; disminuir la letalidad por neumonía en menores de cinco años a menos de 2,5%, disminuir la mortalidad por diarrea en menores de cinco años a menos de 0,5 por cien mil (7).

Existen diversos antecedentes que muestran conocimiento bajo en las madres de niños menores de un año, además de factores condicionantes que influyen el retraso o incumplimiento del calendario de inmunizaciones, debido a que no tienen noción de la importancia de las vacunas. Esta problemática motivó la realización de este trabajo de investigación y las experiencias vividas en las prácticas pre profesionales, en donde se observó un alto nivel de desconocimiento e incumplimiento del calendario de vacunación, a pesar de todos los esfuerzos que realiza el MINSA para proteger mediante las inmunizaciones a la población infantil del país. Ante este contexto surge el problema de investigación.

De igual manera la **Universidad Nacional Mayor De San Marcos De La Facultad De Medicina Humana** manifiesta que es de vital importancia que cada niño reciba el esquema completo de vacunas, según edades ya que si por cualquier motivo no se le ha administrado las vacunas antes de cumplir el primer año de vida, es posible que pueda adquirir algunas de estas enfermedades tales como: Tuberculosis meníngea, hepatitis "B", Difteria, Pertussis, tétano, enfermedades invasivas provocadas por Haemophilus Influenza de tipo b, poliomielitis, diarrea severa causado por rotavirus, neumonía, meningitis, septicemia causado por estreptococo Pneumoniae, influenza o gripe. En el año 2013 quedaron sin inmunizar contra: la difteria, Pertussis y tétanos 27 millones de niños en todo el mundo, de ellos 9,9 millones en Asia meridional y 9,6 millones en el África. En general, las personas que quedan al margen de los programas de vacunación sistemática son las que viven en lugares aislados, barriadas pobres de las ciudades y zonas fronterizas; También incluyen a grupos indígenas, personas sin acceso a la vacunación a causa de distintas barreras sociales, personas que carecen de información o de motivación y personas que se niegan a vacunarse. En el Perú, ENDES 2009 señala dos aspectos importantes, en los cuales el gobierno peruano ha venido fortaleciendo; lo cual está dada por: la vacunación oportuna y el monitoreo regular de los niños y niñas, especialmente en la primera infancia; orientadas a crear una cultura de salud preventiva. Los resultados en la vacunación oportuna son poco alentadores a nivel nacional, el 52% de los niños y niñas menores de 3 años han recibido todas las vacunas programadas para su edad , lo que implica que un 48% se encuentra vulnerable ante enfermedades inmunoprevenibles; Sin embargo, en las zonas de difícil acceso, de la Selva y Sierra peruana, las coberturas tienden a ser menores que

el promedio nacional, siendo esta situación una preocupación y motivo para la extensión de la oferta de servicios. (8)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1. Pregunta general

¿Cómo es la relación entre el conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica 2017?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de las madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica 2017?
- ¿Cómo es el cumplimiento del calendario de vacunación por parte de las madres con niños menores de un año en el *centro* de salud de San Cristóbal-Huancavelica 2017?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de las madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica 2017.
- Identificar el cumplimiento del calendario de vacunación en niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN.

El presente estudio de investigación tiene como finalidad determinar cuál es el nivel de conocimiento de las madres, para medir cuánto conocen acerca del esquema de vacunación que deben recibir los niños menores de 1 año de vida y así poder determinar el cumplimiento del programa de vacunación en los niños, ya que las vacunas cumplen un rol fundamental en su vida, ya que estas vacunas son para prevenir las enfermedades BCG (contra las formas graves de tuberculosis) HVB (contra la hepatitis b) PENTAVALENTE (contra difteria, pertussis, tétanos, haemophilus influenzae tipo b, hepatitis b) NEUMOCOCO (contra neumonía) ROTAVIRUS (contra formas graves de diarrea) IPV ANTIPOLIO INACTIVADA INYECTABLE (contra la polio) APO ANTIPOLIO ORAL (contra la polio) INFLUENZA (contra infecciones respiratorias) SPR (contra sarampión, parotiditis y rubeola) AMA (contra la fiebre amarilla) DPT (contra difteria, pertussis, tétanos) es un problema de salud pública ya que ello puede conllevar a incrementar la incidencia y/o prevalencia de algunas de las enfermedades inmunoprevenibles que pueda comprometer la salud integral del niño. Es importante que la madre cumpla con el calendario de vacunación de su menor hijo en el tiempo establecido y a la edad correspondiente porque las vacunas cumplen un rol muy fundamental en su vida, ya que estas vacunas son para prevenir las enfermedades.

Por lo que la Enfermera que labora en el servicio de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones debe identificar precozmente los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación; tanto por parte de las madres o por la institución que presta el servicio; de tal modo que a partir de sus resultados le

permita desarrollar acciones que conlleven a mejorar; contribuyendo a incrementar la cobertura y disminuir el riesgo a morbi-mortalidad en los niños. (5)

1.5. DELIMITACIONES.

Delimitación espacial.

El lugar donde se desarrolló la investigación, está ubicado en el departamento de Huancavelica, distrito de Huancavelica, en el barrio de San Cristóbal, a espaldas de la iglesia de San Cristóbal, de categoría I-3, tipo sin internamiento, perteneciente a la Red Huancavelica, micro red Santa Ana, Unidad ejecutora región Huancavelica salud.

Delimitación temporal.

La investigación se realizó durante los meses de abril del 2017 hasta agosto del 2017, en la cual se está programado en el cuadro de actividades del proyecto.

Delimitación teórica.

El marco teórico contó con los siguientes ejes temáticos: definición de vacunas, tipos de vacunas, esquema nacional de vacunación, lugar de administración de las vacunas, nivel de conocimiento por parte de las madres y cumplimiento del calendario de vacunación.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

2.1.1. A Nivel Internacional

Ferreira, Miranda, De Sousa, Paiva, Feitosa, Vale, Lameira (Brasil 2010) en la investigación **“CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL EN UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA”** Tiene como objetivo analizar el cumplimiento del calendario de vacunación infantil por usuarios de la Unidad de Salud de la Familia como posibles motivos para su eventual no cumplimiento.

El estudio fue prospectivo, transversal y cualitativo, realizado a partir de visitas a las residencias de los niños en investigación, la casuística fue constituida por 108 personas, número obtenido a través del registro presente en las fichas de familia observadas. Se incluyeron niños de ambos sexos, analizándose la franja etaria de 0 a 2 años de edad, registrados en la Unidad el año de 2007.

El resultado fue comprobado que un 87,97% de los niños está con la vacunación actualizada, siendo que 13,89% de ellos tiene historial de atrasos. Un factor atribuido a estos buenos índices ha sido la constante actuación de los agentes

comunitarios de salud. Ente los que presentaron atraso o no recibieron las vacunas, la falta de la vacuna contra el rotavirus fue lo más observado, en un 22,46% de los casos. Se analizaron factores que podrían contribuir con el índice de atraso, como escolaridad y ocupación de los padres. Ninguno de ellos fue estadísticamente significativo.

En conclusión: Los resultados encontrados son comparables a ambulatorios de centros de referencia latinoamericanos, lo que indica la efectividad de la actuación del Programa Salud Familiar en dicha comunidad. Sin embargo, la vacunación tiene un fuerte apelo para la salud de la población, y merece iniciativas de refuerzo de las acciones, con el fin de disminuir y evitar la reaparición de enfermedades. (9)

Romero, Manuel, María, Romina, Graciela, Adriana. (Argentina 2010) en la investigación **“CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN OBLIGATORIO EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE LAS LOCALIDADES DE SANTA ANA Y CORRIENTES CAPITAL”** Tiene como objetivos determinar el estado de inmunización de dos localidades de la provincia de Corrientes y los factores involucrados en el no cumplimiento en forma completa del calendario de vacunación obligatorio vigente; comparar los resultados de ambas poblaciones; y descubrir el grado de conocimiento de los tutores encuestados sobre los beneficios de la vacunación de sus hijos.

El tipo de estudio fue: Observacional, descriptivo de tipo transversal, retrospectivo. Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta elaborada por el grupo de trabajo. Se recolectaron un total de 288 encuestas, 197 en Corrientes Capital y 91 en Santa Ana. De las cuales 191 cumplían el

calendario de vacunación representando un 66.3% del total. Al discriminar los resultados de ambas poblaciones se halló un cumplimiento del 64% en Corrientes Capital y del 71.5% en Santa Ana.

Se considera incumplimiento a la falta de una o más dosis de cualquier vacuna incluida en el calendario de vacunación nacional. Al detectar un incumplimiento, el encuestador preguntaba su causa ofreciendo opciones como respuesta: La opción más frecuente en Corrientes Capital fue “no quiso ir, se olvidó, no tuvo tiempo”, representando un 11% (del 36% que no cumplieron); le siguen “falta de conocimiento” 9%, “distancia al Centro de Atención Primaria de la Salud” 7.6%; “por enfermedad” 8%. En la localidad de Santa Ana la opción más frecuente resultó “falta de conocimiento” representando un 16.5% del total del incumplimiento (28.5%), le siguen en frecuencia “no quiso ir, no tuvo tiempo, se olvidó” 7.7%, “distancia al Centro de Atención Primaria de la Salud” 3.3%; “por enfermedad” 1.9%. Según los resultados hallados

En conclusión: Hay un mayor cumplimiento en la localidad de Santa Ana que en la de Corrientes Capital, siendo en ambas el porcentaje de incumplimiento un valor considerablemente alto. (10)

2.1.2. A Nivel Nacional

Sánchez, Vera, (Chiclayo-2014) en la investigación **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE INMUNIZACIONES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE LOS CENTROS DE SALUD JOSÉ OLAYA Y TÚPAC AMARU, CHICLAYO 2013”**

El presente estudio de investigación cuantitativa de tipo descriptivo simple, tuvo como objetivo determinar el nivel de

conocimiento de las madres adolescentes sobre inmunizaciones en niños menores de 1 año de los centros de salud José Olaya y Túpac Amaru, Chiclayo.

La muestra estuvo conformada por 40 madres adolescentes que tiene niños nacidos entre los meses de junio del año 2012 a junio del presente año 2013, de las cuales 20 de estas madres asisten al centro de salud José Olaya y 20 asisten al centro de salud de Túpac Amaru.

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario, validado por tres expertos en la materia y tuvo una confiabilidad de 0,819; la cual se determinó mediante el método de Alpha de Cronbach, siendo el resultado totalmente confiable. Luego se aplicó dicho cuestionario y se recopiló la información necesaria, la cual fue tabulada y procesada, presentándola en tablas y gráficos;

En conclusión: el mayor porcentaje de las madres adolescentes del Centro de Salud de Túpac Amaru tienen un nivel de conocimiento deficiente con un 85%, seguido del regular con un 10% y bueno con un 5%. Por otro lado el mayor porcentaje de las madres adolescentes del Centro de Salud José Olaya tienen nivel de conocimiento deficiente con un 50%, nivel regular 25%, nivel bueno 20% y en el nivel de excelente con un 5% (11)

Izquierdo. (Lima-2014) en su investigación "**CONOCIMIENTO DE MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO SOBRE INMUNIZACIONES Y EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO VACUNAL EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA, 2013**"

El objetivo fue establecer la relación que existe entre el conocimiento de las madres de niños menores de un año

con el cumplimiento del calendario vacunal y los factores sociodemográficos intervinientes.

Es un estudio de tipo cuantitativo correlacional, de corte transversal no experimental. La población estuvo constituida por 428 madres que pertenecen al Programa Ampliado de Inmunizaciones del Centro de Salud "Primavera", la muestra estuvo conformada por 250 madres de niños menores de un año, las cuales fueron elegidas por muestreo probabilístico de acuerdo al parámetro de la proporción del atributo de interés. Para la recolección de datos se utilizó la encuesta y como instrumento, el cuestionario. En el análisis de datos, las respuestas se codificaron con el programa Excel SPSS y fueron analizados mediante el coeficiente de correlación de Spearman y la Prueba de Independencia Chi². Luego fue sometido a evaluación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma.

En los resultados de este estudio se observó que el conocimiento es medio a bajo; por lo tanto, se concluye que existe relación con el incumplimiento del calendario vacunal, así como está asociado con los demás factores sociodemográficos intervinientes. (12)

Gonzales. (Mala 2011) en la investigación "**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD DE MALA**" Tiene como objetivo determinar los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año.

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo

conformado por todas las madres que acudieron a vacunar a sus niños menores de un año al consultorio de Enfermería del Centro de Salud de Mala, durante el mes asisten un promedio de 80 madres con niños menores de un año. La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporción para población finita, aleatoria simple conformado por 44 madres. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario.

Resultados: Del 100% (44); 59% (26) de las madres refieren que los factores están presente y 41% (18) ausentes.

Conclusiones. Los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año; en un mayor porcentaje están presentes, referido al ingreso económico, gasto de pasaje para ir a vacunar al niño, la creencia sobre las vacunas, gratuidad de las vacunas, el trato del personal de Enfermería, la información de las citas posteriores y de las reacciones post vacúnales, seguido de un porcentaje considerable de madres que refieren que están ausentes, por la ocupación de la madre, le es difícil llevar a vacunar al niño si gastara pasajes, contraindicación de las vacunas, que la vacuna pentavalente protege contra cinco enfermedades, la accesibilidad al servicio, el tiempo de espera. (13)

2.1.3. A Nivel Local

Espinoza, Quispe, (Huancavelica 2016) en la investigación **“FACTORES DE INCUMPLIMIENTO AL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL – HUANCAVELICA 2016”**. El objetivo fue determinar los factores de incumplimiento al esquema

nacional de vacunación en niños menores de 2 años, en el centro de salud san Cristóbal – Huancavelica 2016, el diseño adecuado para esta investigación es de tipo básico; porque busca ampliar y profundizar el causal de conocimientos científicos existentes acerca de la realidad, el nivel que abordara la presente investigación es el descriptivo, puesto que se dará a conocer las características de nuestra variable: factores de incumplimiento al esquema nacional de vacunación tal y como se está presentando en la realidad, sin realizar ninguna modificatoria, los métodos que se emplearon fueron: Método deductivo: permitió estudiar los casos individuales para llegar a generalizaciones. Método descriptivo: permitió hacer un análisis profundo respecto a la investigación y se logró un resultado real y el método estadístico: se utilizó para analizar, interpretar y procesar los datos numéricos y la información recolectada, el diseño utilizado fue: no experimental de corte transversal deductivo, puesto que los datos se obtendrán en un solo momento. Los resultados fueron: los resultados estadísticos del trabajo de investigación que lleva por título “Factores de incumplimiento al esquema nacional de vacunación en niños menores de 2 años, en el centro de salud san Cristóbal – Huancavelica”, que son el resultado de la aplicación del instrumento de recolección de datos empleados en la investigación.

Luego de haber realizado el trabajo de campo y habiendo obtenido toda la información requerida se procedió a realizar la recodificación de los resultados, así pues se tuvo la respectiva base de datos con la información para luego ser procesada a través del software estadístico SPSS versión 23 recomendado para su uso en investigaciones realizadas dentro de las ramas de las ciencias sociales.

De acuerdo al objetivo general del presente trabajo de investigación “determinar los factores de incumplimiento al esquema nacional de vacunación en niños menores de 2 años, en el centro de salud san Cristóbal – Huancavelica”, se procedió a presentar los resultados estadísticos mediante tablas de frecuencia y diagrama de barras.

Conclusión: Se ha logrado determinar que los factores de incumplimiento más relevante es: el factor socioeconómico; el estado civil convivientes (otros) con un 91.5%, factor de barreras culturales y cognitivas son las creencias inadecuadas con un 75.6%, factor institucional; es el tiempo de espera para la atención del niño, con un 97,6%. (14)

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Teoría del cuidado

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada “Del cuidado humano”. (15)

Conceptos:

- Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de

cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

- Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.
- Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son: Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

- Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana. (15)

Supuestos Básicos:

A causa de la gran reestructuración administrativa de la

mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

- El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
- El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
- Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
- El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

(15)

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

- Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de

desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

- Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico su solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen

tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.
- Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación

inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud. (15)

Los tres primeros factores del cuidado forman la base "filosófica". Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría: (15)

Premisa 1. "El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes".

Premisa 2. "La claridad de la expresión de ayuda y de los

sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado”. (15)

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida. (15)

Conceptos Metaparadigmáticos:

- **Salud:** Tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- **Persona:** Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- **Entorno:** Espacio de la curación. Watson reconoce la

importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)

- **Enfermería:** Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona. (15)

2.2.2. Teoría de la promoción de la salud

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

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

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

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

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (15)

Metaparadigmas:

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo-perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. (15)

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de

Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta

como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. (15)

Teorías

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

- **La primera teoría, es la de la Acción Razonada:** originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.
- **La segunda es la Acción Planteada:** adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.
- **La tercera es la Teoría Social-Cognitiva,** de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad. (15)

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un

comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea. (15)

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.
- La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones

- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.
- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.
- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
- Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos: Estados emocionales, Autoestima y Grado de urbanización. (15)

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías

principales: las características y experiencias individuales, la cognición y motivaciones específicas de la conducta y el resultado conductual. (15)

Conclusiones:

El Modelo de Promoción de la Salud ha sido utilizado por los profesionales de Enfermería en la última década, con frecuencia en diferentes situaciones que van desde la práctica segura del uso de guantes en las enfermeras hasta la percepción de la salud de los pacientes, pero particularmente dirigido a la promoción de conductas saludables en las personas, lo que indudablemente es una parte esencial del cuidado enfermero tal como se evidencia en los trabajos publicados los cuáles conservan un interés genuino e implícito hacia el cuidado, el mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad.

Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por las(os) enfermeras(os) para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalado por Nola Pender en su modelo, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo.

Sería deseable documentar en mayor medida el sentido de las relaciones planteadas en el modelo a fin de fortalecer su solidez teórica y empírica, por lo que seguramente en un futuro surgirán nuevas interrogantes alrededor de esta propuesta.

Podemos concluir que conocer y explorar el tipo de investigaciones que se realizan, la relación de éstas con las teorías y constructos propios de la disciplina, la utilidad de las mismas y su impacto en la consecución de mejores

oportunidades y calidad de vida, fortalece nuestra disciplina y fundamenta su quehacer ya que orienta de manera objetiva hacia los intereses de los profesionales y las necesidades de los pacientes. (15)

2.3. MARCO CONCEPTUAL.

2.3.1. CONOCIMIENTOS COGNITIVOS

Mario Bunge, define el conocimiento como un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos” en base a ello tipifica el conocimiento científico, ordinario y vulgar. El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; el conocimiento ordinario, que es un cuerpo heterogéneo de ideas, productos de la observación, la experiencia, la reflexión y la imaginación; y el conocimiento vulgar como un conocimiento vago e inexacto limitado a la observación.

En este estudio se hace referencia al conocimiento ordinario, que es un cuerpo heterogéneo de ideas, producto de la observación, la experiencia y la reflexión. Se caracteriza por ser un conocimiento que fundamentalmente se conserva y se transmite en forma oral, comprende los temas más variados de la naturaleza y de la vida del hombre en general. Sus contenidos se han ido desarrollando a lo largo de la vida y experiencias históricas sociales del hombre. (16)

Rosental, define el conocimiento como: “proceso en donde la realidad se refleja y se reproduce con el pensamiento humano y condicionado con el acontecer social, el cual se halla firmemente unida a la actividad práctica, es decir, conocimientos inmediatos intencionalmente útiles, tipo

hábitos y costumbres que hacen factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado”.

(17)

Pinilla A. define el conocimiento, como “un acto y como un contenido; dice del conocimiento como un acto que es la aprehensión de una cosa, una propiedad al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido se asume que es aquél que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de operación mental a conocer, este contenido significativo, el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento de puede adquirir, acumular transmitir y derivar unos de otros. No son puramente objetivas, pueden independizarse del sujeto, gracias al lenguaje tanto para, asimismo, como para otros sujetos. (18)

Según Ponjuán es la combinación de información, contexto y experiencia. El conocimiento resumido, una vez validado y orientado hacia un objetivo genera inteligencia (sabiduría), la cual pretende ser una representación de la realidad. Por otra parte, Carrión (2009) define textualmente conocimiento como: Conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente. (19)

El nivel bajo de información de las madres, constituye en un factor frecuente al cambio, sumado a las características socioculturales, el predominio de tabús,

mitos y prejuicios que prevalecen en ellas, lo cual puede convertirse en una barrera fuertemente limitante para comprender la importancia de la adquisición de nuevos conocimientos. (20)

En cuanto al nivel de instrucción las madres cada vez que escalan los diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior, entienden y aceptan con mayor grado de información sanitaria, cumplir con más responsabilidad las necesidades pertinentes para el cuidado de la salud del niño. (21)

Asimismo, se sostiene que el nivel de instrucción de los padres es considerado como un indicador del nivel de vida, ya que, a un mayor grado de instrucción, le da la oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permitan tomar conciencia y asumir con responsabilidad su rol dentro del hogar y del cuidado de sus hijos. (22)

El factor económico puede ser limitante en las acciones que se quieran asumir; según Frankee, define nivel de ingreso familiar al gasto de consumo que refleja de acuerdo a una canasta básica de alimentos y otros bienes de servicio. El ingreso económico suficiente dado por el trabajo estable permite participar activamente en los diferentes programas de salud, en cambio el ingreso económico dado por el trabajo inestable o por el desempleo, es deficiente porque la población se encuentra limitada a poner en práctica las medidas preventivas promocionales de la salud, influyendo en el estado de salud del individuo y dificultando que los padres

presten el adecuado cuidado a sus hijos. (23)

En cuanto al lugar de procedencia se refiere al lugar de nacimiento de la madre, en el cual nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos a la mujer de la Costa, Sierra y Selva, cada una como miembros de su grupo presentan características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque estas cambian cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra, de acuerdo a esta información se puede determinar algunas costumbres o creencias respecto a las inmunizaciones que intervienen en la atención de salud de sus hijos (24)

ORIGEN DEL CONOCIMIENTO

- **El Racionalismo:** Plantea que el origen del conocimiento está en la razón, la cual es considerada como la fuente principal de éste, tal circunstancia determinada que esta posición sea considerada como exclusiva. (16)
- **El Empirismo:** Considera que el origen está en la experiencia. Parte de los hechos concretos y es una posición cuyo origen se encuentra fundamentalmente en las ciencias naturales. (16)
- **Intelectualidad:** Es una posición entre el racionalismo y el empirismo la cual considera el conocimiento como producto de la razón y la experiencia. (16)
- **El Apriorismo:** Al igual que intelectualidad, es también una posición intermedia entre el racionalismo y el empirismo ya que considera la razón y a la experiencia frente del conocimiento. (16)

CARACTERÍSTICA DEL CONOCIMIENTO

- Su fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación.
- Asimila el mundo circulante. (16)

ELEMENTOS DEL CONOCIMIENTO

- **Sujeto:** El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto de que depende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano. Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste. (25)
- **Objeto:** Es aquello a lo que se dirige la conciencia, a la que se dirige la conciencia ya sea de una manera cognoscitiva, ya sea volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto.
Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados. (25)
- **Medio:** Generalmente hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios, del conocimiento de la realidad.
Los medios del conocimiento son:
La Experiencia interna: Consiste en darnos cuenta lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye

una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.

La Experiencia externa: Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.

La Razón: Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.

La Autoridad: Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión. (25)

- **Imagen:** Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad. (25)

TIPOS DE CONOCIMIENTO

- **Conocimiento Científico:** Este es un pensamiento dinámico el cual utiliza métodos científicos, investigaciones, experimentación, para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema. Este utiliza modelos, métodos, procedimientos e información abstracta con el fin de determinar y explicar por qué suceden las cosas. Todos los resultados que se adquiera del conocimiento científico son fundamentados en la realidad y en las investigaciones. (26)
- **Conocimiento Artístico:** Es aquel que se utiliza para comunicar emociones, pensamientos, sentimientos, además de descubrir la belleza y sencillez de las cosas.

El conocimiento artístico no se puede comunicar o transmitir, este es propio del individuo que lo posee y solo puede ser desarrollado por él. (26)

- **Conocimiento Revelado:** Este conocimiento tiene dos formas: el conocimiento revelado por Dios, y el conocimiento revelado por nuestra conciencia. Este viene dado por una representación de fe, en el que cualquier individuo que desea conocer algo, lo conoce de forma oculta o misteriosa. Es más aplicado a la teología o identidades religiosas. (26)
- **Conocimiento Empírico:** Es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, es decir, al azar, permitiendo a los seres humanos conducirse en su vida y las diferentes actividades que desarrollan, les permite salir de la rutina. Este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos. (26)

NIVELES O GRADOS DE CONOCIMIENTO

Según el pensador inglés John Locke hay tres niveles de conocimientos:

- **Intuitivo:** según Locke, este tipo de conocimiento es el más seguro y claro que la mente alcanza. El conocimiento intuitivo surge cuando se percibe inmediatamente el acuerdo o desacuerdo de las ideas sin que se dé algún proceso de mediación. Un ejemplo de esto es el conocimiento de la existencia propia, la cual no precisa ningún tipo de demostración o prueba. (27)
- **Demostrativo:** este conocimiento se da, según Locke,

cuando se establece el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas acudiendo a otras que actúan de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo. De este modo, este conocimiento es una seguidilla de intuiciones que permitirían demostrar el acuerdo o desacuerdo entre las ideas. Un ejemplo de este conocimiento, sería para el autor inglés el de la existencia de Dios, el cual se logra demostrar, como todo conocimiento por medio de ciertas certezas intuitivas. Se llega a la demostración de la existencia de Dios por medio de la demostración intuitiva de la existencia humana, la cual demuestra la necesidad de dicha existencia. (27)

- **Sensible:** este tipo de conocimiento es el que se tiene sobre las existencias individuales, que están más allá de nuestras ideas, permite conocer las cosas sensibles. (27)

SEGÚN EL MODO DE CONOCER:

- **Conocimiento vulgar:** es el modo corriente, común y espontáneo de conocer, se adquiere a partir del contacto directo con las personas y las cosas, en la vida cotidiana. Este tipo de conocimiento se posee sin haberlo estudiado o buscado, sin haber reflexionado ni aplicado ningún método. Se caracteriza por ser sensitivo, subjetivo, y no sistemático. (27)
- **Conocimiento científico:** este tipo de conocimiento se adquiere a partir de procedimientos metódicos, usando la reflexión, los razonamientos lógicos y responden a una búsqueda intencionada, que delimita los objetos y los medios de indagación. (27)

Escala De Medición Del Conocimiento

Para medir el conocimiento sobre las inmunizaciones se

elaboró una encuesta estructurada dirigida a las madres de niños menores de 5 años participantes en el estudio.

La clasificación de las respuestas de las encuestas realizadas es de la siguiente manera:

- **Nivel Alto:** Cuando conoce sobre las inmunizaciones y tiene un valor de 11-14 respuestas correctas
- **Nivel Regular:** Cuando tiene un conocimiento regular sobre inmunizaciones, pero teniendo un valor de 10- 5 respuestas correctas.
- **Nivel Bajo:** No conoce sobre inmunizaciones y tiene un valor menor de 5 respuestas correctas. (16)

Conocimientos cognitivos:

Vacunas: Son el mejor desarrollo médico de la humanidad, porque previenen las enfermedades antes de que éstas sucedan, al respecto es primordial destacar que la humanidad, especialmente miles de investigadores alrededor del mundo, viene desarrollando permanentes esfuerzos para provocar nuevas vacunas contra diversas enfermedades, las mismas que son padecimientos que son auténticos malestares de la salud humana. (20)

Inmunización: En su origen, el término vacunación significó la inoculación del virus de la viruela de las reses (vaccinia), para inmunizar contra la viruela humana. Hoy en día se utiliza para referirse a la administración de cualquier inmunobiológicos, independientemente de que el receptor desarrolle inmunidad. La inmunización puede ser activa (mediante la administración de vacunas) o pasiva (mediante la administración de inmunoglobulinas específicas o a través de la leche materna). (20)

2.3.2. Calendario de Vacunación.

El Esquema Nacional de Vacunación se establece como único para todo el país y debe ser implementado por los diferentes establecimientos del sector salud para garantizar la protección efectiva para toda la población a través de las etapas de vida consideradas en la presente Norma Técnica de Salud, sea a través de las actividades regulares o complementarias de vacunación, y también el Esquema Nacional de vacunación, contempla la administración de vacunas entre actividades regulares y complementarias de vacunación.

La actividad regular de inmunizaciones comprende la aplicación de las siguientes vacunas. (13)

2.3.2.1. Vacuna BCG

Es una vacuna liofilizada del Bacilo Calmette y Guerin y protege contra las formas graves de tuberculosis, se administra en una dosis de 0.1 cc al recién nacido dentro de las 24 horas de nacimiento. Teniendo en consideración el peso a partir de 2500 gramos a más; y sin cuadro clínico manifiesto. En caso que se detecte un niño menor de 12 meses que no ha sido vacunado con BCG, deberá aplicarse la vacuna.

En aquellos niños entre 1 a 4 años, 11 meses, 29 días que no hayan recibido BCG y son contactos de casos de TB pulmonar deben recibir la terapia preventiva con isoniacida (quimioprofilaxis) al término del esquema de administración deberá aplicarse la vacuna BCG. (28)

2.3.2.2. Vacuna Contra La Hepatitis B

Es una vacuna inactivada recombinante, se administra una dosis de 0.5 cc al recién nacido inmediatamente durante las primeras 12 horas hasta un máximo de 24 horas de nacimiento. Se vacunará a recién nacidos sanos que tengan un peso igual o mayor de 2000 gramos.

La vacuna es de presentación monodosis, y se administra por vía intramuscular en el tercio medio del músculo vasto externo del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8". (28)

2.3.2.3. La Vacuna Contra La Hepatitis B (HVB) en mayores de 5 años.

Es una vacuna inactivada recombinante, es de presentación multidosis en población mayores de 5 años se administra tres dosis, de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio del músculo deltoides, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 Gx 1. La primera dosis se administra al contacto con el establecimiento de salud la segunda dosis a los 2 meses después de la primera dosis y la tercera a los 6 meses después de la primera dosis.

- Personas desde los 5 a 20 años que no completaron las 3 dosis durante la vacunación regular o en la campaña nacional de vacunación contra Hepatitis B, realizada el año 2008.
- Personal asistencial, de limpieza de los establecimientos de salud, estudiantes de las profesiones de salud y afines, y otras personas

que realicen actividades de riesgo del sector público y privado.

- Poblaciones de mayor vulnerabilidad (poblaciones indígenas y excluidas, de manera voluntaria respetando sus derechos).
- Miembros de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, Cruz Roja, Defensa Civil, Bomberos. Las entidades correspondientes deberán exigir el documento que acredite haber cumplido con la vacunación respectiva. (28)

2.3.2.4. Vacuna Pentavalente

Vacuna combinada que contiene 5 antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivadas de *Bordetella pertussis*, polisacárido conjugado de *Haemophilus Influenzae* tipo b y antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. Se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente, cada dosis comprende la administración de 0.5 cc por vía intramuscular en la cara antero lateral externo del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación en las edades que corresponden, podrán completar el esquema hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, con un intervalo de 2 meses entre dosis y dosis. (28)

2.3.2.5. Vacuna Toxoide Diftotetano Pediátrico (DT)

La vacuna DT pediátrico es una vacuna combinada que contiene dos antígenos. Se administra en los menores de 5 años que han presentado reacciones adversas a la aplicación de la primera dosis de

vacuna Pentavalente o DPT, se aplica en dos dosis con intervalos de 2 meses, cada dosis de 0.5 cc administrada por vía intramuscular con jeringa descartable y aguja retráctil y aguja 25 G x 1". (28)

2.3.2.6. Vacuna Haemophilus Influenzae Tipo B (HIB)

La vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b (HIB) en el menor de 5 años, se administra a los niños que han presentado reacciones adversas a la aplicación de la primera dosis de vacuna Pentavalente, se aplica en dos (02) dosis con intervalos de 2 meses, cada dosis de 0.5 cc se administra por vía intramuscular" con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". (28)

2.3.2.7. Vacunación Contra La Poliomielitis

- **Vacuna Antipolio Inactivada Inyectable (IPV)**

La vacuna de Poliovirus Inactivados (IPV) es una vacuna inyectable, de presentación multidosis y/o monodosis, se administra a los 2 y 4 meses de edad.

Cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral externo del muslo, con jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1. Aquellos niños que constituyen población en riesgo, por ser portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o nacidos de madres portadoras de VIH, deberán recibir exclusivamente las 3 dosis de la vacuna IPV (inyectable). (28)

- **Vacuna Antipolio Oral (APO)**

La vacuna Antipolio Oral (APO) es una vacuna de virus vivo atenuado de presentación multidosis, se administra tres dosis, a los 6 meses, 18 meses y 4 años de edad. Cada dosis comprende 02 gotas de la vacuna por vía oral.

- **Esquema Secuencial:** La administración secuencial de las vacunas antipoliomielítica: vacuna polio virus inactivada (IPV) y vacuna de virus vivos atenuados (APO), se realizara de acuerdo al esquema siguiente. Si el niño o niña ha iniciado el esquema de vacunación con APO, se completa el mismo con APO; **no deben utilizar** el esquema secuencial IPV/APO para completar el número de dosis faltantes. Los niños en quienes está contraindicado la administración de la vacuna **APO no deben utilizar el esquema secuencial IPV/APO**, deben recibir únicamente las tres dosis de la vacuna IPV. (28)

2.3.2.8. Vacuna Contra Rotavirus

Es una vacuna de virus vivos atenuados, se administra por vía oral, indicada para la prevención de diarrea severa por rotavirus en menores de 6 meses de edad. No se debe aplicar después de los 6 meses.

La vacuna contra Rotavirus en el menor de 6 meses, se aplica en dos (02) dosis en el 2do y 4to mes, de presentación monodosis, cada dosis de 1.5 cc por vía oral. Cuando la vacunación con rotavirus no se administró con oportunidad, el niño o niña

podrá iniciar la primera dosis hasta los 4 meses con un intervalo mínimo de 1 mes para la aplicación de la segunda dosis. (28)

2.3.2.9. Vacuna Contra Neumococo.

Vacuna Antineumocócica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de 2 años, previene las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media. o Niños hasta los 12 meses, 3 dosis: al 2do mes, 4to mes y 12 meses. Se aplica 0.5cc, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".o Niños entre 12 y 23 meses y 29 días no vacunados previamente 2 dosis con intervalo de al menos 1 mes entre dosis. Cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. o Niños de 2 años a 4 años, con comorbilidad no vacunados previamente, 1 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en la región deltoidea. (28)

2.3.2.10. Vacuna Contra Sarampión, Paperas Y Rubéola (SPR)

Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se administra dos dosis a los niños menores de 5 años: la primera a los 12 meses y la segunda a los 18 meses de edad respectivamente. La vacuna es de presentación monodosis y/o multidosis, se

administra 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoidea, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8". Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden, deberán recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, 11 meses y 29 días; con intervalo mínimo de 6 meses entre dosis y dosis. (28)

2.3.2.11. Vacuna Contra El Sarampión Y Rubeola (SR)

Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se utiliza en barridos de vacunación y otras actividades complementarias. Se administra a partir de los 5 años de edad, cuando no han recibido la vacuna SPR (hasta antes de los 5 años de edad). Aplicación de dosis única.

En poblaciones de riesgo, se aplica una dosis única, como en: o Trabajadores de salud, o Trabajadores de aeropuertos, terrapuestos, migraciones, y otros, o Población que vive en fronteras y en zona de elevado tránsito turístico comercial, o Población que participa a eventos masivos de países con circulación endémica y áreas de brote de sarampión, o Población excluida vulnerable (indígenas). La presentación de la vacuna es multidosis, se aplica una dosis, cada dosis de 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoidea, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc con aguja de 25 G x 5/8". (28)

2.3.2.12. Vacuna Antiamarilica (AMA)

La vacuna contiene virus vivo atenuado, se aplica a los 15 meses de edad de manera universal en todo el país. Se administra una dosis de 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoidea con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x5/8" la vacuna es de presentación multidosis Para la población de áreas endémicas y expulsoras de migrantes a zonas endémicas comprendidas entre los 2 años y 59 años 11 meses y 29 días no vacunados deberá recibir una dosis descrita anteriormente.

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

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

Esta vacuna está contraindicada en personas con problemas de inmunidad o inmunosuprimidos severos. (28)

2.3.2.13. Vacuna Contra La Difteria, Pertusis Y Tétanos (DPT)

Esta vacuna triple bacteriana, se administra como refuerzo en los niños de 18 meses y 4años, 11 meses y 29 días, sólo como 1era y 2da dosis de refuerzo respectivamente, se administra por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". La vacuna

es de presentación multidosis.

De no recibir el segundo refuerzo en la edad correspondiente hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, ya no se aplicará la vacuna DPT. A partir de los 5 años debe administrarse la vacuna Toxoide Diftotetánica (dT). (28)

2.3.2.14. Vacuna DT Adulto

La vacuna DT, se aplica a las mujeres en edad reproductiva (MER) comprendidas desde los 10 años hasta los 49 años de edad, se administra tres dosis, la 1ra, en el primer contacto con el establecimiento de salud y la 2da, dosis a los 2 meses después de la aplicación de la primera dosis, y la tercera dosis, a los 6 meses después de la segunda dosis, se administra 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". La vacuna es de presentación multidosis.

En las gestantes verificar los antecedentes de vacunación, si no han sido vacunadas previamente debe recibir dos dosis de dT con intervalo de 2 meses, a partir del 2dotrimestre de gestación. La misma debe estar registrada en la Historia Clínica Materno Infantil Perinatal las dosis administradas.

La Vacuna dT adulto se aplica también a la población de riesgo de sexo masculino a partir de los 15 años de edad, en 3 dosis de acuerdo al esquema de vacunación establecido en la presente Norma Técnica de Salud. Se considera como

población de riesgo:

- Personal de salud tanto asistencial como administrativo, miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, de Defensa Civil, Cruz Roja, bomberos.
- Población de áreas rurales, trabajadores agrícolas, ganaderos y de construcción.
- Población de asentamientos humanos, caseríos e indígenas, entre otros. (28)

2.3.2.15. Vacuna Contra El Virus De Papiloma Humano (VPH)

Vacuna recombinante de virus inactivados, que ofrece protección contra la infección por los principales genotipos oncogénicos de VPH. Se administra 3 dosis: la inicial al primer contacto con el centro educativo o el establecimiento de salud, seguidas de dosis con intervalo de 2 y 6 meses. Se vacuna al 100% de las niñas del 5° grado de primaria (o si la niña no estudia el referente es tener 10 años de edad) con dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". La vacuna es de presentación monodosis.

La primera dosis en los colegios nacionales y particulares del país al inicio del año escolar, previa orientación e información a los padres, profesores y alumnos. El personal de salud brindará un formato de disentimiento informado a los padres previa información.

La 2° dosis a los 2 meses de administrada la primera dosis.

La 3° dosis a los 6 meses de administrada la segunda dosis, debiéndose culminar antes del año escolar. (28)

2.3.2.16. Vacuna Contra Influenza

La vacuna contra influenza estacional es una vacuna trivalente de virus inactivado, incluye dos cepas de influenza A y una cepa de influenza B (actualmente incluye AH1N1 yAH3N2).Se destaca la importancia de realizar la vacunación anual antes de la época de invierno, de acuerdo a la zona. La protección se obtiene generalmente en dos a tres semanas luego de administrada la vacuna. La duración de la inmunidad después de la vacunación es de un año, de acuerdo a la correspondencia existente entre las cepas circulantes y las contenidas en la vacuna. La administración de la vacuna contra influenza en el ámbito nacional comprende los siguientes grupos de personas: (28)

- a). Embarazadas o puérperas** Presentan alto riesgo de severas complicaciones y muerte. Este riesgo es exacerbado con la presencia de comorbilidades. La transferencia de anticuerpos al recién nacido por la madre vacunada durante el embarazo, le brindarían protección durante los primeros 6 meses de vida. La indicación de vacunación incluye:**A.1.- Embarazadas:** Una dosis a partir del 4to mes

de la gestación por vía intramuscular. **A.2.- Puérperas con niños menores de 6 meses de vida**, que no fueron vacunadas en el periodo de gestación, se administrara una dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea. (28)

- b). Niños de 7 a 23 meses y 29 días.** Dos dosis de 0.25 cc con intervalo de un mes por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa de muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1. (28)
- c). Los trabajadores de salud.** Los trabajadores de salud que tienen contacto directo con el paciente, personal de **apoyo** con el paciente en sus instalaciones médicas, incluido el personal de apoyo en unidades críticas, tienen un riesgo adicional para la Influenza en comparación con la población general. La dosis es de 0.5 cc y se administra una sola dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea. (28)
- d). Adultos mayores (de 65 años a más)** Tienen mayor riesgo de enfermedad severa y mortalidad asociada con la Influenza, la vacuna se aplica de la siguiente forma: La dosis es de 0.5 cc y se administra una sola dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea al primer contacto con el establecimiento de salud. (28)
- e). Personas con comorbilidad (enfermedades**

crónicas) Comprende población de: Niños desde los 2 años hasta adultos de 64 años 11 meses 29 días, a los que se administra: o Niños de 2 a 2 años 11 meses y 29 días: Una dosis de 0,25 cc por vía intramuscular, cara antero lateral externa del muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".o Niños de 3 años a personas de 64 años: Una dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, en el músculo deltoides con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".Para estas personas con comorbilidad, se consideran entre las principales: Enfermedades respiratorias: Asma, EPOC. Enfermedades cardíacas: Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, cardiopatías congénitas. Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológica) Pacientes oncohematológicos y trasplantados Estados médicos crónicos: Obesidad mórbida, diabetes, insuficiencia renal. (28)

2.3.3. Lugar y vía de administración de las vacunas

En el Esquema Nacional de Vacunación se contemplan vacunas en presentación líquida oliofilizada las cuales al reconstituirse pasan a ser líquidas, éstas a su vez están indicadas para ser administradas por vía oral o parenteral. ¹⁰ El cual se describe a continuación: (28)

Vía Oral, es la vía utilizada para las vacunas como la Antipolio (VPO) y vacuna contra el Rotavirus, para las cuales se deben tener las siguientes consideraciones:

- Si se utilizan viales monodosis, como el caso de la vacuna contra el Rotavirus se administrarán directamente en la boca.
- Si son envases multidosis, como el caso de la vacuna Antipolio se dará la dosis correspondiente a una distancia adecuada de manera tal que evite el contacto con los labios y la comisura o mucosa bucal del vacunado. (28)

Vía Parenteral, por esta vía se administran las vacunas inyectables, las cuales deben aplicarse en el lugar donde la inmunogenicidad sea mayor y con el menor riesgo de que se pueda producir una lesión local de vasos, nervios o tejidos, por lo que se deben usar agujas con la longitud y calibre adecuados. Las vacunas del Esquema Nacional de Vacunación contemplan 3 vías de administración parenteral:

- **Vía intramuscular:** Se utiliza esta vía para la administración en la masa muscular profunda de un producto biológico (inmunoglobulinas o vacunas) que será absorbido de forma rápida. Es la vía de elección para las vacunas fraccionadas o que contienen aluminio como adyuvante. En los pacientes con diátesis hemorrágica se utilizará la vía subcutánea siempre que el tipo de vacuna lo permita (que no se produzca una reducción importante de su inmunogenicidad). Si la vacuna no puede administrarse por otra vía lo haremos con una aguja de menor calibre, con presión durante 2 minutos. (28)
- **Vía subcutánea o hipodérmica:** Es la introducción en el interior del tejido conjuntivo, debajo de la piel, de un producto biológico que será absorbido lentamente. La inyección subcutánea de vacunas para uso intramuscular puede hacer disminuir la eficacia y aumentar el riesgo de

que se produzca mayor reactividad. El lugar preferido para administrar las vacunas por vía subcutánea es el músculo deltoides en niños mayores de 12 meses y adultos. Para aplicar la vacuna por esta vía se debe insertar la aguja en el pliegue producido al pinzar con los dedos la piel y el tejido subcutáneo. El ángulo de inyección de la aguja con respecto a la piel debe ser de 45°. Para esta vía se usa una jeringa de 1 cc con aguja 25 G x 5/8". (28)

- Vía intradérmica: Es la introducción dentro de la dermis de una cantidad mínima (0,01 ml a 0,1 ml) de un producto biológico que será absorbido de forma lenta y local. La aguja se insertará con el bisel hacia arriba y un ángulo de 15° paralelo al eje longitudinal del antebrazo. La inyección ha de ser lenta y, si es correcta, aparecerá una pequeña pápula en el punto de inyección que desaparece espontáneamente en 10-30 minutos. Esta es la vía de administración de la vacuna contra la Tuberculosis (BCG). Para esta vía se usa una jeringa de 1 cc con aguja 26 G x 3/8" ó aguja 27 G x 1/2". (28)

2.3.4. Reacciones Post Vacunales

- Vómitos, malestar general
- Poliomielitis parálitica (1 caso por cada 2,5-3,3 millones de dosis administradas, generalmente tras la administración de la primera dosis).
- Dolor, induración, enrojecimiento del sitio de aplicación en 24 a 48 horas. Fiebre 40%
- Llanto, irritabilidad, somnolencia. Cefalea, convulsión en <3 %.
- Erosiones cutáneas 5% a 7-8 días. Hipertermia

síntomas rinofaríngeos al 5 día. (28)

2.3.5. Cuidados Post Vacunales

Respecto al proceso de vacunación; es necesario que los padres de familia realicen ciertas prácticas para aliviar el malestar post-vacunal de sus hijos; tales como: mantenerlos en reposo y evitar actividad intensa; y, frente a los efectos posteriores; como calor local, induración o inflamación de la zona de aplicación, no masajear la zona de aplicación, colocar compresas tibias en la zona de aplicación, entre otras. Asimismo, para el manejo de los efectos sistémicos, como la fiebre, se indica la aplicación de los medios físicos, paños con agua tibia. (28)

2.3.6. Contraindicaciones Vacunales

Existen muy pocas contraindicaciones de las vacunas. La mayoría de ellas, se basan en consideraciones teóricas, que no se han confirmado en la práctica. Existen, además, falsas contraindicaciones para vacunar entre pacientes y profesionales que aumentan las oportunidades perdidas de vacunación, por lo que es necesario conocerlas para evitar retrasos innecesarios en el calendario de inmunizaciones

- Reacción anafiláctica a la vacuna.
- Enfermedad aguda benigna: resfrío o diarrea en un niño sano, sin fiebre.
- Complicación neurológica a aplicación previa
- Convulsiones o enfermedades neurológicas sin tratamiento o en evolución (28)

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Calendario de vacunación: es la secuencia cronológica de las vacunas que deben ser administradas sistemáticamente.

Carnet de vacunación: El carnet de vacunación es un documento personal tanto para menores como adultos vacunados y es muy importante valorarlo y cuidarlo: es el instrumento fundamental para la evaluación y seguimiento del Programa de Vacunación. (29)

Conocimiento: El conocimiento es un conjunto de ideas, nociones, conceptos que posee o adquiere el hombre a lo largo de su vida, como producto de la información adquirida, ya sea mediante la educación formal e informal. (19)

Cumplimiento: La palabra cumplimiento se refiere a la acción y efecto de cumplir con determinado asunto, es decir, la realización de un deber o de una obligación. (30)

Inmunización: es el proceso mediante el cual se adquiere en forma natural o artificial, la capacidad de defenderse ante una agresión bacteriana o viral. (31)

ESAVI: Los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización, a los cuadros clínicos que aparecen en forma consecutiva a la administración de una vacuna y que, supuestamente, pueden atribuirse a esta. (31)

Haemophilus Influenza de tipo b: La vacuna contra Hib previene infecciones graves causadas por un tipo de bacteria llamada haemophilus influenzae tipo B. Dichas infecciones incluyen meningitis (infección de los tejidos que rodean el cerebro y la médula espinal), neumonía (infección pulmonar) y epiglotitis (infección grave de garganta). (32)

2.5. HIPÓTESIS.

2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación entre el conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica 2017.

2.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- El nivel de conocimiento sobre inmunizaciones es regular en las madres con niños menores de un año en el servicio de enfermería del centro de Salud de san Cristóbal-Huancavelica 2017.
- Es deficiente el cumplimiento del calendario de vacunación en niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica 2017.

2.6. VARIABLES.

- Variable 1: Conocimiento sobre inmunizaciones.
- Variable 2: Cumplimiento del calendario de vacunación.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	ITEMS
Conocimiento sobre inmunizaciones	El conocimiento es un conjunto de ideas, nociones, conceptos que posee o adquiere el hombre a lo largo de su vida, como producto de la información adquirida, ya sea mediante la educación formal e informal sobre la inmunización.	El conocimiento sobre inmunizaciones será medido mediante. Técnica: Entrevista. Instrumento: Encuesta.	Conocimiento sobre inmunizaciones.	Concepto sobre inmunizaciones.	<p>¿Qué es para usted la Inmunización?</p> <input type="checkbox"/> Es el proceso a través del cual se administra vitaminas importantes. <input type="checkbox"/> Es el proceso que aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa <input type="checkbox"/> Ninguna es correcta. <input type="checkbox"/> Desconoce
					<p>¿Qué es para usted una vacuna?</p> <input type="checkbox"/> Es una vitamina para prevenir una enfermedad. <input type="checkbox"/> Es una solución preparada para prevenir enfermedades. <input type="checkbox"/> Es un antiparasitario para prevenir una enfermedad. <input type="checkbox"/> Desconoce.
					<p>¿Por qué las vacunas son importantes?</p> <input type="checkbox"/> Los hace crecer sanos y fuertes. <input type="checkbox"/> Previene enfermedades inmunoprevenibles. <input type="checkbox"/> Permite que se desarrollen adecuadamente. <input type="checkbox"/> Desconoce.
					<p>¿Cuándo considera que su hijo está protegido de alguna enfermedad?</p> <input type="checkbox"/> Cuando se le aplica la primera dosis que debe recibir <input type="checkbox"/> Cuando se le aplica todas las dosis que debe recibir <input type="checkbox"/> Cuando está en proceso de recibir alguna de las dosis <input type="checkbox"/> Desconoce
					<p>¿Cuáles son los beneficios de la vacuna?</p>

				<p> <input type="checkbox"/> es importante para el crecimiento <input type="checkbox"/> protegen de las enfermedades inmunoprevenibles <input type="checkbox"/> es importante para su adecuado desarrollo <input type="checkbox"/> desconoce ¿Considera usted que es necesario completar todas las dosis de las vacunas para prevenir a su niño de enfermedades? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Tal Vez <input type="checkbox"/> Desconoce ¿Cuántas vacunas recibe el niño a los dos meses? <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Desconoce Sabe usted, hasta los cuantos años se le puede colocar sus vacunas según el calendario de vacunación <input type="checkbox"/> Hasta los 6 años <input type="checkbox"/> hasta los 5 años y 6 meses <input type="checkbox"/> hasta los 4 años 11mese y 29 días <input type="checkbox"/> hasta los 56 años cumplidos Las vacunas del recién nacido se le colocan <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Son en gotas en la boca <input type="checkbox"/> Brazo y pierna La vacuna del neumococo previene <input type="checkbox"/> Fiebre amarilla <input type="checkbox"/> Neumonías <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Desconoce </p>
--	--	--	--	---

				<p>Vacuna administrada según edad.</p>	<p>¿Cuáles son las vacunas que debe recibir un recién nacido?</p> <p><input type="checkbox"/> Pentavalente y APO</p> <p><input type="checkbox"/> BCG Y Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Antipolio e Influenza</p> <p><input type="checkbox"/> Desconoce</p> <p>¿Qué vacuna debe recibir un Niño de 7 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Pentavalente</p> <p><input type="checkbox"/> Influenza</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B.</p> <p><input type="checkbox"/> Desconoce.</p> <p>¿Qué vacuna debe recibir su hijo antes del primer año de vida?</p> <p><input type="checkbox"/> BCG, Pentavalente, Neumococo, APO, HvB, Rotavirus, Influenza, Antiamarilica.</p> <p><input type="checkbox"/> BCG, Pentavalente, Neumococo, APO. HvB. Rotavirus, Influenza.</p> <p><input type="checkbox"/> Solo BCG, Antipolio e Influenza.</p> <p><input type="checkbox"/> Desconoce.</p>
				<p>Reacciones Post – Vacuna.</p>	<p>¿Cuáles las reacciones secundarias que se pueden presentar después de la aplicación de la vacuna?</p> <p><input type="checkbox"/> Llanto y /o disminución del apetito.</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre, dolor y/o enrojecimiento en la zona de aplicación.</p> <p><input type="checkbox"/> Alergia durante los primeros días.</p> <p><input type="checkbox"/> Desconoce.</p>
				<p>Cuidados post – Vacuna.</p>	<p>¿Después de la vacunación que cuidados tiene Ud. en su niño?</p> <p><input type="checkbox"/> Colocar compresas de Agua fría.</p> <p><input type="checkbox"/> Frotar la zona de aplicación.</p> <p><input type="checkbox"/> Mantener en reposo y evitar actividad intensa.</p> <p><input type="checkbox"/> No hace nada</p>

				Contraindicaciones de la vacunación.	¿Cuándo no debe vacunar a su hijo? <input type="checkbox"/> cuando está llorando <input type="checkbox"/> cuando tiene fiebre o diarreas <input type="checkbox"/> cuando tiene sarpullido o está inquieto <input type="checkbox"/> Desconoce.
--	--	--	--	--------------------------------------	--

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimension	Indicadores	ITEMS
Cumplimiento del calendario de vacunación	La palabra cumplimiento se refiere a la acción y efecto de cumplir con determinado asunto, es decir, la realización de un deber o de una obligación.	Cumplimiento del calendario de vacunación, es la secuencia cronológica de vacunas administradas sistemáticamente en un país o área. Será medido mediante Técnica Análisis Documentario Instrumento Guía de análisis documentario	Calendario de vacunación	BCG (RN)	Si cumple No cumple
				HVB (RN)	Si cumple No cumple
				PENTAVALENTE (2M)(4M)(6)	Si cumple No cumple
				ANTINEUMOCOCICA (2M)(4M)	Si cumple No cumple
				ROTAVIRUS (2M)(4M)	Si cumple No cumple
				IPV (2M)(4M)	Si cumple No cumple
				APO (6M)	Si cumple No cumple
				INFLUENZA (7M)(8M)	Si cumple No cumple

2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El lugar donde se desarrolló la investigación, está ubicado en el departamento de Huancavelica, distrito de Huancavelica, en el barrio de San Cristóbal.

La Comunidad Campesina de San Cristóbal se encuentra entre los 3,700 y los 4,000 m.s.n.m y se ubica en el departamento de Huancavelica, provincia y distrito del mismo nombre.

San Cristóbal colinda con el radio urbano del distrito de Huancavelica, por lo cual, parte de ella se ha convertido en un barrio más de la ciudad. El lindero de separación lo constituye únicamente el curso del río Ichu.

Según el Directorio de Comunidades Campesinas del PETT (2002), la comunidad cuenta con 230 familias comuneras, sin embargo, a la fecha, en el padrón comunal sólo figuran inscritos 130 comuneros. Tomando como punto de partida la última cifra, podemos estimar que existe una población de 611 habitantes. La extensión de la Comunidad es de 2,143 Ha., de las cuales 100 Ha. son causa del conflicto que presentamos en el presente informe.

San Cristóbal fue reconocida como Comunidad Campesina el 17 de enero de 1952. En esa fecha, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Indígenas le otorgó personería jurídica con la inscripción de 180 comuneros.

Actualmente, la Comunidad Campesina de San Cristóbal tiene un local comunal que funciona también como comedor popular, y se ubica en la plaza principal. Asimismo, tiene una iglesia, centro de salud y escuela primaria.

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Investigación básica. La investigación básica implica el desarrollo y puesta a prueba de teorías e hipótesis que son interesantes desde un punto de vista intelectual para el investigador y que podrían derivar en una aplicación productiva posterior, pero que carecen de valor resolutivo inmediato de los problemas que presenta cualquier fenómeno comunicativo (interpersonal, grupal o de masas) actual. (33)

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

Correlacional: La investigación correlacional se utiliza para investigar la relación, o correlación, entre dos o más variables. Es correlacional porque se relaciona el conocimiento sobre el cumplimiento. (34)

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

- **Deductivo:** Estudiamos de casos generales para llegar a lo específico. (35)
- **Método descriptivo:** Consistió en la búsqueda de información de los mismos hechos o fenómenos de la realidad tal y como se está presentando en su estado natural, y a partir de allí recopilar

los datos que se necesita. (36)

- **Método estadístico:** Se utilizó para analizar, interpretar y procesar los datos numéricos y la información recolectada por el investigador con el uso del instrumento de recolección de datos. (37)

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Variable Conocimiento Sobre Inmunizaciones:

Técnica: La técnica usada para la recolección de datos fue la encuesta.

Instrumento: El cuestionario.

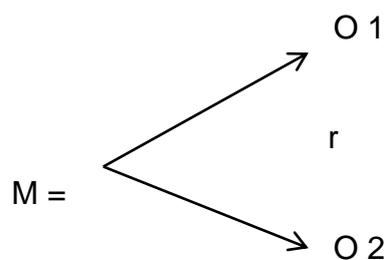
Variable: Calendario De Vacunación:

Técnica: El análisis documentario.

Instrumento: La guía de análisis documentario.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño de investigación fue no experimental, diseño transversal, descriptivo de relación.



DONDE:

M: La muestra que fue constituida por 40 madres con niños menores de 1 año.

O1: Conocimiento sobre inmunizaciones.

r: Relación entre variables.

O2: Cumplimiento del calendario de vacunación.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO.

3.6.1. Población: Fue constituida por 60 madres de niños menores de 1 año de edad que asisten al centro de salud del barrio de San Cristóbal y se hacen atender en el servicio de enfermería.

3.6.2. Muestra: La muestra fue constituida por 40 madres de familia que tienen niños menores de 1 año de edad que se hacen atender en el servicio de enfermería en el centro de salud de San Cristóbal.

$$n = \frac{z^2 p q N}{e^2(N - 1) + z^2 p q}$$

N = Población

n = tamaño de la muestra

p y q = Probabilidad de la población que presenta una variable de estar o no incluida en la muestra, cuando no se conoce esta probabilidad por estudios se asume que p y q tiene el valor de 0,8 y 0,2; respectivamente.

Z = A las unidades de desviación estándar que en la curva normal definen una probabilidad de error tipo I = 0,05, esto equivale a un intervalo de confianza del 95% en la estimación de la muestra y el valor de Z = 1,96

e= Error estándar de la estimación que debe ser 0,09 o menos.

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 60}{0,09^2(60 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$

n = 40 Niños

3.6.3. Muestreo: Muestreo probabilístico aleatorio simple; porque todos los casos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados. (38)

3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se procedió de modo siguiente:

- a)** Determinar la validez y la confiabilidad del instrumento de recolección de datos, para medir el conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación.
- b)** Se realizó las gestiones respectivas y la coordinación con las unidades de análisis y las organizaciones respectivas para el proceso de aplicación del instrumento de recolección de datos.
- c)** Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis estadístico.
- d)** Se procedió al análisis estadístico haciendo uso del software estadístico IBM SPSS V2, y el Microsoft office Excel V 2013 simultáneamente. Al final se hará uso del Microsoft Word 2013 para la presentación final de los resultados.
- e)** Una vez obtenida los resultados, se realizaron la discusión de resultados para respectiva sustentación.

3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó:

Técnica estadística descriptiva e inferencial; Media, moda, mediana, mínimo, máximo, desviación estándar, varianza y tabla de frecuencias con sus respectivos gráficos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística descriptiva).

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición: Conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en el Centro de Salud de San Cristóbal Huancavelica.

Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos comparativos.

TABLA N° 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL HUANCVELICA

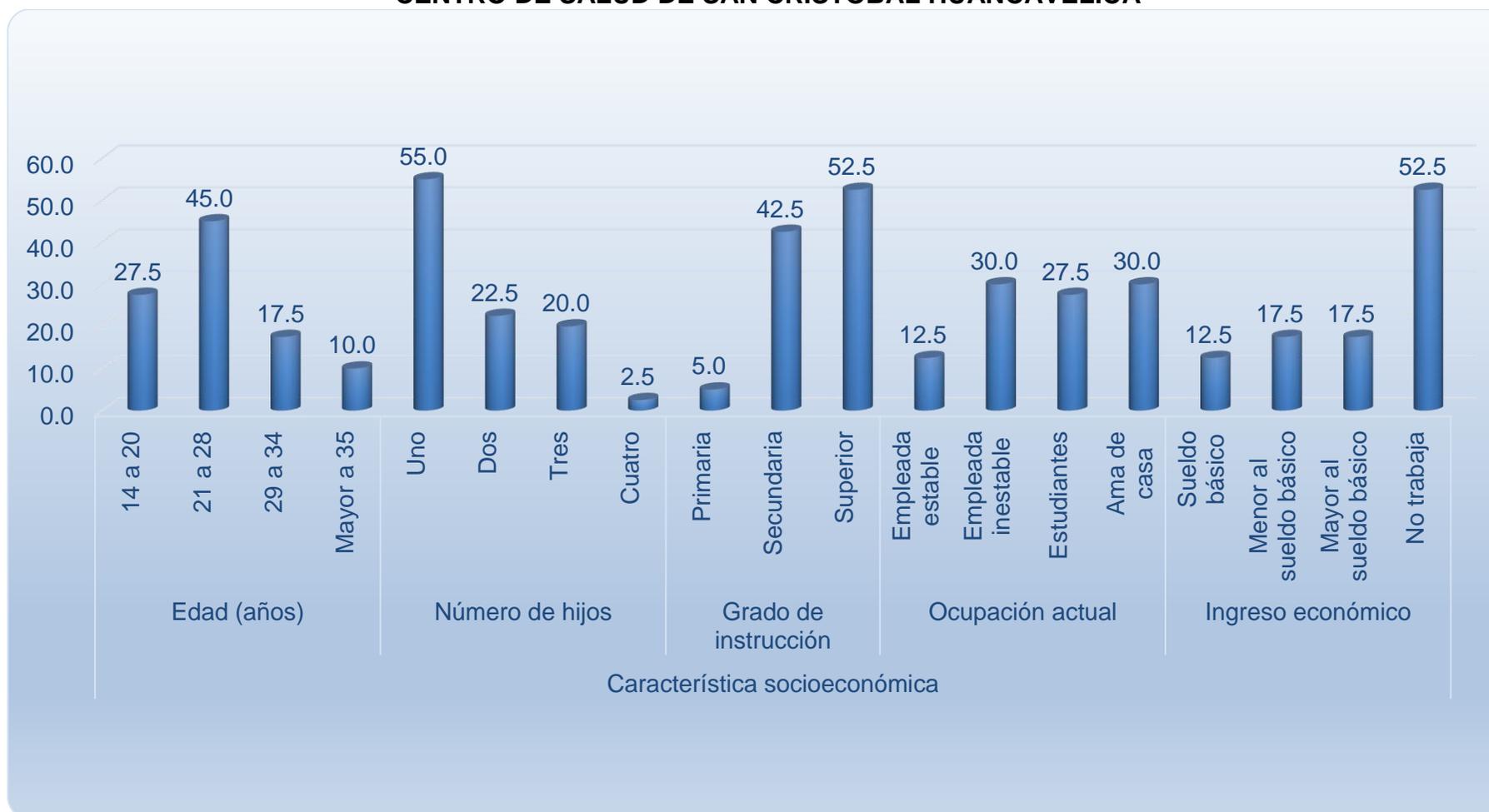
Característica Socioeconómica	Categoría	fi	f%
Edad (años)	14 a 20	11	27.5
	21 a 28	18	45.0
	29 a 34	7	17.5
	Mayor a 35	4	10.0
Total		40	100.0
Número de hijos	Uno	22	55.0
	Dos	9	22.5
	Tres	8	20.0
	Cuatro	1	2.5
Total		40	100.0
Grado de instrucción	Primaria	2	5.0
	Secundaria	17	42.5
	Superior	21	52.5
Total		40	100.0
Ocupación actual	Empleada estable	5	12.5
	Empleada inestable	12	30.0
	Estudiantes	11	27.5
	Ama de casa	12	30.0
Total		40	100.0
Ingreso económico	Sueldo básico	5	12.5
	Menor al sueldo básico	7	17.5
	Mayor al sueldo básico	7	17.5
	No trabaja	21	52.5
Total		40	100.0

Fuente: Instrumento aplicado, 2017

En la Tabla y Gráfico N° 01 se observa que 45,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año son de 21 a 28 años; 55,0%, refieren que tienen un sólo hijo; 52,5%, son de superior, 30,0%; son amas de casa y empleadas inestables; y 52,5%, no trabajan.

GRÁFICO Nº 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL HUANCATELCA



Fuente: Instrumento aplicado 2017.

TABLA N° 02

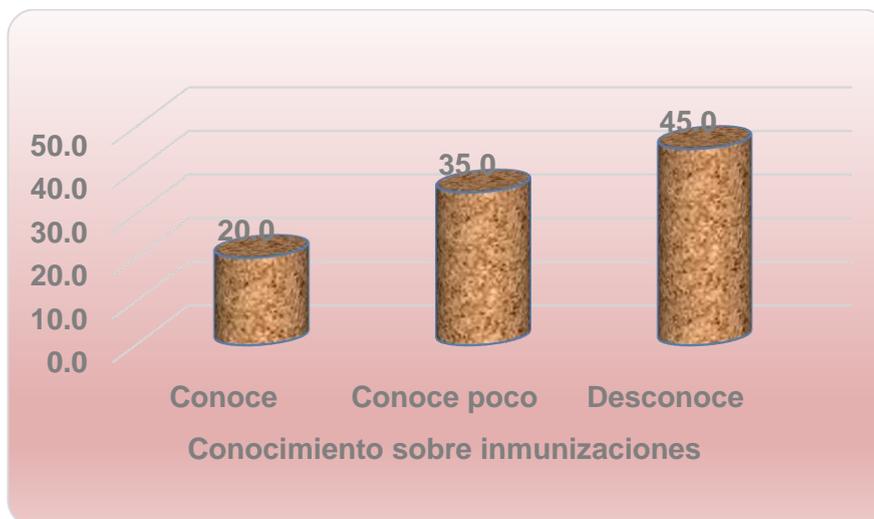
CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES POR PARTE DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAMELICA

Conocimiento sobre inmunizaciones	fi	f%
Conoce	8	20.0
Conoce poco	14	35.0
Desconoce	18	45.0
Total	40	100.0

Fuente: Instrumento aplicado 2017.

GRÁFICO N° 02

CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES POR PARTE DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAMELICA



Fuente: Tabla N° 02

En la Tabla y Gráfico N° 02 se observa que 45,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año desconocen sobre inmunizaciones; 35,0%, conocen poco; 20,0%, conocen.

TABLA N° 03
CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION EN NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE
SAN CRISTÓBAL, HUANCVELICA

Cumplimiento del calendario de vacunación	fi	f%
Si cumple	15	37.5
No cumple	25	62.5
Total	40	100.0

Fuente: Instrumento aplicado 2017.

GRÁFICO N° 03
CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIONES EN NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE
SAN CRISTÓBAL, HUANCVELICA



Fuente: Tabla N° 03

En la Tabla y Gráfico N° 03 se observa que 62,5% de niños menores de 1 año no cumplen el calendario de vacunación; 37,5%, si cumplen.

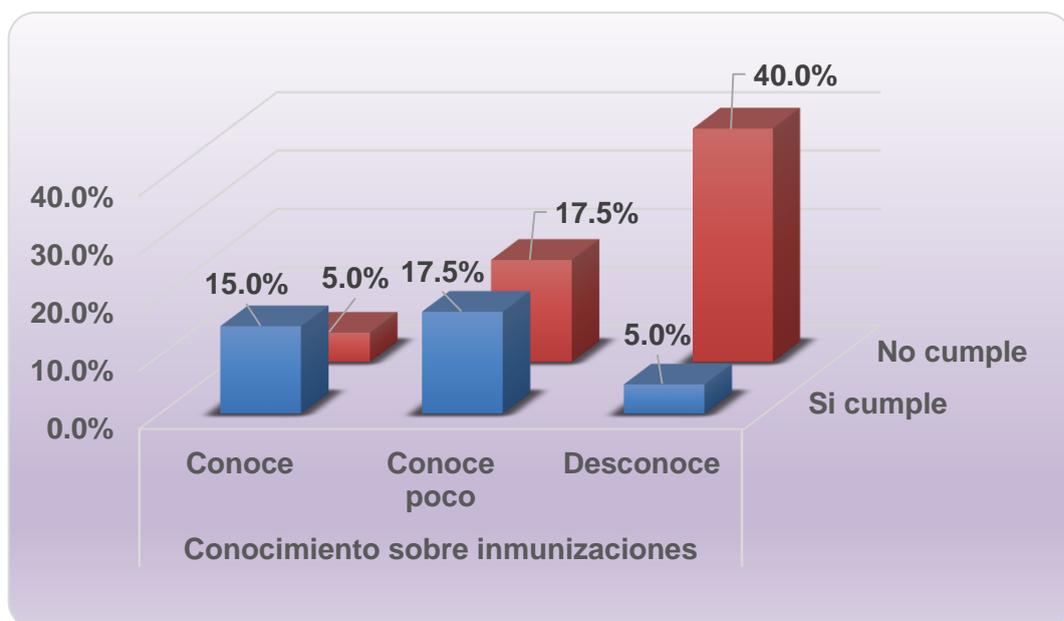
TABLA N° 04
CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES DE LAS MADRES Y
CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION EN SUS NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE
SAN CRISTÓBAL, HUANCVELICA.

Conocimiento sobre inmunizaciones	Cumplimiento del calendario de vacunación					
	Si cumple		No cumple		Total	
	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Conoce	6	15.0%	2	5.0%	8	20.0%
Conoce poco	7	17.5%	7	17.5%	14	35.0%
Desconoce	2	5.0%	16	40.0%	18	45.0%
Total	15	37.5%	25	62.5%	40	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado 2017.

$$\chi^2_k = 11,081 \quad \chi^2_{(0,05; 2)} = 5,99 \quad v = k - 1 = 2 \quad sig. = ,004$$

GRÁFICO N° 04
CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES DE LAS MADRES Y
CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION EN SUS NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE
SAN CRISTÓBAL, HUANCVELICA



Fuente: Tabla N° 03

En la Tabla y Gráfico N° 04 se observa que 40,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año desconocen y no cumple el calendario de vacunación; 17,5%, conocen poco y no cumplen el calendario de vacunación.

4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS (estadística inferencial).

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE Ji Cuadrada de Independencia de Criterios

1. Hipótesis Estadística:

Hipótesis Nula (H₀):

El cumplimiento del calendario de vacunación es independiente del conocimiento sobre inmunizaciones por las madres de familia.

Hipótesis Alternativa (H_a):

El cumplimiento del calendario de vacunación es dependiente del conocimiento sobre inmunizaciones por las madres de familia.

2. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (1- α):

$(\alpha) = 0,05$ (5%); $(1 - \alpha) = 0,95$ (95%)

3. Función o Estadística de Prueba

Dado que las variables “Conocimiento sobre inmunizaciones” categorías “Conoce”, “Conoce poco” y “desconoce”; y la variable cumplimiento del calendario de vacunación con categorías “si cumple” y “no cumple”, son categóricas (cualitativas), la muestra de profesionales de enfermería es grande ($n > 40$); la estadística para probar la hipótesis nula es la función Ji Cuadrada de Homogeneidad, cuya función es:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2 (F-1)(C-1)$$

La función X^2 tiene distribución Ji cuadrada con $(F-1)(C-1)$ grados de libertad.

Aquí, O_{ij} es la frecuencia observada de la celda (i, j) correspondiente a la categoría "i" de la variable fila (conocimiento sobre inmunizaciones) y categoría "j" de la variable columna (cumplimiento sobre inmunizaciones); e_{ij} es la frecuencia esperada correspondiente a la frecuencia observada; F es el número de categoría de la variable fila y C es el número de categorías de la variable columna.

Las frecuencias esperadas e_{ij} se obtienen con la fórmula siguiente:

$$e_{ij} = \frac{(\text{total fila } i) \cdot (\text{total columna } j)}{\text{número total de datos}}$$

Por tanto la función Ji Cuadrada toma la forma:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2 (2)$$

La función X^2 tiene distribución Ji cuadrada con 2 grado de libertad.

4. Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:

Como la hipótesis alternativa es unilateral derecha y $(\alpha) = 0,05$ (5%), entonces el valor tabular (VT) de la función Ji Cuadrada es $VT_{(2;0,95)} = 5,991$; con estos datos, la hipótesis nula será rechazada a favor de la hipótesis alternativa si $VC > 5,991$.

5. Valor Calculado

El valor calculado (VC) de la función Ji Cuadrada se obtiene:

Valor calculado de la Ji Cuadrada de independencia de criterios

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,081 ^a	2	,004
Razón de verosimilitud	11,962	2	,003
N de casos válidos	40		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,00.

El valor calculado de la Ji cuadrada es **Vc = 62,607**

6. Decisión Estadística:

Como $V_C > V_T$, es decir; **11,081 > 5,991**, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alternativa, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que las variables de estudio son independientes; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar la diferencia significativa del conocimiento sobre inmunizaciones y cumplimiento del calendario de vacunación. La magnitud de diferencia de presencia de la variable se ve con la $\text{sig.} = p_{\text{value}} < 0,05$; el cual se define en el valor calculado que implica: **Sig. Asintótica (bilateral) = ,004**; es decir; existe evidencia significativa entre el conocimiento sobre inmunizaciones y cumplimiento del calendario de vacunación.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En cuanto al conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en niños menores de un año se encontró que la mayoría de las madres con nivel de conocimiento bajo sobre inmunizaciones incumplen el calendario de vacunación, por lo tanto, las enfermedades inmunoprevenibles pueden ser mayor en sus hijos que no están protegidos. Los datos confirman la hipótesis de que a menor conocimiento sobre inmunizaciones hay menor cumplimiento del calendario de vacunación. Los aspectos socio demográficos; como edad, grado de instrucción, número de hijos fueron parte de los datos recolectados en el estudio que son características factibles que ayudaron a la aplicación del instrumento de recolección de datos que a partir de ello permitió un mejor abordaje para la ejecución de la investigación y por ende no se tenga limitaciones mayores y sea viable. Esta investigación tuvo como propósito principal determinar la relación entre el conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica 2017. En cuanto al nivel de conocimiento por parte de las madres de niños menores de un año se pudo obtener que el 45,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año desconocen sobre inmunizaciones; 35,0%, conocen poco; 20,0%, conocen. Y en cuanto al cumplimiento del calendario de vacunación se obtuvo que el 62,5% de niños menores de 1 año no cumplen el calendario de vacunación; 37,5%, si cumplen. En cuanto al conocimiento sobre inmunizaciones de las madres y el cumplimiento del calendario de vacunación en sus niños menores de 1 año se obtuvo que el 40,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año desconocen y no cumple el calendario de vacunación; 17,5%, conocen poco y no cumplen el calendario de vacunación. Una de las teorías que sostiene los resultados del

estudio es el de Promoción de la Salud de Nola Pender quien planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud. Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud. Por otro lado los resultados se ratifican con el estudio publicado por Romero D. (Argentina 2010) “Cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio en la población infantil de las localidades de Santa Ana y Corrientes Capital” donde su objetivo fue determinar el estado de inmunización de dos localidades de la provincia de Corrientes y los factores involucrados en el no cumplimiento en forma completa del calendario de vacunación obligatorio vigente; comparar los resultados de ambas poblaciones; y descubrir el grado de conocimiento de los tutores encuestados sobre los beneficios de la vacunación de sus hijos. El resultado fue: La opción más frecuente en Corrientes Capital fue “no quiso ir, se olvidó, no tuvo tiempo”, representando un 11% (del 36% que no cumplieron); le siguen “falta de conocimiento” 9%, “distancia al Centro de Atención Primaria de la Salud” 7.6%; “por enfermedad”

8%. En la localidad de Santa Ana la opción más frecuente resultó “falta de conocimiento” representando un 16.5% del total del incumplimiento (28.5%), le siguen en frecuencia “no quiso ir, no tuvo tiempo, se olvidó” 7.7%, “distancia al Centro de Atención Primaria de la Salud” 3.3%; “por enfermedad” 1.9%. En conclusión: Hay un mayor cumplimiento en la localidad de Santa Ana que en la de Corrientes Capital, siendo en ambas el porcentaje de incumplimiento un valor considerablemente alto. Otra investigación que apoya este estudio es el de Ferreira (Brasil 2010) “Cumplimiento del calendario de vacunación infantil en una unidad de salud de la familia” que tuvo como objetivo analizar el cumplimiento del calendario de vacunación infantil por usuarios de la Unidad de Salud de la Familia como posibles motivos para su eventual no cumplimiento. Los resultados encontrados son comparables a ambulatorios de centros de referencia latinoamericanos, lo que indica la efectividad de la actuación del Programa Salud Familiar en dicha comunidad. Sin embargo, la vacunación tiene un fuerte apelo para la salud de la población, y merece iniciativas de refuerzo de las acciones, con el fin de disminuir y evitar la reaparición de enfermedades. Otra fuente de investigación que sustenta este estudio es el estudio realizado por Izquierdo R. (Lima-2014) “Conocimiento de madres de niños menores de un año sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario vacunal en el centro de salud primavera, 2013” siendo el objetivo general establecer la relación que existe entre el conocimiento de las madres de niños menores de un año con el cumplimiento del calendario vacunal y los factores sociodemográficos intervinientes. Donde como resultado se obtuvo que el conocimiento es medio a bajo; por lo tanto, se concluye que existe relación con el incumplimiento del calendario vacunal, así como está asociado con los demás factores sociodemográficos intervinientes. Asimismo el estudio de Sánchez en su investigación

“Nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre inmunizaciones en niños menores de 1 año de los centros de salud José Olaya y Túpac Amaru, Chiclayo 2013” tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre inmunizaciones en niños menores de 1 año de los centros de salud José Olaya y Túpac Amaru, Chiclayo. Obtuvo como resultado que el mayor porcentaje de las madres adolescentes del Centro de Salud de Túpac Amaru tienen un nivel de conocimiento deficiente con un 85%, seguido del regular con un 10% y bueno con un 5%. Por otro lado, el mayor porcentaje de las madres adolescentes del Centro de Salud José Olaya tienen nivel de conocimiento deficiente con un 50%, nivel regular 25%, nivel bueno 20% y en el nivel de excelente con un 5%. También la investigación de Gonzales (Mala 2011) “Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el centro de salud de mala” que tuvo como objetivo determinar los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año. Como resultado fue que los factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año; en un mayor porcentaje están presentes, referido al ingreso económico, gasto de pasaje para ir a vacunar al niño, la creencia sobre las vacunas, gratuidad de las vacunas, el trato del personal de Enfermería, la información de las citas posteriores y de las reacciones post vacúnales, seguido de un porcentaje considerable de madres que refieren que están ausentes, por la ocupación de la madre, le es difícil llevar a vacunar al niño si gastara pasajes, contraindicación de las vacunas, que la vacuna pentavalente protege contra cinco enfermedades, la accesibilidad al servicio, el tiempo de espera. Del mismo modo en el año 2016, Espinoza W. realizó un estudio sobre “Factores de incumplimiento al

esquema nacional de vacunación en madres con niños menores de 2 años, en el centro de salud de san Cristóbal – Huancavelica 2016”. El objetivo fue determinar los factores de incumplimiento al esquema nacional de vacunación en niños menores de 2 años, en el centro de salud san Cristóbal – Huancavelica 2016, los resultados fueron que los factores de incumplimiento más relevante es: el factor socioeconómico; el estado civil convivientes (otros) con un 91.5%, factor de barreras culturales y cognitivas son las creencias inadecuadas con un 75.6%, factor institucional; es el tiempo de espera para la atención del niño, con un 97,6%.

Estos resultados se dieron a conocer a las autoridades del centro de salud en el que se desarrolló el estudio, para que adopten estrategias de mejorar esta situación y se incremente el conocimiento de las madres sobre la protección que debe recibir el niño mediante las vacunas contra las enfermedades inmunoprevenibles, a fin de incrementar las coberturas de vacunación. Se deben realizar visitas domiciliarias para captar a las madres que no vacunan a sus hijos, de ahí la necesidad de desarrollar programas educativos dirigidos a las madres sobre la importancia de las inmunizaciones, enseñanza que puede realizarse en diferentes grupos de madres, en los comedores populares, en los centros de educación inicial en que acuden las madres con sus niños, etc.

CONCLUSIONES

- ✓ En cuanto al conocimiento sobre inmunizaciones de las madres y el cumplimiento del calendario de vacunación en sus niños menores de 1 año se obtuvo que el 40,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año desconocen y no cumple el calendario de vacunación; 17,5%, conocen poco y no cumplen el calendario de vacunación.

- ✓ En cuanto al nivel de conocimiento por parte de las madres de niños menores de un año se pudo obtener que el 45,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año desconocen sobre inmunizaciones; 35,0%, conocen poco; 20,0%, conocen.

- ✓ Y en cuanto al cumplimiento del calendario de vacunación se obtuvo que el 62,5% de niños menores de 1 año no cumplen el calendario de vacunación; 37,5%, si cumplen.

- ✓ A menor conocimiento sobre inmunizaciones hay mayor incumplimiento del calendario de vacunación.

RECOMENDACIONES

Al Centro de Salud San Cristóbal.

Sensibilizar con estrategias innovadoras a las madres de familia que tienen niños menores de 1 año sobre la importancia de las vacunas y el cumplimiento de calendario de vacunación.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica:

1. Realizar proyección social sobre promoción de inmunizaciones en madres de familia que tienen niños menores de 1 año del Centro de Salud San Cristóbal para sensibilizar y contribuir en la cobertura de inmunizaciones
2. Realizar Investigaciones experimentales que permitan diseñar estrategias de promoción sobre inmunizaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

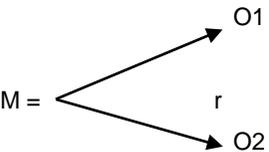
- Salud Md. [Documento].; 2010 [cited 2017 Mayo 08. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/vacunacion/default.asp>.
- 2 Comercio E. La vacunación y una cobertura que no alcanza a los peruanos. 2015..
 - 3 Peru21. Vacunacion mejora, pero no alcanza estandares deseados. 2016..
 - 4 Centro de Salud San Cristobal. Padron de seguimiento de niños menores de un año. 2016..
 - 5 salud Omdl. vacunas e inmunizacion: situacion mundial. 2010..
 - 6 Fajardo M. [Documento].; 2011 [cited 2017 Abril 29. Available from: <http://www.bvv.sld.cu/ibv/?pg=ci2&r=cit>.
 - 7 salud md. Plan nacional concertado de salud 2007-2020 [Documento]. Lima; 2007 [cited 2017 abril 30. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/Archivos/informe Eval PNCS2007-2020.pdf>.
 - 8 Cirila D. Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunacion en las madres con niños menores de un año en el centro de salud de mala,2011.lima-peru. 2012..
 - 9 camilo f. Cumplimiento del calendario de vacunacion infantil en una unidad de salud de la familia. Belem-para-brasil. 2010..
 - 10 Romero. d. Cumplimiento del calendario de vacunacion obligatorio en la poblacion infantil de las localidades de santa ana y corrientes capital. argentina. 2010..
 - 11 Sanchez E. Nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre inmunizaciones en niños menores de 1 año de los centros de salud jose olaya y tupac amaru, chiclayo. 2013..
 - 12 Orozco I. conocimiento de madres de niños menores de un año sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario vacunal en el centro de salud primavera, lima. 2013..
 - 13 Gonzales D. Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunacion en las madres con niños menores de un año en el centro de salud de mala. 2011..
 - 14 Espinoza F. Factores de incumplimiento al esquema nacional de vacunacion en niños menores de 2 años en el centro de salud de san cristobal. huancavelica. 2016..
 - 15 Tomer M. Modelos y teorias en enfermeria. 7th ed. españa: Elsevier; 2011.
 - 16 Bunge M. La investigacion cientifica. Barcelona: El trebol. 1985..
 - 17 Rosental M. diccionario filosofico. La habana: Politica. 1973..
 - 18 Pinilla A. Conocimiento de la interaccion humana. 3ra Edicion. Nueva iberoamericana. 2010..

- 19 Ponjuan. Gestion del conocimiento. 2010..
- 20 peru M. Gerencia de inmunizaciones. 2010..
- 21 Suarez M. Manual de instruccion materna en niños. Barcelona: De Vecchi. 2006..
- 22 Gonzales A. Educacion a primiparas sobre cuidados del recién nacido. Buenos Aires: Catalonia. 2004..
- 23 Frankee E. Categorizacion de ingreso economico familiar en zona rural. Barcelona:Chavarria. 2005..
- 24 Cervantes M. Migraciones ancestrales. La Paz: Tinex. 2000..
- 25 Castellanos WZ. Fundamentos teoricos de la investigacion. Guatemala. 1996..
- 26 Daniel. tipos [Documento].; 2008 [cited 2017 mayo 5. Available from: <https://danielvn7.wordpress.com/2008/05/05/tipós-de-conocimiento>.
- 27 clasificaciones Ed. [Documento].; 2016 [cited 2017 mayo 5. Available from: <http://www.tiposde.org/cotidianos/53-tipos-conocimientos/>.
- 28 salud Md. Norma tecnica de salud.; 2017 [cited 2017 agosto 9. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.com/normas-legales/2017/RM_Nº_446-2017-minsa.pdf.
- 29 Rufino A. Enfermeria en la atencion primaria. La habana: Britania. 2000..
- 30 publica Mds. Vacunas generales. 2011..
- 31 [Documento].; 2016 [cited 2017 mayo 6. Available from: <http://holadoctor.com/es/vacunas-e-inmunizaciones/vacuna-contra-la-polio-ipv>.
- 32 salud Md. [Documento].; 2012 [cited 2017 mayo 6. Available from: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/manual-vacunacion-segura-esavi.pdf>.
- 33 Miguel R. Fundamentos de la comunicacion humana España: Club Universitario; 2010.
- 34 Maisto M. Introduccion a la psicologia España: Pearson Educacion; 2005.
- 35 Rio S. Diccionario-glosario de metodologia de la investigacion social España: UNED; 2013.
- 36 Bernal CA. Metodologia de la investigacion. 3rd ed. Colombia: Pearson; 2010.
- 37 Pineda F. Metodologia de la investigacion: Manual para el desarrollo del personal de salud. 2nd ed. España: ops washintong; 1994.
- 38 Hernandez Sampieri, Fernando Collado, Baptista RCM. Metodologia de la investigacion. 5th ed. Mc GH, editor. Mexico: Interamericana; 2010.

ANEXOS

ANEXO Nº 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA.

“CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIÓN Y EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL-HUANCAVELICA 2017”

PREGUNTAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PREGUNTA GENERAL. ¿Cómo es la relación entre el conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica 2017?</p> <p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de las madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica 2017?</p> <p>¿Cómo es el cumplimiento del calendario de vacunación en niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL. Determinar la relación entre el conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS. Determinar el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones de las madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica 2017.</p> <p>Identificar el cumplimiento del calendario de vacunación en niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica 2017.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL Existe relación entre el conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica 2017.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA El nivel de conocimiento sobre inmunización es regular en las madres con niños menores de un año en el centro de Salud de san Cristóbal-Huancavelica 2017.</p> <p>Es deficiente el cumplimiento del calendario de vacunación en niños menores de un año en el centro de salud de San Cristobal-Huancavelica2017.</p>	<p>VARIABLE</p> <p>Variable 1: Conocimiento sobre inmunizaciones</p> <p>Variable 2: Cumplimiento del calendario de vacunación</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Básica</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Correlacional</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deductivo • Método descriptivo • Método estadístico <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: El diseño de investigación es no experimental, diseño transversal, descriptivo de relación.</p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph LR M[M] --> O1[O1] M --> O2[O2] O1 --- r --- O2 </pre> </div> <p>DONDE: M: La muestra que está constituida por 40 madres con niños menores de 1 año. O1: conocimiento sobre inmunizaciones r: relación entre variables. O2: cumplimiento del calendario de vacunación.</p>

				<p>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:</p> <p>Población: 60 madres de familia. Muestra: 40 madres de familia. Muestreo: Muestreo probabilístico aleatorio simple.</p>
				<p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <p>Técnica: encuesta y análisis documental. Instrumento: cuestionario y guía de análisis documental</p>



ANEXO Nº 02



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
UNIVERSIDAD NACIONAL HUANCVELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES

Instrucciones: A continuación, le presentamos varias proposiciones, le solicitamos que frente a ellos exprese su opinión personal considerando que no existen respuestas correctas ni incorrectas, marcando con una (X) la que mejor exprese su punto de vista, de acuerdo al siguiente código.

I. DATOS GENERALES:

¿Cuál es su edad?

- 14 a 20 años
- 21 a 28 años
- 29 a 34 años
- Mayor de 35 años

¿Cuántos hijos tiene Ud.?

- Uno
- Dos
- Tres
- Más de cuatro

¿Cuál es su grado de instrucción?

- Ninguna
- Primaria
- Secundaria
- Superior

¿Ud. a que se dedica actualmente?

- Empleada estable
- Empleada inestable
- Estudiante
- Ama de casa

¿Cuál es su ingreso económico?

- Sueldo básico (850 soles)
- Menor al sueldo Básico
- Mayor al sueldo Básico
- No trabaja

II. CONOCIMIENTOS SOBRE INMUNIZACIÓN

1. ¿Qué es para usted la Inmunización?

- Es el proceso a través del cual se administra vitaminas importantes.

- Es el proceso que aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa
 - Ninguna es correcta.
 - Desconoce.
- 2. ¿Qué es para usted una vacuna?**
- Es una vitamina para prevenir una enfermedad.
 - Es una solución preparada para prevenir enfermedades.
 - Es un antiparasitario para prevenir una enfermedad.
 - Desconoce.
- 3. ¿Por qué las vacunas son importantes?**
- Los hace crecer sanos y fuertes.
 - Previene enfermedades inmunoprevenibles.
 - Permite que se desarrollen adecuadamente.
 - Desconoce.
- 4. ¿Cuándo considera que su hijo está protegido de alguna enfermedad?**
- Cuando se le aplica la primera dosis que debe recibir.
 - Cuando se le aplica todas las dosis que debe recibir.
 - Cuando está en proceso de recibir alguna de las dosis.
 - Desconoce.
- 5. ¿Cuáles son los beneficios de la vacuna?**
- Es importante para el crecimiento.
 - Protegen de las enfermedades inmunoprevenibles.
 - Es importante para su adecuado desarrollo.
 - Desconoce.
- 6. ¿Considera usted que es necesario completar todas las dosis de las vacunas para prevenir a su niño de enfermedades?**
- No
 - Si
 - Tal vez
 - Desconoce
- 7. ¿Cuántas vacunas recibe el niño a los dos meses?**
- Tres
 - Cuatro
 - Dos
 - Desconoce
- 8. Sabe usted, hasta los cuantos años se le puede colocar sus vacunas según el calendario de vacunación**
- Hasta los 6 años.
 - Hasta los 5 años y 6 meses.
 - Hasta los 4 años 11mese y 29 días.
 - Hasta los 5 años cumplidos.
- 9. Las vacunas del recién nacido se le colocan**
- Pierna
 - Brazo
 - Son en gotas en la boca

- Brazo y pierna
- 10. La vacuna de neumococo previene**
- Fiebre amarilla
 Neumonías
 Diarrea
 Desconoce
- 11. ¿Cuáles son las vacunas que debe recibir un recién nacido?**
- Pentavalente y APO.
 Antipolio e Influenza.
 BCG y Hepatitis B.
 Desconoce.
- 12. ¿Qué vacuna debe recibir un Niño de 7 meses?**
- Pentavalente
 Influenza
 Hepatitis B.
 Desconoce.
- 13. ¿Qué vacuna debe recibir su hijo antes del primer año de vida?**
- BCG, Pentavalente, Neumococo, APO, HvB, Rotavirus, Influenza, Antiamarilica.
 BCG, Pentavalente, Neumococo, APO. HvB. Rotavirus, Influenza.
 Solo BCG, Antipolio e Influenza.
 Desconoce.
- 14. ¿Cuáles las reacciones secundarias que se pueden presentar después de la aplicación de la vacuna?**
- Llanto y /o disminución del apetito.
 Fiebre, dolor y/o enrojecimiento en la zona de aplicación.
 Alergia durante los primeros días.
 Desconoce.
- 15. ¿Después de la vacunación que cuidados tiene Ud. en su niño?**
- Colocar compresas de Agua fría.
 Frotar la zona de aplicación.
 Mantener en reposo y evitar actividad intensa.
 No hace nada
- 16. ¿Cuándo no debe vacunar a su hijo?**
- Cuando está llorando
 Cuando tiene fiebre o diarreas
 Cuando tiene sarpullido o está inquieto
 Desconoce.

**GRACIAS POR SU COOPERACIÓN
SEÑORA MADRE DE FAMILIA**

Formato de historia clínica de la niña y el niño

DIRESA - HVCA / RED DE SALUD - HVCA.

	PERU Ministerio de Salud		1						
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD									
N° de Historia Clínica		Código Afiliación SIS u otro Seguro :							
Apellidos		CUI/DNI							
Nombres		Sexo:	F. de Nac.						
Dirección / Referencia									
Madre, Padre o adulto res. responsable del cuidado del niño		Edad	DNI						
Problemas y Necesidades									
N°	Prestaciones de salud	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	Atención del recién nacido								
2	Control de Crecimiento y desarrollo del niño.								
3	Administración de Micronutrientes (suplemento)	Hierro							
		Vitamina "A"							
		Otros							
4	Sesión de estimulación temprana								
5	Consejería Nutricional								
6	Administración de vacuna								
7	Detección, Dx y Tto de:	Anemia							
		Parasitosis							
8	Salud Bucal	Atención odontológica							
		Aplicación de barnices y/o sellantes							
		Tto. Recuperativo (obturac. y/o exodonc.)							
9	Visita Familiar Integral								
10	Atención de patologías prevalentes								
11	Sesiones educativas								
12	Sesiones demostrativas								
13	Otros								

ANEXO N° 03

**ESCALA DE PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO
SOBRE INMUNIZACIONES**

Los puntos de cortes se obtuvieron según Escala de Staninos, de la siguiente manera:

$$a = \bar{x} - 0.75 * ds$$

$$b = \bar{x} + 0.75 * ds$$

Donde:

\bar{x} : Media aritmética

ds : Desviación Estandar

Datos:

En la matriz de datos se obtiene:

$$\bar{x} = 8.3$$

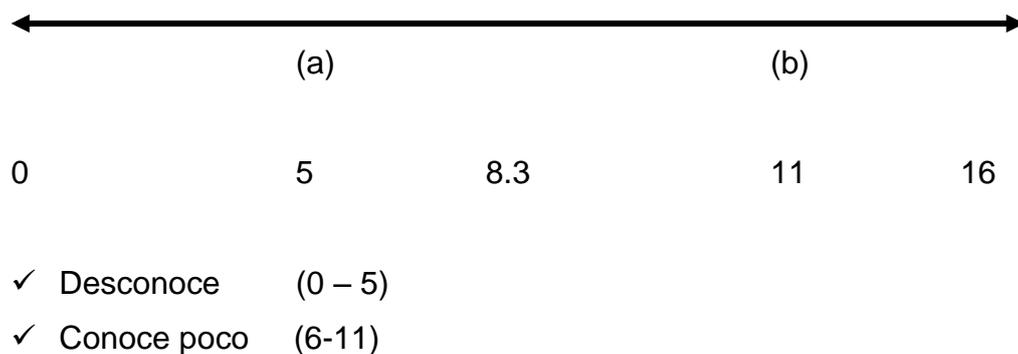
$$ds = 3.74$$

Reemplazamos:

$$a = 8.3 - 0.75(3.74) = 5.50$$

$$b = 8.3 + 0.75(3.74) = 11.11$$

Los puntos de cruce se obtuvieron de la siguiente manera:



✓ Conoce (12-16)

ANEXO N° 04
DETERMINANDO LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez se solicitó la opinión de los jueces expertos, además se aplicó la fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems de los resultados de la **prueba piloto**.

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	8,8000	9,221	,214	,676
Item2	8,8500	9,187	,211	,677
Item3	8,8000	8,905	,330	,662
Item4	8,8500	8,450	,479	,643
Item5	8,9000	7,989	,637	,620
Item6	8,7000	8,642	,515	,643
Item7	8,9500	9,524	,085	,693
Item8	9,2500	8,829	,389	,656
Item9	8,7500	9,882	-,009	,700
Item10	9,1000	8,937	,287	,668
Item11	8,9500	9,313	,154	,685
Item12	9,1000	9,358	,144	,686
Item13	9,0500	8,366	,483	,641
Item14	8,7000	9,168	,288	,668
Item15	9,0500	8,787	,332	,662
Item16	8,7000	9,800	,033	,694

Si $r > ,20$ el instrumento es válido por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems.

ANEXO Nº 05

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (cuestionario de encuesta sobre inmunizaciones) se establece por medio del método del coeficiente de Kruder Richardson.

El coeficiente confiabilidad de Kruder Richardson, se obtiene en base a la varianza de toda lo asignado de puntuación total de la guía de observación. Este coeficiente se calcula con la fórmula:

$$KR = \frac{N}{N-1} \left[\frac{S_t^2 - \sum p_i * q_i}{S_t^2} \right]$$

KR = Coeficiente de confiabilidad

N = Número de reactivos/items = 16

p_i = Proporción de éxito para cada pregunta = 0,5

q_i = Proporción de incidente para cada pregunta = 1 - p_i

$$\sum p_i * q_i = 3,44$$

S_t^2 = Varianza total = 10,05

Remplazando los valores:

$$KR = \frac{16}{15} \left[\frac{3,44 - 10,05}{3,44} \right]$$

$$KR = 0.7016$$



Muy Baja Baja Regular Aceptable

Elevada 70% de confiabilidad, 100% de medición en la medición en la confiabilidad

El coeficiente de confiabilidad KR = 0,7016; indica una aceptable confiabilidad, pues supera el 60% (Hernández S., 2010).

PROCESAMIENTO DE CONFIABILIDAD DE CUESTIONARIO SOBRE INMUNIZACIONES

Casos	Items																total
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	
1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	12
2	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	11
3	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	6
4	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	10
5	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	12
6	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	6
7	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	6
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
9	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	5
10	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	11
11	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	12
12	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	10
13	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	11
14	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	6
15	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4
16	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	7
17	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	13
18	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	10
19	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	11
20	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	11
Suma	14	13	14	13	12	16	11	5	15	8	11	8	9	16	9	16	10.05
p	0.7	0.65	0.7	0.65	0.6	0.8	0.55	0.25	0.75	0.4	0.55	0.4	0.45	0.8	0.45	0.8	

q(1-p)	0.3	0.35	0.3	0.35	0.4	0.2	0.45	0.75	0.25	0.6	0.45	0.6	0.55	0.2	0.55	0.2	
pq	0.21	0.2275	0.21	0.2275	0.24	0.16	0.2475	0.1875	0.1875	0.24	0.2475	0.24	0.2475	0.16	0.2475	0.16	3.44

rtt	0.7016
n	16
n-1	15
Suma pq	3.44
var total	10.05

ANEXO Nº 06

IMÁGENES DE EJECUCIÓN



Investigadores en proceso de recolección de datos



Encuestando a la señora



Investigadora realizando visita domiciliaria



Terminando la recolección de datos

**ANEXO N° 07
ARTICULO CIENTIFICO**

**CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES Y EL CUMPLIMIENTO
DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN MADRES CON NIÑOS
MENORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN
CRISTÓBAL-HUANCAVELICA 2017**

**KNOWLEDGE ON IMMUNIZATIONS AND COMPLIANCE WITH THE
CALENDAR OF MOTHERS VACCINATION WITH CHILDREN UNDER
ONE YEAR AT THE HEALTH CENTER OF SAN CRISTÓBAL-
HUANCAVELICA 2017**

ANGUIS SURICHAQUI Noemi Janina¹

ESTEBAN RAMOS Gianina Liliana²

FACULTAD DE ENFERMERIA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE
HUANCAVELICA – PERÚ

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de un año en el centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica 2017.

Metodología: El presente estudio corresponde al tipo de investigación descriptiva, porque comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición de procesos de los fenómenos. La investigación es de nivel descriptivo ya que orientado a describir la realidad tal como es. El método utilizado es descriptivo, porque se utiliza en la descripción de hechos y fenómenos actuales. Para la recolección de datos de conocimiento de madres sobre inmunización se utilizó la técnica encuesta con su instrumento cuestionario y para el cumplimiento del calendario de vacunación la técnica análisis documental y su instrumento guía de análisis documental. El diseño

de investigación es no experimental, transversal, descriptivo. La muestra estuvo conformada por 40 madres de familia.

Resultados: Los resultados indica que el 45,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año desconocen sobre inmunizaciones; 35,0%, conocen poco; 20,0%, conocen; 62,5% de las madres de familia de niños menores de 1 año no cumplen el calendario de vacunación; 37,5%, si cumplen; y el 40,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año desconocen y no cumple el calendario de vacunación; 17,5%, conocen poco y no cumplen el calendario de vacunación. Concluyendo que existe evidencia estadística suficiente para afirmar la diferencia significativa del conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación.

Conclusión: A menor conocimiento sobre inmunizaciones mayor incumplimiento del calendario de vacunación.

Palabras claves: Conocimiento sobre inmunizaciones, el cumplimiento del calendario de vacunación.

ABSTRAC

Objective: To determine the relationship between immunization knowledge and compliance with the vaccination schedule in mothers with children under one year of age at the San Cristóbal Health Center - Huancavelica 2017.

Methodology: The present study corresponds to the type of descriptive research, because it includes the description, registration, analysis and interpretation of the current nature, and the composition of processes of the phenomena. The research is descriptive level as it is oriented to describe reality as it is. The method used is descriptive, because it is used in the description of current events and phenomena. For the data collection of knowledge of mothers on immunization the technique was used with their questionnaire instrument and for the fulfillment of the vaccination calendar, the technique of documentary analysis and its instrument of documentary analysis. The research design is non-experimental, transverse, descriptive. The sample consisted of 40 mothers.

Results: The results indicate that 45.0% of the mothers of children under 1 year are unaware of immunizations; 35.0%, they know little; 20.0%, know; 62.5% of mothers of children under 1 year of age do not meet the vaccination schedule; 37,5%, if they comply; And 40.0% of mothers of children under 1 year are unaware of and do not meet the vaccination schedule; 17.5%, know little and do not meet the vaccination schedule. Concluding that there is sufficient statistical evidence to affirm the significant difference in knowledge about immunizations and compliance with the vaccination schedule.

Conclusion: The less knowledge about immunizations, the greater the non-compliance with the vaccination schedule.

Key words: Knowledge about immunizations, compliance with the vaccination schedule.

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo los países han buscado y establecido estrategias para mejorar la calidad de vida de la población infantil mundial y disminuir el riesgo de enfermar y/o morir por enfermedades inmunopresibles.

Actualmente la promoción de salud y la prevención de las enfermedades representan las mejores estrategias utilizadas por los países. El Perú, no está exento de esta labor, a través del Ministerio de Salud viene desarrollando las mismas estrategias a nivel nacional, basándose en los lineamientos de política de salud y enfoca todos sus esfuerzos en la población de mayor riesgo con el fin de disminuir las tasas de morbimortalidad por problemas de salud predominantes en el país, tomando en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que refiere que la promoción de la salud y prevención de enfermedades son estrategias fundamentales para el desarrollo de las personas y por ende de la sociedad. Asimismo, para la Organización Panamericana de la Salud la promoción 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. En nuestro país el Ministerio de Salud está adoptando diversas estrategias destinadas a promover la salud de la población, como un derecho propio de la persona.

Los niños del Perú constituyen la población más vulnerable, ya que son los más susceptibles de enfermar y morir, siendo una de las formas más efectivas de control y disminución de riesgo, la prevención de algunas enfermedades inmunoprevenibles por medio de la inmunización.

El Programa Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) es gratuito y es el responsable de la eliminación, erradicación y control

de las enfermedades inmunoprevenibles en la población menor de 5 años. Dichas enfermedades son de alto costo y generan gran impacto económico y social, traen como consecuencia consultas médicas, hospitalizaciones, discapacidades e incluso la muerte prematura.

La vacunación tiene un impacto positivo en la economía, la salud y el desarrollo del país, sus costos son relativamente bajos en relación al gran beneficio que genera. Lo mencionado anteriormente y las bajas coberturas de vacunación que aún se mantienen a nivel nacional, específicamente en el Centro de Salud San Cristóbal, escenario de este estudio, es la razón de esta investigación.

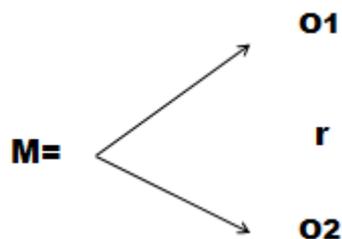
MÉTODO

El presente estudio estuvo constituido por 40 madres con niños menores de 1 año de edad que acuden al centro de salud de San Cristóbal durante los meses de abril a agosto.

Hernández, & Baptista (2010) diseño no experimental, transversal descriptivo.

- **No experimental**, porque no se manipula la variable.
- **Transversal**, porque se realiza en un momento determinado.
- **Descriptivo**, porque se recogerá las características fundamentales.

Diagrama:



Dónde:

M: La muestra que fue constituida por 40 madres con niños menores de 1 año.

O1: Conocimiento sobre inmunizaciones.

r: Relación entre variables.

O2: Cumplimiento del calendario de vacunación.

Para la recolección de datos se procedió de modo siguiente:

- Determinar la validez y la confiabilidad del instrumento de recolección de datos, para medir los factores relacionados al incumplimiento del esquema nacional de vacunación.
- Se realizó las gestiones respectivas y la coordinación con las unidades de análisis y las organizaciones respectivas para el proceso de aplicación del instrumento de recolección de datos.
- Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis estadístico.
- Se procedió al análisis estadístico haciendo uso del software estadístico IBM SPSS V2, y el Microsoft office Excel V 2013 simultáneamente. Al final se hará uso del Microsoft Word 2013 para la presentación final de los resultados.
- Una vez obtenida los resultados, se realizaron la discusión de resultados para respectiva sustentación.

RESULTADOS

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición: Conocimiento sobre inmunizaciones y cumplimiento del calendario de vacunaciones en el Centro de Salud de San Cristóbal Huancavelica.

Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos comparativos.

TABLA N° 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL HUANCAVELICA 2017

Característica socioeconómica	Categoría	fi	f%
Edad (años)	14 a 20	11	27.5
	21 a 28	18	45.0
	29 a 34	7	17.5
	Mayor a 35	4	10.0
	Total	40	100.0
Número de hijos	Uno	22	55.0
	Dos	9	22.5
	Tres	8	20.0
	Cuatro	1	2.5
	Total	40	100.0
Grado de instrucción	Primaria	2	5.0
	Secundaria	17	42.5
	Superior	21	52.5
	Total	40	100.0
Ocupación actual	Empleada estable	5	12.5
	Empleada inestable	12	30.0
	Estudiantes	11	27.5
	Ama de casa	12	30.0
	Total	40	100.0
Ingreso económico	Sueldo básico	5	12.5
	Menor al sueldo básico	7	17.5
	Mayor al sueldo básico	7	17.5
	No trabaja	21	52.5
	Total	40	100.0

TABLA N° 02

CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES POR PARTE DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAVELICA

Conocimiento sobre inmunizaciones	fi	f%
Conoce	8	20.0
Conoce poco	14	35.0
Desconoce	18	45.0
Total	40	100.0

Fuente: Instrumento aplicado 2017

TABLA N° 03

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAVELICA

Cumplimiento del calendario de vacunación	fi	f%
Si cumple	15	37.5
No cumple	25	62.5
Total	40	100.0

Fuente: Instrumento aplicado 2017.

TABLA N° 04

CONOCIMIENTO SOBRE INMUNIZACIONES DE LAS MADRES Y CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION EN SUS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAVELICA.

Conocimiento sobre inmunizaciones	Cumplimiento del calendario de vacunación					
	Si cumple		No cumple		Total	
	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Conoce	6	15.0%	2	5.0%	8	20.0%
Conoce poco	7	17.5%	7	17.5%	14	35.0%
Desconoce	2	5.0%	16	40.0%	18	45.0%

Total	15	37.5%	25	62.5%	40	100.0%
--------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	---------------

Fuente: Instrumento aplicado 2017.