



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA"
DE AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS MADRES CON LACTANTES DE 2 A 6
MESES, SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBIOLÓGICO IPV.
MICRO RED 9 DE ENERO - CHACHAPOYAS - 2014.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR:

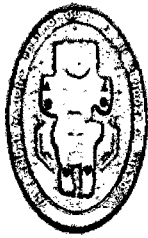
Br. Enf. HEGMER TAFUR EPQUIN

ASESORA:

Lic. Enf. SONIA CELEDONIA HUYHUA GUTIERREZ

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2014



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ
DE MENDOZA- AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS MADRES CON LACTANTES DE 2 A 6
MESES, SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBIOLOGICO IPV.
MICRO RED 9 DE ENERO- CHACHAPOYAS- 2014.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR : Br. Enf. Hegmer Tafur Epquin

ASESORA : Lic.Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez

CHACHAPOYAS- AMAZONAS- PERÚ.

2014

DEDICATORIA:

A todos aquellos que luchan por arrancarle a la vida un momento para existir.

Dedico a mi querida madre Anabel Epquin Vigo por su cariño comprensión y paciencia que me alientan cada día para que continúe en la difícil tarea de ser mejor.

A mi hermano Víctor Tafur Epquin por brindarme una esperanza para continuar con esta difícil tarea de mejorar cada día y por brindarme su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas que brindan la oportunidad de desarrollar esta investigación, a la Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez por su constante asesoramiento y comprensión para guiarnos en este difícil camino del aprendizaje.

A nuestra casa superior de estudios Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza por brindarnos la oportunidad de formarnos como profesionales en la Facultad de Enfermería en beneficio de las personas, familia, comunidad y pares.

A las madres de familia pertenecientes a la jurisdicción de la Micro Red 9 de Enero por su participación y colaboración en esta investigación.

Finalmente a los expertos conocedores del tema del proyecto de investigación quienes se dieron el tiempo en la revisión del instrumento para mejorar el contenido para su validación.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

Vicente Castañeda Chávez. Ph. D. Dr. Hab
Rector

Dr. José Roberto Nervi Chacón
Vicerrector Académico

Dr. Ever Salomé Lazaro Bazán
Vicerrector Administrativo

Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya
Decana de la Facultad de Enfermería

VISTO BUENO DE LA ASESORA

Yo, SONIA CELEDONIA HUYHUA GUTIERREZ, identificada con DNI N° 40623694, con domicilio legal en el Jr. 3 Esquinas N° 520, Licenciada en Enfermería con CEP: 41016, actual docente asociado a DE de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, declaro dar **EL VISTO BUENO**, al informe de tesis titulada “NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS MADRES CON LACTANTES DE 2 A 6 MESES, SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBIOLOGICO IPV. MICRO RED 9 DE ENERO- CHACHAPOYAS- 2014”, que estuvo conducido por el Interno de Enfermería: Hegmer Tafur Epquin; para optar el título de Licenciado en Enfermería en la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Por lo tanto.

Firmo la presente para mayor constancia.

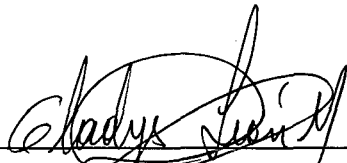
Chachapoyas, 22 de Octubre del 2014.



Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez

DNI n.° 40623694

JURADO EVALUADOR
(Resolución Decanatural n.º 030-2014-UNTRM-URAC/FE)



Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya

Presidenta

Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán

Secretaria

Lic. Enf. Maribel Meléndez Guadalupe

Vocal

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGARDECIMIENTO	ii
AUTORIDADES DE LA “UNTRM”	iii
VISTO BUENO DE LA ASESORA	iv
JURADO EVALUADOR	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. BASE TEÓRICA	5
III. MATERIALES Y MÉTODOS	18
3.1 Tipo y diseño de investigación	18
3.2 Población y muestra	18
3.3 Método, técnica e instrumento de recolección de datos	18
3.4 Análisis y presentación de datos	20
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN	26
VI. CONCLUSIONES	32
VII. RECOMENDACIONES	33
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
IX. ANEXOS	38

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA n.º 01: Nivel de aceptación de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV. Micro Red 9 de Enero -Chachapoyas-2014.	21
TABLA n.º02: Nivel de aceptación de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV. Según dimensiones: auto-aceptación, implicados y creencias, Micro Red 9 de Enero. Chachapoyas -2014.	23

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO n.º 01: Nivel de aceptación de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV. Micro Red 9 de Enero -Chachapoyas-2014.	22
GRÁFICO n.º 02: Nivel de aceptación de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV. Según dimensiones: auto-aceptación, implicados y creencias, Micro Red 9 de Enero. Chachapoyas -2014.	24

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág
ANEXO n.º 01: Formulario de cuestionario “Nivel de aceptación de las madres del inmunobiológico IPV”.	39
ANEXO n.º 02: Validez del instrumento.	42
ANEXO n.º 04: Confiabilidad del instrumento.	44
ANEXO n.º 05: Tabla: 03 niveles de aceptación según edad de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV. Micro Red 9 de Enero - Chachapoyas-2014	46
ANEXO n.º 06: Tabla 04: nivel de aceptación según grado de instrucción de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV. Micro Red 9 de Enero -Chachapoyas-2014.	47

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar el nivel de aceptación de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV. Micro Red 9 de Enero -Chachapoyas-2014, el diseño de la investigación fue cuantitativa, descriptivo y de corte transversal, el universo muestral incluyó 69 madres con lactantes de 2 a 6 meses de edad que cumplieron con el criterio de inclusión y exclusión; se utilizó el método de la encuesta, la técnica del cuestionario y el formulario de cuestionario como instrumento de recolección de datos, la validez del instrumento se determinó mediante 07 juicio de expertos y a través de la prueba Binomial, también con Z de Gauss ($VC=6.014 > VT=1.6449$) siendo adecuado el instrumento; la confiabilidad se determinó mediante la fórmula Split Halves con resultado obtenido de 0.62 y Spearman de Brow obteniendo un valor de 0.76, indicando una fuerte confiabilidad. Los resultados fueron procesados en el software Microsoft Excel versión 2007 obteniendo que del 100% (69) de las madres con lactantes de 2 a 6 meses sujetos a estudio el 65.9% (45) madres tienen una buena aceptación de la administración del inmunobiológico IPV, seguido del 31.9% (22) madres con una regular aceptación de la administración del inmunobilógico IPV, el 2.9% (2) madres tienen una mala aceptación de la administración del inmunobiológico IPV. También que en la dimensión de autoaceptación el 62.3% (43) madres tienen una buena aceptación sobre el inmunobiológico IPV, en la dimensión de implicados el 79.7% (55) madres tienen una buena aceptación sobre la administración del inmunobilógico IPV y en la dimensión de creencias el 65.2% (45) madres tienen una buena aceptación sobre la administración del inmunobiológico IPV. Conclusión la gran mayoría de las madres con lactantes de 2 a 6 meses de edad tienen una buena aceptación de la administración del inmunobilógico IPV.

Palabras clave: aceptación, inmunobiológico IPV, madres con lactantes de 2 a 6 meses.

ABSTRACT

The following research project aimed to determine the level of acceptance on mothers with unweaned baby from 2 to 6 months, on the administration of the IPV immune-biologic. Micro red 9 de Enero- Chachapoyas – 2014, the research design was quantitative, descriptive and transversal the group sample was formed by 69 mother with unweaned baby from 2 to 6 months that have the criterion of inclusion and exclusion; the survey method, the questionnaire technique and the questionnaire as instrument of recollection data were used, the validity of the instrument was determined through 07 judge experts and through the Binomial test, with Z de Gauss ($VC= 6.014 > VT= 1.6449$) where the instrument was right; the reliability was determined through the Split Halves getting a result of 0.62 and Sperman de Brown formula getting a Value 0.76, showing a strong reliability. The results were processed in the 2007 Microsoft Excel software version, getting: 100% (69) mothers with unweaned baby from 2 to 6 months being on study, 65.9% (45) mothers have a good acceptance in the administration of the IPV immune-biologic, followed by 31.9% (22) mothers with a regular acceptance on the administration of the IPV immune-biologic, 2.9% (2) mothers have a bad acceptance in the administration of the IPV immune-biologic. Also, in the auto-acceptation 62.3% (43) mothers have a good acceptance on IPV immune-biologic, in the implicated dimension 79.7% (55) mothers have a good acceptance on the administration of IPV immune-biologic and on believes dimension 65.2% (45) mothers have a good acceptance about the administration on IPV immune-biologic. In conclusion lot of mothers with unweaned baby from 2 to 6 months have a good acceptance in the administration of IPV immune-biologic.

Key words: acceptance, IPV immune-biologic, mothers with unweaned baby from 2 to 6 months

I. INTRODUCCIÓN

La aceptación de la psicología humana es el asentimiento de la persona a la realidad de una situación, el reconocimiento de un proceso o estado sin tratar de cambiarlo, también no protestar, el verbo aceptar está relacionado con aprobar, dar por bueno o recibir algo de forma voluntaria sin oposición. El concepto es cercano al significado de tolerancia. (Collines, 2009)

Aceptación del inmunobiológico es la respuesta afirmativa o negativa de las madres de familia hacia la vacunación de sus menores hijos. Las madres de familia se refieren a la madre de los lactantes en edad de vacunación o en su defecto a la persona que ejerce parte tutorial. (Morales, 2014)

El ser madre es un gran privilegio, pero también una gran responsabilidad, es sufrir, pero también gozar, esperar pero también confiar, enfrentar situaciones difíciles, pero también tomar grandes decisiones, callar, pero también hablar, interceder por el hijo y ver la respuesta. Ser madre es compadecerse del hijo de su vientre. Saber aceptar la responsabilidad y no depositarla en otros. (Vargas, 2012)

Se define como lactante al período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad. (Montero, 2011)

Existen estudios que describen la asociación entre el individuo y diversos factores para la aceptación de vacunación, a continuación se describe factores asociados: conocimiento que poseen acerca de la enfermedad, susceptibilidad, percepción de la severidad de la enfermedad y los beneficios de la vacuna. Son barreras percibidas para la vacunación es por ello que el éxito de los programas de vacunación dependerá de la buena disposición para aceptar la vacunación por parte de las madres. (Morales, 2014)

Las vacunas y la aceptación en su administración han reducido considerablemente la mortalidad ocasionada por muchas enfermedades; sin embargo casi el 30% de los niños en general no reciben todas las vacunas recomendadas hasta los 2 años de edad, considerando que el número cada vez es mayor de nuevos productos biológicos para este fin el cual puede suscitar el incumplimiento del esquema recomendado de vacunación en los niños por diversos factores. (Boscan, 2012)

Se encontró algunos informes anecdóticos que indican la existencia de una desconfianza hacia la vacuna entre el público y los medios de comunicación, se observó en algunos lugares que el personal de salud no dedicó el tiempo y recursos suficientes para preparar a las comunidades y a los sistemas de salud para la introducción de la vacuna. Los estudios realizados por los investigadores recomiendan que estas situaciones pudieran superarse mediante la incorporación en los programas de vacunación a componentes educativos y de movilización eficaces de las partes interesadas, incluyendo no solo a los padres, al personal sanitario y a las niñas, sino también a los líderes comunitarios, líderes religiosos, docentes y periodistas. (Garnett, 2007)

Las negativas y dudas se manifiestan siempre generando consecuencias desastrosas como el caso de los 2000 líderes religiosos conservadores del norte de Nigeria que suspicaces respecto a la medicina occidental, recomendaron a sus seguidores que no vacunasen a sus hijos con la vacuna oral contra la poliomielitis. El boicot fue avalado por el gobernador del estado de Kano y la inmunización fue suspendida durante meses. Como consecuencia la poliomielitis, reapareció en una docena de países vecinos de Nigeria, previamente libres de polio, y los test genéticos determinaron que el virus era el mismo que se había originado en el norte de Nigeria. Así, Nigeria se había convertido en un exportador del virus de la polio hacia sus vecinos africanos. Arribando a la conclusión que Nigeria tenía más de la mitad de todos los nuevos casos de poliomielitis en el mundo. Los brotes de enfermedades inmunoprevenibles continuaron desde entonces; por ejemplo, al menos 200 niños murieron por brotes de sarampión a finales de 2007 en el estado de Borno. (Gillray, 2009)

Por otro lado, en América en general, existe una buena percepción de la población acerca de las vacunas. Esto se atribuye principalmente a la concientización social de la importancia de la prevención y de la necesidad de evitar la propagación de enfermedades. (Boscan, 2012)

En Perú el Ministerio de Salud a través de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones implementó en el año 2013 la vacuna contra la enfermedad de la poliomielitis en su presentación de Inyectable Poliomielitis Viral (IPV), aplicado a lactantes de 2 y 4

meses de edad, con el propósito de erradicar la enfermedad en el país al igual que en todo el mundo. (MINSA, 2013)

También el mes de abril de 2013, la Comunidad Científica firmó la “Declaración Científica de la Erradicación de la Poliomelitis” con la que se avala el Plan Estratégico de Erradicación y fase final de la Poliomelitis. Entre las acciones resaltantes tenemos la introducción de al menos una dosis de IPV y continuar la vacunación con la antipolio oral así Perú migrará al esquema mixto, después de haber mejorado su capacidad de almacenamiento con la adquisición de equipos para su refrigeración y asegurar el suministro regular al país a través del Fondo Rotatorio de la OPS, y se espera una buena aceptación de este nuevo producto con lo que se llegará a ser después de México, Brasil y Uruguay considerando el cuarto país en Sudamérica en aplicar dosis de IPV. (García, 2013)

En la región Amazonas, la aceptación de las vacunas por parte de las madres es un tema que todavía no es investigado, pese a que en el 2013 los indicadores de la Dirección Regional de Salud de Amazonas (DIRESA), no muestran altos resultados de cobertura que es de 71%. Esto se debe a diferentes factores, uno de ellos es la no aceptación de la poblaciones y grupos de vacunación, ya que cada vacuna que se incorpora genera ciertas reacciones en los usuarios, como se ha podido observar en los servicios de salud del área de Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) cuando las madres acuden al servicio de vacunación, no hay una total seguridad para aceptar la administración de la nueva vacuna IPV para sus menores hijos.

En la práctica del internado rural se observó que no existe un compromiso y aceptación del inmunobiológico IPV por parte de las madres, notando cierta insatisfacción en el incremento del número de veces de la administración por vía intramuscular y consecuentemente aumentando el número de lactantes que no son llevados a tiempo y la consecuencia de esto es la deserción; el cual es un tema directamente relacionado con el desempeño de la profesión de Enfermería en lo relacionado al cuidado de la familia y la comunidad, ya que un elemento fundamental en la cobertura del inmunobiológico es la aceptación de las madres para la administración de manera regular y oportuna.

Por lo que en esta investigación aportará conocimientos, siendo de relación directa del personal de salud con el usuario lo que será de mucha utilidad para el personal que labora en la Micro Red de Salud de 9 de Enero, ya que los resultados servirán como plataforma objetiva para el establecimiento de campañas de concientización de la madres para lograr la ampliación de la cobertura y aceptación de la vacuna, y uso de estrategias para la administración de los tres inyectables intramuscular, también servirá de base para la elaboración de un posible plan educativo promocional dirigido a las madres, afin de orientar hacia el cumplimiento de la vacuna. Además servirá como antecedentes a otras investigaciones que guardan relación con el objeto de estudio.

Entonces se plantea la interrogante: ¿Cuál es el nivel de aceptación de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV. Micro Red 9 de Enero-Chachapoyas-2014?. Teniendo como objetivo general determinar el nivel de aceptación de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV, también el objetivo específico: Identificar el nivel de aceptación según dimensiones: auto-aceptación, implicados y creencias de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV. Micro Red 9 de Enero. Chachapoyas -2014.

II. BASE TEÓRICA

A. Aceptación:

- **Concepto:** Con origen en el término latino *acceptatio*, el concepto de aceptación hace referencia a la acción y efecto de aceptar. Este verbo, a su vez, está relacionado con aprobar, dar por bueno o recibir algo de forma voluntaria sin oposición. Donde se puede asociar al término tolerancia, Aceptar no es lo mismo que gustar o estar feliz con algo, o aun tolerar. es el asentimiento de la persona a la realidad de una situación, el reconocimiento de un proceso o estado sin tratar de cambiarlo, protesta, o la salida. El concepto es cercano al significado de «tolerancia», derivado del latín 'acquiescere'. (Collines, 2009)

La aceptación es fundamental para el dogma central de la mayoría de las religiones abrahámicas, la palabra "Islam" se puede traducir como "aceptación", "entrega" o "sumisión voluntaria" y el cristianismo se basa en la "aceptación" de Jesús de Nazaret como el "Cristo" y podría ser comparado con algunos de los conceptos religiosos orientales como la atención budista. Religiones y tratamientos psicológicos a menudo sugieren el camino de la aceptación cuando la situación es a la vez no le gustaba e inmutable, o cuando el cambio sólo puede ser posible con un gran costo o el riesgo. La aceptación puede implicar sólo una falta de conducta, los intentos externos de posibles cambios, pero la palabra también se utiliza más específicamente para un estado cognitivo o emocional fíeltro o hipótesis. (Collines, 2009)

a. Tipos o dimensiones de la aceptación:

- **Auto-aceptación**

Auto aceptación está siendo amorosa y feliz con lo que eres ahora. Es un acuerdo con uno mismo para apreciar, validar, aceptar y apoyar lo que eres en este momento. (Collines, 2009)

Auto aceptación conduce a una nueva vida con nuevas posibilidades que antes no existían porque estaban atrapados en la lucha contra la realidad. Las personas tienen problemas para aceptar a sí mismos debido a una falta

de motivación. Algunos tienen la idea errónea de que si usted es feliz con uno mismo usted no cambia las cosas acerca de ti mismo. Esto no es cierto, usted no tiene que ser infeliz con usted mismo para conocer y cambiar de forma activa las cosas que no le gustan. (Collines, 2009)

- **Implicado**

Un tipo de aceptación que no se expresa con claridad, pero la intención de dar su consentimiento a las condiciones que se presentan se hace. Por ejemplo, la aceptación está implícita al demostrar cualquier acto que indica consentimiento de una persona para el negocio propuesto. Una señora selecciona un elemento en una tienda por departamentos y paga al cajero por ello. La dama ha indicado que se ha comprometido a ofrecer las tiendas del dueño del departamento para vender el artículo por el precio indicado en la etiqueta de precio. (Collines, 2009)

- **Creencias**

Dentro de las creencias cristianas la aceptación se caracteriza por el perdón. En la comunidad musulmana, la aceptación de Dios como su ser superior es similar a las personas que se consideran cristianos y cómo aceptar a Dios como su ser superior. (Collines, 2009)

Como para el judaísmo ha mostrado tener algunas creencias similares en cuanto a que acepten los diez mandamientos como una manera de vivir y tener una vida buena y satisfactoria. Las creencias pueden ser utilizadas en diferentes maneras de ser relacionados con la aceptación, especialmente en la vida cotidiana a pesar de que las creencias pueden ser más basadas en la religión. (Collines, 2009)

Las creencias y la superposición de aceptación, sin embargo, pueden ser muy diversas. La aceptación de otras creencias es importante mostrar el compromiso y la estructura de la propia vida. No sólo es vital para la supervivencia es una utilidad que se utiliza en las relaciones cotidianas. Para una sola persona para ser aceptado en un amigo de ellos ha

demostrado tener un impacto en la autoestima de las personas y su bienestar. (Collines, 2009)

B. Inmunobiológicos:

a. Definición: Son productos utilizados para inmunizar. Incluyen vacunas, toxoides y preparados que contengan anticuerpos de origen humano o animal. (Laxosmithkline, 2012)

b. Inmunobiológico antiplolio inactivada inyectable (IPV): La vacuna de poliovirus inactiva (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 antero lateral externo del muslo, con jeringa retractable de 1cc y aguja de 25 G x 1. (MINSa, 2013)

- **Composición:**

INFANRIX™-IPV contiene toxoide diftérico, toxoide tetánico, tres antígenos pertusi purificados. Los toxoides diftéricos y tetánicos obtenidos de cultivos de *Corynebacterium diphtheriae* y *Clostridium tetani* se inactivan y se purifican. Los componentes de la vacuna anti-tosferina acelular (TP, HAF y pertactina) se preparan a partir de cultivos de *Bordetella pertussis* en fase I, de los cuales se extraen y se purifican el TP, la HAF y la pertactina. La HAF y la pertactina se tratan con formaldehído. Los componentes de DTPa-IPV se formulan en solución salina y contienen 2-fenoxietanol. Cumple los requisitos de la Organización Mundial de la Salud para la fabricación de sustancias biológicas, de vacunas antidiftéricas. Una dosis de vacuna de 0,5 ml contiene no menos de 25 Lf (30 U.I.) de toxoide diftérico absorbido, no menos de 10 Lf (min. 40 U.I.) de toxoide tetánico absorbido, 25 µg de TP, 25 µg de HAF, 8 µg de pertactina, 40 unidades del antígeno D del tipo 1 (Mahoney), 8 unidades del antígeno D del tipo 2 (MEF-1) y 32 unidades del antígeno D del tipo 3 (Saukett) del virus de la poliomiélitis. (Laxosmithkline, 2012)

- **Posología y forma de administración:**

El ciclo de vacunación primario consta de tres dosis durante el primer año de vida y puede comenzar a partir de los 2 meses de edad. Las dosis posteriores deberán administrarse con un intervalo de un mínimo del mes. Cuando el ciclo primario se completa antes de los 6 meses de vida se puede administrar una dosis de refuerzo durante el segundo año, en cuyo caso se respetará un intervalo de un mínimo de 6 meses tras la finalización del ciclo primario. Se han obtenido datos sobre el uso de la vacuna como refuerzo para niños de hasta 13 años de edad. (Laxosmithkline, 2012)

c. ¿Es segura la IPV?

Sí. Los efectos secundarios de esta vacuna contra la polio (IPV) son muy leves y solamente duran unos cuantos días después del piquete. Algunas personas sufren durante unos días de dolor, inflamación y enrojecimiento leve en el sitio en donde se aplicó el piquete. Alguien que hubiera sido vacunado recientemente no representa peligro de contagio para una mujer embarazada o cualquier otra persona, ya que esta vacuna es una vacuna inerte. (Healthlink, 2013)

d. Vacuna: La vacuna, es una suspensión de microorganismos vivos (bacterias o virus) inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad. (MINSA, 2013)

e. Antígeno: Sustancia o grupo de sustancias que son capaces de estimular la producción de una respuesta inmune, específicamente de anticuerpos. En algunos Inmunobiológicos, el antígeno está claramente definido (toxoides diftérico o tetánico), mientras que en otros, es complejo o no está completamente definido (virus vivos atenuados, suspensiones de Bordetella Pertusis muertas). (MINSA, 2013)

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

- g. Actividades regulares de vacunación:** Son actividades que se realizan como parte del programa regular de vacunación y forman parte de la atención integral de las personas (niños, adolescente, adulto y adulto mayor), para garantizar la protección contra enfermedades prevenibles por vacunas. Se llevan a cabo por personal capacitado durante todos los días hábiles del año, en todos los establecimientos de salud del país. Las acciones de vacunación extramural se realizan a fin de hacer el seguimiento a los niños y completar el esquema de vacunación en forma completa y oportuna. (MINSA, 2013)
- h. Actividades complementarias de vacunación:** Son todas aquellas actividades de vacunación masiva que se realizan a nivel nacional, regional, local orientadas a mejorar las coberturas alcanzadas con la vacunación regular, y reducir la presencia de susceptibles. Están orientadas a una población objetivo, se desarrollan en un periodo de tiempo definido, y se programan dependiendo del impacto que se quiere lograr en el control, eliminación o erradicación de una determinada enfermedad. (MINSA, 2013)
- i. Barrido:** Actividad de vacunación masiva que se realiza con el objetivo de desarrollar una barrera sanitaria en un determinado ámbito geográfico, frente al riesgo epidemiológico por la presencia de un caso confirmado de una enfermedad sujeta a erradicación o eliminación o frente a la acumulación de susceptibles que supera el tamaño de la cohorte. Se realiza utilizando diferentes tácticas de vacunación: casa por casa, puestos fijos y móviles. La primera táctica, es la recomendada por excelencia y el ámbito de su ejecución puede ser distrital, provincial, regional o nacional. La vacunación comprende a toda la población objetivo (100%) de manera indiscriminada sin considerar su estado vacunal previo. Su ejecución debe ser rápida en un lapso de 2 semanas como máximo. (MINSA, 2013)
- j. Niño con vacuna completa:** Niño menor de 5 años que ha recibido todas las vacunas del Esquema Nacional de Vacunación según cronograma estipulado para su edad. Esta definición es considerada como producto dentro del Programa Articulado Nutricional con el código presupuestal 33254. (MINSA, 2013)

k. Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI): Los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI), se definen como todo cuadro clínico que presenta una persona luego de recibir una vacuna, que causa preocupación y es supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización. Implica una relación o asociación temporal; pero no una relación de tipo causa-efecto. (MINSA, 2013)

l. Vacunación segura: La vacunación segura es un componente prioritario y esencial de los programas de inmunización y comprende el cumplimiento de un conjunto de procedimientos normalizados, estandarizados o protocolizados que se observan desde la formulación de una vacuna, su producción, transporte, almacenamiento y conservación, distribución, manipulación, reconstitución, administración (inyección segura), eliminación (bioseguridad) y la vigilancia e investigación de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI). (MINSA, 2013)

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

n. Aplicación del esquema nacional de vacunación: El Estado Peruano a través del MINSA, garantiza la provisión de vacunas y jeringas para el cumplimiento del esquema nacional de vacunación. La aplicación del esquema nacional de vacunación es de carácter obligatorio para todo el territorio nacional, y para todas las entidades públicas, privadas y mixtas del sector salud. En casos excepcionales en que el sector privado colabore con el sistema público deberá contar con un convenio con la autoridad sanitaria (DIRESA/GERESA del ámbito nacional y DISAS de Lima Metropolitana) que garantice la gratuidad de la vacunación, adecuada cadena de frío e instalaciones; así como el llenado del sistema de información oficial vigente. (MINSA, 2013)

o. Composición de los Inmunobiológicos La naturaleza específica y los contenidos de las vacunas difieren entre sí, dependiendo de la casa productora, un Inmunobiológico contra la misma enfermedad puede variar en su composición por el uso de diferentes cepas o por la cantidad de unidades viables. Los constituyentes de los Inmunobiológicos generalmente son: (Uboldi, 2011)

- **Líquido de suspensión:** Puede ser tan simple como agua destilada o solución salina, o tan complejo como el medio biológico donde se haya producido el Inmunobiológico. (Uboldi, 2011)
- **Preservativos, estabilizadores y antibióticos:** Se utiliza este tipo de componentes para inhibir o prevenir el crecimiento bacteriano en los cultivos vírales, en el producto final o para estabilizar el antígeno. Son sustancias tales como timerosal y/o antibióticos específicos, por ejemplo, neomicina en la vacuna contra el sarampión. (Uboldi, 2011)
- **Adyuvantes:** En algunas vacunas con microorganismos muertos y fracciones de los mismos se utilizan compuestos de aluminio, alumbre o calcio, ASO4 (nuevo sistema adyuvante en vacuna de HPV), es un adyuvante exclusivo, de la vacuna antigripal FLUAD para incrementar la respuesta inmune. Esto ocurre porque el adyuvante retarda la absorción del antígeno haciendo que éste sea expuesto por más tiempo al sistema inmune. Los Inmunobiológicos que contienen tales adyuvantes deben inyectarse profundamente en la masa muscular, pues su inoculación en grasa o intradérmica provoca irritación local, granulomas o necrosis. (Uboldi, 2011)

p. Clasificación:

➤ **Microbiológicas :**

- **Vacunas vivas atenuadas** Son derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus o bacteria. Estos virus o bacterias son atenuados es decir debilitados en el laboratorio generalmente por cultivos repetidos. Para producir una respuesta inmune las vacunas vivas deben

replicarse en la persona vacunada. Cuando estas vacunas replican generalmente no causan enfermedad tal como lo haría la enfermedad natural. Cuando en algunos casos se produce enfermedad ésta es generalmente leve y se refiere como un evento supuestamente asociado con la vacunación (ESAVI). (Uboldi, 2011)

- **Vacunas inactivas** Se obtienen mediante: a) inactivación por medios físicos (calor) o químicos bacterias o virus enteros, totales, antígenos secretados (toxoides o anatoxinas) u obtención de fracciones inmunizantes virales o bacterianas. La respuesta inmunitaria es menos intensa y duradera que en el caso de las vivas y fundamentalmente, de tipo humoral. Se necesitan varias dosis para la primo vacunación y para mantener un nivel adecuado de anticuerpos séricos. En general la primera dosis no genera inmunidad, es decir no produce anticuerpos protectores, solamente “pone en alerta” al sistema inmune, la protección se desarrolla recién después de la segunda o tercera dosis.(Uboldi, 2011)

➤ **Sanitarias:**

- **Vacunas sistemáticas:** presentan un interés individual y comunitario, por lo que se aplican a la totalidad de la población (excepto contraindicación), dentro de los programas de Salud Pública (calendarios vacunales) para conseguir elevadas coberturas vacúnales que aseguren niveles adecuados de inmunidad colectiva frente a distintas enfermedades (difteria, tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubéola, parotiditis, enfermedad por *Haemophilus influenzae* tipo b, hepatitis B). (Uboldi, 2011)
- **Vacunas No sistemáticas u opcionales:** la aplicación de estas vacunas es de carácter individual, basándose en las indicaciones formuladas por un médico a la vista de las circunstancias individuales ambientales del paciente o ante la aparición de brotes epidémicos.(Uboldi, 2011)

- **Vacuna monovalente** Es la vacuna que contiene un solo serotipo de un micro organismo específico. (MINSAs, 2013)
- **Vacuna polivalente** Es la vacuna que contiene varios serotipos de un micro organismo específico; por ejemplo Antigripal trivalente, antipolio, antineumocócica, entre otras. (MINSAs, 2013)
- **Vacuna combinada** Es la vacuna constituida de 2 o más antígenos de microorganismos diferentes; por ejemplo: DPT. (MINSAs, 2013)
- **Vacuna conjugada** La vacuna conjugada resulta de la combinación del antígeno (mucopolisacárido) con proteínas transportadoras, con el objeto de generar respuesta inmunológica en el menor de dos años. (MINSAs, 2013)
- **Vacunas recombinantes** Es la vacuna compuesta por partículas proteicas producidas en células huésped, generalmente levaduras, en las que se ha insertado, por técnicas de recombinación de ADN, el material genético responsable de su codificación. (MINSAs, 2013)

q. Inmunobiologicos en el esquema nacional de vacunación:

Vacuna BCG, Vacuna contra la Hepatitis B, Vacuna contra la Hepatitis B (HVB) en mayores de 5 años, Vacuna Pentavalente, Vacuna Toxoide Diftotetano Pediátrico (DT), Vacuna Haemophilus Influenzae Tip. B(HIB), Vacuna Antipolio Inyectable (IPV) , Vacuna antipolio Oral (APO) , Vacuna Contra el Rotavirus, Vacuna contra el Neumococo, vacuna Contra Sarampión ,Paperas y Rubéola(SPR), Vacuna Sarampión y Rubeola(SR), Vacuna Antiamarílica (AMA) , Vacuna Contra la Difteria , Pertusis y Tétano , La vacuna DT adulto, Vacuna Contra el Virus del Papiloma Humano(VPH) , Vacuna contra la Influenza. (MINSAs ,2013)

r. Esquema de calendario de vacunación del lactante menor de 6 meses.

Según la Norma Técnica de salud que establece el esquema nacional de inmunizaciones: (MINSAs, 2013)

- Recién Nacido: BCG Vía Intradérmica y HVB, vía intramuscular.

- A los 2 meses de edad: Primera dosis de pentavalente, IPV y neumococo, vía intramuscular y primera dosis de rotavirus vía oral.
- A los 4 meses de edad: segunda dosis de pentavalente, IPV y Neumococo, vía intramuscular y segunda dosis de vacuna rotavirus vía oral.
- A los 6 meses de edad: tercera dosis de pentavalente por vía intramuscular y primera dosis de APO, vía oral.

C. Generalidades

- b. Ser madre:** Es un gran privilegio, pero también una gran responsabilidad, es sufrir, pero también gozar, es dar, pero también no recibir nada a cambio, es amar, pero también ser olvidada, es esperar, pero también confiar, es enfrentar situaciones difíciles, pero también tomar grandes decisiones, es callar, pero también hablar, es interceder por el hijo y ver la respuesta, es amar incondicionalmente, es perdonar. Ser madre es compadecerse del hijo de su vientre. Aceptar la responsabilidad y no depositarla en otros (Vargas, 2012)
- c. Madre en la adolescencia:** La vida del adolescente en y ventana de adultez (17-19) es la época en la que experimentan aspectos importantes de su identidad, al lograr la independencia financiera y mostrar su habilidad para asumir responsabilidades de adulto.(Grimaldo, 2010)

Al experimentar responsabilidades tempranas, y el pasar a la etapa de ser madre el adolescente se sujeta a toma muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo. Es en esta etapa de la vida cuando la mayoría de las personas dejan el hogar paterno, Es decir, tiene las principales transiciones. Para la sociedad. Están preocupados por ser “buenas”, agradar a los demás y mantener el orden social. Y el deseo de demostrar a los demás madurar rápido tomando daciones, como manera de afrontamiento satisfactoriamente. (Grimaldo, 2010)

d. Etapas de vida:

- **Lactante:** Período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad. Este periodo a su vez puede dividirse en dos subperiodos. Lactante Menor: desde los 29 días de nacido hasta los 12 meses de edad. Lactante Mayor: desde los 12 meses de edad hasta los 24 mes (Montero, 2011)
- **Etapa de vida niño:** Son las niñas y los niños la etapa de recién nacido hasta los nueve años con 11 meses y 29 días. Esta etapa de la vida es la más vulnerable en el crecimiento y desarrollo humano ya que en ella se instalan y ocurren procesos que garantizan la formación de una persona con todo su potencial (MINSa, 2011)
- **Etapa de vida adolescente:** Son los/las adolescentes comprendidos entre los 10 y 19 años reconociéndose en su interior dos grupos con diferentes necesidades y procesos, la adolescencia temprana comprendida entre los 10 y 14 años y la adolescencia propiamente dicha entre los 15 y 19 años.(MINSa, 2011)
- **Etapa de vida adulto:** Son los/las adultos comprendidos entre los 20 y 59 años reconociéndose en su interior tres grupos con diferentes necesidades y procesos, adulto joven comprendido entre los 20 y 24 años, adulto intermedio de 25 a los 54 años y adulto pre - mayor entre los 55 y 59 años. (MINSa, 2011)
- **Etapa de vida adulto mayor:** Son las personas adultas mayores a partir de los 60 años a más. (MINSa, 2011)

e. Grado de instrucción:

- **Definición:** La instrucción es una forma de enseñanza, que consiste en la impartición de conocimientos o datos a una entidad dada, ya sea una persona,

un animal o un dispositivo tecnológico. La instrucción puede brindarse en un marco de aprendizaje y de educación, o bien, con un propósito meramente funcional u operativo. (MINEDU, 2013)

Cuando la instrucción se corresponde con un ámbito educativo, puede tratarse de educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o universidad, puede ocurrir en un ambiente laboral o en una situación cotidiana entre dos amigos, puede incluso tener lugar en espacios jerárquicos o simplemente tener lugar de manera improvisada. En cualquier caso, para que exista instrucción deben existir dos partes, de las cuales una será la instructora (es decir, la que posee conocimiento a transmitir) y la otra será la instruida (la que recibe la enseñanza). (MINEDU, 2013)

- **Clasificación:**

Sin nivel, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, superior técnica completa, superior técnica incompleta, universitario completa, universitario incompleta, posgrado. (MINEDU, 2013)

2.3. Teorías y/o Modelos:

- a. **Teoría del cuidado humanizado -Jean Watson:** Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que: “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”. (Rivera, 2007)

Metaparadigmas:

- **Medio ambiente:** Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (Rivera, 2007)
- **Enfermería:** La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la

enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta". (Rivera,2007)

- b. Teoría de Nola Pender -Modelo de promoción de la salud:** Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la aceptación de la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria de la persona. (Cisneros, 2008)

Metaparadigmas:

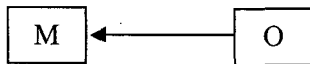
- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general. (Cisneros, 2008)
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teoriza. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual para aceptar sus factores variables. (Cisneros, 2008)
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud. (Cisneros, 2008)

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo y diseño de Investigación:

El presente trabajo de investigación es de tipo exploratorio, descriptivo simple, prospectivo, de corte transversal. (Hernández, 2010)

El diagrama de este tipo de estudio fue el siguiente:



Dónde:

M = Madres con lactantes de 2 a 6 meses de la Micro Red 9 de Enero.

O = Nivel de aceptación del Inmunobiológico IPV.

3.2. Universo muestral:

Se consideró a todas las madres de lactantes de 2 a 6 meses pertenecientes a la Micro Red-9 de Enero, lo cual fueron 69 madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión:

- Madres que deseen participar voluntariamente.
- Madres que residan en los asentamientos humanos de la ciudad de Chachapoyas que sean atendidas en Puestos de Salud pertenecientes a la Micro Red 9 de Enero.

Criterio de exclusión:

- Madres diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental.

3.3. Método, técnica e instrumento de recolección de datos

a. **Método:** encuesta. (Hernández, 2010)

b. **Técnica:** cuestionario. (Hernández, 2010)

c. **Instrumento de recolección de datos:** Formulario de cuestionario. (Hernández, 2010)

Para medir la variable de estudio se utilizó el formulario de cuestionario denominado “Nivel de aceptación de las madres del Inmunobiológico IPV”, el cual fue elaborado por el investigador que cuenta con las partes: de introducción,

instrucciones, datos generales, ítems. Dimensionado en: auto-aceptación, implicados y creencias cada uno con 10 ítems con un total de 30 ítems. En la cual se usó la escala ordinal para medir la variable de investigación y para la respuesta de los ítems se hizo uso de la escala de dicotómica considerando No=1, Si = 2.

En los ítems número 6, 13,16, 21,22, 24,26 27 se considerará Si= 1 y No = 2.

La puntuación según lo siguiente:

➤ Para la variable

Mala	: 30-40 puntos
Regular	: 41-50 puntos
Buena	: 51 -60 puntos

➤ Para las dimensiones

• Auto Aceptación (ítems 1-10)

Mala	: 10-13
Regular	: 14-16
Buena	: 17-20

• Implicados (ítems 11-20)

Mala	: 10-13
Regular	: 14-16
Buena	: 17-20

• Creencias (ítems 21-30)

Mala	: 10-13
Regular	: 14-16
Buena	: 17-20

Validez y confiabilidad:

El proceso de validación se realizó a través del juicio de expertos (07), cuyos resultados fueron analizados con la prueba binomial y Z de Gauss obteniendo el $VC=6.014 > VT=1.6449$ (ver anexo 02) estando adecuado el instrumento. Para medir la confiabilidad se aplicó al 14% (10) de la población, los datos fueron analizados con la fórmula Split Halves con resultado obtenido de 0.62 y

Spermean de Brow obteniendo un valor de 0.76, indicando una fuerte confiabilidad (ver anexo 03).

d. Procedimiento de recolección de datos:

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

1. Se solicitó mediante una carta a la responsable del área niño del Centro de Salud 9 de Enero con el fin que facilite el Padrón Nominal de la Micro Red 9 de Enero donde se encontraban las direcciones de cada madre con lactantes pertenecientes a la jurisdicción de la Micro Red.
2. Se coordinó colectivamente con los responsables del área niño de cada Puesto de Salud. con el fin de reunir a las madres.
3. Se capacitó a los encargados del área niño del Puesto de Salud Pedro Castro Alva quienes colaboraron para que se aplique el instrumento.
4. Se aplicó el instrumento a partir del 01-04-14 hasta el 02-06-14.
5. Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

3.4 Análisis y presentación de datos,

- La información final se procesó en el software Microsoft Excel versión 2007; se utilizó la estadística descriptiva, los resultados son mostrados en tablas simples así como en gráficos de barras.

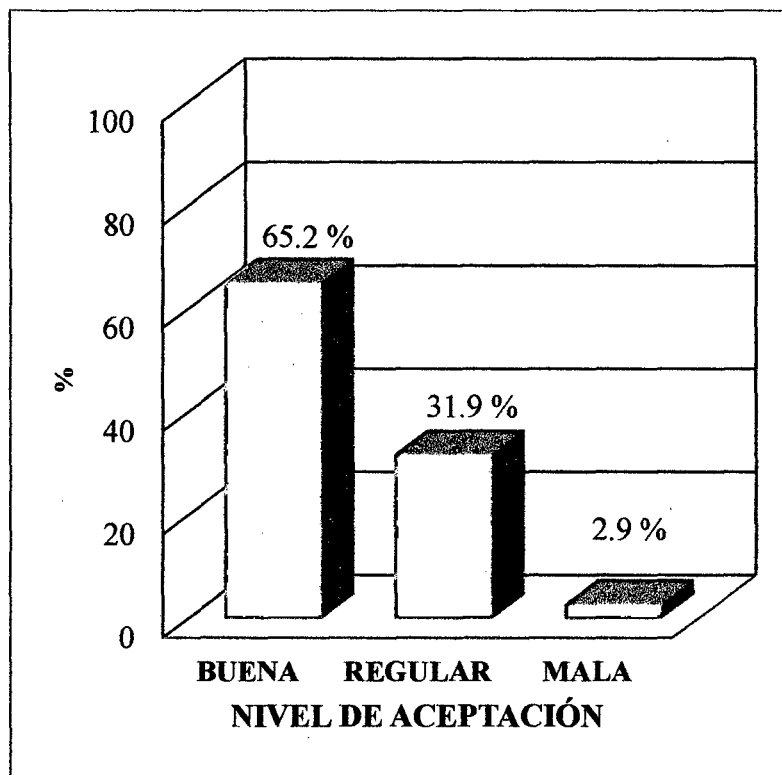
IV. RESULTADOS

TABLA n.º 01: NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS MADRES CON LACTANTES DE 2 A 6 MESES, SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBIOLOGICO IPV. MICRO RED 9 DE ENERO -CHACHAPOYAS-2014.

NIVEL DE ACEPTACION	fi	%
BUENA	45	65.2
REGULAR	22	31.9
MALA	2	2.9
TOTAL	69	100.0

FUENTE: *Formulario de encuesta realizada por el investigador.*

GRÁFICO n.º 01: NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS MADRES CON LACTANTES DE 2 A 6 MESES, SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBIOLOGICO IPV. MICRO RED 9 DE ENERO -CHACHAPOYAS-2014



FUENTE: *Tabla n° 01.*

Interpretación:

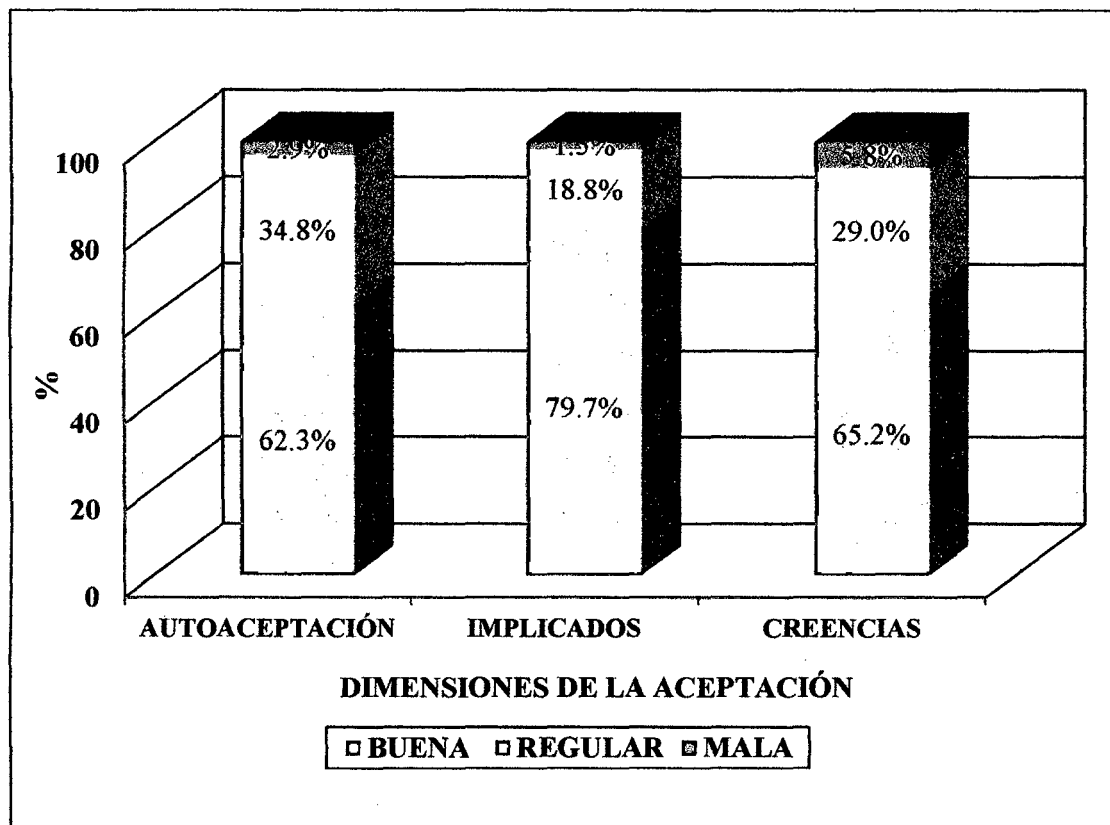
En la tabla/gráfico n.º 01, observa que del 100% (69) de las madres con lactantes de 2 a 6 meses el 65.9%(45) madres tienen una buena aceptación de la administración del inmobiológico IPV; seguido del 31.9% (22) madres con una regular aceptación de la administración del inmunobilógico IPV y el 2.9% (2) tienen una mala aceptación de la administración del inmunobiológico IPV.

TABLA n.º 02: NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS MADRES CON LACTANTES DE 2 A 6 MESES, SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBIOLOGICO IPV, SEGÚN DIMENSIONES: AUTO-ACEPTACIÓN, IMPLICADOS Y CREENCIAS. MICRO RED 9 DE ENERO. CHACHAPOYAS -2014.

NIVEL DE ACEPTACIÓN	AUTOACEPTACIÓN		IMPLICADOS		CREENCIAS	
	fi	%	fi	%	fi	%
BUENA	43	62.3	55	79.7	45	65.2
REGULAR	24	34.8	13	18.8	20	29.0
MALA	2	2.90	1	1.5	4	5.8
TOTAL	69	100.0	69	100.0	69	100.0

FUENTE: *Formulario de encuesta realizada por el investigador.*

GRÁFICO n.º 02 NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS MADRES CON LACTANTES DE 2 A 6 MESES, SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBiolÓGICO IPV, SEGÚN DIMENSIONES: AUTO-ACEPTACIÓN, IMPLICADOS Y CREENCIAS. MICRO RED 9 DE ENERO. CHACHAPOYAS -2014.



FUENTE: *Tabla n.º 02.*

Interpretación:

En la tabla/gráfico n.º 02, se observa que del 100% (69) de madres con lactantes de 2 a 6 meses de edad el 62.3% (43) de las madres tienen una buena aceptación en la dimensión de auto-aceptación sobre la administración del inmunobiológico IPV, seguido del 34% (24) de las madres que tienen una regular aceptación sobre dicho inmunobiológico, y solo se observa que el 2.9% (2) de las madres tienen una mala aceptación sobre el inmunobiológico IPV. En la dimensión de implicados el 79.7% (55) madres tienen una buena aceptación sobre la administración del inmunobiológico IPV, seguido del 18.8% (13) de las madres que tienen una regular aceptación sobre la

administración de dicho inmunobiológico, y se observa que solo el 1.4% (1) de las madres tienen una mala aceptación y en la dimensión de creencias se observa que el 65.2% (45) madres tienen una buena aceptación sobre la administración del inmunobiológico IPV, seguido del 29.0% (20) de las madres que tienen una regular aceptación sobre la administración de dicho inmunobiológico, se observa que el 5.8% (4) de las madres tienen una mala aceptación sobre la administración del inmunobiológico IPV.

V. DISCUSIÓN

En la tabla/gráfico n.º 01, observa que del 100% (69) de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, el 65.9%(45) madres tienen una buena aceptación de la administración del inmunobiológico IPV; seguido del 31.9% (22) madres con una regular aceptación de la administración del inmunobilógico IPV y el 2.9% (2) tienen una mala aceptación de la administración del inmunobiológico.

Ciertas coincidencias se encuentran con el estudio realizado por Sanchez, 2008. Quien concluyó que un 81% de las madres encuestadas aceptó la aplicación de la vacuna para el niño menor de 2 años y un bajo porcentaje de las madres encuestadas rechazarían la administración de la vacuna, acotó que para una campaña de vacunación es importante que reciban una información amplia a cerca de la vacuna.

Similares son los resultados obtenidos con el autor Somogyi, L; Malpica, C y Rodríguez, 2009. Quienes obtuvieron como resultado que el 80,98 % respondió sentirse totalmente a favor en relación con la aplicación de vacuna para el menor de 2 años. Concluyó que la información construye un formato para obtener la decisión informada y se presenta a fin de considerarla para su aplicación en campañas de inicio de vacunación.

De otra parte, Ramos, 2010 en la investigación formativa que fue diseñada con el propósito de orientar el desarrollo de tres estrategias: una de distribución de la vacuna, una de comunicación (para proyección hacia las comunidades) y otra de promoción (dirigida a diseñadores de políticas). Llegó a la conclusión que las vacunas son bien aceptadas por la población.

Contrastando sus resultados con las del autor Aguilar, G; Bahena, L; Cruz, I y Villadózola V. 2008. Obtuvo que el 10.2% tuvo una buena aceptación de la vacuna frente a un 89.8% que no aceptó. Concluyeron que la actitud de rechazo a la vacuna por parte de las madres es un objeto de análisis de los factores relacionados con los resultados encontrados.

En cambio los resultados de la investigación que se realizó son alentadores ya que la mayoría de las madres encuestadas tuvo una buena aceptación a la administración del Inmunobilógico IPV para sus lactantes y este es un factor determinante para el éxito de la campaña de vacunación contra este virus que recientemente han iniciado las instituciones de salud. De esta manera se irá asegurando la sostenibilidad en la cobertura de la vacunación. Y conocer la predicción clínica en las realidades sociales es importante para lograr mayor aceptación de la vacuna en beneficio para la comunidad y la familia. Así mismo un considerable porcentaje de las madres encuestadas se encuentra con una regular aceptación, donde se puede detectar un importante riesgo ante la estabilidad para en el mantenimiento de la cobertura de la vacuna que a la largo puede representar un obstáculo en la vacunación, a demás llama la atención que el 2.9% de las madres encuestadas no aceptó la vacuna, Aunque es un porcentaje pequeño, es necesario investigar otros factores que influyen en la toma de decisión. Entonces esto debe ser motivo de reflexión para los ámbitos sociales, políticos y trabajadores de salud.

Todo lo expresado se relaciona con la teoría de Nola Pender, “Promoción de la salud”, quien identifica en el individuo en factores cognitivos-preceptuales son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la aceptación de la acción; donde cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual para aceptar sus factores variables.

De igual manera, se encontró que de las madres encuestadas con lactantes de 2 a 6 meses de edad que contaban con un grado de instrucción secundaria que representan el 34.8 % del total seguido de grado de instrucción superior con un 15.9% del total en su mayoría de los casos tiene una buena aceptación sobre la administración del inmunobiológico (ver anexo 05), es innegable que la información es un punto central para despertar la actitud crítica de los informantes y determinar un mayor nivel de aceptabilidad del inmunobilógico.

Similares resultados se encuentra en el estudio realizado por Morales, 2014. Quien encontró que el grado de instrucción con nivel secundario que representa el 61% del total de los padres encuestados seguido con nivel superior con un 16% del total de encuestados. Concluyó que en su mayoría aceptaba bien la vacuna para sus hijos menores de 5 años.

Por su parte Wisner, 2010. Expone que la aceptabilidad a la vacuna varía en relación con el contexto sociocultural y educativo de los padres, así como el nivel de estudios de preparatoria aporta para lograr mayor aceptación de la vacuna.

Nola Pender, en su teoría de “Promoción de la Salud” explica que las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud y aceptar a estas como la importancia de los procesos cognitivos y aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual influyen en la aceptación de las nuevas posibilidades de salud.

Collines, 2014 define que el nivel de aceptación es la acción y efecto de aceptar, a su vez, está relacionado con aprobar, dar por bueno o recibir algo de forma voluntaria sin oposición que asocia al término tolerancia. Aceptar no es lo mismo que gustar siendo un sentimiento de la persona a la realidad de una situación que se puede ver influenciada por las características del entorno y la susceptibilidad psico-cognitivo del individuo.

La experiencia obtenida en la presente investigación, se considera que antes de iniciar las campañas de vacunación debe darse a las madres amplia información sobre el Inmobiológico IPV, a través de los diferentes medios para reforzar la aceptación por parte de las madres.

En la tabla/gráfico n.º 02, se observa que del 100% (69) de madres con lactantes de 2 a 6 meses de edad el 62.3% (43) de las madres tienen una buena aceptación en la dimensión de auto-aceptación sobre la administración del inmunobiológico IPV, seguido del 34% (24) de las madres que tienen una regular aceptación sobre dicho

inmunobiológico, y solo se observa que el 2.9% (2) de las madres tienen una mala aceptación sobre el inmunobiológico IPV. En la dimensión de implicados el 79.7% (55) madres tienen una buena aceptación sobre la administración del inmunobiológico IPV, seguido del 18.8% (13) de las madres que tienen una regular aceptación sobre la administración de dicho inmunobiológico, y se observa que solo el 1.4% (1) de las madres tienen una mala aceptación y en la dimensión de creencias se observa que el 65.2% (45) madres tienen una buena aceptación sobre la administración del inmunobiológico IPV, seguido del 29.0% (20) de las madres que tienen una regular aceptación sobre la administración de dicho inmunobiológico, se observa que el 5.8% (4) de las madres tienen una mala aceptación sobre la administración del inmunobiológico IPV.

Al respecto Wiesner, 2010. Concluyó que era evidente que la aceptabilidad de los padres hacia la vacuna está determinada por su capacidad crítica frente a los conocimientos y creencias socioculturales en la forma como abordan las actitudes frente a la vacuna, también que se encuentra que la aceptabilidad a la vacuna varía en relación con el contexto de creencias socioculturales y educativas de los padres.

Por otro lado Morale, 2014. Determinó que la aceptación de la vacunación por parte de los padres de familia para evitar las enfermedades, ha demostrado que está influenciado por las actitudes y creencias específicas sobre los procesos de la enfermedad y vacunación considerando que las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa a la aceptación de la vacuna.

Por lo que, el presente estudio de acuerdo a las dimensiones los resultados son favorables ya que se encuentra un mayor porcentaje con buena aceptación esto está sujeto a diversos compromisos y factores no solo individuales sino también del entorno que influyen en la salud. Llama la atención que en la dimensión de creencias un porcentaje no tenga buena aceptación sobre la administración del inmunobilógico considerando que es indispensable que estas nuevas opciones de mejora de salud sean bien aceptadas para la erradicación de la enfermedad de la poliomielitis.

Considerando que Gillray, 2009. Publicó que 2000 líderes religiosos conservadores del norte de Nigeria, suspicaces respecto a la medicina occidental, recomendaron a sus seguidores que no vacunasen a sus hijos con la vacuna oral contra la poliomielitis, la inmunización fue suspendida durante meses. Como consecuencia, la poliomielitis, reapareció en una docena de países vecinos de Nigeria, previamente libres de esta enfermedad. Así, Nigeria se había convertido en un exportador del virus de la polio hacia sus vecinos africanos. La población de los estados afectados no aceptó la vacunación de otros inmunobiológicos y así se reportaron 20.000 casos de sarampión y cerca de 600 muertos desde enero hasta marzo de 2005.

Además Wisner, 2010. Determinó una categoría que emergió claramente que las personas con mayor tradición religiosa se encuentran en la clara preocupación por la carencia ya que las mujeres cristianas o de otros grupos religiosos han mostrado tener una menor aceptabilidad de vacunar tempranamente a sus hijas. Esta categoría permite resaltar la necesidad de que la vacuna se convierta en una razón para fortalecer los programas de y fortalecer los factores influyentes.

Por lo que Jean Watson, en su teoría del “cuidado humanizado” cuyo el campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas para aceptar las oportunidades y coherencia entre ello. La Enfermería es capaz de detectar y sentir esta realidad, a su vez, es capaz de expresarlos de forma semejante lo que la otra persona experimenta para actuar sobre ello. (Rivera, 2007)

En el estudio que realizamos entre las madres con lactantes de 2 a 6 meses encuestadas se encontró que en el rango de edad de 17-19 años que representa 21.7% del total siendo un en mayor número en relación a los demás rangos de edad considerados. Se concluye que la mayoría tiene una buena aceptación sobre la administración del inmunobiológico, frente a un 1.4% con una regular aceptación y ninguna madre encuestada con una mala aceptación.

Con los resultados obtenidos se puede decir que una mujer convertida en madre a temprana edad, está más predispuesta a aceptar la vacuna como modo de experimentación e incorporación a este nuevo rol de ser madre ante la sociedad y que

los adultos de 25 años en adelante sienten que han logrado conocer y experimentar las situaciones por lo que no están sujetos a aceptar la imposición de nuevas oportunidades de salud y emitiendo sus propios juicios a cerca de aceptar o no la vacunas para su bebé.

Contrastando con la investigación de Morales, 2014. Quien encontró que en el rango de edad entre 30-35 años que representa un 42%, seguido del rango de edad de 36 años a más con un 37% representando estos la mayoría de las madres encuestadas. Concluyó que la mayoría tiene una buena aceptación sobre la administración de la vacuna para sus para sus menores hijos, lo cual evidencia una edad madura para la toma de decisiones.

Por su parte Grimaldo, 2007. Concluye que el ser madre a temprana edad implica que asumir responsabilidades y estar más predispuesta a tomar decisiones con lo que está sujeta aceptar las oportunidades de mejora de salud para su bebe, con esto demostrar su rápida maduración en la solución de problemas

Los resultados obtenidos en la presente investigación debe considerarse como una plataforma que conlleve a investigar otros factores influyentes en la aceptación del inmunobiológico IPV, tanto personales, sociales y del entorno.

VI. CONCLUSIONES

1. La mayoría de las madres con lactantes de 2 a 6 meses tienen una buena aceptación sobre la administración del inmunobiológico IPV. Micro Red 9 de Enero -Chachapoyas-2014.
2. La mayoría de las madres con lactantes de 2 a 6 meses de edad tienen buena aceptación, sobre la administración del inmunobiológico IPV, según dimensiones, auto-aceptación, implicados y creencias. Micro Red 9 de Enero- Chachapoyas - 2014.

VII. RECOMENDACIONES

DIRESA AMAZONAS:

- Formular directivas estrategias y normas para la difusión e información que apoyen a la aceptación de la vacuna de las madres con lactantes.
- Implementar directivas de investigación en predicciones de impacto social antes de la introducción de una nueva vacuna para la población.

A LA MICRO RED 9 DE ENERO.

- Sostener reuniones de información y planificación no solo con el personal de salud si no también involucrando a las autoridades locales pertenecientes a su jurisdicción, para posibles mejoras en el mantenimiento de la cobertura del inmunobiológico IPV.

A LOS PUESTOS DE SALUD

- Fomentar actividades de información que incluyan las autoridades locales y a la comunidad en general para la difusión de a cerca del inmunobiológico IPV.
- Realizar eventos para estimular a las madres que cumplan oportunamente la aplicación de las dosis completas del inmunobilógico IPV.

A LA FAMILIA

- Involucrar a todos los miembros de la familia para cumplir oportunamente la administración del inmununobilógico IPV para sus lactantes.
- Participar activamente en las actividades programadas por los establecimientos de salud.

A LOS ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DEL LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA.

- Continuar la investigación sobre los factores que influyen en la aceptación del inmunobiológico.
- Investigar sobre la efectividad de las vacunas y los programas orientados a su aplicación y cumplimiento de ello.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Libros

- Hernández Sampieri, Rober; Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio María del Pilar. (2010). "Metodología de la Investigación". 5ta edic. Editorial Mc. Graw hill interamericana. México. Pp.656.

Tesis y Monografías

- Morales Malpartida Marytha Katia (2014) "Factores psicosociales que influyen en la aceptación de la vacunación en los padres de familia de escolares de la I.E. Héroes de San Juan Lima – Perú 2013". Escuela de Enfermería.Universidad nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Pág 1-92.
- Rondón Nava, Marilu (2008), Cobertura de vacunación de los niños del pre-escolar "El muchachito" del Hospital central Universitario y Nivel de conocimiento de sus representantes sobre el esquema ideal de vacunación. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" Tesis de Postgrado Puericultura y Pediatría. Pág. 1-92.

Artículos y Revistas.

- Sánchez Anguiano Luis F; Lechuga Quiñones Angélica M; y Lares Bayona Felipe (2013). Conocimiento y aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano entre madres de estudiantes de la ciudad de Durango. Artículo Gineco Obstétrico. México. Vol 81. Pág. 77-85.
- Somogyi Liliane; Malpica Carmen y Carrillo Denny. (2009). Vacunación VPH. Propuesta bioética y consentimiento informado. Revista obstétrica Ginecológica, Venezuela. Vol. 69. Pág. 33-45.

Sitios en Web

- Aguilar, Gwendolin. et alt. Nivel de aceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humana, (VPH) en madres e hijas de un colegio privado del estado de Morelos, México. Disponible en http://acmor.org.mx/sites/default/files/Resumen_VPH.pdf Acceso el 21 de febrero del 2014.

- Aistabal Hoyos Gladis; Blanco Borjas Dolly y Sanchez Ramos Araceli. El Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender: Una Reflexión en Entorno. Disponible en http://www.google.com.pe/url?url=http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=5ctlu53_ni_lsqtez4koca&ved=0cbiqfjaa&usg=afqjcnfsk2r9-wire8_k1pb-bft67g_gig. Acceso el 04 de agosto del 2014.
- Boscan Mariana; Salinas Belen; Trestini Maria y Tomat María. Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. Disponible en <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/102/1/12145.pdf> Acceso el 21 de febrero del 2014.
- Cisneros Fanny G. Teorías y modelos de Enfermería. Información leída. Disponible en <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos>. Acceso el 22 de febrero del 2014.
- Collines Song, Willam. Aceptación definición, tipos creencias. Disponible en http://centrodeartigos.com/articulos-de-todos-los-temas/article_31720.html. Acceso el 19 de febrero del 2014.
- Garcia, Lyon. diario El comercio “Introducen nueva vacuna el país”. Disponible en <http://m.scidev.net/america-latina/salud/noticias/brasil-alto-nivel-de-aceptacion-de-vacuna--v.html>. Acceso el 24 febrero del 2014.
- Garnett, Kim J, French K, Goldie SJ. Chapter. Estrategias de vacunación contra el virus del papiloma humano en el mundo en desarrollo. Disponible en http://www.rho.org/files/CCA_estrategias_de_vacunacion_VPH.pdf, pp 4 -26. Acceso el 21 de febrero del 2014.
- Gillray James. Controversia de las Vacunas. Información leída. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Controversia_de_las_vacunas. Acceso el 19 de febrero del 2014.
- Grimaldo Muchotrig, Miriam P. Explicación del Jucio Moral desde el Constructivismo familiar. https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fcct.usmp.edu.pe%2Fcultura%2Fimagenes%2Fpdf%2F21_12.pdf&ei=19TqU4LtOOvNsQTtmoL4Bw&usg=AFQjCNGDqHLME9DGwpmhd3Wkao1L1_hojw. Acceso 13 de agosto del 2014.

- Healthlink British, Dennyly. (2013). Vacuna contra el Tétanos, Difteria; Tos ferina y Poli (Tdap-IPV), Colombia. Disponible en: <http://www.healthlinkbc.ca/healthfiles/bilingua/spanish/hfile15a-S.pdf>. Acceso el 26 de febrero del 2014.
- Laxosmithkline Perú s.a. Antígeno pertusi purificados toxoide poliomiélitis, toxoide tetánico. Disponible en http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/immun/fact_sheets/spanish/IPV.pdf. Acceso el 19 de febrero del 2014.
- Ministerio de educación (MINEDU). Descripciones del Aprendizaje. Disponible en <http://www.minedu.gob.pe/p/politicas-aprendizajes-presentacion.html>. Acceso el 26 de Febrero del 2014.
- Ministerio de Salud (MINSA) RM N° 070-2011: Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. Resolución Ministerial. Perú. Disponible en ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM510_2013_MINSA.pdf. Acceso el 19 de febrero del 2014.
- Montero, leida C. enfermería materno-infantil. Disponible en http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Lactante. Acceso el 20 de febrero del 2014.
- Ramos, Irma. Et al. Desarrollo de una estrategia para introducir la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en el Perú: Resultados de la Investigación Formativa del Proyecto Vacunas contra el VPH: Evidencias para Impacto (PATH). Disponible en http://www.path.org/publications/files/RH_hpv_lessons_learned_peru_sp.pdf. Acceso el 28 de febrero del 2014.
- Rivera Álvarez Luz N. y Álvaro Triana. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica. Disponible en <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/cuidado%20humanizado%20de%20enfermeria%20visibilizando%0la%20teoria%20y%20la%20investigacion%20en%20la%20practica.pdf>. Acceso el 21 de febrero del 2014.
- Uboldi, María A. Generalidades de vacunas 2011. Disponible en http://www.colfarsfe.org.ar/newsfiles/marzo2011/Generalidades_de_Vacunas.pdf. Acceso el 20 de febrero del 2014.
- Vargas Aistabalin, Dollyn K. Definiciones general “el privilegio de ser madre”. Disponible en <http://www.definicionabc.com/general/madre.php> acceso el 26 de ferero del 2014.

- Wiesner Carolina; Piñeros Marion; y Ardila Jaime. Aceptabilidad de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano en padres de adolescentes. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n6/v12n6a08.pdf>. Acceso el 21 de febrero del 2014. Acceso el 20 de febrero del 2014.

ANEXOS



ANEXO n.º 01

**“UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS”**



Facultad de Enfermería

NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS MADRES DEL INMUNOBiolÓGICO IPV

I. INTRODUCCIÓN:

Estimada madre de familia, le invito a participar en la presente investigación que se realiza con el objetivo de: “Determinar el nivel de aceptación de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV. Micro Red 9 de Enero- Chachapoyas- 2014”

Se agradecerá mucho que conteste las preguntas con seriedad y honestidad, ya que su opinión será anónima y reservada, solo con el objeto de estudio.

II. INSTRUCCIONES:

A Continuación se presentan una serie de ítems relacionados con el tema, marque en el espacio más conveniente ya sea Si ó No

III. DATOS GENERALES:

Edad de la madre:

a). 14-16 b) 17-19 c) 20-25 d) 26-30 e) 31-35 f) 35 a más

Edad del lactante:

a) 2 meses b) 3 meses c) 4 meses d) 5 meses e) 6 meses

Grado de instrucción de la madre:.....

Establecimiento de salud donde pertenece:.....

N°	ITEMS	Si	No
Auto aceptación			
1	¿Ha escuchado sobre la vacuna IPV?		
2	¿Está de acuerdo que vacunen a su bebé?		
3	¿Cree usted que es importante que vacunen con la IPV a su bebé?		
4	¿Le parece importante llevar al establecimiento de salud para que vacunen a su bebé?		
5	¿Se sienta a gusto cuando lo administran a su bebé la vacuna IPV?		
6	¿Se ha retrasado alguna vez en la vacunación de su bebé?		
7	¿Es buena idea que su bebé reciba las dosis completas de la vacuna IPV a temprana edad?		
8	¿Está de acuerdo que las nuevas vacunas sean en inyectable?		
9	¿Cómo madre de familia cree que deben completar las dosis de la vacuna IPV?		
10	¿Está de acuerdo en la introducción de es inyectable para su bebé?		
Implicados			
11	¿Sabía que la vacuna IPV previene la enfermedad de la poliomielitis?		
12	¿Sabe cuáles son la reacción de la vacuna para su bebé?		
13	¿Qué mi bebé reciba un inyectable me da mucho miedo?		
14	La mayoría de las personas que conozco opina que es importante que reciban la vacuna IPV.		
15	La vacuna IPV de los dos meses ¿Cree que es uno de los as importantes para su bebe?		
16	Generalmente hago vacunar a mi bebé porque la mayoría lo hace.		
17	¿Usted lleva a vacunar a su niño por decisión propia sin influencia de otras personas cercanas a usted?		
18	¿Cree usted que deberían haber más centros de vacunación para que así no le falte la vacuna a su bebe?		
19	¿Le parece bien que implementen esta nueva vacuna en el esquema de vacunación?		
20	¿Está dispuesta a completar las dosis de la vacuna, porque considera importante para su bebe?		

Creencias			
21	¿Si su bebe tiene una enfermedad leve cree que es motivo para ya no vacunarlo?		
22	¿Cree usted que la vacuna le va curar la enfermedad?		
23	¿Cree usted que la vacuna le previene la enfermedad de la poliomieltitis?		
24	¿Algunas creencias y/o costumbre lo impiden que vacune a su niño?		
25	¿Cree que las vacunas son una pérdida de tiempo porque su bebe igual se enferma?		
26	¿Recibir una nueva vacuna es como si estuvieran haciendo un experimento científico con mi hijo?		
27	¿Cree que si la vacuna es inyectable lo enfermar a su bebe?		
28	Si escucha comentarios negativos sobre la vacuna ¿usted vacunaría a su bebe?		
29	¿La vacuna IPV para su bebé le va evitar problemas en el futuro?		
30	Cree que vacunar a su bebé es una gran oportunidad para evitar que se enferme su bebé.		

“GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN”

ANEXO n.º 02

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: Prueba de nivel de aceptación del inmunobiológico IPV de las madres con lactantes de 2 a 6 meses de edad

Matriz de respuesta de los profesionales consultados sobre el instrumento de medición (juicio de expertos)

ITEM	EXPERTOS							TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	7
2	1	1	1	1	1	1	1	7
3	1	1	1	1	1	1	1	7
4	1	1	1	1	1	1	1	7
5	1	1	1	0	1	1	1	6
6	1	1	1	1	1	1	1	7
7	1	1	1	1	1	1	1	7
8	1	1	1	1	1	1	1	7
9	1	1	1	1	1	1	1	7
10	1	1	1	1	1	1	1	7

Respuesta de los profesionales:

1 = Si, 0 = No

Profesionales consultados:

1. **Lic. Enf. Kethi Villacrez Tamiche:** Coordinadora regional de la estrategia ESNI del HRVF-CH.
2. **Lic. Enf. Sonia Maribel Paredes Lozano:** Coordinadora de la estrategia ESNI del Centro de Salud 9 de Enero de Chachapoyas.
3. **Lic. Enf. Esther Marchena Gonzales:** Directora regional de atención Integral de Salud- DIRESA- Amazonas
4. **Lic. Enf. Milagros Poquioma Yalta:** Coordinadora regional de Inmunizaciones- DIRESA. Amazonas.
5. **Lic. Enf. Azucena Angélica Cruzado Montero:** Enfermera dedicada al área de investigación del Hospital de Apoyo de Celendín.

6. **Lic. Enf. Kothy Zuleyka De la Torre Sánchez:** Coordinadora de la estrategia ESNI del Hospital de Apoyo Celendín.
7. **Lic. Est. Mariel Choton Calvo:** Docente especialista en estadística de la UNTRM-A.

RESULTADOS DEL JUICIO DE EXPERTOS.

TEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	7	100	0	0	0.0078125	**
2	7	100	0	0	0.0078125	**
3	7	100	0	0	0.0078125	**
4	7	100	0	0	0.0078125	**
5	6	85.71	1	14.29	0.0546875	**
6	7	100	0	0	0.0078125	**
7	7	100	0	0	0.0078125	**
8	7	100	0	0	0.0078125	**
9	7	100	0	0	0.0078125	**
10	7	100	0	0	0.0078125	**
TOTAL	69	98.57	1	1.43	6.014	-

Fuente: Apreciación de los expertos

* : Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

Interpretación

Comparando el valor calculado ($VC = 6.014$) con el valor teórico ($VT = 1.6449$) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística. Con este resultado da como adecuado el instrumento.

ANEXO n.º 03

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

TABULACIÓN PARA LA CONFIABILIDAD

Nivel de aceptación de las madres con lactantes de 2 a 6 meses, sobre la administración del inmunobiológico IPV. Micro Red 9 de Enero-Chachapoyas-2014.

ITEM	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	I	P	IP	I²	P²	I+P	T²	
																					T	T²																
C01	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	12	10	120	144	100	22	484	
C02	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3	3	9	9	9	6	36
C03	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	14	11	154	196	121	25	625
C04	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	6	8	48	36	64	14	196	
C05	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	12	8	96	144	64	20	400	
C06	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7	12	84	49	144	19	361	
C07	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	11	11	121	121	121	22	484	
C08	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	9	9	81	81	81	18	324
C09	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	11	8	88	121	64	19	361	
C10	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	8	7	56	64	49	15	225	
Σ	7	8	8	10	6	5	9	2	4	4	6	6	7	9	6	5	5	7	6	8	5	5	7	2	2	5	7	3	8	8	93	87	857	965	817	180	3496	

rip	Rip
0.61750459	0.763527465

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: Prueba de aceptación de las madres con lactantes de 2 a 6 meses de edad sobre el inmunobilógico IPV

Formula: Split Halves

$$\text{rip} = \frac{n \sum IP - \sum I(\sum P)}{\sqrt{(n \sum I^2 - (\sum I)^2)(n \sum P^2 - (\sum P)^2)}}$$

n = N° casos

rip = relación de los ítems impares con los pares.

$$\text{rip} = \frac{10(857) - 93(87)}{\sqrt{(10(965) - (93)^2)(10(1107817) - (87)^2)}}$$

$$\text{rip} = \frac{8570 - 8091}{\sqrt{(9650 - 8649)(8170 - 7569)}}$$

$$\text{rip} = \frac{479}{\sqrt{601601}}$$

$$\text{rip} = \frac{479}{75.62} = 0.61750459$$

$$\text{rip} = 0.61750459$$

SPERMEAN DE BROW:

$$\text{Rip} = \frac{2(\text{rip})}{1 + \text{rip}}$$

$$\text{Rip} = \frac{2(0.61750459)}{1 + 0.61750459}$$

$$\text{Rip} = \frac{1.23500918}{1.61750459} = 0.763527465$$

$$\text{Rip} = 0.763527465$$

CRITERIO DE CONFIABILIDAD

- - 1 a 0 no es confiable
- 0 a 0.49 baja confiabilidad
- 0.5 a 0.75 moderada confiabilidad
- **0.76 a 0.89 fuerte confiabilidad**
- 0.9 a 1 alta confiabilidad

Por lo tanto si **Rip= 0.76** entonces hay fuerte confiabilidad en el instrumento de nivel de aceptación del inmunobiológico IPV.

ANEXO n.º 04

TABLA N° 03 NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS MADRES CON LACTANTES DE 2 A 6 MESES, SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBIOLÓGICO IPV, SEGÚN EDAD. MICRO RED 9 DE ENERO – CHACHAPOYAS-2014.

EDAD DE LA MADRE	14-16		17-19		20-25		26-30		31-35		36 a mas		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
BUENA	1	1.4	15	21.7	16	23.2	4	5.8	5	7.2	4	5.8	45	65.2
REGULAR	0	0	1	1.4	9	13.0	5	7.3	5	7.2	2	2.9	22	31.9
MALA	0	0	0	0	1	1.4	1	1.4	0	0	0	0.0	2	2.9
TOTAL	1	1.4	16	23.2	26	37.7	10	14.5	10	14.5	6	8.7	69	100.0

FUENTE: Formulario de encuesta realizada por el investigador.

ANEXO n.º 05

TABLA N° 04: NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS MADRES CON LACTANTES DE 2 A 6 MESES, SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBIOLOGICO IPV, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. MICRO RED 9 DE ENERO -CHACHAPOYAS-2014.

GRADO DE INSTRUCCIÓN N	SIN NIVEL LETRADO		PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
	BUENA	0	0	10	14.5	24	34.8	11	15.9	45
REGULAR	1	1.4	6	8.7	10	14.5	5	7.2	22	31.9
MALA	0	0	0	0.0	2	2.9	0	0	2	2.9
TOTAL	1	1.4	16	23.2	36	52.2	16	23.1	69	100.0

FUENTE: *Formulario de encuesta realizada por el investigador.*