UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE INMUNIZACIONES

Estudio descriptivo realizado en padres de niños menores de 12 meses de edad residentes en los Barrios de Buenos Aires y Santa Gertrudis de la Aldea de El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, Departamento de El Progreso, Guastatoya, Guatemala, del 10 de noviembre 1996 al 10 de enero 1997

MARIA TERESA DE LEON MURALLES

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, octubre de 1997.

ÍNDICE

	Págs.
I. Introducción	1.
II. Definición del Problema	3.
III. Justificación	5.
IV. Objetivos	7.
V. Revisión Bibliográfica	8.
1. Conocimientos, Actitudes y Prácticas	8.
Clasificación de las enfermedades en medicina tradicional	10.
Barreras existentes contra la vacunación	11.
2. Antecedentes del programa de vacunación en Guatemala	13.
Requisitos de las vacunas para ser incorporadas al programa	13.
3. BCG	15.
Técnica y Vía de Administración	15.
Reacciones y Complicaciones	16.
Contraindicaciones	16.
4. DPT (Difteria, Pertussis, Tétanos)	16.
Técnicas y Vía de Administración	17.
Reacciones Secundarias	17.
Contraindicaciones	17.
5. Vacuna contra la Poliomielitis	18.
Técnica y Vía de Administración	18.
Reacciones Secundarias	19.
Contraindicaciones	19.
Precauciones	19.

6. Vacuna Antisarampionosa 19.

Técnica y Vía de Administración 20.
Efectos Secundarios 20.
Contraindicaciones 20.

Conocimientos, Creencias y Actitudes 21.

VI. Metodología 23.

A. Tipo de Estudio 23.

B. Selección del Sujeto de Estudio 23.

C. Tamaño de la Muestra 23.

D. Unidad de Análisis 23.

E. Desarrollo para la Recolección de Datos 24.

F. Variables 27.

G. Recursos 28.

A. Económicos 28.
B. Físicos 28.
C. Humanos 28.

VII. Presentación de resultados 29.

VIII. Análisis y Discusión de Resultados 48.

IX. Conclusiones 58.

X. Recomendaciones 59.

XI. Resumen 60.

XII. Referencias Bibliográficas 61.

XIII. Anexos

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día cuando se han logrado grandes adelantos en las ciencias médicas, el hombre no ha logrado encontrar las estrategias para proteger en un 100% a la población de los grandes flagelos que han afectado a la sociedad, como lo son las enfermedades inmunoprevenibles (Sarampión, Poliomielitis, Tétanos, Tosferina, Tuberculosis y Difteria) que afectan principalmente a niños menores de cinco años. (1,7).

El presente estudio fue realizado en familias con niños menores o igual a doce meses de edad específicamente; realizado en los barrios de Buenos aires y Santa Gertrudis en la aldea de El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, Departamento de El Progreso Guastatoya; siendo el principal objetivo identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de familia respecto a la inmunización en los niños.

La metodología empleada para este propósito fue aplicar una boleta de recolección de datos para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de familia respecto a la inmunización de sus hijos; analizados en base a cotejos, tabulados y presentados en cuadros estadísticos.

Se tomó el total de familias de los dos barrios, con niños menores o igual a doce meses de edad. Observando un total de 157 familias, que representan el 100%; en el cual el 94.27% de la población sí vacunan a sus hijos, aún cuando solo el 79.62% completan el esquema de vacunación.

El presente trabajo muestra los datos obtenidos de la boleta de recolección de datos en base a los conocimientos, actitudes y prácticas de la población estudio.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Es importante que la educación sobre inmunizaciones del niño ponga en práctica una serie de conocimientos en pro de la concientización de los padres; ya que sin la orientación adecuada la intervención asistencial sería un esfuerzo inútil. El programa ampliado de inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de la naciones del mundo, OMS y OPS con el propósito de reducir la mortalidad y los casos de enfermedades que puedan ser prevenidos mediante la administración de inmunizaciones (12).

En el ámbito Guatemalteco los estudios efectuados en este campo son exiguos y los ya realizados en diversas comunidades del área rural, señalan que existen diferentes barreras para aceptar la vacunación, entre las más importantes están las relacionadas con factores educacionales y socio-culturales, entre ellas: 1. La asociación de las vacunas con la esterilización (un estudio realizado en San Pedro La Laguna en 1990, indica que el 88% de la población no asistía a las jornadas de vacunación por que éstas esterilizaban a sus hijos); (16). Dentro de otras barreras encontramos: 2. La desconfianza en la eficacia de las vacunas, por que muchas veces los niños, a pesar de estar vacunados sufren las enfermedades. 3. Creencias particulares, como el hecho de que muchas personas cuando eran niños no fueron vacunados y sin embargo jamás sufrieron alguna enfermedad como sarampión, Tos Ferina etc. (16,17).

Conscientes que en la población rural guatemalteca existe una práctica médica tradicional, resulta indispensable conocer los elementos socio-culturales que inciden en la aceptación o rechazo de los programas de salud, y en este caso particular el de la vacunación.

Por tal razón es de suma importancia identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de familia con respecto a la inmunización en sus hijos <= a 12 meses de edad, que residen en los barrios de Buenos Aires y Santa Gertrudis de El Rancho, Departamento de El Progreso, Guastatoya, del 10 de noviembre de 1996 al 10 de Enero de 1997. Dicha información permitirá crear y desarrollar nuevas estrategias para concientizar a la población sobre la administración de inmunizaciones e incrementar la cobertura a niveles deseados (12).

III. JUSTIFICACIÓN

La falta de administración de inmunizaciones ha creado en la población Guatemalteca, desde años atrás, altas tasas de Morbi-mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, ello es consecuencia de la falta de educación y acceso a los servicios de salud por los que cada día atraviesa el país.

Además los conocimientos, actitudes y prácticas de nuestra población han contribuido a privar a nuestra niñez guatemalteca del derecho a crecer y desarrollarse en plenitud; siendo uno de los problemas principales la falta de colaboración de los padres para la administración de vacunas, principalmente en los niños menores de un año, desmotivados por la diversidad de tabúes.

En el país se realizan diferentes estrategias de vacunación, las que representan el 80% de las actividades que el personal de salud ejecuta (8); sin embargo aún no existe el 100% de cobertura de las seis enfermedades objeto del PAI (12). La educación en salud es un elemento necesario para el cambio de conducta en las personas. El grado de información que posee la población en general acerca de:

Qué es la vacuna?

Para qué se utilizan las vacunas?

Cuáles son los efectos secundarios que se esperan luego de su administración?

Qué beneficios tiene?

Así como las acciones para prevenir o tratar estos efectos secundarios influyen enormemente en el éxito o fracaso de las estrategias utilizadas para mejorar la cobertura nacional de vacunación.

Datos obtenidos de la hoja de tabulación de datos F-8 del P/S de El Rancho, demuestran que las coberturas de vacunación de Poliomielitis, DPT y BCG han ido aumentando en un 4% en el mes de Enero del año en curso, a un 60% en el mes de septiembre. Sin embargo llama la atención que la cobertura de vacunación contra el Sarampión se mantiene en un 40%, ignorando las causas de tan bajo porcentaje. Es por ello que es importante conocer las actitudes y prácticas que posean los padres de familia acerca de la vacunación de sus hijos, ya que pueden proporcionarnos información valiosa para la búsqueda de nuevas estrategias en las futuras campañas de vacunación, buscando con ello mejorar las coberturas en niños <= a 12 meses en las próximas jornadas, y de esta manera disminuir las tasas de Morbi-mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles en este grupo de edad.

IV. OBJETIVO

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de familia con respecto a la administración de inmunizaciones en niños <= a 12 meses de edad, en los barrios de Buenos Aires y Santa Gertrudis de la Aldea El Rancho.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS:

Conocimiento: se llama así a algo que se sabe con seguridad, que corresponde notoriamente a la realidad. También se dice del proceso de percepción y de pensamiento de las cosas. (10) Conocer es, pues fonológicamente "aprehender", es decir el acto por el cual un sujeto aprehende un objeto. El objeto debe ser trascendente al sujeto, pues de lo contrario no habría aprehensión de algo exterior. De esta forma se refiere lo que era desconocido a lo conocido. Los conocimientos son objetos del saber, almacenados y evocados, que se pueden medir con test de conocimiento. Los conocimientos de valor abarcan la totalidad de los valores religiosos, sociales, estéticos, económicos y políticos y utilizados constantemente. (10, 18)

Actitud: Reacción positiva o negativa hacia un objetivo, una proposición o una situación. (1)

Práctica: Ejercicio de un arte o facultad conforme a una regla; uso continuado, costumbre de una cosa. (10,18)

MEDICINA TRADICIONAL EN GUATEMALA:

Con el propósito de comprender las raíces de la medicina tradicional en la población, y sus diferentes metodologías es importante estudiar la cultura de los antepasados de la población nativa mayoritaria: Los Mayas. (10)

En esta como en otras culturas precolombinas existía una mezcla de medicina de la magia y la religión; pero no por ésto se

debe pensar que los métodos terapéuticos eran ineficaces y conducidos por charlatanes. Al contrario, la asociación de estos elementos tienen un efecto psicoterapéutico favorable que la ciencia moderna reconoce cada vez más como generados de afecciones corporales o restaurados del equilibrio psicosómatico. (10,18)

Los mayas desarrollaron amplios conocimientos sobre flora y fauna de las tierras que habitaron; su nomenclatura botánica superaba a la empleada en ese entonces en países Europeos; muchas de las plantas usadas por ellos conservan sus nombres indígenas y son estudiadas en la actualidad. (6)

Guatemala como muchos países subdesarrollados, afronta múltiples dificultades sobre el grave problema de la salud, a todas luces agudizado en los grupos sociales marginados, tanto del campo como de la ciudad. Es tan serio el problema que se ha considerado como responsables: factores biológicos, económicos y sociales, aislando los elementos culturales arraigados en grandes poblaciones que inciden en beneficio o deterioro de la salud. (16)

No fue hasta la década de los años sesenta cuando se iniciaron estudios que enfatizaron los componentes culturales que intervienen en el proceso Salud-Enfermedad, tales como: los medicamentos, los alimentos, y en general todo un cúmulo de conocimientos médicos de raigambre ancestral y que, en mayor o menor escala, están vigentes en diferentes poblaciones del llamado tercer mundo. (10,16,18).

Al hablar de cultura hay que conceptualizar en realidad qué es cultura, entendiendo que es el conjunto complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, ley, costumbres y otras

capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad. (1, 10)

La cultura es humana y dinámica, es el elemento que le da identidad a un pueblo y a un individuo, a través de sus creencias y costumbres, tanto materiales, como sociales y espirituales. (10).

La medicina tradicional es una práctica que ha existido desde muchos siglos atrás, transmitida de generación en generación hasta llegar al momento actual; se define a la medicina tradicional como: al conjunto de conocimientos y prácticas terapéuticas generales en el seno de la comunidad, transmitidas generacionalmente y que basadas en un saber empírico, ofrece o intenta ofrecer soluciones a las diversas manifestaciones de la enfermedad, buscando propiciar la salud de la población. Su rasgo característico es su íntima relación con la cultura de la comunidad.(17)

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES EN LA MEDICINA TRADICIONAL;

1. Húmeda - Seca:

Neuenswander, describe la clasificación húmeda-seca en los indígenas de Joyabaj, El Quiché para las terapéutas de ésta región las enfermedades húmedas tienen etiología sencilla o natural de corta duración, "benignas", que vienen de "Dios", aliviadas por medicamentos sencillos; dentro de las enfermedades húmedas encontramos: odontalgia, conjuntivitis, forúnculos, enfermedades infecto-contagiosas comunes. (2)

Al contrario de las enfermedades secas de etiología sobrenatural y "maligna" que vienen de la "gente", (hechicería), en

su mayoría incurables o crónicas, con mal pronóstico las cuales no seden a toda clase de medicamentos y tratamientos; dentro de estas enfermedades encontramos: Tosferina, malaria, edema, tuberculosis, poliomielitis, parálisis, enfermedades crónicas (2,10,18)

2. Caliente - Frío:

De acuerdo a esta clasificación, las enfermedades según sus características se determinan en: a) estado corporal caliente + factor frío= enfermedad fría; b) estado corporal caliente + factor caliente = Enfermedad caliente. Estas enfermedades dependen de la ruptura de ese equilibrio corporal, caliente - frío, el cual al romperse ya sea debido a la ingestión de alimentos o al contacto con agentes en exceso fríos o calientes provocará la enfermedad (2).

BARRERAS EXISTENTES CONTRA LA VACUNACIÓN:

En estudios realizados en diversas comunidades guatemaltecas, caracterizados por tener coberturas de vacunación bajas, se encontraron barreras hacia la vacunación, como son: su disponibilidad, su accesibilidad y aceptabilidad. (16)

Entre los problemas de disponibilidad, se señala que en algunos comunidades la vacuna ha sido insuficiente, ya que muchas personas al llegar al puesto de salud, se les informa que la "vacuna se terminó". (10,16)

Relacionado con la accesibilidad, una de las principales es la mala atención que prestan los proveedores de salud, razón por la que los usuarias utilizan el rechazo de la vacunación como una

manifestación de disgusto hacia ellas. (16) Otra barrera que se encuentra en la falta de información oportuna y completa sobre la vacunación, ya que mucha de ésta se hace por escrito, utilizando afiches y la gente no sabe leer, y si se ofrece por radio es en español, y la mayoría escucha alguna radiodifusora local en su idioma natal. (16,17)

En cuanto a la aceptabilidad de la vacuna, la barrera más importante encontrada, se relaciona a los factores socio-culturales y educacionales; como son: 1. La asociación de la vacuna con la esterilización, ya que se menciona que los niños que son vacunados quedan estériles. 2. A la mayoría de las madres no les gusta ver sufrir a sus hijos, por algo que les duele o les haga daño (reacciones secundarias a la vacunación) 3. La desconfianza a la eficacia de la vacunación, pues muchas madres aseguran que aunque sus hijos estén vacunados, las enfermedades, principalmente el sarampión siempre les ataca. 4. Creencias particulares con respecto a la resistencia natural (sin necesidad de vacunar) que se puede tener hacia las enfermedades, argumentando que muchas personas cuando eran niños, no fueron vacunados y sin embargo nunca sufrieron enfermedades. 5. La creencia de que la utilización de hierbas, puede curar este tipo de enfermedad. 6. La creencia que es una enfermedad de origen divino, la cual se cura únicamente con orar. (16)

2. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN EN GUATEMALA:

Los programas de vacunación nacionales desarrollados con el correr del tiempo, distinguiéndose tres etapas:

LA PRIMERA: Se extiende a finales de los sesenta, se presta el servicio en forma permanente, pero en zonas limitadas del país y únicamente por demanda espontanea. Las acciones preventivas se deben al surgir emergencias (Brotes epidémicos) los programas eran verticales y de escasa cobertura. (17)

LA SEGUNDA: Surge al inició de los setenta, con las cruzadas nacionales de vacunación, que pretenden conseguir coberturas útiles en niños menores de cinco años. Realizados dos veces al año: logrando coberturas que disminuyeron la Morbi-mortalidad de algunas enfermedades como el Sarampión, sin llegar a niveles recomendados para la región.

LA TERCERA: Se inicia 1983 como respuesta al brote de polio en el país principalmente en Escuintla (departamento de la costa sur de Guatemala), con la implantación de un modelo operativo, conocido como: "Programa ampliado de Inmunizaciones" (PAI); utilizando la estrategia de canalización y la participación de voluntarios de salud. En 1984 y 1985 se extiende al sur y oriente del país.

REQUISITOS DE LAS VACUNAS PARA SER INCORPORADAS AL PROGRAMA:

Hay requisitos que deben de tener los productos para ser incorporados a los programas, estas condiciones mínimas son: (4,20,21)

INOCUIDAD: de ser ella imposible, los efectos deben ser ínfimos en relación con los beneficios obtenidos.

INMUNOGENESIS: grado mínimo de protección contra altas dosis invasivas del agente patógeno.

PROTECCIÓN DURADERA: las reinoculaciones del antígeno (dosis de refuerzo) más allá de un límite razonable en número y frecuencia, como acontece con diversas vacunas microbianas inactivas (Fiebre Tifoidea, Meningitis Meningocócica, Cólera, etc.), producen inevitablemente la interrupción prematura de programa, con el respectivo costo administrativo y con el riesgo de que la susceptibilidad reaparezca en un período de la vida en que la gravedad y letalidad del proceso son mayores.

La vacunación trata de establecer medidas aplicables a un grupo de enfermedades con el fin de prevenirlas. Existen varios esquemas que tratan de cubrirlas las enfermedades inmunoprevenibles, que son causa de Morbi-mortalidad en nuestro medio, entre estos se encuentran: el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) propuesto por la OPS-OMS para tratar de cubrir en forma efectiva a un grupo de enfermedades inmunoprevenibles que causan altos porcentajes de Morbi-mortalidad en Latinoamérica (1).

En general, la inmunización forma parte de los programas nacionales de control materno infantil, y las vacunas se suministran al niño de acuerdo a un esquema que determina la edad, tipo de vacuna, combinación y concentración de los antígenos,

número de dosis, lapso de separación entre ellas, conservación, técnica de aplicación, y contraindicaciones, etc. (12,20,21).

3.- BCG (Bacilo de Calmette y Güerin):

Se aplicó a partir de 1,921, solo las cepas vivas de mycobacterium bovis metabólicamente activas y capaces de multiplicar pueden conferir inmunidad firme y de larga duración, a individuos susceptibles a la primoinfección, al ser inoculados por vía intradérmica. Es activa contra la tuberculosis. Se recomienda su administración a recién nacidos mayores de 2500 grs. de peso y menores de un año de edad que no fueron vacunados al nacer; su empleo está condicionado en niños mayores sin cicatriz de vacuna, e imposibilidad de realizar PPD, una dosis de BCG brinda protección parcial (aprox. 80 %) (20,21), contra la tuberculosis durante la infancia. Debe administrarse al nacer o tan pronto sea posible; es sensible al calor y a la luz se debe almacenar lejos de la luz y mantenerse entre 0 oC. y + 8 oC.

TÉCNICA Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

El BCG preferententemente liofilizado, se aplica por vía intradérmica en la región deltoidea izquierda del niño en las 48 a 72 horas que siguen al nacimiento, en dosis de 0.1 c.c. repitiéndose posteriormente al ingresar el niño a la escuela (6,7 años) (1,11,12,13).

REACCIONES Y COMPLICACIONES:

Entre las primeras cuatro semanas después de la administración la inyección da lugar a una pequeña pústula superficial que raramente se observa y que se cubre de una costra que deja una cicatriz indeleble, de 4 a 8 m.m. de diámetro. Esta reacción debe considerarse normal y evoluciona aproximadamente en treinta días (21). La inyección demasiado profunda (sub-cutáneas), puede producir abscesos locales. Otras complicaciones excepcionales son: osteomielitis y el compromiso linfático generalizado y progresivo (1,20,21).

CONTRAINDICACIONES:

No deben vacunarse los niños antes que superen los 2000 grs. de peso o si padecen de enfermedades graves, síndrome de inmunodeficiencia o afecciones cutáneas generalizadas y muy extensas.

4. DPT (DIFTERIA, PERTUSSIS, TÉTANOS):

Es una vacuna mixta, contiene toxoide diftérico y tetánico, además bacterias inactivas de bordetella pertussis. Proporciona inmunización activa contra la difteria, tétanos y tosferina; se recomienda en niño mayores de dos meses y menores de siete años de edad.

Se recomienda aplicar tres dosis inmunizantes con intervalos de cuatro a ocho semanas entre sí y luego un refuerzo un año después de la última dosis inmunizante; en dicho refuerzo

únicamente se debe administrar DT, para disminuir el riesgo de reacción secundaria a la fracción de pertussis (1).

Con el esquema mencionado se puede alcanzar hasta un 90% de inmunización relativa a la tosferina y un 99% a difteria y tétanos, se han detectado anticuerpos hasta los 13 y 14 años de edad.

TÉCNICA Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Se aplica intramuscular en el tercio medio de la región anterolateral del muslo o en el área de inserción del deltoides, la dosis indicada es de 0.5 ml. y no esta justificado reducir la dosis en prematuros.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Dolor local, eritema local, edema, fiebre e irritabilidad, son síntomas que ceden a las 48 horas; en algunos casos se ha reportado trombocitopenia y precipitación de taquicardia supraventicular, llanto prolongado e inconsolable que puede durar hasta cuatro horas luego de su aplicación. Pueden presentarse convulsiones ocasionales y encefalopatías. La mayor parte de las reacciones son atribuidas a pertussis.

CONTRAINDICACIONES:

Evitar que la vacuna se congele pues de ésta manera se inactiva, si al agitar el frasco se forman grumos en el líquido, ello indica que ha sido congelada, caso en el que se debe descartarse si los cambios han sido intensos (1,3,5,9).

5. VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS:

Las primeras vacunas de inoculación parenteral, fueron preparadas por Jonas Salk con tres tipos de virus inactivos por el formol, empezó a utilizarse en 1951 en dosis sucesivas, ya sea con los virus separados o combinados (trivalentes). Denominada VPI (virus polio inactiva), sigue en uso en países europeos o en caso de contraindicación de la que sustituyó posteriormente. Está indicada para evitar el riesgo de la enfermedad natural en niños inmunodeficientes e inmunosuprimidos. Otro tipo de vacuna contra la poliomielitis que se descubrió al rededor de 1960 fue la vacuna viva y atenuada Sabín (VPA); que se administra por vía oral. Para la administración primaria del VPI se necesitan cuatro dosis; a los dos, cuatro y seis meses de edad; y a los seis o doce meses después de la tercera dosis. (1, 21).

La VPA o la OPV confieren protección por mecanismos de inmunidad celular y por la presencia de anticuerpos a nivel local y sistémica. Las dosis se pueden aplicar simultáneamente con DPT y la antisarampionosa.

Se recomienda una dosis a los recién nacidos para protegerlos del virus salvaje de la poliomielitis, a los niños menores de dos meses esta dosis no se incluye en el esquema básico. Ya que después de este esquema se logra el 100 % de efectividad y de larga duración.

TÉCNICA Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Se administra por vía oral, aplicando tres gotas.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Ninguna registrada hasta el momento.

CONTRAINDICACIONES:

La vacuna polio oral está contraindicada en inmunodeficiencia, displasia tímica o tratamiento con inmunosupresores. Debe ser omitida en enfermedades relacionadas con la inmunidad celular, linfomas, leucemias, tumores malignos generalizados. En estos casos no existen contraindicaciones para la VPI.

PRECAUCIONES:

Los virus atenuados de la polio son muy sensibles al calor, los frascos multidosis deben ser mantenidos en refrigeración y consumirse o desecharse en un máximo de 5 días después de abierto (1,3,20,21).

6. VACUNA ANTISARAMPIONOSA:

La vacuna se obtuvo por traspaso repetido de virus de cepas inicialmente poco virulentas, se utilizaron fundamentalmente dos cepas: la de Edmonston desplazada posteriormente por la Edmonston B y la Schwartz. Las vacunas utilizadas hoy en día son productos liofilizados, que contienen por lo menos 1,000 TCID/50 (unidades infectantes) de virus atenuado y que se diluyen en el momento de ser aplicado, en 0.5 cc de agua bidestilada. Actualmente existe un preparado de células diploides humana que ha demostrado poseer efecto inmunitario mayor en lactantes y podría ser polvo

liofinizado, la vacuna logra el 90 % de buena inmunización al ser aplicada a los 10 meses, en área endémica se aplica a los 9 meses de edad (20,21).

TÉCNICA Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Se administra subcutanea en el área superior externa del brazo izquierdo en dosis de 0.5 ml.

EFECTOS SECUNDARIOS:

Algunos pueden presentar fiebre alta a partir del quinto día, y durante aproximadamente dos o tres días. Se pueden presentar una erupción cutánea multiforme, conjuntivitis, rinorrea lo cual se toma como sarampión atenuado. Un mes después de la vacunación se pueden presentar encefalopatías.

CONTRAINDICACIONES:

Además de la edad insuficiente, contraindica el empleo de esta vacuna el embarazo, por la posibilidad teórica de daño fetal, la inmunodeficiencia o el tratamiento con inmunosupresores o con corticoides, irradiaciones u otros procedimientos que disminuyan las defensas. En los enfermos febriles agudos y en los que han recibido recientemente gammaglobulina (que neutralizan el virus) se recomienda postergar la inmunización por unos dos o tres meses (20,21).

ESQUEMA RECOMENDADO DE VACUNACION

Vacuna	No. de Dosis	Intervalos
BCG	1	Al nacer
OPV	4	Al nacer y con cada DTP
DPT	3	A las 6, 10 y 15 semanas
Antisarampionosa	1	A los 9 o 10 meses

CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES.

Guatemala es un país rico en creencias, prácticas y recursos médicos, producto de la fusión de los conocimientos alcanzados por la cultura Maya-Keqchí, con los aportes médicos traídos por los conquistadores Europeos, que aunado a los avances contemporáneos ha formado una amalgama de conocimientos interesantes para la ciencia (1).

Las creencias forman un grupo de expresiones que una persona o grupo da por cierto, válido o verdadero (1), y que en nuestra población representa un factor determinante para el éxito de los programas de salud, por la gran influencia existente de la conocida medicina tradicional sobre el pensamiento de la mayoría de los habitantes en este país.

Los conocimientos corresponden a la acción y el efecto de conocer un fenómeno; existen dos niveles de conocimiento dentro del proceso salud-enfermedad: 1) conocimiento dentro de la tradición, que son los grupos sociales que han obtenido por medio de su experiencia la medicina popular y/o tradicional (1). 2)

Conocimiento fuera de la tradición: que son los que tienen la total influencia de la llamada "Medicina Occidental". (1)

VI. METODOLOGÍA

A. Tipo de Estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo, donde se identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de familia sobre la administración de inmunizaciones en niños <= 12 meses de edad, en los barrios de Buenos Aires y Santa Gertrudis, en la Aldea de El Rancho, departamento de El Progreso, del 10 de Noviembre de 1996 al 10 de Enero de 1997.

B. SELECCIÓN DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se seleccionaron a los padres de familia con hijos <= a 12 meses de edad que residen en los barrios de Buenos Aires y Sta. Gertrudis durante los meses de Noviembre a Enero 1996-97.

C. POBLACION:

Se tomó el total de familias que tenían niños <= a 12 meses de edad.

D. UNIDAD DE ANÁLISIS:

1. Se tomó a las familias que tenían niños <= a 12 meses de edad.
2. Las familias tomadas en el estudio debían vivir únicamente en los barrios que se tomaron para el estudio.

3. Los padres de familia que se tomaron en el estudio tuvieron que ser aquellas familias que deseen participar en el estudio.

E. DESARROLLO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos que fueron recolectados en el trabajo de campo van orientados a los conocimientos que tengan los padres de familia sobre vacunación, así como a sus actitudes y prácticas respecto a las mismas; tomando en cuenta previamente los conceptos teóricos de estas tres variables:

Conocimiento: Entendemos por conocimiento a la acción o efecto de averiguar, por el ejercicio de las facultades la naturaleza, cualidades y relación de las cosas. Esto fue evaluado en base a información adquirida sobre las vacunas, con un tipo de variable nominal, un 31.5% de la boleta de encuesta correspondía a las preguntas evaluadas sobre conocimientos, las cuales están enumeradas de la 3 a la 8.

Los datos recolectados en base a estos conocimientos, fueron posteriormente analizados en base a cotejos; tabulados y presentados en cuadros estadísticos.

Actitudes: Teóricamente se basa en la reacción positiva o negativa hacia un objetivo, una proposición u otra situación. Un 26.3% de la boleta de encuesta correspondió a las preguntas evaluadas sobre actitudes las cuales están enumeradas de la 9 a la 13.

Práctica: Es el ejercicio de un arte o facultad conforme a una regla; uso continuado, costumbre de una cosa. Un 31.5% de la boleta de encuesta correspondió a las preguntas evaluadas sobre cómo practican la inmunización de sus hijos, dichas preguntas están enumeradas de la 14 a la 19.

De la misma manera se evaluó el grado de escolaridad que tienen los padres ya que dependiendo de ello así será un mayor o menor conocimiento y entendimiento sobre las inmunizaciones; se conoció el medio por el cual se han informado sobre la misma, para mantener o mejorar las diferentes estrategias que el Ministerio de Salud Pública ha utilizado para las jornadas de vacunación. Las preguntas No. 1 y 2 se utilizaron para saber el parentesco y grado de escolaridad de los encuestados.

Estos datos fueron recolectados a través de una encuesta de recolección de datos elaborada por el investigador, posteriormente se trabajó en EPIINFO versión 6 donde:

1. Se creó un archivo de datos
   - 1.1 Crear la base de datos
   - 1.2 Definir y denominar las variables
   - 1.3 Explicación de las variables por medio de caracteres
   - 1.4 Elaboración del diseño de plantilla (Cuestionario) en donde se van a ingresar los datos
   - 1.5 Creación del archivo para registro de datos
2. Ingreso de los datos

3. Control de calidad de los datos ingresados

3.1 Validación de los datos

3.2 Limpieza de los datos

3.3 Análisis de los datos en función del control de calidad

3.4 Frecuencias, creación y relación de variables

4. Análisis de la información

4.1 Ordenar los datos

4.2 Listar los datos

4.3 Estadística descriptiva de la información

4.4 Análisis de dos y tres variables

Para la realización del presente trabajo de Tesis, se tuvo la autorización de la Jefatura de Area de El Progreso, Guastatoya, a través de una carta dirigida al médico director de Area de dicho distrito.

Los datos fueron recolectados únicamente por la autora quien visitó los barrios ya indicados y aplicó la boleta de encuesta a las familias que llenen los requisitos para participar en el estudio.

F. Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD MEDIDA	INSTRUMENTO
CONOCIMIENTO	Acción o efecto de averiguar, por el ejercicio de las facultades la naturaleza, cualidades y relación de las cosas.	Sobre información adquirida de las vacunas	Nominal	SI-NO	Boleta de recolección de datos
ACTITUD	Reacción negativa positiva hacia un objetivo, una proposición u otra situación.	Positiva: Aceptación, Negativa: Rechazo	Nominal	Positiva Negativa	Boleta de recolección de datos
PRACTICA	Ejercicio de un arte o facultad conforme a una regla. Uso continuado, costumbre de una cosa.	Revisión del carnet de vacunación	Nominal	Buena o Mala	Boleta de recolección de datos
ESCOLARIDAD	Nivel académico alcanzado que permite un equilibrio físico, mental o cultural.	Alfabeto o analfabeto	Nominal	SI-NO	Boleta de recolección de datos
EDAD	Tiempo cronológico del ser humano.	<= a 12 meses	Numérica continua	meses	Boleta de recolección de datos
PARENTESCO	Vínculo por consanguinidad o afinidad.	Padre, Madre, Hermano, Tios, Abuelo o tutor	Nominal	Parentesco	Boleta de recolección de datos

G. RECURSOS:

A. Económicos:

Fotocopias: Q 50.00

Impresión de Boletas: Q 40.00

Útiles de escritorio: Q 75.00

B. Físicos:

Bibliotecas: Universidad San Carlos de Guatemala.

INCAP

Ministerio de Salud Pública.

Vivienda de familias que participan en el estudio.

Lugar: Barrios de Buenos Aires y Santa Gertrudis de El Rancho, Departamento de El Progreso, Guastatoya.

C. Humanos:

Universidad San Carlos de Guatemala.

INCAP

Ministerio de Salud Pública.

Jefatura de área de El Progreso, Guastatoya.

Población de padres de familia que residen en los barrios de Buenos Aires y Santa Gertrudis.

VII PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

MEDIO A TRAVES DEL CUAL HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE VACUNACION EN RELACION AL ALFABETISMO

MEDIO	SABE LEER								TOTAL	%
	SI				NO					
	HA RECIBIDO INFORMACION				HA RECIBIDO INFORMACION					
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		
RADIO	46	29.30			28	17.83			74	47.13
T.V.	9	5.73			5	3.18			14	8.92
CHARLAS	17	10.83			3	1.91			20	12.74
VOLANTES	15	9.55			3	1.91			18	11.46
RADIO Y T.V.	6	3.82			3	1.91			9	5.73
RADIO Y CHARLAS	4	2.55			1	0.64			5	3.18
T.V. Y CHARLAS	2	1.27			1	0.64			3	1.91
TODAS	3	1.91							3	1.91
OTRAS	1	0.64							1	0.64
NINGUNA			5	3.18			5	3.18	10	6.37
TOTAL	103	65.61	5	3.18	44	28.03	5	3.18	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 2

CONOCIMIENTO SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE VACUNAS EN RELACION AL PARENTESCO Y ALFABETISMO DE LA POBLACION

PARENTESCO	SABE LEER								TOTAL	%
	SI				NO					
	CONOCE LOS EFECTOS SEC.				CONOCE LOS EFECTOS SEC.					
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		
MADRE	90	57.32	14	8.92	29	18.47	9	5.73	142	90.45
PADRE	2	1.27							2	1.27
ABUELO	2	1.27			6	3.82	4	2.55	12	7.64
TIO	1	0.64							1	0.64
TOTAL	95	60.51	14	8.92	35	22.29	13	8.28	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 3

RELACION ENTRE EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS VACUNAS Y CONSIDERACION SI SON MAS GRAVES QUE LA ENFERMEDAD QUE PREVIENEN

CONOCE LOS EFECTOS	CONSIDERA LOS EFECTOS MAS GRAVES				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
SI	55	35.03	75	47.77	130	82.80
NO	5	3.18	22	14.01	27	17.20
TOTAL	60	38.22	97	61.78	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 4

CONOCIMIENTO SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS VACUNAS EN RELACION A INFORMACION RECIBIDA

CONOCE LOS EFECTOS	HA RECIBIDO INFORMACION				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
SI	125	79.62	5	3.18	130	82.80
NO	22	14.01	5	3.18	27	17.20
TOTAL	147	93.63	10	6.37	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 5

ACEPTACION A ADMINISTRAR VACUNAS A NIÑOS MENORES O IGUAL A 12 MESES DE EDAD, EN RELACION AL PARENTESCO Y ALFABETISMO DE LA POBLACION

	SABE LEER									
	SI				NO					
	ESTA DE ACUERDO CON VACUNAR				ESTA DE ACUERDO CON VACUNAR					
PARENTESCO	SI	%	No.	%	SI	%	NO	%	TOTAL	%
MADRE	102	64.97	1	0.64	37	23.57	2	1.27	142	90.45
PADRE	2	1.27							2	1.27
ABUELO	2	1.27			10	6.37			12	7.64
TIO	1	0.64							1	0.64
TOTAL	107	68.15	1	0.64	47	29.94	2	1.27	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 6

PORCENTAJE DE POBLACION QUE VACUNA A SUS HIJOS EN RELACION AL PORCENTAJE QUE HA COMPLETADO EL ESQUEMA DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES O IGUAL A 12 MESES DE EDAD

HA VACUNADO	HA COMPLETADO ESQUEMA				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
SI	125	79.62	23	14.65	148	94.27
NO			9	5.73	9	5.73
TOTAL	125	79.62	32	20.38	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 7

RELACION ENTRE LA RAZON POR LA CUAL NO COMPLETO EL ESQUEMA DE VACUNACION Y SI PERMITIRIA COMPLETARLO

RAZON	PERMITIRIA COMPLETAR ESQUEMA				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
FALTA DE TIEMPO	21	91.30	0	0	21	91.30
DISTANCIA	1	4.35	0	0	1	4.35
P/S CERRADO	1	4.35	0	0	1	4.35
TOTAL	23	100.00	0	0	23	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 8

ACTITUD SOBRE VACUNAR A UN NIÑO CON GRIPE EN RELACION AL CONOCIMIENTO SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS Y SI CONSIDERA ESTOS MAS GRAVES QUE LA ENFERMEDAD QUE PREVIENEN

ACTITUD	CONOCE LOS EFECTOS SECUNDARIOS								TOTAL	%
	SI				NO					
	CONSIDERA LOS EFECTOS MAS GRAVES				CONSIDERA LOS EFECTOS MAS GRAVES					
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		
SI SE PUEDE VACUNAR	18	11.46	47	29.94	1	0.64	12	7.64	78	49.68
NO SE PUEDE VACUNAR	39	24.84	27	17.20	4	2.55	9	5.73	79	50.32
TOTAL	57	36.31	74	47.13	5	3.18	21	13.38	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 9

ACTITUD QUE TOMARIAN LOS PADRES SI SU HIJO PRESENTARA FIEBRE LUEGO DE ADMINISTRAR DTP, EN RELACION AL CONOCIMIENTO SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS Y SI CONSIDERA ESTAS MAS GRAVES QUE LA ENFERMEDAD QUE PREVIENEN

ACTITUD A TOMAR SI PRESENTA FIEBRE	CONOCE LOS EFECTOS SECUNDARIOS								TOTAL	%
	SI				NO					
	CONSIDERA EFECTOS SEC. MAS GRAVES				CONSIDERA EFECTOS SEC. MAS GRAVES					
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		
VOLVERIA A VACUNAR	41	26.11	61	38.85	5	3.18	7	4.46	114	72.61
NO VOLVERIA A VACUNAR	16	10.19	12	7.64			15	9.55	43	27.39
TOTAL	57	36.30	73	46.50	5	3.18	22	14.01	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 10

RELACION ENTRE ASISTENCIA DE LA POBLACION ESTUDIO AL C/S* O P/S**, Y SI VACUNAN O NO Y SI ES COMPLETO EL ESQUEMA

VACUNA	ASISTE AL C/S* O P/S**								TOTAL	%
	SI				NO					
	COMPLETO EL ESQUEMA				COMPLETO EL ESQUEMA					
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		
SI	122	77.71	24	15.29	2	1.27			148	94.27
NO							9	5.73	9	5.73
TOTAL	122	77.71	24	15.29	2	1.27	9	5.73	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

* CENTRO DE SALUD
** PUESTO DE SALUD

CUADRO 11

DETERMINACION ENTRE LA CONDUCTA A TOMAR SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS LUEGO DE ADMINISTRAR BCG, RELACIONADO CON EL CONOCIMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

PRACTICA	CONOCE LOS EFECTOS SECUNDARIOS				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
NADA/NO SABE/NO RESPONDIO	99	63.06	18	11.46	117	74.52
COLOCAR HIELO/LAVAR CON AGUA Y JABON	18	11.46	3	1.91	21	13.38
LLEVAR AL CENTRO DE SALUD	8	5.10	6	3.82	14	8.92
QUE EVOLUCIONE	5	3.18			5	3.18
TOTAL	130	82.80	27	17.20	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 12

INTERVALO DE TIEMPO ENTRE LA ADMINISTRACION DE UNA DOSIS DE VACUNACION Y LA SIGUIENTE, EN RELACION A HABER RECIBIDO INFORMACION SOBRE VACUNACION

INTERVALO	HA RECIBIDO INFORMACION				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
1 MES	59	39.86	5	3.18	64	43.24
DE 1 A 4 MESES	82	55.41	2	1.27	84	56.76
TOTAL	141	95.27	7	4.46	148	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 13

RELACION ENTRE EL CONOCIMIENTO QUE TIENE LA POBLACION SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE PREVIENEN LAS VACUNAS, EL PARENTESCO Y ALFABETISMO DE LOS ENCUESTADOS

ENFERMEDAD QUE PREVIENEN	MADRE SABE LEER				(PADRE,ABUELO,TIO) SABE LEER				TOTAL	%
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		
POLIO	6	3.82	4	2.55	1	0.64	1	0.64	12	7.64
SARAMPION	6	3.82	5	3.18	0	0.00	2	1.27	13	8.28
TOSFERINA	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TB	3	1.91	1	0.64	0	0.00	0	0.00	4	2.55
TODAS	31	19.75	14	8.92	2	1.27	5	3.18	52	33.12
NO CONTESTO	61	38.85	11	7.01	3	1.91	1	0.64	76	48.41
TOTAL	107	68.15	35	22.29	6	3.82	9	5.73	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 14

ESPECIFICACIONES SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS VACUNAS

EFECTO SECUNDARIO	No.	%
FIEBRE	103	79.23
FIEBRE Y DOLOR	3	2.31
FIEBRE E INFLAMACION	1	0.77
NO ESPECIFICO	23	17.69
TOTAL	130	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 15

CONCEPTO DE LAS VACUNAS Y PARENTESCO CON EL NIÑO EN LA POBLACION ESTUDIADA

CONCEPTO	PARENTESCO		TOTAL	%
	MADRE	OTROS(PADRE, ABUELO, TIO)		
PREVIENEN ENFERMEDADES	58	9	67	42.68
PROTEGEN A LOS NIÑOS	52	3	55	35.03
SON BUENAS	17	0	17	10.83
NO RESPONDIO	17	1	18	11.46
TOTAL	144	13	157	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD,

QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 16 A

POBLACION QUE ALIMENTA A SUS HIJOS LUEGO DE VACUNAR EN RELACION A HABER RECIBIDO INFORMACION SOBRE VACUNACION

ALIMENTA	HA RECIBIDO INFORMACION				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
SI	41	27.70	5	3.38	46	31.08
NO	91	61.49	11	7.43	102	68.92
TOTAL *	132	89.19	11	10.81	148	100.00

* HAY 9 ENCUESTADOS QUE NO VACUNARON, POR LO QUE NO SE INCLUYE EN ESTE CUADRO

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 16 B

RELACION ENTRE LA RAZON POR LA QUE NO ALIMENTA A SU HIJO INMEDIATAMENTE DESPUES DE VACUNARLO Y SI HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE VACUNACION

RAZON POR LA QUE NO ALIMENTA	HA RECIBIDO INFORMACION				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
ES MALO	42	41.18	5	4.90	47	46.08
INDICACION MEDICA	30	29.41	4	3.92	34	33.33
NO HACE EFECTO	10	9.80	1	0.98	11	10.78
PARA QUE NO VOMITE	8	7.84	1	0.98	9	8.82
NO DIO RAZON	1	0.98		0.00	1	0.98
TOTAL	91	89.22	11	10.78	102	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

CUADRO 16 C

RELACION ENTRE LA RAZON POR LA QUE ALIMENTA A SU HIJO INMEDIATAMENTE DESPUES DE VACUNARLO Y SI HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE VACUNACION

RAZON POR LA QUE ALIMENTA	HA RECIBIDO INFORMACION				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
PARA QUE NO LLORE	21	45.65			21	45.65
POR HAMBRE	9	19.57			9	19.57
PARA QUE TENGA EFECTO	2	4.35			2	4.35
PORQUE ES BUENO			2	4.35	2	4.35
NO DIO RAZON	9	19.57	3	6.52	12	26.09
TOTAL	41	89.13	5	10.87	46	100.00

FUENTE: ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE NIÑOS MENORES O IGUAL A DOCE MESES DE EDAD, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS ESTUDIO.

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El cuadro No. 1, relacionamos el alfabetismo de la población en relación a la información recibida y los medios a través del cual la han recibido.

Observamos que el 93.64 % de la población estudiada recibió información (65.61 + 28.03); el acceso a la información es mayoritario, la educación en salud a la comunidad se lleva en un porcentaje bajo; el analfabetismo no es una barrera para tener acceso a la información, ya que existe un 28.03 % que no sabe leer y sí recibió información. El medio de comunicación más utilizado fue la radio en un 47.13 %, ésto coincide con otros estudios realizados en áreas rurales donde también se efectuó un trabajo de Tesis sobre conocimientos, actitudes y prácticas observando que el mayor medio de información fue la radio (17).

El cuadro No. 2.: hace énfasis sobre el alfabetismo de la población estudiada, en relación al conocimiento que tienen sobre los efectos secundarios de las vacunas. Observando que la mayoría (82.80 %) tanto alfabetas como analfabetas conocen los efectos secundarios de la vacunas y solo un 17.20 % desconoce los mismos. Llama la atención que el 75.8 % de las madres son las que tienen mayor conocimiento de estos efectos, por ser ellas las que pasan el mayor tiempo en casa, tuvieron más oportunidad de ser encuestadas. La Información que se transmite por los medios de comunicación no habla de efectos secundarios de las vacunas sino que exhorta a vacunar, por lo que vale

la pena reflexionar de dónde la población estudiada tiene información sobre los efectos secundarios?, el ser alfabeto o no influye en tener conocimiento de los efectos secundarios de las vacunas.

El cuadro No. 3.: relaciona el conocimiento de la población estudiada sobre los efectos secundarios de la vacunas y si los consideran más graves que la enfermedad. Podemos observar que un 38.22 % considera los efectos secundarios más graves que la misma enfermedad, lo que corresponde casi a la mitad de la población estudiada, a pesar que un 82 % de la población manifiesta que conoce los efectos secundarios; ese conocimiento de gravedad de los efectos secundarios no es real; ya que si los conocieran de acuerdo a la literatura no deberían de creer que estos son más graves que la enfermedad que previenen. Esto podría sugerir que los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación tienen alguna influencia en ésto, o bien, que no han recibido información clara al respecto; son las variables que están limitando la toma de decisiones en la población de vacunar o no. Esto se fortalece con la información en el cuadro No. 4, donde se observa que hay una relación directamente proporcional entre conocer los efectos secundarios y haber recibido información (82.8 % y 93.6 % respectivamente).

Debe revisarse la información en salud y enfatizar en los efectos secundarios, su frecuencia y gravedad; ésto es imperativo para poder producir cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación. (comparada con otros estudios realizados en otras

comunidades los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación influyen de una manera importante en las conductas que toma la población; ya sea ésta negativa o positiva). (16).

El cuadro No. 5. hace relación en la administración de vacunas en niños menor o igual a 12 meses de edad, con el parentesco y el alfabetismo de la población. Podemos apreciar que un 98 % de la población estudiada, independientemente de ser alfabetas o no está de acuerdo con la vacunación de sus hijos. La tendencia a no estar de acuerdo es mayor en analfabetas, que estadísticamente no es muy significativo por lo que puede decirse que el nivel escolar no es una condición para no vacunar; lo que sugiere que las circunstancias que están limitando la vacunación, se encuentran en las actitudes, prácticas y en el conocimiento que tienen; mediado con la información que reciben.

En el cuadro No. 6 y 7.: El objetivo es establecer el porcentaje de la población en estudio que completa o no el esquema de vacunación en sus hijos y las razones para ello.

El 79.62 %, de la población estudiada ha completado el esquema y 20.38 % no. Sin embargo la intención de vacunar se da en un 94.27 %; relacionando estos datos con la información analizada en cuadros anteriores se deduce que dicha discrepancia, nuevamente está relacionada con los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación negativos y la información que reciben. Dentro de las causas por las que refieren no haber completado el esquema están: la

distancia, puesto de salud cerrado y falta de tiempo (ver cuadro No. 7). Razones de importancia; sin embargo se sabe que la jornada de vacunación tiene una duración de 15 días; además según reportes llegan a las comunidades y a distancias muy cercanas a la población. El 20.38 % es muy significativo para no completar esquemas, ya que no permiten coberturas óptimas, sobre todo para erradicar ciertas enfermedades; por lo que debe revisarse el desempeño y prestación de servicios.

En el cuadro No. 8.: Se pretende demostrar si el conocimiento de los efectos secundarios y la gravedad de ellos influye en vacunar o no a un niño con gripe. El 11.46% (18 encuestados) a pesar de tener conocimientos negativos sobre los efectos secundarios vacuna al niño con gripe; sin embargo es mayor la proporción (relación 2:1) (24. 84%) de los que no vacunan. Los que no consideran que estos efectos secundarios sean más graves que la enfermedad que previene, tienen una mayor disposición de vacunar en un 29.94% (47 encuestados). Es significativo que un 17.20% no están dispuestos a vacunar a sus hijos cuando estos padecen de gripe a pesar de que consideran que los efectos secundarios no son más graves.

Al analizar estas contradicciones y reflexionar en sus posibles causas, este cuadro nos ayuda a inferir que las creencias siguen jugando un papel importante en vacunar o no a una población considerable de niños, de igual manera en otros estudios realizados en el área rural (16).

En el cuadro No. 9.: El objetivo es estudiar el grado de influencia de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación, al relacionar un efecto secundario (fiebre), con el conocimiento que tiene la población estudiada, sobre los efectos secundarios de la vacunas y la gravedad o no de éstos. Se aprecia que independientemente del conocimiento y las creencias, el 27.39 % (43 encuestados) no volvería a vacunar ante una reacción febril; cifra que es muy considerable y que no permite alcanzar buenas coberturas de vacunación. Esto es más preocupante cuando casi un 10 % (15 encuestados) a pesar de no conocer los efectos secundarios ni la gravedad de los mismos, no volverían a vacunar ante un proceso febril. En contra de lo anterior cuando la población tiene un buen conocimiento de los efectos secundarios (no los consideran más graves que la enfermedad) si volverían a vacunar en un 40 % (62 encuestados). Lo que nos está sugiriendo que el arraigo de los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación negativos se fortalecen ante las reacciones adversas cuando la población no tiene un buen conocimiento.

En el cuadro No. 10.: Se estudia la relación entre la asistencia a los servicios de salud y la disposición de vacunar para completar los esquemas.

Cuando existe disposición a vacunar (94.27%) (140 encuestados) la mayoría (77.71%) asisten al puesto de salud y han completado el esquema; pero es significativo que el 21.02 % (15.29 + 5.73 = 21.02 %) de la población estudiada no lo halla completado; más aún cuando el 15.29 % (24 encuestados) a pesar de asistir al puesto de salud, no

completan el esquema. Una de las causas de éstas contradicciones se debe a la influencia negativa del conocimiento que los efectos secundarios son más graves que la enfermedad; fortalecido negativamente al vacunar y tener efectos secundarios, aún cuando éstos no sean graves. Sin embargo ésto también tiene mucha relación con la influencia de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación y la información que se maneja, provocando una indisposición a vacunar.

En el cuadro No. 11.: se hace énfasis en la práctica y se toma como efecto la administración de vacuna BCG debido a que ésta requiere mayores cuidados post - administración, y para el estudio es un indicador bastante sensible de la conducta que la población toma. Para el efecto se relaciona con el conocimiento de los efectos secundarios y la práctica a tomar ante los mismos de la BCG específicamente.

El 74.52 % (63.06 + 11.46 = 74.52) (117 encuestados) no hacen nada ante los efectos secundarios; existe un 13.38 % que realizan prácticas no recomendadas. Siendo la tendencia a desarrollar más prácticas no recomendadas cuando se cree que los efectos secundarios son más graves que la enfermedad. Esta situación puede ser debido a la falta de compresión de la información recibida o bien los mensajes confusos y la influencia de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación negativos que limitan la realización de prácticas adecuadas por parte de la población.

En el cuadro No. 12.: El objetivo es estudiar el conocimiento que tiene la población en relación a la información recibida en base el intervalo recomendado entre una dosis y otra de vacunación.

Se observa que del 95.27% (141 encuestados) de la población estudiada que recibió información, el 40 % (59 encuestados) respeta el intervalo adecuado entre una dosis y otra; el 55.4 % (82 encuestados) a pesar de haber recibido información no respeta el intervalo recomendado. Se puede manifestar que la mayoría de la población en estudio no tiene conocimiento adecuado al respecto, a pesar de que reciben información. La influencia de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación negativos, la incomprensión de la información y la información incompleta siguen mediando para que no se desarrollen los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación adecuados y correctos en la población estudiada.

El cuadro No. 13.: Permite estudiar más a fondo el conocimiento que la población tiene de las vacunas, ya que de conocer bien las enfermedades que previenen facilita actitudes positivas a la vacunación, desafortunadamente el cuadro demuestra que la mayoría de la población (66.88 %) desconoce total o parcialmente el tipo de enfermedades que previene las vacunas, esta situación es alarmante, ya que puede significar que la información que se transmite es incompleta, confusa o bien no se entiende por parte de la población. Esto es un campo propicio para que los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación negativos se arraiguen más en la población y ocasionen actitudes negativas. Hasta la fecha no se tiene acceso a la

información de las evaluaciones de publicidad que se hacen para promover la vacunación o talves no se ha hecho. Esto podría ser motivo de otro estudio que dará buenos aportes.

En el cuadro No. 14, observamos que el efecto secundario más conocido de la población encuestada es la fiebre, en 79.23%, sin embargo al compararlo con el cuadro No 9. nos damos cuenta que el 17.83% (10.19 + 7.64 %) de la población que conoce los efectos secundarios no volvería a vacunar si su hijo presentara fiebre. pues consideran que los efectos secundarios son más graves que la enfermedad. Manifestando de esta manera la influencia que tienen las creencias de la población en las actitudes negativas para vacunar.

El cuadro No. 15.: Relaciona el concepto de las vacunas, con el parentesco del niño con la población estudiada; tratando de enfatizar si ha sido clara la información recibida sobre las mismas.

Hay un 88.54 % (42.68 + 35.03 + 10.83) que opina muy bien sobre el beneficio de las vacunas. Sin embargo existe un 11.46 % que no sabe de ella o no está claro al respecto (porque el no responder significa que la pregunta se hizo y no hubo respuesta). Reflexionando sobre la información en este cuadro y la analizada en cuadros anteriores se deduce que muchas respuestas son de complacencia, ya que existe contradicción entre buena opinión, desconocimiento, conocimientos negativos, esquemas incompletos, etc. de las vacunas, lo que no descarta pero si confirma el arraigo de las creencias y practicas que influyen en el no incremento de las coberturas esta Tesis se fortalece

n el análisis del cuadro 13, en donde casi la mitad de la población tudiada (48.41 % = 38.85 + 7.01 + 1.91 + 0.64), no conoce las fermedades que las vacunas previenen las vacunas por lo que se puede ncluir que existen influencias negativas para vacunar a pesar del en concepto de ella, provocado por los conocimientos, actitudes y rácticas sobre vacunación negativos y la información que reciben.

En el cuadro No. 16 (a, b y c) Se estudia al igual que en el uadro No. 11 por medio de la polio las prácticas relacionadas al onocimiento que tenga la población.

En el cuadro 16 A.: hay una importante proporción (27.7 %) (41 ncuestados) que a pesar de haber recibido información tienen malas prácticas en el cuidado post-vacunal, lo que nos vuelve a conducir al arraigo de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación negativos en la población estudiada.

El Cuadro 16 B.: solo el 10.78 % conoce adecuadamente el por qué?, no alimentar inmediatamente después de vacunar. Pero llama la atención que la mayoría lo hace por mandato (indicación médica u opinión de los demás en un 78.43 %); esta situación no contribuye a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación negativos, sino que favorece su arraigo, ya que la población no conoce el por qué debe cumplir con las indicaciones.

El cuadro 16 C.: observamos que las prácticas están relacionadas con el ofrecer bienestar a los niños, y llama la atención que 8.7 % (4.35 + 4.35) cree que es bueno alimentar inmediatamente para que tenga efecto la vacuna, cuando es totalmente lo contrario. Si la mayoría

recibió información a pesar de ser alfabeto o no, y existen prácticas no recomendadas; se hace necesario revisar la información y hacer énfasis de la misma en los mensajes de información de salud.

IX. CONCLUSIONES

1. Existe un porcentaje muy bajo (10.8) en el desarrollo de la educación en Salud Comunitaria y de persona a persona, la información difundida sobre ésta es limitada y/o no ha sido bien comprendida en la población para influir en el cambio de los conocimientos, actitudes y prácticas negativas sobre vacunación.

2. La información que se recibe no es suficientemente clara y no enfatiza en los efectos secundarios. Hay tendencia a considerar que éstos son más graves que la enfermedad y 66.8% de la población estudiada desconoce en una forma parcial y/o total las enfermedades inmunoprevenibles.

3. Existe en la población estudio un conocimiento bastante pobre sobre las prácticas a tomar ante ciertos efectos secundarios de las vacunas, siendo el efecto secundario más conocido la fiebre.

4. Hay un 20.38% de la población estudiada que no completó el esquema de vacunación, lo que viene a confirmar la influencia de los conocimientos, actitudes y prácticas negativas sobre vacunación.

X. RECOMENDACIONES

1. Informar a la población estudiada en forma clara, sobre las enfermedades inmunoprevenibles.
2. Aprovechar el medio de comunicación más utilizado por la población para dar información sobre vacunación, así como los intervalos adecuados entre la administración de una dosis y la siguiente.
3. Informar a la población sobre los efectos secundarios de cada una de las vacunas y aclarar que éstos no son más graves que la propia enfermedad.
4. Dar a conocer a la población estudiada que los Infecciones de Vías respiratorias Superiores no es una limitante para no vacunar.
5. Aclarar en la población estudiada, cuáles son los beneficios que se obtienen al no alimentar al niño inmediatamente después de vacunar.
6. Revisar las campañas publicitarias de vacunación y la publicidad de Educación en Salud en la población.

XI. RESUMEN

El presente estudio fue realizado en dos barrios de la aldea de El cho, San Agustín Acasaguastlán, Departamento de El Progreso. El udio consiste en identificar los conocimientos, actitudes y cticas de los padres de familia, respecto a la inmunización de sus jos; con tal fin se realizó una encuesta que se llenó por medio de a boleta de recolección de datos, diseñada para recolectar la formación deseada sobre las inmunizaciones, contemplando en ella los jetivos del trabajo.

La población correspondió a 157 familias con niños menor o igual doce meses de edad que residieran en cualquiera de los dos barrios ntes mencionados. Observándose que el 90.45% de la población ncuestada fueron madres; el 94.27% vacuna a sus hijos menores o igual doce meses de edad y sólo el 79.62% completa el esquema de acunación, dando como mayor razón para no completarlo la falta de iempo.

Es evidente que falta aún concientizar a la población sobre la vacunación; ya que el 11.46% no sabe qué es una vacuna y el 53.51% sólo saben que previenen enfermedades y son buenas para los niños, sin conocer exactamente cada una de ellas, para que sirven, cuáles son sus efectos secundarios y el intervalo de tiempo entre una dosis y otra.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acajaban Chiquín, Sergio Rolando. "Creencias y Actitudes de los padres con respecto a la vacunación de sus hijos". Tesis (Médico y Cirujano) Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1993, 48 p. (pp.2-27).
2. Alvarez Santizo, Alvaro E. "Conocimientos y actitudes respecto a Medicina tradicional en estudiantes de Medicina". Tesis (Médico y Cirujano) Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de ciencias Médicas. Guatemala 1991, 44p. (pp. 9-17).
3. American Academy of Pedriatics. "Red Book" 22 Ed. Illinois of congress. 1991. 670 p. (pp 10-20, 33-34).
4. Aguilar, Oscar R. "Evaluación de los conocimientos adquiridos sobre Vacunación por las madres de niños inmunizados;" estudio descriptivo realizado en 260 padres o personas encargadas de los niños vacunados en la Clínica de Crecimiento y Desarrollo y Estimulación temprana del Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1990. 71 p. (pp 2-30)
5. Asociación Pediátrica de Guatemala. "Informe en Pediatría" Boletín Informativo de la Asociación Pediátrica de Guatemala. 1994 Junio-Julio Volumen I, s.p.
6. Castañeda Solares, Rosa Margarita. "Creencias y Actitudes hacia la vacunación" Tesis (Médico y Cirujano) Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1990. 47 p. (pp 7-14).
7. Centro Regional de documentación del INCAP. "Complicación bibliográfica sobre supervivencia Infantil." Guatemala INCAP, S.F. S.P.
   S.F.= Sin Fecha
   S.P.= Sin número de página
8. García G. Felipe A. "Oportunidades Perdidas de Vacunación y sus causas" Estudio prospectivo realizado en seis municipios (San Rafael Pie de la Cuesta), San Lorenzo Ocos, La Reforma, San Pedro Sacatepéquez y la Cabecera Departamental de San Marcos); durante los meses de Junio a Julio de 1990. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1990. 91 pg. (pp 2-6).
9. Gutiérrez G. Edvín O. "Cobertura en las Actividades de Vacunación del Programa ampliado de Inmunización"; estudio analítico - retroactivo realizado en el distrito No. 1 del Departamento de Chimaltenango, durante los meses de Enero a Diciembre 1990. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1991. 49 pg. (pp 2-4)
10. Hernández Guevara, Arturo E. "Creencias y Conocimientos Populares en la población de Sta. María de Jesús y su relación con servicios de vacunación" Tesis (Médico y Cirujano) Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Medicina. Guatemala 1989. 47 p. (pp 6,12-17).

11. Kempe, Henry C. "Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico" 7ma. Edición, México D.F.; Manual Moderno 1988. pp 130-134.

12. Kroeger, Axel. "Atención Primaria en Salud" Principios y Métodos, II Edición. pp 228-251.

13. López y López, Rudy M. "Conocimiento sobre Vacunación Antipoliomielítica" Tesis (Médico y Cirujano) USAC Facultad de Medicina. Guatemala 1991. 47 p. (pp 8-12).

14. Nelson, Waldo E. "Tratado de Pediatría". 15 Edición. Editorial Interamericana 1997. México D.F. Volumen I; pp. (162-168, 483, 703).

15. Organización Panamericana de la Salud "Presencia y Futuro de las Inmunizaciones" Serie Paltex No. 22 Washigton OPS 1990. 233 pg. (pp 21,28-29,39-124).

16. Paredes Roman, Karla Susan. "Creencias Populares Acerca de las Inmunizaciones" Tesis (Médico y Cirujano) USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1989. 57 p. (pp 20-33).

17. Quezada Rodriguez, Victor Manuel. "Creencias y Prácticas sobre el Sarampión en una comunidad del área rural". Tesis (Médico y Cirujano) USAC Facultad de Medicina. Guatemala 1990 73 p. (pp. 11-14)

18. Rodriguez D. Lidia Nicté, "Conocimientos, Prácticas y aceptabilidad de Medicina Natural" Tesis (Médico Y Cirujano) USAC Facultad de Medicina. Guatemala 1991. 57 p (pp 12-20).

19. Sandoval Estrada, Angel E. "Evaluación de la estrategia casa a casa de la vacuna antisarampionosa determinando los niveles de seroconversión en niños de 9-15 meses de marzo y Junio de 1994". Tesis (Médico y Cirujano) Universidad San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1994. 48 pg. (pp 7-20).

20. USAC, Facultad de Ciencias Médicas "Inmunización y Crecimiento" Folleto dado por Unidad de Infecciosas 1991. pg. 120. (pp 111-113).

21. USAC, Facultad de Ciencias Médicas. "Programa de Vacunación", Folleto dado por Fase II, Departamento de Pediatría, Hospital Roosevelt 1994. pg. 523 (pp 512-517).

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUCCIONES: Se formulará las siguientes preguntas a los padres de familia, las cuales deben responder en forma directa, si se presentara alguna duda, el encuestador hará las aclaraciones pertinentes.

1. Parentesco con el niño?

   Padre:_____ Madre: _____ Tío:_____ Abuelos:_____

   Tutor: _____

2. Sabe Leer?

   Sí:_____ No:_____

3. Qué son las vacunas?_____

4. Ha recibido alguna información sobre vacunación?

   Sí:_____ No:_____

5. A través de qué medio se ha informado sobre vacunación?

   Radio: ____ T.V.:____ Charlas comunitarias: ____ Volantes:____

   Otros: ____

6. Qué vacunas conoce? BCG:____ Polio:____ DPT:____ Sarampión:____

7. Qué enfermedades previenen éstas vacunas:_____ Especifique:____

   _____

8. Conoce los efectos secundarios de cada una de ellas? Sí:_____

   No:_____ Especifique:_____

9. Está de acuerdo con la vacunación en niños menores de un año de edad?

Sí:____ No:____

10. Ha vacunado a sus hijos menores de un año? Sí:____ No:_____

11. Ha completado el esquema de vacunación de sus hijos menores de un año? Sí:____ No:____ Por qué?_____

12. Si el esquema fuera incompleto permitiría que se le administrara las vacunas pendientes a sus hijos?

Sí:_____ No:____

13. Considera Usted que los efectos secundarios de las vacunas son más graves que la enfermedad que previenen? Sí:____ No:____

14. Asiste usted a un centro o puesto de Salud a vacunar a sus hijos:? Sí:____ No:____

15. Qué intervalo de tiempo deja usted entre la administración de una dosis de vacuna y la siguiente:

Un mes:_____ Dos meses:_____ tres meses:_____ Más:_____

16. Alimenta usted inmediatamente a su hijo luego de administrarle sus vacunas? Sí:____ No:____ Por qué:_____

17. Considera que puede vacunar a un hijo con gripe? Sí:____ No:___

18. Qué haría si después de vacunar a su hijo con BCG la aparece una pequeña úlcera (menor de 8 mm de diámetro) en el área de aplicación de la vacuna? _____

19. Si su hijo presentara fiebre después de administrarle DPT, volvería a vacunarlos: Sí:____ No:_____ Por qué?_____