

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERIA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y
CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL
CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE
VACUNACION INFANTIL POR PARTE DE
LAS MADRES EXTRANJERAS
RECOLECTORAS DE CAFÉ, FINCAS
ALSACIA Y DOKA, ALAJUELA, 2018**

MARCELA SALAS CAMPOS

2018

Tabla de contenidos

ÍNDICE DE FIGURAS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
Resumen	ix
Abstract	xii
CAPÍTULO I	14
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1.1 Antecedentes del problema.....	15
1.1.2 Delimitación del problema	24
1.1.3 Justificación	25
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	27
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	27
1.3.1. Objetivo general	27
1.3.2. Objetivos específicos.....	27
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	28
1.4.1. Alcances de la investigación	28
1.4.2. Limitaciones de la investigación	28
CAPÍTULO II	29
MARCO TEÓRICO	29
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	30
2.1.1 Factores socioeconómicos y culturales	30
2.1.2 Definición de vacunas	34
2.1.3 Definición de esquema de vacunas	35
2.1.4 Tipos de inmunidad.....	35
2.1.5 Tipos de vacunas	36
2.1.6 Cadena de frío	37
2.1.7 Esquemas de vacunación de Panamá	37
2.1.8. Esquemas de vacunación de Nicaragua	39
2.1.9 Esquema de vacunación de Costa Rica	41
2.1.10 Vacuna BCG	42
2.1.11 Vacuna Hepatitis B.....	43

2.1.12 Vacuna Pentavalente	45
2.1.13 Vacuna Tetravalente.....	47
2.1.14 Vacuna Neumococo 13 Valente	47
2.1.15 Vacuna Sarampión/ Rubéola/ Parotiditis	48
2.1.16 Vacuna Varicela	50
2.1.17 Vacuna Influenza.....	51
2.1.18 Rol del profesional de enfermería en la Atención Primaria en Salud	52
2.2 Modelos y teorías	57
2.2.1 Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.....	57
CAPÍTULO III	63
MARCO METODOLÓGICO	63
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	64
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	64
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	64
3.3.1 Población.....	65
3.3.2 Muestra.....	65
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	65
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	66
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	66
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	68
3.7 PLAN PILOTO.....	73
CAPÍTULO IV	74
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	74
4.1. GENERALIDADES	75
CAPÍTULO V	121
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	121
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS	122
CAPÍTULO VI	138
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	138
6.1 CONCLUSIONES	139
6.2 RECOMENDACIONES.....	141
BIBLIOGRAFÍA	143

ANEXOS	151
--------------	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según nacionalidad, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	75
Figura N°2 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según idioma, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	76
Figura N°3 Distribución porcentual de las madres según rango de edad, Hacienda Alsacia y Doka 2018.	77
Figura N°4 Distribución porcentual de las madres recolectoras según estado civil, Hacienda Alsacia y Doka. 2018.	78
Figura N°5 Distribución porcentual de las madres recolectoras según religión que profesan, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	79
Figura N°6 Distribución porcentual de las madres recolectoras según nivel de escolaridad, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	80
Figura N°7 Distribución porcentual de niños según rango de edad, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	82
Figura N°8 Distribución porcentual de las madres recolectoras según ingreso económico, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	83
Figura N°9. Distribución porcentual de madres recolectoras de café según sustentabilidad de gastos, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.....	84
Figura N°10 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según el tipo de seguro que poseen, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.....	85

Figura N°11 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según servicios básicos con los que cuentan, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	87
Figura N°12 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según condición laboral. Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	89
Figura N°13 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según utilización de servicios de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	91
Figura N°14 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según acceso al vacunatorio por horario de trabajo, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	93
Figura N°15 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según posible conflicto laboral por asistencia al vacunatorio, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	94
Figura N°16 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento sobre campañas de vacunación, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	95
Figura N°17 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento sobre la ley de vacunación de Costa Rica, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	97
Figura N°18 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento del esquema de vacunación propio de su país, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	98
Figura N°19 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento de las reacciones adversas de las vacunas, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	99
Figura N°20 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según creencia sobre poseer seguro social, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	100
Fuente: Elaboración propia, 2018.	100

Figura N°21 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según cumplimiento del esquema de vacunación del niño, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	101
Figura N°22 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según encargado de llevar al niño a vacunar, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.....	102
Figura N°23 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según centro de salud de referencia para vacunar al niño, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.....	103
Figura N°24 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento del horario de atención del centro de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	104
Figura N°25 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según afectación del horario del centro de salud para la vacunación de los niños, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	105
Figura N°26 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según disponibilidad de la vacuna del niño, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	106
Figura N°27 Distribución porcentual de madres recolectoras de café según tiempo máximo de espera en el centro de salud para colocación de vacuna al niño, Hacienda Alsacia Y Doka, 2018.	107
Figura N°28 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según satisfacción del tiempo de espera en el centro de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.....	108
Figura N°29 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según educación de la vacunación por parte del profesional de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.....	109
Figura N°30 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según atención de inquietudes sobre las vacunas por parte del profesional de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018	110

Figura N°31 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según explicación por parte del profesional de salud sobre el siguiente refuerzo de la vacuna del infante, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	111
Figura N°32 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según servicio recibido por el funcionario que aplica la vacuna al niño. Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	112
Figura N°33 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café que esperan al ATAP para que vacune al menor. Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	113
Figura N°34 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según creencia al tipo de población que van dirigidas las vacunas, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.....	114
Figura N°35 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según influencias de terceros en la no aplicación de la vacuna al menor, Hacienda Alsacia y Doka, 2018...	115
Figura N°36 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café que rehúsan la aplicación de la vacuna al infante por influencia de los familiares, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	116
Figura N°37 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según mala experiencia sufrida por un tercero que influye en la no colocación de la vacuna al infante, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. <u>Distribución porcentual de madres recolectoras de café según número de hijos, Hacienda Alsacia y Doka, 2018</u> _____	81
Tabla N°2. <u>Distribución porcentual de madres recolectoras de café según cantidad de personas que viven en el hogar, Hacienda Alsacia y Doka, 2018</u> _____	86
Tabla N°3. <u>Distribución porcentual de madres recolectoras según características de la vivienda, Hacienda Alsacia y Doka, 2018</u> _____	88
Tabla N°4. <u>Distribución porcentual de madres según ocupación, turno y días que laboran, Hacienda Alsacia y Doka, 2018</u> _____	90
Tabla N°5. <u>Distribución porcentual de madres recolectoras de café según tiempo de traslado al servicio de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018</u> _____	92
Tabla N°6. <u>Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según medio de información de las vacunas, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.</u> _____	96
Tabla N°7. <u>Distribución porcentual de madres recolectoras de café según cuidados posteriores a la colocación de la vacuna al niño, Hacienda Alsacia y Doka, 2018</u> _____	118
Tabla N°8. <u>Distribución porcentual de madres recolectoras de café según creencias, mitos y costumbres sobre la vacunación infantil, Hacienda Alsacia y Doka, 2018</u> _____	119

Resumen

Introducción. Las vacunas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra enfermedades, esto mediante la estimulación de la producción de anticuerpos.(1) La población recolectora de café suele ser extranjera y llegan al país por periodos cortos de tiempo pero al mismo tiempo se exponen a focos de enfermedades por situaciones como el cambio de clima, diferencias en los esquemas de vacunación infantil o el incumplimiento del mismo. Factores como los culturales, sociales, económicos, entre otros tienen influencia en la vida de las personas así como en la salud de las mismas interfiriendo en algunos casos en el bienestar de esta.

Objetivo General. Determinar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el cumplimiento del esquema de vacunación infantil por parte de las madres extranjeras recolectoras de café, Finca Alsacia y Doka, Alajuela, 2018. **Metodología.** Estudio cuantitativo de tipo correlacional, el cual se realiza a una población de 100 madres recolectoras de café de las fincas Alsacia y Doka en Sabanilla de Alajuela. **Resultados.** El 53% de la población es de nacionalidad Nicaragüense, el 88% habla el idioma español, el rango de edad en el que se encuentran la mayor cantidad de madres es de 20 a 30 años con 52% de ellas, mientras que 57% de las encuestadas se encuentran en unión libre, la primaria incompleta es el nivel escolar con el que cuenta 43% del total de madres encuestadas. Del total de madres 39% de ellas afirman tener un ingreso económico de ₡150000 a ₡200000 mensuales, 69% de ellas no poseen ningún tipo de seguro social a pesar de esto el 89% afirma acudir a los servicios de salud. El 69% tiene conocimiento sobre las campañas que se realizan sobre la vacunación, el 100% considera que las vacunas son de gran importancia y la información que han recibido de esto es por medio de profesionales de la salud. El 90%

considera que las vacunas no causan alguna enfermedad, 99% concuerdan que la religión no interfiere en la aplicación de alguna vacuna, 100% afirma que las vacunas no causan esterilidad o autismo, 97% de ellas dicen que las vacunas son para todas las personas en general. El 98% cumple con el esquema de vacunación infantil, 58% de las madres conocen el esquema propio de su país. **Discusión.** La población infantil es susceptible a presentar enfermedades de diferentes tipos, por factores como la edad, la condición migratoria por cuestiones de trabajo de los padres, estos presentan costumbres y hábitos un poco diferentes a los que se tienen aquí. Las vacunas se crean con el fin de promover una buena salud para la población así como prevenir la propagación de enfermedades y la erradicación de algunas de ellas. Los factores socioeconómicos así como los culturales tienen un papel en el cumplimiento de los esquemas de vacunación debido a que por situaciones como el difícil acceso a los centros de salud, la inestabilidad económica, el desempleo, la edad joven de las madres, la poca información que en algunos casos no reciben sobre las vacunas, además de las creencias y costumbres que desde pequeños se les inculca alrededor de este tema. Estas situaciones y más tienen una estrecha relación con la salud de las personas. **Conclusiones.** Se determina que las madres recolectoras de café cuentan con el conocimiento básico sobre las vacunas pero se necesita aún mayor información sobre el tema, la importancia de las mismas así como la diferencia que existe entre una vacuna y una inyección.

A pesar de las situaciones económicas o sociales en las que se puedan encontrar, las madres cumplen con el esquema de vacunación de los niños, además el servicio recibido por parte de los profesionales de salud es bueno ante cualquier duda durante este proceso, es atendida de manera adecuada así como aclarada.

Palabras claves: Factores socioeconómicos y culturales, vacunas, recolectores de café, prevención de enfermedades.

Abstract

Introduction. Vaccines according to the World Health Organization (WHO) are any preparation designed to generate immunity against diseases, this by stimulating the production of antibodies. (1) The coffee collection population is usually foreign and arrive in the country for short periods. Of time but at the same time they are exposed to outbreaks of diseases due to situations such as climate change, differences in child vaccination schemes or non-compliance. Factors such as cultural, social, economic, among others, have an influence on people's lives as well as on their health, interfering in some cases with the welfare of people.

General purpose. To determine the socioeconomic and cultural factors that influence the compliance of the infant vaccination scheme by foreign mothers who collect coffee, Finca Alsacia and Doka, Alajuela, 2018. Methodology. Quantitative study of correlational type, which is carried out to a population of 100 mothers who collect coffee from the Alsacia and Doka farms in Sabanilla de Alajuela. **Results** 53% of the population is of Nicaraguan nationality, 88% speaks the Spanish language, the age range in which the greatest number of mothers are found is from 20 to 30 years with 52% of them, while 57% of the respondents are in free union, the incomplete primary is the school level with 43% of the total number of mothers surveyed. Of the total of mothers, 39% of them claim to have an income of ₡ 150000 to ₡ 200000 per month, 69% of them do not have any type of social security, despite this 89% say they go to the health services. 69% have knowledge about the campaigns that are carried out on vaccination, 100% consider that vaccines are of great importance and the information they have received from this is through health professionals. 90% consider that the vaccines do not cause any disease, 99% agree that the

religion does not interfere in the application of any vaccine, 100% affirm that the vaccines do not cause sterility or autism, 97% of them say that the vaccines are for all the people in general. 98% comply with the child vaccination scheme, 58% of mothers know the scheme of their country. **Discussion.** The child population is susceptible to diseases of different types, due to factors such as age, migratory status due to work issues of the parents, these present customs and habits a little different from those that are here. Vaccines are created in order to promote good health for the population as well as prevent the spread of diseases and the eradication of some of them. Socioeconomic factors as well as cultural factors have a role in compliance with the vaccination schemes because of situations such as difficult access to health centers, economic instability, unemployment, young mothers, little information that in some cases they do not receive about the vaccines, in addition to the beliefs and customs that from small are inculcated to them around this subject. These situations and more have a close relationship with the health of people. **Conclusions** It is determined that mothers who collect coffee have the basic knowledge about vaccines, but even more information is needed on the subject, the importance of them and the difference between a vaccine and an injection.

In spite of the economic or social situations in which they can be found, the mothers comply with the vaccination scheme of the children, in addition the service received by the health professionals is good before any doubt during this process, it is attended to. proper way as well as clarified.

Keywords: Socioeconomic and cultural factors, vaccines, coffee collectors, disease prevention

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

Antecedentes internacionales

La vacunación es un tema que se abarca a nivel mundial y se pretende que alcance una cobertura de un 100% con el fin de erradicar enfermedades que afectan tanto a niños como a los adultos. Para el año 2000 se planteó la meta para la salud en toda la población y uno de sus objetivos son reducir la mortalidad y morbilidad en niños con la vacunación. (2)

En Uruguay para el año 1991 se recomendó la aplicación de la vacuna de la Hepatitis B en niños y adolescentes pero no fue hasta en 1999 que se incluyó en el certificado de vacunación. Esta vacuna presenta un costo económico para quien se la aplica, por lo que muchas personas que se encuentran en riesgo de padecer la enfermedad por diferentes factores a los que se exponen presentan índices bajos de cobertura para la vacuna, esto por motivos económicos, desconocimiento, falta de importancia, entre otras.(3)

Durante 1996 al 2000 se investigó en Valencia, España el descenso que se presentó en la enfermedad de la Haemophilus Influenzae, debido a la introducción de la vacuna conjugada por medio de una campaña realizada en niños menores de 5 años. Para esa época la tasa máxima de personas enfermas fue de 3.56 por cada 1000 habitantes, luego de la campaña realizada y aplicación de la vacuna esta disminuyó a 0.30 por cada 1000 habitantes. En la actualidad esta vacuna se aplica a partir de los dos meses de nacido.(4)

En un estudio realizado por Acosta y Rodríguez durante los años 2000 a 2003 en Colombia, se encuentra una disminución en la cobertura de vacunación infantil a pesar de ser un tema de prioridad para el Sistema de Salud, esto debido a situaciones demográficas. Durante los años de estudio se evidencia los porcentajes obtenidos que pasan de un 78,8 % a un 66,8 %, mostrando un declive en cuanto a lo que es la cobertura, por situaciones como no tener acceso a lo que son las áreas de salud, más en los lugares rurales, también se presentan casos de discriminación en la población.(5)

En Cataluña, España para el año 2000 se evalúa los objetivos de salud establecidos en el Plan de Salud, con el fin de valorar todas aquellas enfermedades prevenibles mediante la aplicación de vacunas, esto ha logrado la eliminación de la difteria y poliomielitis, disminución del tétano, tosferina y rubéola, entre otras. Mediante la aplicación de las vacunas a la población se logró para ese mismo año una cobertura de un 97% para los niños.(6)

Durante el 2001 se analizó el desarrollo y futuro del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) en Chile, donde actualmente se proporcionan de forma gratuita las vacunas que son objeto del PAI y que son un deber de la población. En un principio eran seis vacunas en contra de seis principales enfermedades consideradas peligrosas para la población infantil, hoy en día son nueve antígenos para toda la población infantil menor de 7 años.(7)

Santos en el año 2002 en la ciudad de México demostró mediante un estudio realizado que este país cuenta con una larga y buena aplicación de esquemas de vacunación, además de producción de las mismas, las cuales son efectivas y a un costo bajo para la población. Cuentan con un programa de vacunación con el fin de obtener una cobertura mayor a la que se dio a conocer en el año 2000, la cual fue de 90% en niños menores de un año.(8)

En Uruguay durante el año 2004 se realiza una investigación sobre la efectividad e importancia de la aplicación de la vacuna de la influenza en la población infantil, esto con tal de disminuir las hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas. La cobertura a nivel nacional fue baja con un 15% de esta, pero en la población a la que se le aplico la vacuna se vieron resultados positivos a la efectividad de la misma.(9)

En Panamá presentan en su esquema de vacunación para la población infantil la vacuna contra el rotavirus, esta se aplica en niños menores de 1 año debido a que en este país se calcula que el 15% de los lactantes de 6 meses y el 85% de los niños de 1 año han presentado un cuadro por infección de rotavirus. En el 2006 el gobierno Panameño decide incorporar y vacunar a 70 000 niños que nacen en promedio por año y así disminuir las hospitalizaciones por causa de esta infección. (10)

En el año 2007 en Panamá se aprobó la ley de vacunas, durante el periodo entre el 2007 y 2010 las coberturas de vacunación en menores de un año aumento de 88% a 93.6% para la vacuna pentavalente, de 88% a 95% para la anti poliomielítica, para la vacuna contra el

rotavirus pasa de 66% a 88%. La cobertura para la vacuna BCG se mantiene en 100%, este mismo porcentaje se logró en niños de un año para la vacuna contra el sarampión, rubeola y parotiditis.(11)

En el año 2007 en España se introduce la vacuna de la varicela para los niños de 15 meses, de manera sistemática y de forma gratuita para la población, con el fin de erradicar la enfermedad y de igual manera lograr una mejor cobertura. Esto se da por la situación vivida en el periodo 2005-2006 donde se diagnosticaron 9908 casos de varicela, en los que el 90% eran niños menores de 15 meses. (12)

En Colombia para el año 2008 se conoce que los niños menores de 5 años que no están afiliados al seguro propio que tiene el país, poseen una cobertura de vacunación menor, además de que se desplazan de manera frecuente por el país, lo que genera que esto influya en lograr una buena cobertura infantil.(13)

En el año 2016 una investigación que realizó Peláez en Perú, sobre el conocimiento que tienen las madres sobre los esquemas de inmunización así como de su cumplimiento en el área de Perú, se hace visible que las madres en algunos casos presentan un desconocimiento del calendario que se debe de seguir, por la cultura de algunas creen que no es necesario

que se vacunen a los niños, ya que no presentan ninguna enfermedad, además de que en los tiempos de las abuelas no existían estas campañas. A pesar de que se dan estas situaciones el porcentaje de niños inmunizados es alta con un valor de 81.6% contra un 18.4% de aquellos que no presentan un esquema completo. (14)

Las inmunizaciones previenen enfermedades, discapacidades e inclusive defunciones por parte de enfermedades que pueden evitarse por medio de la vacunación. La tasa mundial de cobertura es de un 86%, esta se ha mantenido estancada en el último año; al aumentar esta cobertura se pueden evitar unas 4.5 millones de muertes anuales. El 19.5 millones de lactantes del mundo aún no reciben las vacunas básicas.(2)

La OMS colabora con los países y aquellos asociados con el fin de mejorar la cobertura vacunal a nivel mundial, esto mediante el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011-2020, cuyo fin es darle aún más importancia a los programas nacionales de inmunización además de que se amplíen estos servicios más allá de la población infantil. Este plan pretende un mundo donde todos los individuos y comunidades puedan disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles mediante la vacunación, con el fin que de aquí al 2020 el mundo se beneficie de manera plena con las inmunizaciones sin importar dónde nació, donde vive o quien sea. (2)

Se busca disponer de vacunas nuevas y mejoradas con este plan, esto para luchar contra algunas de las causas responsables de las enfermedades más mortales como la diarrea,

neumonía, además de reducir la mortalidad y prevenir la morbilidad. Las innovaciones que se presenten con este plan son una mayor efectividad, facilidad de administración y menor costo en cuanto a las vacunas. (2)

En Cuba el virus de la Haemophilus Influenzae tipo B es la principal causa de meningoencefalitis bacteriana en niños menores de 5 años, por ello el Ministerio de Salud Pública de Cuba decide aplicar una vacuna conjugada contra este virus a través del Programa Nacional de Inmunización. Esta vacuna se aplica a partir de los 2 meses de nacido y ha logrado disminuir las hospitalizaciones por causa de esta enfermedad.(15)

Panamá cuenta con uno de los esquemas de vacunación más amplio de Latinoamérica junto con otros países. Las vacunas se adquieren a través de Ministerio de Salud (MINSA), se han introducido nuevas vacunas al esquema como la Tdap, la de hepatitis A, la del virus del papiloma humano y la antineumococcica. Se busca proteger a toda la población con jornadas masivas de vacunación a toda la comunidad.(16)

En la última década el gobierno Panameño busca desarrollar acciones destinadas a disminuir la pobreza y promover el desarrollo humano. Se pretende una extensión en la cobertura de servicios básicos de salud y nutrición, esto con el fin de buscar mejorar la accesibilidad de la población rural pobre a los servicios de salud.(16)

La Semana de Vacunación en las Américas (SVA) es una iniciativa anual respaldada por la OPS, la cual se propuso de manera inicial en el año 2002 por el Ministerio de Salud de la región Andina con el fin de proteger las Américas de la amenaza por el resurgimiento del sarampión. Es una actividad complementaria en Salud Pública que permite una nivelación de las coberturas de vacunación en los niños menores de 5 años, además de mejorar el acceso a las inmunizaciones en las poblaciones más dispersas.(17)

Antecedentes Nacionales

La vacunación contra el virus de la influenza es una gestión de salud pública en evolución, en Costa Rica inicio la aplicación de la misma en el año 2004 por medio de la seguridad social. Para el 2015 se registraron 42 muertes por virus respiratorios los cuales 28 (67%) de ellos fueron causados por el virus de la influenza, el 70% de las defunciones fue en pacientes con factores de riesgo. (18)

La vacuna de la influenza se aplica anualmente a la población en riesgo en Costa Rica; la disponibilidad de la misma para la prevención de la influenza plantea alternativas de intervención costo-efectividad a los programas de inmunización y salud pública. El impacto ha sido positivo en la disminución de la morbilidad si se aplica 2 a 4 meses antes que inicie su circulación, en Costa Rica se reportan tasas de hospitalización por influenza y neumonía 500 por cada 100000 en población de 0 a 4 años con factores de riesgo mientras que los egresos por influenza en menores de 5 años es de 6.3% y en mayores de 65 años de 5.5%.(18)

Costa Rica cuenta con un amplio esquema de vacunación el cual ha mantenido una cobertura de 85-90% para el año 2006. Durante ese mismo año se planteó la incorporación de la vacuna contra el rotavirus y el *Streptococcus pneumoniae*, esto con el fin de prevenir enfermedades diarreicas causadas por el rotavirus así como las enfermedades causantes por el *Streptococcus*. La vacuna contra el rotavirus resulta presentar mayor impacto en cuanto a los números de casos evitables solo que es un alto costo económico para el país a diferencia de la otra.(19)

En el análisis durante el periodo 2011-2013 en Costa Rica se encontró que la mejor cobertura se registra para la vacuna pentavalente, la cual está en un 95% de la población objetivo, este porcentaje es el mínimo aceptado para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para considerar una vacunación óptima. Este esquema es el más completo y protege contra 14 enfermedades graves; para el 2014 el reto es lograr coberturas del 95% en todos los cantones y para todas las vacunas.(20)

La cobertura de las vacunas presentes en el esquema de vacunación maneja porcentajes entre el 85% y el 94%, los cuales son considerados regulares por la OPS. Existen cantones cuyas coberturas en ciertas vacunas son inferiores como lo son Belén, San Isidro de Heredia y Alajuelita. Actualmente el Ministerio de Salud realiza investigaciones de costo-beneficio para la posibilidad de incluir la vacuna contra el virus del papiloma humano y el rotavirus.(20)

Según la Ley de vacunación N°8111 creada en Costa Rica señala que el objetivo de la misma es la selección, adquisición y disponibilidad de las vacunas en todo el territorio nacional, además garantizar a toda la población la obligatoriedad y gratuidad de las inmunizaciones así como el acceso efectivo a las mismas en especial a la niñez, inmigrantes y sectores ubicados por debajo del índice de pobreza.(22)

Las coberturas a nivel nacional son dotadas por recursos humanos e insumos donde trabajan en conjunto con diferentes instituciones donde la salud es un requisito y el motor del desarrollo. La población en general entiende el concepto de salud pero se debe saber la posibilidad real y la elección voluntaria que tienen cada uno de ellos en sus planes de vida cotidiana, basada en el sistema de creencias y prácticas culturales, así como los aspectos sociales y económicos que influyen en su vida diaria.(23)

La mayoría de las diferencias en la mortalidad infantil en América se relaciona con los factores económicos, así como la escolaridad de la madre, relacionado con las condiciones de donde vive también. En un estudio realizado en Costa Rica que las madres con menor grado de escolaridad y sus hijos tienen resultados de salud menos favorables que aquellas con mayor nivel de educación, así como el ingreso económico de la familia ya que este se debe distribuir en las necesidades de la familia en general y aunque las vacunas son

gratuitas, el costo de traslado al centro de salud es un gasto que altera en la economía dependiendo de la distancia al centro de salud.(24)

Los pueblos indígenas se encuentran dentro de los grupos sociales con mayor exclusión por parte de la sociedad, es una población que no es tomada en cuenta y como consecuencia de esto presentan altos índices de pobreza, analfabetismo, no cumplen con las necesidades básicas, el acceso a los centros de salud es difícil. En Costa Rica los indicadores estadísticos reflejan cifras alarmantes sobre la condición de vida indígena.(25)

En Talamanca donde habitan la mayor parte de esta población la mortalidad infantil es de un 26% más elevada que el índice nacional esto por lo mencionado anteriormente en cuanto a los accesos a los centros de salud, la inadecuada capacidad para manejar una emergencia, irrespeto por la medicina tradicional indígena y la discriminación por parte del personal médico. (25)

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación cuenta con una muestra de 100 madres extranjeras recolectoras de café, en las que se toma en cuenta la edad, escolaridad, nivel socioeconómico y cultura; la misma se realiza en la zona de Sabanilla de Alajuela en las Fincas Alsacia y Doka, durante el año 2018

1.1.3 Justificación

La presente investigación se realiza con el fin de conocer cuáles son los factores sociales, culturales y económicos que interfieren en el cumplimiento del esquemas de vacunación en una población tan vulnerable como lo son los hijos de madres extranjeras, que cada año ingresan al país con el fin de recaudar dinero con la recolección de café. Muchas de estas familias no cuentan con un seguro de salud en el país y se encuentran expuestos a sufrir cualquier decaída en su salud.

Las vacunas desde su descubrimiento han sido, junto a la potabilización del agua una de las medidas de prevención que más beneficios ha aportado a la humanidad. Enfermedades que antes eran epidémicas y que originaban una gran mortalidad ahora están erradicadas en todo el mundo como en el caso de la viruela, casi erradicadas como el sarampión o controladas como la hepatitis B o la tosferina.(26)

Esta es una población a la cual no se le ha dado el nivel de atención necesaria por el hecho en algunos casos de ser inmigrantes o estar de paso por el país, además de que por esta condición en la que se encuentran muchos no poseen seguro social por lo que existe un temor a la asistencia de los centros de salud, lo que los hace propensos a adquirir enfermedades así como ser un foco de contagio. Existe un desconocimiento por parte de la población sobre la función de las vacunas, importancia, enfermedades contra las que protegen, entre otros lo que lleva a la educación constante por parte de los profesionales de

enfermería en este tema, además de la involucración de los mismos con esta comunidad para fomentar una buena calidad de vida.

Según Raile y Marriner es indispensable que los profesionales en salud promuevan mediante la educación estilos de vida saludables porque, de esa forma disminuye el número de personas enfermas. Las diversas herramientas utilizadas para divulgar la información en relación con la inmunización recae sobre hospitales, clínicas, EBAIS, así como en medios de comunicación masiva como la radio, televisión y periódicos, por lo que la educación respecto a este tema es un pilar fundamental para contrarrestar los factores asociados a la baja cobertura vacunal en la población.(27)

El hecho de que exista una cobertura amplia para toda la población que vive en Costa Rica independientemente de su nacionalidad va a generar una mejor calidad de vida para todos los ciudadanos así como para demostrar que el sistema de salud del país puede hacerle frente a este tipo de situaciones.

La presente investigación es de valor teórico, ya que se pretende ampliar el conocimiento con respecto a los factores que influyen en los usuarios para que estos no cumplan en algunos casos con los esquemas de vacunación de sus hijos. Los estudios referentes a este tema son varios, por lo que esta investigación pretende reforzar y proporcionar datos actualizados que se tienen hasta el día de hoy con un tipo de población como lo es la recolectora de café.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el cumplimiento del esquema de vacunación infantil por parte de las madres extranjeras recolectoras de café, Finca Alsacia y Doka, 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el cumplimiento del esquema de vacunación infantil por parte de las madres extranjeras recolectoras de café, Finca Alsacia y Doka, Alajuela, 2018

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar los factores socioeconómicos de las madres extranjeras recolectoras de café, durante el año 2018.

Reconocer los factores culturales que influyen en el cumplimiento del esquema de vacunación infantil por parte de las madres extranjeras recolectoras de café, durante el año 2018.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances de la investigación

El estudio logró que se educara a la población en la diferencia entre una vacuna y una inyección.

1.4.2. Limitaciones de la investigación

No se presentó ninguna limitación durante la investigación.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Factores socioeconómicos y culturales

El término factor se describe como aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.(28)

Los esquemas de vacunación infantil en muchos casos se ven afectados por ciertos factores lo que hace que estos no se encuentren completos y se dé la afectación en la salud de los niños. Durante varios años se ha pretendido fomentar las campañas de vacunación, así como la información sobre las mismas a la población en general con el fin de aumentar las coberturas de vacunación a nivel nacional y de igual manera internacional para una buena calidad de vida para toda la población en general.

Los factores socioeconómicos y culturales tienen una gran influencia en las personas en cuanto a la vida cotidiana y su salud, la edad es uno de ellos y es de suma importancia para el cumplimiento de los esquemas de vacunación infantil, ya que al ser la madre joven e incluso adolescente mayor es la inexperiencia para el cuidado del niño en comparación con aquellas que presentan una mayor experticia con los años.(29)

La ocupación es otro factor influyente debido al tipo de trabajo que tenga la madre dentro o fuera del hogar, pueden presentar temor a la pérdida del empleo por solicitar algún permiso para llevar al niño a vacunar, la sobrecarga del trabajo, entre otros. En cuanto al trabajo en el hogar, los quehaceres cotidianos, el no realizar una buena administración del tiempo puede llegar a interferir con el cumplimiento del esquema.(29)

La mayoría de la madres tienen un conocimiento parcial acerca de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas, lo cual está relacionado con el grado de motivación que tienen ellas para cumplir con el calendario de vacunación de sus hijos, además el grado de escolaridad juega un papel importante en el mismo.(30)

El conocimiento que tienen sobre las vacunas y el cumplimiento de las mismas se ven influenciadas por varios factores entre ellos el grado académico de la madre debido que al presentar un nivel escolar básico o bajo en algunos casos desconocen la importancia de las vacunas y las enfermedades contra las que protegen a la población infantil. El nivel de comprensión sobre las inmunizaciones es de suma importancia además de mantener una buena educación sanitaria continua y permanente(30)

El difícil acceso a los centros de salud, ya sea por ser inmigrantes o a la hora de desplazarse genera que los esquemas de vacunación no se cumplan de la manera correcta, esto porque su condición de vida es limitada, se encuentran expuestos a trabajos precarios y estas situaciones determinan un nivel de salud bajo sumándole los problemas políticos,

administrativos y culturales que varían en diferentes sociedades, así como los conceptos de salud y enfermedad.(31)

El conjunto de factores internos como externos que actúan como barreras y dificultan a la persona para que disponga de una atención sanitaria adecuada.

- a) Los factores internos son propios del individuo, influyen en la toma de decisión de la persona como el acudir al servicio de salud.
- b) Los factores externos se manifiestan cuando se ha tomado la decisión de acudir a los servicios de salud pero se presentan problemas administrativos, estructurales, el desconocimiento del sistema de salud.(31)

Al implementar el sistema de inmunizaciones a nivel mundial hay poblaciones que quedan al margen de los programas de vacunación, debido a que viven en lugares aislados, barrios urbano marginales y pueblos indígenas; estas poblaciones no tienen acceso a las campañas de vacunación por causas de barreras sociales, una de ellas el idioma que en muchos casos constituye un obstáculo para la comunicación, también la falta de información o de motivación genera que las personas se nieguen a vacunar a sus hijos y a ellos mismos.(32)

Otro factor que influye en los cumplimientos de los esquemas de vacunación es la migración de los padres, ya que por diversas causas tanto sociales como económicas deciden cambiarse de lugar de residencia cambiando totalmente los hábitos cotidianos

provocando una inestabilidad en el seguimiento del esquema del niño, en ocasiones acuden a recibir la dosis inicial y posterior a esto se ausentan.(32)

El desconocimiento de los padres, las ocupaciones laborales, las características económicas y culturales se consideran un factor importante en los esquemas de vacunación infantil. En la población indígena por ejemplo, la parte cultural está muy de la mano con las ideas tradicionales sobre la medicina, que convierten el curanderismo en una de las mejores alternativas de salud.(32)

La demora en el centro de salud para la colocación de la vacuna, el no contar con el biológico que corresponde, los posibles efectos secundarios que presente el niño por la vacuna, la influencia de los familiares que en los años anteriores no se contaba con esta implementación más el desconocimiento de las madres y otras causas relacionadas con esto, causan afectación en el cumplimiento de los esquemas de inmunización infantil.(14)

Las creencias populares que tienen las madres sobre la vacunación en niños influyen en el cumplimiento de las mismas, esto porque las mismas madres refieren en muchos casos que la aplicación de la vacuna no es necesaria debido a que las reacciones adversas son más fuertes que la enfermedad de que los protege. Lo que pone en evidencia que si el niño presenta una reacción desfavorable puede que no se continúe con el esquema de vacunación.(14)

Las tradiciones y creencias propias de cada cultura influyen en el factor salud, uno de ellos son las inmunizaciones tanto en adultos como en los niños. Estas se desarrollan desde el interior de la persona a partir de las propias convicciones y valores morales, pero a su vez son influenciadas por factores externos como la presión familiar, las costumbres.(33)

2.1.2 Definición de vacunas

Vacuna es cualquier preparación destinada a generar una inmunidad contra una enfermedad, esto debido a que estimula la producción de anticuerpos. El método más habitual para administrar las vacunas es por medio de una inyección. (1)

Es una sustancia biológicamente activa la cual fue diseñada para proteger tanto a niños como a los adultos de infecciones causadas por bacterias y virus. Se les llama también inmunizaciones porque sacan ventaja natural del sistema inmunitario. (34)

La vacunación segura es un componente prioritario y esencial de los programas de inmunización, comprende el cumplimiento de un conjunto de procedimientos y normas que se realizan para la formulación y colocación de una vacuna, así como de su almacenamiento y eliminación.(35)

2.1.3 Definición de esquema de vacunas

El esquema de vacunación es una guía de inmunizaciones diseñadas técnicamente, que está indicada para las vacunas aprobadas en un país de acuerdo a las edades de aplicación, número de dosis, la vía de aplicación o administración y la cantidad de vacunas por dosis para tener un esquema completo.(36)

2.1.4 Tipos de inmunidad

Existen dos tipos de inmunidad, la heredada y la adquirida que se divide en natural y artificial y a su vez cada una de estas pueden ser activa o pasiva.(37)

La inmunidad heredada es aquella que se produce antes del nacimiento, debido a que se genera una inmunidad a ciertas enfermedades por procedimientos genéticos, se le llama innata. (37)

La inmunidad adquirida es la que se obtiene después del nacimiento; puede ser artificial activa que es la inmunidad producida por las vacunas, que se aplican para evitar una enfermedad específica, mientras que la artificial pasiva se consigue cuando a un organismo se le proporcionan anticuerpos prefabricados como el suero antiofídico.(37)

La inmunidad natural activa se adquiere cuando la persona ha presentado la enfermedad, como con el sarampión y la varicela mientras que la natural pasiva se logra cuando los

anticuerpos se adquieren de forma natural, como por medio de la lactancia y la placenta.
(37)

2.1.5 Tipos de vacunas

Las vacunas se clasifican según su microbiología, es decir según su naturaleza, composición y método de obtención. Pueden ser vivas atenuadas o microorganismos muertos inactivos.(38)

Las vacunas vivas atenuadas son preparaciones de microorganismos que se pueden replicar en el huésped de forma similar al microorganismo nativo, provoca síntomas mínimos y con ello una respuesta inmune celular y humoral, similar a la producida por una infección natural. Generalmente provoca inmunidad a largo plazo y con un mínimo de dosis, se refuerza para evitar el riesgo de fallo de la primera.(38)

Por otra parte, las vacunas de microorganismos muertos o inactivos están conformadas por microorganismos inactivados térmica o químicamente o son subunidades de los mismos. Son incapaces de reproducirse por ello no producen la enfermedad en el huésped o de transmitirse a otro sujeto. Son bien toleradas, muy seguras y de fácil fabricación, necesitan varias dosis de refuerzo para que la protección obtenida sea a largo plazo. (38)

2.1.6 Cadena de frío

La cadena de frío es el proceso en el que se asegura la correcta conservación y almacenamiento, además de transporte y distribución de las vacunas. Es indispensable que exista un recurso humano capacitado para el buen manejo de la misma así como material y recursos financieros.(39)

Las refrigeradoras o neveras deben tener paquetes fríos distribuidos de manera uniforme por el lugar de almacenamiento, también paquetes fríos compuestos por soluciones eutécticas que son estabilizadores de la cadena de frío, además de termómetro tanto interno como de manera externa. La temperatura en la que se debe mantener los biológicos para un buen almacenamiento además de una buena conservación va de 2°C a 8°C, el valor mínimo puede ser de 0°C sin riesgo de que se congele.(39)

2.1.7 Esquemas de vacunación de Panamá

El programa ampliado de inmunizaciones (PAI) de la OMS se lanza en el año 1977, para esta fecha menos del 5% de los niños del mundo estaban vacunados en su primer año de vida. Para setiembre de ese mismo año el programa fue llevado a las Américas con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades comunes en la infancia.(40)

En 1978 se organiza el PAI en Panamá, pero en fechas anteriores ya se realizaban actividades de vacunación a través de visitas domiciliarias. El programa cuenta con 22 tipos

de vacunas de las cuales 11 son partes del esquema básico de inmunización en los menores de 5 años.(40)

El esquema de vacunación infantil en Panamá inicia en los recién nacidos con la aplicación de la vacuna contra la hepatitis B antes de las primeras 12 horas de vida una única dosis de 0.5mL intramuscular en el muslo, mientras que la BCG igual es solo una dosis en la vida en el musculo deltoides, 0.5mL o 0.1mL según el proveedor vía intradérmica.(40)

La vacuna del neumococo conjugada se aplica a los 2 y 4 meses de nacido, una dosis cada una de 0.5mL vía intramuscular en el muslo con un refuerzo a los 12 meses y otro a los 5 años, este el musculo deltoides. La Hexavalente compuesta por la DPT (difteria, tétano), Haemophilus Influenzae tipo B, hepatitis B y polio inactivada; esta se coloca a los 2,4 y 6 meses de vida una dosis de 0.5mL cada una en el muslo vía intramuscular. (40)

Refuerzo para la polio inactivada a los 18 meses y un segundo refuerzo a los 4 años, mientras que la polio Bi-Valente se administra en el mismo tiempo que la anterior con vía de administración oral de 2 a 3 gotas según casa comercial. La vacuna contra la influenza se aplica a los 6 y 11 meses inclusive se administra hasta los 59 meses de edad, cada dosis de 0.25mL vía intramuscular en el muslo o en el deltoides. (40)

La inmunización contra el rotavirus se coloca a los 2 y 4 meses la dosis es de 1mL vía oral, la triple viral MMR o SRP (sarampión, rubeola y paperas) se administra a los 12 meses de nacido con un refuerzo a los 18 meses, 0.5mL es la dosis y su vía de administración es subcutánea en el musculo deltoides. La vacuna contra la hepatitis A se aplica a los 12 meses con un refuerzo a los 18 meses la dosis es de 0.5mL vía intramuscular en el muslo. (40)

La vacuna de la varicela se coloca a los 15 meses con un refuerzo a los 4 años, 0.5mL la dosis en el musculo deltoides vía subcutánea, la de la fiebre amarilla una única dosis a los 15 meses de 0.5mL vía subcutánea en el deltoides. La vacuna contra el neumococo polisacárido se administra a los 24 meses de nacido una dosis de 0.5mL intramuscular en el muslo con refuerzo a los 7 años. (40)

La tetravalente compuesta por DPT, Haemophilus Influenzae tipo B un refuerzo a los 18 meses de 0.5mL intramuscular en el muslo mientras que la vacuna DPT se aplica el segundo refuerzo a los 4 años en el muslo vía intramuscular 0.5mL. La vacuna contra el papiloma humano se coloca a los 10 años de edad, son dos dosis de 0.5mL cada una con 6 meses de diferencia una dosis de la otra, vía intramuscular en el deltoides. (40)

2.1.8. Esquemas de vacunación de Nicaragua

Los servicios de vacunación en este país iniciaron en el año 1960, por medio de campañas por demanda en las unidades de salud existentes en ese año. En el año 1980 Nicaragua

conforma el programa ampliado de inmunizaciones el cual cuenta con una buena cobertura en la población.(41)

En Nicaragua se aplican 11 vacunas de forma gratuita en jornadas masivas por parte del Ministerio de Salud. Se realizan campañas de vacunación anuales con el fin de tener una buena cobertura tanto en niños como adultos para la prevención de enfermedades.(34)

La vacuna BCG se administra en el recién nacido una sola dosis de 0.1mL vía intradérmica en el musculo deltoides, contra el polio hay dos maneras de inmunizar una es vacuna a los 2 meses una sola dosis de 0.5mL intramuscular en el muslo, mientras que por vía oral a los 4 y 6 meses cada dosis de dos gotas con un refuerzo a los 18 meses.(42)

La Pentavalente que contiene DPT (difteria, tétano) hepatitis B y la Haemophilus Influenzae tipo B se coloca a los 2,4 y 6 meses cada dosis de 0.5mL intramuscular en el muslo. La vacuna contra el rotavirus se aplica a los 2 y 4 meses de nacido vía oral con una dosis de 1.5mL, la inmunización de neumococo 13 Valente se administra a los 2,4 y 6 meses cada dosis de 0.5mL intramuscular en el muslo. (42)

La MMR o SRP (sarampión, rubéola o paperas) se coloca a los 12 meses de nacido y un refuerzo a los 18 meses con dosis de 0.5mL vía subcutánea en el musculo deltoides. La

DPT se aplica a los 18 meses con un refuerzo a los 6 años, 0.5mL es la dosis vía intramuscular en el muslo y a los 6 años en el deltoides.(42)

La DT a los 10 años se administra una dosis de 0.5mL intramuscular en el deltoides, si no hay registro de haber recibido la vacuna en el esquema básico se aplica una segunda dosis con un intervalo de 4 semanas, una tercera a los 6 meses, una cuarta un año después de la tercera dosis y una quinta y última dosis un año después de la cuarta dosis.(42)

La vacuna contra el virus de la influenza es anual la colocación y se da en niños de 6 hasta los 23 meses con enfermedades crónicas y dosis de 0.25mL con un refuerzo al mes, vía intramuscular en el musculo deltoides.(42)

2.1.9 Esquema de vacunación de Costa Rica

La vacunación en Costa Rica radica desde 1950 con el inicio de la aplicación de la vacuna contra la difteria, tosferina y tétanos; produciendo una disminución de la mortalidad y morbilidad a estas enfermedades. El país ha actualizado sistemáticamente su esquema de vacunación universal reduciendo las brechas sociales y avanzar con una mayor equidad.(43)

En este país las vacunas son proporcionadas por el Ministerio de Salud en conjunto con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) de forma gratuita para toda la ciudadanía así como de manera obligatoria para la misma.

2.1.10 Vacuna BCG

La vacuna de Bacilo de Calmette y Guérin (BCG) está producida por microorganismos vivos puros que provienen de un cultivo de bacilos bovinos atenuados llamado *Mycobacterium tuberculosis* capaz de conferir inmunidad, desarrollada por Albert Calmette y Camille Guérin. Las vacunas existentes son de 4 cepas según la cantidad de bacilos y su nivel de reactogenicidad.(44)

Inmuniza contra la tuberculosis miliar y la meningitis tuberculosa, se estima que la duración de la inmunidad no es mayor a los 10 años. Es una vacuna fotosensible por lo que se debe proteger de la luz.(43)

2.1.10.1 Vía de administración, dosis y esquema

Esta vacuna se aplica a todo recién nacido cuyo peso sea igual o superior a los 2500 gramos, preferiblemente antes de que el niño egrese del hospital, en el caso de que el infante presente un peso menor al mencionado anteriormente se aplica la vacuna cuando alcance el peso indicado o según indicación médica. Todo niño menor de un año que no presente la vacuna se le debe colocar.(43)

Es una sola dosis que se aplica de 0.1cc es decir una décima, esta cantidad contiene entre 50000 y 1000000 unidades viables del bacilo y su vía de administración es intradérmica en el musculo deltoides del brazo izquierdo preferiblemente.(43)

2.1.10.2 Contraindicaciones

Está contraindicado en individuos con lesiones externas en piel como quemaduras o infecciones cutáneas, en niños con inmunodeficiencia celular o mixta, aquellos con tratamiento con fármacos inmunosupresores y en recién nacidos con peso inferior a los 2000 gramos.(39)

2.1.11 Vacuna Hepatitis B

La vacuna contra la hepatitis B está compuesta por el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) obtenido por medio de ingeniería genética a través de la técnica de ADN recombinante en cultivos de levadura. Es la primera vacuna producida por este método y es de microorganismos muertos inactivos. (45)

El virus de la hepatitis B es muy infeccioso y representa un problema de salud pública por su elevada morbilidad, es considerada la primera causa de muerte en el mundo y la segunda de cáncer. La vacuna se aprobó en el año 1986 de manera combinante con otras vacunas pero en 1989 de manera individual.(46)

2.1.11.1 Vía de administración, dosis y esquema

Se ha establecido la vacunación universal de todos los niños a partir del nacimiento esto con un peso mayor o igual a los 2000 gramos y se aplica dentro de las primeras 12 horas de vida del lactante, posterior a esto se aplica una segunda dosis a los dos meses de la primera dosis y por último, la tercera dosis a los 6 meses de la primera vez. Su vía de administración es intramuscular en la región antero lateral del muslo con una dosis de 0.5mL.(43)

En adultos que están en riesgo de contraer la infección por factores de riesgo como el lugar donde trabajan, alguna patología específica, viajeros, entre otras características; se coloca la vacuna en el musculo deltoides, con una dosis de 1mL, al mes de la primera vez se coloca la segunda dosis y a los 6 meses la dosis restante. La administración de la vacuna contra la hepatitis B tiene una eficacia del 75 al 95% para prevenir la infección en recién nacidos.(46)

2.1.11.2 Contraindicaciones

Está contraindicada en aquellos casos donde se ha presentado reacción alérgica a algún componente de la vacuna luego de laguna dosis previa, en casos de laguna enfermedad grave o moderada se prefiere diferir su aplicación.(45)

2.1.12 Vacuna Pentavalente

Esta vacuna protege contra la difteria, tétanos, tosferina, la poliomielitis y contra las infecciones causadas por la bacteria *Haemophilus Influenzae* tipo B la cual produce meningitis e infecciones en la sangre. Se aplica en los niños a partir de los dos meses de edad hasta los 7 años.(43)

La difteria es una enfermedad causada por una toxina diftérica producida por las cepas toxígenas del bacilo *Corynebacterium diphtheriae*, la cual se trasmite a través de gotas u objetos contaminados. La inmunidad tiene una duración de unos 10 años.(46)

La tosferina por otra parte es una enfermedad con tasas de ataque cercanas al 100% en poblaciones susceptibles, es una enfermedad endémica a pesar de la aplicación de la vacuna en los primeros 5 años de vida de los infantes y es causada por infecciones por *Bordetella Pertussis*.(46)

El tétano es una enfermedad causada por el agente *Clostridium tetani* un bacilo Gram positivo, es la causantes de las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad. La incidencia de esta enfermedad está relacionada con las condiciones socio-culturales de las personas, así como las condiciones higiénicas- sanitarias y el estado inmunitario de la población. Es una enfermedad prevenible por vacunación ya que no es transmisible de persona a persona.(39)

La poliomielitis es causada por el virus poli virus el cual es un enterovirus y se divide en tres tipos de antígenos, pueden provocar parálisis. Es una enfermedad que existía a nivel mundial antes de que se iniciara la aplicación de la vacuna y su erradicación en las Américas y luego a nivel mundial. Su transmisión es por la vía fecal-oral, es común donde las condiciones de saneamiento no son las mejores y la infección se transmite de persona a persona.(47)

La Haemophilus Influenzae tipo B es una enfermedad causada por un cocobacilos y genera padecimientos como la meningitis bacteriana en el 60% de los casos y en el resto neumonías, artritis, otitis media aguda, entre otras enfermedades. Las vacunas producidas con conjugadas y se aplica en niños menores de 2 años.(46)

2.1.12.1 Vía de administración, dosis y esquema

La vía de administración de la vacuna es intramuscular en la región antero lateral del muslo en los niños menores de 2 años, posterior a esa edad se aplica la vacuna en el musculo deltoides. El esquema habitual recomendado son tres dosis de 0.5mL cada una, separadas por intervalos de dos meses, esto a partir de los dos meses de edad, luego a los 4 meses, a los 6 meses la tercera dosis y el refuerzo al año y 3 meses.(43)

2.1.12.2 Contraindicaciones

Esta vacuna está contraindicada en personas que presenten algún tipo de alergia a los componentes de la vacuna, en caso de una encefalopatía evolutiva, si se presenta fiebre o padece de alguna enfermedad aguda la vacunación debe posponerse, como alguna reacción anafiláctica.(43)

2.1.13 Vacuna Tetravalente

Esta vacuna está indicada para proteger contra la difteria, tétano, tosferina y poliomielitis. Según esquema de vacunación se aplica una única dosis de 0.5mL en el musculo deltoides del brazo izquierdo preferiblemente a la edad de 4 años. (43)

2.1.13.2 Contraindicaciones

Esta vacuna está contraindicada en personas que presenten algún tipo de alergia a los componentes de la vacuna, en caso de una encefalopatía evolutiva, si se presenta fiebre o padece de alguna enfermedad aguda la vacunación debe posponerse, con alguna reacción anafiláctica.(43)

2.1.14 Vacuna Neumococo 13 Valente

El *Streptococcus pneumonia* es un microorganismos Gram positivo, causante del 95% de las infecciones por neumococo en los infantes, existen dos tipos de vacunas contra el neumococo una conjugada y otra de polisacáridos y esta favorece a los infantes menores de dos años. Esta enfermedad se trasmite de persona a persona.(46)

Esta vacuna protege contra 13 serotipos de neumococo y está indicada para la prevención de la enfermedad invasiva causada por los serotipos 1-3-4-5-6A-6B-7F-9V-14-18C-19A-19F y 23F, además para la prevención de la otitis media causada por *S. pneumoniae* de los serotipos 4-6B-9V-14-18C-19F y 23F. Se aplica en adultos de 50 años y mayores, además en niños de 6 semanas a 5 años de edad.(43)

2.1.14.1 Vía de administración, dosis y esquema

Según esquema de vacunación se aplican 3 dosis cada una de 0.5mL, siendo la primera a los dos meses de nacido, luego a los 4 meses y por último un refuerzo al año y tres meses. Su vía de administración es intramuscular en el muslo antes de los dos años, luego de esa edad en el musculo deltoides.(43)

2.1.14.2 Contraindicaciones

Está contraindicado en personas que presenten hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna incluido el toxoide de la difteria, además en niños que presenten fiebre alta es preferible no colocar la vacuna.

2.1.15 Vacuna Sarampión/ Rubéola/ Parotiditis

El sarampión es un virus RNA que pertenece a la familia *Paramyxoviridae* y solo existe un tipo de antígeno hasta el momento, la OMS ha descubierto 23 genotipos en diferentes

regiones endémicas de la enfermedad. Se caracteriza por fiebre, tos, conjuntivitis, un exantema maculopapular eritematoso.(46)

La rubéola es un virus RNA clasificada como *Rubivirus* dentro de la familia *Togaviridae*, se descubrió a finales del siglo XVIII por alemanes. El ser humano es la única fuente de infección y entre el 25-50% de las infecciones son asintomáticas No existe algún tratamiento para esta enfermedad pero es prevenible por medio de la vacunación.(46)

El virus de la parotiditis es RNA que pertenece al *Rubulaviris* que pertenece a la misma familia que el sarampión, es conocida anteriormente como “fiebre urliana” y más a menudo como “paperas”. Es una enfermedad epidémica infecciosa aguda y muy contagiosa que se caracteriza por un aumento de volumen doloroso de una o ambas glándulas parótidas y esta ocurre en la infancia.(46)

Esta vacuna es conjugada contra estas tres enfermedades y es de microorganismos vivos atenuados, a nivel mundial se aplica en los esquemas de vacunación con el fin de erradicar por completo estos padecimientos.

2.1.15.1 Vía de administración, dosis y esquema

Esta vacuna se aplica a la edad de año y tres meses con un refuerzo a los 7 años de edad, es decir al momento de entrar a la escuela; en el caso de que el niño no tenga esta vacuna a

estas edades se aplica en el momento que se detecte, la edad máxima de aplicación es de 18 años. La dosis es de 0.5mL y su vía de administración es subcutánea en el musculo deltoides para todas las edades.(43)

2.1.15.2 Contraindicaciones

Está contraindicado en personas que presenten alergia a la neomicina o algunos componentes de la vacuna, si el niño presenta fiebre alta se debe posponer la colocación de la vacuna, en personas con respuesta inmune alterada no se debe colocar y en usuarios VIH positivos se debe consultar con infectología.(43)

2.1.16 Vacuna Varicela

La infección por virus de varicela ocurre únicamente en seres humanos y la transmisión de la enfermedad se produce de persona a persona por contacto directo de las lesiones cutáneas o a través de las secreciones respiratorias, con una tasa de ataque secundario del 90%. La mortalidad de esta enfermedad es mayor en adultos.(48)

La vacuna contra la varicela contiene el virus vivo atenuado de la misma y la primera vacuna se desarrolló en Japón en el año 1970. Los estudios muestran que en personas de 1 a 12 años se obtiene una inmunidad del 95% con la aplicación de una dosis mientras que, en mayores de 12 años al aplicar solo una dosis la inmunidad que se obtiene es de un 79-82% , y al colocar una segunda dosis al mes de la primera la protección es de un 94%.(45)

2.1.16.1 Vía de administración, dosis y esquema

La vía de administración es subcutánea en el musculo deltoides para todas las edades, la dosis correspondiente es de 0.5mL y se aplica según esquema a los niños al año y tres meses una única vez, mientras que en mayores de 12 años son dos dosis con un mes de diferencia una de la otra.(43)

2.1.16.2 Contraindicaciones

Está contraindicada en personas inmunocomprometidas, en mujeres embarazadas no se debe colocar por ser virus vivos, en aquellos usuarios que han recibido inmunoglobulinas o derivados sanguíneos por la presencia de anticuerpos. No se debe aplicar en personas con alergia a la neomicina o a cualquier componente de la vacuna.(45)

2.1.17 Vacuna Influenza

Existen dos tipos de vacunas contra la influenza; la primera que es la más utilizada es la vacuna trivalente y una creada en Estados Unidos en el año 2003, que es de virus vivos atenuados. Ambas vacunas contienen el mismo tres serotipos para la temporada anual, dos cepas de influenza A (H1N1 y H3N2) y el virus de la influenza B. Es recomendable que se aplique a todas las personas que presenten factores de riesgo o sean vulnerables como enfermedades cardíacas, adultos mayores, niños menores de 6 meses a 8 años de edad, asma, entre otros padecimientos. (45)

Cada año cambia las cepas que contiene la vacuna esto debido a que los virus son diferentes anualmente, además de que el virus cambia de forma constantemente en sus prioridades. Está elaborada de microorganismos muertos inactivos muy purificados. Se debe aplicar en la época seca, preferiblemente las campañas inician antes de la segunda quincena de abril.(46)

2.1.17.1 Vía de administración, dosis y esquema

La vía de administración de esta vacuna es intramuscular para todas las edades, se aplica de manera anual con una única dosis solo en casos de niños de 6 meses a 8 años, donde la vacunación es por primera vez, se administra una segunda dosis al mes. En infantes de 6 meses a 3 años la dosis es de 0.25mL mientras que para personas mayores de 3 años es 0.5mL.(43)

2.1.17.2 Contraindicaciones

Está contraindicado en usuarios con antecedentes de reacción anafiláctica o hipersensibilidad comprobada a la proteína del huevo o al pollo, alergia a la neomicina o al formaldehído, en niños con enfermedad febril o infecciones graves.(43)

2.1.18 Rol del profesional de enfermería en la Atención Primaria en Salud

La enfermera comunitaria es el reflejo de las transformaciones que el concepto propio de salud ha sufrido en el transcurso de los años. Estos profesionales tienen una actuación

consecuente en la población, con importantes apuntes a la salud de los ciudadanos, lo que los distingue como promotores del desarrollo humano y de la salud.(49)

Las funciones propias del personal de enfermería en la APS (Atención Primaria en Salud) van dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, así como la prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades, esto situando los servicios de salud al alcance del individuo y de la familia así como de toda la comunidad en general.(49)

En los países que se ha adaptado la estrategia de APS han creado una serie de transformaciones y adecuaciones en la red, en los usuarios, en la formación académica y en la organización del sistema de salud. El papel del profesional de enfermería cumple una función importante para la implementación, gestión y planificación de los servicios de APS.(50)

La APS constituye el eje del sistema sanitario, brindando a los usuarios y profesionales una estrecha relación, en el tiempo que facilita el conocimiento y reconocimiento de la labor de los profesionales que trabajan en ella, de ahí la importancia de identificar la contribución de estos y de cómo se conforman.(51)

Los profesionales de enfermería deben desarrollar nuevas competencias diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de usuarios, tener liderazgo cotidiano de las acciones de

atención domiciliaria además de algunas funciones comunitarias, además de contar con conocimiento profundo sobre las complejidades tanto de las personas, familiares y grupos, así como las interacciones que se producen entre ellos.(51)

2.1.18.1 Función Docente

La función docente, se refiere principalmente a las actividades de educación para la salud y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos, algunas de las funciones que realiza son:

- a) “ Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud
- b) Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería
- c) Asesorar en materia de planificación educacional en el ámbito municipal, provincial, nacional e internacional.
- d) Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias.”(49)

La función docente del personal de enfermería va dirigida a la población, esto en compañía de otros profesionales de la salud; el enfermero deberá de planificar el proceso de educación, el cual es importante para el usuario, ya que le brindara información sobre temas relevantes de la salud. (52)

2.1.18.2 Función Administrativa

La función administrativa corresponde al rol de gestor de recursos necesarios y complementarios para el logro de los objetivos de los usuarios, de la organización y de los prestadores de los servicios. Algunas de sus funciones son:

- a) “Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
- b) Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- c) Asesorar en materia de planificación sanitaria en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.
- d) Asesorar en materia de enfermería en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.” (49)

La función administrativa que tiene el profesional de enfermería en la atención primaria se basa primordialmente en la planificación y control de cuidados, además de participar en el planeamiento de acciones en los diferentes niveles de atención así como su administración.(52)

2.1.18.3 Función Investigativa

La función investigadora describe las habilidades para aplicar la metodología científica de la investigación, los conocimientos prácticos que de ellas se derivan así como las acciones

que permiten contribuir a la definición o desarrollo del ejercicio profesional. Algunas de sus funciones son las siguientes:

- a) “Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y al mejoramiento de la salud de la población.
- b) Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones, a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.
- c) Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.” (49)

2.1.18.4 Función Asistencial

La función asistencial comprende acciones relacionadas con la atención directa a los usuarios, familia y comunidad de los servicios de enfermería, con el fin de que se dé un cuidado proporcionado a todos y desarrollar actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Algunas de sus funciones son:

- a) “Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial que participa en el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades.
- b) Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
- c) Participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendentes a su disminución y/o eliminación.

- d) Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud.” (49)

El papel de la enfermería en la vacunación es muy importante; además de administrar, gestionar y mantener las vacunas no se puede ser ajeno a nada relacionado con ellas, se tiene que estar informado de cada novedad para poder atender con garantía a toda la población. La vacunación es un acto primordial para favorecer la salud colectiva potenciando la individual, una prueba de ello son las enfermedades erradicadas o en proceso de erradicación a través de las vacunas.(53)

2.2 Modelos y teorías

2.2.1 Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Nola Pender nace el 16 de agosto de 1941 en Michigan, sus estudios de enfermería los realiza en la escuela de enfermería del West Suborbon Hospital de Oak Park en Illinois. Se graduó en el año 1964 como enfermera en la Universidad de Michigan, luego de obtener su título de doctorado en enfermería cambia la definición que tenía anteriormente de la meta de la enfermería por una nueva definición la cual es salud optima del individuo.(27)

El modelo de Promoción de la Salud se presenta su primera edición en el año 1982. La edición más reciente de esta se publica en el 2006, se estudió con el equipo de

investigación participe de este modelo, el perfil del estilo de vida promotor de la salud, para estudiar la conducta de promoción de la salud.(27)

El modelo de promoción de la salud surge de una propuesta para integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, esto identificando los factores que influyen en aquellos comportamientos saludables, explorar el complejo proceso biopsicosocial que motiva a los individuos para que se comprometan a comportamientos promotores de la salud.(54)

La base de Nola Pender en su modelo de enfermería se basaba en el desarrollo humano, la psicología experimental y lo llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería. En el Modelo de Promoción de la Salud participan factores modificables como los biológicos, demográficos, interpersonales, entre otros; además de factores perceptuales como el estado percibido de la salud, la importancia que se le da a la salud y como se perciben los beneficios de la promoción de la misma.(54)

La teoría propuesta por Nola Pender es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud que se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Para esto se requiere de 4 metaparadigmas (persona, salud, enfermería y entorno) que son indispensables para su desarrollo.

Persona: la persona es el centro de la teoría, se describe como un organismo biopsicosocial en donde cada individuo se encuentra definido de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables. (27)

Salud: Se considera la salud como un estado positivo de muy alto nivel que se adquiere a través del cuidado personal competente, así como del manejo de relaciones satisfactorias con otras personas en diferentes etapas de la vida. (27)

Enfermería: La encargada de influir en los individuos, familias y comunidades para generar cambios conductuales y así lograr que estos gocen del más alto y óptimo estado de salud. La enfermería no busca únicamente conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos, sino un cambio cualitativo en las actitudes de las personas que las lleven a un cambio real de conducta. (27)

Entorno: Hace referencia al contexto social, cultural y físico en el que se desenvuelven las personas durante el transcurso de sus vidas, el medio ambiente puede ser manipulado por los individuos, las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta su complejidad biopsicosocial transformándolo progresivamente y siendo transformado a lo largo de la vida. (27)

Los factores personales son aquellos que se categorizan como biológicos, psicológicos y socioculturales y son predictivos de una cierta conducta estando marcados por la naturaleza. Dentro de los biológicos se incluyen las variables como la edad, el sexo, la fuerza, la agilidad, el equilibrio, entre otras que se relaciona con la investigación ya que estos influyen en el cumplimiento de los esquemas de vacunación infantil debido a situaciones como madres jóvenes, desconocimiento sobre las misma, mientras que en lo psicológicos incluyen la autoestima, automotivación, el estado de salud percibido, definición de salud, lo cual se pretende que se fomente la promoción de la salud para un mayor y mejor cuidado de la misma.(55)

Con respecto a los factores socioculturales se enfoca sobre etnia, la aculturación, formación y estado socioeconómico los cuales en la investigación son de gran importancia ya que estos revelan la influencia que tienen en las condiciones de salud, como lo son los esquemas de inmunización. Las creencias que se puedan tener dependiendo del país donde se crezca interfieren en situaciones como estas ya que se ve innecesario las vacunas, la toma de medicamentos o la visita de un médico.(51)

Los beneficios percibidos de las acciones son aquellos resultados ya sean positivos o negativos anticipados que se producen desde la conducta de salud a su vez están las barreras anticipadas que se dan por una conducta determinada. En la investigación se evalúa aquellos beneficios para la salud que se tienen al acudir a las campañas de vacunación y contar con todo el esquema completo, además del papel que poseen los

trabajadores de la salud en la educación en cuanto a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.(56)

Las influencias interpersonales también son importantes en la promoción de la salud, estas se relacionan con las conductas, creencias o actitudes e incluyen normas, apoyo social y los modelos como la familia, amigos. Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto que pueda influir en la conducta son las influencias situacionales y participan en las conductas promotoras de la salud ya sea de manera indirecta o directa.(51)

El crear un plan de acción con compromiso por parte de las personas, identificando la estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud. El trabajo, el entorno en el que se desarrolla, el cuidado de la familia influyen en el cuidado de la salud del individuo ya que son situaciones que demandan tiempo para cada una de ellas, y son situaciones en las que las personas tienen bajo control.(56)

En la conducta de la promoción de la salud hay tres variables que influyen en ella según Nola Pender, ellas son el afecto relacionado con la actividad, el compromiso que puede existir para un plan de acción y las demandas y preferencias contras puestos inmediatos.(55)

Este se ha modificado para centrarse en 10 categorías determinantes en la conducta de promoción de la salud. El objetivo del perfil del estilo de vida promotor de la salud es valorar el estilo de vida del usuario. Es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentado alcanzar un estilo de vida y de salud óptimo. La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el poder humano.(51)

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, esto debido a que se utiliza la recolección de datos numéricos con base en una medición de la misma. Se miden las características que presentan las variables que se incluyen en el trabajo. Los datos son analizados con técnicas estadísticas y siguen un patrón predecible y estructural; con los resultados obtenidos se busca explicar y predecir la investigación, esto mediante la realización de un cuestionario.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se utiliza en el trabajo es un estudio correlacional, ya que se estudia y analiza la relación que existe entre las variables descritas en la investigación. Cada variable se mide, se cuantifica y analiza la vinculación de la misma. Se busca ver el comportamiento que presenta una variable en comparación con las demás que están presentes en la investigación y la vinculación que existe entre ellas.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Área de estudio

Las Fincas Doka y Alsacia se encuentran ubicadas en la provincia de Alajuela, en el distrito de Sabanilla, cerca del volcán Poás. La finca Alsacia cuenta con una extensión de 240 hectáreas dedicadas a la siembra y recolección de café, así como de su debido

procesamiento, mientras que la finca Doka tiene una extensión de 95 hectáreas, cuenta con las mismas características que la finca anterior en cuanto a la producción de café, solo que ellos se dedican a realizar tours tanto a extranjeros como a nacionales, se explota la parte turística de la finca.

3.3.1 Población

Según el INEC en el censo del año 2011, Sabanilla de Alajuela cuenta con una población de 9059 ciudadanos en total.

3.3.2 Muestra

Según la fórmula realizada al conocer la población, con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%, la muestra es de 100 personas, esto mediante el software Decision Analyst STATS 2.0

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla N°1. Criterios de inclusión y exclusión para la población en estudio

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Madres de niños menores de 10 años	Madres de niños mayores de 10 años
Madres extranjeras	Madres extranjeras radicadas en el país
Madres residentes en la finca	Madres que no trabajen en la finca
Participación voluntaria	Rehusarse a participar
	No estar presente en el momento de la aplicación del instrumento

Fuente: Elaboración propia, 2017

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El cuestionario consta de 3 partes las cuales se dividen en aspectos sociodemográficos y datos generales en la primera parte, en la segunda parte se valoran el conocimiento sobre vacunación, factores laborales y del servicio de salud mientras que en la tercera parte son los factores culturales, creencias y mitos de las vacunas. Son 50 preguntas cerradas de marque con X con 2 preguntas abiertas, de las cuales 3 son de opción múltiple, 2 están planteadas en una tabla y 47 de opción única.

Se toma como base el instrumento además de la autorización del licenciado en enfermería Jaiquel Zúñiga López, cuyo título de su investigación es “Factores que influyen en la cobertura del biológico TD en la población de 20 a 60 años de edad del barrio Sagrado Corazón de Jesús, San Francisco de Coronado, durante el periodo enero-abril 2016” de las cuales se tomaron los ítems del 2 al 10 -12-14 de la primera parte, de la segunda los ítems 6-7 de la 14 a la 19, de la 22 a la 33-36-38-39-41-43-45-47-50-51 y 52.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación presenta un diseño no experimental esto debido a que no se manipula ninguna variable, son observables y medibles en su forma natural, en este caso el diseño no experimental va ser transversal, ya que los datos que se obtienen mediante los

cuestionarios que se realizan se toman en un tiempo determinado, en este caso en el periodo de la cosecha de café.

		medibles.(57)			hogar Ocupación	Ítem #17, #18, #19, #20, #24, #25
--	--	---------------	--	--	--------------------	--------------------------------------

Objetivo Especifico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Reconocer los factores culturales que influyen en el cumplimiento del esquema de vacunación infantil por parte de las madres extranjeras recolectoras de café, durante el año 2018.	Factores culturales	Son aquellas actividades propias de una persona o una comunidad, que influyen en los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas(57).	Características medibles de la población de estudio como lo son las creencias, mitos y costumbres.	Creencias	<p>Creencias de enfermedades que produce la vacuna</p> <p>Creencias de al estar vacunado los demás no se enferman</p> <p>Creencia de que las vacunas no son necesarias si las condiciones de salud mejoran</p> <p>Creencia de vacunar o no al niño por falta de</p>	<p>Ítem #52</p> <p>Ítem #52</p> <p>Ítem #52</p> <p>Ítem #52, #33, #34</p>

				Mitos	<p>conocimiento</p> <p>Creencia de algún efecto secundario por la colocación de más de una vacuna al niño</p> <p>Creencia de a quién van dirigidas las vacunas</p> <p>Creencia sobre las vacunas</p> <p>Interferencia de la religión en la vacunación</p> <p>Necesidad de las vacunas</p>	<p>Ítem #52</p> <p>Ítem #52, #47</p> <p>Ítem #52, #51, #26, #29, #30</p> <p>Ítem #52, #5</p>
--	--	--	--	-------	---	--

					según país en que se encuentre	Ítem #52
					Consecuencias de las vacunas	Ítem #52, #31, #51
					Creencia sobre la gripe	Ítem #52
					Creencia sobre los tipos de inmunidades	Ítem #52
				Costumbres	Creencias al no vacunar al niño	Ítem #52
					Influencia en la vacunación por desconfianza del profesional en salud	Ítem #52, #42, #43, #44, #45, #46, #48, #49, #50

3.7 PLAN PILOTO

El plan piloto de esta investigación se lleva a cabo con 20 personas, todas madres recolectoras de café en fincas cafetaleras ubicadas en Sabanilla de Alajuela. Los resultados obtenidos en el plan piloto dejan en evidencia que la pregunta número 49 referente al pensamiento sobre las vacunas se considera repetida por parte de los encuestados eliminándola por completo.

La pregunta número 32 se coloca después de la pregunta número 27 debido a que sigue el orden de conocimientos según lo que se analiza, las preguntas número 48 se coloca después de la pregunta 30 por lo mismo el orden de conocimiento. Después de la pregunta 31 se adjunta las preguntas número 33-45-46.

La pregunta número 47 relacionada a los cuidados posteriores a la colocación de la vacuna se modifica a un cuadro con respuesta de SI O NO esto para mayor comprensión del usuario. De igual manera las preguntas número 50-52-53-54-55-57 se modifican a un formato de cuadro clasificado en creencias, mitos y costumbres con respuestas de SI O NO para mayor entendimiento, comprensión y facilidad para el encuestado, en este mismo cuadro se agregan 7 preguntas más relacionadas con el mismo tema.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. GENERALIDADES

En este capítulo, se presentan los resultados de la investigación por medio de figuras y tablas que se detallan a continuación.

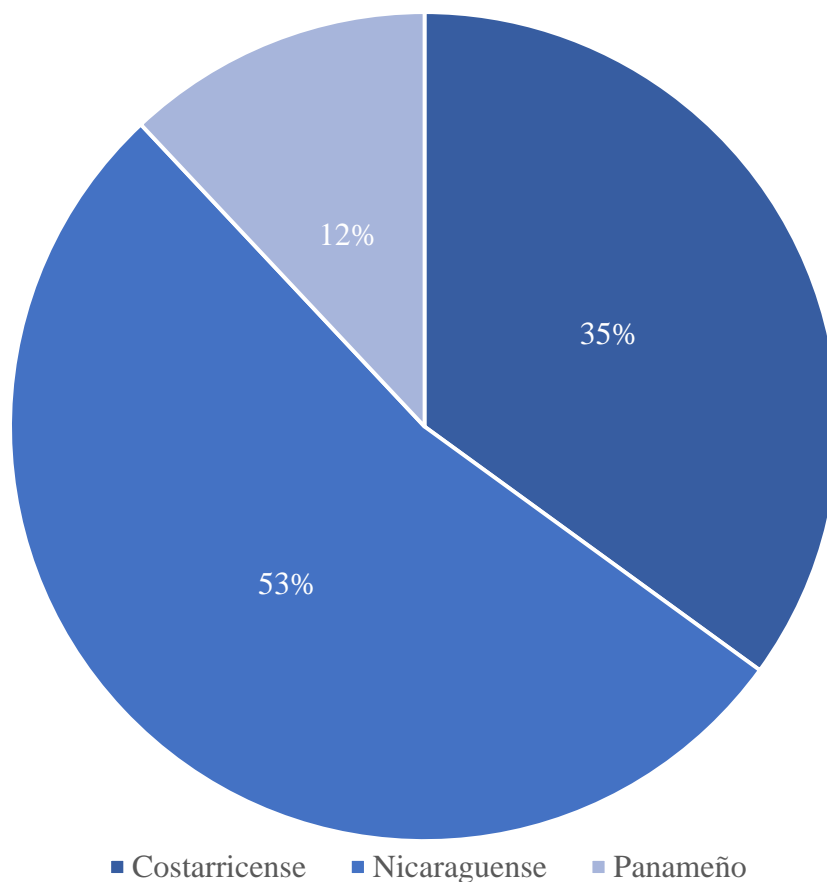


Figura N°1 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según nacionalidad, Hacienda Alsacia y Doka, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Se evidenció que la población total encuestada es de 100 madres, de las cuales 53% de ellas son de nacionalidad nicaragüense.

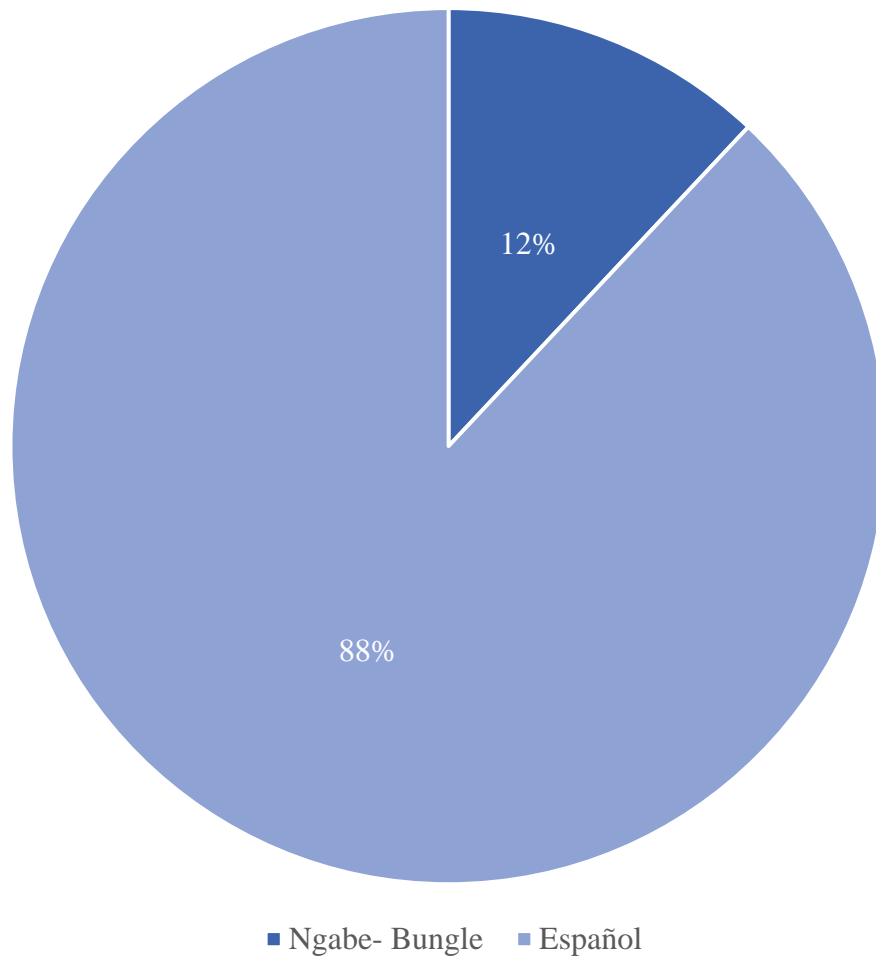


Figura N°2 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según idioma, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se observó que del total de mujeres encuestadas, 88% de ellas hablan el idioma español.

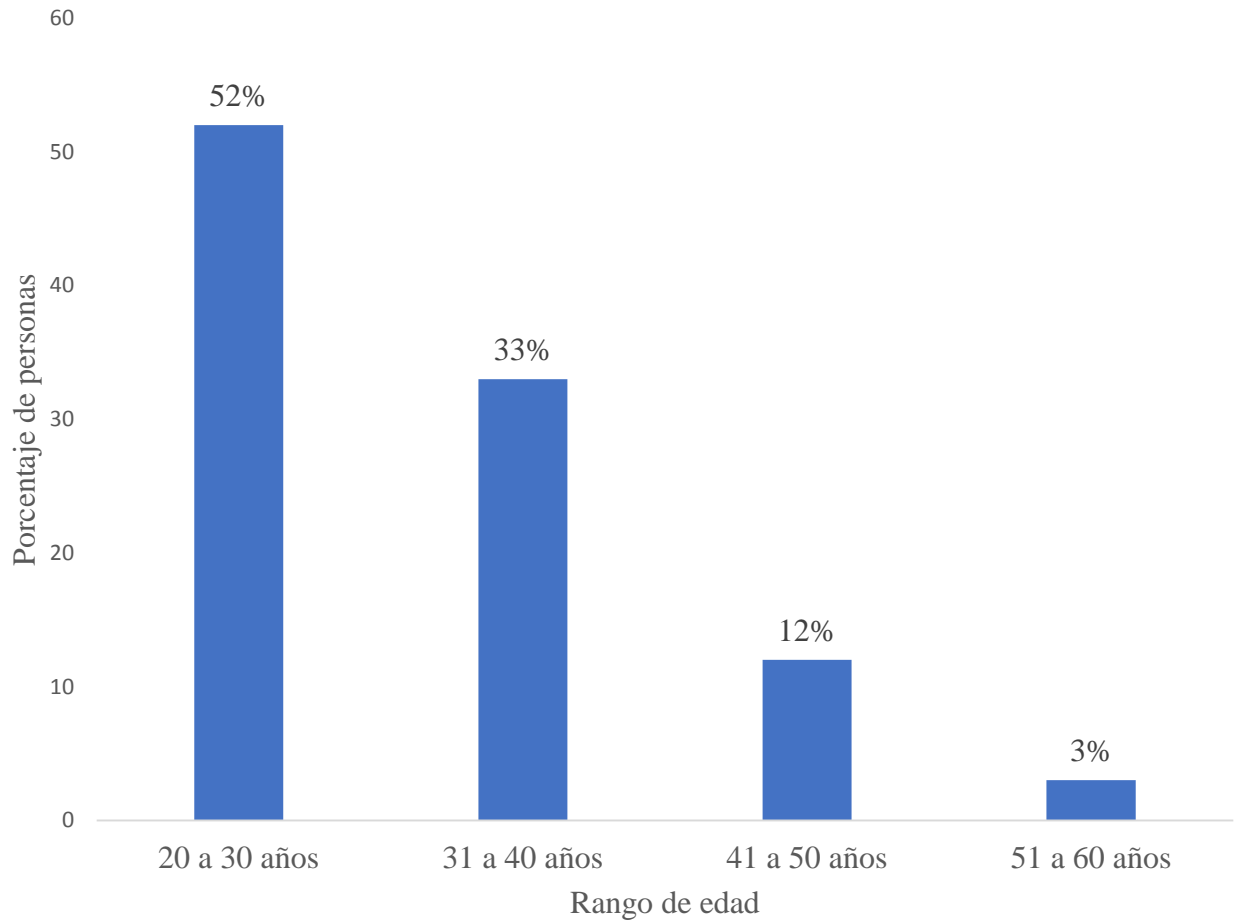


Figura N°3 Distribución porcentual de las madres según rango de edad, Hacienda Alsacia y Doka 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Se determinó que el rango de edad con mayor valor es el de 20 a 30 años con un total de 52% (n: 52) madres recolectoras de las 100 encuestadas.

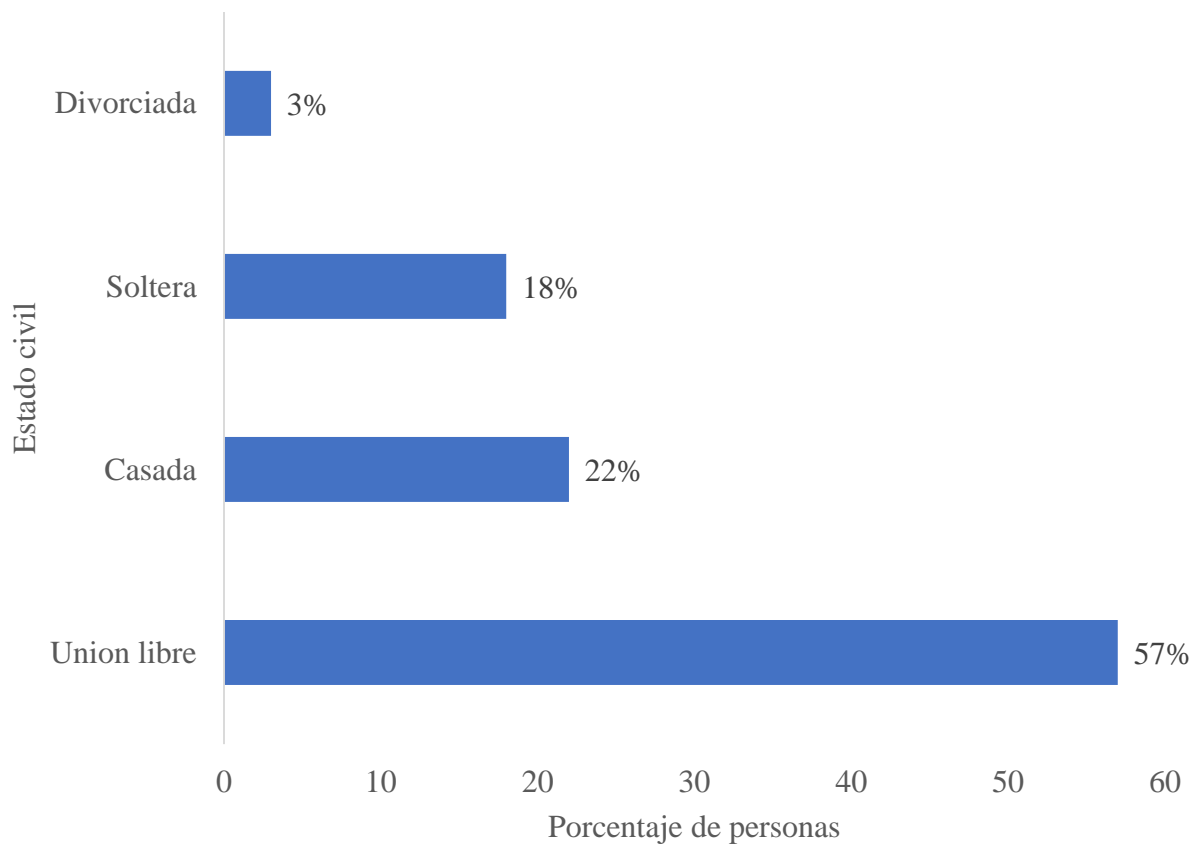


Figura N°4 Distribución porcentual de las madres recolectoras según estado civil, Hacienda Alsacia y Doka. 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se pudo observar que 57 % (n: 57) del total de las 100 madres entrevistadas presentan como estado civil unión libre, dominando contra los otros estados civiles mencionados.

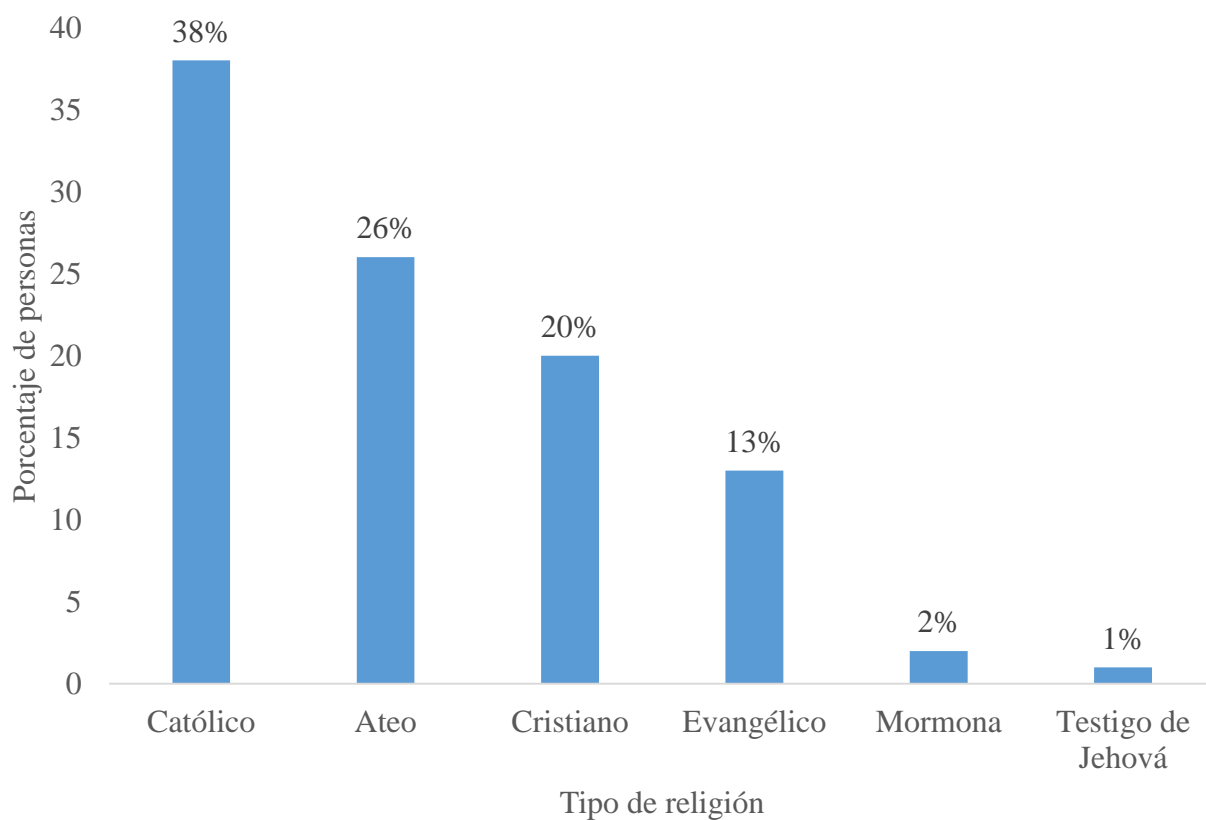


Figura N°5 Distribución porcentual de las madres recolectoras según religión que profesan, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se observó que de las 100 madres encuestadas 38% (n: 38) de ellas profesan la religión católica.

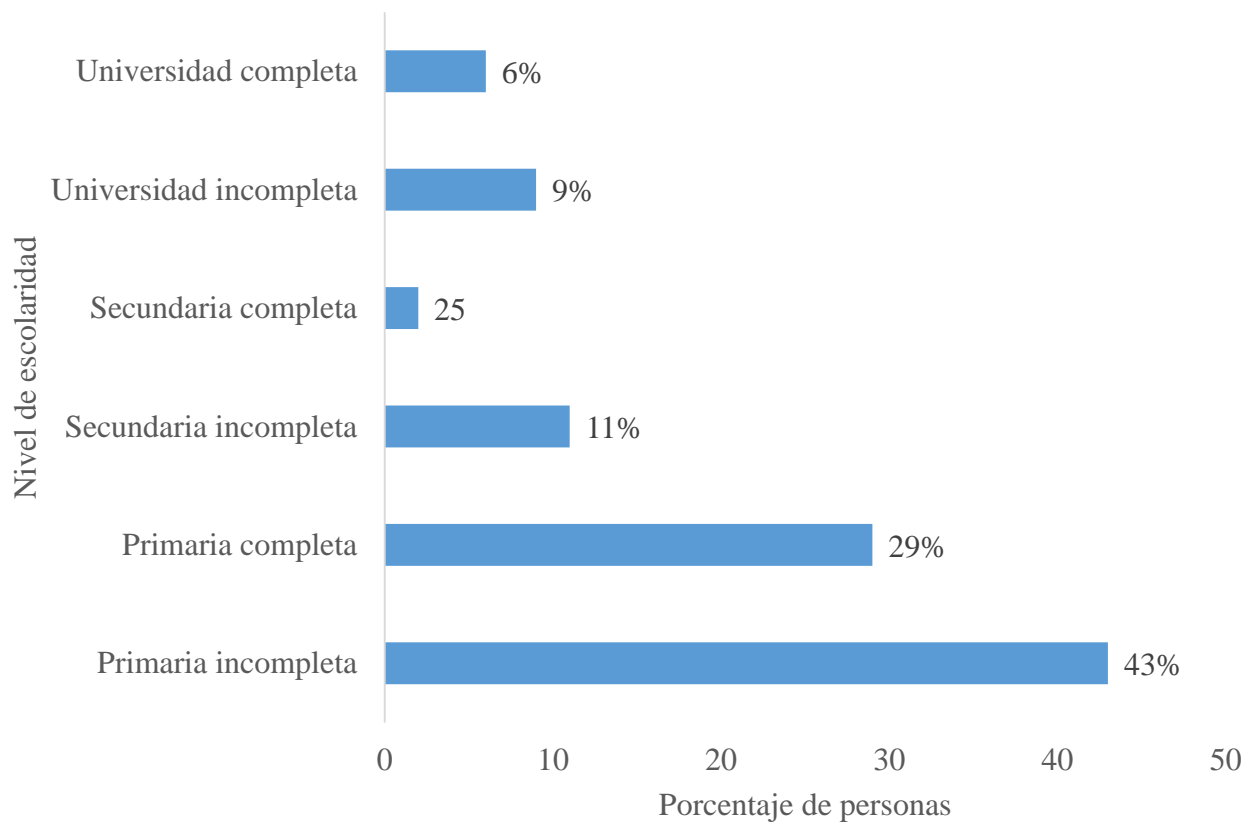


Figura N°6 Distribución porcentual de las madres recolectoras según nivel de escolaridad, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se determinó que el nivel escolar que presenta un mayor rango de madres encuestadas es la primaria incompleta con 43% (n: 43) personas.

Tabla N°1

Distribución porcentual de madres recolectoras de café según número de hijos, Hacienda Alsacia y Doka, 2018

Número de hijos	Porcentaje de usuarias
1	24% (n:24)
2	22%(n:22)
3	19%(n:19)
4	10%(n:10)
5	11%(n:11)
6	8%(n:8)
7	1%(n:1)
8	4%(n:4)
9	1%(n:1)
Total	100%

Fuente: Elaboración propia 2018

Se pudo observar que del total de las madres encuestadas, 24% (n: 24) de ellas solo tienen un hijo en comparación con los otros resultados.

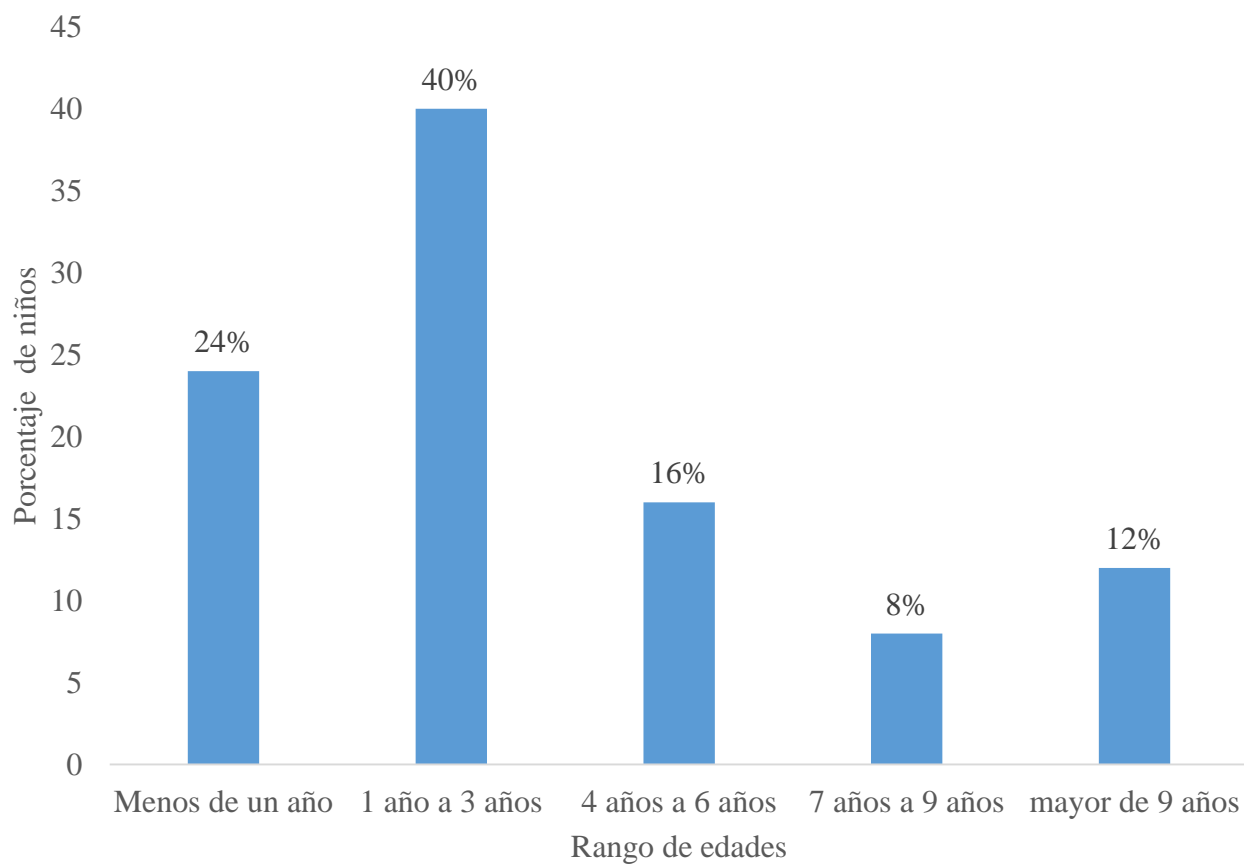


Figura N°7 Distribución porcentual de niños según rango de edad, Hacienda Alsacia y Doka, 2018. Fuente: Elaboración propia 2018

Se observó que la mayor cantidad de niños de las madres recolectoras se encuentran en el rango de edad de 1 a 3 años esto con un 40% (n: 40) del total de las entrevistadas.

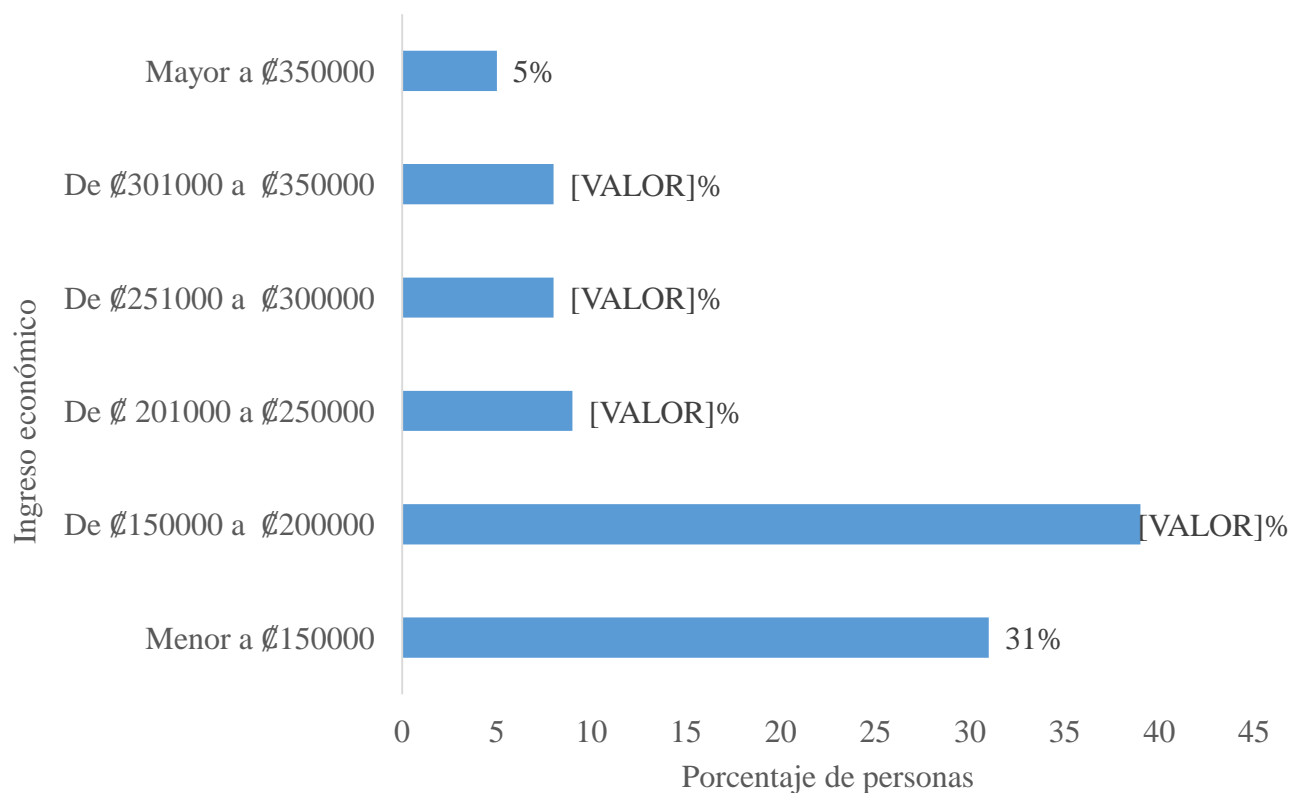


Figura N°8 Distribución porcentual de las madres recolectoras según ingreso económico, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El ingreso económico mensual que presentó una mayor cantidad de madres encuestadas es el rango que va desde los \$150000 a \$200000 con un total de 39% (n: 39) personas.

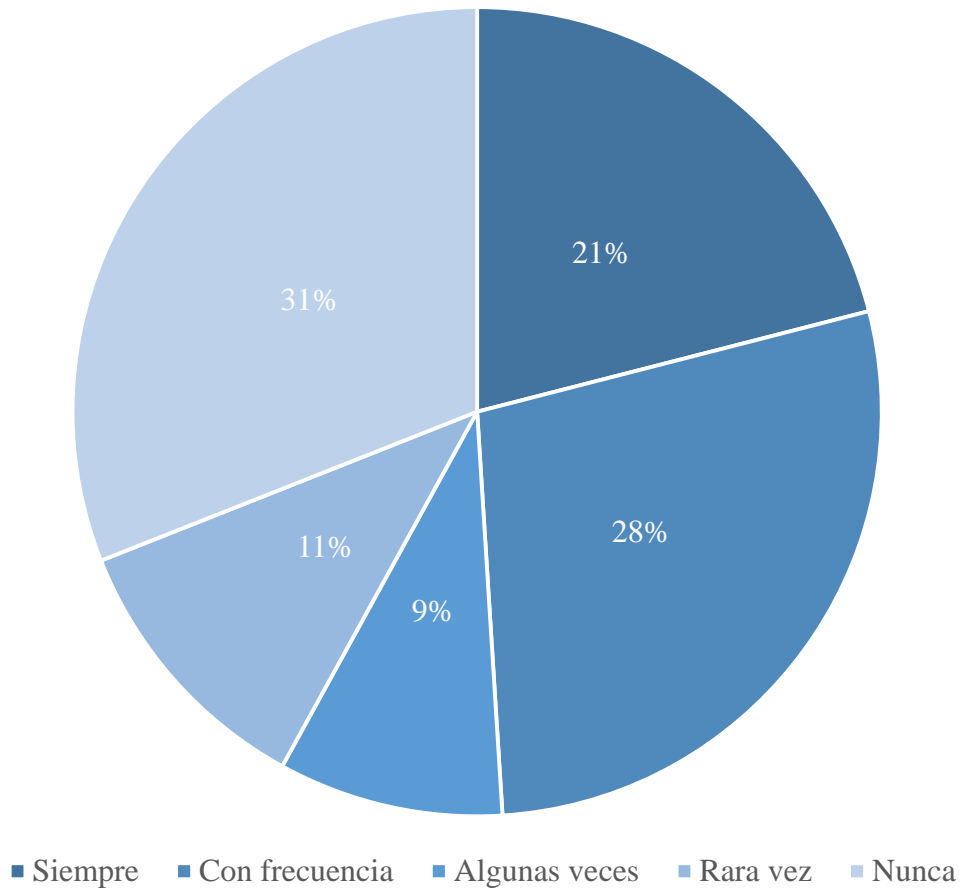


Figura N°9. Distribución porcentual de madres recolectoras de café según sustentabilidad de gastos, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se valoró si con el ingreso económico de cada madre recolectora entrevistada es sostenible para los gastos necesarios diarios dando como resultado que la opción de “nunca” les alcanza para el diario vivir tiene un porcentaje de 31% (n: 31) de total.

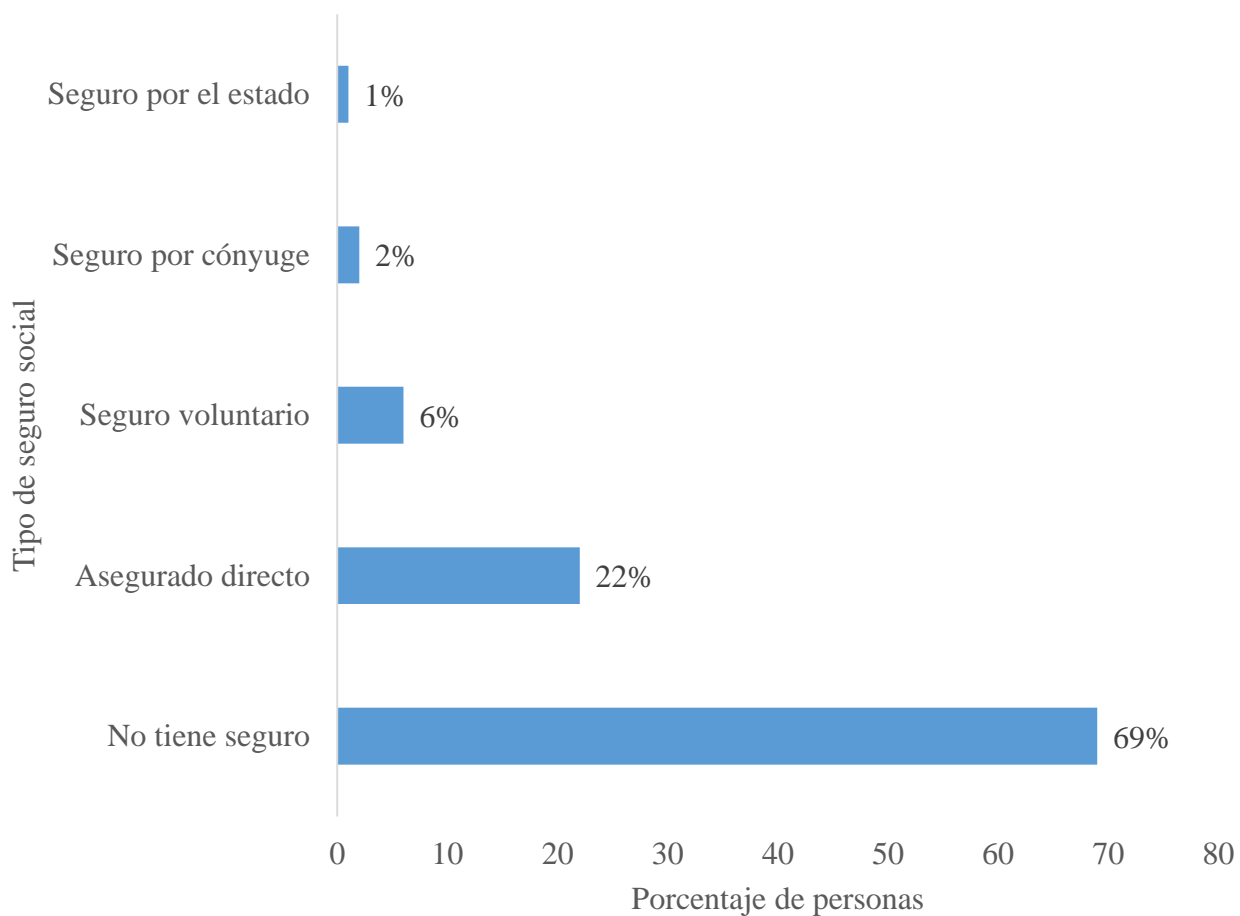


Figura N°10 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según el tipo de seguro que poseen, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se observó que del total de las 100 madres encuestadas 69% (n: 69) de ellas no poseen seguro social de ningún tipo.

Tabla N°2

Distribución porcentual de madres recolectoras de café según cantidad de personas que viven en el hogar, Hacienda Alsacia y Doka, 2018

Número de personas	Porcentaje de usuarias
2	4%(n:4)
3	13%(n:13)
4	27%(n:27)
5	17%(n:17)
6	15%(n:15)
7	12%(n:12)
8	6%(n:6)
9	2%(n:2)
10	1%(n:1)
11	2%(n:2)
12	1%(n:1)
Total	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se valoró que la mayor cantidad de personas que viven en el hogar es de 4 individuos, representado por 27% (n: 27) del total de las madres encuestadas

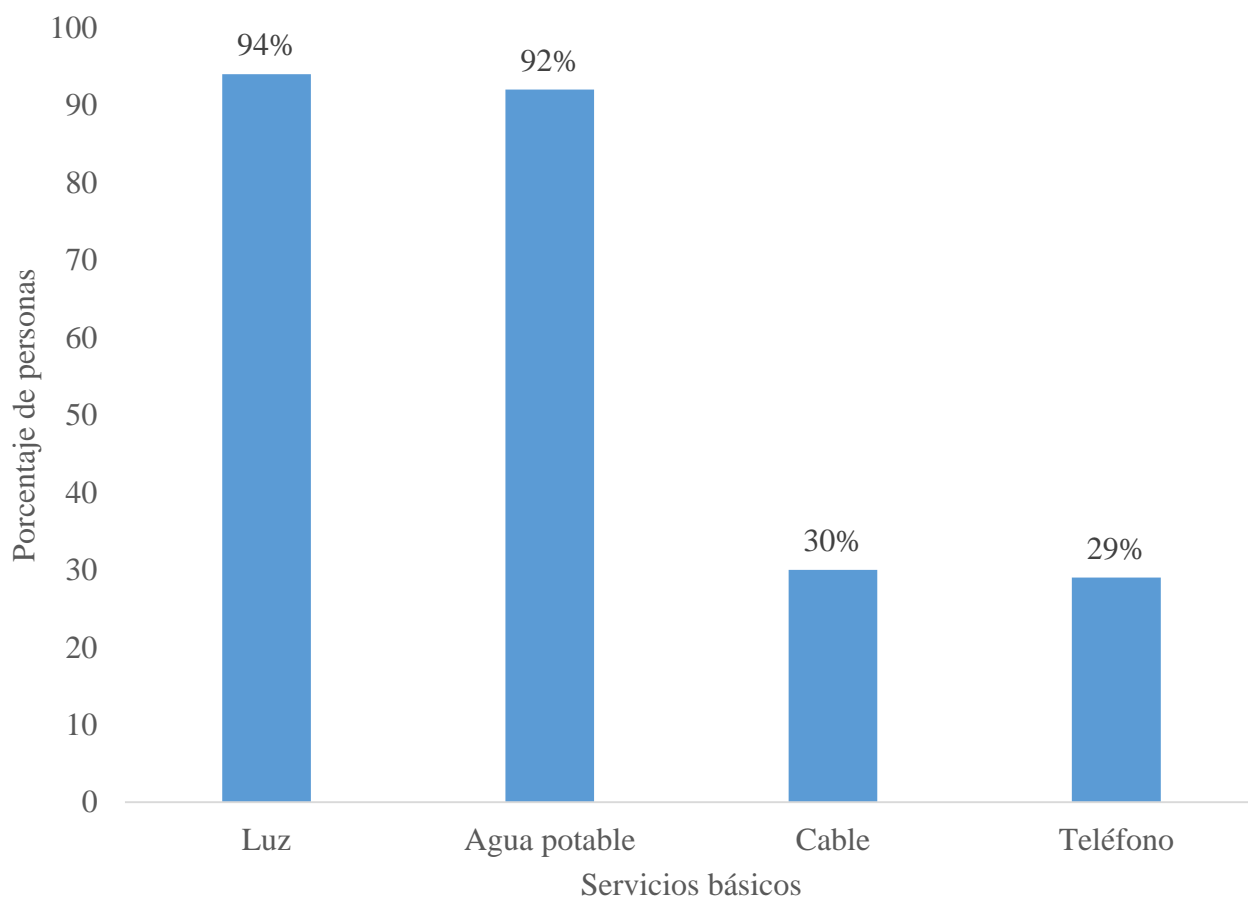


Figura N°11 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según servicios básicos con los que cuentan, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se pudo distinguir que uno de los servicios básicos con los que más cuentan las madres encuestadas es la luz representado por el 94% (n: 94) del total.

Tabla N°3

*Distribución porcentual de madres recolectoras según características de la vivienda,
Hacienda Alsacia y Doka, 2018*

Condición de la vivienda	Porcentaje	Tipo de vivienda	Porcentaje	Condición de la estructura	Porcentaje
Propia totalmente pagada	50% (n: 50)	Madera	56%(n: 56)	Mala	8%(n: 8)
Propia Alquilada	26%(n: 26)	Cemento	35%(n: 35)	Muy mala	2%(n: 2)
Prestada	18%(n: 18)	Lámina	6%(n: 6)	Regular	60%(n: 60)
Propia pagando a plazos	6%(n: 6)	Otro	3%(n: 3)	Buena	23%(n: 23)
				Muy buena	7%
TOTAL	100%		100%		100%

Fuente: Elaboración propia 2018

Se pudo observar que de las 100 madres encuestadas 50% (n: 50) de ellas cuentan con casa propia totalmente pagada, 56 de las viviendas son de madera y 60 presentan una condición regular.

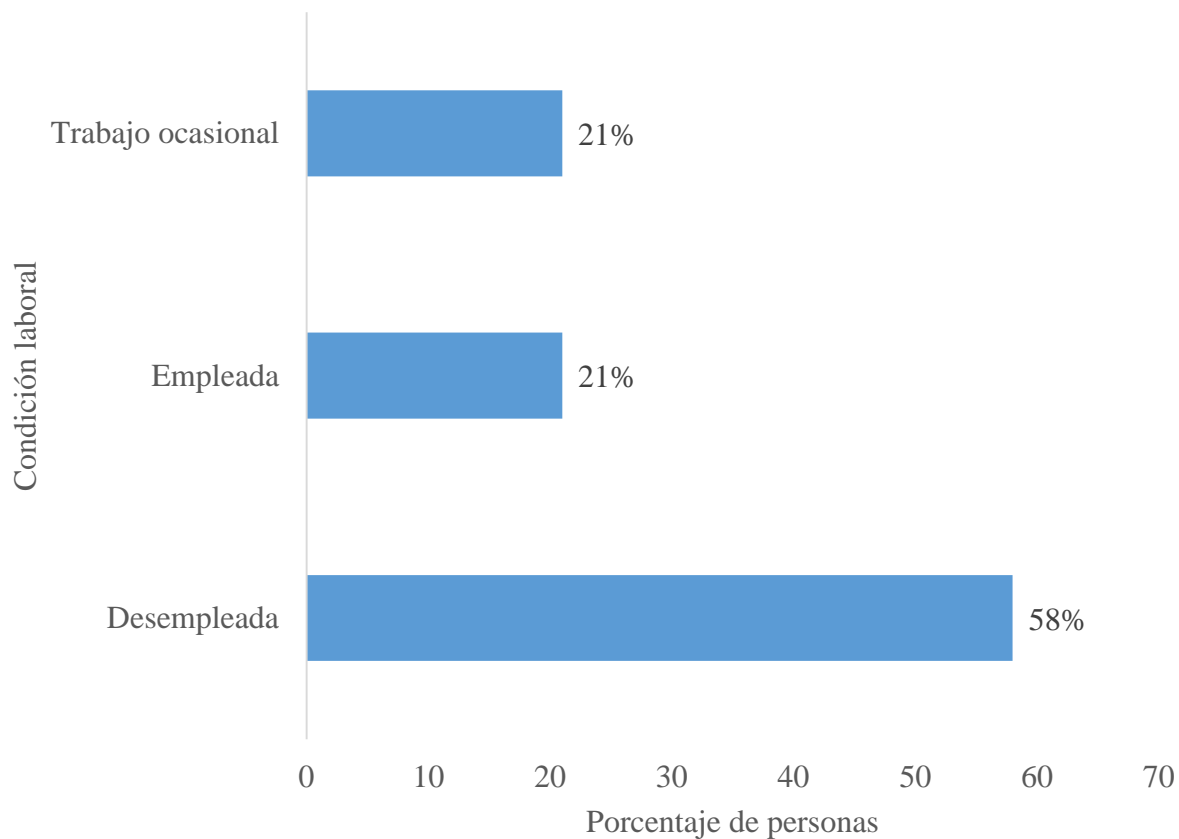


Figura N°12 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según condición laboral. Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se pudo demostrar que 58% (n: 58) del total de las madres encuestadas se encuentran desempleadas.

Tabla N°4

Distribución porcentual de madres según ocupación, turno y días que laboran, Hacienda Alsacia y Doka, 2018

Ocupación	Porcentajes	Turno de trabajo	Porcentajes	Días que trabaja	Porcentajes
Otro	15% (n:15)	Diurno	41% (n:41)	De lunes a sábado	21% (n:21)
Empleada doméstica	9% (n:9)	Nocturno	1% (n:1)	De lunes a viernes	19% (n:19)
Docente	7% (n:7)			De lunes a domingo	2% (n:2)
Misceláneo	5% (n:5)				
Agricultor	4% (n:4)				
Ganadero	1% (n:1)				
Albañil	1% (n:1)				
TOTAL	42%		42%		42%

Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de madres que están empleadas o que presentan trabajos ocasionales 15% (n: 15) de ellas tienen profesiones como secretarias, operarias, recolectores de café y saloneras que están catalogadas en la opción de otros, el turno de trabajo en el cual se desempeñan es el diurno con un equivalente de 41% (n: 41) del total, mientras que los días en que laboran con mayor frecuencia es de lunes a sábados con un total de 21% (n: 21) encuestados.

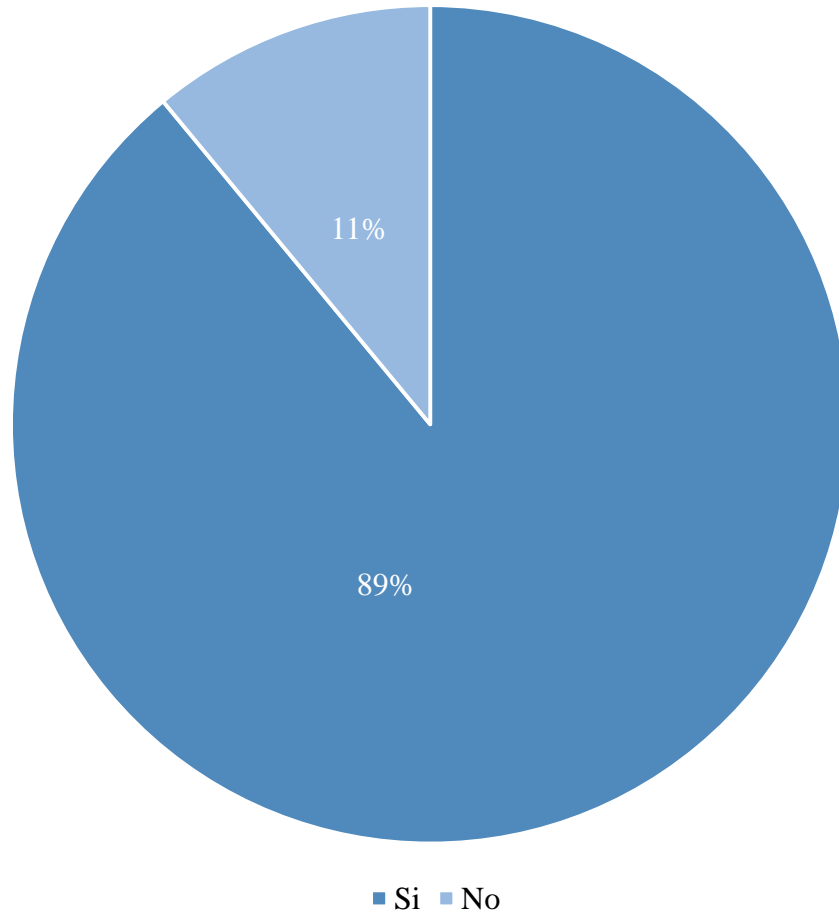


Figura N°13 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según utilización de servicios de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se determinó que 89% (n: 89) de las madres recolectoras de café utilizan los servicios de salud cuando lo necesitan.

Tabla N°5

Distribución porcentual de madres recolectoras de café según tiempo de traslado al servicio de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018

Tiempo de traslado al servicio de salud	Porcentajes	Medio de transporte	Porcentajes
De 1 a 30 minutos	52% (n: 52)	Caminando	46%(n:46)
De 31 a 59 minutos	24% (n:24)	Bus	29%(n:29)
Mayor a 60 minutos	24%(n:24)	Taxi	16%(n:16)
		Otro	9%(n:9)
Total	100%		100%

Fuente: Elaboración propia, 2018

El tiempo de traslado al servicio de salud que presenta una mayor relevancia por parte de las encuestadas es de 1 a 30 minutos con el 52% (n: 52) del total, y el medio de transporte que utilizan para llegar al centro de salud es caminando representado por 46% (n: 46) de ellas.

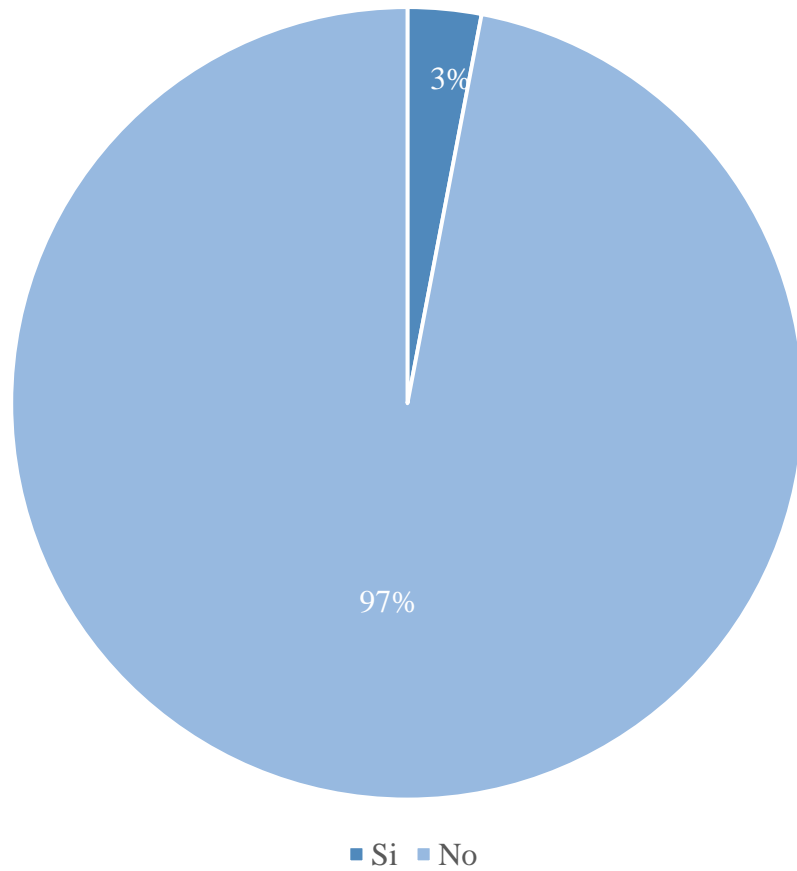


Figura N°14 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según acceso al vacunatorio por horario de trabajo, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 97% (n: 97) de las madres encuestadas no presentan problema para tener acceso a los centros de salud por horario laboral.

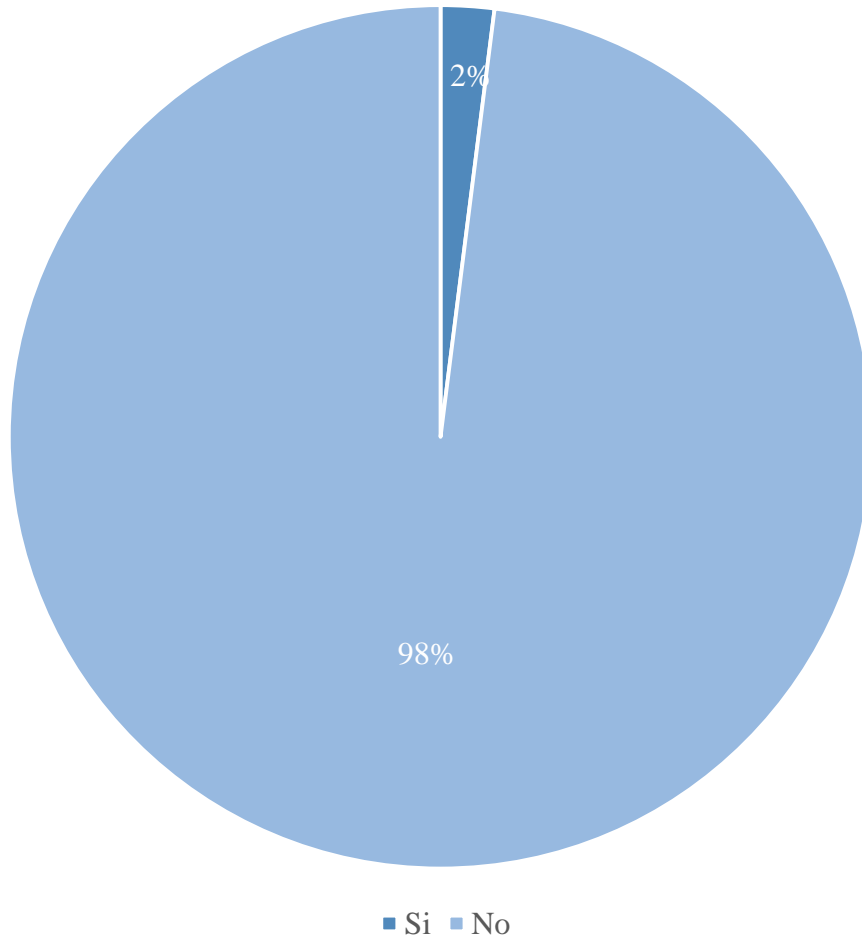


Figura N°15 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según posible conflicto laboral por asistencia al vacunatorio, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 98% (n: 98) de las madres encuestadas no han presentado algún problema laboral por solicitar permiso para llevar al niño al centro de salud para ser vacunado.

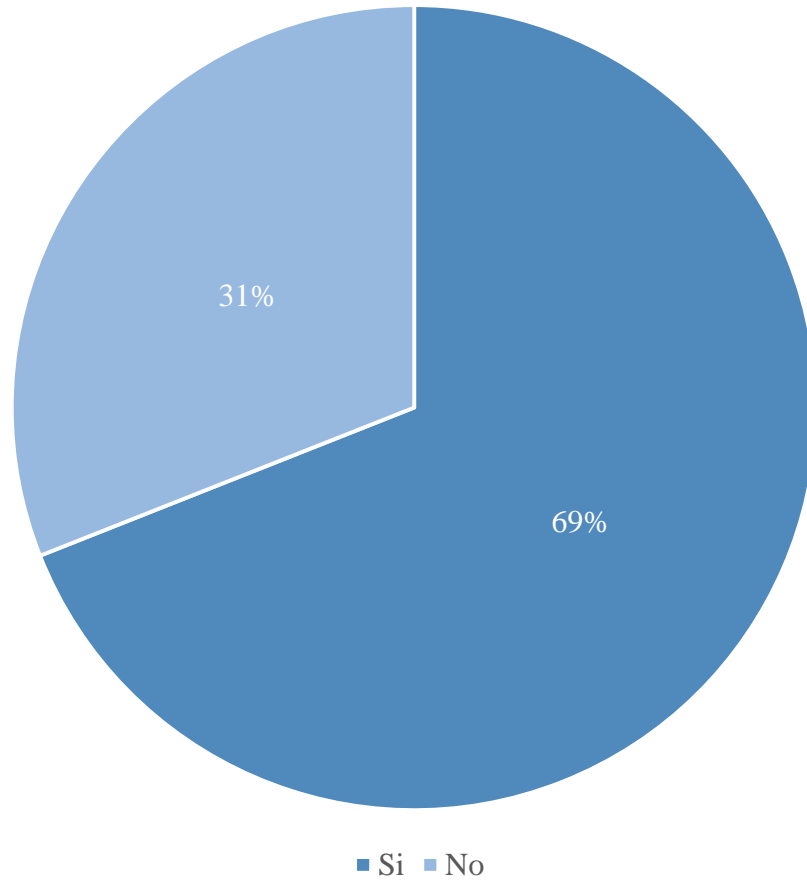


Figura N°16 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento sobre campañas de vacunación, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se pudo determinar que del total de encuestadas el 69% (n: 69) de ellas no tienen conocimiento alguno sobre las campañas de vacunación que se realizan.

Tabla N°6

Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según medio de información de las vacunas, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Medio de información	Porcentajes	
	Si	No
Profesionales de la salud	81% (n: 81)	19% (n:19)
Televisión	40% (n: 40)	60% (n:60)
Radio	28% (n: 28)	72% (n:72)
Internet	19% (n: 19)	81% (n:81)
Familiares	19% (n: 19)	81% (n:81)
Amistades	13% (n: 13)	87% (n:87)
Periódico o revistas	11%(n: 11)	89% (n:89)

Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a los medios de información del tema de vacunas, 81% (n: 81) mujeres mencionan que la información que ha recibido, el mayor porcentaje recae sobre los profesionales de salud.

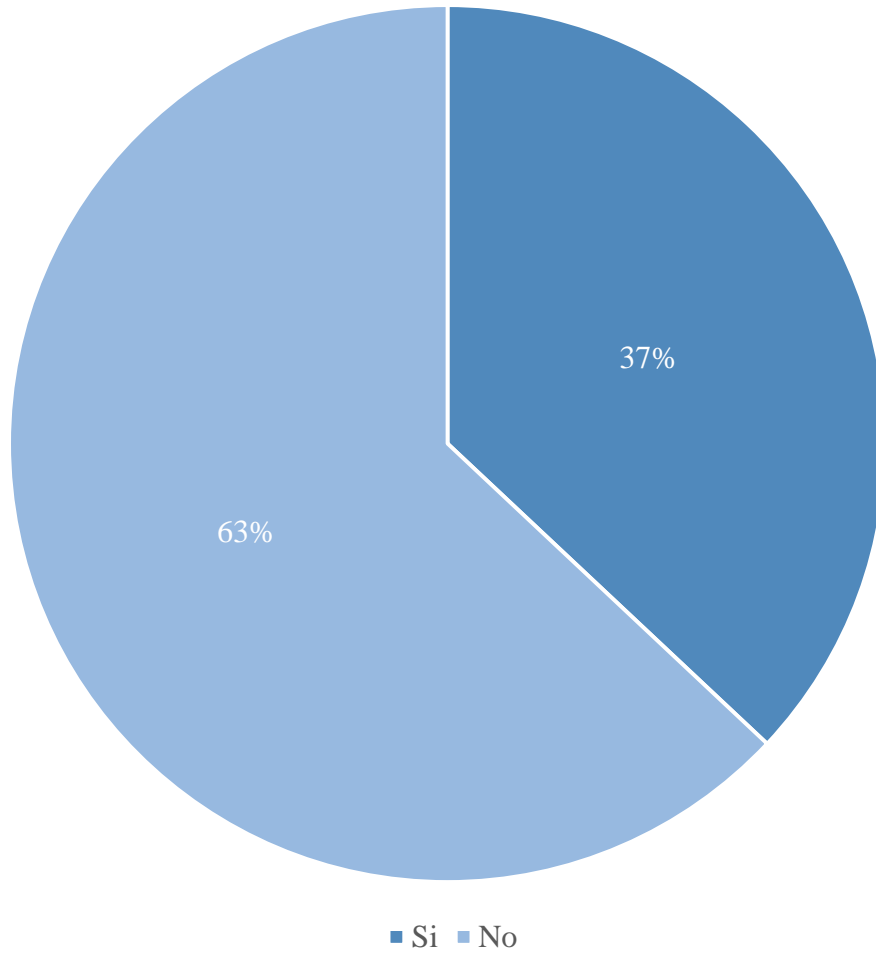


Figura N°17 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento sobre la ley de vacunación de Costa Rica, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se observó que del total de madres, un 63% (n: 63) de ellas no tienen conocimiento sobre la ley de vacunación vigente en Costa Rica.

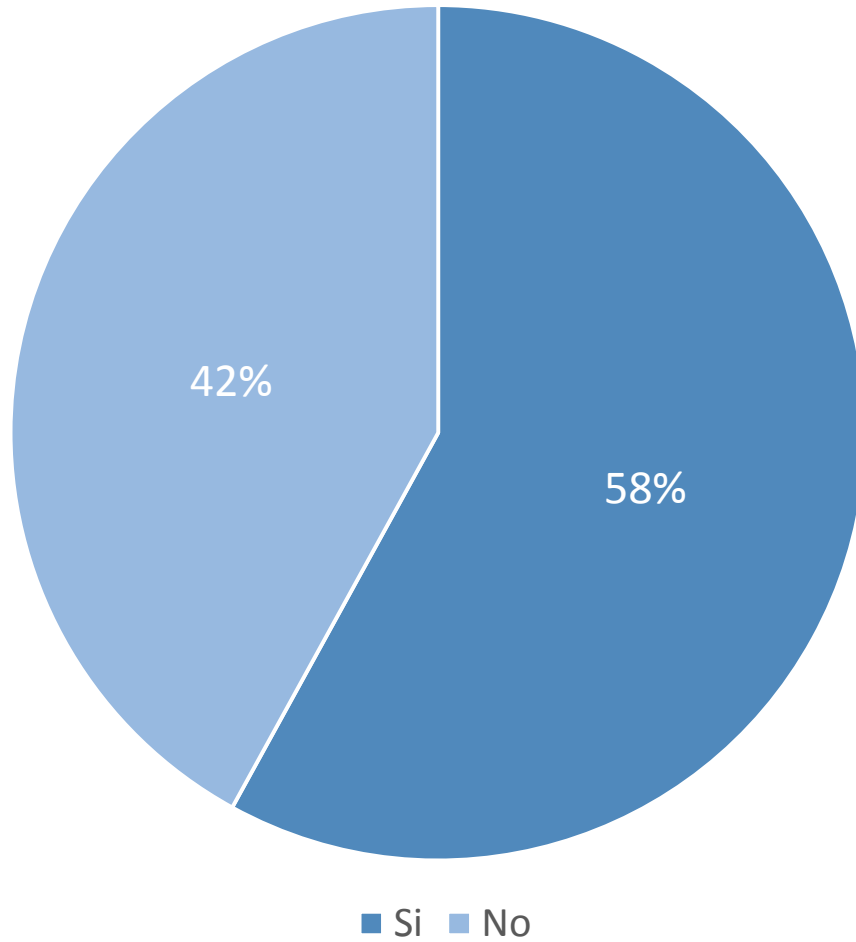


Figura N°18 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento del esquema de vacunación propio de su país, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

La mayoría de las madres tiene conocimiento sobre los esquemas infantiles propios de su país, representado por el 58% (n: 58) del total.

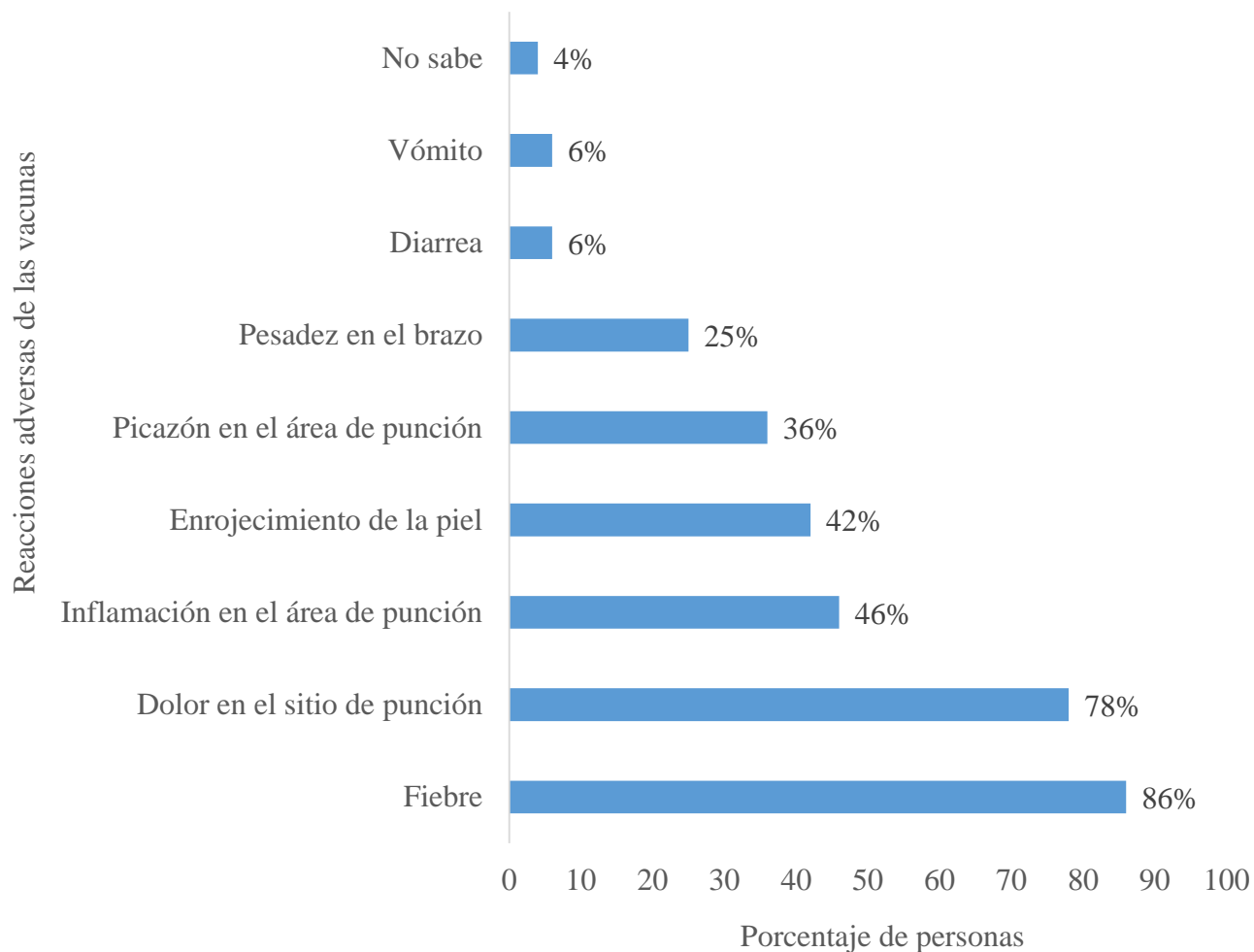


Figura N°19 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento de las reacciones adversas de las vacunas, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Las reacciones adversas que se pueden presentar al vacunar al infante, la mayoría de las madres 86% (n: 86) de ellas, menciono que la fiebre es el efecto secundario que han presentado sus hijos luego de la colocación de la vacuna.

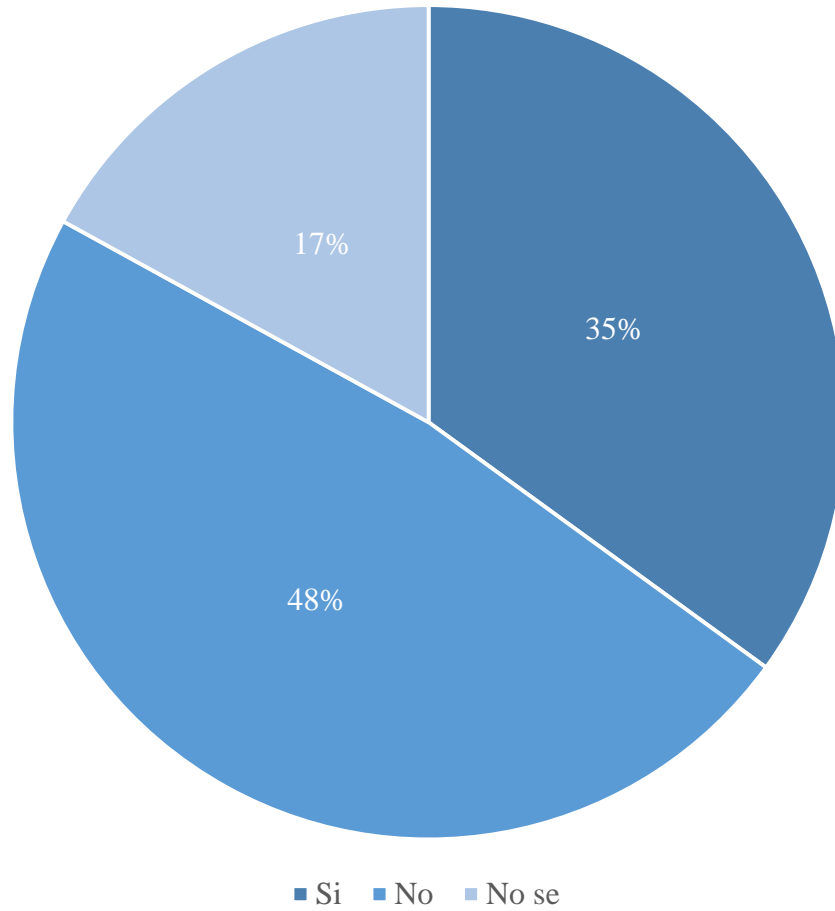


Figura N°20 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento sobre poseer seguro social, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 48% (n: 48) de las encuestadas tienen el conocimiento de que no se necesitan tener seguro social para recibir las vacunas necesarias y correspondientes.

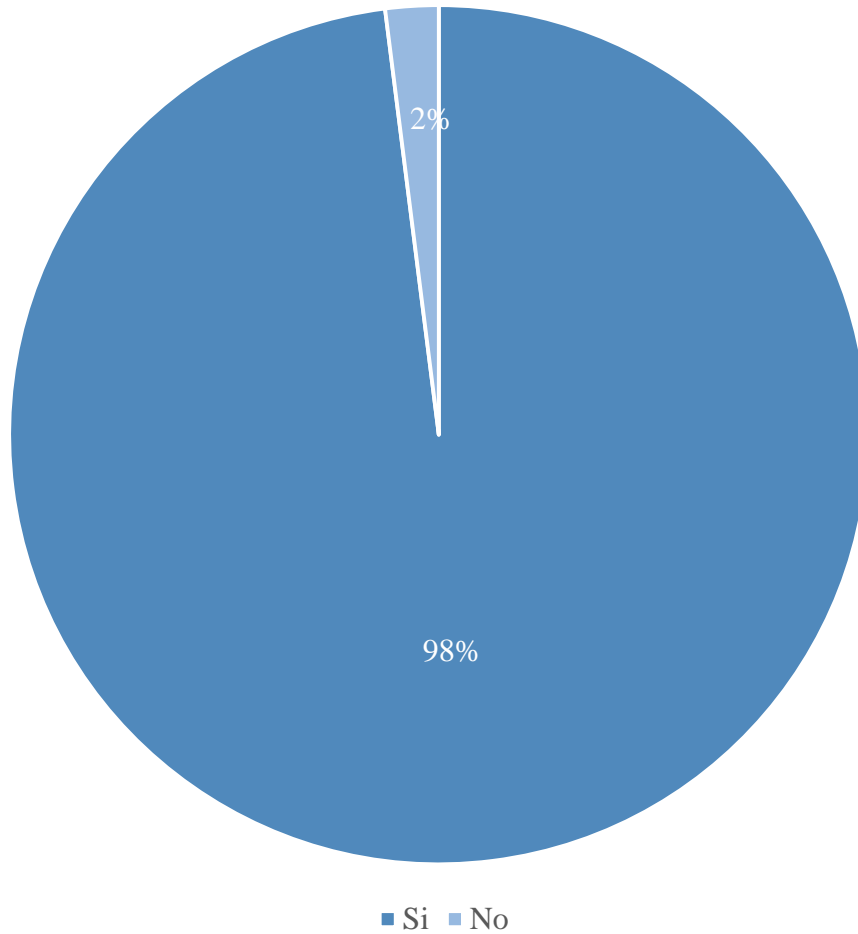


Figura N°21 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según cumplimiento del esquema de vacunación del niño, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 98% (n: 98) de las madres afirman cumplir con el esquema de vacunación infantil en sus hijos según su país de residencia.

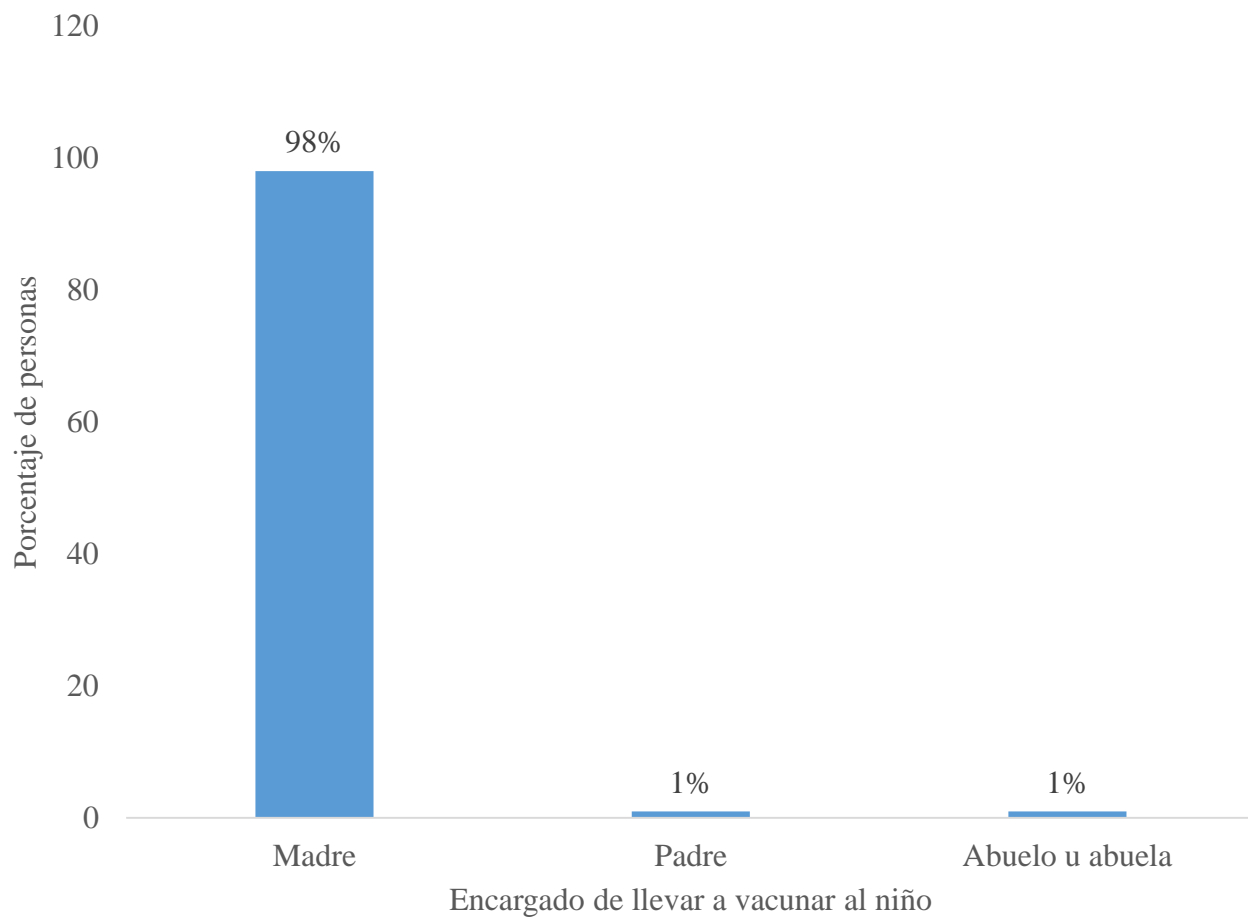


Figura N°22 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según encargado de llevar al niño a vacunar, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

98% (n: 98) de las madres encuestadas son las encargadas de llevar al infante al centro de salud para la colocación de las vacunas correspondientes.

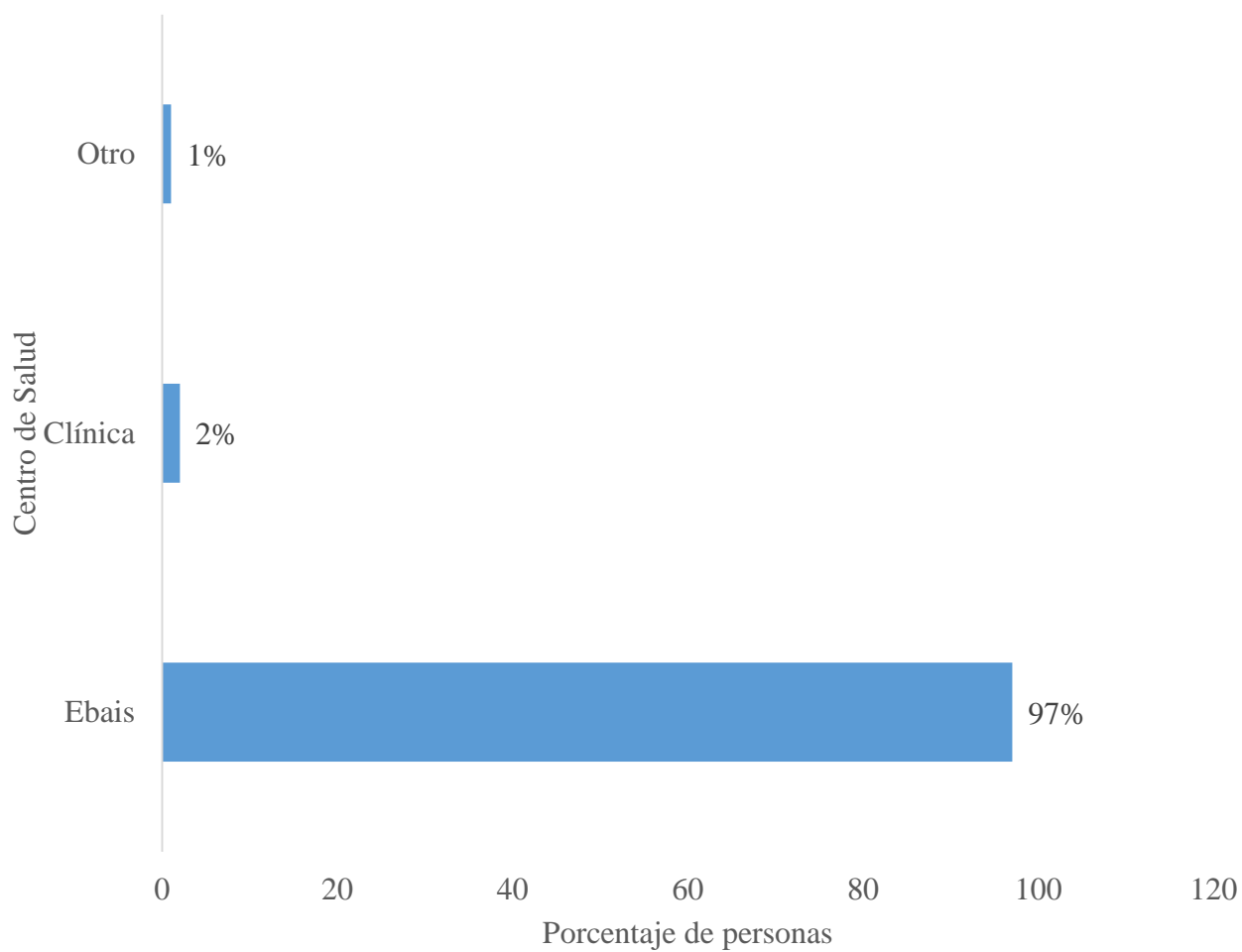


Figura N°23 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según centro de salud de referencia para vacunar al niño, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El Ebais es el centro de salud donde las madres llevan al niño a vacunar, representado por un total de 97% (n: 97) personas.

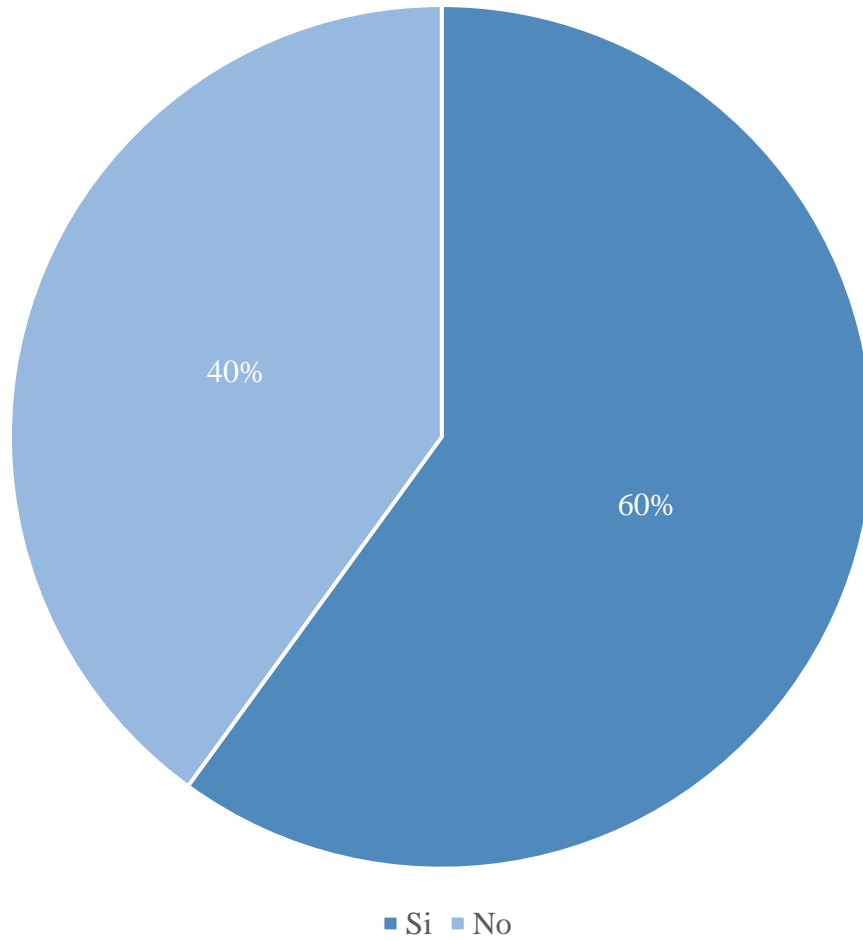


Figura N°24 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento del horario de atención del centro de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 60% (n: 60) de las madres tienen el conocimiento del horario de atención que ofrece el centro de salud, asegurando que el mismo abarca desde las 7:00 am hasta las 4:00 pm.

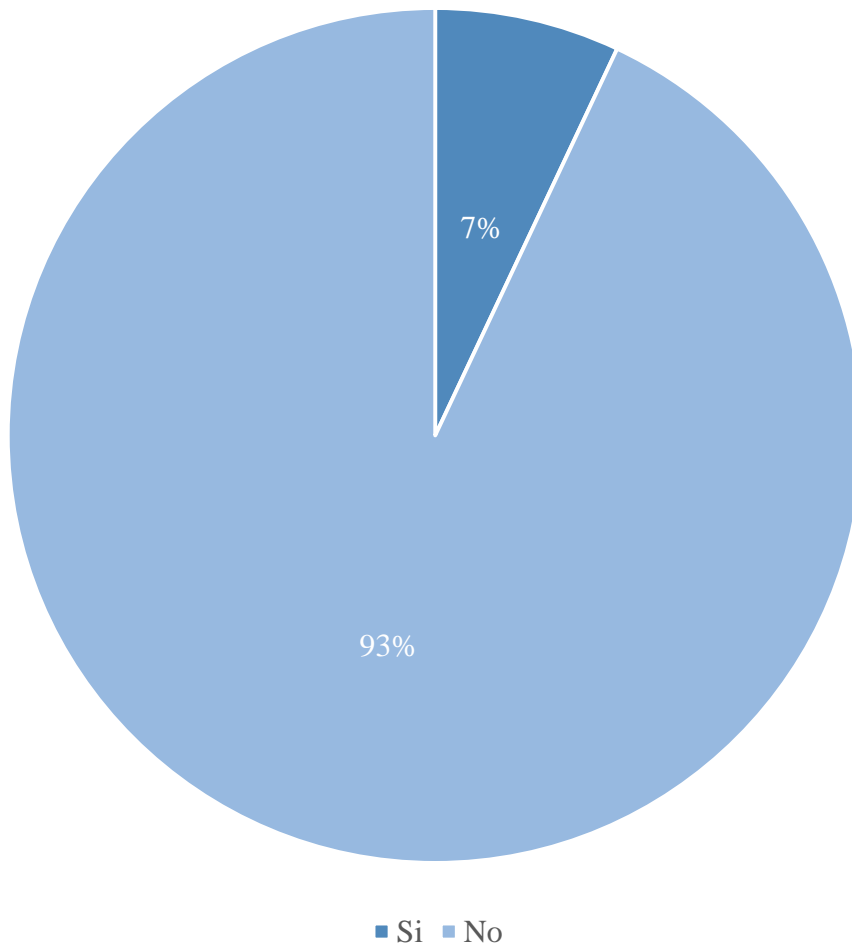


Figura N°25 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según afectación del horario del centro de salud para la vacunación de los niños, Hacienda Alsacia y Doka, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 93% (n: 93) de las madres afirmaron que el horario brindado por el departamento de vacunas del centro de salud no les genera algún problema para la colocación de la vacuna al niño.

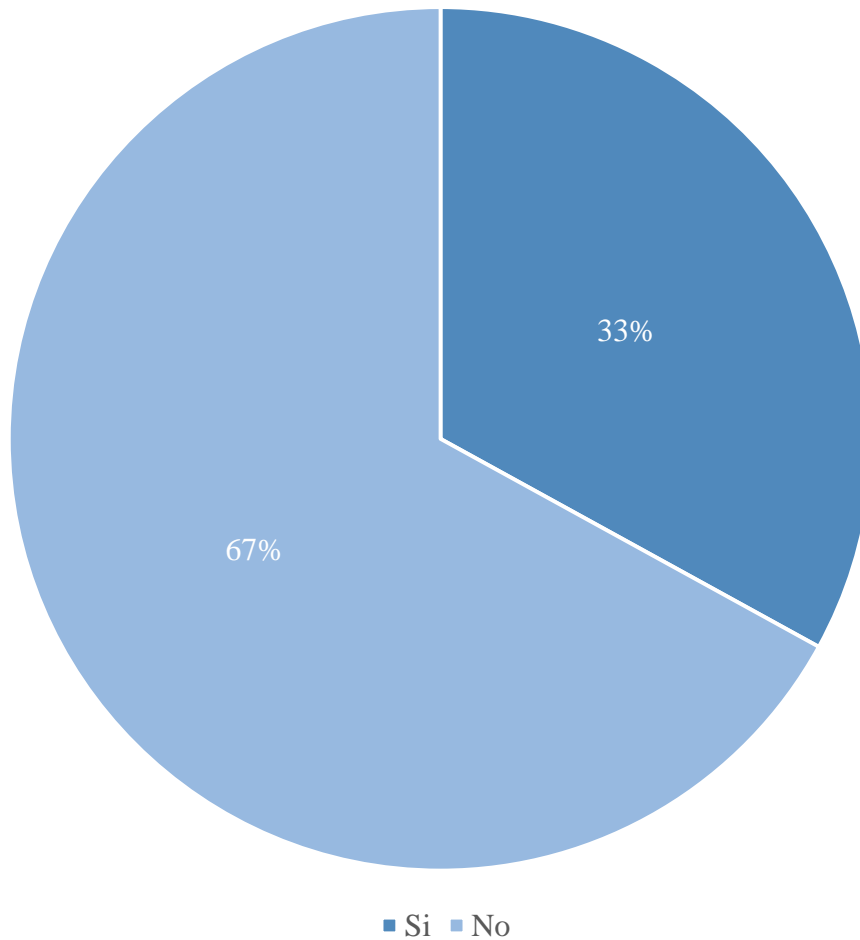


Figura N°26 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según disponibilidad de la vacuna del niño, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 67% (n: 67) de las encuestadas afirma que cuando han viajado al centro de salud para colocar la vacuna correspondiente al infante siempre está disponible el biológico que se debe administrar.

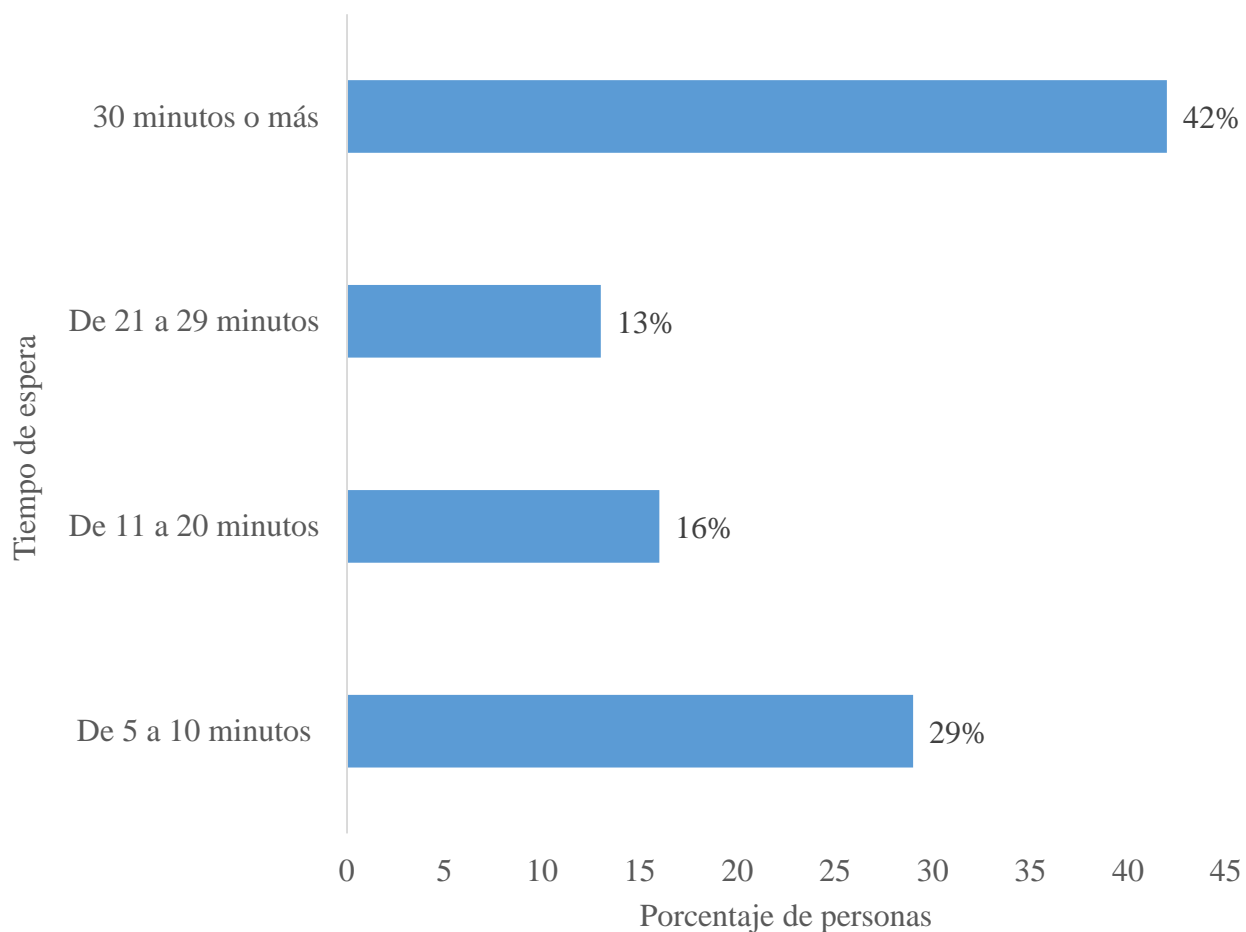


Figura N°27 Distribución porcentual de madres recolectoras de café según tiempo máximo de espera en el centro de salud para colocación de vacuna al niño, Hacienda Alsacia Y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de las madres encuestadas 42% (n: 42) de ellas han tenido que esperar 30 minutos o más para colocar las vacunas al niño.

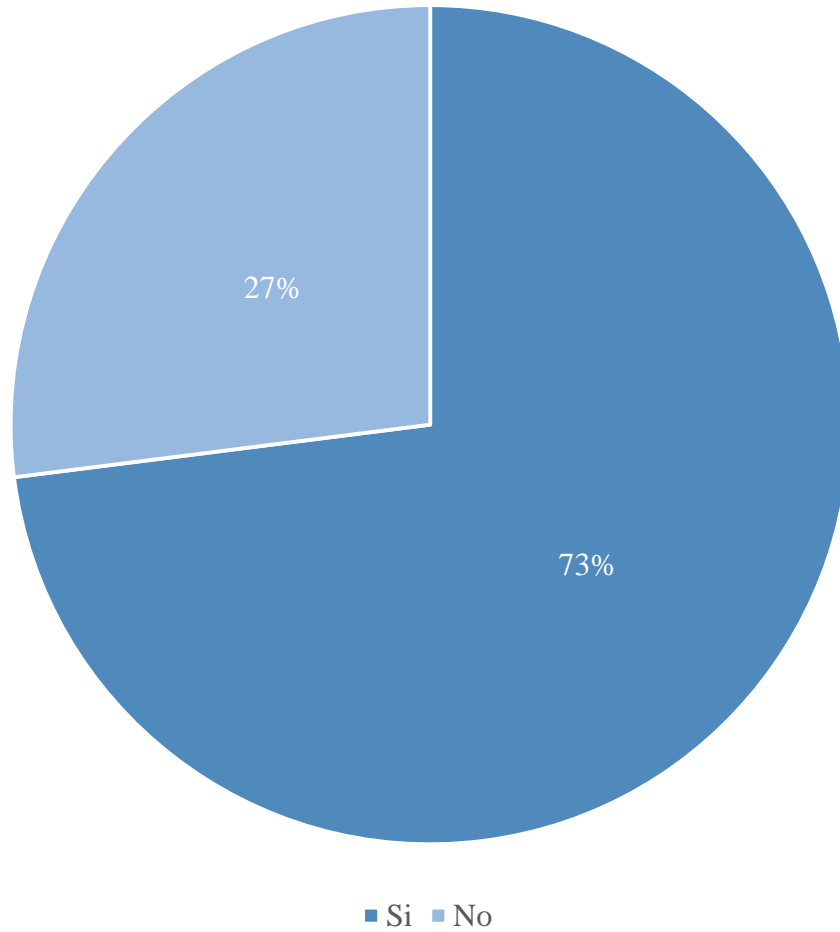


Figura N°28 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según satisfacción del tiempo de espera en el centro de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 73% (n: 73) de las encuestadas han quedado satisfechas con el tiempo de espera al acudir al centro de salud para la vacunación del infante.

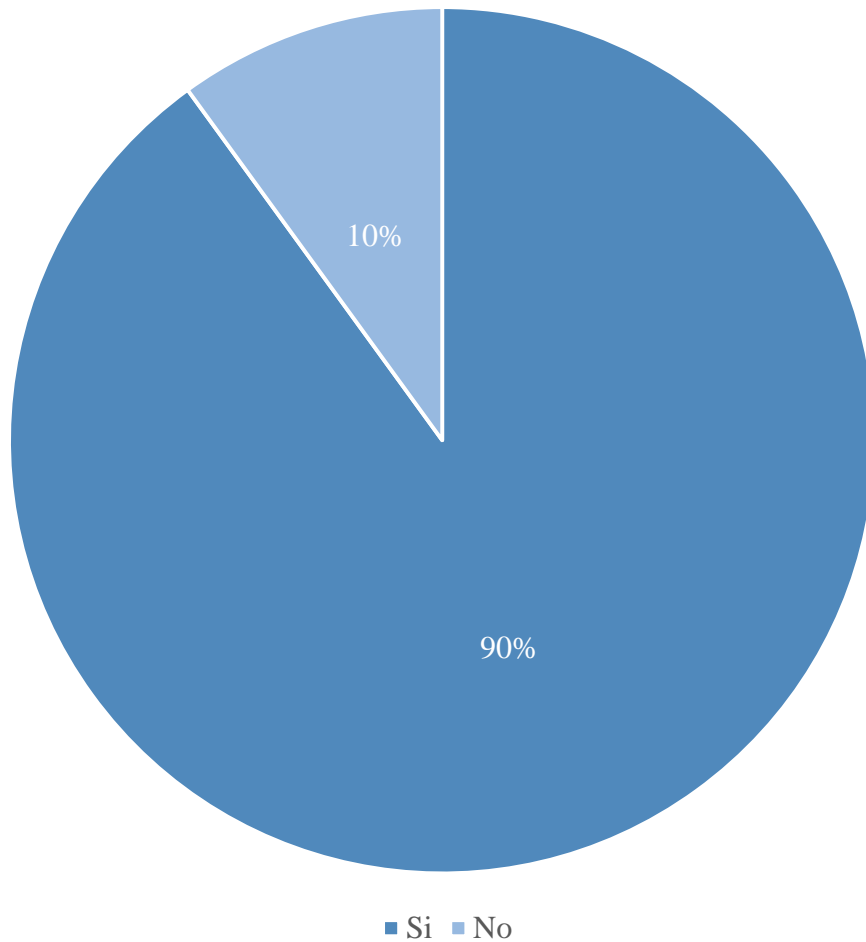


Figura N°29 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según educación de la vacunación por parte del profesional de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 90% (n: 90) de las madres han recibido la educación correspondiente por parte del profesional de salud sobre todo lo referente a la vacuna colocada a sus hijos.

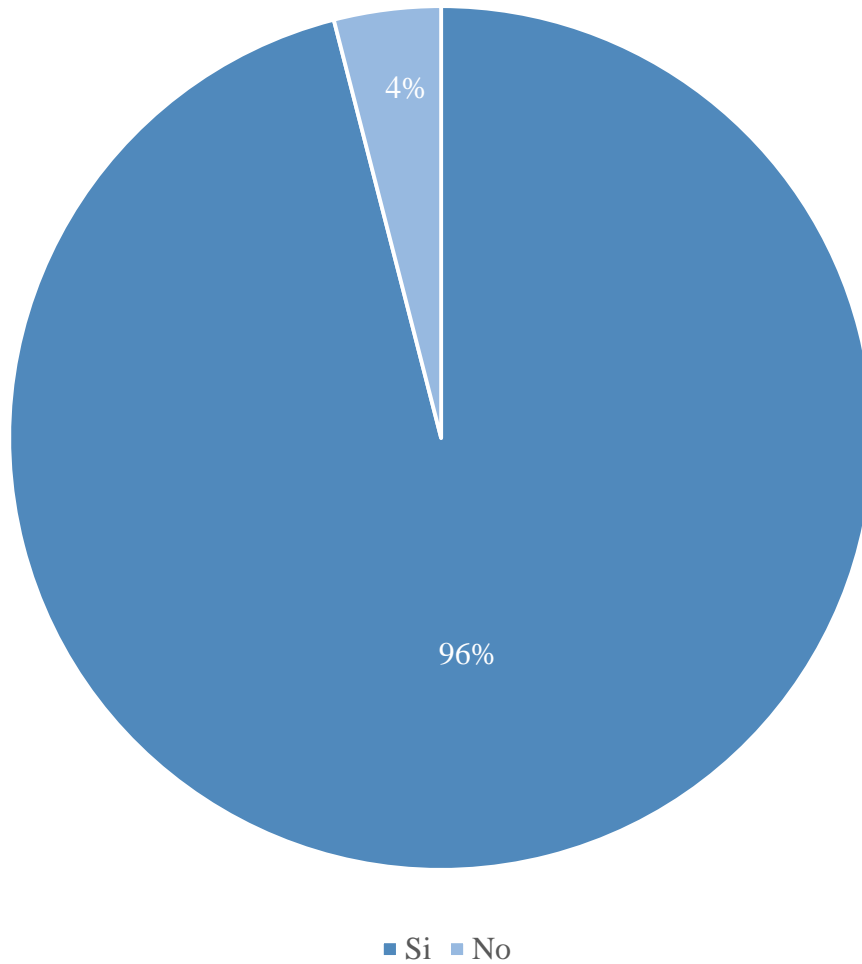


Figura N°30 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según atención de inquietudes sobre las vacunas por parte del profesional de salud, Hacienda Alsacia y Doka, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 96% (n: 96) de las entrevistadas se les ha contestado cualquier inquietud correspondiente a las vacunas colocadas al infante, esto por parte del funcionario de salud que la administra.

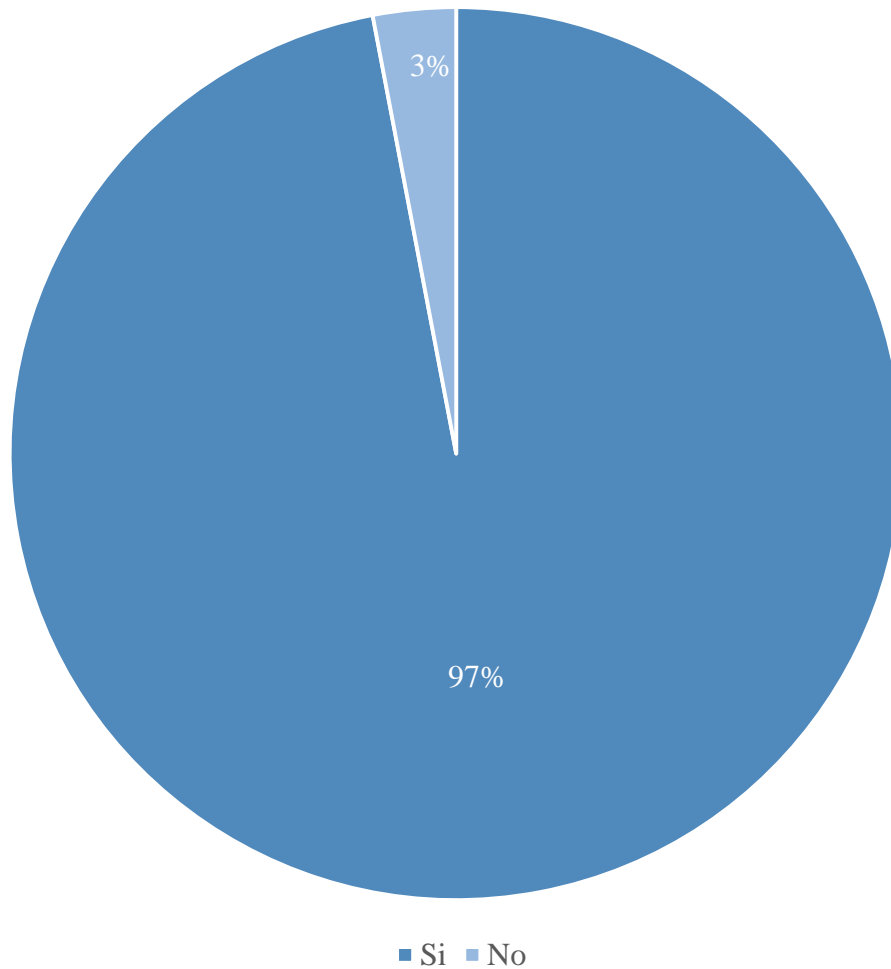


Figura N°31 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según explicación por parte del profesional de salud sobre el siguiente refuerzo de la vacuna del infante, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se observó que el 97% (n: 97) de las madres encuestadas han recibido alguna explicación por parte del profesional de salud sobre cuando corresponde el siguiente refuerzo de la vacuna colocada al niño.

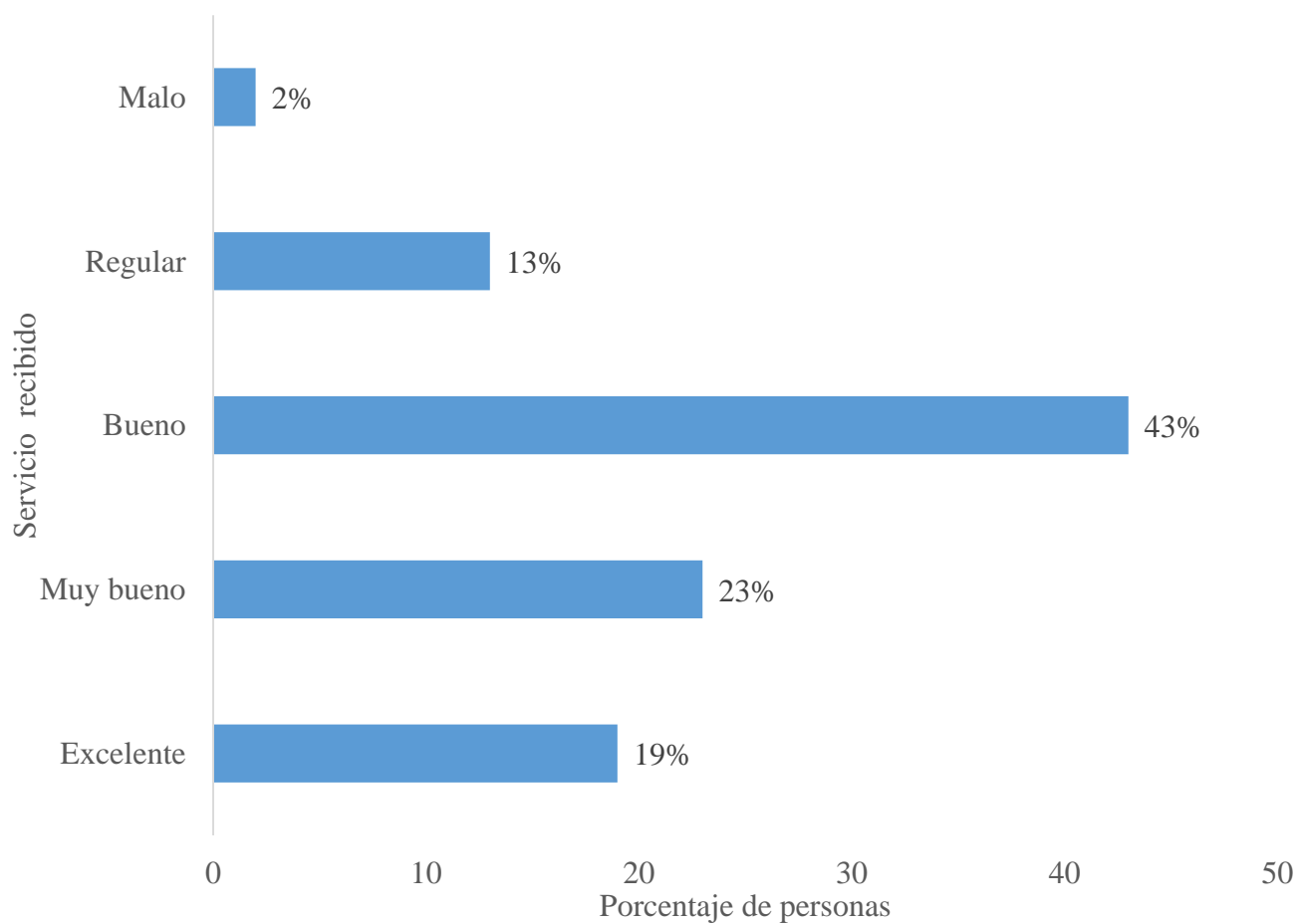


Figura N°32 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según servicio recibido por el funcionario que aplica la vacuna al niño. Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de encuestadas 43% (n: 43) de ellas califican el servicio recibido por el funcionario de salud que aplicó la vacuna al niño como bueno.

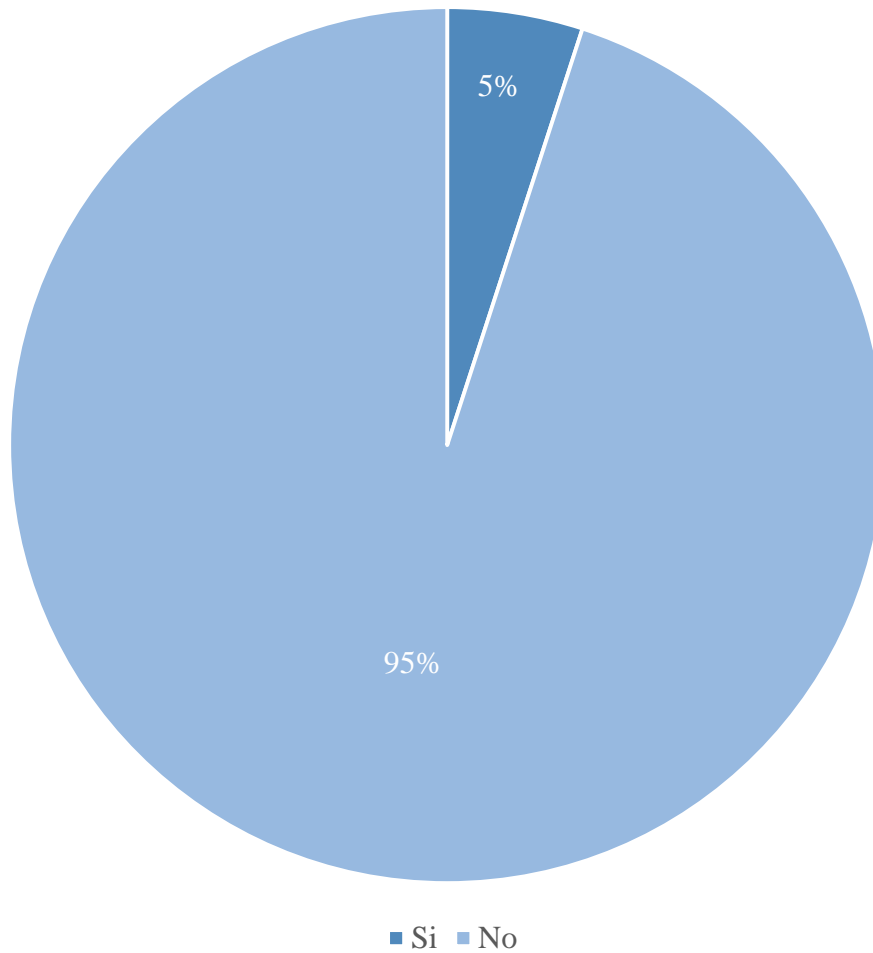


Figura N°33 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café que esperan al ATAP para que vacune al menor. Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 95% (n: 95) de las madres no esperan que el ATAP (Asistente Técnico de Atención Primaria) llegue a la vivienda para la colocación de la vacuna al niño.

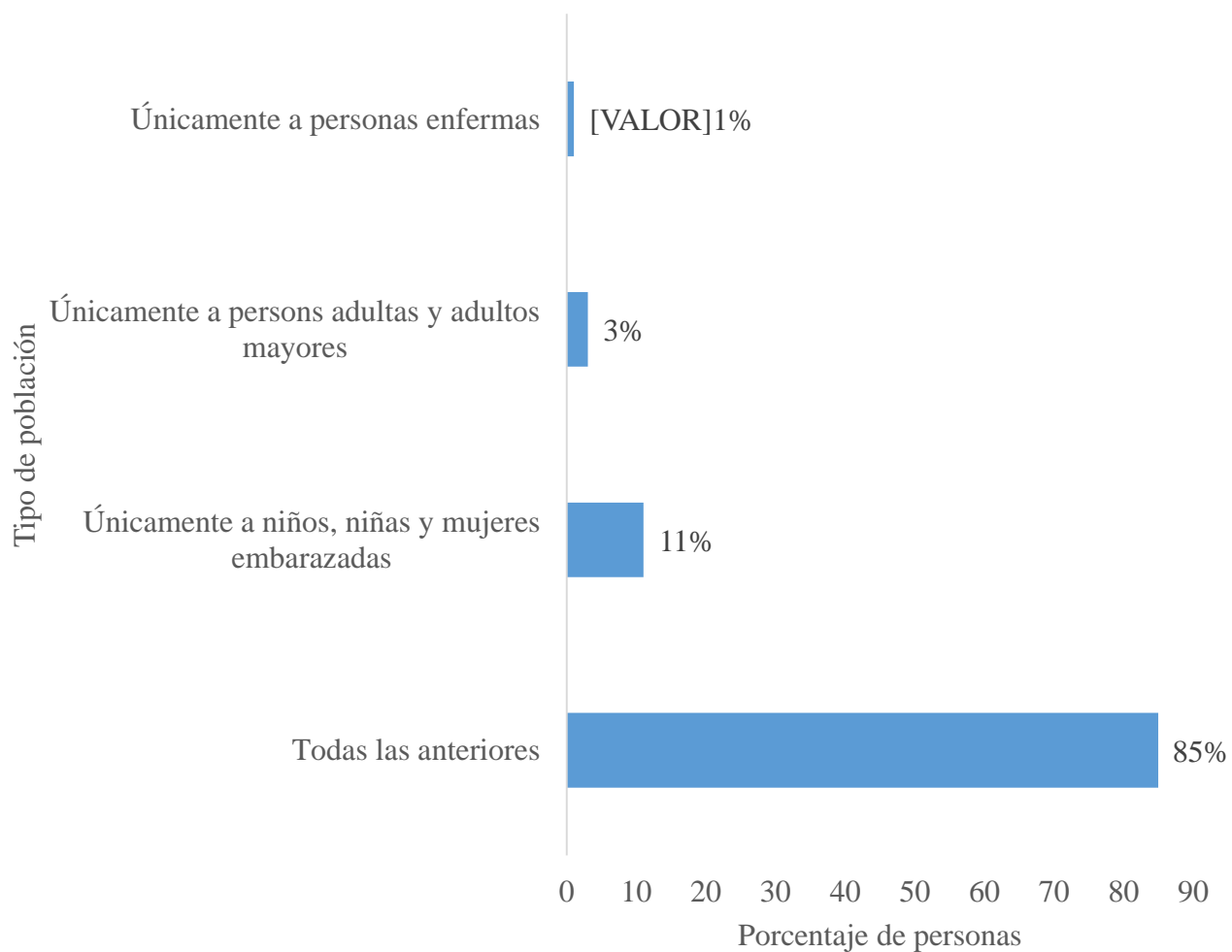


Figura N°34 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según creencia al tipo de población que van dirigidas las vacunas, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de las madres, 85% (n: 85) de ellas afirman que las vacunas van dirigidas a toda la población en general.

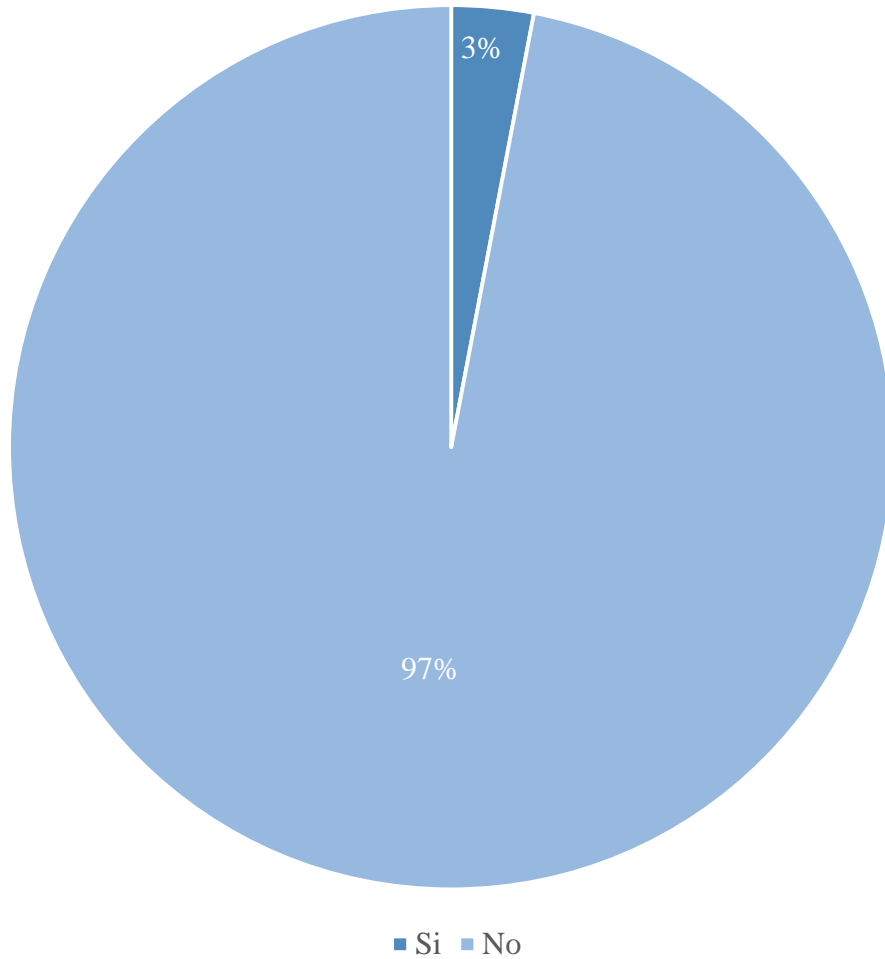


Figura N°35 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según influencias de terceros en la no aplicación de la vacuna al menor, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 97% (n: 97) del total de encuestadas no han sido influenciadas en algún momento por familiares, amigos o compañeros de trabajo para que no coloquen la vacuna al infante.

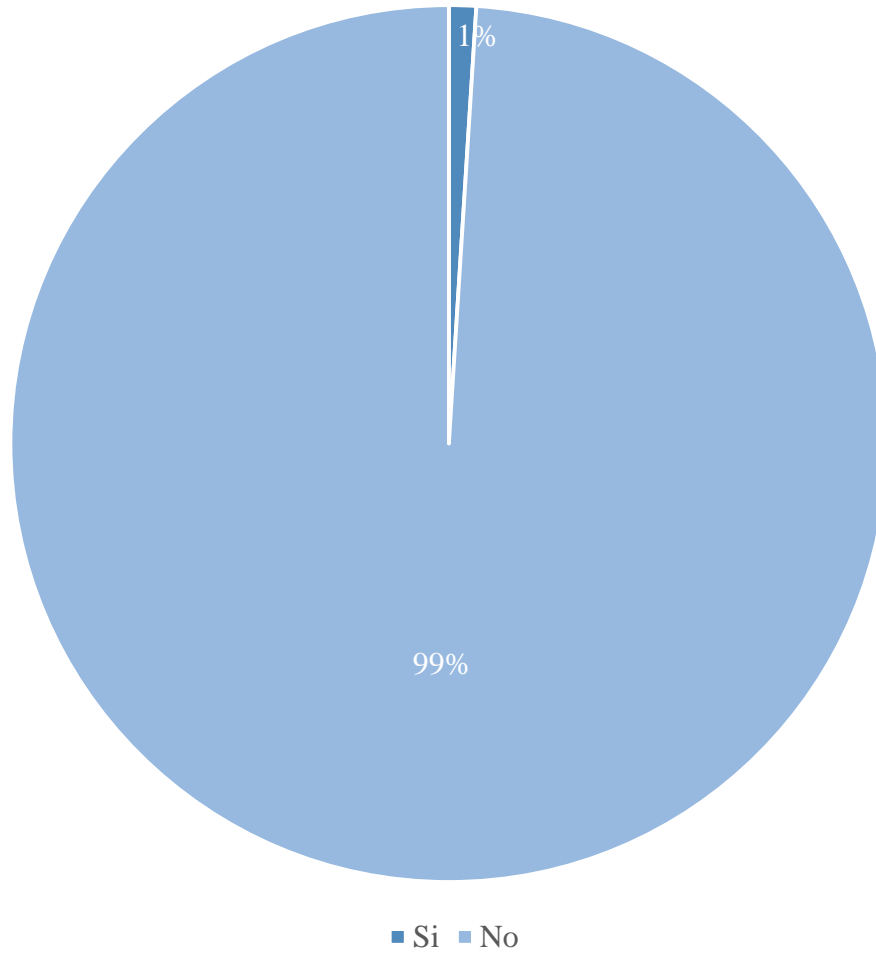


Figura N°36 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café que rehúsan la aplicación de la vacuna al infante por influencia de los familiares; Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 99% (n: 99) de las madres refieren que no han rehusado a la colocación de alguna vacuna a sus hijos por influencia de algún familiar desde que eran pequeñas.

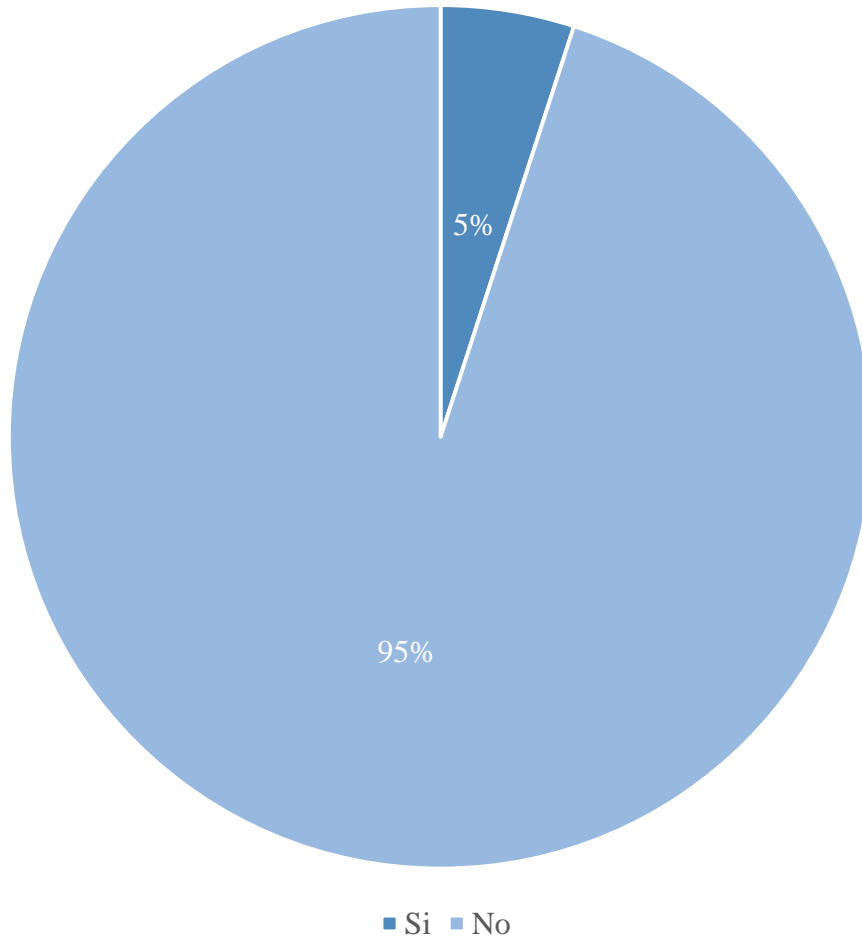


Figura N°37 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según mala experiencia sufrida por un tercero que influye en la no colocación de la vacuna al infante, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se distinguió que el 95% (n: 95) de las encuestadas NO han pasado o algún familiar por una mala experiencia antes, durante o después de la colocación de alguna vacuna.

Tabla N°7

Distribución porcentual de madres recolectoras de café según cuidados posteriores a la colocación de la vacuna al niño, Hacienda Alsacia y Doka, 2018

Cuidados	Porcentajes	
	Si	No
Acetaminofén para niño	93% (n:93)	7% (n:7)
Manzanilla	65%(n:65)	35% (n:35)
Zepol infantil	38%(n:38)	62% (n:62)
Panadol para niño	35%(n:35)	65% (n:65)
Remedios caseros	32%(n:32)	68% (n:68)
Cofal infantil	23%(n:23)	77% (n:77)
Otro	3%(n:3)	97% (n:97)
Ninguno	2%(n:2)	98% (n:98)

Fuente: Elaboración propia, 2018

De la población de estudio se observó que uno de los cuidados posteriores que más realizan las madres a sus hijos luego de la colocación de las vacunas, es la administración de acetaminofén infantil, representando por 93% (n: 93) personas.

Tabla N°8

Distribución porcentual de madres recolectoras de café según creencias, mitos y costumbres sobre la vacunación infantil, Hacienda Alsacia y Doka, 2018

Creencia, mito o costumbre sobre vacunación infantil	Porcentaje	
	Si	No
Se genera alguna enfermedad por la colocación de alguna vacuna	10% (n:10)	90% (n:90)
Si se vacuna las demás personas no se van a enfermar	17% (n:17)	83% (n:83)
La religión que profesa le impide cumplir con el esquema de vacunación infantil	1% (n:1)	99% (n:99)
Si las condiciones de salud y saneamiento del país mejoran, las vacunas no serán necesarias.	40% (n:40)	60% (n:60)
Las vacunas son necesarias para aquellas enfermedades que no se presentan en el país.	66% (n:66)	34% (n:34)
La falta de conocimiento sobre las vacunas lo llevan a tomar la decisión de no vacunar a su hijo	37% (n:37)	63% (n:63)
La falta de confianza en la vacunación o en el personal de salud que la aplica influye para no aceptarla y colocarla al menor	20% (n:20)	80% (n:80)
Las vacunas causan esterilidad, infertilidad o autismo		100% (n:100)
El colocar más de una vacuna a la vez al infante puede provocar en ellos algún efecto secundario grave	26% (n:26)	74% (n:74)
La gripe es una molestia y no es necesario vacunarse	74% (n:74)	26% (n:26)
La inmunización que da la enfermedad es mejor que la que generan las vacunas	8% (n:8)	92% (n:92)
Las vacunas son necesarias solo para las personas de escasos recursos	3% (n:3)	97% (n:97)
Al no vacunar el niño se está protegiendo de enfermedades	5% (n:5)	95% (n:95)
Las vacunas son buenas para la salud	100% (n:100)	

Fuente: Elaboración propia, 2018

Según las creencias, mitos y costumbres 90% (n: 90) de las madres encuestadas creen que las vacunas no causan alguna enfermedad, 60% (n: 60) de ellas consideran que aunque las condiciones de salud del país mejoren no se deben eliminar las vacunas, 74% (n: 74) refieren que al colocar más de una vacuna al infante en el mismo día no causan algún efecto secundario en este, y el total de las encuestadas concuerdan que las vacunas son buenas para la salud.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

En la presente investigación se valoró aquellos factores que influyen en las madres para la aplicación de las vacunas a los infantes tales como la parte socioeconómica y cultural de las mismas. La vacunación infantil es fundamental y de gran importancia para la población en general, ya que se controlan y se previenen muchas enfermedades que pueden causar daños en los organismos de los mismos.

La población con la que se trabaja son madres recolectoras de café que vienen a Costa Rica a laborar por el periodo de la cosecha de café, donde hay nacionalidades como panameñas, nicaragüenses, costarricenses, entre otros.

Con respecto a la nacionalidad en la figura N°1 se evidencia que de las 100 madres encuestadas la mayoría de ellas son de nacionalidad Nicaragüense, siendo la población que más se presenta en este tipo de fincas cafetaleras, seguido por costarricenses y panameños, Hartley y Delgado en su estudio sobre la reconfiguración de la fase de recolección de café en el 2017, aseguran que se requieren alrededor de 20 mil personas para la recolección de café esto por cosecha y aproximadamente el 40% de ellos son extranjeros, principalmente nicaragüenses los cuales laboran en el área del Valle Central, Zona Sur y Turrialba.(58)

Relacionando ambas investigaciones se concuerda que en las fincas cafetaleras para el periodo de cosecha en su mayoría la población que labora es la nicaragüense, siendo una población susceptible, ya que vienen de manera ilegal y no cuentan con seguro social.

El idioma predominante en la población de estudio es el español siendo el lenguaje nativo en los países latinos, Quesada en el año 2008 refiere en su estudio que a principios del siglo XX en los países de Centroamérica entra una nueva tendencia al nacionalismo, por lo que el idioma español toma un valor más importante, y abunda en la mayoría de los países del istmo, además de la influencia que tuvieron los conquistadores españoles en su época. (59)

El idioma no es barrera en esta situación, ya que se logra una buena comunicación, logrando hacer llegar el mensaje sobre la promoción de la salud y la importancia de la vacunación.

Con respecto a la edad de las madres es un indicador a evaluar en esta investigación donde se observó que de los resultados obtenidos la mayoría de madres encuestadas se encuentran en el rango de 20 a 30 años, encontrándose en la faceta de madres jóvenes. En la investigación realizada en el año 2012 por Cruzado y Ubillus concuerdan que la edad de la madre determina las características fisiológicas y psicológicas para cada etapa de la vida, la misma está ligada con la vida del niño así como de su rol como madre, ya que, aquellas que son más jóvenes no tienen la madurez o no están identificadas con su rol maternal y de las responsabilidades que esta conlleva, mientras que una madre con edades un poco más adultas presentan una mayor madurez en su papel y responsabilidades.(29)

En la figura N°4 se valora el estado civil de las madres encuestadas donde la unión libre está representada por un valor alto de ellas, en comparación con los otros estados como casada, viuda, soltera y divorciada, Corrales y Mango en el 2014 muestran que existe una relación con el estado civil de la madre y el cumplimiento del esquema de vacunación, ya que los resultados obtenidos demuestran que las madres que se encuentran en unión libre o casadas cumplen con los esquemas de vacunación infantil de sus hijos, esto puede deberse que la madre al contar con su pareja tiene una estabilidad económica y mayor tiempo para llevar al niño a vacunar.(60)

De acuerdo con la religión que profesan de las madres encuestadas en la investigación, el credo católico es el más practicado por ellas. El catolicismo es una de las religiones que cuentan con un mayor número de creyentes y se debe a diferentes factores que se han presentado a lo largo de la historia, lo que permite que la misma se expanda en muchas personas en el mundo(61)

El nivel de escolaridad es uno de los factores que se toman en cuenta en la investigación y que a su vez tiene una influencia en el cumplimiento de los esquemas de vacunación, los resultados obtenidos que se mostró en la figura N°6 donde el nivel de primaria incompleta obtuvo una alta respuesta por parte de las madres, Asqui en el 2014 en su investigación refiere que el nivel de escolaridad que presentan las madres en su mayoría es la primaria ya sea completa o incompleta lo que da como resultado un grupo alto que desconoce la

importancia de la vacunación para los niños, además de los beneficios que estas traen como la prevención de enfermedades.(32)

En cuanto a la cantidad de hijos que tienen las madres encuestadas, la mayoría de ellas solo tiene un hijo, representado por 24% el total de 100, las madres que presentan más de un hijo tienden a descuidar un poco situaciones como el llevar a vacunar al niño debido a que presentan muchas responsabilidades con todos sus hijos y captan toda la atención necesaria, mientras que aquellas que solo tienen un hijo cumplen el esquema de vacunación infantil y puede deberse a que son madres primerizas y muestran mayor interés y preocupación, así lo refiere Corrales y Mango en su estudio realizado en el año 2014.(60)

Según la edad de los niños de cada madre encuestada, el rango de un año a tres años es donde se ubican la mayor cantidad, siendo una población susceptible a enfermedades por la no aplicación de las vacunas, Ashqui refiere en su estudio que el rango de edad de los niños que se encuentran entre el año de nacido y los tres años son aquellos que por su edad ya tienen gran parte del esquema de vacunación completo o así se espera. (32). En este caso los niños con los que se realiza la investigación presentan el esquema completo según la edad.

Aunado a lo anterior, los factores económicos presentan influencia en el comportamiento y vida de las personas, uno de ellos es el ingreso económico del hogar, el cual se valora en cada madre encuestada dando como resultado que el salario aproximado por mes para cada

familia es de \$150000 a \$200000, siendo este el ingreso que presenta mayor respuesta, esto se relaciona con un estudio realizado en Perú en el año 2016 donde Lizana afirma que los ingresos económicos tienen repercusión en aspectos como el cumplimiento de los esquemas de vacunación. El estatus de la mayoría de las familias es un estrato económico medio por lo que este medio de ingreso no interfiere en el cumplimiento del esquema de vacunación, ya que las vacunas son de forma gratuitas y las madres no deben de invertir en ellas.(62)

Relacionado con el ingreso económico, se valora si el dinero que ganan por familia es suficiente para cubrir todas las necesidades básicas en el hogar, así como gastos escolares, debido al monto que ingresa en cada familia el cual es bajo-medio y para solventar los gastos necesarios no es suficiente, así lo refieren la mayoría de las encuestadas, donde aseguran que nunca es suficiente el dinero con el que cuentan.

La mayoría de las madres encuestadas son de nacionalidad extranjera por lo que cuando se preguntó si contaban con seguro social la mayoría de ellas refieren que no, esto por todo el proceso y papeleo que lleva realizar este procedimiento en el país, además de que se debe pagar un monto por el mismo en algunos casos. Zúñiga en su investigación sobre los factores que influyen la cobertura del biológico TD toma en cuenta si los usuarios poseen seguro social o no, y que tanto influye esto en el cumplimiento de los esquemas de vacunación, donde no tiene relación con esto porque las vacunas son gratuitas como está estipulado en la ley.(63)

Las familias que se toman en cuenta para la investigación son muy numeradas pero en su mayoría en el hogar solo viven cuatro miembros, esto representa un hacinamiento por lo tanto un inconveniente en la cobertura de los esquemas de vacunación infantil, aunque Zúñiga refiere en su investigación que al vivir más de 3 personas en el hogar y siendo este con recintos o dormitorios pequeños ya se le llama hacinamiento y es propenso a la transmisión de enfermedades.(63)

Según condiciones de la vivienda y servicios básicos se obtienen resultados tales que en su mayoría tienen casa propia pagada en su totalidad, así también cuentan con los servicios básicos como agua y luz, el tipo de vivienda es de madera y consideran que la condición de la estructura es regular. Zúñiga refiere que las condiciones de la vivienda se relacionan con el estado de salud de las personas tienen repercusiones en los ámbitos físicos, psicológicos y sociales de los usuarios, la mala condición en cuanto a higiene e infraestructura genera la aparición y propagación de enfermedades.(63)

En cuanto a las condiciones laborales estas madres presentan tasas de desempleo altas, son pocas las que tienen trabajo fijo o trabajos ocasionales, las que laboran tienen ocupaciones de recolectoras de café, salonerías, secretarias, agricultores, entre otros. Presentan horarios diurnos de lunes a sábado, lo que interfiere en algunos casos con el cumplimiento de los esquemas por parte de las madres debido a la dificultad para llevar al niño a los centros de salud, aunque en su mayoría afirman no presentar problemas en sus trabajos por permisos o problemas para acceder al centro de salud.

Cruzado y Ubillus refieren que aquellas madres que se encuentran en el hogar le dedican más tiempo a la crianza del niño por lo tanto se encuentran más pendientes de sus necesidades, y este rol repercute en la salud del niño mientras que aquellas madres que laboran pueden presentar estrés laboral y este afectar la salud del niño. (29)

En cuanto a los servicios de salud, el tiempo que tardan en llegar a este y el medio de transporte que utilizan las madres, refieren que si utilizan los servicios de salud, no siempre, solo en casos necesarios y urgentes, al tener el centro de salud cerca el tiempo que tardan es poco en desplazarse y lo hacen caminando la mayor parte del tiempo. Relacionado con el estudio realizado por Ashqui donde el medio de transporte al centro de salud es caminando esto debido a la cercanía del mismo, por lo que el acceso a los centros de salud es más común y fácil para toda la población en general.(32)

El conocimiento sobre las campañas de vacunación así como de la manera o los medios por los cuales reciben la información de las inmunizaciones son influyentes en el cumplimiento de los esquemas por parte de las madres de los menores, ya que así tienen la información sobre beneficios, calendario, importancia y demás de los biológicos, así como de las enfermedades que previenen. Del total de las madres encuestadas la mayoría conoce sobre estas campañas, esto por medio de los profesionales de salud, la televisión, entre otros medios.

González en el 2012 obtiene resultados semejantes a los que se presentan en esta investigación, donde el conocimiento de las madres sobre las campañas de vacunación así como los medios por los cuales reciben esta información presentan resultados positivos, con valores porcentuales semejantes, el papel por parte del funcionario de salud para la promoción de las campañas de vacunación en este caso presentan un rol importante para mejorar la información sobre este tema a toda la población en general, más en aquellas que son más beneficiadas. (64)

En cuanto a la importancia de la vacunación y el conocimiento de las madres sobre los esquemas propios de su país los resultados que se obtienen son de igual manera positivos, ya que la mayoría de estas refieren conocer los esquemas de vacunación propios de su país, y en su totalidad consideran que las vacunas son de gran importancia para la salud de los infantes.

Esto se relaciona con la tesis realizada por Lizana en el 2016 donde el nivel de conocimiento de las madres sobre los calendarios de vacunación es elevado, esto debido a que los niños presentan los esquemas completos y la información que reciben las madres es provechosa, además de la importancia que tienen estas en la salud de las personas, en especial en los niños por la prevención de enfermedades y el control de las mismas.(62)

Sobre el conocimiento de la ley de vacunación que existe en Costa Rica la respuesta es negativa por parte de las encuestadas, ya que muchas de ellas no viven en el país por

cuestiones de trabajo, mientras que aquellas que residen en Costa Rica de igual manera no tiene mucho conocimiento sobre esta ley, debido a la poca información que han recibido de la misma.

Entre los posibles efectos que se puede presentar luego de colocar una vacuna están la fiebre, el dolor en el sitio de punción, inflamación o pesadez en el brazo, entre otros posibles efectos; uno de los cuales la mayoría de las madres indica que era el que más sufrió su hijo luego de la vacunación es la fiebre, el cual según la norma nacional de vacunación del año 2013 en todas las vacunas que se aplican a los infantes, los posibles efectos secundarios que se pueden presentar el más común es la fiebre.(43)

En cuanto al conocimiento que tienen las madres encuestadas sobre si se necesita tener seguro social para la colocación de las vacunas o no, la respuesta que obtiene un mayor valor fue no se necesitaba poseer seguro social, es decir que consideran que no es necesario estar aseguradas o los niños en este caso para la aplicación de las vacunas, esto debido a que está establecido a nivel nacional, según la ley nacional de vacunación que las inmunizaciones son gratuitas para toda la población en general, además de ser de carácter obligatorio y de fácil acceso para todas las personas, esto para prevenir enfermedades y promover la salud independientemente que se cuente con seguro social o no.(22)

Los infantes al cumplir los esquemas de vacunación cuentan con carnet de vacunas, ya que es de carácter obligatorio para el bienestar de la salud del niño, aparte de requisito para la

matricula a los centros educativos, también de que se si el niño es extranjero al estar en el país automáticamente se acoge a las normas y reglamentos propios del mismo, de los hijos de las madres encuestadas todos presentan carnet de vacunas y en su totalidad tienen el esquema completo según la edad de niño, solo dos en este caso presentan el calendario incompleto por la diferencia de los esquemas propios de Costa Rica en comparación con el del país de nacimiento.

Estos resultados concuerdan con un estudio realizado por Luna en el año 2014 donde el total de las madres utilizadas para la investigación cumplen con el esquema de vacunación infantil, además de que cada niño cuenta con su propio carnet de vacunación.(35)

El encargado de llevar al niño a vacunar siempre es la madre, en pocas ocasiones asiste el padre o algún abuelo o abuela a menos que la madre por cuestiones laborales no pueda llevar al niño, las madres refieren que al centro de salud que acuden a vacunar al niño es el Ebais, del cual la mayoría conoce el horario del mismo el cual es de 7:00 am a 4:00 pm, también se valora si este horario presenta algún impedimento o afectación para asistir con el niño a que sea vacunado, y las madres refieren que no consideran que esto afecte en el cumplimiento de los esquemas de vacunación.

Así concuerda con los resultados obtenidos en la investigación realizada donde la mayor parte del tiempo son las madres quienes llevan a vacunar a los niños, siendo estas las que cuentan con la mayor responsabilidad ya que son las encargadas del cuidado del menor.

Asisten al Ebais o centro de salud para la aplicación de la vacuna ya que por cercanía es más fácil el acceso y pertenece al primer nivel de atención que es donde se realizan estas funciones, así como en el segundo nivel de atención y el horario es accesible para las madres en especial para aquellas que no laboran.(32)

La mayoría de las madres afirman que asisten al centro de salud para la respectiva colocación de la vacuna al niño y no han presentado algún problema en cuanto a que el biológico no se encuentre disponible. La investigación realizada por Luna en el 2014 donde concuerda con los resultados obtenidos en esta investigación, las madres refieren que cuando han asistido al centro de salud para vacunar a sus hijos siempre el biológico se ha encontrado disponible, por lo tanto se da el cumplimiento en los esquemas de vacunación infantil.(35)

Cuando se realizan campañas de vacunación masivas a nivel nacional el tiempo de espera por parte de las madres en algunos casos es bastante largo debido a la influencia de personas que asisten a los centros de salud, en esta investigación la mayoría de las madres encuestadas son de nacionalidad Nicaragüense y en ese país cuando se realizan campañas de vacunación la población que asiste es mucha, las mismas refieren esperar más de 30 minutos para la administración del biológico al niño, a pesar de que el tiempo de espera es bastante las madres no refieren insatisfacción con esta situación.

El estudio de Luna afirma que las madres están de acuerdo con el tiempo de espera en el centro de salud cuando se lleva el niño a vacunar y que quedan satisfechas, reflejando el cumplimiento por parte de las mismas con los calendarios de vacunación.(35)

Una de las situaciones que se valora en cada madre es la atención recibida por parte del profesional de salud al acudir al centro de salud para recibir este servicio, donde las respuestas obtenidas son sumamente positivas, ya que las mujeres refieren que el profesional de salud al momento de la vacunación brinda la educación sobre dosis, efectos adversos posibles, beneficios, riesgos y enfermedades contra las que protege, además cada pregunta que resulta por parte de la madre es contestada por el funcionario, así como la información y explicación respectiva sobre el próximo refuerzo. A pesar de esto las encuestadas afirman que el servicio recibido es bueno o excelente.

Esto se relaciona con los datos obtenidos por Luna donde las encuestadas afirman recibir un buen trato por parte de los profesionales de salud a la hora de la colocación de la vacuna al niño, así como la información correspondiente sobre beneficios, efectos, entre otros aspectos sobre el biológico.(35)

Los usuarios no esperan que el ATAP (Asistente Técnico de Atención Primaria) llegue al hogar para la colocación de la vacuna al niño que le corresponde, ya que en algunos casos estos no realizan las visitas correspondientes a las madres. Zúñiga afirma en su trabajo de investigación que las personas no esperan a que el ATAP llegue a sus hogares en algunos

casos porque este no porta la nevera con las respectivas vacunas, también dependiendo del lugar donde viven el ATAP no cubre esa zona por lo que les es más sencillo acudir al servicio de salud.(63)

Algunas personas consideran que las vacunas van dirigidas a una población en específico ya sea niños, personas enfermas, adultos mayores, entre otros; al preguntar a las madres a cual tipo de población van dirigidas las vacunas la mayoría respondieron a toda la población en general sin especificación alguna, tal como lo menciona Morillo en su estudio, ya que la población en análisis refiere que consideran que las vacunas están dirigidas a toda la población en general, en algunos casos se centran en algún grupo en riesgo por cuestiones de prevención de enfermedades.(65)

La influencia por parte de algún tercero ya sea familiar, amigo, vecino o compañero de trabajo para la colocación de alguna vacuna al niño, así como si en algún momento la madre rehúsa la administración del biológico y si ellas o algún familiar o amigo ha pasado por alguna mala experiencia, son temas evaluados en esta investigación en donde casi la totalidad de las encuestadas afirman no ser influenciadas por terceros, o han rehusado la colocación de la vacuna al niño en algún momento y tampoco, han sufrido una mala experiencia con este asunto.

Esto se relaciona con el estudio realizado por Gamarra donde las encuestadas afirman que a pesar de que algunas personas cercanas a ellas han tenido una mala experiencia con las

vacunas en algunas ocasiones ellas de igual manera llevan al niño a vacunas porque saben lo importante que son para la salud del mismo, refieren también que algún tercero no le menciona que no vacune al niño más bien todo lo contrario.(66)

Entre los cuidados posteriores a la colocación de la vacuna al niño que realizan las madres la mayoría responden que administran acetaminofén infantil para contra restar cualquier posible efecto secundario del biológico, así como manzanilla en la zona de la punción para calmar el dolor. Asqui refiere en su investigación que luego de la colocación de la vacuna las madres siguen las indicaciones de la enfermera pero por recomendaciones de familiares aplican cuidados caseros como la manzanilla en el área donde colocan la vacuna, así como acetaminofén o Panadol para evitar la fiebre, disminuir el dolor y el malestar al niño.(32)

Entre las creencias, mitos y costumbres las madres aclaran que no se genera alguna enfermedad al colocar alguna vacuna, que si ellos están vacunados las demás personas a su alrededor no se van a enfermar, no ven como impedimento para el cumplimiento de los esquemas de vacunación la religión, si en algún momento las condiciones de salud del país mejoran se deben eliminar las vacunas cuya respuesta fue que no ya que son necesarias, además de que estas son necesarias para aquellas enfermedades que no se presentan en este país.

El no tener conocimiento sobre las vacunas y los beneficios que estas traen así como contra las enfermedades que protege nos llevan a que las madres no vacunen a sus hijos porque de

igual manera cumplen con el esquema correspondiente, al no confiar en el personal de salud no influye en la colocación del biológico, ya que ellas refieren que si están ahí es porque tienen la capacidad y el conocimiento para realizar el trabajo.

En cuanto a que si pensaban que las vacunas causan algún tipo de esterilidad o autismo la respuesta obtenida en su totalidad fue que no, de acuerdo al calendario en algunos casos al infante se le debe aplicar cuatro vacunas. Al mismo tiempo se pregunta si consideran que esto podía causar algún efecto secundario en el niño y la mayoría responde que no.

La gripe la consideran una molestia pero si ven necesario vacunarse para evitar la enfermedad, ellas consideran que la inmunización que da la enfermedad es buena pero que es mejor las que generan las vacunas. Además, consideran que las vacunas están dirigidas a toda la población en general sin clasificación alguna, vacunan al niño porque lo están protegiendo contra enfermedades además de darle una buena calidad de vida y en su totalidad afirman que las vacunas son buenas para la salud.

Dependiendo la cultura en la que se desarrollen las personas, así como su ambiente social y su condición económica, son factores influyentes en la salud de cada individuo, ya que debido a esto en muchos casos el acceso a los servicios de salud es difícil, el tener que laborar para llevar el sustento al hogar impide el cumplimiento de citas de control para la salud de los infantes, las creencias que tienen sobre que son las vacunas y para qué sirven determinan la decisión de los padres de colocar o no el biológico al niño así como, en

algunos casos la religión que profesan o la falta de información sobre las campañas de vacunación interfieren en el cumplimiento de los esquemas de vacunación infantil.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Los factores socioeconómicos que predominan con mayor porcentaje son la nacionalidad Nicaragüense con un 53%, el rango de edad que más valor obtiene es de 20 a 30 años con un total de 52% de ellas, el 57% viven en unión libre, el nivel de escolaridad con mayor respuesta es la primaria incompleta con 43%, el ingreso económico es bajo por familia con un aproximado de ₡150000 a ₡200000 mensuales y el 69% de ellas no poseen seguro social.

El 58% se encuentra desempleada, a pesar de no tener seguro social la mayoría el 89% de las madres asiste a los centros de salud cuando es necesarios, el tiempo que tardan en trasladarse al centro de salud más próximo es de 1 a 30 minutos y lo hacen caminando, 97% acuden a los Ebais para la aplicación de las vacunas y conocen el horario del mismo.

El 69% conoce sobre las campañas de vacunación el cual adquieren por los profesionales de salud, la televisión o el radio, entre otros medios de información, el 100% consideran que las vacunas son de gran importancia para la salud y el 58% conoce el esquema propio de su país, el 98% de los niños cumple con el esquema de vacunas y el 100% de ellos cuenta con carnet de vacunas.

El trato que se recibe por el profesional de salud es considerado bueno por parte de las encuestadas lo que representa el 43%, mientras que la educación brindada por el funcionario a las madres sobre las vacunas obtuvo que el 90%, el 96% de ellas refieren que cualquier duda o inquietud que resulte en el momento es respondida por el profesional de salud.

Relacionado con los factores culturales 93% madres utilizan como cuidado posterior a la vacuna acetaminofén infantil así como remedios caseros como la manzanilla representada por 65% de ellas, el 90% no creen que las vacunas generen alguna enfermedad además, el 60% de ellas afirma que aunque las condiciones de salud del país mejores de igual manera se debe de seguir colocando vacunas, el 100% no cree que las vacunas causen algún tipo de autismo o esterilidad.

El 76% considera que el colocar más de una vacuna al infante al mismo tiempo no genera algún efecto secundario en este, la inmunización que genera la enfermedad es buena pero es mejor la que producen las vacunas así lo afirman el 92% de las encuestadas, el 100% de ellas refieren que las vacunas son buenas para la salud y que son necesarias para toda la población en general.

6.2 RECOMENDACIONES

Para los administradores de las fincas se les recomienda lo siguiente:

Durante el periodo de cosecha de café se debe tener un control de los esquemas de vacunación de los niños que ingresan durante este tiempo para evitar la propagación de alguna enfermedad por falta de vacunas.

Recibir mayor información sobre la vacunación en los países de Nicaragua, Costa Rica y Panamá, ya que son los ciudadanos que acuden a las fincas a laborar durante este periodo, así tienen conocimiento sobre si los esquemas de vacunación infantil están completos.

Coordinar con el Ministerio de Salud para crear mini campañas de vacunación durante los tres meses de cosecha, para tener un mayor control de la salud de los menores además de educar a las madres sobre el tema de las inmunizaciones.

Para los profesionales de salud se les recomienda lo siguiente:

Educación por parte de los profesionales sobre las diferentes costumbres y creencias que tienen este tipo de población para así generar una mejor intervención en salud y lograr resultados positivos.

Promover visitas con regularidad a este tipo de fincas cafetaleras con el fin de dar un seguimiento de esquemas de vacunación infantil, control de tratamiento por padecimientos crónicos, verificación de condición de salud general, entre otros.

Para las madres recolectoras se les recomienda lo siguiente:

Mantenerse informadas sobre las campañas de vacunación que se realizan de manera anual y así llevar un esquema completo de vacunación de sus hijos, además de educarse sobre los beneficios que estas tienen para la salud

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Vacunas [Internet]. WHO. [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>
2. OMS | Cobertura vacunal [Internet]. WHO. [citado 31 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/es/>
3. Moscatelli R, Mazzulla AE, Facchini C, MARTÍNEZ A, GUTIÉRREZ S, Montano A. Índice de cobertura de la vacuna antihepatitis B en una población de riesgo. Arch Pediatría Urug [Internet]. 2006 [citado 31 de octubre de 2017];77(1):18-23. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12492006000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Goicoechea Sáez M, Montoro F, M.^a A, Momparler Carrasco P, Gallego R, Jesús M^a, et al. Enfermedad invasora por Haemophilus Influenzae antes y después de la campaña de vacunación en la población infantil de la Comunidad Valenciana (1996-2000). Rev Esp Salud Pública [Internet]. junio de 2002 [citado 31 de octubre de 2017];76(3):197-206. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272002000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Acosta Ramírez N, Rodríguez García J. Inequidad en las Coberturas de Vacunación Infantil en Colombia, Años 2000 y 2003. Rev Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 16 de septiembre de 2017];8(Su1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=42289909>
6. Salleras LL, Taberner JL, Batalla J, Urbitzondo LL, Plans P, Domínguez A, et al. Enfermedades prevenibles mediante vacunas sistemáticas. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000. Med Clínica [Internet]. 2003 [citado 30 de octubre de 2017];121(Supl 1):74-8. Disponible en: <https://medes.com/publication/10857>
7. B V, Teresa M. Desarrollo y futuro del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Chile. Rev Chil Infectol [Internet]. 2001 [citado 31 de octubre de 2017];18:31-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0716-10182001000000007&lng=es&nrm=iso&tlng=en
8. Santos JI. El Programa Nacional de Vacunación: orgullo de México. Medigraphic.com [Internet]. junio de 2002 [citado 28 de octubre de 2017];45(3):13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2002/un023g.pdf>
9. De Mucio B, Iraola In, Laurani H, GOÑI N, Hortal Mar. Primera experiencia nacional de vacunación antiinfluenza en población infantil. Arch Pediatría Urug [Internet]. 2006 [citado 31 de octubre de 2017];77(1):13-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12492006000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

10. Nieto Guevara J, López Ó, González G. Impacto de la introducción de la vacuna contra el rotavirus en la hospitalización por gastroenteritis aguda grave en el Hospital del Niño de la Ciudad de Panamá. PAHOWHO Institutional Repos [Internet]. 2008 [citado 31 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9933>
11. Victor M. Evaluación de Programas de Recursos Humanos en Salud. Esquema de referencia para el informe del país [Internet]. OPS; 2013. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/evalprogra_instrum4_pan.pdf
12. García Cenoz M, Castilla J, Montes Y, Morán J, Salaberri A, Elía F, et al. Incidencia de la varicela y el herpes zóster antes de la introducción de la vacunación sistemática infantil en Navarra, 2005-2006. An Sist Sanit Navar [Internet]. abril de 2008 [citado 31 de octubre de 2017];31(1):71-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272008000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Ruiz-Rodríguez M, Vera-Cala LM, López-Barbosa N. Seguro de Salud y Cobertura de Vacunación en Población Infantil con y sin Experiencia de Desplazamiento Forzado en Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 30 de octubre de 2017];10(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=42210105>
14. Pelaez Claros AC. Conocimiento sobre inmunizaciones y cumplimiento del calendario vacunal en madres de niños menores de 5 años en el puesto de salud “Leoncio Prado” Pamplona alta- San Juan de Miraflores, 2016 [Internet]. [Lima Peru]: Universidad privada Arzobispo Loayza escuela profesional de enfermería; 2016 [citado 15 de septiembre de 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/Alejandro/Documents/MARCELA%20TESIS/004%20PELAEZ%20CLAROS,%20ALISSON%20CONSUELO.pdf>
15. Dickinson F, Perez A, Galindo M, Quintana I. Impacto de la vacunación contra Haemophilus influenzae tipo b en Cuba. Revista Panamericana Salud Publica [Internet]. 2001 [citado 28 de octubre de 2017];10(3):5. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8634/6562.pdf?sequence=1>
16. Ministerio de Salud. Analisis de Situacion de Salud Panamá [Internet]. 2015 [citado 6 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/asis_2015.pdf
17. Semana de Vacunación en las Américas 2018 | Acciones en Salud pública [Internet]. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/vwa/es/>
18. Dr. Oscar Porras Madrigal. Vacunación contra influenza: Costa Rica 2016. Scielo [Internet]. 2016 [citado 16 de septiembre de 2017];58(4). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022016000400144&script=sci_arttext&tlng=en

19. Ministerio de Salud de Costa Rica, Caja Costarricense del Seguro Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Lineamientos para la vacunación contra influenza en grupos de riesgo en Costa Rica [Internet]. Caja Costarricense del Seguro Social; 2004 [citado 15 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/salud/vacunacion_influenza.pdf
20. Ricardo Morales Vargas. Evaluación y evidencia para la vacunación contra rotavirus y vacunación contra Streptococcus pneumonia en Costa Rica. Rev costarric salud pública [Internet]. 2006 [citado 16 de septiembre de 2017];15(29). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292006000200009
21. Costa Rica aumenta cobertura de vacunación en menores [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Pais-aumenta-cobertura-vacunacion-menores_0_1424457574.html
22. Asamblea Legislativa de la Republica de Costa Rica. Ley Nacional de vacunacion N°8111.
23. Gallardo MJ. Salud en Costa Rica: Incorporar el enfoque de capacidad para evaluar la equidad [Internet]. Estado de la Nación; 2016. Disponible en: https://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/016/mariajose_gallardo.pdf
24. UNICEF – Chile » EDUCACIÓN, INGRESO Y ETNIA SON LOS FACTORES SOCIALES QUE MÁS INFLUYEN EN LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS ADOLESCENTES Y MADRES [Internet]. [citado 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://unicef.cl/web/educacion-ingreso-y-etnia-son-los-factores-sociales-que-mas-influyen-en-la-salud-de-ninos-ninas-adolescentes-y-madres/>
25. Van Der Laat CJ. Aproximación a la condición de salud de los pueblos indígenas de Costa Rica [Internet]. Ministerio de Salud de Costa Rica; 2012. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/docPerfil%20de%20Salud%20%20de%20Pueblos%20Indigenas%20de%20CR.pdf>
26. Vacunas. Qué son, cómo actúan y su importancia [Internet]. Sanitas. [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: [//www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/importancia-vacunas/index.html](http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/importancia-vacunas/index.html)
27. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. Séptima. España: ELSEVIER; 2011. 797 p.
28. Definición de Factor [Internet]. Definición ABC. [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/factor.php>
29. Cruzado Cabanillas KN, Ubillos Bardales KY. "Factores Sociodemográficos Maternos y Cumplimiento del Calendario de Vacunación en Niños de un Año de Edad

- Hospital Tomás Lafora-Guadalupe,2012 [Internet]. [Perú]; 2012 [citado 6 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/5680>
30. Rosario de Fátima Izquierdo Orosco. CONOCIMIENTO DE MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO SOBRE INMUNIZACIONES Y EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO VACUNAL. [Lima Perú]: UNIVERSIDAD RICARDO PALMA; 2014.
 31. Becerra Muñoz MP. Barreras de acceso al Programa Ampliado de Inmunizaciones, de la población infantil asistente a las casas vecinales de Tibabita y Horizontes de la localidad de Usaquén, Bogotá D.C., año 2008 [Internet]. [Bogotá Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2008 [citado 15 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4306/1/597662.2011.pdf>
 32. Ashqui Chacha SP. “FACTORES SOCIO CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA TASA DE ABANDONO DE LAS VACUNAS ANTIPOLIO, PENTAVALENTE Y ROTAVIRUS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE LA PARROQUIA PASA PERTENECIENTE AL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA DURANTE EL PERÍODO ENERO – JUNIO 2013”. 19 de agosto de 2014 [citado 10 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/7970>
 33. Olmedo Quintero LF. Factores socioculturales que influyen en el cumplimiento del esquema de inmunización en niños menores de 5 años, cantón San Lorenzo, provincia Esmeraldas. [Internet]. [Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016 [citado 15 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/878/1/OLMEDO%20QUINTERO%20LUCIA%20.pdf>
 34. Richard GS. Arcadia Outpatient Surgery Center - ¿Qué son las vacunas? [Internet]. 2017 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.arcadiasurgerycenter.com/apps/HealthGate/Article.aspx?chunkid=231258>
 35. Luna Berroa SA. Factores socioeconómicos, culturales y laborales que se relacionan con el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de 13 meses, Centro de Salud Metropolitano Tacna - 2014. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2015 [citado 11 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/313>
 36. Porras O, Abdelnour A, Artavia E, Baltodano A, Barrantes M, Fernandez J, et al. Esquema de vacunación para el grupo de edad de 0-18 años. Acta Médica Costarric [Internet]. octubre de 2006 [citado 22 de noviembre de 2017];48(4):204-7. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-60022006000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 37. Montoya Villafane Hugo Humberto. Microbiología básica para el área de la salud y afines [Internet]. segunda. Colombia: Universidad de Antioquia; 2008 [citado 8 de noviembre de 2017]. 255 p. Disponible en:

https://books.google.co.cr/books?id=5RjS6B0X5RgC&pg=PA135&dq=tipos+de+inm+unidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi8r_yrv9PXAhVL6IMKHZBEA10Q6AEIJDA A#v=onepage&q=tipos%20de%20inm+unidad&f=false

38. González Hachero José, Pérez Quintero José Angel. Clasificación de las vacunas [Internet]. Universidad de Sevilla; 2005 [citado 8 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.vacunas.org/clasificacion-de-las-vacunas/?print=print>
39. Castillo de Febres Olga, Carrizo Juan. Manual de vacunas [Internet]. Venezuela: Panamericana; 2008 [citado 9 de noviembre de 2017]. 62 p. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=nBKfKSHuTQQC&pg=PT77&dq=tipos+de+vacunas&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiZwLmO4dPXAhWGk-AKHUNGDaMQ6AEITTAI#v=onepage&q=tipos%20de%20vacunas&f=false>
40. Ministerio de Salud de Panamá. Programa Ampliado de Inmunización | Programa [Internet]. 2012 [citado 30 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pa/programa/programa-ampliado-de-inmunizacion>
41. Vacunas para todos en Nicaragua - LVDS [Internet]. La Voz del Sandinismo. 2016 [citado 28 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.lavozdelsandinismo.com/salud/2016-10-07/vacunas-todos-nicaragua/>
42. Ministerio de Salud de Nicaragua. Plan Multianual. Programa de inmunizaciones 2009-2015. 2015.
43. Morales VZ, Alfaro AS, Delgado NF, Fernandez HR, Salazar H, Arruba R. Norma Nacional de Vacunación [Internet]. Ministerio de Salud de Costa Rica; 2013 [citado 11 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/2302-norma-nacional-de-vacunacion-2013/file>
44. Leal Quevedo FJ, López López P. Vacunas en Pediatría [Internet]. tercera. Colombia: Panamericana; 2008 [citado 11 de noviembre de 2017]. 302 p. Disponible en: https://books.google.co.cr/books?id=2NKXhQ_oo6UC&printsec=frontcover&dq=vacunas+en+pediatria&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiT4f-J7-fXAhXD7SYKHdj4DBYQ6AEIJDA A#v=onepage&q=vacunas%20en%20pediatria&f=false
45. Noguera RA. Inmunizaciones. Algunos apuntes sobre vacunas [Internet]. primera. Costa Rica: Copyright; 2009 [citado 11 de noviembre de 2017]. 92 p. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=-cD0AQAAQBAJ&pg=PA3&dq=inmunizaciones&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj3r669efXAhUFJiYKHeg1BJcQ6AEIJDA A#v=onepage&q=inmunizaciones&f=false>
46. Rivera Montero R, Martínez Martínez R. Salud y Enfermedad del Niño y del Adolescente [Internet]. octava. Vol. 2. México: El Manual Moderno S.A de C.V; 2017 [citado 11 de noviembre de 2017]. 535 p. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=700->

DgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=salud+y+enfermedad+del+ni%C3%B1o+y+d
el+adolescente&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiKjP2f_OfXAhVI4SYKHVeiATQQ6A
EIJDA#v=onepage&q=salud%20y%20enfermedad%20del%20ni%C3%B1o%20y%
20del%20adolescente&f=false

47. Organización Panamericana de la Salud. Erradicación de la poliomielitis. Guía práctica [Internet]. tercera. Estados Unidos: OPS; 2005. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=vf-b9JSgLuQC&printsec=frontcover&dq=Poliomielitis&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj4i87A7enXAhVR4WMKHYusB5oQ6AEIJzAB#v=onepage&q=Poliomielitis&f=false>
48. Plata Rueda E, Leal Quevedo FJ. El pediatra eficiente [Internet]. sexta. Colombia: Panamericana; 2002. 672 p. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=IXsYxj4zTDcC&printsec=frontcover&dq=el+pediatra+eficiente&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj-zLL85unXAhUCbSYKHZfgCIMQ6AEIJDA#v=onepage&q=el%20pediatra%20eficiente&f=false>
49. Torres M, Dandicourt C, Rodríguez A. Funciones de Enfermería en la Atención Primaria de Salud [Internet]. 2016 [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi073-405.htm#cargo
50. Tuesca-Molina R de J, Segura Barrios I, Bruno Rubio V, Bustamante llinás M, Jiménez Hamburgén A, Maldonado Mendoza L. Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades. Barranquilla-Colombia. Rev Científica Salud Uninorte [Internet]. 22 de junio de 2015 [citado 10 de abril de 2018];31(2). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/7589>
51. Blanco Fraile C, Blanco Fraile C. Génesis y evolución del rol enfermero en la Atención Primaria de Salud de Cantabria [Internet] [info:eu-repo/semantics/doctoralThesis]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2016 [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/40240/>
52. Maza José Guillermo, Navarro José Ernesto, Rivas José Roberto, Alcides Humberto, Reyes Elena. Perfiles ocupacionales del Personal de Enfermería de Primer Nivel de Atención [Internet]. Ministerio de Salud Pública; 2006. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/perfiles_enfermeria_p_nivel_atencion_p1.pdf
53. Papel de la Enfermería en la vacunación | vacunas.org [Internet]. [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.vacunas.org/papel-de-la-enfermeria-en-la-vacunacion/>
54. Trejos Martínez F. Aplicación del modelo de Nola Pender aun adolescente con sedenterismo. Enfermería neurológica [Internet]. 2010;10:6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101j.pdf>

55. Aristizábal Hoyos LGP, Blanco Borjas LDM, Sánchez Ramos LA, Ostiguín Meléndez MRM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm Univ* [Internet]. 12 de septiembre de 2012 [citado 2 de diciembre de 2017];8(4). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/32991>
56. Aquino R, Isabel G. Rol de la enfermera en la promoción de estilos de vida saludables aplicando la teoría de nola pender en el Colegio Jorge Cieza Lachos Sjl-Lima 2014. *Repos Inst - UAP* [Internet]. 2017 [citado 20 de diciembre de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/5612>
57. Definición de Nivel socioeconómico » Concepto en Definición ABC [Internet]. [citado 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/economia/nivel-socioeconomico.php>
58. Hartley Ballester M, Delgado Ballester A. La reconfiguración de la fase de recolección de café: Una expresión de la transformación del mercado laboral en la cadenas de café en León Cortés. junio de 2017;29:29. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:e1QD-oFLF1EJ:www.revistas.una.ac.cr/index.php/perspectivasrurales/article/download/9285/11000+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=cr>
59. Quesada Pacheco M. El español de América Central ayer, hoy y mañana. 1 de enero de 2008;43.
60. Corrales Gallegos C, Quintanilla Mango GA. Factores relacionados con el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años. C.S. Mariscal Castilla. Arequipa 2014. *Univ Nac San Agustín* [Internet]. 2014 [citado 7 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2280>
61. La Parroquia Urbana. Capítulo I Catolicismo: La igeleis Católica [Internet]. 2015. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/vidal_r_ha/capitulo1.pdf
62. Lizana Ramón N. Factores socioculturales asociadas al cumplimiento del calendario de vacunas en niños menores de un año. Hospital Referencial de Ferreñate [Internet]. [Perú]: Señor de Sipán; 2016. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/757/1/LIZANA%20RAM%C3%93N%20ISIDA.pdf>
63. Zuñiga J. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COBERTURA DEL BIOLÓGICO TD EN LA POBLACIÓN DE 20 A 60 AÑOS DE EDAD DEL BARRIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, SAN FRANCISCO DE CORONADO, DURANTE EL PERIODO ENERO-ABRIL 2016. [Costa Rica]: Hispanoamericana; 2016.
64. González Sotelo DC. Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el centro de sald de Mala, 2011 [Internet]. [Perú]: Nacional Mayor de San Marcos; 2012. Disponible en:

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2515/1/Gonzales_Sotelo_Dina_Cirila_2012.pdf

65. Chavez Morillo Y. Factores que influyen en el abandono del calendario de vacunación en madres de niños menores de 5 años. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2017 [citado 11 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2692>
66. Gamarra Núñez H. FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS Y LA ACDTUD DE LAS MADRES FRENTE AL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 1 ANO- P.S HUAMBOCANCHA ALTA- CAJAMARCA 2014. [Perú]: Nacional de Cajamarca; 2014.

ANEXOS

Anexo 1

Esquema de vacunación infantil de Panamá				
Biológico	Edad de la vacunación	Dosis	Refuerzo	Lugar de aplicación
Hepatitis B	Antes de las primeras 12 horas de vida	1 dosis (0.5cc)	Ninguno	Intramuscular en el área del muslo (anterolateral)
BCG	Recién nacido	1 dosis (0.5cc o 0.1cc según proveedor)	Ninguno	Intradérmica en el músculo deltoides
Neumococo conjugado	2-4 meses	1 dosis (0.5cc)	12 meses y a los 5 años	Intramuscular en el área del muslo (anterolateral) y en el deltoides en el refuerzo de 5 años
Hexavalente (DPT+Hib+Hep B+ Polio inactivado)	2-4-6 meses	1 dosis (0.5cc)	Ninguno	Intramuscular en el área del muslo (anterolateral)
Influenza	6-11 meses 5-19 años en condición de riesgo	1 dosis (0.25cc)	Ninguno	Intramuscular en el músculo deltoides
Rotavirus	2-4 meses	2 dosis (1cc cada una)	Ninguna	Vía oral
MMR (SRP)	12 meses	1 dosis (0.5cc)	18 meses	Subcutánea en el musculo deltoides
Hepatitis A	12 meses	1 dosis (0.5cc)	18 meses	Intramuscular en el área del muslo (anterolateral)
Varicela	15 meses	1 dosis (0.5cc)	4 años	Subcutánea en el musculo deltoides
Fiebre amarilla	15 meses	1 dosis (0.5cc)	Ninguna	Subcutánea en el musculo deltoides

Neumococo polisacárido	24 meses	1 dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular en el área del muslo (anterolateral)
Polio oral Bi Valente	18 meses	De 2 a 3 gotas	4 años	Oral
Polio inactivado	18 meses	1 dosis (0.5cc)	4 años	Intramuscular en el área del muslo (anterolateral)
Tetraivalente (DPT+Hib)	18 meses	1 dosis (0.5cc)	Ninguno	Intramuscular en el área del muslo (anterolateral)
DPT	4 años	1 dosis (0.5cc)	Ninguno	Intramuscular en el área del muslo (anterolateral)
Virus papiloma humano	10 años 11 meses y 29 días	2 dosis (0.5cc) con 6 meses de intervalo	Ninguno	Intramuscular en el músculo deltoides

Anexo 2

Esquema de vacunación infantil de Nicaragua				
Biológico	Edad de la vacunación	Dosis	Refuerzo	Lugar de aplicación
BCG	Recién nacidos	1 Dosis (0.1cc)	Ninguna	Intradérmica, área del deltoides del brazo izquierdo.
Polio inyectable	2 meses	1 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular cara anterolateral del muslo izquierdo.
Polio oral	4,6 meses	2 Dosis (2 gotas)	Una dosis adicional a niños de 18 meses	Oral
Pentavalente (DPT+HB+Hib)	2,4,6 meses	3 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular cara anterolateral externa del muslo derecho.
Rotavirus	2,4 meses	2 Dosis (1.5cc)	Ninguna	Oral
Neumococo 13 Valente	2,4,6 meses	3 Dosis (0.5cc cada una)	Ninguno	Intramuscular cara anterolateral del muslo izquierdo.
MMR (SRP)	12 meses	1 Dosis (0.5cc)	18 meses	Subcutánea en el musculo deltoides
DPT	18 meses (al año de 3ra dosis de pentavalente)	1 Dosis (0.5cc)	6 años	Intramuscular cara anterolateral del muslo y en el músculo deltoides a los 6 años

dT	10 años	1 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular en el músculo deltoides
Influenza estacional	6 a 23 meses con enfermedades crónicas	2 Dosis (0.25cc cada una)	Ninguna	Intramuscular en el músculo deltoides

Anexo 3

Esquema de vacunación de Costa Rica				
Biológico	Edad de la vacunación	Dosis	Refuerzo	Lugar de aplicación
BCG	Recién nacidos	1 Dosis (0.1cc)	Ninguna	Intradérmica, área del deltoides del brazo izquierdo.
Hepatitis B	2-4-6 meses	1 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular cara anterolateral del muslo.
Pentavalente (Polio+ Difteria, Tétanos, tosferina+ Hib)	2-4-6 meses	1 Dosis (0.5cc)	15 meses	Intramuscular cara anterolateral del muslo.
Neumococo 13 Valente	2,4 meses	1 Dosis (0.5cc)	15 meses	Intramuscular cara anterolateral externa del muslo derecho.
SRP	15 meses	1 Dosis (0.5cc)	7 años	Subcutánea en el musculo deltoides
Varicela	15 meses	1 Dosis (0.5cc)	Ninguno	Subcutánea en el musculo deltoides
Tetavalente (Difteria, Tétanos, tosferina + Polio)	4 años	1 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular en el músculo deltoides
Td	10 años	1 Dosis (0.5cc)	Cada 10 años	Intramuscular en el músculo deltoides
Influenza	Niños menores de 2 años en condición de riesgo	1 Dosis (0.5cc)	Al mes de la primera dosis	Intramuscular en el músculo deltoides

Anexo 4

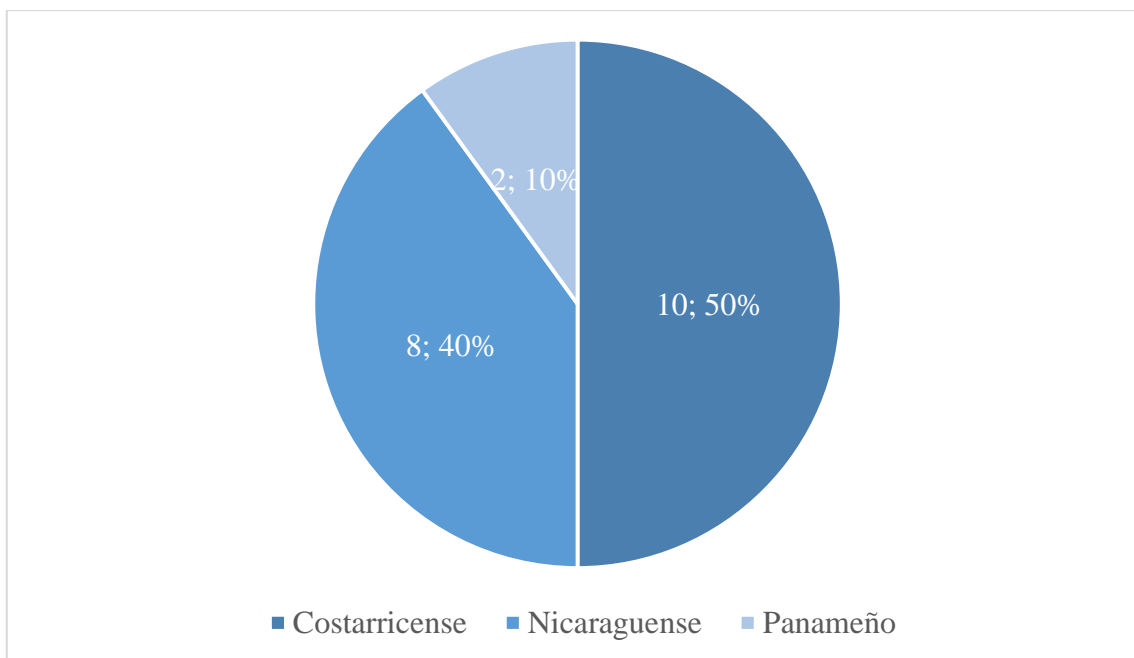


Figura N°1 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según nacionalidad, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

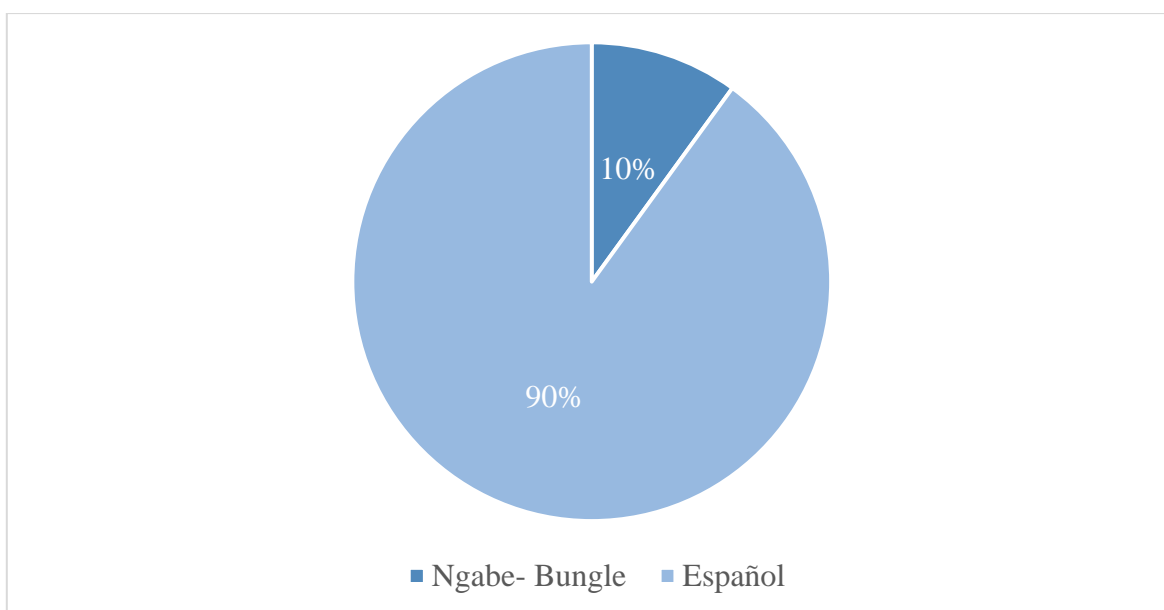


Figura N°2 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según idioma que hablan, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

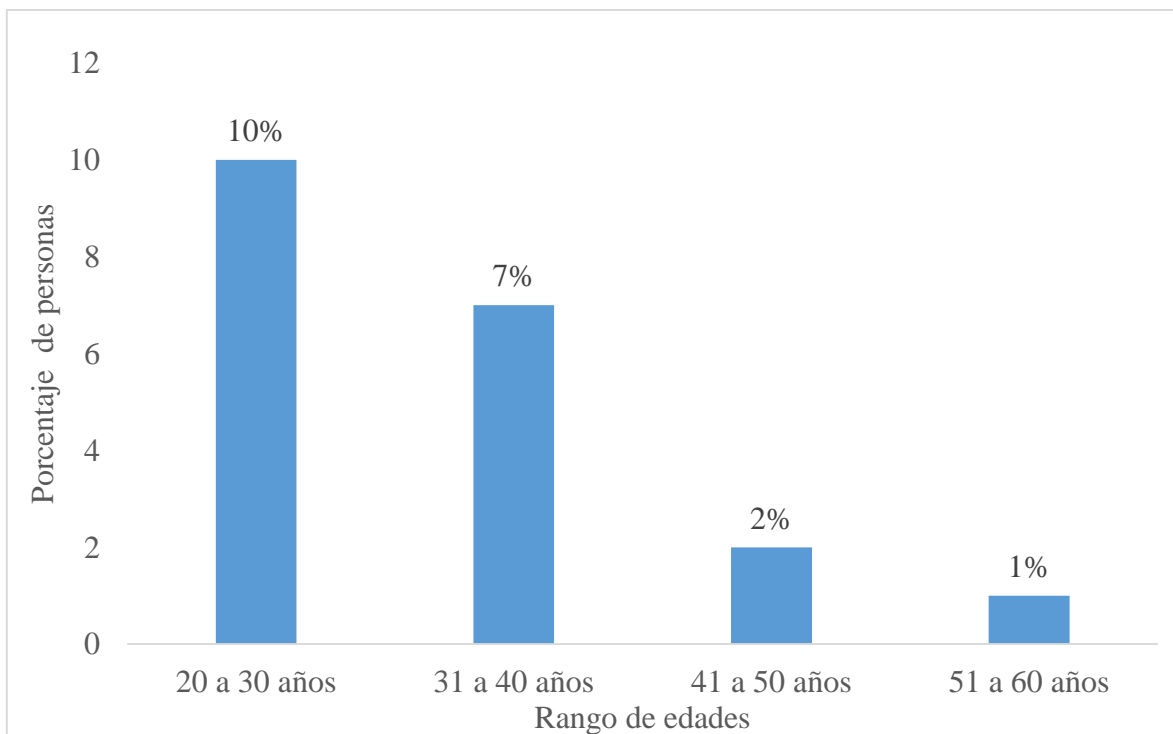


Figura N°3 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según rango de edad, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

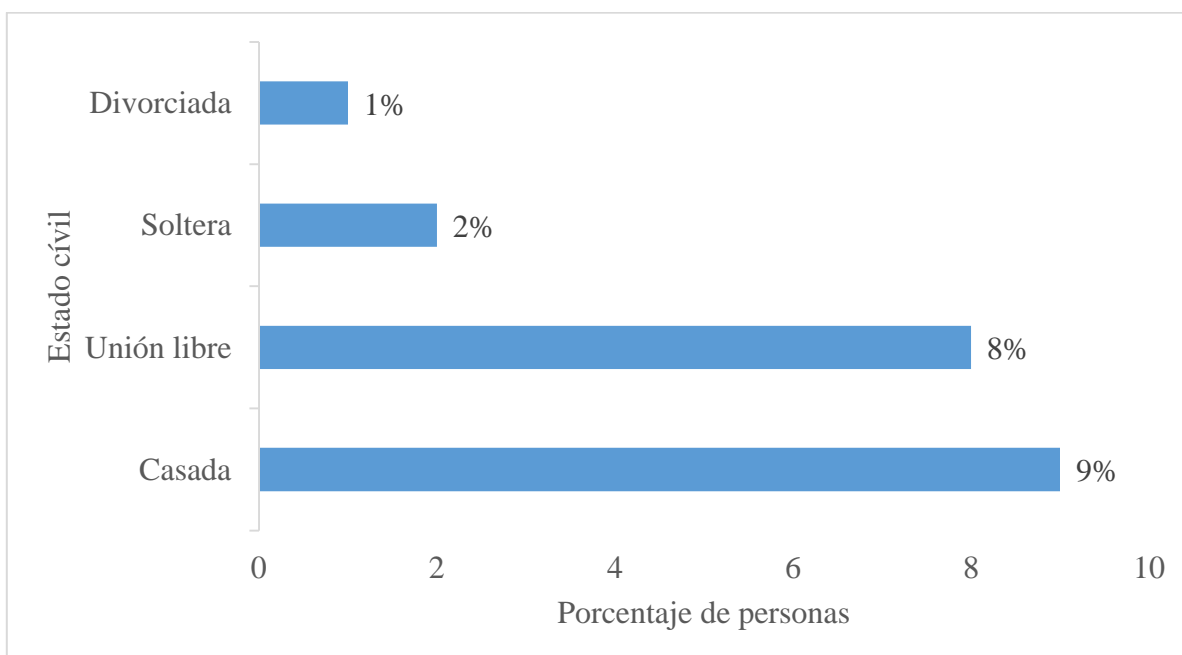


Figura N°4 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según estado cívil, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

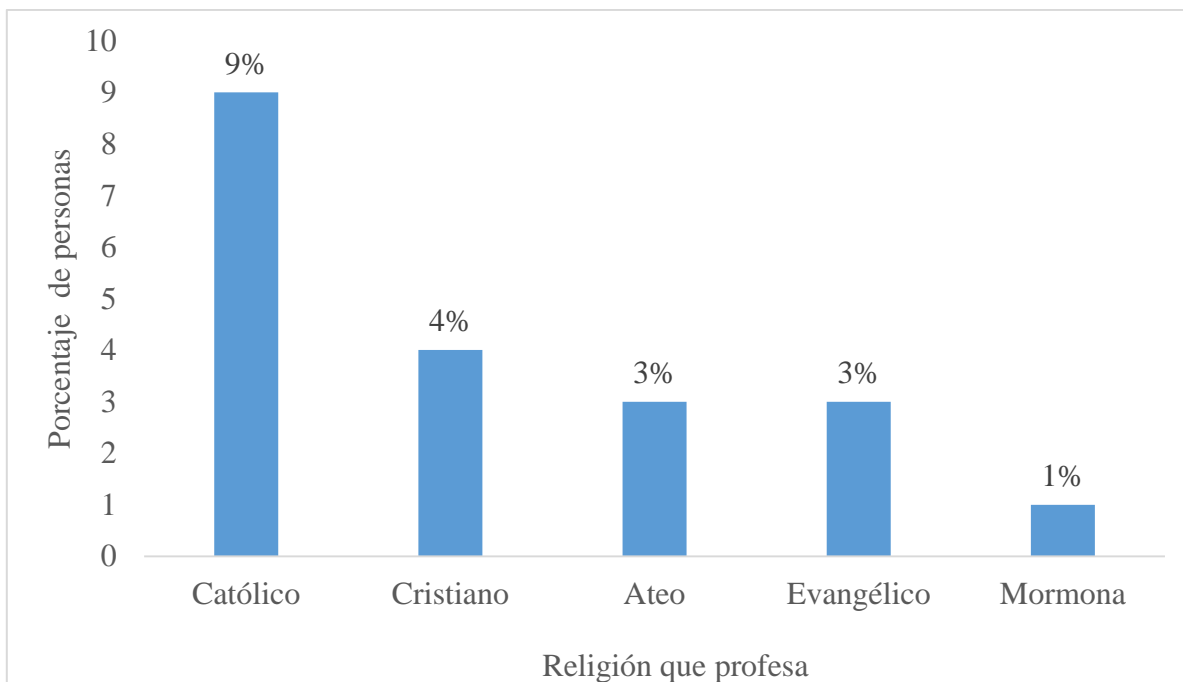


Figura N°5 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según religión que profesa, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

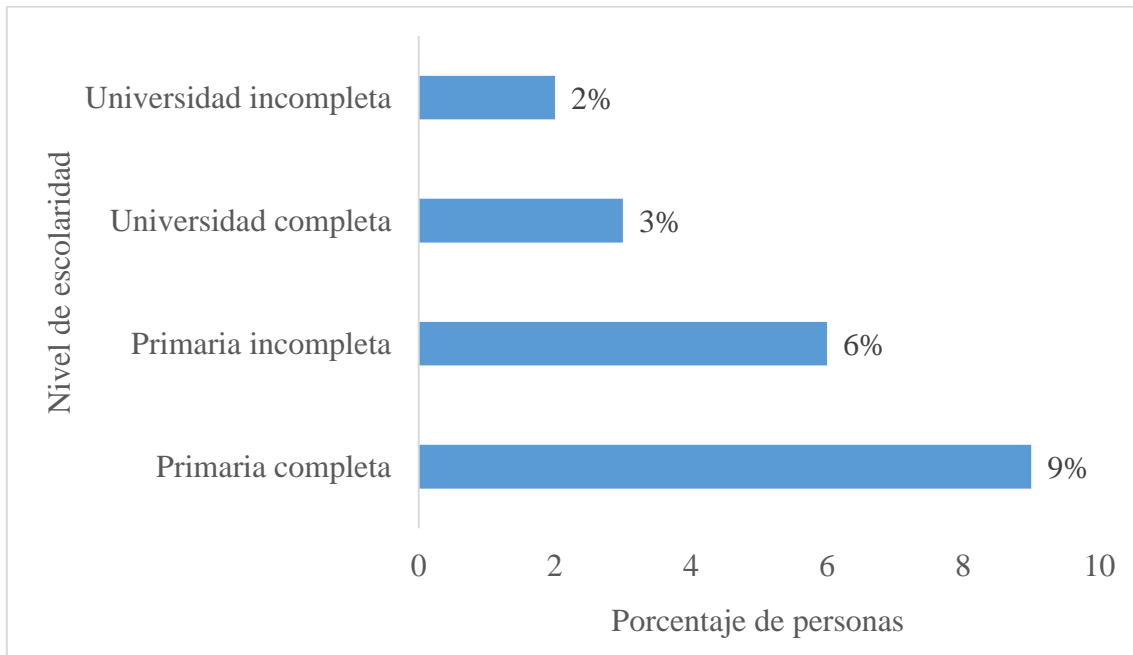


Figura N°6 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según nivel de escolaridad, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

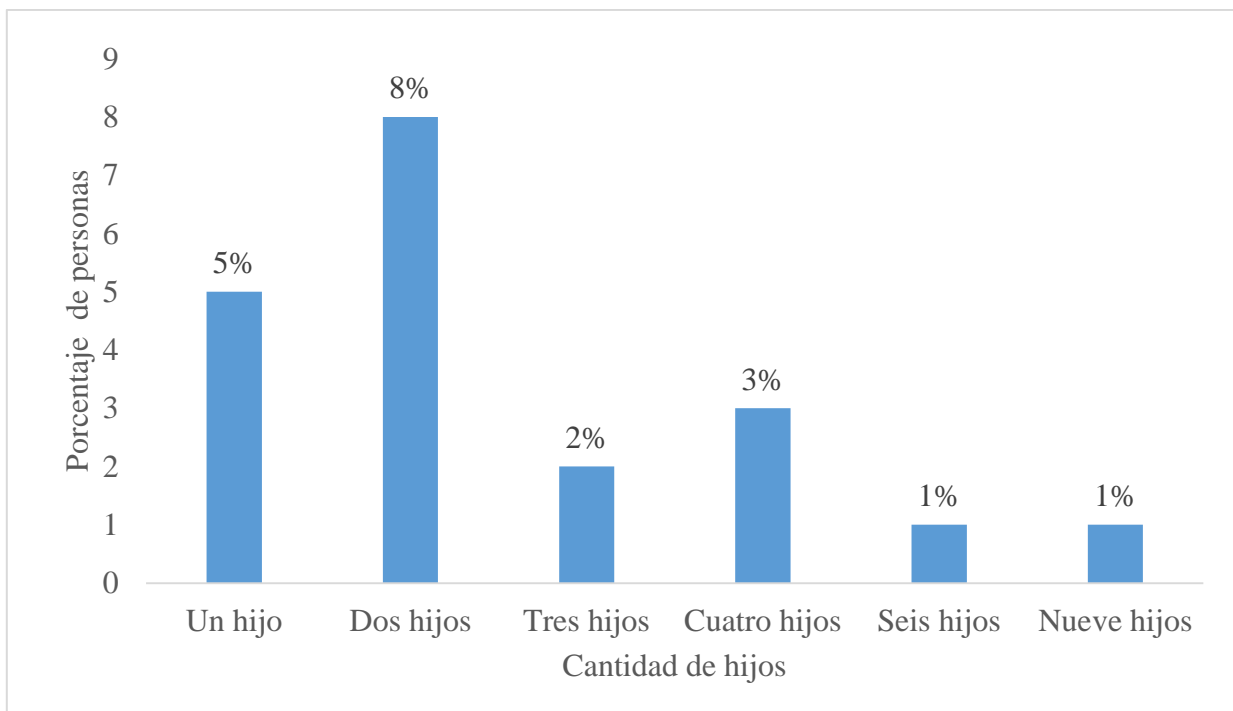


Figura N°7 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según número de hijos que tienen, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

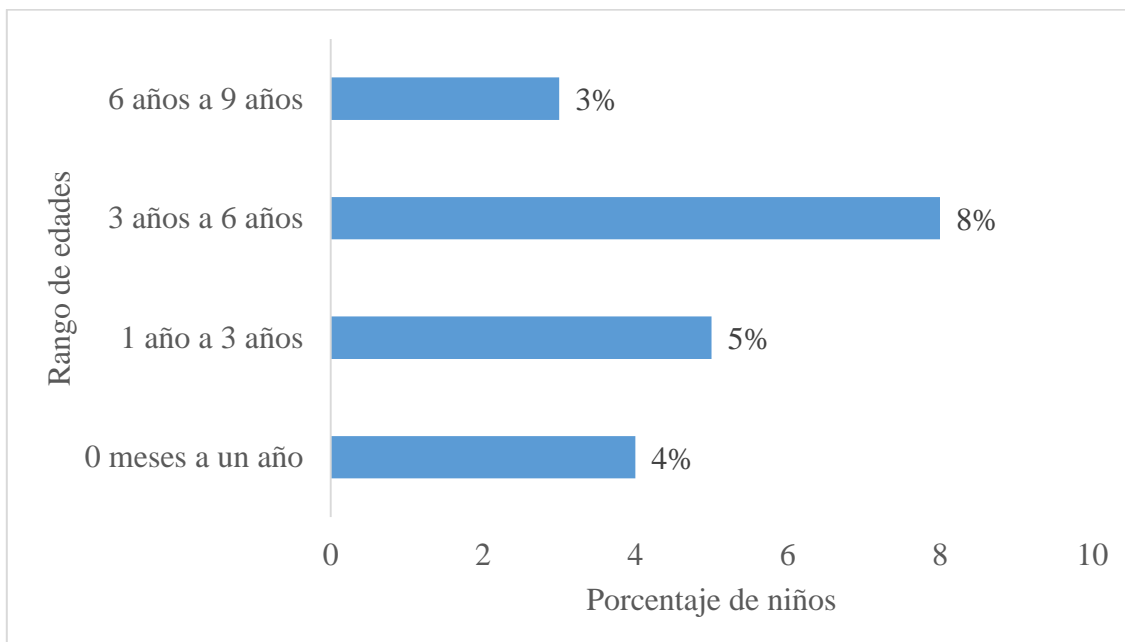


Figura N°8 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según edad de los niños, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

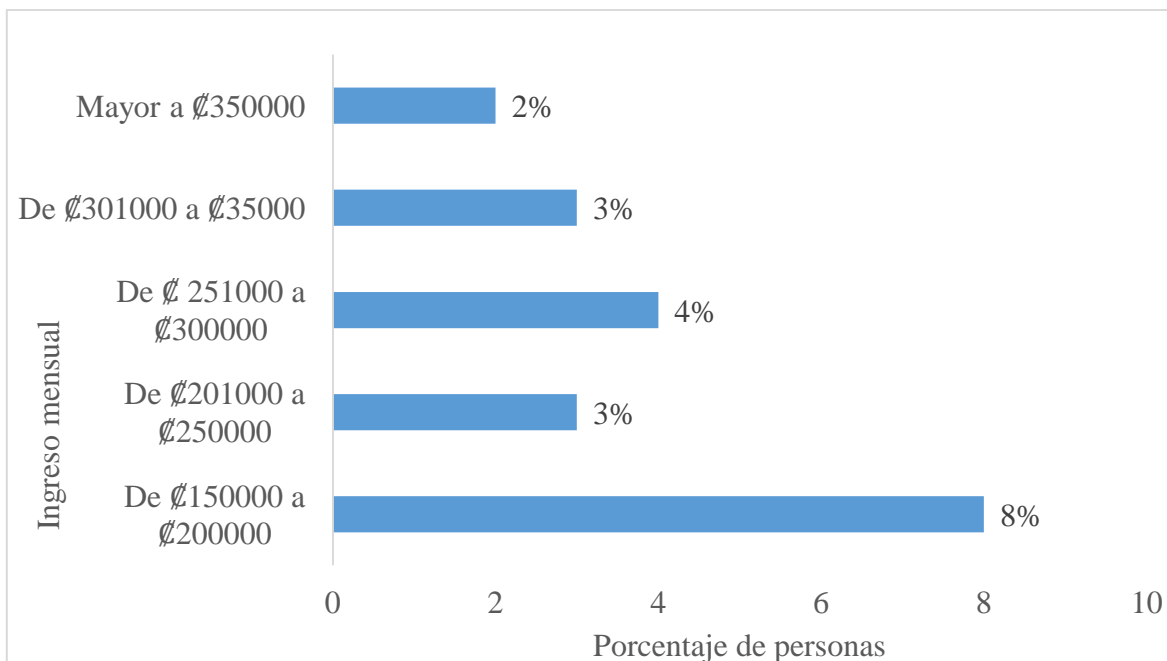


Figura N°9 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según ingreso económico, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

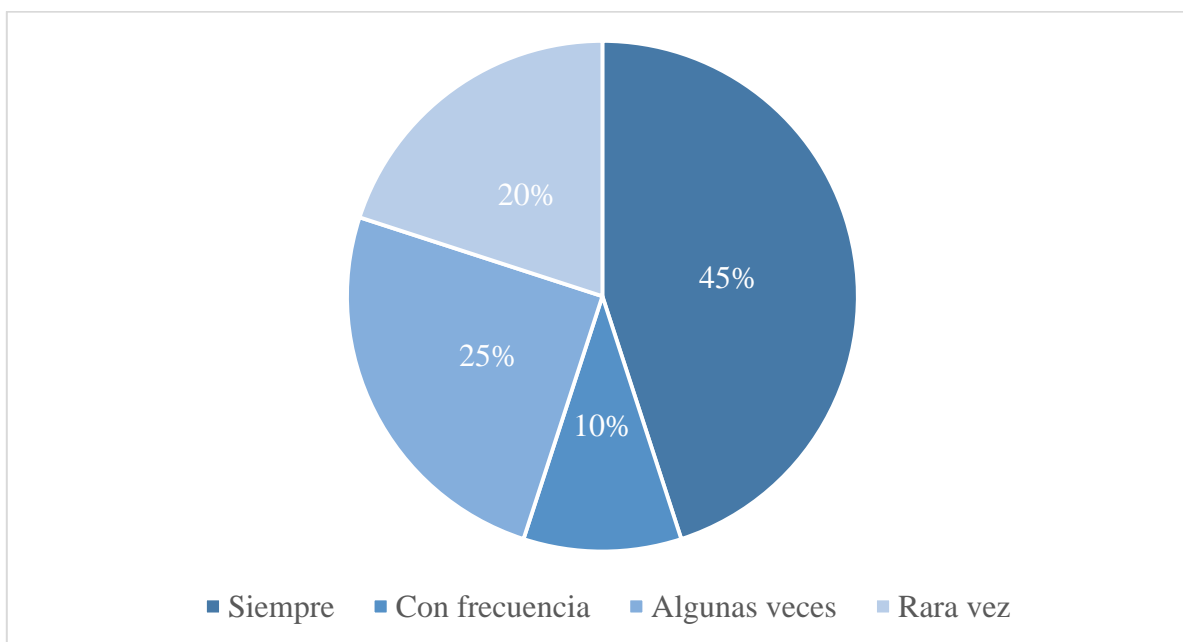


Figura N°10 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según sustentabilidad de gastos, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

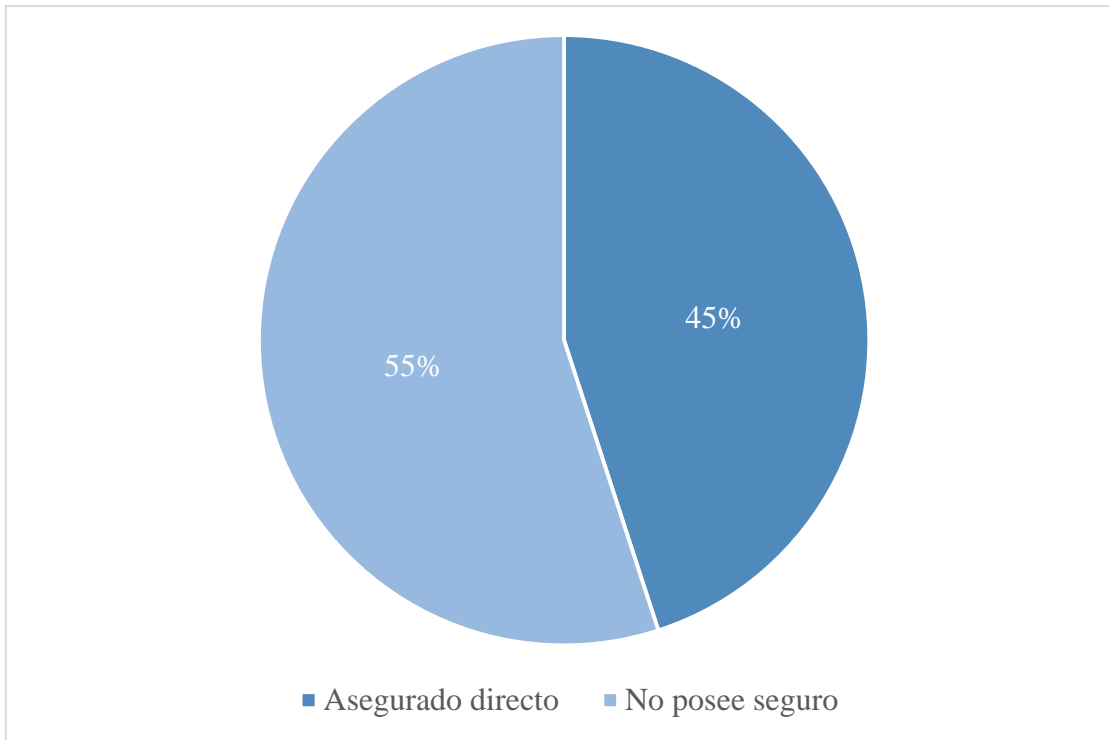


Figura N°11 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según tipo de seguro que poseen, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla N°1

Distribución porcentual n de madres recolectoras de café según número de personas que viven en el hogar 2018,

Número de personas	Porcentaje
2	1
3	3
4	8
5	1
6	2
7	2
8	2
9	1
TOTAL	20

Fuente: Elaboración propia 2018

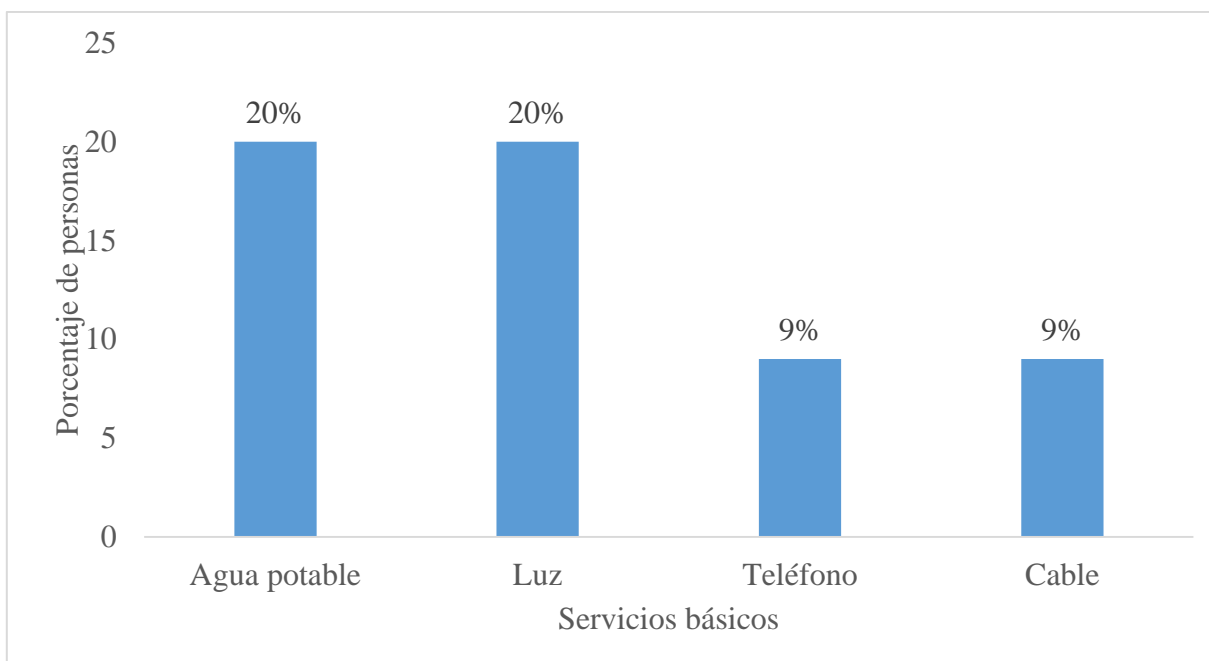


Figura N°12 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según servicios básicos, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla N°2

Distribución de madres recolectoras de café según características de la vivienda, 2018

Condición de la vivienda	Porcentaje	Tipo de vivienda	Porcentaje	Condición de la estructura	Porcentaje
Alquilada	10	Cemento	11	Mala	2
Propia totalmente pagada	6	Madera	6	Regular	5
Propia pagando a plazos	4	Lámina	2	Buena	10
		Otro	1	Muy buena	3
TOTAL	20		20		20

Fuente: Elaboración propia, 2018

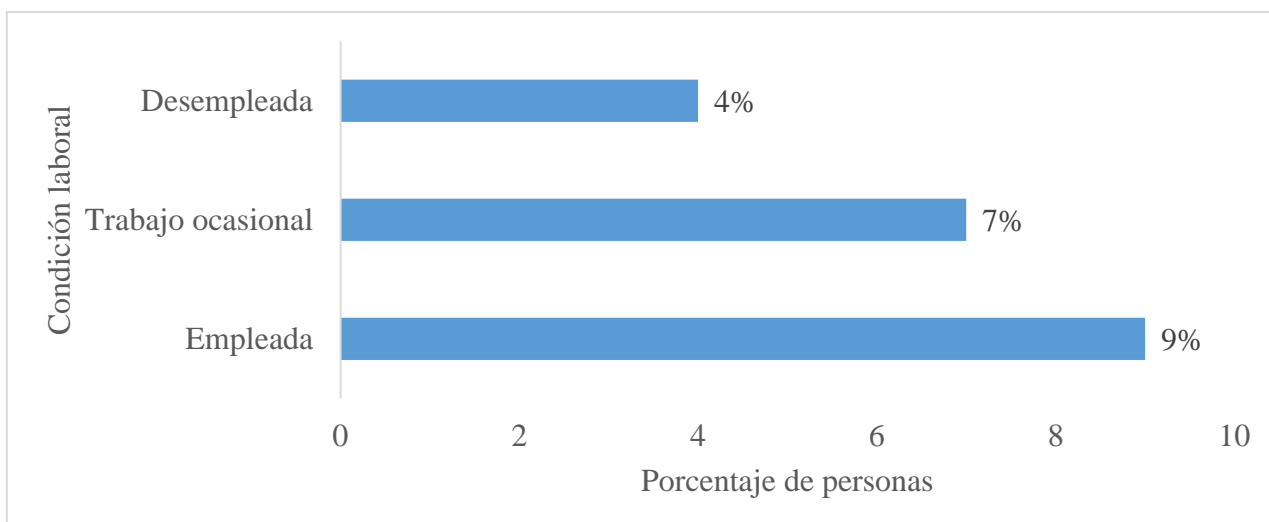


Figura N°13 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según condición laboral, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla N°3

Distribución porcentual de madres recolectoras de café según ocupación, turno y días que labora 2018

Ocupación	Porcentaje	Turno de trabajo	Porcentaje	Días que trabaja	Porcentaje
Otro	11	Diurno	15	De lunes a sábado	16
Misceláneo	2	Mixto	1		
Docente	2				
Agricultor	1				
TOTAL	16		16		16

Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla N°4

Distribución porcentual de madres recolectoras de café según tiempo de traslado y medio de transporte, 2018

Tiempo de traslado al servicio de salud	Porcentaje	Medio de transporte	Porcentaje
De 1 a 30 minutos	11	Caminando	9
De 31 a 59 minutos	7	Taxi	4
Mayor a 60 minutos	2	Bus	4
		Otro	3
TOTAL	20		20

Fuente: Elaboración propia, 2018

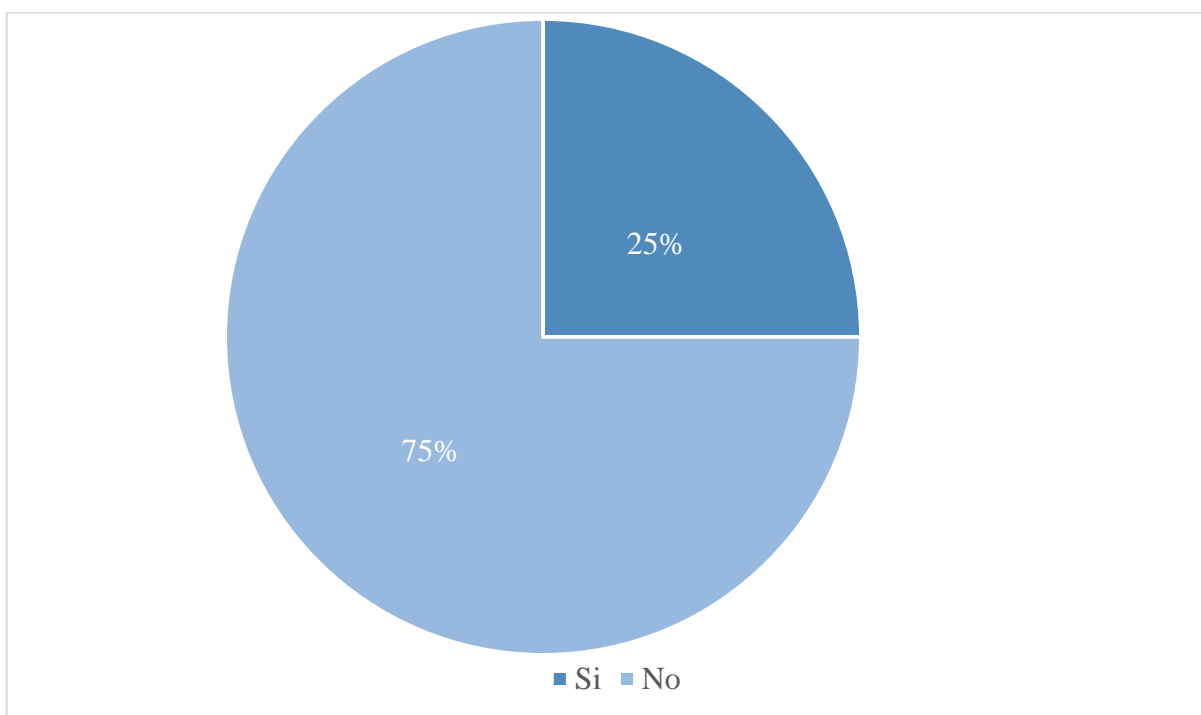


Figura N°14 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según impedimento para acceder al servicio de salud por horario laboral, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

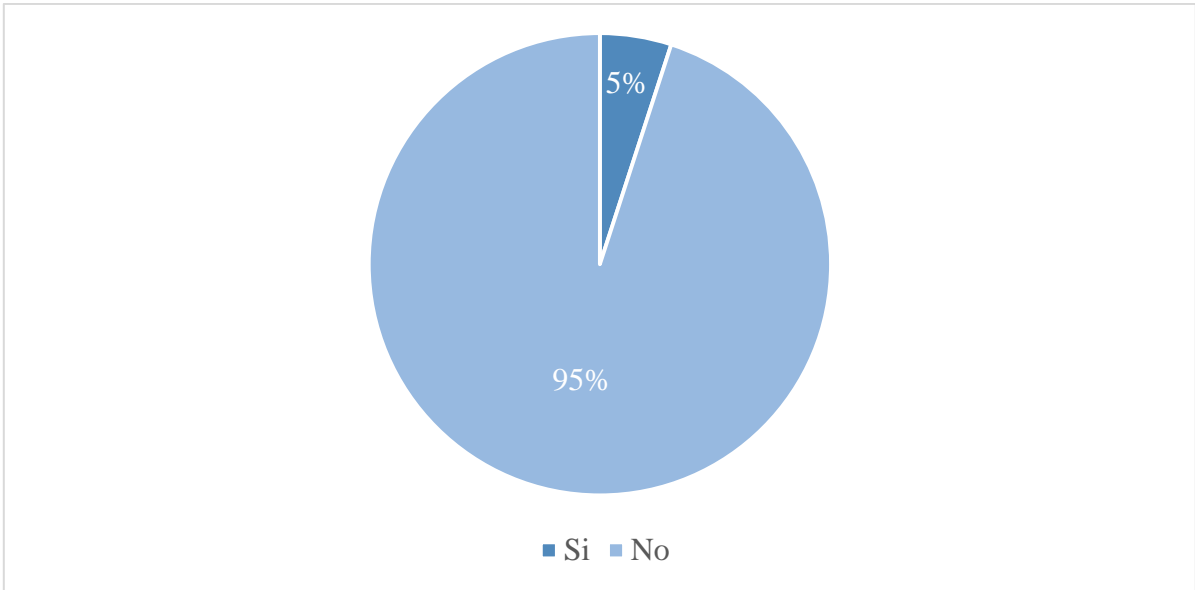


Figura N°15 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conflicto laboral por permisos para acceder al centro de salud, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

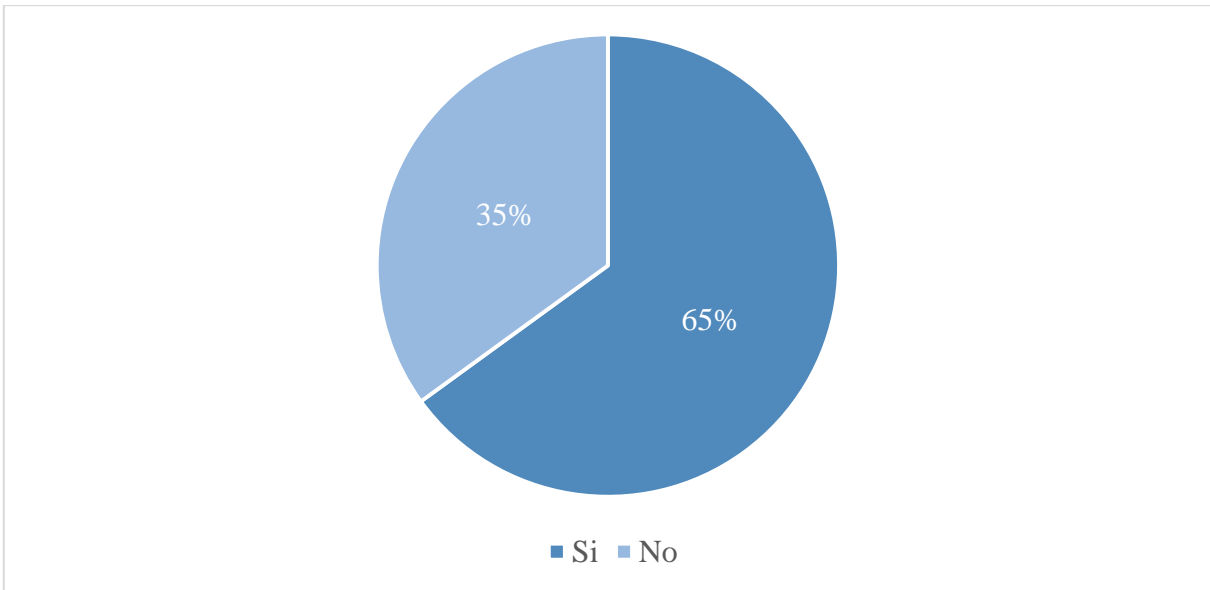


Figura N°16 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento sobre campañas de vacunación 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

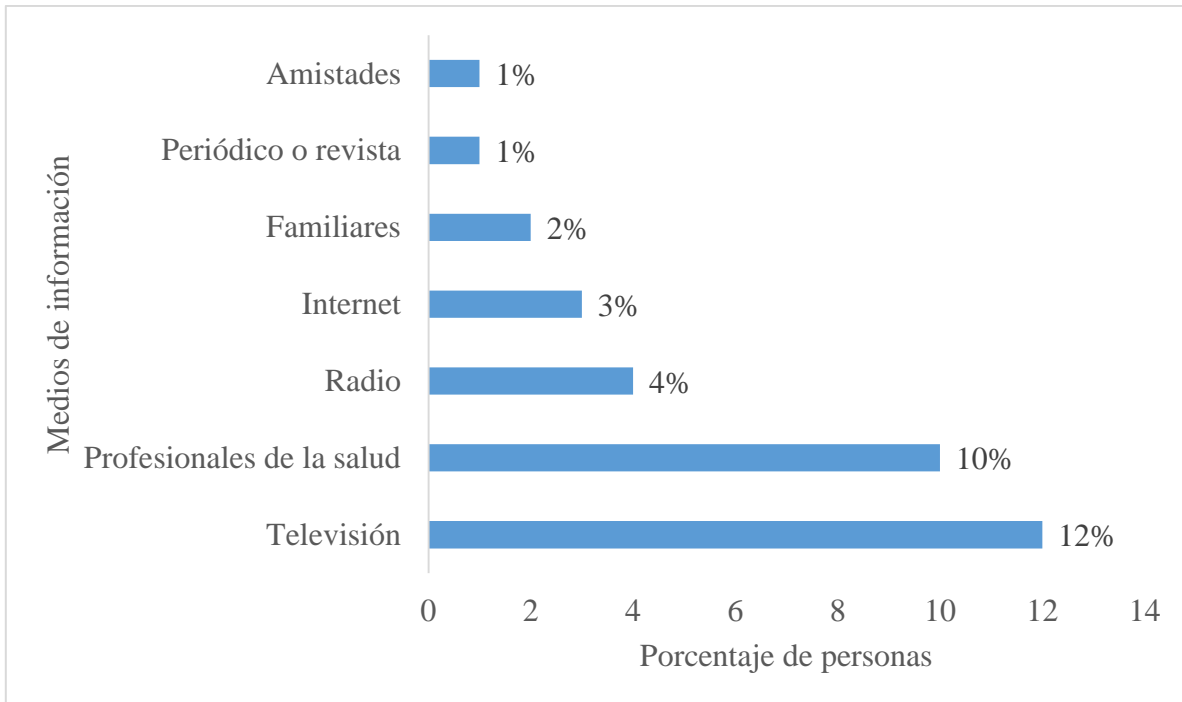


Figura N°17 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según medio de información sobre vacunación, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

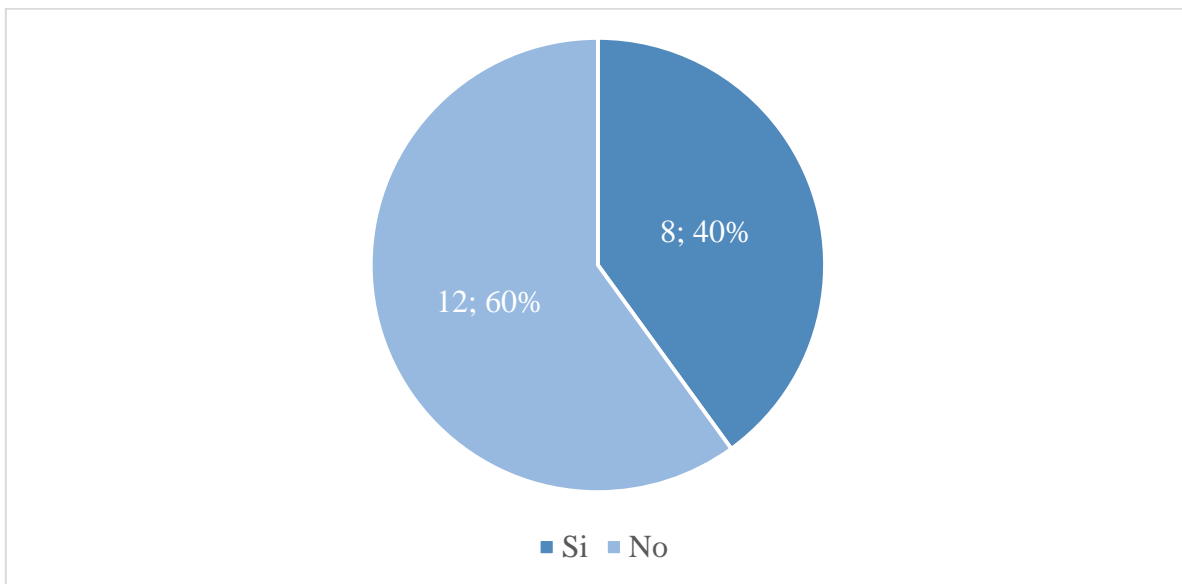


Figura N°18 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento sobre ley de vacunación de Costa Rica, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

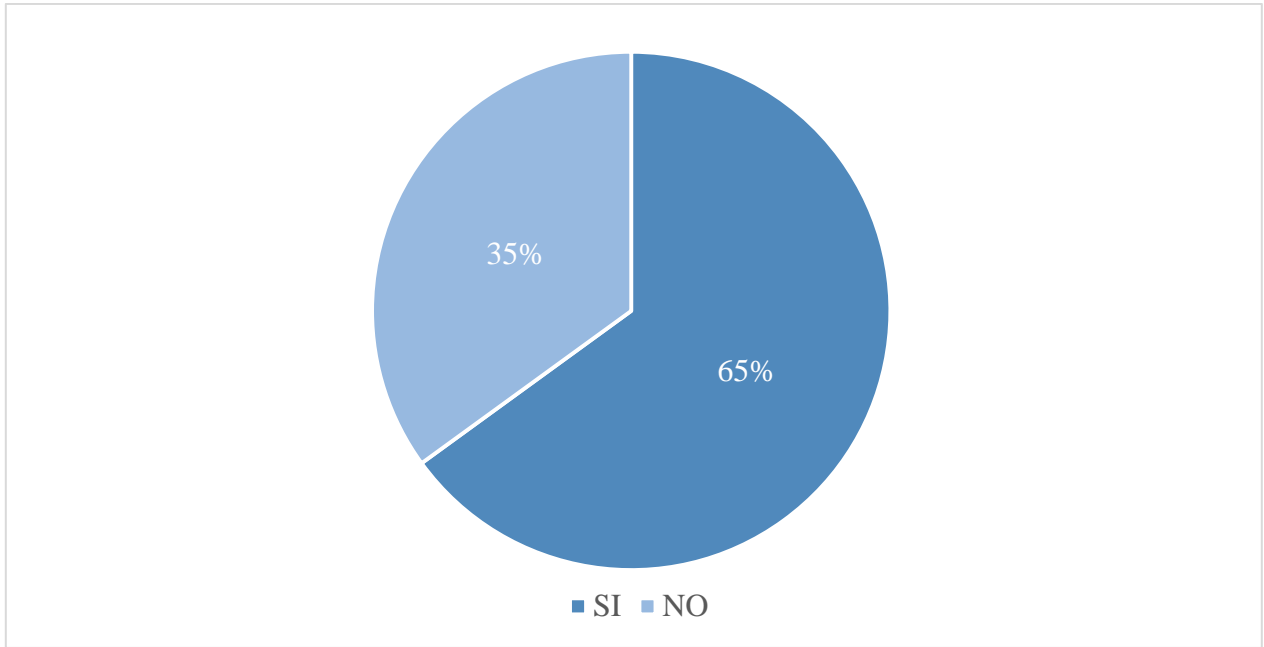


Figura N°19 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento del esquema de vacunación infantil propio de su país, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

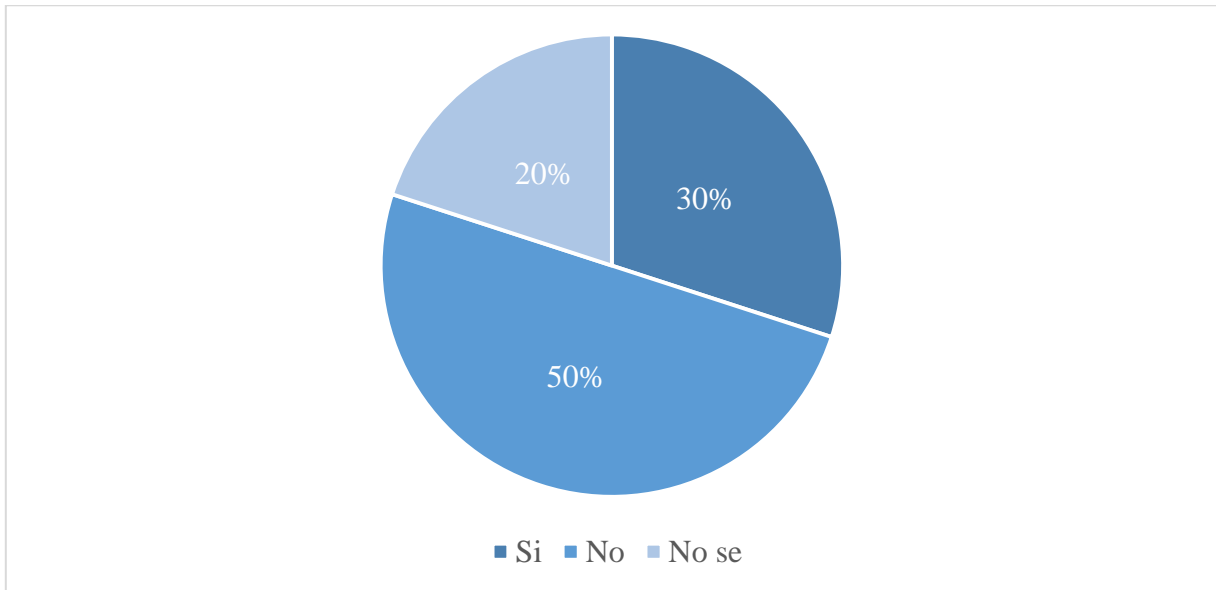


Figura N°20 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según creencia sobre poseer seguro social, Hacienda Alsacia y Doka, 2018.

2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

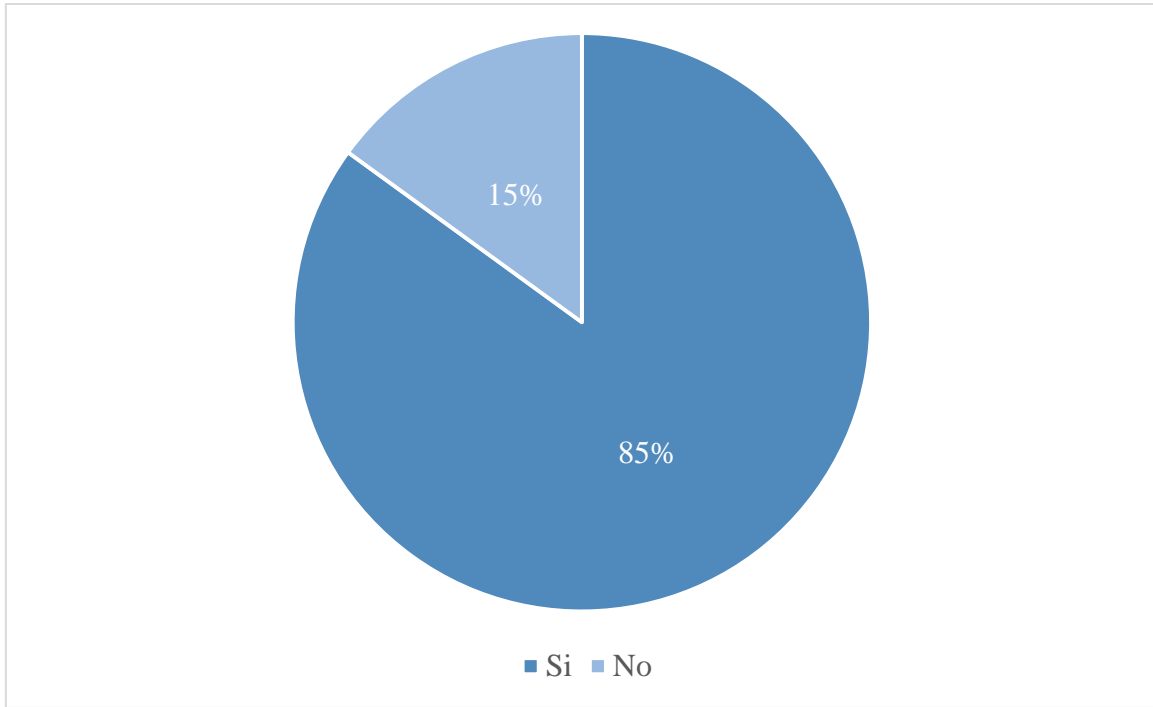


Figura N°21 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según cumplimiento del esquema de vacunación del niño, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

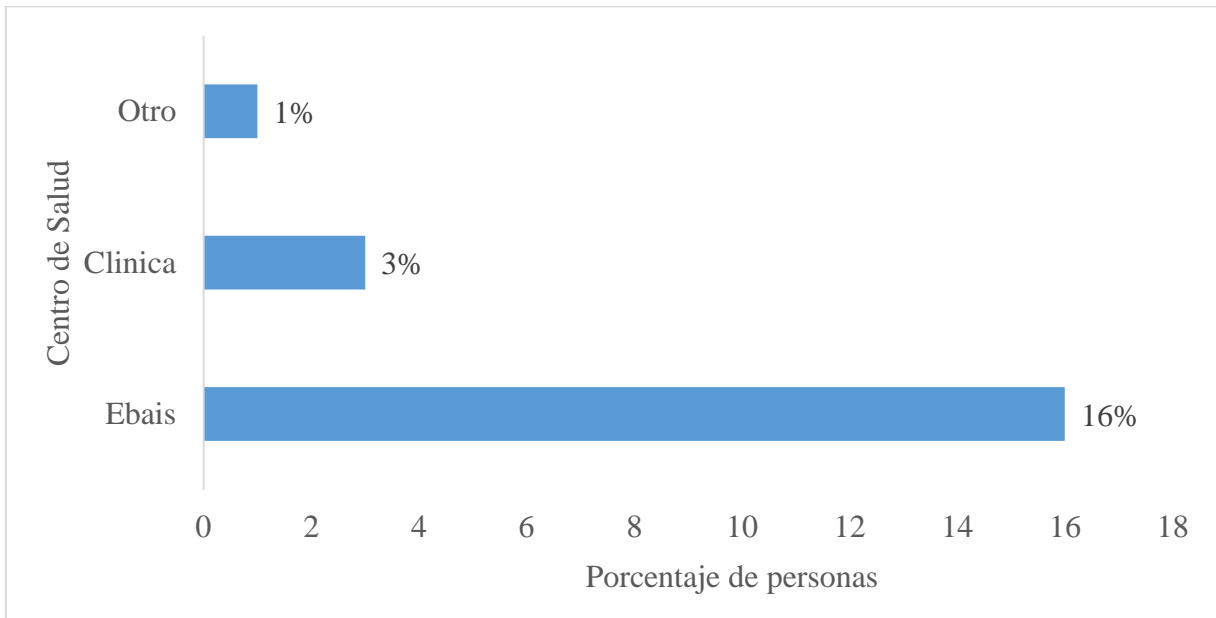


Figura N°22 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según centro de salud donde lleva a vacunar al niño, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

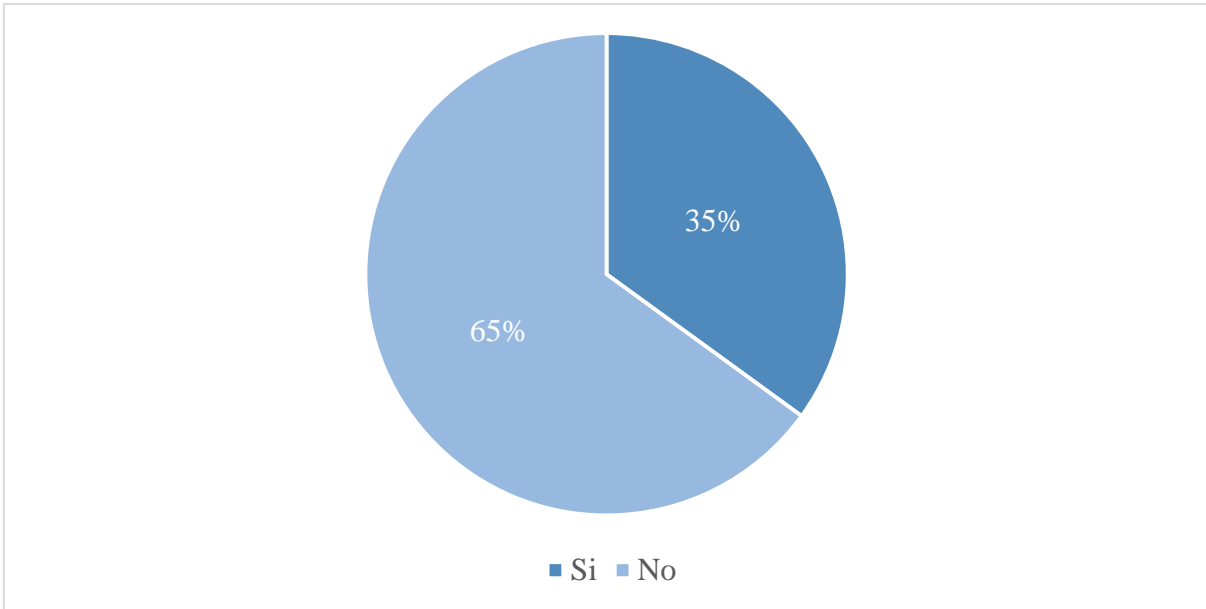


Figura N°23 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según conocimiento del horario de atención del centro de salud, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

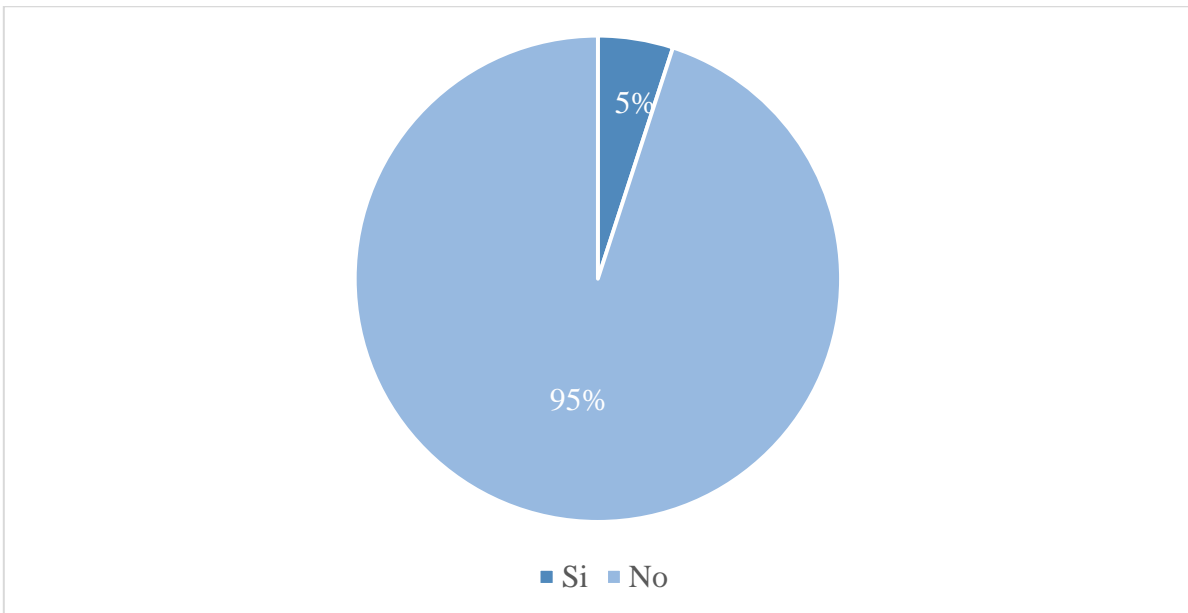


Figura N°24 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según afectación para colocación de la vacuna por horario del centro de salud, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

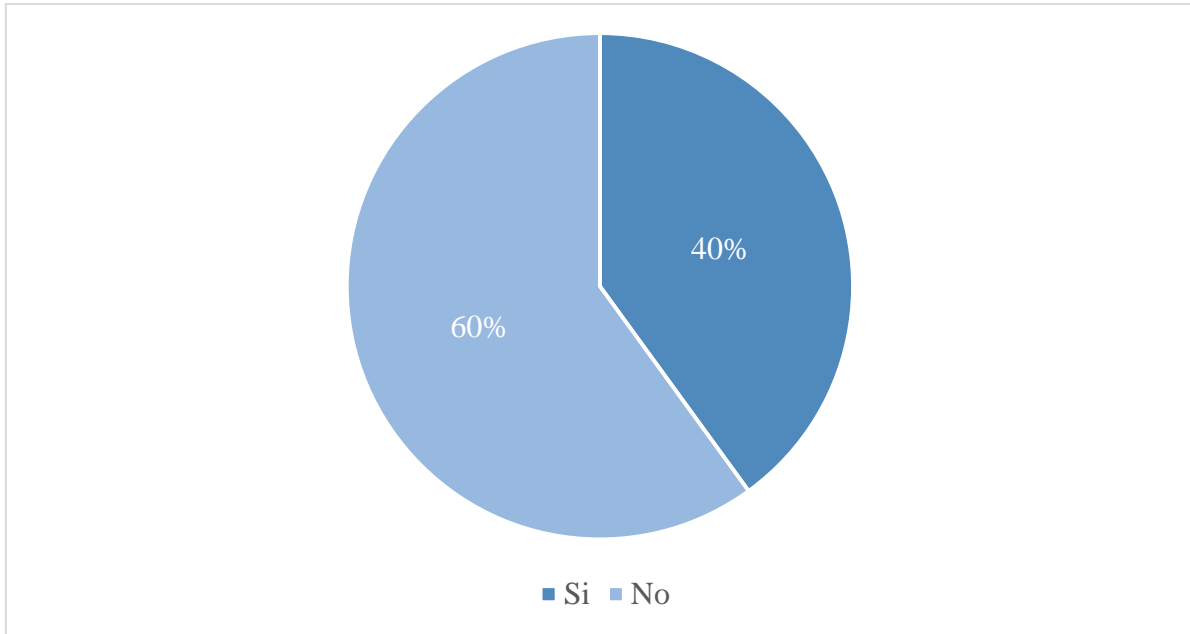


Figura N°25 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según disponibilidad del biológico, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

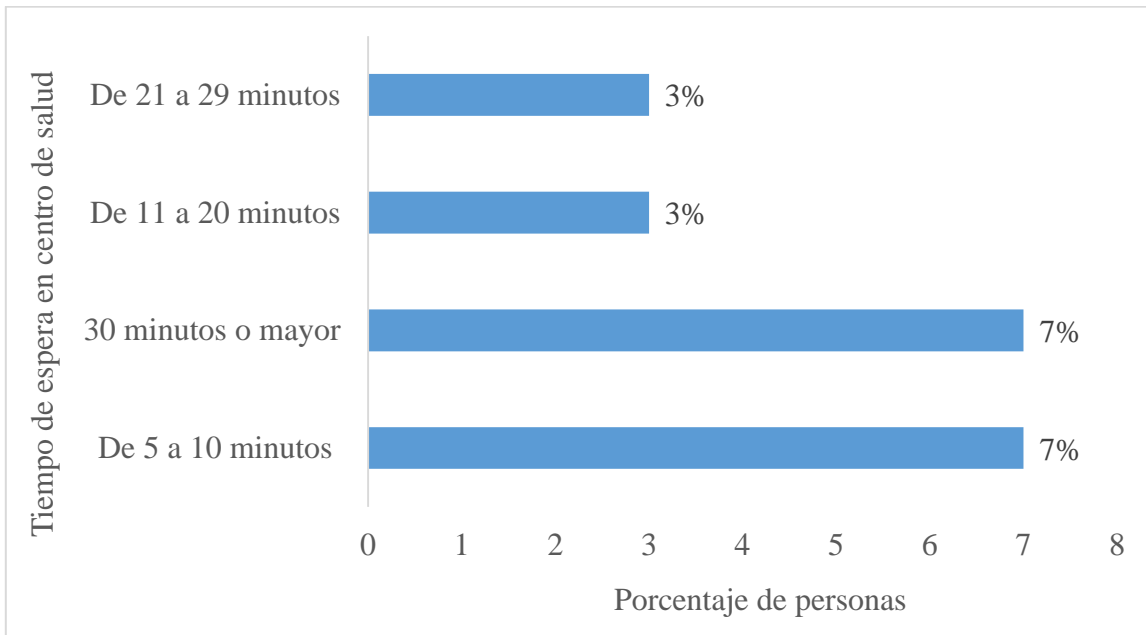


Figura N°26 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según duración en el centro de salud para aplicación del biológico al niño, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

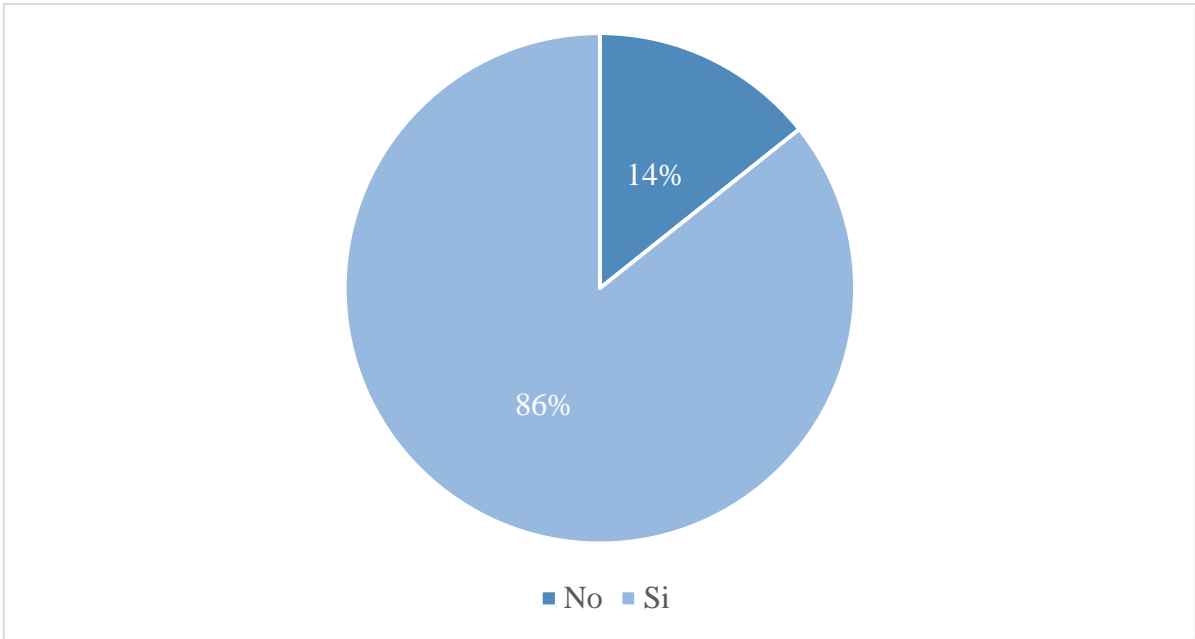


Figura N°27 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según satisfacción con el tiempo de espera para la aplicación de la vacuna al niño 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

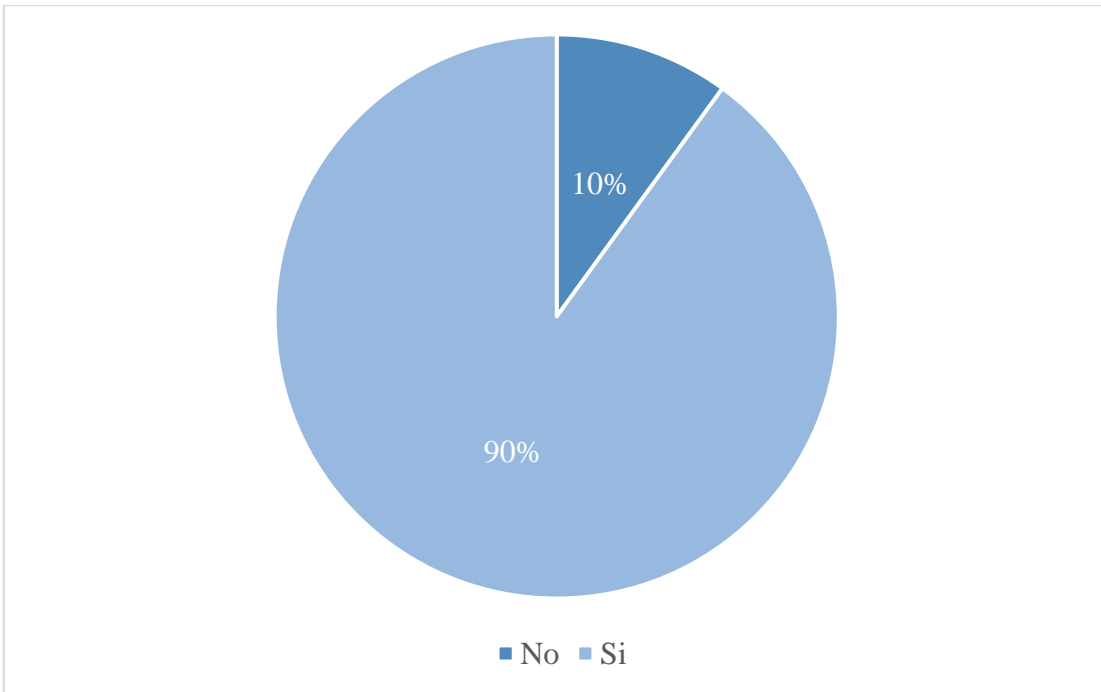


Figura N°28 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según educación brindada por el profesional sobre vacunas, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

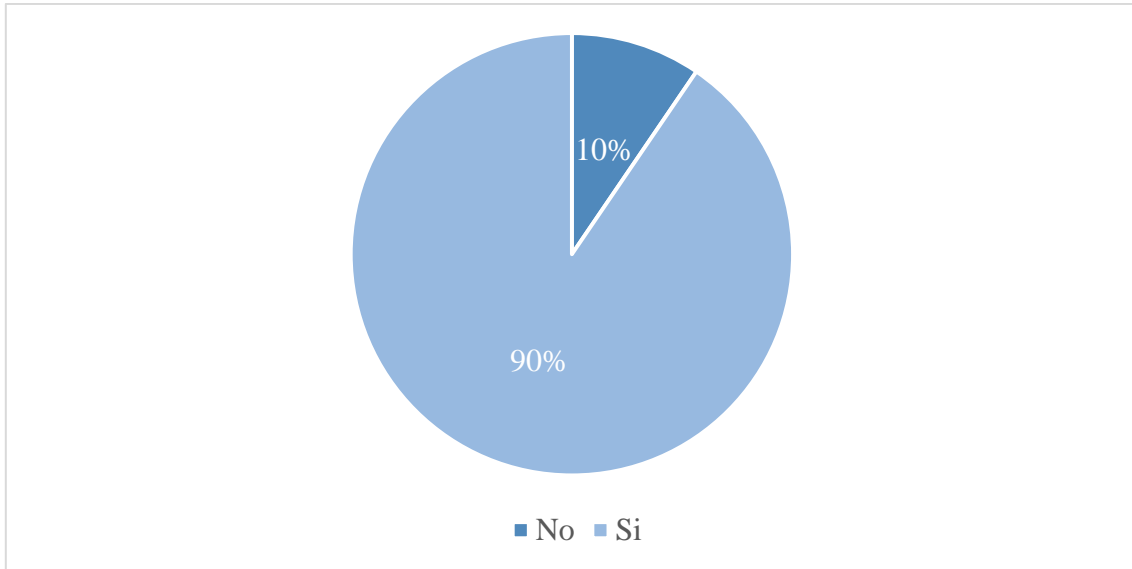


Figura N°29 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según atención de dudas a sobre vacunas por parte del profesional de salud, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

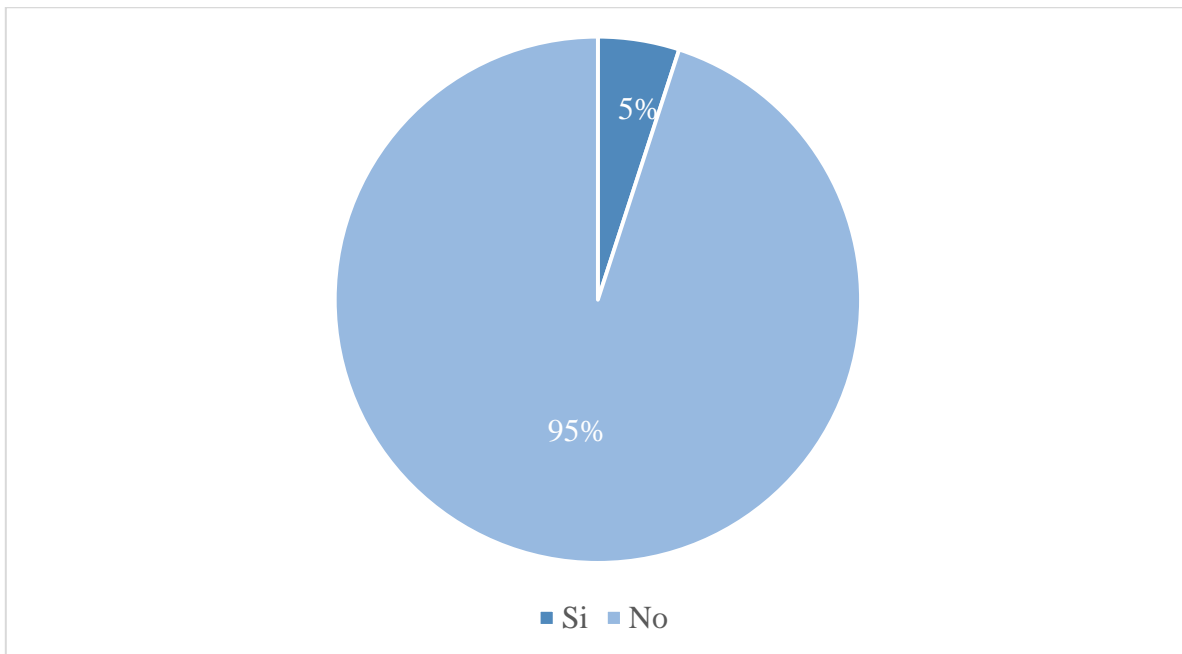


Figura N°30 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según explicación del funcionario sobre próximo refuerzo de la vacuna, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

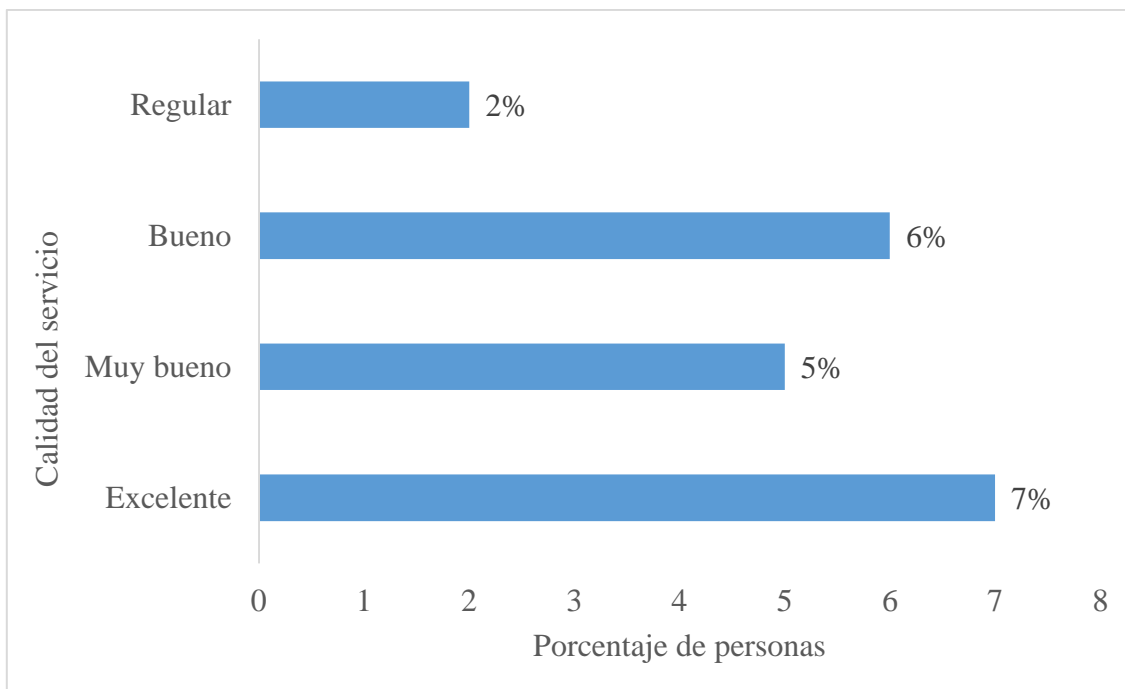


Figura N°31 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según trato recibido por parte del funcionario de salud, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

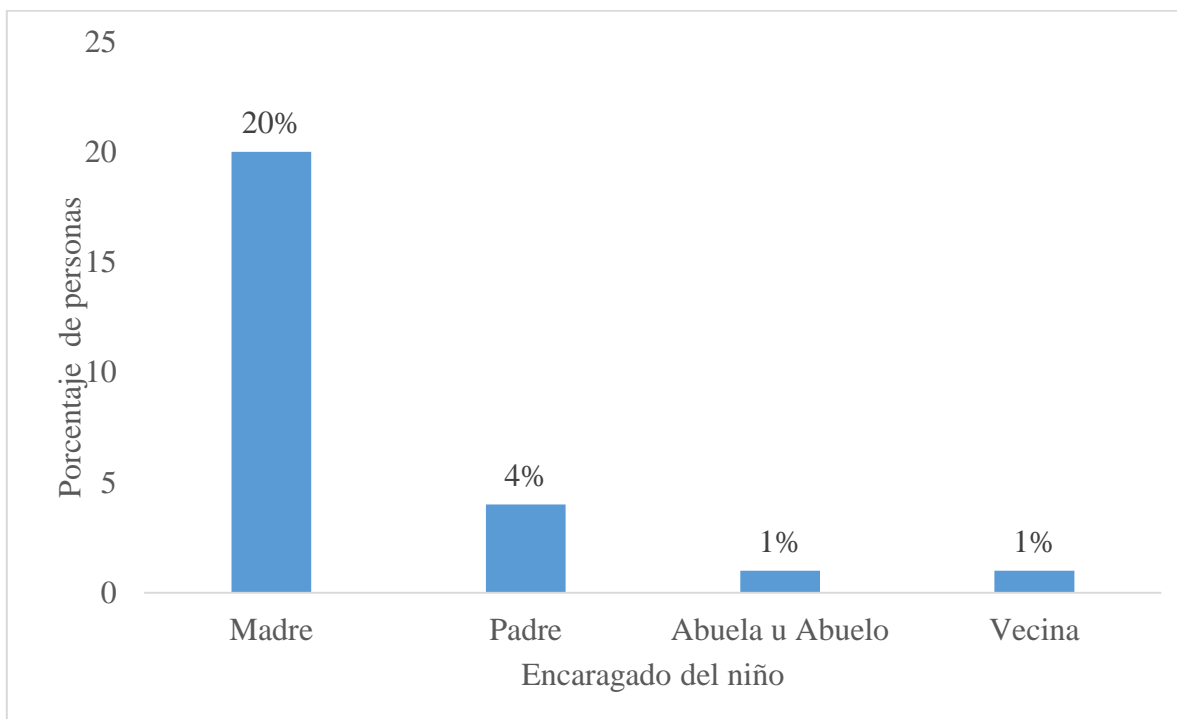


Figura N°32 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según encargado de llevar al niño a vacunar, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

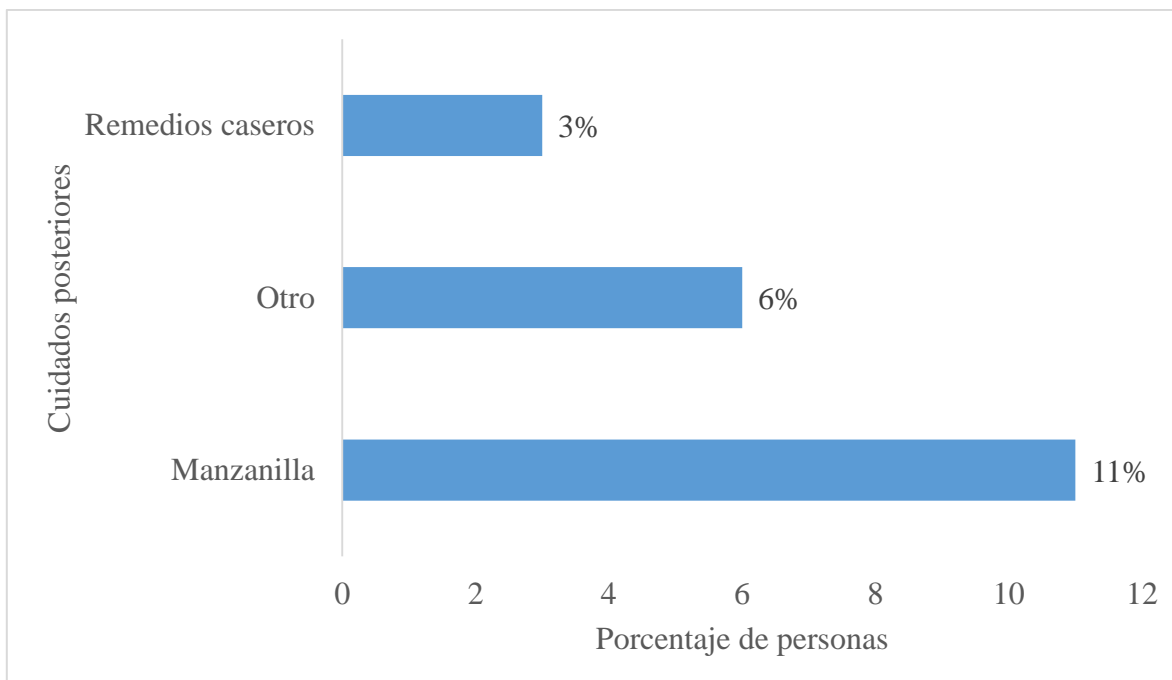


Figura N33 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según cuidados posteriores a la aplicación de la vacuna al niño, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

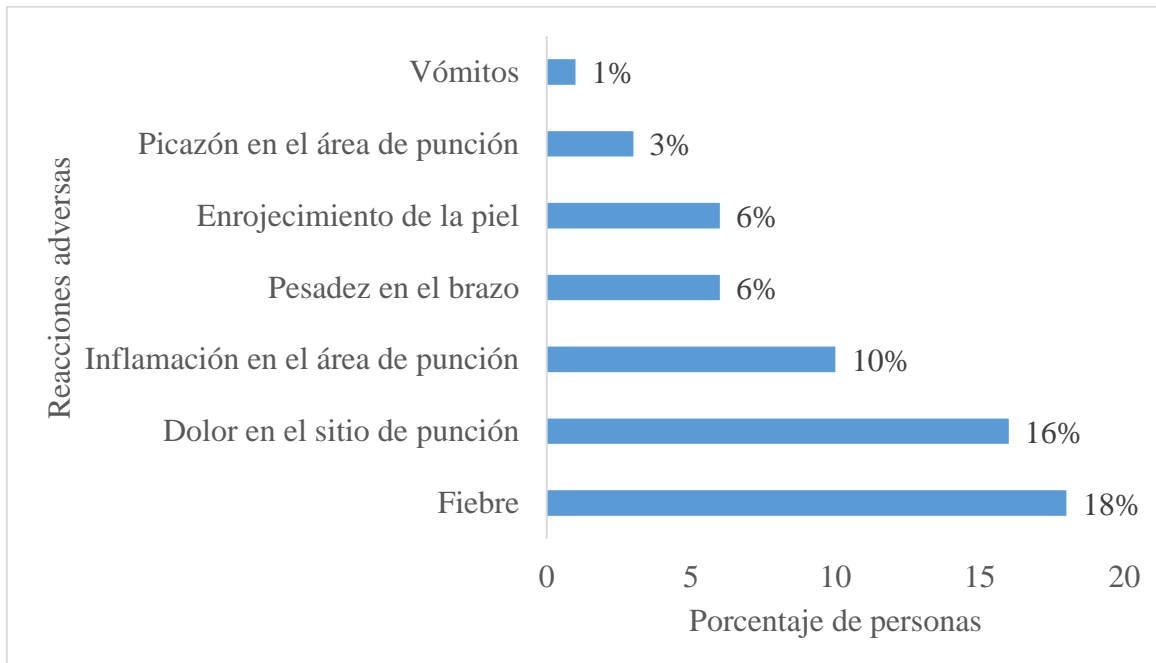


Figura N°34 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según reacciones adversas de las vacunas, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

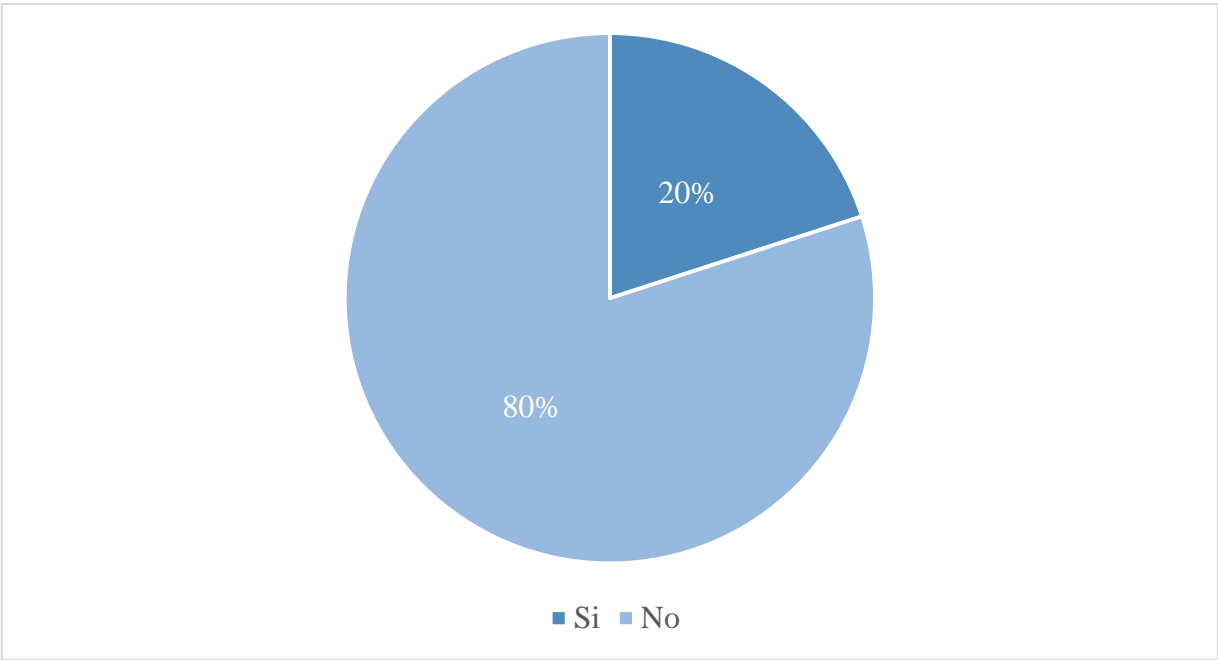


Figura N°35 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según creencia de que las vacunas enferman, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

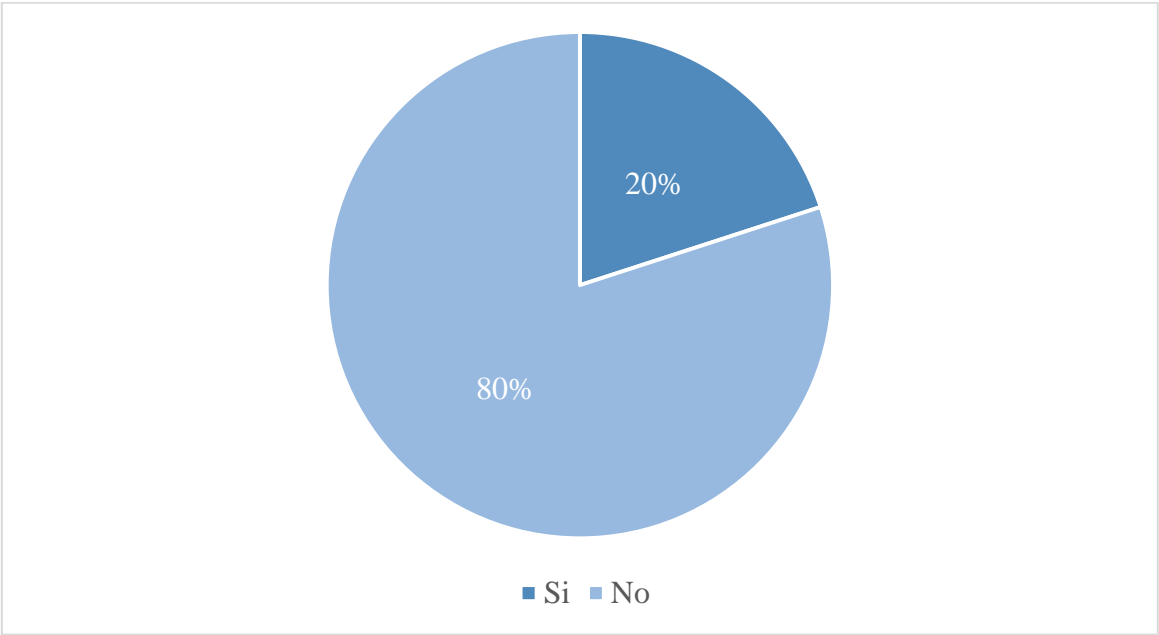


Figura N°36 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según creencia sobre campañas encargadas de crear vacunas, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

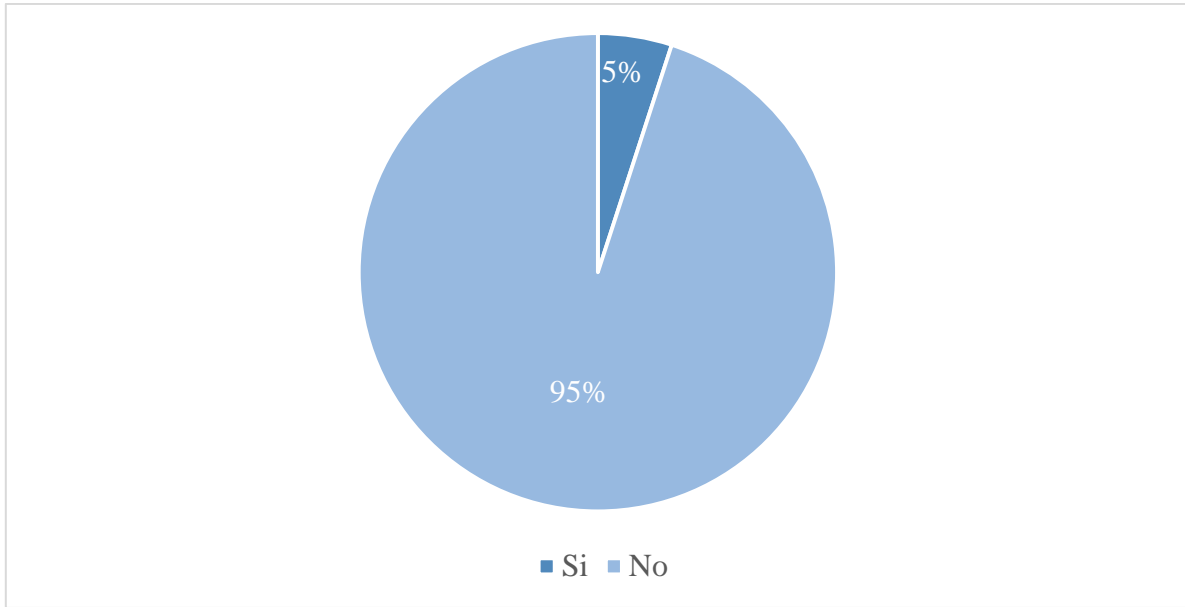


Figura N°37 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según mala experiencia con algún tercero por colocación de vacuna, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

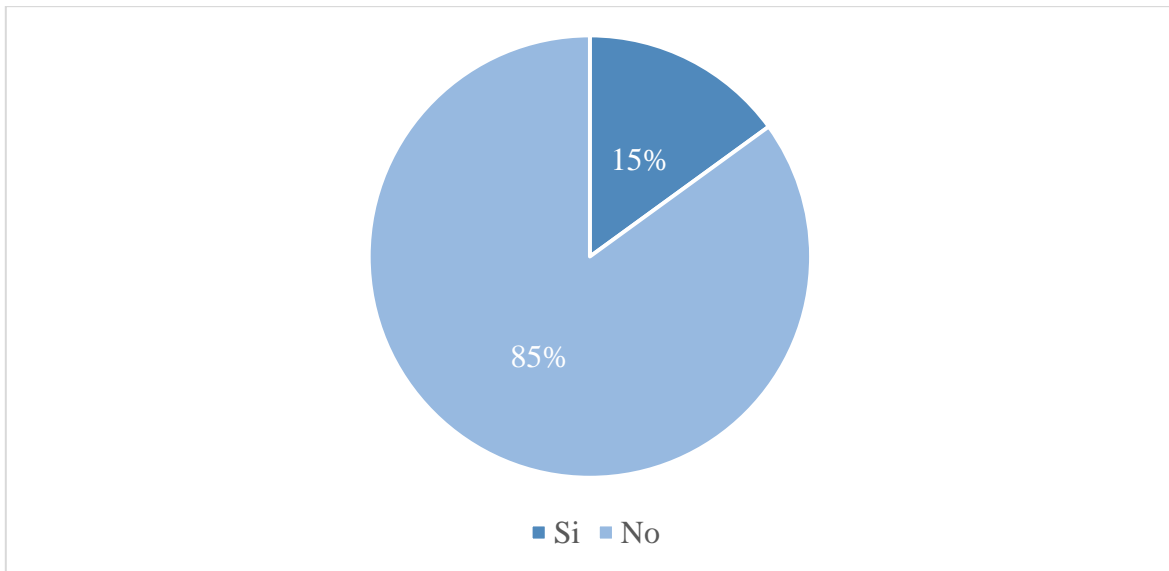


Figura N°38 Distribución porcentual de las madres recolectoras de café según confiabilidad en el personal de salud para la aplicación de la vacuna vacunas, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Anexo 5

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA ESCUELA DE ENFERMERIA

Estimado participante, el presente formulario tiene como objetivo obtener información para determinar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el cumplimiento del esquema de vacunación infantil. Lo anterior, como parte de la tesis para optar por el título de Licenciatura de Enfermería de la estudiante de la Universidad Hispanoamericana Marcela Salas Campos.

Toda la información que usted pueda aportar, será de gran valor para el estudio. Se garantiza la total confidencialidad de la información, la cual será de conocimiento único del estudiante mencionado anteriormente. Por favor contestar todas las preguntas, su opinión es muy importante.

Instrucciones generales: Marque con una X la respuesta pertinente o la que considere se acerque más a su opinión personal. Solo se permite una respuesta por cada pregunta, excepto cuando se indique lo contrario.

Parte I. Datos generales o aspectos sociodemográficos

1. ¿Cuál es su nacionalidad?

- Costarricense Otra. Indique _____.
- Nicaragüense
- Panameño

2. ¿Qué idioma habla?

- Español Ngabe-Bunglé Otro.
- Indique _____

3. Indique cuál es su edad en años cumplidos:

- De 20 a 30 años. De 31 a 40 años.
 De 41 a 50 años. De 51 a 60 años.

4. Señale su estado civil

- Soltero (a) Casado (a)
 Divorciado (a) Viudo (a)
 Unión Libre Otro _____.

5. ¿Qué religión profesa?

- Católico (a). Evangélico(a).
 Cristiano(a). Testigo (a) de Jehová.
 Ateo (a). Otra. Indique _____.

6. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- Primaria incompleta. Primaria completa.
 Secundaria incompleta. Secundaria completa.
 Universidad incompleta. Universidad completa.
 Otro _____.

7. ¿Cuántos hijos(as) tiene usted?: _____.

8. ¿Qué edad tiene el niño en años y meses? _____

9. ¿Cuál es su ingreso económico familiar mensual?

- De ₡ 150.000 a ₡ 200.000. De ₡ 201.000 a ₡ 250.000.
 De ₡ 251.000 a ₡ 300.000. De ₡ 301.000 a ₡ 350.000.
 Otro monto: ₡ _____.

10. ¿El dinero con el que cuentan en su hogar es suficiente para cubrir alimentación, transporte, gastos escolares, así como pago de recibos de servicios básicos?

- Siempre. Con frecuencia.
 Algunas veces. Rara vez.
 Nunca.

11. ¿Posee seguro social actualmente, indique el tipo?

- Asegurado directo.
 Seguro voluntario.
 Seguro por invalidez, vejez y muerte.
 Otro. Indique: _____.
 No posee seguro.

12. ¿Cuántas personas viven en su casa contándolo a usted?: Cantidad_____.

13. ¿Su vivienda cuenta con los servicios básicos? (**Puede marcar varias opciones**)

Agua Potable () Luz () Teléfono () Cable ()

14. ¿Cuál es la condición actual de su vivienda?

- () Propia totalmente pagada. () Propia pagando a plazos.
() Alquilada. () Prestada.

15. ¿Cuál es su tipo de vivienda?

- () Cemento. () Madera.
() Lámina. Otro: _____.

16. ¿En qué condiciones cree usted que se encuentra la estructura general de su casa?

- () Muy mala. () Mala
() Regular. () Buena
() Muy buena

17. ¿Cuál es su condición laboral hasta la fecha? (**Si su condición laboral es desempleado pase a la pregunta 21**)

- () Desempleado (a).
() Empleado(a).
() Trabajo ocasional.

18. ¿Cuál es su ocupación u oficio?

- () Empleada doméstica. () Albañil.
() Misceláneo (a). () Docente.
() Taxista o pirata () Guarda de seguridad.
() Agricultor. () Otra.
() Ganadero(a). Indique_____.

19 ¿Cuál es su turno de trabajo?

- () Diurno (5:00am- 7:00 pm)
() Nocturno (7:00pm- 5:00am)
() Mixto (1:00pm- 10:00am)

20. ¿Qué días de la semana trabaja?: _____.

21. ¿Utiliza usted los servicios de salud?

SI () NO () Indique porque:

22. ¿Cuál es el tiempo aproximado que dura trasladándose hasta el servicio de salud?

- De 1 minuto a 30 minutos.
- De 31 minutos a 59 minutos.
- Mayor a 60 minutos.

23. ¿Cuál es el medio que usted utiliza para desplazarse hasta el servicio de salud?

- Bus.
- Taxi.
- Caminando.
- Otro. ¿Cuál? _____.

24 ¿Su horario de trabajo le impide acceder al servicio de salud para vacunarse?

- Sí
- No

25. ¿Alguna vez ha presentado algún conflicto laboral que haya hecho que su jefatura no le haya concedido el permiso para asistir al centro de vacunación con su hijo?

- Sí.
- No.

Parte II. Conocimiento sobre vacunación y factores laborales y del servicio de salud

26 ¿Conoce usted sobre las campañas de vacunación?

SI () NO ()

27. ¿Considera usted importante la vacunación? (Si su respuesta es NO, indique el por qué)

SI ()

NO () Porqué:

_____.

28 ¿Indique el medio por el cual ha recibido información sobre la vacunación?

(Puede marcar más de una opción)

- Profesionales de la salud.
- Radio.
- Periódico o revista.
- Amistades.
- Televisión.
- Internet.
- Familiares.
- Otro. _____.

29. ¿Conoce sobre la ley de vacunación que existe en Costa Rica?

SI () NO ()

30 ¿Conoce el esquema de vacunación infantil de su país?

SI () NO ()

31. ¿Cuáles reacciones adversas considera usted que provoca la vacuna? **(Puede marcar varias opciones)**

- Diarrea.
- Dolor en el sitio de punción.
- Pesadez en el brazo
- Fiebre
- Picazón en el área de punción
- Vómitos
- Enrojecimiento de la piel
- Inflamación en el área de punción
- Otra, indique:

_____.

No sabe

32. ¿Cree usted que se necesita tener seguro social para colocarse las vacunas?

SI () NO () NO SABE ()

33. ¿Cumple con el esquema de vacunación de los niños?

SI () NO () Porque: _____

34. ¿Cuenta su hijo con carnet de vacunas?

- Sí.
- No. ¿Porqué? _____

35. ¿Quién es el encargado de llevar a vacunar al niño?

Madre () Padre () Abuelo u abuela () Tío o tía () Hermana o hermano () Vecina ()
Otro (). Indique _____

36. ¿Dónde lleva a vacunar al niño?

Ebais () Clínica () Centro de Salud privado () Otro ()

37. ¿Conoce usted el horario de atención que ofrece el departamento de vacunación del centro de salud al que asiste? **(Si su respuesta es SI indique el horario).**

- Sí. ¿Cuál? _____.
- No.

38. ¿Considera usted que el horario de atención brindado por el departamento de vacunas del centro de salud al que asiste, le afecta para la colocación de alguna vacuna del niño?

- Sí. ¿Por qué razón? _____.
- No.

39. Ha viajado usted hasta el centro de salud más cercano a colocar alguna vacuna al infante y esta no se ha encontrado disponible. **(Si su respuesta es SI indique la razón que le dio el profesional de salud del porqué el agotamiento de la vacuna).**

Sí. ¿Por qué razón? _____.

No.

40. ¿Cuál ha sido el tiempo máximo de espera en el centro de salud para la colocación de la vacuna?

De 5 a 10 minutos.

De 11 a 20 minutos.

De 21 a 29 minutos.

30 minutos o mayor.

41. Ha quedado satisfecho (a) con el tiempo de espera cuando acude al establecimiento de salud para la vacunación del niño.

Sí.

No. ¿Por qué razón? _____.

42. El profesional de salud al momento de la vacunación le brinda educación sobre dosis que se administrará, efectos adversos, enfermedades contra las que protege, beneficios y riesgos.

Sí.

No.

43. Han sido atendidas sus preguntas o inquietudes por el funcionario de salud referente a alguna vacuna que se le colocó a su hijo.

Sí.

No.

44. Le han explicado los funcionarios en salud cuando corresponde el siguiente refuerzo de la vacuna colocada al infante en ese momento.

Sí.

No.

45. En general, como considera usted que ha sido el trato recibido por el funcionario que aplicó la vacuna.

1 Excelente.

2 Muy bueno.

3 Bueno.

4 Regular.

5 Malo. ¿Porqué? _____.

46. Espera a que el ATAP (Asistente Técnico de Atención Primaria) llegue a su casa a vacunar al menor. (Si su respuesta es Sí, indique la razón).

Sí. Por qué razón _____.

No.

47. Indique el tipo de población que cree usted que van dirigidas las vacunas.

- Únicamente a niños, niñas y mujeres embarazadas.
- Únicamente a personas adultas y adultos mayores.
- Únicamente a personas enfermas.
- Únicamente a personas sanas.
- Todas las anteriores.
- No sabe.

48.. ¿Sus familiares, amistades o compañeros de trabajo influyen en usted para que no se vacune al infante?

- Sí. ¿Qué le dicen? _____.
- No.

49. ¿Rehúsa usted a la aplicación de las vacunas en sus familiares porque desde pequeño se le ha dicho que no es necesaria o importante?

- Sí.
- No.

50. ¿Usted, algún familiar o amigo han pasado en algún momento de su vida por alguna mala experiencia antes, durante o después de la vacunación que hace que usted no acepte la colocación de las vacunas a su hijo?

- Sí. ¿Cuál? _____.
- No.

Parte III. Factores culturales, creencias, costumbres y tradiciones.

51. Cuidados que realiza posterior a la colocación de la vacuna al niño

Cuidados	SI	NO
Manzanilla		
Remedios caseros		
Acetaminofén para niño		
Panadol para niño		
Zepol para niño		
Cofal para niño		
Otro		

52. Creencias, mitos y costumbres sobre la vacunación infantil

Pregunta	SI	NO
Cree usted que se genera alguna enfermedad por la colocación de alguna vacuna		
Si usted se vacuna, usted cree que las demás personas no se van a enfermar		
Considera usted que la religión que profesa le impide cumplir con el esquema de vacunación infantil		
Si las condiciones de salud y saneamiento del país mejoran, cree usted que las vacunas no serán necesarias.		
Considera usted que las vacunas son necesarias para aquellas enfermedades que no se presentan en el país.		
¿La falta de conocimiento sobre las vacunas (beneficios, enfermedades contra las que protege, reacciones adversas, etc.) lo llevan a tomar la decisión de no vacunar a su hijo?		
¿Su falta de confianza en la vacunación o en el personal de salud que la aplica influye en usted para no aceptarla y colocarla al menor?		


Las vacunas causan esterilidad, infertilidad o autismo		
El colocar más de una vacuna a la vez al infante puede provocar en ellos algún efecto secundario grave		
La gripe es una molestia y no es necesario vacunarse		
La inmunización que da la enfermedad es mejor que la que generan las vacunas		
Las vacunas son necesarias solo para las personas de escasos recursos		
Al no vacunar el niño se está protegiendo de enfermedades		
Las vacunas son buenas para la salud		

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 6

DECLARACIÓN JURADA

Yo Marcela Salas Campos, cédula de identidad número 1-1515-0455, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado “FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN INFANTIL POR PARTE DE LAS MADRES EXTRANJERAS RECOLECTORAS DE CAFÉ, FINCAS ALSACIA Y DOKA, ALAJUELA, 2018” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “ Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserve el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José el 16 de abril del 2018.



1-1515-0455

Firma del estudiante

Cédula

Anexo 7

CARTA DEL TUTOR

San José, 16 de abril de 2018

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada máster:

La estudiante Marcela Salas Campos, cédula de identidad número 1-1515-0455 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "**FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION INFANTIL POR PARTE DE LAS MADRES EXTRANJERAS RECOLECTORAS DE CAFÉ, FINCAS ALSACIA Y DOKA, ALAJUELA, 2018**" el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

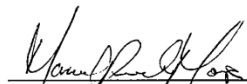
En mi calidad de tutora metodológica, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	17
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL	100	97

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de revisión por parte del lector metodológico.

Atentamente,



Máster. Marisel Picado Monge
Cédula identidad 304080459
Carné Colegio Profesional E-12171

Anexo 8

CARTA DEL LECTOR

San José, 16 de mayo de 2018

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante Marcela Salas Campos, cédula de identidad número 1-1515-0455, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN INFANTIL POR PARTE DE LAS MADRES EXTRANJERAS RECOLECTORAS DE CAFÉ, FINCAS ALSACIA Y DOKA, ALAJUELA, 2018". El cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.


En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		97

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de defensa.

Atentamente,


M.Sc. Maricruz Pérez Retana
Cédula identidad 1-1262-0892
Carné Colegio Profesional E-8704

Anexo 9

Alajuela 21 mayo de 2018.

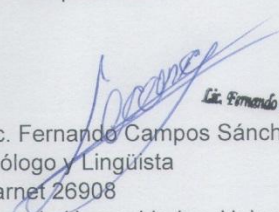
Señores:

Universidad Hispanoamericana
Sede Interuniversitaria de Aranjuez
Escuela de Enfermería.

Estimados señores:

Por la presente hago contar que revisado y corregido el Proyecto de Graduación: " *Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería* realizado por la estudiante: Marcela Salas Campos : **FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION INFANTIL POR PARTE DE LAS MADRES EXTRANJERAS RECOLECTORAS DE CAFÉ, FINCAS ALSACIA Y DOKA, ALAJUELA, 2018**",

Sin otro particular


Lic. Fernando Campos Sánchez
Filólogo y Lingüista
Carnet 26908
Área de Humanidades, Universidad Técnica Nacional
Sede Central, Alajuela.