

DEDICATORIA

CRISTIAN LOPEZ ROBLERO

El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban mis padres por mi avance y desarrollo de esta tesis, es simplemente único y se refleja en la vida de un hijo.

GRACIAS A MIS PADRES: por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y la llegada de sus cafés era para mí como agua en el desierto; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

GRACIAS A DIOS: por la vida de mis padres, también porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman, y a las que yo sé que más amo en mi vida, gracias a Dios por permitirme amar a mis padres, gracias a mis padres por permitirme conocer de Dios y de su infinito amor.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis

DEDICATORIA

JOANA YULIBETH RODRIGUEZ DIAZ

La presente tesis está dedicada:

AGRADESCO A DIOS: Primeramente gracias a Dios, quien estuvo presente en mi camino, bendiciéndome, guiándome y dándome fuerzas para continuar con mis metas en este largo caminar de mi vida, disfrutar día con día, por la dicha de estar al lado de mis seres queridos, darme salud y el bienestar que me proporciona para seguir luchando.

AGRADESCO A MIS PADRES: por darme la vida, por todo su apoyo incondicional que me han brindado, por enseñarme a no rendirme nunca y alcanzar mis sueños, gracias a ellos es que estoy cumpliendo una meta más, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme de la mejor manera, a quienes nunca podré pagar ni con las riquezas más grandes del mundo, su gran esfuerzo por darme todo como hija, estando conmigo en las buenas y en las malas, a pesar de las tormentas que hemos pasado, por su gran sacrificio de darme lo mejor, también a mi abuelita que me ha apoyado dándome cariño, amor, consejos y a mi abuelito que ya está en un lugar mejor, sé que desde donde este está feliz, le doy gracias por todo su amor que me dio, su apoyo, cariño y consejo.

AGRADESCO A MIS TIOS: Por su apoyo incondicional que me brindaron a lo largo de mi carrera, por darme ánimos en todo momento para cumplir mi meta.

AGRADESCO A MI NOVIO: Por el apoyo incondicional los ánimos que me han dado en seguir adelante, estar conmigo en las buenas, en las malas, su amor y

cariño, gracias por apoyarme en todo esta trayectoria de mi carrera universitaria.

A MIS COMPAÑEROS de tesis por el apoyo, esfuerzo y por el tiempo que dedicaron a este trabajo de investigación, por la hospitalidad que se nos ofreció en cada uno de los hogares en los que estuvimos trabajando, de igual forma a las maestras gracias a su apoyo, paciencia, dedicación y empeño que ofrecieron para nuestra formación académica

DIDICATORIA

LUISA ARIANA VELAZQUEZ VELAZQUEZ

La presenté tesis está dedicada

Primera mente gracias a dios por su inmensa bondad que me acompaño en mi carrera y guiar mis pasos, por cada día en el que me permitió despertar no solo con vida, sino que también me permitió continuar con salud fuerza y empeño con mis metas trazadas.

A MIS PADRES: gracias a mi madre Elsa Patricia Velázquez Morales por darme la vida eres tu mi más grande orgullo, gracias por guiarme, cuidarme y enseñarme a no rendirme, gracias a mi padre Nelfo Maximiliano Velázquez Ortiz, gracias papá por darme el mejor regalo que se puede dar a una persona, gracias por haberme criado y educado, estoy orgullosa de ser como soy y eso se los debo a ustedes, me han pasado cosas que jamás olvidare, pero de una estoy segura porque siempre los querré.

AMI HIJO: gracias a mi hijo ALEJANDRO BRAVO VELAZQUEZ por llegar a legar mi vida hace siete años, y te convertiste en mi mundo y motor para seguir luchando por mi sueños día a día, eres mi vida y la razón por la cual seguiré luchando por mis metas para a hacer un mejor ejemplo para ti.

A MIS HERMANOS: Gracias a mis hermanos por su apoyo incondicional que me brindaron a lo largo de mi carrera, por darme ánimos en todo momento para cumplir mi meta.

A MI ESPOSO: gracias a mi esposo FRAY EMMANUEL BRAVO RODRIGUEZ Por su comprensión, paciencia, empeño y esfuerzo que hace por proporcionarme una carrera, buscando mi crecimiento, dándome el apoyo emocional y económico, motivándome cada momento donde sentía ya no poder seguir, él me daba el impulso necesario para lograr alcanzar el objetivo de ser una licenciada en Enfermería.

A MIS COMPAÑEROS de tesis por el apoyo, esfuerzo y por el tiempo que dedicaron a este trabajo de investigación, por la hospitalidad que se nos ofreció en cada uno de los hogares en los que estuvimos trabajando, de igual forma a las maestras gracias a su apoyo, paciencia, dedicación y empeño que ofrecieron para nuestra formación académica.

INDICE

CAPÍTULO I	3
1. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
CAPÍTULO II	18
2. MARCO DE REFERENCIA	18
2.1 MARCO HISTÓRICO.....	18
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
2.3.1 CONCEPTOS DE VACUNACIÓN.....	28
2.3.2 ETIOLOGIA.....	30
2.3.3 EPIDEMIOLOGIA.....	30
2.3.4 DEFINICION.....	31
2.3.4.1 CONCEPTO SOBRE VACUNAS Y SU MODO DE ACTUAR.....	32
2.3.5 DESCRIPCIÓN.....	33
2.3.6 CARACTERÍSTICAS DE LAS VACUNAS.....	33
2.3.6.1 TIPOS DE VACUNAS.....	35
2.3.6.2 FÓRMULAS DE LAS VACUNAS.....	38
2.3.6.3 COMPOSICIÓN DE LAS VACUNAS.....	41
2.3.7 VIA DE ADMINISTRACION.....	42
2.3.7.1 Vía oral.....	42
2.3.7.2 Vía intramuscular.....	43
2.3.7.3 Vía subcutánea o hipodérmica.....	44
2.3.7.4 VÍA INTRADÉRMICA.....	45
2.3.8 ANTECEDENTES.....	45
2.3.9 VACUNA REPLICATIVA.....	46
2.3.9.1 VACUNA NO REPLICATIVA.....	47
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	47
CAPÍTULO III	53
3. DISEÑO METODOLÓGICO	53
3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN.....	54
3.1.1 INVESTIGACION PURA.....	54
3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA.....	55

3.2 TIPOS DE ESTUDIO.....	55
3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL	55
3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO	56
3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO	56
3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO.....	57
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	57
3.3.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL	57
3.3.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL	58
3.3.2.1 INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL	59
3.3.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL	59
3.4 ENFOQUES.....	59
3.4.1 ENFOQUE CUALITATIVO	60
3.4.2 ENFOQUE CUANTITATIVO	60
3.4.3 ENFOQUE MIXTO	61
3.5 UNIVERSO O POBLACIÓN.....	62
3.5.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	63
3.6 MUESTRA	63
3.6.1 TIPOS DE MUESTREO.....	64
3.6.1.1 PROBABILÍSTICO	64
3.6.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE.....	64
3.6.1.1.2 ESTRATIFICADO	65
3.6.1.1.3 SISTEMÁTICO	65
3.6.1.1.4 POR CONGLOMERADO.....	65
3.6.1.2 NO PROBABILÍSTICO	66
3.6.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA.....	66
3.6.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS	67
3.6.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE.....	67
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	67
3.7.1 OBSERVACIÓN	68
3.7.2 ENCUESTA.....	68
3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	69
3.8.1 CUESTIONARIO	69

CAPÍTULO IV	74
4. RESULTADOS	74
4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO METODOLÓGICO	74
4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	75
SUGERENCIAS	106
PROPUESTA	107
CONCLUSIÓN	109
Bibliografía	113
ANEXOS	119

INTRODUCCIÓN

México se encuentra frente a un problema de los riesgos de la irresponsabilidad en niños menores de 5 años, causantes por falta de vacuna, falta de recursos y principalmente falta de personal de salud, las causas que llevan a los riesgos son muy elevados, tanto así como las situaciones que pasan en las colonias o Barrios. Aunque cuentan con un centro de salud en la cabecera Municipal no hay elementos de vacunación, las necesidades y problemas de las personas que no vacunan a sus hijos tiene algún problema de salud, suelen agravarse por falta de vacuna y servicio en el Barrio, alguna otra condición de vulnerabilidad, la situación económica.

Debido a que actualmente en nuestro país y América Latina, hay una irresponsabilidad por parte de las madres de familia, se ha generado un inesperado aumento de enfermedades crónicas por falta de vacunas de niños menores de cinco años, teniendo que pasar e incluso quedarse en casa por falta de recursos económicos, lo que ha propiciado que algunos niños sufran enfermedades severas que en ocasiones les causa la muerte, toda la población comparten los mismos problemas derivados de la irresponsabilidad de vacunación: la falta de vacunas por parte de autoridades de todos los niveles de gobierno; hace que las madres de familia no lleven a sus hijos a vacunarse y a que su vez esto les provoque a los niños problemas de salud.

El presente trabajo de investigación ha sido elaborado en el marco del Plan de Estudios de la carrera de Licenciatura Enfermería de la Universidad del Sureste, específicamente Campus de la Frontera, en Frontera Comalapa, Chiapas; con la finalidad de conocer con mayor profundidad el problema de riesgo de la irresponsabilidad en vacunación en niños menores de cinco años de nuestro país, puntualmente en este municipio Fronterizo, para que derivado de los

resultados obtenidos, sea posible la construcción de alternativas de acción orientadas a la educación social para disminuir y/o prevenir este problema.

El trabajo se presenta en cuatro grandes capítulos, independientemente la información general relacionada a las dedicatorias, índice, introducción, sugerencias y/o propuestas, conclusión, anexos y la bibliografía.

Los cuatro capítulos antes referidos comprenden:

Capítulo I. Planteamiento del problema. En este apartado se exponen los datos relevantes que existen sobre el problema en distintos niveles, se definen el objetivo general, los objetivos específicos, la hipótesis, la justificación de la necesidad de investigar el tema en cuestión, así como la delimitación del estudio.

Capítulo II. Marco de referencia. Acá se presenta información del tema a partir de un marco teórico donde podemos conocer las bases teóricas que sustentan nuestra tesis a partir de diversos autores; un marco histórico que habla sobre las vacunas, antecedentes de la vacunación y marco conceptual.

Capítulo III. Diseño Metodológico. En este capítulo se habla del tipo de estudio, tipos de investigación, diseño de investigación, enfoques, universo población, delimitación espacial, muestra y recolección de datos.

Capítulo IV. Finalmente en este capítulo se muestran los resultados de la investigación, los análisis e interpretación de los datos en función a los cuadros y gráficas resultantes.

CAPÍTULO I

1. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

RIESGO DE LA INRESPONSABILIDAD EN VACUNAS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN BARRIO BRASILITO CHICOMUSELO, CHIAPAS

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las vacunas para los niños desde que nacen son necesarias para protegerlos de enfermedades graves y potencialmente fatales, que pueden dejar secuelas, las vacunas contienen gérmenes, virus o bacterias causantes de enfermedades, muertos o debilitados, que al inyectarse o tomarse estimulan una respuesta en el sistema inmune del individuo, haciendo que produzca anticuerpos o sustancias que los reconocen y ayudan a eliminarlos, antes de que produzcan enfermedad

(La Organización Mundial De La Salud, 2015) Menciona: que si se adoptaran de forma generalizada todas las vacunas de que se dispone actualmente contra las enfermedades de la infancia, y si los programas de inmunización pudieran incrementar la cobertura vacuna hasta un promedio mundial del 90%. Los niños menores de 5 años corren un riesgo particularmente grande y 125.000 niños mueren cada año de enfermedades de transmisión alimentaria, así un tercio (30%) de todas las muertes por enfermedades de transmisión alimentaria se producen en niños menores de 5 años, pese a que los niños de esa edad representan solo 9% de la población mundial, esta es una de las conclusiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe Estimación de la

carga mundial de las enfermedades de transmisión alimentaria, el más completo publicado hasta la fecha sobre el impacto de los alimentos contaminados en la salud y el bienestar. Según el informe, en el cual se presenta una estimación de la carga de las enfermedades de transmisión alimentaria causadas por 31 agentes (bacterias, virus, parásitos, toxinas y productos químicos), cada año hasta 600 millones de personas de todo el mundo, o casi 1 de cada 10, enferman tras consumir alimentos contaminados, de estas personas, 420.000 mueren, incluidos 125.000 niños menores de 5 años, “Hasta ahora, las estimaciones de las enfermedades de transmisión alimentaria eran vagas e imprecisas, lo cual ocultaba los costos humanos reales de los alimentos contaminados, este informe deja las cosas en claro”, dijo la doctora Margaret Chan, Directora General de la OMS.

“Saber qué agentes patógenos transmitidos por los alimentos están causando los mayores problemas en qué partes del mundo, posibilita una acción focalizada del público, los gobiernos y la industria alimentaria”, añadió, aunque la carga de las enfermedades de transmisión alimentaria es un problema de salud pública a nivel mundial, las regiones de África y Asia Sudoriental de la OMS tienen la incidencia y las tasas de mortalidad más altas, incluso en los niños menores de 5 años.

“Estas estimaciones son el resultado de diez años de trabajo, con el aporte de más de 100 expertos de todo el mundo, son cálculos conservadores, y hay que hacer más para mejorar la disponibilidad de datos sobre la carga de las enfermedades de transmisión alimentaria, sin embargo, según lo que sabemos ahora, es evidente que la carga mundial de las enfermedades de transmisión alimentaria es considerable y afecta a todo el mundo, en particular a los niños menores de 5 años y a las personas que viven en zonas de bajos ingresos”, explicó el doctor Kazuaki Miyagishima, Director del Departamento de Inocuidad de los Alimentos, Zoonosis y Enfermedades de Transmisión Alimentaria, de la

OMS. Las enfermedades diarreicas causan más de la mitad de la carga mundial de las enfermedades de transmisión alimentaria, con 550 millones de personas que enferman y 230.000 que mueren cada año. Los niños corren un riesgo especial de padecer enfermedades diarreicas transmitidas por los alimentos: 220 millones enferman y 96.000 mueren cada año, la diarrea suele deberse a la ingestión de carne y huevos crudos o mal cocidos, verduras y frutas mal lavadas, y productos lácteos, contaminados por norovirus, Campylobacter, Salmonella no tifoídica y Escherichia coli patógena.

(OPS, 2015) Establece: como áreas de cooperación técnica: mantener los logros, atender la agenda inconclusa, hacer frente a los nuevos desafíos y contribuir al fortalecimiento gerencial y operativo del Programa en los países, con este trabajo la unidad de Inmunización busca reducir las desigualdades, fortalecer la infraestructura de salud pública, el desarrollo de una cultura de la prevención, afianzar el compromiso político y la búsqueda de la excelencia en la cooperación técnica. Considerando que el virus de fiebre amarilla está circulando en varias zonas de la Región, y en el contexto del fenómeno del Niño, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los Estados Miembros que establezcan y mantengan la capacidad para detectar y confirmar casos de fiebre amarilla, mantengan actualizados a los profesionales de salud para que puedan detectar y tratar adecuadamente los casos, en especial en las áreas conocidas de circulación del virus, así como también continúen con altas coberturas de vacunación en la población a riesgo.

(UNICEF, 2019) Indica: que el suministro de una serie de vacunas infantiles esenciales ha alcanzado un mínimo histórico, esto ha facilitado la introducción de vacunas nuevas para los niños que viven en los países más pobres, las vacunas, al proteger a los niños frente a enfermedades graves, desempeñan una función esencial en el objetivo de poner fin a las muertes infantiles

evitables, allí donde los niños no están inmunizados, su vida y su comunidad se encuentran en peligro UNICEF adapta enfoques nuevos con el fin de vacunar a todos los niños de todas las comunidades, sin importar lo remotas que sean o la dificultad que entrañen, gracias a los avances constantes en la expansión de la vacunación, el mundo nunca había estado en una posición mejor para erradicar la poliomielitis, la inmunización contra el sarampión, la rubeola y el tétanos está ayudando a que el mundo se encuentre más cerca de erradicar estas enfermedades devastadoras.

(DUCLOS, 2009) Afirma: Las vacunas solo pueden mejorar la salud y prevenir las muertes si se utilizan, y los programas de inmunización necesitan alcanzar y mantener tasas de vacunación elevadas, la reticencia a la vacunación es un problema de creciente importancia para los programas de inmunización de los países. Reciente crisis provocada por el ebola trágicamente sacó a la luz, para lograr resultados satisfactorios en materia de salud pública es imprescindible interactuar con las comunidades y convencer a las personas para que modifiquen sus hábitos y su comportamiento.

Lo mismo se aplica a la lucha contra la reticencia a la vacunación, las preocupaciones sobre la seguridad de las vacunas pueden relacionarse con la reticencia a la vacunación, pero son apenas uno de los numerosos factores que pueden originarla, la reticencia puede responder a otros factores, como las creencias negativas basadas en mitos (por ejemplo, que la vacunación de las mujeres provoca infertilidad), la desinformación, la falta de confianza en los profesionales de la salud o en el sistema de atención médica, el rol de los líderes influyentes, los costos, las barreras geográficas y las preocupaciones acerca de la seguridad de las vacunas, los estudios están empezando a mostrar que el dolor en el momento de la vacunación es la principal fuente de ansiedad para los cuidadores de los niños, si no se aborda este problema, los cuidadores podrían retrasar o evitar esta intervención en el futuro.

(Presiado, 2005) Indica: La vacunación en México forma parte del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y de la Adolescencia, cuya gerencia y normatividad es responsabilidad del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia de la Secretaría de Salud (CeNSIA). Se analizó la información de la sección de vacunación de los cuestionarios de niños (0 a 9 años de edad) y adolescentes (12 a 19 años de edad) y la sección sociodemográfica del cuestionario de Hogar, se obtuvo información de 2 430 menores de un año, 1 959 niños de 15 a 23 meses, 2 883 de seis años y de 16 574 adolescentes de 12 a 19 años.

La información sobre vacunación fue transcrita al cuestionario a partir de la información consignada en la Cartilla Nacional de Vacunación (CNV), la Cartilla Nacional de Salud (CNS) o en los comprobantes de vacunación. Para los menores de un año y niños de 15 a 23 meses se estimó la cobertura con esquema completo, definido por las vacunas y dosis adecuadas para la edad vigente en el momento del levantamiento. Adicionalmente, se evaluó la cobertura de vacunación con un esquema en donde se excluyeron las vacunas contra neumococo y rotavirus, ya que su reciente inclusión en el esquema básico requiere de un periodo de consolidación para poder ser evaluado, a los seis años, esquema completo fue el registro de dos dosis de vacuna SRP, mientras que para los adolescentes se consideró la aplicación de dosis de SR o SRP, de Td y de HB. En los niños y adolescentes con esquema incompleto se estimó el porcentaje de no vacunados (que no recibieron ninguna vacuna) y el de subvacunados, definidos como aquéllos que fueron vacunados al menos una vez pero que no cubrían las dosis requeridas para la edad, para los diferentes grupos de edad se describió la cobertura por vacuna y por esquema completo con intervalos de confianza del 95%, se estimaron razones de momios para las variables de sexo, lugar de residencia urbana o rural, edad y otras características como ser hablantes de lengua indígena, analfabetismo, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico del núcleo familiar y derecho habiencia, a partir de modelos de regresión logística, se analizaron los

principales factores asociados con esquema incompleto de vacunación, el análisis estadístico se realizó considerando el diseño muestra de la ENSANUT 2012, utilizando el módulo SVY del paquete estadístico STATA 12.

(Avila, 2013) Señala: La vacunación en México forma parte del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y de la Adolescencia, cuya gerencia y normatividad es responsabilidad del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia de la Secretaría de Salud (CeNSIA). En las entidades federativas, el Programa es responsabilidad de las Secretarías Estatales de Salud, recayendo la operación del mismo en los Servicios Estatales de Salud y en las delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en otras instituciones del sector público tanto locales como federales.

El Consejo Nacional de Vacunación (Conava) y los Consejos Estatales de Vacunación en las 31 entidades y en el Distrito Federal coordinan la ejecución del Programa, considerándose a la vacunación como un derecho universal, independientemente del derecho habiencia de los niños, entre sus atribuciones está la estandarización del esquema de inmunizaciones y la distribución institucional de la población y territorio a trabajar, asegurando que no queden áreas geográficas sin cubrir. La base poblacional del programa descansa en un censo nominal (CN) de menores de cinco años, donde se registran cada una de las dosis del esquema, que son las que alimentan al sistema automatizado de información PROVAC para la emisión de reportes de cobertura administrativa y de listados de niños con esquema incompleto. Hasta antes de 2008, el programa comprendía la aplicación de las vacunas BCG, anti poliomielítica oral (OPV) y pentavalente de células completas (PVcc) en menores de un año (esquema de tres vacunas). El esquema en los niños de un año incluía las tres vacunas previas y la SRP (esquema de cuatro vacunas). A partir de 2008 se

sustituyó la vacuna PVcc por la pentavalente a celular (PVac), que deja de contener el componente de hepatitis B e incorpora el de virus de poliomielitis inactivado, de tal forma que se incluye por separado la vacuna contra hepatitis B, agregándose además la conjugada de neumococo y la de rotavirus en menores de un año (esquema de cinco vacunas), los niños de un año reciben además de las cinco referidas, la vacuna SRP (esquema de seis vacunas).

(CeNSIA, 2011) Indica: el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) llevó a cabo el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) llevó a cabo la ENSANUT 2012, que tuvo como objetivos cuantificar la frecuencia, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición de la población y examinar la respuesta del Sector Salud, incluyendo la cobertura y calidad de los servicios. Se trata de una encuesta probabilística que permite estimar resultados para cada una de las entidades del país para los ámbitos urbano y rural, y para el país en su conjunto, la solicitud a los padres o tutores de los menores de 5 años edad, proporcionarla información sobre la vacunación de sus hijos o que autorizaran que los adolescentes fueran entrevistados, adicionalmente, se pidió asentimiento a los adolescentes y a quienes tenían mayoría de edad su consentimiento informado, se proporcionó información sobre los objetivos de la investigación, el carácter voluntario de la participación y la confidencialidad de la información.

(PND, 1995-2000) Señala: los compromisos que México ha adquirido en el seno de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Sin lugar a dudas, entre las acciones sanitarias más seguras y eficaces, se encuentra la vacunación. Su propósito preventivo y sus características, hacen posible su incorporación tanto a programas que protegen a toda la población como a los dirigidos a grupos o a individuos en riesgo, por ello, las acciones de vacunación se han convertido en instrumentos sanitarios estratégicos, si a ello sumamos su

aceptación universal y la demanda que de ellas hace la sociedad, comprenderemos por qué los programas de vacunación son acciones básicas de las políticas integrales de salud, las acciones de vacunación en México se iniciaron en 1804 cuando el Dr. Francisco Balmis introdujo la vacuna antivariolosa.

En 1926 se estableció la obligatoriedad para su aplicación a todos los mexicanos y con esta medida se logró la erradicación de la Viruela en 1951, es hasta 1973 cuando, mediante el Programa Nacional de Inmunizaciones, se organiza la vacunación masiva que incorpora el esquema vacuna propuesto por la OMS, en apoyo a este Programa, desde 1980 se organizan jornadas intensivas de vacunación con características y denominación diversa pero con objetivos similares, en 1991 se crea el Programa de Vacunación Universal (PVU), este Programa logra la integración de todas las Instituciones del Sistema Nacional de Salud al establecerse objetivos, metas, estrategias y procedimientos idénticos para todas ellas.

(Guerrero, 2012) Menciona: Vacunación en menores de cinco años al igual que en el resto del país, en Chiapas los niños menores de cinco años deben contar con la Cartilla Nacional de Vacunación (CNV) o con la Cartilla Nacional de Salud (CNS), mientras que en el ámbito nacional la ENSANUT 2012 identificó que 94.9% de los padres o cuidadores de los niños dijo tener alguna de las dos cartillas (61.3% accedió a mostrarla), en Chiapas este porcentaje fue de 89.2%, y 61.9% accedió a mostrar alguna de las cartillas, la proporción que declaró no contar con CNV ni con CNS fue similar en Chiapas (2.9%) que en el resto del país (2.5%), en la ENSANUT 2012, las estimaciones de cobertura de vacunación se realizaron a partir de la transcripción directa de la CNV o de la CNS de los datos sobre vacunación, mientras que la información recolectada por autor reporte de los padres o cuidadores del niño se reportó como porcentajes de vacunación.

Las estimaciones de las coberturas de vacunación y del porcentaje de vacunación en la ENSANUT 2012 consideraron de esta manera el esquema vigente de vacunación al año de edad en 2012: aplicación de una dosis de vacuna BCG (bacilo Calmette Guérin), tres dosis de hepatitis B, tres dosis de pentavalente (no incluye la aplicación del refuerzo a los 18 meses de edad), dos dosis de vacuna antineumocócica, dos dosis de anti rotavirus y una dosis de vacuna SRP (sarampión, rubéola y parotiditis), de igual forma, se consideraron las estimaciones bajo un esquema de sólo cuatro vacunas, en el cual se excluyeron la antineumocócica y la anti rotavirus (las dos de más reciente inclusión en el esquema), que las hizo comparables con aquellas reportadas en la ENSANUT 2006. En Chiapas, la cobertura al año de edad de las vacunas BCG y hepatitis B alcanzó niveles de 90.0%; sin embargo, a excepción de la BCG, todas las coberturas de vacunación se hallaron debajo de la media nacional (figura 2.1), la vacunación contra rotavirus presentó menor cobertura, con 58.1%, debajo del promedio nacional (76.8%).

(Berkley, 2013)Argumenta: las vacunas son sencillamente maravillosas; la forma en que una pequeña infección puede prevenir tanto sufrimiento y muertes las hace, desde mi punto de vista, lo más cercano a un milagro científico. La Liga para la Libertad de Vacunación, en España, es una asociación que cuenta con especialistas que expresan su "preocupación por la rigidez e indiscriminación de los programas de vacunación". "Por un lado veo la devastación que causan enfermedades prevenibles con vacunas, y veo a padres en países en desarrollo que han sido testigos de esto y están dispuestos a caminar largas distancias y a hacer largas colas para poder vacunar a sus hijos; y al mismo tiempo conozco a padres en EE.UU. y en Europa que tienen una preocupación genuina sobre la seguridad de vacunar a los niños", la decisión racional de no vacunar a los pequeños puede estar argumentada en el temor de inyectar un patógeno de la enfermedad a alguien que no está enfermo.

Por todo lo mencionado de lo anterior, se plantean los siguientes interrogantes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.- ¿Cuáles son los riesgos en la irresponsabilidad en vacunación en niños menores de 5 años?

2.- ¿Qué conocimientos poseen los padres de familia sobre la importancia de las vacunas?

3.- ¿Llevan los padres de familia un control de vacunación de sus hijos?

4.- ¿Cuáles son los factores por los cuales los padres de familia no vacunan a sus hijos?

5.- ¿Cuáles son los beneficios de las vacunas que se lleva a cabo en niños menores de 5 años?

6.- ¿Cómo son los servicios de vacunación para niños menores de 5 años en el barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- ✚ Identificar los riesgos de la irresponsabilidad en vacunación en niños menores de 5 años en Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas para proporcionar atención integral a los usuarios, familia y comunidad con participación de los demás miembros del equipo de salud, para llevar a cabo una campaña de vacunación.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Identificar el conocimiento que poseen los padres de familia sobre la vacunación
- ✚ Indagar si los padres de familia llevan un control de vacunación de sus hijos
- ✚ Conocer los factores por los cuales los padres de familia no vacunan a sus hijos

- ✚ Conocer y analizar la vacunación en barrio Brasilito.

- ✚ Desarrollar programas de educación en servicios en forma participativa con el equipo de salud, dirigido a usuario y grupos organizados.

- ✚ Promover el conocimiento de las medidas necesarias para lograr la plena aplicación en el barrio Brasilito.

1.4 HIPÓTESIS

- ✚ Si los padres de familia son irresponsables en cuanto a la vacunación de sus hijos, entonces pueden desencadenar riesgos de padecer enfermedades.

1.5 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de esta guiado a conocer los riesgo de la irresponsabilidad en vacunas de niños menores de 5 años, quienes son los más predominantes a ser afectados en enfermedades crónicas Se priorizó la realización de esta investigación sobre los factores de riesgos en el barrio Brasilito municipio de Chicomuselo, Chiapas ya que estos niños-as podrían ser más propensos a contraer enfermedades ya que en el Barrio logre observar que no llega ningún tipo de campañas de vacunación, que niños de la zona estaban retrasados con sus vacunas o simplemente no fueron inmunizados, por diferentes causas o complicaciones es por eso que deseo investigar los factores provocantes del incumplimiento y así poder contribuir con actualización de datos y capacitar a los cuidadores sobre las diversas patologías que se pueden presentar por el incumplimiento del esquema de vacunación y evitar que los niños lleguen a un desenlace fatal en la cual puede causarles hasta la muerte.

El tema “Riesgo de la irresponsabilidad en vacunas de niños menores de 5 años” es importante llevarlo a cabo debido a que los factores que incluyen en nuestro tema son la escasas de vacunas, la falta y el acceso que tienen las colonias o barrios ya que no están cercanas a la cabecera municipal, otro de los factores que influye en nuestro tema sería la irresponsabilidad de los padres ya que no tienen ninguna información de las vacunas que se les deben aplicar en niños menores de 5 años.

La irresponsabilidad de creer que las vacunas no ayudan en nada, la irresponsabilidad también se genera por la falta de campaña de vacunación en los barrios, colonias de chicomuselo Chiapas, ya que las campañas solo se generan en la cabecera municipal, algunas de las aportaciones que tendremos de la razones mencionadas es que tendrán un impacto en la sociedad al tener información sobre las campañas de vacunación y así se llevará a cabo una

concientización de la población y de los padres de familia para que se hagan responsables de vacunarse.

Las vacunas son un mecanismo para el control de muchas enfermedades infecciosas que el pasado eran muy comunes, sin embargo, los gérmenes que causan enfermedades, y que incluso pueden causar la muerte, todavía existen aunque pueden prevenirse mediante las vacunas, y pueden ser transmitidos a aquellas personas que no están protegidas, donde dichas enfermedades tienen un gran impacto económico y traen como consecuencia consultas médicas, hospitalizaciones y muertes prematuras, como padres tienen presente la salud y seguridad de sus hijos, desde asegurar las puertas y utilizar asientos de seguridad, entre tantas otras medidas que utilizamos para proteger la vida de nuestros hijos.

Del mismo modo las vacunas tienen como función proteger a sus hijos de las enfermedades infecciosas que pueden afectar su salud o causarles incluso la muerte, las vacunas ayudan a preparar el organismo de su hijo para combatir enfermedades mortales, lo que se busca es que tanto como padres y sector de salud se concienticen de la irresponsabilidad de no llevar a cabo la vacunación de niños menores de 5 años y esto puede ser que lleve a cabo factores de riesgo como enfermedades infecciosas y contagiosas en cual puede dejar secuelas o hasta morir con el paso del tiempo.

También verificar que los padres de familia cuentan con la cartilla de vacunación de sus hijos, para que cada lugar de Chicomuselo Chiapas cuenten con todo los beneficios de vacunación y así poder erradicar las enfermedades que afectan la de los niños menores, cerrar las puertas a que sus propios hijos o nietos puedan algún día dejar de vacunarse si logramos erradicar estas enfermedades todo esto sin mencionar los costos en vidas, esfuerzos sanitarios y económicos que las sociedades enfrentan cuando las epidemias persisten,

aunque los niños son los que reciben la mayoría de las vacunas siguiendo el calendario de vacunación, los adolescentes y adultos también necesitan estar protegidos frente a enfermedades como tétanos, difteria, sarampión, varicela, neumococo, gripe o rubéola, que a veces pueden llegar a ser más graves que en la infancia, es importante vacunarse en situaciones especiales. Por ejemplo, si padeces ciertas enfermedades crónicas (diabetes, asma, obesidad, etc.), si estás embarazada, si en el desarrollo de tu profesión tienes contacto con personas más vulnerables a ciertas enfermedades infecciosas, antes de viajar a otros países, etc.

Ante cualquiera de estas situaciones, consulta con tu médico, enfermero, servicio de prevención de riesgos laborales o Centro de Vacunación Internacional o farmacéutico según la circunstancia, las personas que por su profesión tienen riesgo de contagiar a otras personas más vulnerables, deben asegurarse de haber recibido las vacunas recomendadas.

La importancia es llevar acabo las campañas de vacunación para todos los padres de familia que tengan hijos menores de 5 años y así obtener una mejor vida de sus hijos y poder evitar complicaciones, a pesar de tan contundente evidencia, nuestros gobiernos gastan mucho más esfuerzo y dinero en la medicina curativa que en la preventiva, existe una urgente necesidad de concientizar acerca de la importancia de las vacunas y de los programas de vacunación como medio para disminuir nuestras tasas de mortalidad, dada la importancia que esto significa y por lo observado según las estadísticas realizadas en dicho vacuna torio, es que se ha decidido realizar una investigación sobre ésta situación, de manera que se pueda detectar cuál es la falencia o problemática que debe ser planteada para lograr una solución o revertir dicho problema.

Elegimos este tema porque en el barrio Basilito no se llevan a cabo la vacunación correspondiente ya que es un tema de suma importancia para los niños menores de 5 años y así evitar enfermedades.

1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La siguiente investigación se centra en el tema de riesgo de la irresponsabilidad en vacunación en niños mejores de 5 años, se eligió porque en chicomuselo es una pueblo, donde la irresponsabilidad tanto de los padres de familia y el sector salud del pueblo, no lleva a cabo una buena vacunación a niños de la edad antes mencionada discriminación que se genera en la sociedad debido a la falta de educación social en cuanto al tema ya que se producen prejuicios, estigmas y estereotipos hacia un grupo social, la investigación se llevará a cabo en el municipal de chicomuselo, Chiapas, específicamente en el barrio Brasilito que se encuentra afuera de la cabecera municipal.

CAPÍTULO II

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO HISTÓRICO

(Iraheta M. O., 2010) Menciona: Las vacunas fueron descubiertas en 1771, por Edward Jenner, a partir de unos experimentos que realizaba con gérmenes de la viruela que atacaba a la vaca, pero que a los trabajadores de las granjas hacía inmunes hacia esta enfermedad, de ahí proviene su nombre, de la palabra latina *vacca* y este invento fue el inicio de todo un programa de inmunizaciones que ha permitido prevenir muchas enfermedades mortales o incapacitantes y evitar grandes epidemias, en 1796 se aplicó por primera vez la vacuna contra la viruela, enfermedad que ha sido erradicada totalmente. Fue descubierta por el médico inglés Edward Jenner en 1771, en 1880, Louis Pasteur y Robert Koch descubrieron los "gérmenes" causantes de algunas enfermedades infecciosas como el cólera y la rabia y a partir de ellos se elaboraron las vacunas respectivas, en 1891, Emil Adolf von Gelming y Shibasaburo Kitasato, elaboraron las vacunas contra la difteria y el tétanos.

En 1906, Léon Calmetre y Camille Guérin, inventaron la vacuna BCG contra la tuberculosis. En 1954 Jonas E. Salk inventó la maravillosa vacuna contra la poliomielitis, enfermedad que en México no se ha presentado desde hace varias décadas. En 1960, John F. Enders inventó la vacuna contra el sarampión, en 1962 Thomas H. Sélter, inventó la vacuna contra la rubéola.

Desde la Cumbre del Milenio celebrada en 2000, la inmunización ha pasado a ocupar un lugar central como una de las fuerzas que impulsan las actividades encaminadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en

particular el objetivo de reducir la mortalidad entre los niños menores de cinco años (ODM 4), hoy en día se está llegando con la inmunización a más niños que en ningún otro momento de la historia: más de 100 millones de niños al año, además, los beneficios de la inmunización se están extendiendo cada vez más a los adolescentes y los adultos, protegiéndolos contra enfermedades que ponen en peligro la vida como la gripe, la meningitis y ciertos cánceres que aparecen en la edad adulta.

La OMS ha estimado que si todas las vacunas de que disponemos hoy en día contra las enfermedades de la infancia se adoptaran de forma generalizada, y si los países pudiesen incrementar la cobertura vacunal hasta un promedio mundial del 90%, de aquí a 2015 podrían prevenirse dos millones de muertes más al año entre niños menores de cinco años. Esto tendría una repercusión importantísima en el progreso hacia el objetivo mundial de reducir la mortalidad infantil en dos tercios entre 1990 y 2015 (ODM 4). También serviría para reducir en gran medida la carga de morbilidad y discapacidad debidas a enfermedades prevenibles mediante vacunas, y contribuiría a mejorar la salud y el bienestar de los niños, además de reducir los costos de hospitalización

(Ensant, 2012) menciona: que la historia y avances de la vacunación en México cuenta con una extensa historia en materia de aplicación y producción de vacunas, lo que resulta en un prestigioso programa de prevención a partir de la elaboración de vacunas efectivas, de bajo costo, aplicables a gran escala y con efectos protectores duraderos, la historia de la vacunación en México se remonta a 1804, cuando el Dr. Francisco Xavier de Balmis introdujo la inoculación contra la viruela mediante la técnica de brazo en brazo. A fines del siglo XIX, se realizaron otros tipos de inmunizaciones contra la rabia, la polio y la tuberculosis, México sobresale, además, por su capacidad de producción de vacunas, convirtiéndose en el Centro Regional de Referencia para Vacunas, en 1990, México fue uno de los siete países del mundo autosuficientes para

elaborar todas las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a su vez, México ha asumido políticas nacionales y compromisos internacionales destacables en materia de vacunación.

El Programa de Vacunación Universal, que representa un orgullo para México, surgió con la finalidad de mejorar la sobrevivencia infantil y promover, proteger y cuidar la salud de todos los niños del país, a través de acciones de vacunación, a partir de su introducción, en 1991, el Programa de Vacunación Universal ha logrado elevadas tasas de cobertura de las vacunas, cumpliendo con casi todas las metas planteadas, que incluyen la erradicación de poliomielitis, difteria, sarampión y tétanos neonatal, y el control de la tos ferina y de las formas graves de tuberculosis, los antecedentes de la vacunación en México comienzan en el siglo XVIII, cuando se produjeron las grandes expediciones de Francisco Balmis para enfrentarse a epidemias tales como la viruela, la historia de las epidemias infecciosas en México fue realmente trágica, debido tanto al número y la frecuencia, como a la extensa morbimortalidad que conllevaron, como consecuencia de la conquista europea, los pueblos nativos de México padecieron diversas enfermedades infecciosas epidémicas que resultaron en la mortandad de más de 20 millones de habitantes, tras estas epidemias, la población mexicana, al igual que otras en diversas partes del mundo, continuó expuesta a la amenaza de un elevado número de enfermedades infecciosas, como el tifo exantemático, la escarlatina, la viruela, la difteria, la tos ferina, el sarampión y la tuberculosis, a fines de 1595, aparecieron tres epidemias diferentes sarampión, parotiditis y tabardillo que ocasionaron la muerte de menos personas, en comparación con las epidemias anteriores, durante los siglos XVII y XVIII.

Se presentaron otros brotes infecciosos, entre ellos peste, tifo y viruela, los cuales produjeron morbilidad y mortalidad muy altas en la población mexicana, así el censo de Revillagigedo de 1790 registró que 92% de los habitantes que

vivían en la Nueva España eran menores de 50 años, cifra que permite inferir que, en México, la esperanza de vida era en esa época inferior a 35 años y la mortalidad infantil muy alta.

El inicio de la vacunación se apoya en el primer trabajo científico del médico Edward Jenner, quien planteó el control de la viruela mediante la inoculación de un niño con linfa de lesiones de una mujer infectada con viruela bovina, un agente infeccioso similar al de la viruela humana, los antecedentes históricos de la vacunación se remontan a 5 años después de la publicación de Jenner, momento en el que el Rey Carlos IV de España estableció la introducción de la vacunación contra la viruela en todos los territorios españoles de América y Asia, en México, la vacunación contra la viruela fue introducida por el Dr. Francisco Xavier de Balmis, que utilizó la técnica de vacunación de brazo en brazo, a partir de su llegada a Yucatán, el 25 de abril de 1804, como resultado de esta expedición, se logró la primera vacunación masiva en todo el territorio mexicano, desde Guatemala Adaptado de Acuna-Soto R y cols, Emerg Infect Dis 2002 hasta el actual sur de los Estados Unidos, con posterioridad, a principios de 1805, el Dr. Balmis partió del puerto de Acapulco hacia las islas Filipinas con 24 niños expósitos mexicanos, empleando la linfa vacunas para diseminar la inoculación contra la viruela en Filipinas y China.

El decreto de Carlos IV estableció la capacitación para preparar la vacuna y la organización de consejos municipales de vacunación, en todos los territorios correspondientes a España, para registrar las vacunaciones y mantener la linfa para usos futuros, en 1868, Angel Gabiño Iglesias introdujo en México la semilla del virus de vaccínea desde París, para la producción masiva de la vacuna contra la viruela, en 1912, se fundó en Mérida, Yucatán, el primer laboratorio para la producción a gran escala de linfa vacunal procedente de bovinos, el uso de esta vacuna fue aprobado en 1915 para su utilización en todo el territorio nacional, y fue preparada, desde 1916, bajo la responsabilidad de Braulio

Ramírez, en el Instituto Bacteriológico Nacional, luego de la introducción inicial de la vacunación contra la viruela, en México, se fueron incorporando otros tipos de inmunizaciones, en abril de 1888, el Dr. Eduardo Liceaga, que había traído de Francia un cerebro de conejo en el que se había fijado el virus de la rabia, aplicó por primera vez la vacuna antirrábica en un niño mordido por un perro rabioso, en ese mismo año, el Dr. Miguel Otero Arce logró replicar la técnica de Pasteur, fijando el virus de la rabia en cerebros de perros, método que sirvió como base para la producción de la vacuna atenuada antirrábica, aplicada por primera vez en 1890.

A partir del año 1960, la vacuna antirrábica se empezó a producir en el Instituto Nacional de Virología de la Secretaría de Salud, por su parte, la vacuna de Bacilo Calmette y Guérin (BCG) tiene sus inicios en México en 1891, momento en el que Eduardo Liceaga utilizó la tuberculina con fines terapéuticos en la tuberculosis, en 1948 se introdujo en México la cepa de BCG, utilizada para la producción de la vacuna BCG líquida, que fue empleada en los años cincuenta para campañas masivas de vacunación, a partir de 1971, comenzó la producción de la forma liofilizada de esta vacuna en el Instituto Nacional de Higiene, usando la cepa Danesa 1331, la vacuna anti poliomielítica tiene sus orígenes en México.

(José Luis Díaz, 2013)menciona: La vacunación en México forma parte del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y de la Adolescencia, cuya gerencia y normatividad es responsabilidad del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia de la Secretaría de Salud (CeNSIA), en las entidades federativas, el Programa es responsabilidad de las Secretarías Estatales de Salud, recayendo la operación del mismo en los Servicios Estatales de Salud y en las delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los

Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en otras instituciones del sector público tanto locales como federales.

El Consejo Nacional de Vacunación (Conava) y los Consejos Estatales de Vacunación en las 31 entidades y en el Distrito Federal coordinan la ejecución del Programa, considerándose a la vacunación como un derecho universal, independientemente de derecho hacía de los niños, entre sus atribuciones está la estandarización del esquema de inmunizaciones y la distribución institucional de la población y territorio a trabajar, asegurando que no queden áreas geográficas sin cubrir, la base poblacional del programa descansa en un censo nominal (CN) de menores de cinco años, donde se registran cada una de las dosis del esquema, que son las que alimentan al sistema automatizado de información PROVAC para la emisión de reportes de cobertura administrativa y de listados de niños con esquema incompleto, hasta antes de 2008, el programa comprendía la aplicación de las vacunas BCG, anti poliomielítica oral (OPV) y pentavalente de células completas (PVcc) en menores de un año (esquema de tres vacunas). El esquema en los niños de un año incluía las tres vacunas previas y la SRP (esquema de cuatro vacunas). A partir de 2008 se sustituyó la vacuna PVcc por la pentavalente acelular (PVac), que deja de contener el componente de hepatitis B e incorpora el de virus de poliomielitis inactivado, de tal forma que se incluye por separado la vacuna contra hepatitis B, agregándose además la conjugada de neumococo y la de rotavirus en menores de un año (esquema de cinco vacunas).

Los niños de un año reciben además de las cinco referidas, la vacuna SRP (esquema de seis vacunas), el Programa dispone de indicadores de resultado, como el de cobertura de vacunación >95% para cada una de las vacunas y >90% para el esquema completo de todas las vacunas de acuerdo con la edad de los niños. Se dispone además del indicador de concordancia >90% entre la población reclutada en el CN y la de la proyección efectuada por el Consejo

Nacional de Población (Conapo), como metas programáticas se establece mantener la erradicación de la poliomielitis y sostener la eliminación del sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita (SRC) y del tétanos neonatal (TNN), así como el control o mitigación (influenza) de los demás padecimientos inmunoprevenibles, las encuestas de cobertura son un recurso ampliamente utilizado para validar los resultados de los sistemas administrativos de información y la identificación de áreas con cobertura de vacunación insuficiente, los factores asociados a no vacunación, o a vacunación incompleta (sub vacunación).

Han sido analizados desde la perspectiva social, antropológica y de los sistemas de salud, con la finalidad de evaluar logros de las campañas de vacunación se han realizado desde 1986 encuestas rápidas de cobertura por el método de muestreo por conglomerados¹⁸ o el de calidad de lotes, en 1987 se realizó la Encuesta Nacional Ser epidemiológica y en 2000 se hizo el análisis serológico en una su muestra de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA), en 2006 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) y en 2010 la Encuesta Nacional de Cobertura de Vacunación (ENCOVA), el objetivo del presente trabajo fue evaluar la cobertura de vacunación, basada en la ENSANUT 2012, cuyos resultados en menores de 5 años, en niños de 6 años y en adolescentes se presentan a continuación.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Como primer trabajo (Fabio Escobar, 2017) realizó una tesis titulada “Motivos de no vacunación en menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas” para poder intervenir y reducir la mortalidad infantil en el mundo. Se estima que se evitan aproximadamente 2,5 millones de muertes cada año gracias al cumplimiento de un esquema básico de vacunación en niños y niñas. Sin embargo, al menos 20% de los niños que nacen cada año no reciben los

beneficios de la vacunación y quedan expuestos a los riesgos de enfermar y morir antes de los cinco años de vida.

El objetivo general de esta investigación fue determinar la prevalencia de Vacunación infantil en niños menores de 5 años y su asociación con factores de riesgo en enfermedades en Colombia, en el año 2017, a fines de los años setenta y con su implementación se ha logrado, en las últimas décadas, un importante aumento de la cobertura de vacunación que contribuye en la reducción de la mortalidad infantil.

Como objetivos específicos se encontraron: Una revisión de estudios publicados entre 1950 y 1990 en todo el mundo sobre motivos de no vacunación encontró que, en los países desarrollados, predominaron aproximaciones con metodologías cuantitativas que excluyeron los aspectos culturales de las comunidades, en contraste, en los países de medianos y bajos ingresos predominaron las investigaciones etnográficas.

La hipótesis que planteo el autor sobre los Motivos de no vacunación en menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas, las investigaciones se han centrado en que los motivos de no vacunación recaen sobre todo en la población como sus creencias o falta de información sobre las vacunas y minimizan el papel de las instituciones y el personal de salud.

La metodología empleada consistió en un estudio sobre poblaciones con características particulares, como los indígenas y comunidades religiosas, se han empleado principalmente metodologías cualitativas en las investigaciones sobre servicios de salud, se han analizado, por medio de encuestas, variables que explican las razones y los motivos de no vacunación como las falsas creencias, la falta de información, el temor a reacciones adversas, las experiencias previas desfavorables, la posición religiosa, la escasa importancia dada por los padres a los efectos de las enfermedades y la desconfianza en las instituciones públicas, entre otros.

Esta investigación demostró importancia de continuar avanzando en la comprensión de los factores o determinantes que han impedido alcanzar las metas esperadas de coberturas de vacunación, es indispensable entender el papel de los servicios de vacunación, los recursos humanos, técnicos y administrativos en el problema de la baja cobertura, así, el presente estudio tuvo como objetivo principal identificar los motivos y las barreras que influyen en el incumplimiento de los esquemas de vacunación en niños y niñas menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas, desde la perspectiva de los funcionarios responsables del PAI en estas entidades territoriales y, también, con la opinión de algunos cuidadores.

Esta tesis se relaciona con la investigación planteada, porque da conocer las causas de no llevar a cabo la vacunación en niños menores de 5 años, ya sea por un nivel socioeconómico bajo y la falta de información de los padres de familia y esto ya tiene años que se lleva a cabo al no aplicarse ordenadamente las vacunas, esto es un factor que se relaciona con los mencionados en esta tesis, por lo tanto resulta importante el tema ya que hay que concientizar a los padres de familia sobre su responsabilidad, puedan tener una buena salud de sus niños y prevenir algunas enfermedades crónicas.

Como segundo trabajo (Vallejo Carrasco, 2018) realizo la tesis titulada “Factores Asociados Al Incumplimiento Del Esquema De Vacunación En Niños De 0 A 5 Años De Edad Que Pertenecen A Un Subcentro De Salud De La Ciudad De Guayaquil” con la finalidad de observar, en el área de estadística y brigadas de vacunación, mediante revisión de carnet y cartillas de inmunización que niños pertenecientes al centro de salud para ver si no contaban con el esquema de vacunas completo.

El objetivo general de esta investigación fue evaluar y establecer los factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación en niños de 0 a 5 años de edad pertenecientes a un subcentro de salud de la ciudad de Guayaquil, el

cual determina los factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación, utilizando como instrumento para plasmar la información mediante una encuesta de preguntas de opción múltiple que serán respondidas por los cuidadores de los niños.

Como objetivos específicos se encontraron: Determinar los factores sociodemográficos de los cuidadores y niños de 0 a 5 años de edad que asisten al subcentro e Identificar los factores sociales que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación pertenecientes a un subcentro de la ciudad de Guayaquil y Describir las complicaciones que se pueden presentar al incumplir con el esquema de vacunación en niños de 0 a 5 años de edad pertenecientes a un subcentro de salud de la ciudad de Guayaquil.

La hipótesis que planteo el autor fue: Ayudar a la comunidad dándoles información y educación sobre el carnet de vacunación, además de animarlos a cumplir el esquema, despejándoles dudas y miedos sobre las vacunas, para que sirven, la importancia de un niño inmunizado y sus posibles reacciones o síntomas después de la administración, esperando que la consejería que se les dará ayude a concientizar la importancia de tener a los niños al día con sus vacunas.

En esta investigación se incluyeron teorías de enfermería como la de La Revista Venezolana de Salud Pública: refleja entre sus datos de cobertura y cumplimiento del esquema de vacunación, que el 58% de los niños son menores a 1 año de edad, entre la causas más frecuentes del incumplimiento tenemos que no había vacunas con un 78.02% y 17,07 no tienen tiempo para hacer vacunar a sus niños.

Humberto Elizalde en su investigación sobre conocimiento de las madres relacionado con el cumplimiento del esquema de vacunación, plasma que el 66% de las madres tienen edades comprendidas entre los 10 a 19 años, 45% de las madres solo cuentan con nivel de educación primaria sea esta completa o incompleta.

Esta tesis se relaciona con la investigación planteada debido a que abarca de manera general los factores de riesgo socioeconómicos causantes del incumplimiento de los padres de familia, animarlos a cumplir el esquema, despejándoles dudas y miedos sobre las vacunas, para que sirven, la importancia de un niño inmunizado y sus posibles reacciones o síntomas después de la administración.

2.3 MARCO TEÓRICO

2.3.1 CONCEPTOS DE VACUNACIÓN

(Iraheta M. O., 2011) menciona: que la vacuna es un preparado de procedentes de microorganismo patógenos (microbios, muertos de cepas virulentas o vivíos de cepas atenuadas), cuya finalidad es la creación de anticuerpos que reconozcan y ataquen a la infección por lo tanto produzcan inmunidad del organismo inoculado, esta suele consistir en dosis muy pequeñas del propio agente que origina la enfermedad, por lo que provoca la creación de anticuerpos que permanecen en el organismo y lo protege en los casos futuros de contagios, las dos grandes propiedades que deben reunir las vacunas son la eficacia y la inocuidad

La eficacia: Depende de que la vacuna contenga los antígenos responsables del poder inmunicen, que son aquellos que inducen una buena respuesta

inmune, las bacterias y los virus están compuestos por numerosos antígenos, que pueden ser constitutivos o estructurales, contenidos en determinadas estructuras de la bacteria (flagelos, fimbrias, capsula, pared celular, membrana citoplasma, ribosomas) o secretados, de los cuales solo algunos pueden considerarse antígenos protectores o inmunizantes.

La inocuidad: Supone que la vacuna está desprovista de poder patógeno, y debe lograrse este objetivos sin que se modifiquen los antígenos responsables del poder inmunogeno, las vacunas se clasifican en dos grandes grupos: vacunas vivas o atenuadas y muertas o inactivas y cada una, a su vez, en vacunas bacterianas y víricas, las vacunas inactivadas pueden dividirse en vacunas con bacterias o virus totales y vacunas con antígenos purificados, estas últimas pueden prepararse a partir de antígenos secretados modificados, como las anatoxinas o toxoides (vacunas antitóxicas), o de antígenos constitutivos de las bacterias. Las vacunas vivas, el principal problema que se plantea es el de su inocuidad, es decir, que la vacuna no dé lugar a una enfermedad en los vacunados, y el ideales la producción de una infección inaparente, se consigue mediante la selección de mutantes atenuadas que sean estables, presenten una capacidad de transmisión reducida y no estén contaminadas, en las vacunas víricas existe la posibilidad de la presencia de virus encógenos animales, procedentes de los cultivos celulares utilizados para el desarrollo del virus de la vacuna, técnicas de detección de virus contaminante y métodos de selección de células no contaminadas hacen que en la actualidad estos problemas no se presenten.

Se preparan inactivando suspensiones de bacterias o de virus virulentos por métodos físicos o químicos, el principal problema que plantean es su eficacia, pues proporcionan una inmunidad de menor intensidad y duración que las vacunas vivas, que se circunscribe por lo general a la respuesta humoral, por lo general se utilizan cuando los antígenos inmunizantes no se conocen o no se

han podido aislar y purificar en cantidad. Su eficacia depende de diversos factores: Selección de la cepa, debe contener os antígenos inmunizantes y conservarlos en las distintas fases de preparación de la vacuna, composición, la vacuna debe contener todos los serotipos que intervienen en la acción patógena, ya que por lo general la inmunidad es tipo específica. Inactivación de la suspensión, se puede efectuar por métodos físicos, como el calor y menos veces por rayos ultravioletas o químicos como el formol.

2.3.2 ETIOLOGIA

(OPS), 2013) Señala: fue acuñada por Edward Jenner a partir del latín variolavaccinia, adaptado del latín vaccīnus, del latín vacca, 'vaca'.Las vacunas son el principal logro de la investigación biomédica y una de las principales causas de la mejora de la salud y la calidad de vida del ser humano.

2.3.3 EPIDEMIOLOGIA

(Guide, 2006) Menciona: Los primeros datos sobre la historia de la vacunación datan del siglo VII, en esa época los budistas indios ingerían veneno de serpiente con el fin de ser inmune a sus efectos, en el siglo x, el pueblo chino practicó la virilización con el fin de inocular el virus de la viruela de un enfermo a una persona susceptible, con el propósito de disminuir la virulencia, a mediados del siglo XVIII, el médico inglés Francis Home, realizó algunos intentos de inmunización contra el sarampión; pero el inglés Edward Jenner(1749-1823), fue quien marcó una nueva etapa en la historia de la inmunización, conociéndosele mundialmente como el padre de la vacunación.

En 1768, siendo un estudiante de medicina, Jenner escuchó que una campesina del condado de Berkeley en Escocia, aseveraba que ella no podía

padecer la enfermedad pues ya había sido afectada por la viruela del ganado vacuno, luego de graduado, dedicó muchos años de investigación al estudio de la vacunación, y el 14 de mayo de 1796 inoculó al niño James Phipps con material obtenido de una pústula de viruela de la ordeñadora Sara Nelmes quien había contraído la enfermedad. Para comprobar la eficacia de la vacunación inoculó al mismo niño con virus de viruela humana y nunca enfermó. Sus resultados fueron publicados en 1798 en *Variolae Vaccinae*.

(Gomez, 2006) Menciona: En el último siglo el uso rutinario de las vacunas disminuyó notablemente la incidencia de enfermedades infecciosas prevenibles y de epidemias no obstante la sospecha generalizada, desconfianza y el sentimiento “antivacunas” se encuentra en niveles elevados en estados unidos, Europa occidental, en países en desarrollo como África, India y otros, la disminución de la aceptación de las vacunas tendría actualmente consecuencias de mayor gravedad que en cualquier otro momento cronológico: la globalización de los viajes, la falta de inmunidad contra las infecciones subclínicas provocadas por virus y bacterias salvajes o que causan enfermedades epidémicas (sarampión, paperas, rubéola, tos ferina) y el aumento de individuos con susceptibilidad a estas enfermedades (ancianos, personas inmunodeprimidas y situación de hacinamiento).

2.3.4 DEFINICION

(Eduardo, 2010) Define: a la inmunización como “la acción por medio de la cual se induce o aumenta la resistencia frente a una enfermedad infecciosa, habitualmente mediante la vacunación”.

La Real Academia de la Lengua, define Acción y efecto de inmunizar; es decir es el acto de inducir la inmunidad mediante la introducción de anticuerpos, la inmunización es un acto que se realiza en un proceso mediante el cual una

persona se hace inmune (resistente) a un agente nocivo, al recibir dosis de la exposición deliberada a un antígeno por primera vez; de esta manera se induce una respuesta inmunitaria primaria que garantiza una respuesta subsiguiente, mucho más intensa y por tanto protectora, a estados regulares del individuo, a la inmunización se le define como un proceso por el cual se administra protección frente a una enfermedad infecciosa.

2.3.4.1 CONCEPTO SOBRE VACUNAS Y SU MODO DE ACTUAR

(Juaquin, 2002) Se mantienen a 4°C a 8°C, si se congelan quedan libres las sustancias de conservación al congelarse el agua de dilución y esto daña la vacuna, rara vez se aplican solas, generalmente se asocian a toxoides para aumentar su efectividad, en este caso el producto contiene absorbentes, lo cual obliga a utilizarlas por vía (IM) profunda para evitar la formación de accesos.

Toxoides: Son producidos de las toxinas de algunos gérmenes, son de buena calidad para producir defensas al organismo que los recibe y por su relativa resistencia al medio ambiente, en general dos dosis son suficientes para desarrollar inmunidad, se preparan con un aditivo para aumentar su poder Ejm: (Hidróxido de Aluminio, Alumbre, Fosfato) se aplican por vía IM profunda, la protección que producen dura varios años Ejm: Toxoide Tetánico dura hasta 10 años, en adultos se usan dosis menores que en niños, ya que existe la posibilidad de dar reacciones indeseables, deben conservarse a temperaturas de 4°C a 8°C y las Vacunas Mixtas: Contiene gérmenes muertos y toxoides (DPT) se utilizan en niños menores de 5 años.

2.3.5 DESCRIPCIÓN

(Plus, 2006) Menciona: El sistema inmunológico ayuda a que su cuerpo luche contra los gérmenes mediante la producción de sustancias para combatirlos. “Una vez que lo hace, el sistema inmunológico "recuerda" el germen y puede luchar contra él nuevamente. Las vacunas contienen gérmenes muertos o debilitados”, cuando se le administra a una persona sana, la vacuna desencadena una respuesta del sistema inmunológico para que responda, creando inmunidad.

Las 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, antes de existir las vacunas, las personas solamente podían ser inmunes cuando verdaderamente contraían la enfermedad y sobrevivían a ella, las inmunizaciones son una manera más fácil y menos riesgosa de hacerse inmune.

2.3.6 CARACTERÍSTICAS DE LAS VACUNAS

(Orlando, 2011) Señala: que la SEGURIDAD: las vacunas deben de ser seguras incluso en los individuos inmunocomprometidos, el grado de seguridad exigido a una vacuna está en relación con la gravedad de la enfermedad que se evita con su administración y, de forma especial, con la percepción que la población tiene del impacto causado por la enfermedad en términos de morbilidad y mortalidad.

INMUNOGENICIDAD: es la capacidad de un agente infeccioso de inducir inmunidad específica; la eficacia de una vacuna está en función de esta, de la respuesta inmunitaria específica generada, esta depende de la respuesta del linfocito que al activarse muestra dos características fundamentales: especificidad y memoria.

Para que una vacuna sea inmunógena y eficaz debe inducir el tipo adecuado de respuesta inmunitaria en el lugar adecuado y frente al antígeno adecuado:

1. la vacuna debe de inducir el tipo adecuado de resistencia inmunitaria.
2. debe inducir una respuesta inmunitaria en el lugar adecuado.
3. debe de inducir una respuesta inmunitaria frente al antígeno o los antígenos adecuados.
4. debe inducir inmunidad protectora de larga duración; la ideal es la que proporciona una inmunidad protectora absoluta en todos los individuos inmunizados durante toda la vida del huésped y con la administración de una sola dosis.
5. la duración de la inmunidad protectora conferida por una vacuna esta en relación con el tipo de enfermedad infecciosa, con el periodo de incubación de la enfermedad y con el tipo de vacuna.

Eficacia protectora: la evaluación de las vacunas siempre que sea posible ha de ser experimental y realizarse mediante ensayos clínicos aleatorizados, solo así se tendrá la seguridad de que todos factores que podrían haber influido en los

resultados han sido controlados al distribuirse aleatoriamente entre el grupo de intervención y el grupo control. La evaluación de la enfermedad solo debería llevarse a cabo cuando la vacuna haya demostrado previamente que es eficaz en un ensayo clínico controlado.

2.3.6.1 TIPOS DE VACUNAS

(Salud E. D., 2001) Menciona: RECIÉN NACIDOS, a partir del momento en que dejan el vientre materno, los bebés están expuestos a todo tipo de agentes infecciosos, es por eso que es de vital importancia que reciban las primeras vacunas antes de dejar el hospital.

HEPATITIS B: Tus hijos requerirán tres dosis de esta vacuna, la primera de las cuales se aplica cuando acaban de nacer. La hepatitis B es una enfermedad peligrosa que podría causar complicaciones durante toda la vida así que no debemos bajar la guardia.

VACUNA BCG (BACILO DE CALMETTE Y GUÉRIN): Esta vacuna es una preparación de bacterias vivas atenuadas que protege a los recién nacidos de la tuberculosis, la Secretaría de Salud advierte a los padres que la vacuna no debe aplicarse en bebés con un peso menor a dos kilogramos.

DOS MESES: (NEUMOCOCO) Esta vacuna, llamada PCV13 (vacuna antineumocócica conjugada), protege contra 13 cepas de las bacterias neumococos, previene la meningitis neumocócica y la neumonía.

ROTAVIRUS: La vacuna llamada pentavalente es la que recomienda la Secretaría de Salud. Consiste en tres dosis, la primera entre las semanas seis y

12 de edad. Para la siguiente aplicación debe dejarse un intervalo de al menos cuatro semanas y la última se aplica antes de los ocho meses de edad.

HEPATITIS B: En caso de que no se haya vacunado dentro de los primeros siete días de vida, se requieren tres dosis, a los dos, cuatro y seis meses de edad.

PENTAVALENTE ACELULAR (DPaT+VIP+HIB): La vacuna pentavalente protege a los bebés de cinco enfermedades: difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis e infecciones producidas por Haemophilus Influenzae tipo b.

CUATRO MESES

- ✓ Pentavalente acelular (DPaT+VIP+Hib)
- ✓ Rotavirus
- ✓ Neumococo

SEIS MESES

- ◆ Pentavalente acelular (DPaT+VIP+Hib)
- ◆ Hepatitis B
- ◆ Rotavirus
- ◆ Influenza

SIETE MESES

- Segunda dosis de influenza

12 MESES

- ❖ Neumococo
- ❖ Triple viral (SRP): Ofrece protección contra 3 enfermedades, sarampión, rubeola y parotiditis.
- ❖ Pentavalente acelular (DPaT+VIP+Hib)

24 MESES

- Refuerzo anual influenza

36 MESES (TRES AÑOS)

- ♣ Refuerzo anual influenza

48 MESES (CUATRO AÑOS)

- Tétanos Difteria y Tos Ferina: Refuerzo además de un refuerzo anual de influenza.

59 MESES (CINCO AÑOS)

- Refuerzo anual influenza.

2.3.6.2 FÓRMULAS DE LAS VACUNAS

(Ingredients, 2013) Señala: Todas las vacunas contienen antígenos, los antígenos hacen que las vacunas funcionen, estimulan en el cuerpo la generación de la respuesta inmunitaria necesaria para la protección contra la infección, los antígenos se presentan en varias formas, la forma que se usa en una vacuna se elige con base a estudios que demuestran que esa es la mejor estrategia de protección contra una infección determinada.

Formas del antígeno: Virus vivos atenuados, son demasiado débiles para causar la enfermedad, pero aún pueden generar una respuesta inmunitaria las vacunas contra el sarampión, las paperas, la rubéola, el rotavirus, la varicela y un tipo de vacuna contra la gripe contienen virus vivos atenuados. Virus inactivados (o muertos): Estos virus no pueden causar siquiera una forma leve de la enfermedad, pero el cuerpo aún los reconoce y genera una respuesta inmunitaria para protegerse, las vacunas contra la polio, la hepatitis A, la gripe y la rabia contienen virus inactivados. Virus fraccionados: Se componen de la parte específica del virus muerto capaz de generar una respuesta inmunitaria protectora, algunas vacunas se fabrican de esta manera, como la vacuna contra la hepatitis B y el HPV. Bacterias fraccionadas. Se componen de la parte específica de la bacteria muerta capaz de generar una respuesta inmunitaria protectora. Algunas vacunas se fabrican de esta manera, incluidas la vacuna contra el HIB, el neumococo, el meningococo, la difteria, el tétanos y la tos ferina (tos convulsa).

Las vacunas también contienen otros ingredientes que ayudan a que sean más seguras y eficaces, estos incluyen, CONSERVANTES: evitan la contaminación de los viales con gérmenes, ADYUVANTES: Ayudan al cuerpo a generar una

mejor respuesta inmunitaria. Son las sales de aluminio, ADITIVOS. Ayudan a que la vacuna siga siendo eficaz durante su almacenamiento. Los aditivos incluyen gelatina, albúmina, sacarosa, lactosa, glutamato sódico y glicina. Residuos generados durante el proceso de producción de la vacuna algunos ingredientes son necesarios para la fabricación de la vacuna, si bien estos ingredientes son eliminados, quedan cantidades pequeñas (residuales) en el producto final, según cómo se fabrique la vacuna, puede contener pequeñas cantidades de antibióticos (neomicina), proteína de huevo o proteína de levadura

Estos ingredientes de las vacunas si son seguros: Cada ingrediente tiene una función específica en una vacuna. Estos ingredientes se han estudiado y son seguros para los seres humanos en la cantidad usada en las vacunas. Esta cantidad es mucho menor que la que encuentran los niños en su medio ambiente, comidas y agua.

Sales de aluminio. Las sales de aluminio ayudan a su cuerpo a generar una mejor respuesta inmunitaria a las vacunas. Las sales de aluminio son necesarias para aumentar la eficacia de algunas de las vacunas que usamos. Sin un adyuvante como el aluminio, las personas necesitarían más dosis de las vacunas para lograr protección. Todos están expuestos al aluminio porque hay mucho aluminio en la corteza terrestre. Está presente en nuestra comida, el aire y el agua, lo que incluye la leche materna y la fórmula. La cantidad de aluminio en las vacunas es similar a la que se encuentra en 33 onzas (990 ml) de fórmula para bebés. El aluminio se ha usado y estudiado en vacunas durante 75 años y es seguro.

Formaldehído. El formaldehído se usa para eliminar las toxinas de la difteria y el tétanos o para inactivar un virus. La pequeña cantidad que puede quedar en estas vacunas es segura. Las vacunas no son la única fuente de formaldehído a

la que su bebé está expuesto. El formaldehído también se encuentra en productos como las toallas de papel, el rímel (pestañina) y las alfombras. Nuestro cuerpo generalmente tiene formaldehído en el torrente sanguíneo y en niveles más altos que en las vacunas, Antibióticos: Los antibióticos, como la neomicina, están presentes en algunas vacunas para prevenir la contaminación bacteriana durante su fabricación, las trazas de antibióticos en las vacunas, rara vez, o nunca, causan reacciones alérgicas.

Proteína de huevo: Las vacunas contra la gripe y la fiebre amarilla se fabrican en huevos, por lo tanto, en el producto final se encuentran proteínas de huevo que pueden causar reacciones alérgicas, las vacunas contra el sarampión y las paperas se fabrican en cultivos de células embrionarias de pollo, no en huevos, la cantidad mucho menor de proteínas de huevo remanentes que se encuentran en la vacuna (sarampión, paperas rubéola) generalmente no causan una reacción en los niños alérgicos al huevo, gelatina, algunas vacunas contienen gelatina para protegerlas de los procesos de secado-congelado o del calor, las personas que presentan reacciones alérgicas graves a la gelatina deben evitar las vacunas que contienen gelatina.

El anticongelante generalmente se fabrica con etilenglicol, el cual no es seguro, la confusión se presenta porque el polietilenglicol (un producto químico usado en anticongelantes y en productos de cuidado personal como cremas para la piel y pasta dental) se usa en vacunas y es seguro. Se usa para inactivar al virus de la gripe en algunas vacunas antigripales. También se usa para purificar otras vacunas.

2.3.6.3 COMPOSICIÓN DE LAS VACUNAS

(Salud., 2019) señala: Las vacunas te protegen porque contienen solo una parte pequeñísima del germen que provoca la enfermedad o una versión del germen muerto o debilitado, si te inyectaran el germen completo y vivo, contraerías la enfermedad (como el sarampión o la varicela), pero, al inyectarte solo una parte diminuta, muerta o debilitada del germen, no contraerás la enfermedad, ocurrirá justamente lo contrario, tu cuerpo reaccionará a la vacuna fabricando anticuerpos, los anticuerpos forman parte del sistema inmunitario, y lucharán contra la enfermedad en el caso de que algún día entres en contacto con ese germen nocivo, cuando tu cuerpo está protegido contra una enfermedad de esta forma, se dice que eres inmune a la enfermedad contra la que te han vacunado.

En la mayoría de los casos, eso significa que no contraerás la enfermedad, aunque a veces es posible que la contraigas (te enfermes) pero de una forma leve, esto puede ocurrir con la varicela, hasta los niños que se han vacunado contra esta enfermedad la pueden contraer, pero lo bueno es que no la suelen contraer de una forma grave, un caso leve de varicela significa tener menos granos y menos picores, las vacunas se administran mediante inyecciones provistas de aguja, una jeringa contiene la vacuna líquida, y la aguja tiene un agujerito en el centro para que el líquido pase a su través, las inyecciones se suelen poner en el brazo o a veces en el muslo.

PRIMERAS VACUNAS: La buena noticia es que a los niños les ponen la mayoría de las vacunas antes de que cumplan dos años, los niños reciben algunas vacunas cuando tienen entre 4 y 6 años la siguiente tanda de vacunas no se suele administrar hasta los 11 o 12 años aproximadamente, la mayoría de los niños deben recibir la vacuna contra la gripe cada año, ahora, en lugar de una inyección, muchos niños pueden recibir la vacuna en forma de espray

nasal, lo hay necesidad de usar agujas, el líquido se rocía en las fosas nasales, la inyección y el spray nasal tienen la misma eficacia, el médico te dirá cuál sería mejor para ti, las vacunas son geniales para un niño porque lo protegen de enfermedades graves. Y también son estupendas para la salud del país y del planeta, porque, si casi todos los niños están vacunados, los gérmenes de esas enfermedades tendrán muy pocas probabilidades de enfermar a nadie.

2.3.7 VIA DE ADMINISTRACION

(Salud O. P., 2008) Menciona: Las vacunas atenuadas pueden administrarse por una vía natural como la vía oral, pero también por escarificación (viruela), vía intradérmica (BCG) o subcutánea (fiebre amarilla, sarampión, parotiditis o rubeola), las vacunas inactivadas o con antígenos purificados se administran por vía subcutánea o también intramuscular para evitar reacciones secundarias (toxoides, vacuna de la gripe y de la fiebre tifoidea, vacuna con polisacáridos purificados), cuando las circunstancias epidemiológicas lo requieran, puede efectuarse la vacunación en masa de la población, mediante el inyector a presión o jet inyector, dispositivo que facilita el caso de la vacuna por presión a través de la piel y permite vacunar con gran rapidez (500 personas por hora).

2.3.7.1 Vía oral

- ◆ Es la vía utilizada para administrar algunas vacunas: VPO, antitífica Ty2 la, cólera oral y retrovirus. No deben mantenerse a temperatura ambiente, lo que disminuye su eficiencia. Se extraerán del frigorífico en el momento de ser administradas.
- ◆ Se administrarán directamente en la boca si se utilizan viales modo dosis. Si se utilizan envases multidosis se dará la dosis correspondiente en una cucharilla de un solo uso.

- ◆ Tras la vacunación, vigilar la aparición de efectos secundarios durante 15 a 30 minutos, anotándolos en la cartilla de vacunación del niño si así ocurriera.

2.3.7.2 Vía intramuscular

Se utiliza esta vía para la administración en la masa muscular profunda de un producto biológico (inmunoglobulinas o vacunas). Esta vía está contraindicada en pacientes con diátesis hemorrágica, Material necesario:

- ♣ Jeringas y agujas estériles de un sólo uso: El diámetro y longitud de las agujas dependen de de la edad del niño y del lugar anatómico donde se va a pinchar.
- ♣ Producto biológico:
- ♣ Algodón y agua estéril, antisépticos o suero fisiológico para limpieza de la piel.
- ♣ Procedimiento: Es importante, cuando va a aplicarse una vacuna u otro producto biológico, realizar de forma adecuada el procedimiento, observando cuidadosamente las siguientes indicaciones:
 - ♣ Lavarse las manos.
 - ♣ Tener preparado todo el material necesario. Comprobar entes de administrar la vacuna si es la que corresponde, la dosis indicada, su vía de administración, si está en buenas condiciones y la fecha de caducidad.
 - ♣ Elegir el lugar donde se va a realizar la inyección. Asegúrese que se inyecte sobre la piel intacta. No inyectar donde existía inflamación local, zonas de dolor o anestesia o vasos sanguíneos invisibles.
- ♣ Limpiar la piel y dejar secar.

- ♣ Coger firmemente entre los dedos índices y pulgares la masa muscular sobre la que se va a pinchar. Con un movimiento rápido y seguro clavar la aguja en un ángulo de 90°. Relajar la piel, aspirar ligeramente y si no sale sangre inyectar lentamente; si sale sangre, sacar la aguja y repetir la inyección en otro lugar. Terminada la inyección retirar rápidamente la aguja, comprimir con un algodón el lugar de la inyección. No masajear la zona de inyección.
- ♣ Desechar el material utilizado, no volver a encapuchar la aguja utilizada, tampoco doblarla ni romperla por el riesgo de pinchazos accidentales.
- ♣ Lavarse las manos tras concluir el procedimiento.
- ♣ Vigilar en los próximos 15 minutos si aparece alguna reacción local o sistemática secundaria a la inyección.

2.3.7.3 Vía subcutánea o hipodérmica

Es la introducción en el interior del tejido conjuntivo, debajo de la piel, de un producto biológico. Se utiliza para la administración de ciertas vacunas y medicamentos (adrenalina), MATERIAL NECESARIO:

- ♣ Jeringa estéril de un solo uso.
- ♣ Aguja estéril.
- ♣ Producto biológico:
- ♣ Algodón y agua estéril.
- ♣ Procedimientos:
- ♣ Lavarse las manos.
- ♣ Preparación del producto biológico, comprobar la dosis a administrar, si está bien conservada y la fecha de caducidad.

- ♣ Elegir el lugar de inyección, comprobando que tanto los tejidos superficiales como los profundos están sanos y la piel integra. Se suele utilizar la región deltoidea o la antero lateral del muslo.

2.3.7.4 VÍA INTRADÉRMICA

Es la introducción 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. Se utiliza esta vía para la administración de ciertas vacunas (BCG), hacer test diagnósticos (Mantua) y para comprobar la sensibilidad del paciente frente a determinados antígenos, Material necesario:

- ✚ Jeringa estéril de tuberculina de un solo uso
- ✚ Aguja estéril.
- ✚ Producto biológico algodón y agua estéril.
- ✚ Procedimiento:
- ✚ Elegir el lugar de inyección en una zona de piel y tejidos sanos. Se utiliza generalmente, para el test de Mantua, la cara anterior de antebrazo, y para la BCG, el tercio superior del brazo izquierdo (región deltoidea).
- ✚ Comprobar el producto a administrar, sus dosis, vía de administración, estado y fecha de caducidad.

2.3.8 ANTECEDENTES

(Hidalgo, 2015) Menciona: estudio previo donde se incluyeron 320 niños de 0 a 60 meses que contaban con cartilla de vacunación encontrando que 142 (30.7%) de ellos tenían esquemas de vacunación incompletos, como factores

asociados a esto fue la falta de abasto de vacuna y contraindicaciones incorrectas por estar bajo algún tratamiento, en este estudio mencionado el objetivo solamente fue conocer el número de pacientes con esquemas incompletos de vacunación y no se investigó lugar de procedencia, importante para la capacitación del personal de centros de salud donde se detecte que no se están aplicando las vacunas por falsas contraindicaciones, en diversas publicaciones se menciona cómo el número de hijos, el no anotar en la cartilla la fecha en que debe acudir a recibir vacunación son otros factores que influyen para esquemas incompletos, por lo que surge la necesidad de valorar el lugar de procedencia y las causas por las cuales no se cuenta con la cartilla a su ingreso y las razones por las cuales a un encontramos cartillas con esquemas incompletos para la implementación de nuevas estrategias de mejora en la cobertura.

Panorama mundial: La vacunación universal ha sido una de las estrategias más efectivas en Salud pública; ha contribuido a disminuir drásticamente la incidencia de muchas enfermedades infecciosas y a erradicar alguna de ellas. Sin embargo, hemos de ser conscientes de que se necesita alcanzar coberturas altas sobre la población que impidan la circulación de los microorganismos, para que la eliminación y erradicación de estas enfermedades a través de la vacunación sea posible.

2.3.9 VACUNA REPLICATIVA

(Merizalde, 2004) Menciona: expresa que la vacuna está “constituida por microorganismos vivos atenuados que han perdido la virulencia mediante el paso seriado por medios de cultivo u otros procedimientos”, esta estrategia, induce una respuesta de protección en forma intensa de tipo humoral y celular, de larga duración, parecida a la originada por la infección natural, lo que genera

inmunización, en general suele ser suficiente una dosis, excepto cuando se administra por vía oral.

2.3.9.1 VACUNA NO REPLICATIVA

Muerta o inactivada este tipo de vacuna se obtiene inactivando los microorganismos por procedimientos químicos o físicos (calor, formol, etc.), “a partir de componentes de la cápsula o por recombinación genética, en general induce una respuesta inmune de menor intensidad y duración que la obtenida con vacunas replicativas que es fundamentalmente de tipo humoral, se requieren varias dosis para la primo vacunación”.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

CADENA DE FRÍO: Complejo sistema de conservación, manejo, transporte y distribución de las vacunas. Este punto es el más importante, debido a que si no se conoce como se deben manejar y mantener las vacunas estas se echarán a perder y si las aplicamos, nos darán una falsa sensación de seguridad o que ya cumplimos con las metas propuestas, ciertas vacunas como la polio oral (OPV), sarampión y fiebre amarilla son muy sensibles al calor, en cambio otras como la DPT, polio inactivada (IPV), hepatitis B, gripe y haemophilus influenzae B, se inactivan con la congelación. En esta parte no vamos a ser específicos, porque para esto necesitaríamos mucho tiempo, por lo que hablaremos de algunas cosas generales, dejando con cargo a revisar las recomendaciones del manejo de las vacunas hechas por los fabricantes, sin embargo nos vemos en la necesidad de dar algunas recomendaciones generales: las vacunas se deben colocar en un refrigerador, congelador, cuarto frío, donde solamente se colocarán estas, no mezclándose con muestras o comida, no se deben colocar vacunas en la puerta de los refrigeradores, por la inestabilidad térmica a este nivel, la mayoría de vacunas se mantiene bien entre 2-8° C. se debe llevar un

reporte diario de las temperaturas de los aparatos donde se almacenan las vacunas, de existir algún problema inmovilizar las vacunas y ver que sucedió, pudiéndose llegar a desecharlas en caso necesario, utilizar contenedores especiales para el transporte de vacunas.

DOSIFICACIÓN: La dosis recomendada se deriva de consideraciones teóricas, estudios experimentales y experiencias clínicas, la administración de dosis inferiores a las recomendadas, el fraccionar las dosis o administrarlas por una vía equivocada pueden hacer que la protección que se obtenga no sea la adecuada de forma similar, no se debe exceder de la dosis máxima recomendada, ya que esto no garantiza mejor respuesta y en cambio puede resultar peligrosa para el receptor, debido a la excesiva concentración local o sistémica de antígenos.

ESPECIE HETEROGÉNEA: Cuando la especie es heterogénea y está compuesta por diversos tipos antigénicos que no presentan inmunidad cruzada o solo parcial, deben incluirse en la vacuna todos los serotipos (vacuna de la poliomiелitis) o al menos los responsables del poder patógeno (vacuna de la tos ferina, neumocócica, meningocócica) o los que se encuentran en circulación.

ESPECIE HOMOGÉNEA: Cuando la especie es homogénea y presenta un solo tipo antigénico (especies monotípicas).

ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN: Es un conjunto de actividades que constituyen la vía para alcanzar los objetivos, requieren de un diagnóstico de situación y prevención de recursos para establecer prioridades.

ESTRATEGIAS EMERGENTE: Consiste en la aplicación de biológicos en los municipios o comunidades en donde hay presencia de casos de enfermedades prevenibles por vacunas.

ESTRATEGIAS INTENSIVAS: Consiste en la movilización masiva y ordenada del personal de salud y la población.

ESTRATEGIAS PERMANENTES: Consiste en la aplicación diaria de los biológicos en los servicios de salud por demanda espontánea de la población y debe ofertarla sistemáticamente a todo contacto independiente del motivo de la consulta.

MITOS MÁS COMUNES DE LAS VACUNAS:

- ◆ Las vacunas son innecesarias mientras se mantenga la higiene para acabar con las enfermedades.
- ◆ La vacunación es nociva y mortal porque que no se conocen sus efectos secundarios.
- ◆ Las vacunas combinadas o de varias sepas provocan SIDS (síndrome de muerte súbita del lactante).
- ◆ La vacuna no es necesaria si la enfermedad no es muy común.
- ◆ Solo las vacunas de la infancia son necesarias e indispensables.
- ◆ Si se coloca más de una vacuna los niños sufrirán más efectos secundarios o lastimara su sistema inmunitario.
- ◆ La vacuna de la gripe no es eficaz porque la gripe solo es molestia.
- ◆ Es mejor enfermarse para crear anticuerpos que administrarse la vacuna.
- ◆ Las vacunas están compuestas por mercurio, lo cual pone en riesgo la vida.
- ◆ Las vacunas son capaces de producir autismo.

NÚMERO DE DOSIS: Es importante tener en cuenta que no existen intervalos máximos entre las dosis de vacunas del PAI, no se deben recomenzar esquemas, porque lo que importa es el número total de dosis y no el intervalo entre ellas.

REACCIONES LOCALES: Dolor, Enrojecimiento, Induración y edema; se puede extender hasta la articulación más próxima, Nódulos cutáneos: puede persistir semanas y desaparece sin secuelas. Se da más en las vacunas que contienen aluminio (DTP, DT, Td), Adenopatías regionales (BCG), Las reacciones locales suelen aparecer a las 48h posteriores a la inyección y normalmente desaparecen espontáneamente en 1 ó 2 días, Aunque aparezcan reacciones locales intensas no hay que interrumpir el calendario vacunal.

SITIO DE APLICACIÓN: Es el lugar anatómico seleccionado de manera que la posibilidad de daño tisular, vascular o neural sea mínimo, la BCG se aplica en región deltoidea derecha las inyecciones intramusculares en niños pequeños se aplican en tercio medio de cara lateral de muslo (músculo vasto externo), las subcutáneas se aplican usualmente en la región deltoidea.

TÉCNICAS DE APLICACIÓN: Utilizar jeringas desechables con volúmenes y agujas adecuadas, manipular vacunas, jeringas y agujas con técnica aséptica ü evitar la aplicación de la vacuna en zonas eritematosas, induradas o dolorosas ü cuando se administra simultáneamente más de una vacuna, se debe utilizar una jeringa para cada una e inocularlas en sitios anatómicos diferentes.

VACUNA: Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos, puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos, el método más

habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral.

VACUNAS ESPECIALES: Las vacunas que se aplican para situaciones especiales (riesgo por exposición laboral, accidentes, epidemias o viajes) requieren también un número de dosis específico. Por ejemplo, el esquema preventivo con la vacuna contra rabia se administra en tres dosis (0, 7 y 28 días), seguida de una dosis de refuerzo al año o a los tres años, de acuerdo a los niveles de anticuerpos de la persona, la vacuna contra la fiebre amarilla se utiliza en personas que viajan a zonas donde hay esa enfermedad; sólo se administra una dosis. Si se requiere, se aplica otra dosis a los diez años de la primera.

VACUNAS INACTIVADAS: Estas vacunas son producidas por el crecimiento de la bacteria o del virus en un medio de cultivo, luego se inactivan con calor o con productos químicos (generalmente formalina), en el caso de vacunas inactivadas que derivan de una fracción del virus o bacteria, el organismo es tratado para purificar solamente ese componente, estas vacunas no son vivas, por lo tanto no pueden replicar y tampoco pueden causar la enfermedad ni aún en personas inmunocomprometidas, la respuesta a la vacuna no se afecta con la presencia de anticuerpos circulantes, estas vacunas pueden ser administradas aún con anticuerpos presentes en sangre por pasaje transplacentario o por la administración de sangre o derivados.

VACUNAS PARA LA INFANCIA: Los primeros años de vida de un individuo puede ser el tiempo que esté en mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas, al nacer y ser alimentado con leche materna, el infante recibe protección gracias a los anticuerpos que por esa vía le transfiere la madre, luego de cuatro meses, los anticuerpos de la leche materna comienzan a disminuir hasta casi desaparecer, y es entonces cuando el infante se encuentra

sin defensas frente a una gran variedad de agentes infecciosos que lo pueden enfermar.

VACUNAS QUE NO DEBEN CONGELARSE: BCG, CÓLERA, DTP (solas o en combinación), HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B, HEPATITIS B, HEPATITIS A, INFLUENZA, MENINGOCOCICA, NEUMOCOCICA, POLIOMIELITIS (tipo salk), RABIA, SRP (solas o en combinación), TIFUS (oral o inyectable).

VACUNAS VIVAS ATENUADAS: Son derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus o bacteria, estos virus o bacterias son atenuadas, o sea, 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 la enfermedad tal como lo haría el virus o bacteria salvaje, cuando en algunos casos se produce la enfermedad, esta es generalmente leve y se refiere como una reacción adversa o efecto indeseable de la vacuna (esavi).

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN: Es la forma de introducir el inmunobiológico al organismo, su elección es específica para cada inmunobiológico, con el fin de asegurar su máxima eficacia y de evitar efectos indeseables. Pueden ser: oral, intradérmica, subcutánea o intramuscular.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

(Ponce & Jiménez, 2015) argumentan:

Para diseñar una investigación es importante especificar las características del diseño metodológico (tradicionalmente se conoce como la sección de material y métodos o metodología de un proyecto de investigación). El diseño metodológico le dará identidad propia, única y muy particular a la investigación que se desea realizar y ayudará al lector a comprender adecuadamente en qué consistirá la investigación.

El diseño metodológico es la descripción detallada y precisa de las estrategias y procedimientos de cómo se va a realizar la investigación. Los elementos que deben incluirse en el diseño metodológico deben estar relacionados de forma lógica, congruente, presentados y ordenados de manera coherente y sencilla. (p. 1).

(Peña, 2009) señala que: El Diseño metodológico, es una relación clara y concisa de cada una de las etapas de la intervención. El diseño metodológico es la descripción de cómo se va a realizar la propuesta de intervención.

El diseño metodológico son los pasos a seguir para generar una información que mi proyecto de investigación requiere, a la luz de una temática y unos objetivos que se problematizan.

Un diseño metodológico es la forma particular de cómo cada interventor/a organiza su propuesta de intervención. Lo metodológico debe estar soportado

por la postura epistemológica, conceptual y ontológica del interventor/a; es decir, cada diseño metodológico ha de responder con coherencia interna a la concepción de ser humano, a la concepción de educación y a los principios pedagógicos que orientan a cada interventor/a en su quehacer. Por lo tanto, la estrategia de intervención depende del tipo de estudio que se elija (el enfoque), ya que éste determina el diseño, el proceso propuesto a la comunidad, la información generada, la forma como se trabajará con la comunidad y el lugar del profesional interventor. (p.1)

3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación sobre los “Riesgos de la irresponsabilidad en vacunación de niños menores de 5 años”, es aplicada debido a que la investigación se llevará a la práctica con nuestra muestra que son los padres de familia del Barrio Brasilito Municipio de Chicomuselo, Chiapas por medio de encuestas para la comprobación de hipótesis.

3.1.1 INVESTIGACION PURA

(Tamayo, 1999) menciona:

Recibe también el nombre de pura y fundamental, tiene como fin la búsqueda del progreso científico, mediante el acrecentamiento de los conocimientos teóricos, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es de orden formal y busca las generalizaciones con vista al desarrollo de una teoría basada en principios y leyes (p.129).

3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA

(Bunge, 1969) afirma:

La investigación aplicada busca o perfecciona recursos de aplicación del conocimiento ya obtenido mediante la investigación pura, y, por tanto, no busca la verdad, como la investigación pura, sino la utilidad. En otras palabras, se trata aquí de investigar las maneras en que el saber científico producido por la investigación pura puede implementarse o aplicarse en la realidad para obtener un resultado práctico (p.683).

3.2 TIPOS DE ESTUDIO

(Cazau, 2006) señala:

La investigación es un proceso por el cual se enfrentan y se resuelven problemas en forma planificada, y con una determinada finalidad.

Esta investigación es de tipo descriptiva, porque explicaremos los factores de riesgo, características, tipos de vacunas, composición de la vacuna, las vías de administración entre otros aspectos relevantes.

3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL

Cortés e Iglesias (2004) mencionan:

Los estudios correlacionales tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. La utilidad principal

de los estudios correlacionales cuantitativos es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.

3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO

Cortés e Iglesias (2004) señalan:

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) reafirman:

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o porque se relacionan dos o más variables.

3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) explican:

Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente tema “Riesgos de la irresponsabilidad en vacunación de niños menores de 5 años en el Barrio Brasilito Municipio de Chicomuselo, Chiapas”, es una investigación de tipo no experimental, específicamente de corte transversal, solo se observará la situación actual tal y como está sucediendo en su contexto natural.

3.3.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL

Malagar, (2008) Considera:

En este método los tratamientos de la variable independiente han sido manipulados por el investigador-X- por lo que se tiene el mayor control y evidencia de la causa y efecto. (p. 149).

Sampieri (2006) señala: En los experimentos se diseñan pruebas en las cuales se inducen cambios es decir se manipulan las variables que intervienen en un proceso o sistema deliberadamente (supuestas causas), de manera que sea posible observar, identificar y analizar las causas en la respuesta obtenida. En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después analizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se ‘construye’ una realidad.

3.3.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL

Malagar, (2008) refiere:

En este método, existe un grupo de sujetos a los cuales se realiza una prueba- O- de medición de la variable dependiente, pero los tratamientos de la variable independiente-X- no fueron manipulados o controlados por el investigador. También se denomina investigación ex - post - facto. (p.149).

Sampieri (2006) indica: La investigación no experimental es la que no manipula deliberadamente las variables a estudiar. Lo que hace este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto actual, para después analizarlo. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes.

3.3.2.1 INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL

(Sampieri, 2010), menciona:

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (p.151)

3.3.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL

(Sampieri, 2010), señala que:

Son estudios que recaban datos en diferentes puntos del tiempo, para realizar inferencias acerca de la evolución, sus causas y sus efectos. (p.158)

3.4 ENFOQUES

Toda investigación necesita contar con enfoques que orienten su realización, que permitan diseñar y/o elegir los instrumentos que nos servirán para la recolección de los datos y las características que éstos deben tener.

La investigación es de enfoque mixto debido a que combinamos el enfoque cuantitativo con el cualitativo.

3.4.1 ENFOQUE CUALITATIVO

(Patton 1980,1990), menciona que:

Los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones. Por lo expresado en los párrafos anteriores, el investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, interacción e introspección con grupos o comunidades. (P. 326)

A su vez Fernández y Pertegás (2004), reafirman que:

La investigación cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica.

3.4.2 ENFOQUE CUANTITATIVO

(Sampieri 2006), menciona que:

Cuando hablamos de una investigación cuantitativa damos por aludido al ámbito estadístico, es en esto en lo que se fundamenta dicho enfoque, en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, que es importante señalar, se han planteado con antelación al proceso metodológico; con un enfoque cuantitativo se plantea un problema y preguntas concretas de lo cual se derivan las hipótesis.(p.326)

3.4.3 ENFOQUE MIXTO

(Sampieri s/f), menciona:

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

(Cortés e Iglesias, 2004), afirman que:

La investigación es mixta porque se utilizará tanto el enfoque cualitativo como el cuantitativo, en el cualitativo se observará las reacciones de la gente a la hora de responder la encuesta; es cuantitativo porque realizaremos encuestas para cuantificar el problema.

En un enfoque mixto el investigador utiliza las técnicas de cada uno por separado, se hacen observaciones, entrevistas, se realizan encuestas para saber las opiniones de cada cual sobre el tema en cuestión, se trazan

lineamientos sobre las políticas a seguir según las personas que intervengan, además esas encuestas pueden ser valoradas en escalas medibles y se hacen valoraciones numéricas de las mismas, se obtienen rangos de valores de las respuestas, se observan las tendencias obtenidas, las frecuencias, se hacen histogramas, se formulan hipótesis que se corroboran posteriormente. (p.11)

3.5 UNIVERSO O POBLACIÓN

La población de estudio será en Chicomuselo, Chiapas.

El interés que tenemos como profesionistas para abordar este problema en este municipio es porque la incidencia esta problemática de salud es debido a la falta de conocimientos y a la irresponsabilidad de los comerciantes en el ámbito higiénico.

(Leon, 2007) Menciona:

La población de una investigación está compuesta por todos los elementos (personas, objetos, organismos, historias clínicas) que participan del fenómeno que fue definido y delimitado en el análisis del problema de investigación. La población tiene la característica de ser estudiada medida y cuantificada. (p.2)

(Selltiz, 1980), recalca:

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. (p.238).

3.5.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

Chicomuselo está ubicado en la región fronteriza de Chiapas (México)– entre jóvenes provenientes de dos bachilleratos de la localidad, el municipio es reconocido por la expulsión de la minera Blackfire Exploration durante la década de 1990, suceso que dio pie a una resistencia tenaz contra la minería. Actualmente, la parroquia de San Pedro y San Pablo de la localidad ha retomado esta lucha, dándose a la tarea de organizar a las comunidades eclesiales de base (ceb) en actividades que promueven la defensa del territorio, se analiza, a través de la aplicación de la técnica de mapas mentales, en qué medida la parroquia ha contribuido en construir un imaginario social sobre el territorio.

Chicomuselo tiene 31,515 habitantes distribuidos en 210 localidades (inegi, 2010), colinda con Socoltenango, Frontera Comalapa, Trinitaria, Bellavista, Siltepec, La Concordia y con Venustiano Carranza, es un lugar estratégico para las empresas mineras al ser puerta de ingreso a la Sierra Mariscal. Aunque ha subsistido de la ganadería y la agricultura (café, cacahuate, maíz y frijol) actualmente atraviesa una aguda crisis provocada por la descapitalización del campo y el incremento de plagas en los cultivos, con relación a la tierra, el reparto ejidal llegó a Chicomuselo hasta 1995, tres años después de que culminara el reparto agrario con la reforma constitucional de 1992.

3.6 MUESTRA

(M. I. Ortego, s/f), afirma que:

Se denomina muestra a un subconjunto de unidades estadísticas extraído del universo del cual se quiere conocer ciertas características. Es a partir de los

resultados observados sobre la muestra que se va a extrapolar para producir estimaciones de dicho universo. (p.2)

La muestra de nuestra investigación son diez niños que se encontraron en el “Barrio Brasilito” de municipio de Chicomuselo, Chiapas.

3.6.1 TIPOS DE MUESTREO

La investigación que se presenta es no probabilística de tipo de muestreo de cuotas, es no probabilística debido a que solo se encuestarán a los padres de familia del Barrio Brasilito y es muestreo de cuotas ya que se encuestarán a los padres de familia que se encuentren disponibles en cualquier momento.

A continuación, se describen los diferentes tipos de muestreo.

3.6.1.1 PROBABILÍSTICO

(Salvadó, 2013), define que:

Es requisito que todos y cada uno de los elementos de la población tenga la misma probabilidad de ser seleccionados (azar). Se debe tener disponible un listado completo de todos los elementos de la población, a esto se le llama Marco de Muestreo. (s/p).

3.6.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE

(Velázquez A. P.) Señala:

El muestreo aleatorio es una técnica que permite obtener una muestra representativa de la población. Ésta se basa en el concepto de probabilidad, el cual marca que cualquier elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser elegido y que la elección de cada elemento es independiente de cualquier selección previa. Los muestreos probabilísticos son de varios tipos.

3.6.1.1.2 ESTRATIFICADO

(Otzen T. , 2017) Define:

Aleatorio estratificado: Se determina los estratos que conforman la población blanco para seleccionar y extraer de ellos la muestra (se define como estrato a los subgrupos de unidades de análisis que difieren en las características que van a ser analizadas).

3.6.1.1.3 SISTEMÁTICO

(Velázquez M. e., s/f), menciona que:

En este caso se elige de manera aleatoria el sitio de muestreo para un estrato determinado, mientras que en los estratos restantes el sitio de muestreo se determina a partir de la misma posición relativa. Un caso típico de esto consiste en elegir el centro de cada estrato como sitio de la muestra. (s/p)

3.6.1.1.4 POR CONGLOMERADO

(Otzen T. , 2017) Menciona:

Consiste en elegir de forma aleatoria ciertos barrios o conglomerados dentro de una región, ciudad, comunidad etc., para luego elegir unidades más pequeñas como cuadras, calles, etc. y finalmente otras más pequeñas, como escuelas, consultorios, hogares (una vez elegido esta unidad, se aplica el instrumento de medición a todos sus integrantes).

3.6.1.2 NO PROBABILÍSTICO

(Sampieri, 2010), menciona que:

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. (p.176)

3.6.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA

(Casal, 2003) Menciona:

Consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo, siendo este el mayor inconveniente del método ya que no podemos cuantificar la representatividad de la muestra (p.5).

3.6.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS

(Salvadó, 2013) Señala:

Todos los elementos conocidos de la población tienen que aparecer en la muestra. Se debe asegurar que estos aparezcan en la misma proporción que en la población. El investigador entrevista a todas las personas de cada categoría que pueda encontrar hasta que haya llenado la cuota.

3.6.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE

Espinoza (s/f) señala: Se aprovecha o utiliza personas disponibles en un momento dado que se corresponda con el propósito del estudio (p.20).

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que principalmente se aplicarán en esta investigación son, la observación y la encuesta, ésta última a partir de la aplicación de un cuestionario de 20 preguntas, de las cuales todas son cerradas con la finalidad de obtener por parte del encuestado, opiniones más precisas.

Las técnicas que se usaron en la investigación son la observación directa en la que observaremos las actitudes de las personas a la hora de encuestarlas, así como la técnica de la encuesta para recopilar datos indispensables para comprobar hipótesis.

3.7.1 OBSERVACIÓN

(POTGRADO, 2019), da a conocer:

Tradicionalmente el acto de "observar" se asocia con el proceso de mirar con cierta atención una cosa, actividad o fenómeno, o sea concentrar toda su capacidad sensitiva en algo por lo cual estamos particularmente interesados.

En la investigación se hará uso de esta técnica, apoyándose del instrumento ficha de observación.

3.7.2 ENCUESTA

(POTGRADO, 2019), manifiesta que:

Para algunos investigadores no es otra cosa que la recolección sistemática de datos en una población o en una muestra de la población, mediante el uso de entrevistas personales y otros instrumentos para obtener datos. Habitualmente a este tipo de estudio se le denomina así, cuando se ocupa de grupos de personas, numerosas y dispersas. Para otros, la encuesta es solo una pluralidad de técnicas que se utilizan a nivel masivo.

En la investigación se utilizará la encuesta para recopilar datos de la muestra apoyándose del instrumento cuestionario, el cual consta de cinco apartados con un total de 25 preguntas, dicho cuestionario se aplicará a diez personas que se encuentren disponibles en el Barrio Brasilito Municipio de Chicomuselo Chiapas.

3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.8.1 CUESTIONARIO

A continuación, se presenta el modelo de cuestionario que se aplicará a nuestra muestra, el cual se llevará a cabo en el Barrio Brasilito Municipio de Chicomuselo Chiapas a 10 personas que se encuentren disponibles en ese momento. La encuesta se llevará a cabo el día 24 de mayo de 2021 a las 16:00 pm.

CUESTIONARIO

Fecha: _____ **No. de cuestionario:** _____

Instrucciones: Te pedimos cordialmente que nos apoyes a contestar las siguientes preguntas con toda sinceridad. Hacemos de tu conocimiento que la información obtenida será tratada con respeto y confidencialidad.

Lee detenidamente y señala con una X la respuesta que consideres correcta o completa el dato que se te pide.

I.- DATOS PERSONALES

1.-EDAD: _____

2.-Nº DE HIJOS: _____

3.-NIVEL DE ESTUDIOS:

- a) Sin estudios () b) Educación primaria ()
c) Educación () d) secundaria ()
e) Educación superior. ()

4.- EN QUE TRABAJA:

- a) Ama de casa () b) Trabajo independiente ()
c) Trabajo dependiente () d) No estable ()

5.-USTED LLEVA A SU HIJO PARA VACUNARLO:

- a) Si () No ()

I.- DATOS PERSONALES DEL NIÑO (A)

6.- ¿CUÁL ES EL SEXO DE SU HIJO (A)?

- a) Masculino () b) Femenino ()

7.- ¿QUÉ EDAD TIENE?

- | | |
|----------------|---------------|
| a) 0 a 28d () | e) 2 años () |
| b) 1 a 3m () | f) 3 años () |
| c) 4 a 6m () | g) 4 años () |
| d) 1 año () | h) 5 años () |

III.- FACTORES SOCIALES

8.- ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE NO LE PERMITIERON CUMPLIR CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN?

- | | |
|-----------------|---|
| a) Salud () | d) Transporte () |
| b) Tiempo () | e) Falta de vacunas en el centro de salud () |
| c) Economía () | f) Otros () |

9.- QUE SON LAS VACUNAS PARA USTED:

10.- ¿PIENSA QUE LAS VACUNAS SIRVEN PARA CURAR ENFERMEDADES?

- a) Si () b) No ()

Cuales son: _____

11.- ¿PIENSA QUE LAS VACUNAS SIRVEN PARA PREVENIR ENFERMEDADES?

a) Si ()

b) No ()

IV.- CONOCIMIENTO DE LAS VACUNAS

12.- ¿CREE QUE LAS VACUNAS HACEN DAÑO AL ORGANISMO?

a) Si ()

b) No ()

13.- ¿CREE QUE LAS VACUNAS SON SEGURAS?

a) Si ()

b) No ()

14.- SABE CUÁLES SON LAS REACCIONES ADVERSAS DE LAS VACUNAS:

a) Fiebre ()

b) Dolor ()

Otros: _____

15.- DONDE OBTUVO INFORMACIÓN SOBRE LAS VACUNAS:

16.- USTED SABE QUE VACUNAS SE LES ADMINISTRAN A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS:

V.- ACTITUDES HACIA LA VACUNACIÓN

17.- ¿SE HA PLANTEADO ALGUNA VEZ NO VACUNAR A SU HIJO? Señale el motivo.

a) Miedo a efectos secundarios () d) Miedo a provocar la enfermedad () b)

Prevalece riesgo sobre beneficio () e) Ineficacia de las vacunas ()

c) No me he planteado no () f) Otros ()

18. ¿HAN TENIDO EFECTOS SECUNDARIOS LAS VACUNAS ADMINISTRADAS EN SU HIJO? Señale cuál/es:

- a) Malestar/Irritabilidad () d) Fiebre leve () b)
Inflamación/dolor del sitio de punción () e) No ha habido efectos
secundarios () c) Otros ()

19. ¿EN SU OPINIÓN, LAS VACUNAS DEL CALENDARIO VACUNAL DEBERÍAN SER OBLIGATORIAS?

- a) Si () b) No ()

Porque: _____

20. ¿CREE QUE UN NIÑO NO VACUNADO SUPONE UN RIESGO PARA SU HIJO?

- a) Si () b) No ()

Porque: _____

VI.- VACUNACIÓN

21.- CUANTAS VACUNAS DEBE DE RECIBIR CADA NIÑO PARA QUEDAR PROTEGIDO:

- a) 1-10 () b) 10 o más ()
a) Desconozco ()

22.- COMO ES EL SERVICIO DE VALORACIÓN EN SU COMUNIDAD:

23.-CREE USTED QUE DEBERÍA MEJORAR:

24.- SABE CUÁLES SON LOS RIESGOS DE NO VACUNAR A SU HIJO:

25.- TIENE CARTILLA DE VACUNACIÓN SU HIJO:

¡Gracias por su cooperación!

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO METODOLÓGICO

El día lunes veinticuatro de mayo del año en curso se realizó la aplicación de las encuestas y fichas de observación a las personas previstas de acuerdo a la muestra establecida consistente en diez personas que se encontraban en el Barrio Basilito, la encuesta se llevó a cabo en un promedio de dos horas, por parte de los tesisistas profesionistas de Enfermería del 9° cuatrimestre. Único semiescolarizado del campus de la Frontera Comalapa.

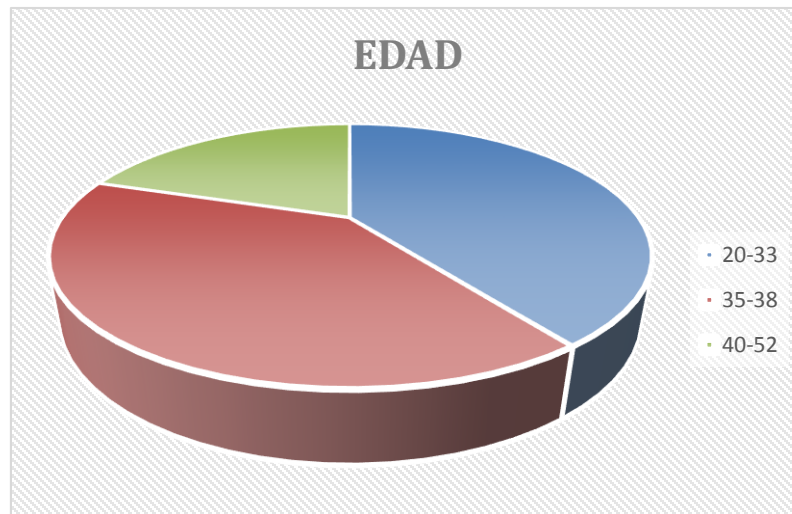
Cabe destacar que este proceso de investigación se llevó a cabo de manera satisfactoria obteniendo los resultados de participación deseados. En el siguiente apartado se presentan los resultados a través de tablas y gráficas, que nos permitieron realizar un análisis e interpretación de la información para conocer la situación que prevalece respecto al riesgo de la irresponsabilidad en vacunación en niños menores de 5 años, que a su vez fue la base para la construcción de las recomendaciones de las vacunas.

4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

TABLA I. DATOS PERSONALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
EDAD	20-33	4	40
	35-38	4	40
	40-52	2	20
	TOTAL	10	100
N. DE HIJOS	1 HIJO	2	20
	2 HIJO	4	40
	3 HIJO	2	20
	4 HIJO	1	10
	6 HIJO	1	10
	TOTAL	10	100%
ESCOLARIDAD	SIN ESTUDIO	1	10
	PRIMARIA	5	50
	SECUNDARIA	4	40
	PREPARATORIA	0	0
	TOTAL	10	100
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	8	80
	TRABAJO INDEPENDIENTE	0	0
	TRABAJO DEPENDIENTE	1	10
	NO ESTABLE	1	10
	TOTAL	10	100
LLEVA A SU HIJO A VACUNARLO	SI	8	80
	NO	2	20
	TOTAL	10	100

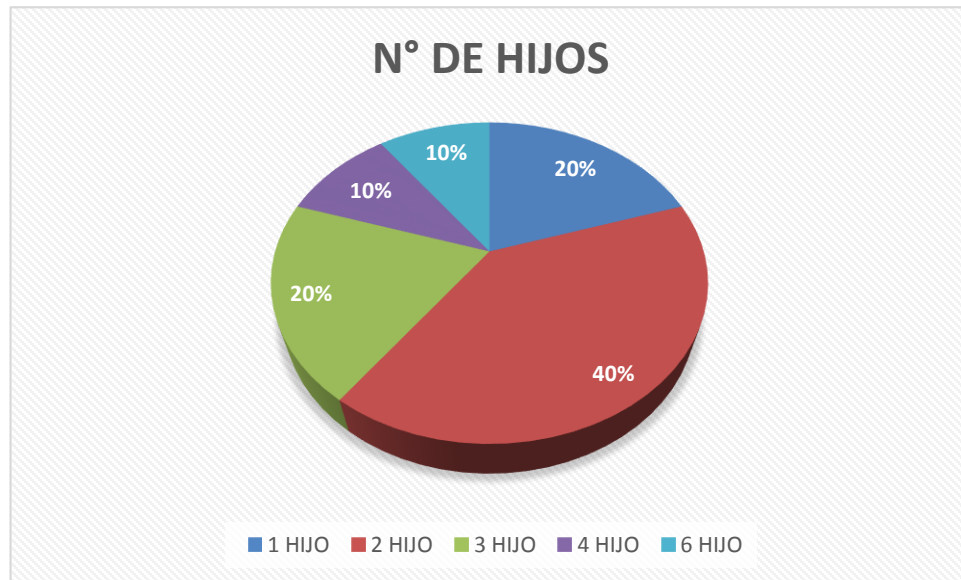
GRÁFICA 1



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada se encuentra en casi la misma cantidad por los tres grupos de edad, sobresaliendo ligeramente el grupo de 20 a 33 años con un 40% y los grupos de 35 a 38 años con un 40%, así como el grupo de 40 a 52, con un 20%.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea general de la población sobre este tema de los riesgos de la irresponsabilidad en vacunación en niños menores de años, ya que se obtuvo casi por igual cantidad las opiniones de los tres grupos de edad representativos de la muestra.

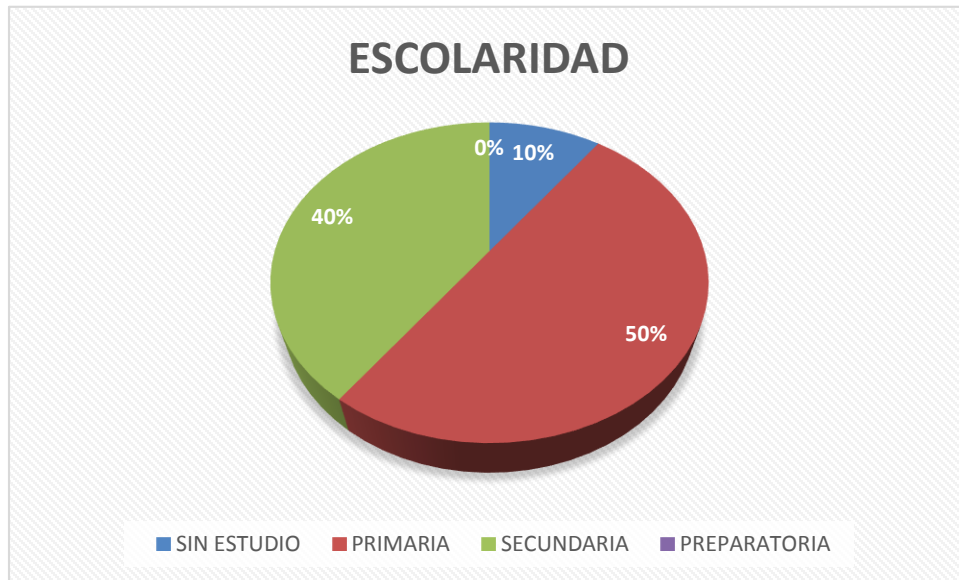
GRÁFICA 2



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada se encuentra en casi la misma cantidad de hijos sobresaliendo ligeramente los de 6 hijos con 10%, continuando con los de 4 con un 10%, siguiendo con los de 3 con 20%, teniendo casi por último a los de 2 con un 40% y por último años de 1 hijos con 20%.

Interpretación: en esta gráfica nos permite de tener una idea de hijos que tiene cada una de las mujeres en el barrio Brasilito y también conocer o tener una idea sobre la irresponsabilidad en vacunas en menores de 5 años ya que se obtuvo gracias a la encuesta.

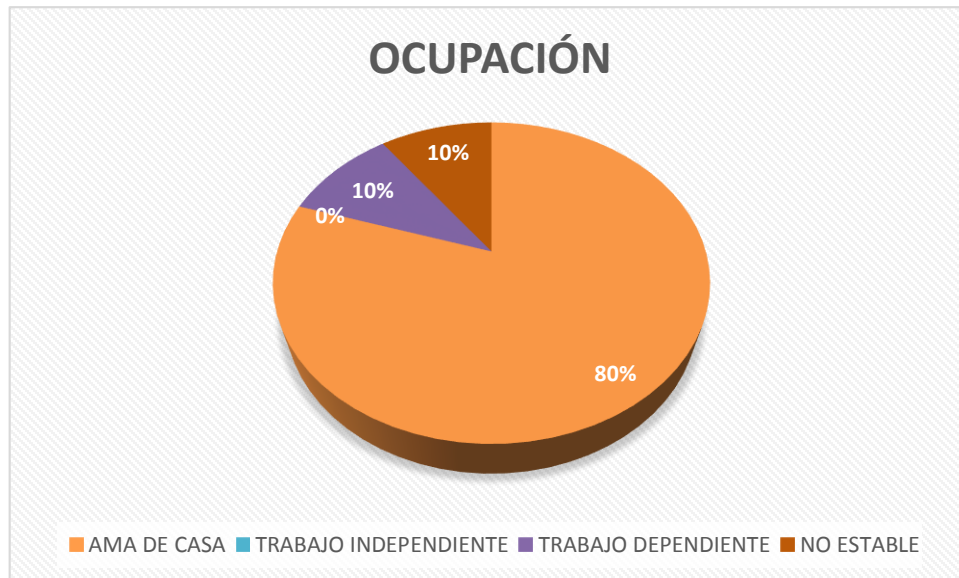
GRÁFICA 3



Análisis: La gráfica nos muestra que el 100% de la población encuestada cuenta con algún grado escolar; de los cuales un 50% tiene un nivel primaria, un 40% secundaria, un 0% preparatoria y sin estudios un 10 %.

Interpretación: Esta gráfica nos revela de manera importante que la población encuestada está alfabetizada, por lo obtenido de sus opiniones sobre las vacunas, no solo provienen de una educación informal o no formal.

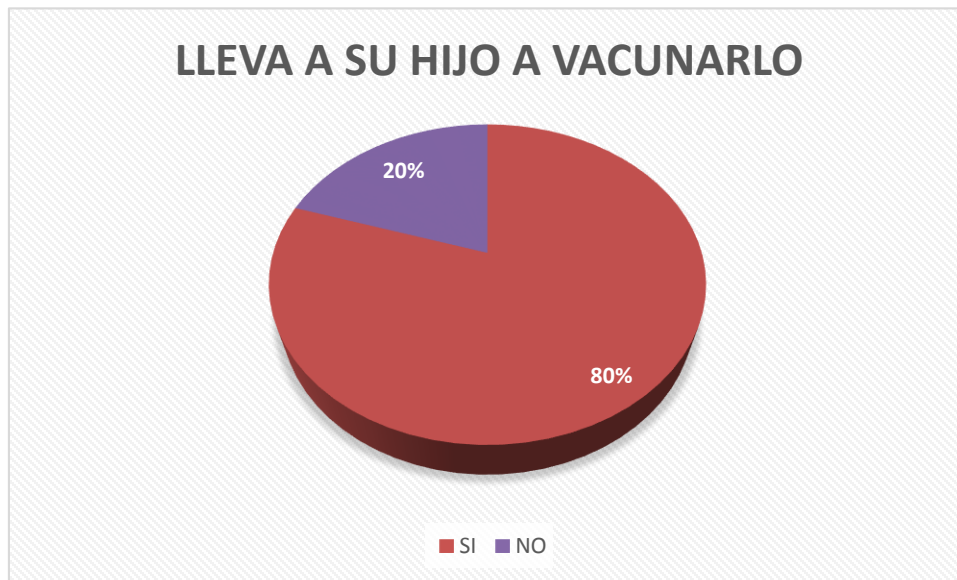
GRÁFICA 4



Análisis: En esta gráfica podemos notar que de acuerdo a nuestra planeación, que el 80% de la población encuestada se dedica hacer ama de casa, el 10% trabajo dependiente, los otros 10% tiene un trabajo estable y el 0% no cuenta con trabajo independiente.

Interpretación: En la gráfica podemos ver las ocupaciones de las madres de familia que corresponden a la mayoría a ser amas de casa, debido a eso ellas saben que es importante la vacunación de sus hijos.

GRÁFICA 5



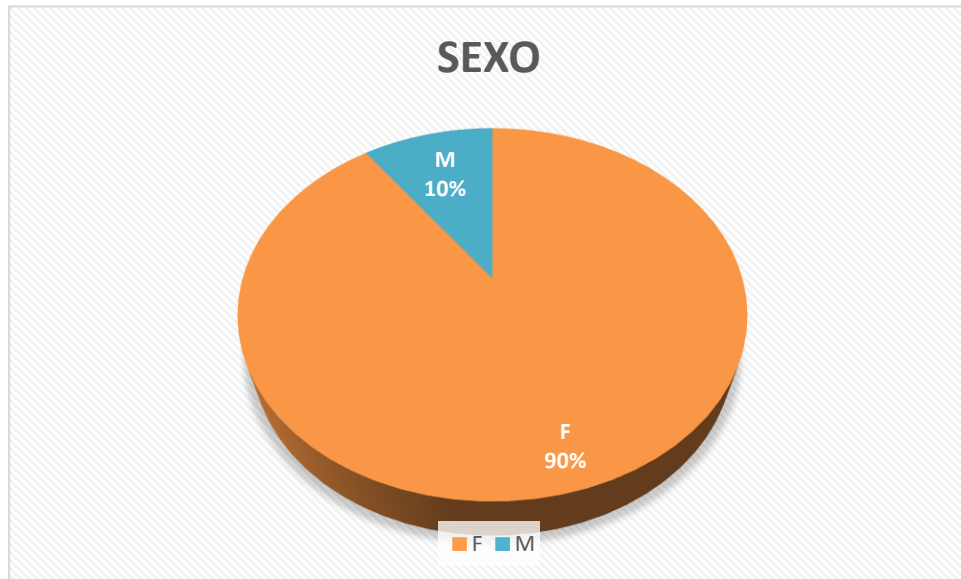
Análisis: En esta gráfica podemos notar que de acuerdo a nuestra planeación, que el 80% de la población encuestada si lleva a su hijo a vacunar al centro de salud de la cabecera de Chicomuselo, el 20% no lleva a vacunar a sus hijos.

Interpretación: En la gráfica podemos ver las responsabilidades de las madres de familia que corresponden a la mayoría que si llevan a sus hijos a vacunara y otros no por motivos de transporte o porque a la aplicarles la vacuna se enferman.

TABLA 2. DATOS PERSONALES DEL NIÑO

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
SEXO	F	9	90
	M	1	10
	TOTAL	10	100
EDAD	9-1	5	50
	2-3	3	30
	4-5	2	20
	TOTAL	10	100

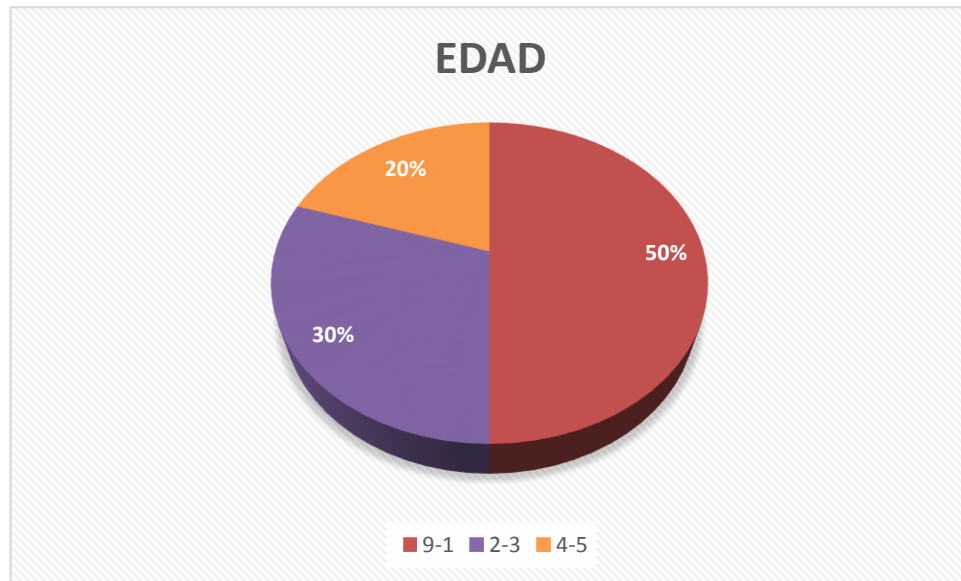
GRAFICA 6



Análisis: La gráfica nos muestra que la población encuestada en su mayoría fue del sexo femenino, en un 90%, y el 10% restante correspondió a población masculina

Interpretación: Esta gráfica nos permite observar las encuestas que realizamos que las madres de familia más de la mayoría tienen niñas que niños.

GRAFICA 7



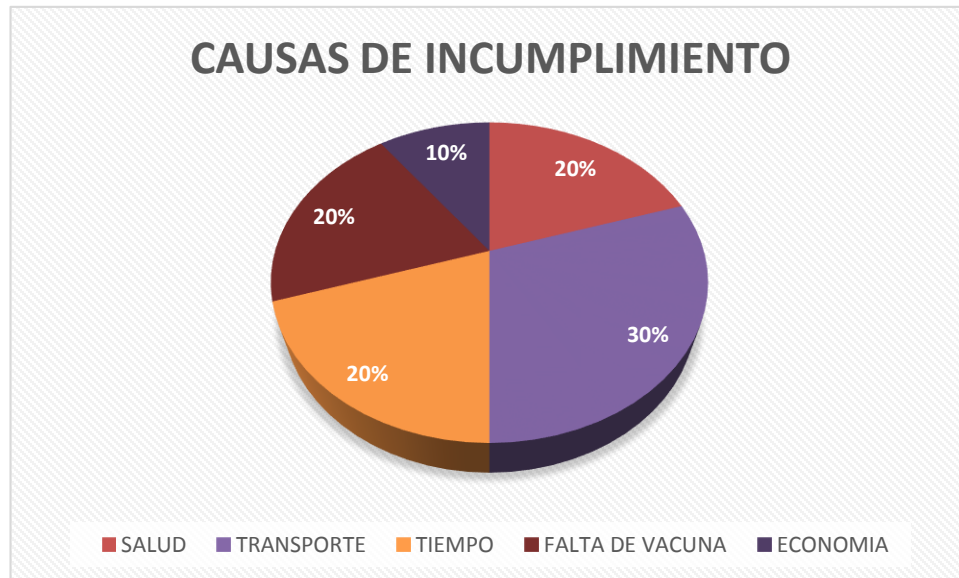
Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada se encuentra en casi la misma cantidad por los tres grupos de edad de los niños, sobresaliendo ligeramente el grupo de 9 meses a 1 años con un 50% y los grupos de 2-3 años con un 30%, así como el grupo de 4-5 años, con un 20%.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea general de los niños sobre este tema de los riesgos de la irresponsabilidad en niños menores de 5 años, ya que se obtuvo casi por igual la cantidad de las opiniones de los tres grupos de edad de cada niño.

TABLA 3. FACTORES SOCIALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO	SALUD	2	20
	TRANSPORTE	3	30
	TIEMPO	2	20
	FALTA DE VACUNA	2	20
	ECONOMIA	1	10
	TOTAL	10	100
CONOCIMIENTO VACUNAS	SI	7	70
	NO	3	30
	TOTAL	10	100
CURAR ENFERMEDADES	SI	10	100
	NO	0	0
	TOTAL	10	100
PREVENIR ENFERMEDADES	SI	9	90
	NO	1	10
	TOTAL	10	100

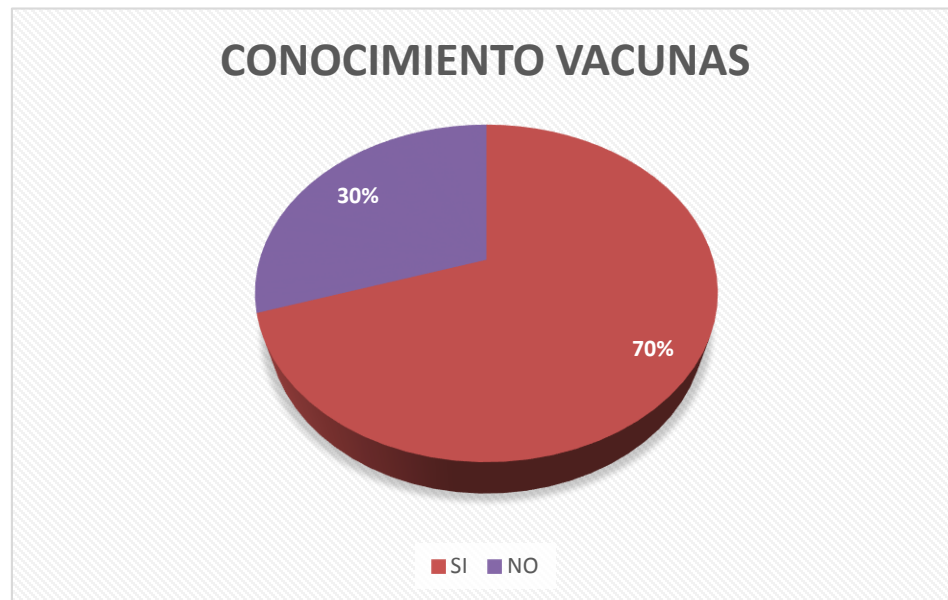
GRAFICA 8



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada se encuentra en casi la misma cantidad por los cinco grupos de causa sobresaliendo ligeramente el grupo de transporte con un 30%, continuando con salud con un 20%, siguiendo por falta de vacuna con un 20% al igual que tiempo y terminando con economía de un 10%.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea de las causas general por la cual los padres de familia tienen un incumplimiento de las vacunas en sus niños menores de 5 años.

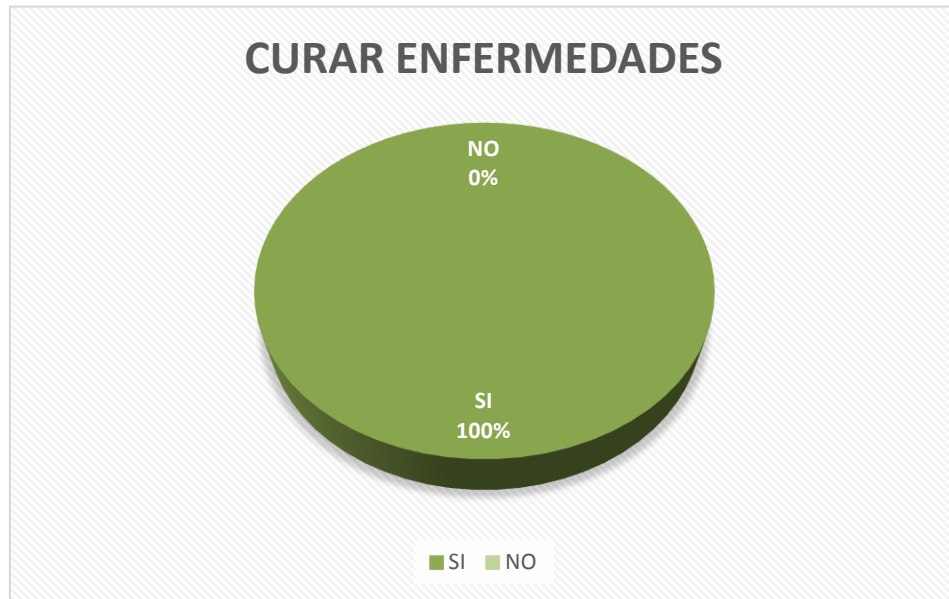
GRAFICA 9



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada la mayoría si tienen el conocimiento sobre las vacunas sobresaliendo con un 70%, ya el otro 30% no cuenta con los conocimientos sobre la importancia de las vacunas.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea de que la mayoría de la población si tiene el conocimiento ya que ellos han asistido a los servicios de salud que se encuentran en la cabecera municipal de Chicomuselo.

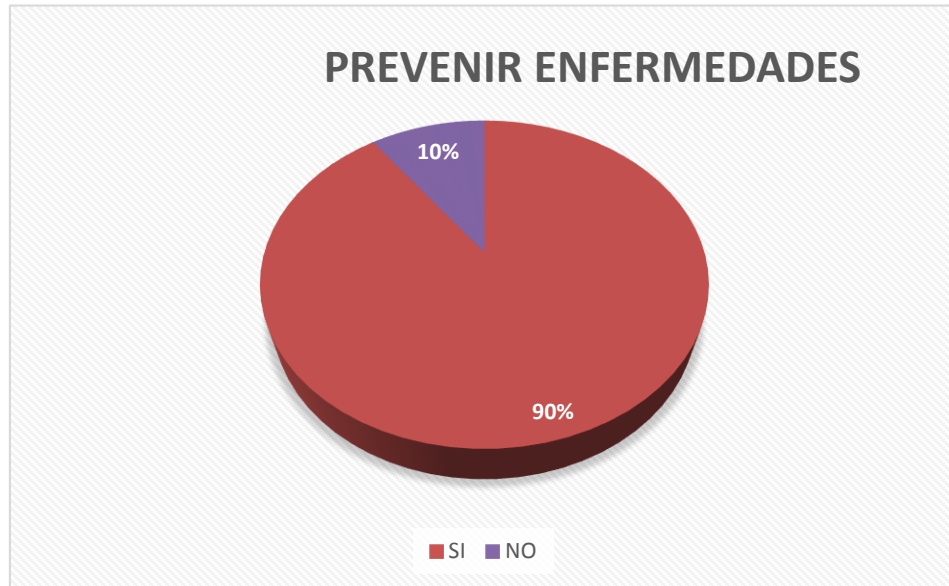
GRAFICA 10



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada el 100% sabe que protege al niño para prevenir las enfermedades, y así no los ataca fácilmente.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que el 100% de la población encuestada si tiene el conocimiento de las vacunas.

GRAFICA 11



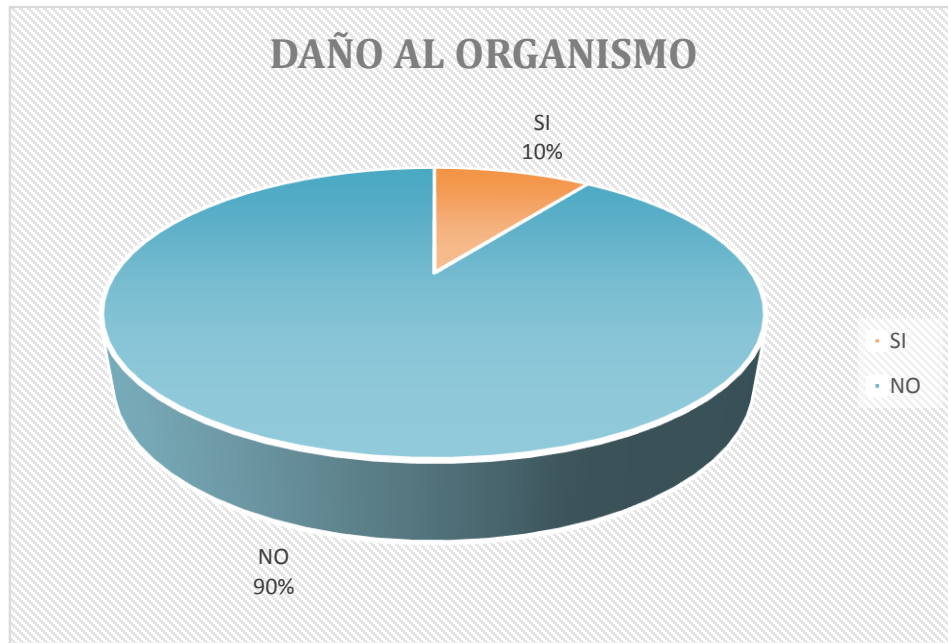
Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada que el 90% sabe que proviene de las enfermedades la vacuna y el 10 % no cuentan con la información.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que las madres de familia si saben que la vacuna ayuda a prevenir enfermedades crónicas.

TABLA 4. CONOCIMIENTO DE LAS VACUNAS

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
DAÑO AL ORGANISMO	SI	1	10
	NO	9	90
	TOTAL	10	100
SON SEGURAS	SI	10	100
	NO	0	0
	TOTAL	10	100
REACCIONES ADVERSAS	FIEBRE	7	70
	DOLOR	1	10
	OTROS	2	20
	TOTAL	10	100
INFORMACION DE LA VACUNA	CENTRO DE SALUD	8	80
	OTROS	2	20
	TOTAL	10	100
ADMINISTRACION DE VACUNAS	SI	5	50
	NO	5	50
	TOTAL	10	100

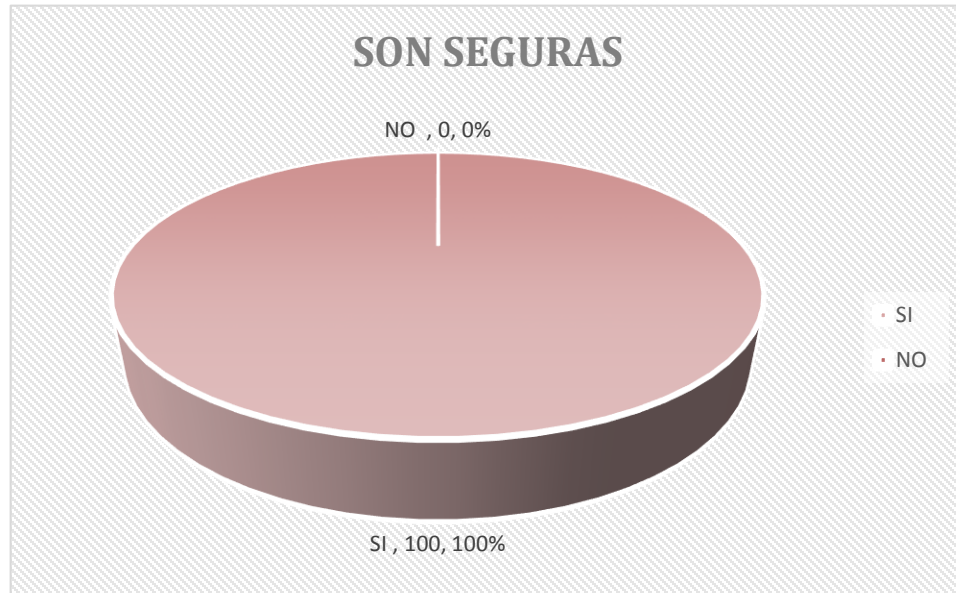
GRAFICA 12



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada que el 90% sabe que las vacuna no le hace daño al organismo del niño y el 10 % piensan que si les hace daño.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que la mayoría de las madres de familia saben que no hace daño al organismo, a lo cual el 10% piensan que si es porque a su vez sus niños se han enfermado cada que les aplican la vacuna.

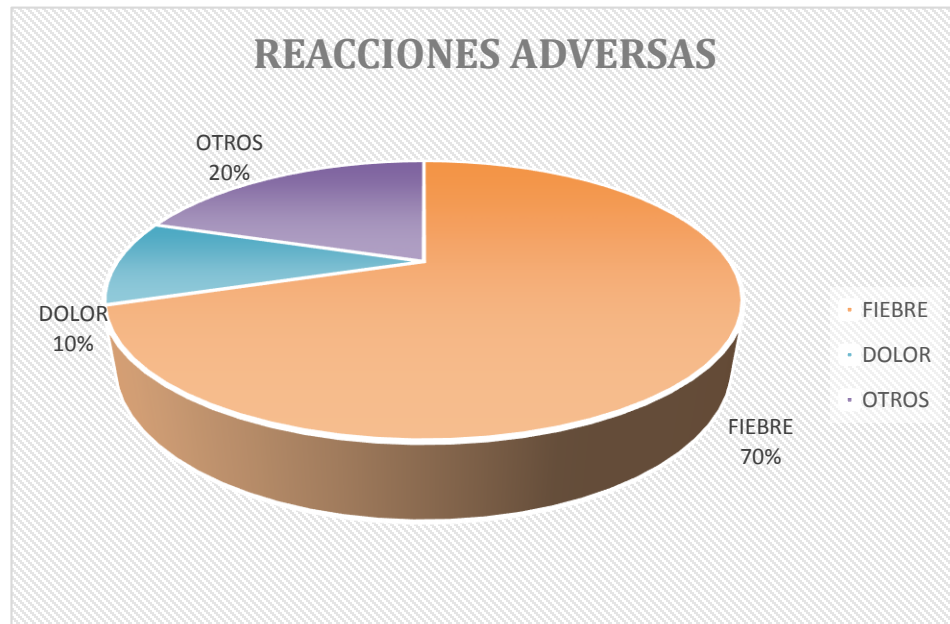
GRAFICA 13



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada el 100% las madres de familia saben que son seguras las vacunas que les aplica a sus niños para no tener después una enfermedad crónica.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que el 100% ya que les han informado por parte de servicio de salud cuando llevan a sus hijos a vacunar o por parte de una familia o conocido.

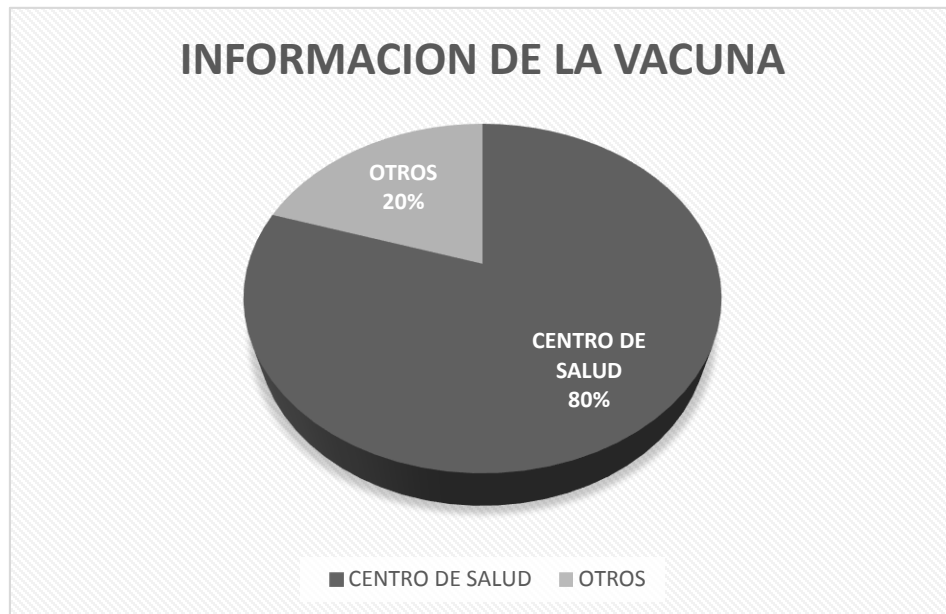
GRAFICA 14



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada a las reacciones adversa cuando les aplican la vacuna a sus hijos, el 70% les da fiebre, siguiendo con el dolor con un 10% y otras reacciones como gripa, diarrea, náuseas con un 20%.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que mayoría sufre de fiebre cada aplicación de las vacunas, poco dolor y otras reacciones que les da algunas veces.

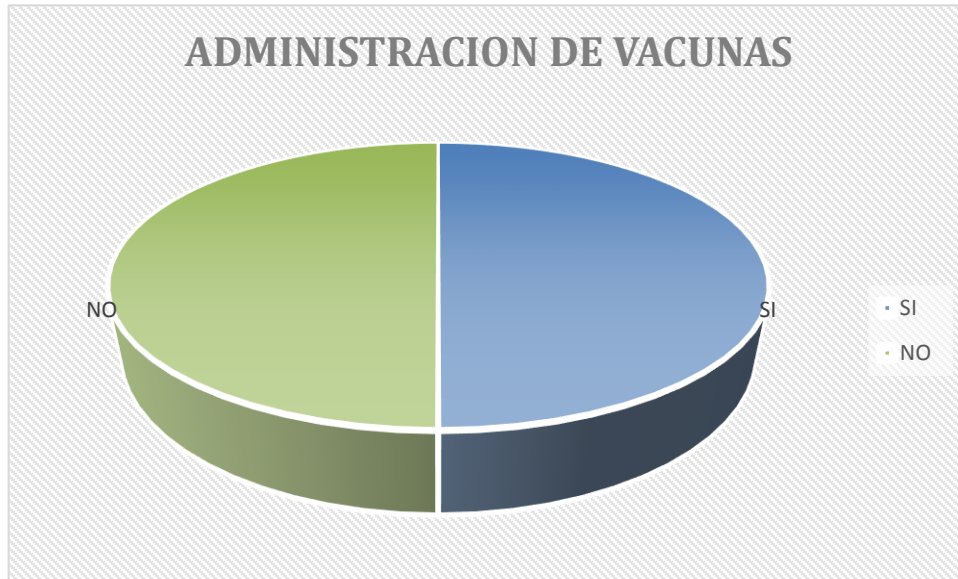
GRAFICA 15



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada tiene información de las vacunas gracias al centro salud con un porcentaje con un 70 % y el resto no tiene información sobre las vacunas.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea sobre que las personas están informada por un regular desempeño de centro de salud al informar a las madres de familia sobre las vacunas para sus niños.

GRAFICA 16



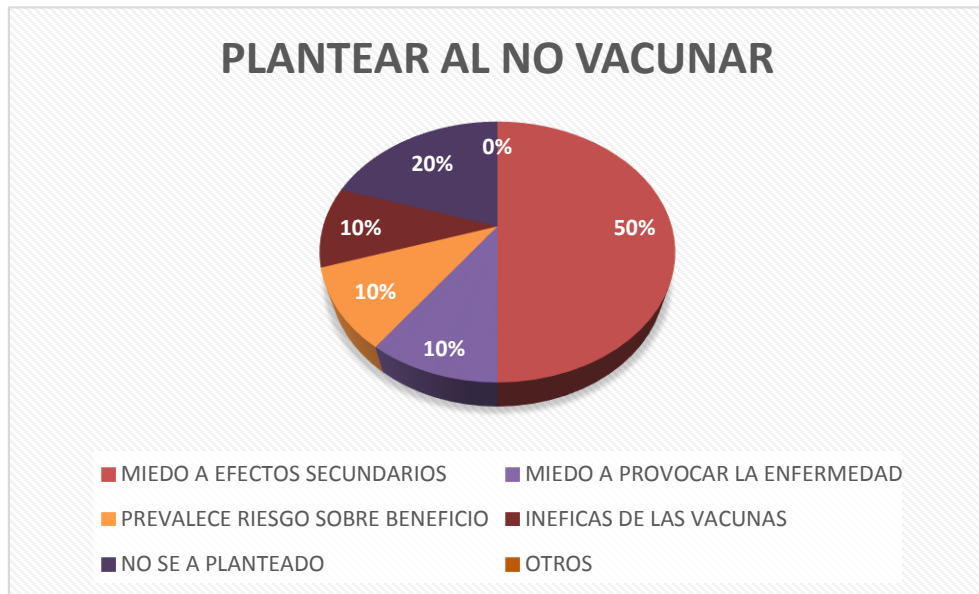
Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada que el 50% si tiene información sobre que vacunas les aplican a sus hijos y los otros 50% no saben que vacunas se les administran a sus hijos.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que la mitad de las personas están informada sobre que le aplica a sus hijos, ya que ellos a la hora de aplicación preguntan a los enfermeros.

TABLA 5.- ACTITUDES HACIA LA VACUNACIÓN

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
PLANTEAR AL NO VACUNAR	MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS	5	50
	MIEDO A PROVOCAR LA ENFERMEDAD	1	10
	PREVALECE RIESGO SOBRE BENEFICIO	1	10
	INEFICAS DE LAS VACUNAS	1	10
	NO SE A PLANTEADO	2	20
	OTROS	0	0
	TOTAL	10	100
EFECTO SECUNDARIOS	MALESTAR	1	10
	FIEBRE LEVE	6	60
	INFLAMACIÓN	1	10
	NO HAY EFECTOS	1	10
	OTROS	1	10
	TOTAL	10	100
DEBEN SER OBLIGATORIO	SI	8	80
	NO	2	20
	TOTAL	10	100
RIESGO	SI	1	10
	NO	9	90
	TOTAL	10	100

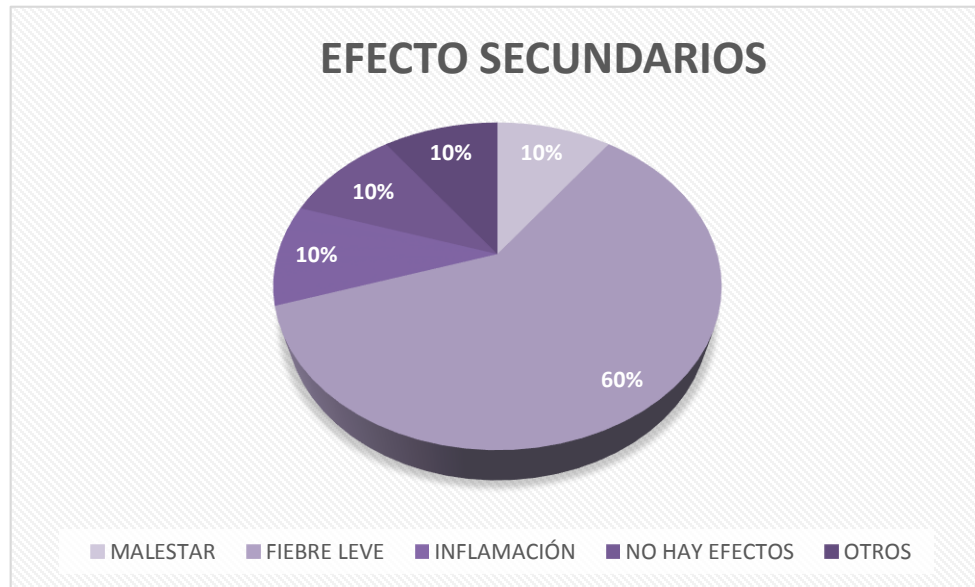
GRAFICA 17



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada que las madres de familia se plantean en no vacunar a sus hijos, por motivos del miedo a efectos secundarios con un 50%, miedo a provocar la enfermedad con un 10%, prevalece riesgo sobre beneficio con un 10%, ineficiencia de las vacunas con un 10%, no se han planteado con un 20% y otras causas que pueden ocurrir con un 0%.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que la mayoría a veces se opone en no vacunar a sus hijos por miedo a los efectos secundarios, esto lo hacen bajo sus condiciones.

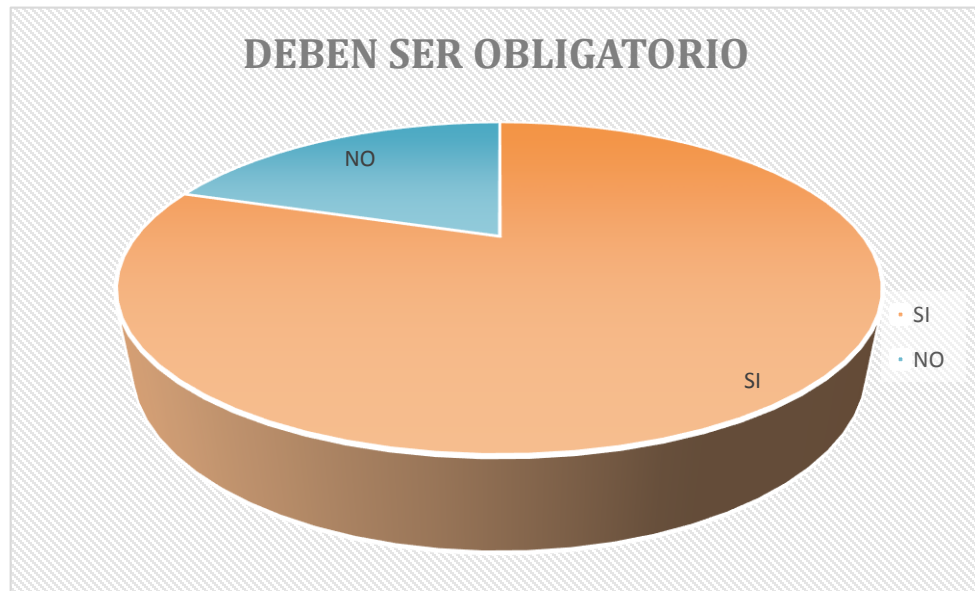
GRAFICA 18



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada a que han tenido los niños los efectos secundarios cuando les administran la vacuna, malestar con un 10%, fiebre leve con un 60%, inflamación con un 10%, no ha tenido efecto secundario con un 10%, otros efectos con un 10%

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que mayoría de los niños sufre de fiebre leve, cada vez que le aplican de las vacunas.

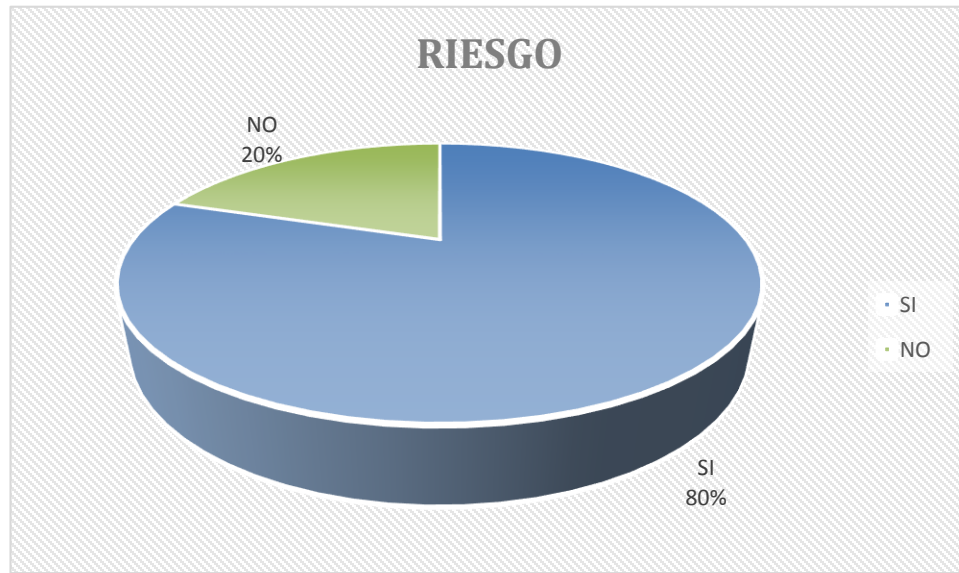
GRAFICA 19



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada a que han respondido las madres de familia con un 20% que no deben ser obligatorias las vacunas y con el otro 80% si deben de ser obligatorias las vacunas.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que la mayoría de las madres de familia saben que si deben de ser obligatoria las vacunas de sus hijos, para que no les dé una enfermedad crónica.

GRAFICA 20



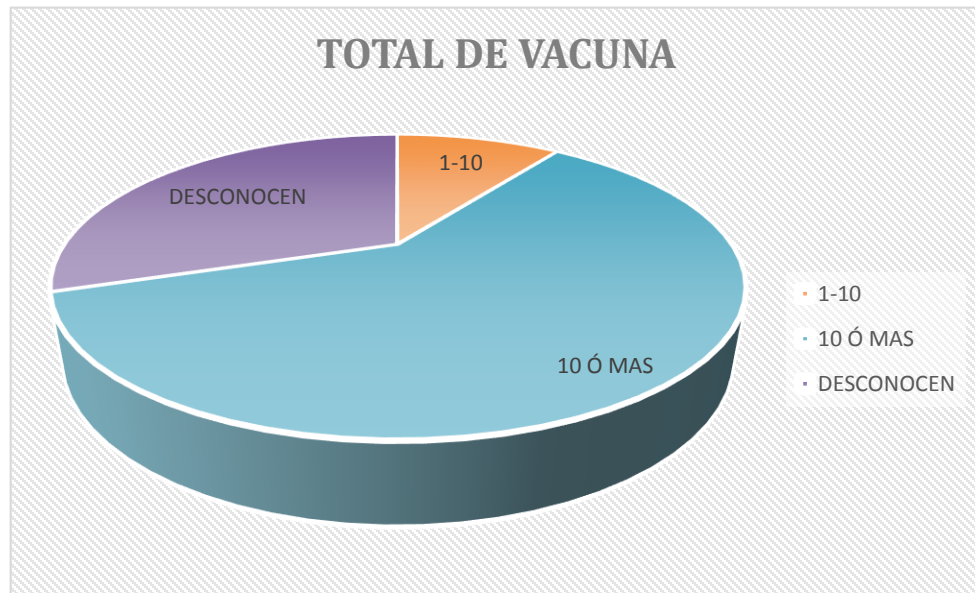
Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada a que han respondido sobre si un niño no vacunado corre un riesgo, las madres de familia nos respondieron un 20% que no deben ser obligatorias las vacunas y con el otro 80% si deben de ser obligatorias las vacunas.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que la mayoría de las madres de familia saben que si corre un riesgo si sus hijos no se vacunan ya que ellas si están enteradas de lo que les puede pasar a sus niños al no tener todas sus vacunas.

TABLA 6. VACUNACIÓN

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
TOTAL DE VACUNA	01-oct	1	10
	10 Ó MAS	6	60
	DESCONOCEN	3	30
	TOTAL	10	100
SERVICIO EN SU COMUNIDAD	SI HAY	1	10
	NO HAY	9	90
	TOTAL	10	100
MEJORIA	SI	10	100
	NO	0	0
	TOTAL	10	100
NO VACUNARSE	SI	7	70
	NO	3	30
	TOTAL	10	100
CARTILLA DE VACUNACIÓN	SI	9	90
	NO	1	10
	TOTAL	10	100

GRAFICA 21



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada a que han respondido las madres de familia cuantas vacunas en total hay en la cartilla de niños menores de 5 años, el 10% sabe que hay de 1-10 vacunas, siguiendo con 60% conocen que existe más de 10 vacunas y el 30% desconocen cuantas vacunas son.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que la mayoría de las madres de familia saben que existen más de 10 vacunas en sus cartillas de vacunación, ya que ellas han visto la cartilla y llevan a sus hijos personalmente a vacunarlos.

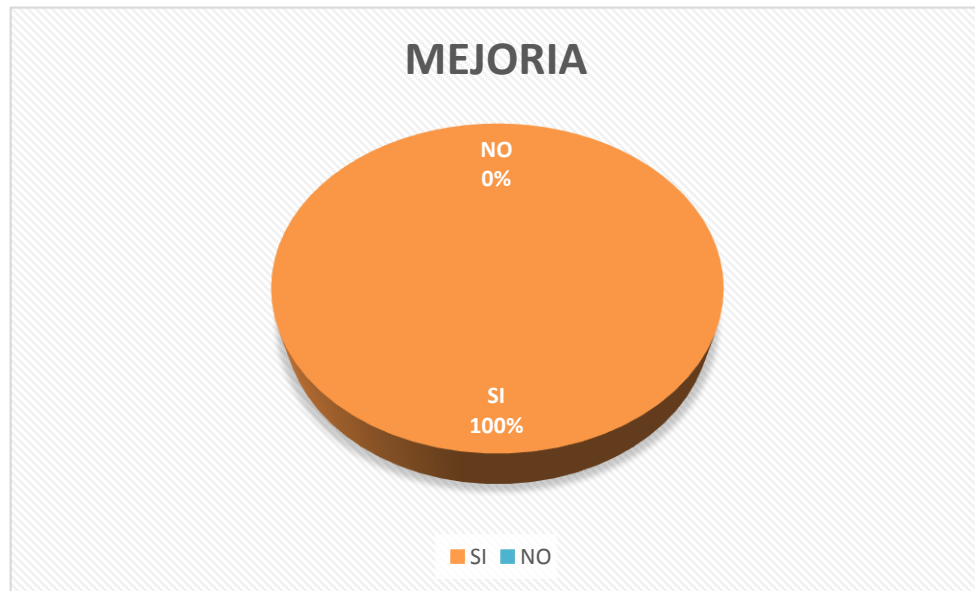
GRAFICA 22



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada a que el 90% no hay servicio de vacunación en la comunidad y el 10% si hay.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que la mayoría nos proporcionó la información que no hay servicio de vacunación, pero si llegan a una casa por ser conocidos.

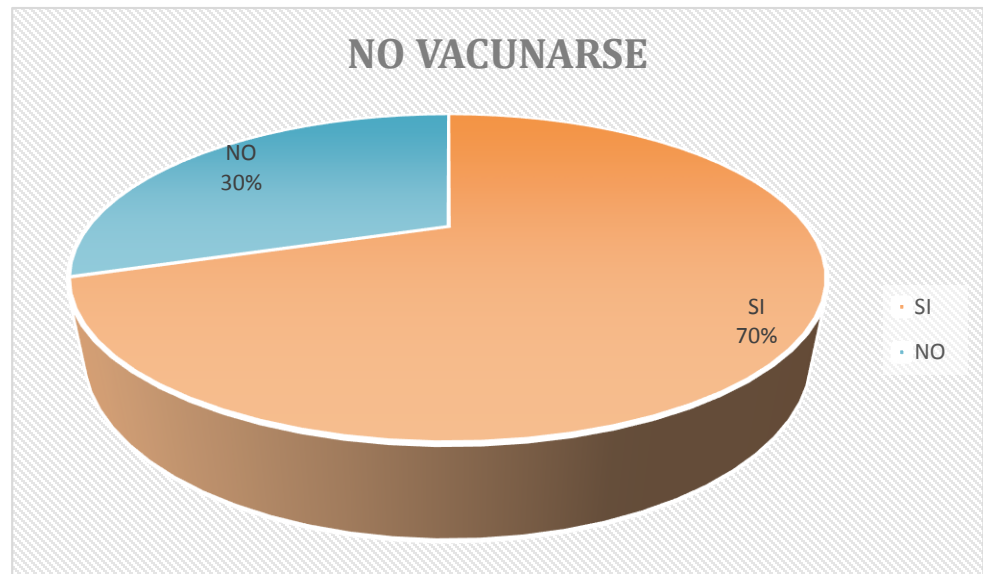
GRAFICA 23



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada a que el 100% si quiere que haya mejoría sobre la vacunación.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que la todos quieren que llegue algún servicio de vacunación para que ellos no vallan hasta la cabecera municipal de Chicomuselo nos proporcionó la información que no hay servicio de vacunación, pero si llegan a una casa por ser conocidos.

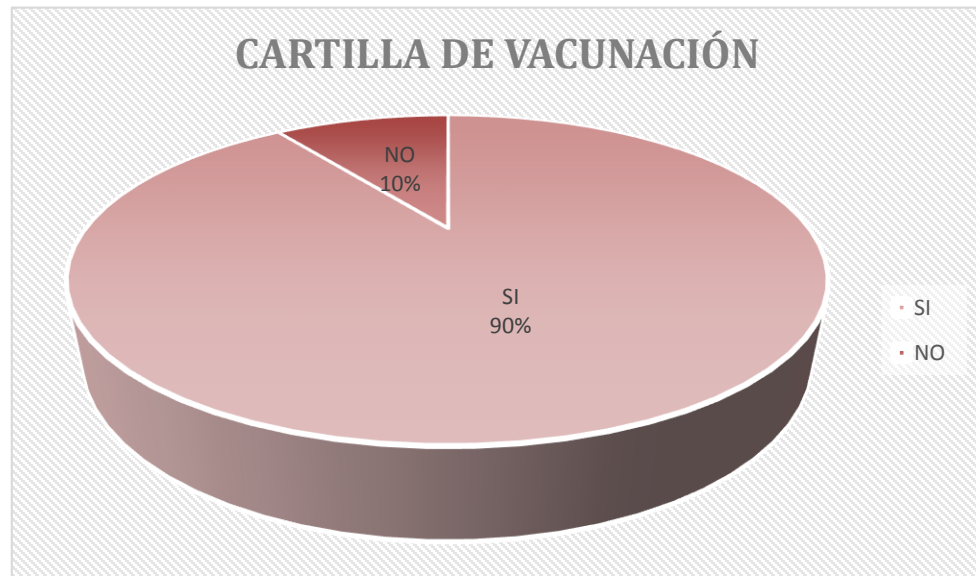
GRAFICA 24



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada a que han respondido las madres de familia que el 30% no sabe los riesgos cuando el niño no se vacuna adecuadamente y el 70% si sabe que riesgos pueden tener.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que la mayoría de las madres de familia saben el riesgo de no vacunar a sus hijos.

GRAFICA 25



Análisis: Esta gráfica nos muestra que la población encuestada a que han respondido las madres de familia que el 90% si cuentan con su cartilla de vacunación y el 10% no cuenta con cartilla de vacunación.

Interpretación: La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea que la mayoría de las madres de familia si tienen sus cartillas de vacunación de sus hijos, una madre de familia no por motivo de falta de vacuna en el centro de salud.

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS A LA POBLACIÓN EN GENERAL:

- Ser más responsables en la salud de los niños en todo el estado de México.
- Informar la importancia de las vacunas.

VACUNAS:

- ✓ Respetar las condiciones de cada madre de familia.
- ✓ Tener un comportamiento apropiado durante la aplicación de una vacuna.
- ✓ Acatarse las decisiones.

A LAS INSTITUCIONES DE SALUD:

- ♣ Promover pláticas sobre vacunas para niños menores de 5 años.
- ♣ Aplicar las vacunas a los niños sin importar su nacionalidad.
- ♣ Crear campañas que promuevan el mejoramiento de las vacunas en los niños.

A LOS BARRIOS:

- Respetar y valorar los acuerdos sobre las vacunas de los niños.
- Dar un trato digno a los niños y padres de familia.

PROPUESTA

IMPLEMENTAR UN PROCESO DE VACUNACIÓN SOCIAL, MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL DE SALUD

El problema de los riesgos de la irresponsabilidad en vacunación de niños menores de 5 años es un problema de causas estructurales tal como lo hemos identificado en nuestra investigación, por lo que si queremos desde el trabajo de Enfermería es contribuir a disminuir o prevenir un problema de esta magnitud, tiene que generarse una propuesta del mismo tamaño.

La vacunación es un acto de protección al ser humano, es propio de su responsabilidad y se debe realizar continuamente. Tal como lo hemos visto en nuestro marco teórico, la vacunación no solo se genera en los centros de salud u Hospitales, sino fuera de ellas y no solo de manera intencionada, sino con las experiencias de la vida cotidiana.

Es por lo anterior que nuestra propuesta se basa en un “Proceso de Salud Social mediante una estrategia de Intervención interinstitucional”, debido a que se requiere de la participación multi e interinstitucional y a su vez, multi e interdisciplinaria para que a través de acciones conjuntas e intencionadas se busque educar a la población del Barrio Brasilito de Chicomuselo, Chiapas respecto a la situación de los riesgos de la irresponsabilidad en vacunación de niños menores de 5 años que conduzca a mejores condiciones de sus salud, un favorable desarrollo y mejor calidad de vida de quienes vivimos en este Barrio de manera incluyente, respetuosa y pacífica.

Las acciones a desarrollar son:

- ✚ Consolidar el equipo coordinador de la propuesta.
- ✚ Identificar instituciones clave que respalden la propuesta y sumen su participación.
- ✚ Construir relaciones de campaña y coordinación con instituciones como el centro de salud, la Presidencia Municipal e instituciones de Educación de salud.
- ✚ Realizar de manera conjunta pláticas, talleres, trípticos, volantes, carteles, obras de teatro y spots por radiodifusoras, sobre los derechos de los niños y valores hacia los menores de 5 años, todos ellos dirigidos a la población en general en distintos lugares como; el parque central de chicomuselo Chiapas; escuelas primarias, secundarias, preparatorias y universidades; así como el público en general en sus domicilios.

Estas acciones deberán ser realizadas de manera continua, aunque con una prueba piloto de por lo menos cada meses en una primera etapa.

CONCLUSIÓN

La siguiente investigación se realizó por la necesidad de conocer con más profundidad el problema de la irresponsabilidad de las madres de familia acerca de la vacunación hacia sus hijos, debido a que se contaba con el antecedente de intervención profesional desde el servicio de salud durante la carrera de enfermería ; donde se tuvo la oportunidad de tener vivencias muy cercanas con madres de familia y niños menores de 5 años que han tenido problemas de salud por falta de medicamentos, vacunas, aunque con estancia indefinida en muchos casos en nuestro país y particularmente en este municipio de Chicomuselo y principalmente en el Barrio de Brasilito de este mismo municipio. Vivencias que nos impactaron por lo trascendente en la vida de cada uno de ellos.

Como bien sabemos, la vacunación es un fenómeno social que en todo momento es importante para los niños menores de 5 años, la cual muchas veces no es vista con prioridad, por lo que atenderla ha quedado exclusivamente al criterio social.

Es por ello, que atender este problema demanda de grandes y continuos procesos que conlleven a un cambio de consciencia por parte de la población.

Por tal motivo, esta investigación tuvo como objetivo generar una propuesta de concientizar a las madres de familia para contribuir en la disminución de las enfermedades crónicas por falta de la vacunación hacia los niños menores de 5 años, en el barrio Brasilito Municipio de Chicomuselo, Chiapas. Dicha propuesta se estructuró después de la investigación de campo, debido a que los resultados arrojaron que en la

Población del barrio Brasilito sí existe problemas de irresponsabilidad de vacunación.

La hipótesis fue A falta de servicio de vacunación en la población de Barrio Brasilito municipio de Chicomuselo, Chiapas.

Los resultados concluyentes más sobresalientes, son:

- Los resultados obtenidos en nuestra investigación provienen de personas mayores de 20 años, por lo que las respuestas reflejan puntos de vista y posturas con mucha mayor madurez que si lo obtuviéramos de personas adolescentes.
- Las personas encuestadas en su totalidad son alfabetizadas con por lo menos algún grado de primaria, secundaria o preparatoria, por lo que sus opiniones no solo se producen desde una educación informal o no formal, sino también formal institucionalizada en algún grado. Aunado a esto, la mayoría cuenta con alguna religión, lo que nos lleva a suponer que desde esos espacios reciben algún tipo de formación humana donde aborden este tipo de problemática. Sin embargo, aunque poco más de la mitad de las personas encuestadas reconoció haber escuchado la palabra vacunación, aceptan que muy poco lo han escuchado en la iglesia, la casa o la escuela; sobre todo lo han escuchado en las clínicas y algunos más en otro tipo de lugares. La mayoría sostiene que si ha recibido información del tema.
- Respecto al género, cabe mencionar que la mayoría de las opiniones vertidas en nuestra investigación son producto de personas del sexo femenino y en su totalidad mexicanos.
- Respecto a tener conocimiento sobre las vacunas, una mayoría comenta si tenerlos, reconocen en un mayor porcentaje que al no vacunar a los niños corren un riesgo de tener una enfermedad crónica, a pesar del

punto anterior, los encuestados en su mayoría respondieron que sí aceptarían que lleguen un servicio de vacunación a sus Barrios , ante los motivos que generan la al no vacunar hacia los niños menores de 5 años, una por ciento aproximadamente opina que no se debe principalmente vacunar a su hijo, consideran que cada que recibe la vacuna su hijo se enferma de gripa, tos, diarrea, etc.

- Los resultados nos muestran que más de la mitad de las personas encuestadas cree que si es bueno vacunar a sus hijos, para que no afecte la salud de los niños en el Barrio Brasilito municipio de Chicomuselo, Chiapas.
- En la situación en el cual se encuentran la población, la mayoría de los encuestados opinó que no les aplican la vacuna a sus hijos por falta de vacuna en el centro de salud actualmente no reciben información a las madres de familia.
- Finalmente opinan que las personas sobre el riesgo de irresponsabilidad en los niños menores de 5 años sufren algunas enfermedades las razones principales es por falta escasas de vacunas.

Cabe mencionar que con apoyo de las fichas de observación levantadas al momento de encuestar, los resultados de éstas nos indican que varias de las opiniones vertidas no siempre fueron respaldadas por indicadores de comportamiento, posturas o actitudes favorables; por lo que atribuimos a ello ciertas incongruencias e incompatibles respuestas en algunas preguntas. Algunos datos de comportamiento, posturas o actitudes observadas fueron:

- Algunas personas hicieron gestos de desagrado al responder algunas preguntas.
- Algunas personas pensaron mucho más tiempo sus respuestas.
- Algunas personas fruncían la ceja y la boca aunque sus respuestas eran positivas.

- Algunas personas no parecían muy convincentes con respuestas que implicaban relacionarse sobre el riesgo de irresponsabilidad en vacunación en niños menores de 5 años.

Los resultados globales de nuestra investigación nos indican que de manera consciente hay un mediano nivel de desinterés en nuestro municipio; pero que sin embargo subyace a nuestro proceso investigativo un porcentaje más de que no es consciente y por lo tanto tampoco reconocida, pero que es posible observar en esa comunicación no verbalizada y confirmar en nuestra vida cotidiana y que como tal es preciso ser atendida si queremos crear mejores condiciones de vida en los niños menores de cinco 5años en nuestro municipio.

Bibliografía

Avila, D. M. (2013). RIESGO DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *COBERTURA DE VACUNACION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN MEXICO: ESQUEMA COMPLETO, INCOPLETO Y NO VACUNACION*, PP:1-12.

Berkley. (2013). RIESGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *BBCNEWS*, pp:1-1.

Casal, E. M. (2003). Tipos de Muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev.*, 3-7.

CeNSIA, C. N. (2011). RIESGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN MEXICO: ESQUEMA COMPLETO, INCOMPLETO Y NO VACUNACION*, 1-12.

DUCLOS, D. P. (2009). RIESGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACION DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)*, 1-1.

Duclos, D. P. (2021). RIEGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD DE LA VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS 2021)*.

Eduardo. (2010). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunación en Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Marco Teorico de la Vacuna*, PP: 1-55.

Ensant, L. E. (2012). Riesgo De La Irresponsabilidad En La Vacunación En Niños Menores De 5 Años. *Adaptado de Instituto Nacional de Salud Pública*, pp:1-16.

Ensanut, L. E. (2012). Riesgo De La Irresponsabilidad En La Vacunación De Niños Menores De 5 Años. *Adaptado de Instituto Nacional de Salud Pública*, 16.

Ensanut, L. E. (2012). Riesgo De La Irresponsabilidad En La Vacunación De Niños Menores De 5 Años. *Adaptado de Instituto Nacional de Salud Pública*, 16.

Fabio Escobar, D. (2017). Riesgos De La Irresponsabilidad En Vacunación En Niños Menores De 5 Años. *Motivos de no vacunación en menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas*, pp:1-6.

Gomez, F. (2006). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunación en Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Causas de incumplimiento y retraso del esquema primario de vacunación en niños atendidos en el Hospital Infantil de México*, PP: 1-34.

Guerrero, E. F. (2012). RIESGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN*, 1-112.

Guide, I. &. (2006). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunación en Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Healthy Children*, PP:1-21.

Hidalgo, H. M. (2015). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunación en Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Departamento de Pediatría del Centenario*, pp: 1-64.

Ingredients, Q. a. (2013). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunación en Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Healthy Children*, pp:0-1.

- Iraheta, M. O. (2010). RIESGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *Marco Teorico De Vacunación*, pp:1-16.
- Iraheta, M. O. (2011). Riesgo De La Irresponsabilidad En Vacunación De Niños Menores De 5 Años En El Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Vacunacion*, pp:0-1.
- José Luis Díaz, O. (2013). Riesgo De La Irresponsabilidad En La Vacunación En Niños Menores De 5 Años. *Programa de Atención a la Salud de la Infancia y de la Adolescencia*, pp:1-8.
- Juaquin, C. (2002). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunacion en Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Evaluacion Del Programa Ampliado De Inmunizaciones*, PP:1-104.
- La Organización Mundial De La Salud, (. 2. (2015). RIESGO DE LA IRRESPONSABILIDAD EN LA VACUNACION DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *VACUNACION E INMUNIZACION: SITUACION MUNDIAL*, 1-228.
- Leon, N. T. (2007). Poblacion y Muestra. *Poblacion y Muestra*, 2.
- M. I. Ortego, J. G. (s/f). Descripción Socioeconómica de la Población. *Análisis de Datos Estadísticos en cooperación para el Desarrollo*, 2.
- Merizalde, V. (2004). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunación en Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Inmunizacion Esquema*, pp:1-78.
- OPS), O. P. (2013). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunación en Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Asociasion de la Vacuna*, PP: 1-15.

OPS, O. P. (2015). RIESGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACION DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN*, 1-5.

Organisacion Mundial De La Salud, (. (2018). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunacion de Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Vacunas*, PP:1-30.

Orlando, I. M. (2011). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunacion en Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Scribd*, PP:1-25.

Otzen, T. (2017). Tecnicas de Muestreo sobre una Poblacion a Estudio. 228.

Otzen, T. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población de Estudio. 229.

Plus, M. (2006). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunación en Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Descripcion de la Vacuna*, PP: 1-48.

PND, P. N. (1995-2000). RIESGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *CONSEJO NACIONAL DE VACUNACIÓN*, pp:1-42.

Presiado, J. I. (2005). RIESGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACION DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *COBERTURA DE VACUNACION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN MEXICO: ESQUEMA COMPLETO, INCOMPLETO Y NO VACUNACIÓN*, pp.1-8.

Salud, E. D. (2001). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunación en Niños Menores de 5 Años en el Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Passport Health*, PP:0-1.

SALUD, L. O. (s.f.). RIESGO DE LA IRRESPONSABILIDAD EN LA VACUNACION DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *Recomendaciones de la OMS sobre la reticencia a la vacunación.*

Salud, O. P. (2008). Riesgo De La Irresponsabilidad En Vacunación En Niños Menores De 5 Años En El Barrio Brasilito Chicomuselo, Chiapas. *Prevencion De Enfermedades Y Proteccion De La Salud*, pp:1-18.

Salud., E. D. (2019). Riesgos de la Irresponsabilidad en Vacunación en Niños Menores de 5 Años en Barrio Brasilito Chicouselo, Chiapas. *Componentes de las Vacunas*, pp:1-6.

Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

UNICEF, F. D. (2019). RIESGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACION DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN*, 1-3.

Vallejo Carrasco, R. D. (2018). RIESGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. *Factores Asociados Al Incumplimiento Del Esquema De Vacunación En Niños De 0 A 5 Años De Edad Que Pertenecen A Un Subcentro De Salud De La Ciudad De Guayaquil*, PP: 1-78.

Velázquez, A. P. (s.f.). Diplomado en Analisis de Informacion Geoespacial. 2.

Velázquez, M. e. (s/f). Tipos de Muestreo. *Diplomado en analisis de información*, 1-14.

Bunge Arturo (1969), "Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa, guía didáctica", Universidad Sur Colombiana, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Neiva, pp. 1-226.

Cazau, Pablo, (2006) "Introducción a las ciencias sociales" Tercera Edición, Buenos Aires. (PP.194)

Cortés Manuel e Iglesias Miriam (2004), "Generalidades de la Investigación" Universidad Autónoma Del Carmen, México. pp. 1-105.

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos, Baptista Lucio, Pilar. (2006) "Metodología de la investigación", McGraw- Hill interamericana, México, DF. (PP.882)

Tamayo Mario. 1999. El proceso de la investigación científica" LIMUSA. 175p.

ANEXOS

FOTOS TOMADAS POR LOS TESISISTAS EL DÍA 24 DE MAYO DE 2021



CUESTIONARIO

Fecha: 24 de mayo de 2021 No. de cuestionario: 06

Instrucciones: Te pedimos cordialmente que nos apoyes a contestar las siguientes preguntas con toda sinceridad. Hacemos de tu conocimiento que la información obtenida será tratada con respeto y confidencialidad.

Lee detenidamente y señala con una X la respuesta que consideres correcta o completa el dato que se te pide.

I.- DATOS PERSONALES

1.-EDAD: 40

2.-Nº DE HIJOS: 3

3.-NIVEL DE ESTUDIOS:

- a) Sin estudios () b) Educación primaria (X)
c) Educación () d) secundaria ()
e) Educación superior. ()

4.- EN QUE TRABAJA:

- a) Ama de casa (X) b) Trabajo independiente ()
c) Trabajo dependiente () d) No estable ()

5.-USTED LLEVA A SU HIJO PARA VACUNARLO:

- a) Si (X) No ()

I.- DATOS PERSONALES DEL NIÑO (A)

6.- ¿CUÁL ES EL SEXO DE SU HIJO (A)?

- a) Masculino () b) Femenino (X)

7.- ¿QUÉ EDAD TIENE?

- | | |
|----------------|---------------|
| a) 0 a 28d () | e) 2 años (X) |
| b) 1 a 3m () | f) 3 años () |
| c) 4 a 6m () | g) 4 años () |
| d) 1 año () | h) 5 años () |

III.- FACTORES SOCIALES

8.- ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE NO LE PERMITIERON CUMPLIR CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN?

- | | |
|-----------------|---|
| a) Salud () | d) Transporte () |
| b) Tiempo () | e) Falta de vacunas en el centro de salud (X) |
| c) Economía () | f) Otros () |

9.- QUE SON LAS VACUNAS PARA USTED:

Son para proteger de enfermedades.

10.- ¿PIENSA QUE LAS VACUNAS SIRVEN PARA CURAR ENFERMEDADES?

- | | |
|-----------|-----------|
| a) Si (X) | b) No () |
|-----------|-----------|

Cuales son: tetanos, Sarampión,

11.- ¿PIENSA QUE LAS VACUNAS SIRVEN PARA PREVENIR ENFERMEDADES?

- | | |
|-----------|-----------|
| a) Si (X) | b) No () |
|-----------|-----------|

IV.- CONOCIMIENTO DE LAS VACUNAS

12.- ¿CREE QUE LAS VACUNAS HACEN DAÑO AL ORGANISMO?

- | | |
|-----------|-----------|
| a) Si () | b) No (X) |
|-----------|-----------|

19. ¿EN SU OPINIÓN, LAS VACUNAS DEL CALENDARIO VACUNAL DEBERÍAN SER OBLIGATORIAS?

a) Si (X) b) No ()

Porque: Para proteger a mi hijo

20. ¿CREE QUE UN NIÑO NO VACUNADO SUPONE UN RIESGO PARA SU HIJO?

a) Si (X) b) No ()

Porque: no tiene las defensas de las vacunas.

VI.- VACUNACIÓN

21.- CUANTAS VACUNAS DEBE DE RECIBIR CADA NIÑO PARA QUEDAR PROTEGIDO:

a) 1-10 () b) 10 o más (X)
c) Desconozco ()

22.- COMO ES EL SERVICIO DE VALORACIÓN EN SU COMUNIDAD:

no muy bien, por que no bienen a vacunar

23.-CREE USTED QUE DEBERÍA MEJORAR:

Si, para que no bavamos hasta
chicomuseo

24.- SABE CUÁLES SON LOS RIESGOS DE NO VACUNAR A SU HIJO:

si, pueden enfermarse mas facil.

25.- TIENE CARTILLA DE VACUNACIÓN SU HIJO:

si tiene

¡Gracias por su cooperación!

un poco de fiebre. El riesgo de ser perjudicado por una vacuna es considerablemente menor al riesgo de contraer la enfermedad que esa vacuna previene.

Como esas enfermedades, justamente por la vacunación, dejaron de ser habituales, muchas personas creen que no es necesario vacunarse. Pero la inmunización es fundamental no sólo para prevenir que cada persona se enferme, sino para proteger a los demás.

Es lo que se conoce como "efecto rebaño", ya que las personas vacunadas no sólo están protegidas ellas, sino que se genera una protección a toda la comunidad



RIESGOS DE LA IRRESPONSABILIDAD EN VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



INTEGRANTES DEL EQUIPO:

- ✚ CRISTIAN LOPEZ ROBLERO
- ✚ JOANA YULIBETH
- ✚ RODRIGUEZ DIAZ
- ✚ LUISA ARIANA VELAZQUEZ VELAZQUEZ

EL RECHAZO A VACUNAR A LOS NIÑOS: UN DESAFÍO POR ENFRENTAR

Las inmunizaciones constituyen una herramienta fundamental en la salud pública. No obstante hay un grupo considerable de individuos que deciden no vacunarse o no vacunar a sus hijos, los médicos que indican no vacunar (a personas que tienen indicación de vacunarse), en contra de programas oficiales de vacunación, contradicen sólidas evidencias científicas y se exponen a riesgos médico-legales por su prescripción.

Los padres que deciden no vacunar a sus hijos lo hacen bajo convicciones ideológicas, religiosas, modas o esnobismo, etc. y su decisión les quita una defensa epidemiológica a sus hijos susceptibles de contraer la enfermedad, los efectos sanitarios de esta corriente son nocivos para esos niños y para la comunidad.

La educación y la correcta comunicación con la población, la vigilancia epidemiológica y de efectos adversos, un marco legal claro respecto de las responsabilidades, derechos y

obligaciones, el consentimiento informado de no vacunación, etc., son herramientas que pueden ayudar a erradicar esta conducta.

CONSECUENCIAS DE LA NO VACUNACIÓN

Como consecuencia de la elección de no vacunar, nos enfrentamos a múltiples cuestiones que no debemos perder de vista. En primer lugar, la posibilidad de ese niño de padecer la enfermedad o, incluso, morir. En segundo lugar, perpetuar canales de transmisión que aumentan los riesgos no solo de ese paciente, sino también de aquellos susceptibles "involuntarios" de enfermar, que pueden morir por esta causa.



En tercer lugar, la negación a vacunar permite que una decisión individual, si se multiplica, atente contra las posibilidades de erradicación de la enfermedad, que, como ya señalamos, es uno de los

logros más trascendentes de la medicina preventiva. Por último, cerrar las puertas a que sus propios hijos o nietos puedan algún día dejar de vacunarse si logramos erradicar estas enfermedades.

EL RIESGO QUE IMPLICA NO VACUNARSE

La vacunación no sólo tiene un efecto preventivo individual, sino que impacta en toda la comunidad.



EL EFECTO REBAÑO

Las vacunas son un medicamento y, como todo medicamento, pueden en algunos casos generar efectos secundarios que por lo general son leves y transitorios, como dolor en la zona de aplicación de la inyección o