

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA



Trabajo terminal para obtener el diploma de especialidad en
Medicina Familiar

Presenta

C. Jesús Ramón Soto Urías

Asesor

Dra. Vanessa Johanna Caro

Título

**“Conocimiento y actitudes de los padres hacia el
esquema de vacunación, antes y después de un taller de
sensibilización”**

Mexicali, Baja California, marzo de 2024.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN DE LA FASE ESCRITA DEL
TRABAJO TERMINAL**

Mexicali, B.C., a ____ de _____ de _____.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del trabajo terminal titulado "Conocimiento y actitudes de los padres hacia el esquema de vacunación, antes y después de un taller de sensibilización", que para obtener el Diploma de **Especialidad en Medicina Familiar**, presenta el(la) C. Jesús Ramón Soto Urias, una vez concluida la evaluación correspondiente, hemos resuelto APROBADO.


Dra. Vanessa Johanna Caro
Presidente


Dra. Graciela Guadalupe López López
Secretario


Dra. Lourdes Viridiana Soto Zavala
Sinodal


Dr. Alberto Barreras Serrano
Sinodal



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada

Baja California

Coordinación Clínica de Educación e Investigación

Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali, B.C.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina

Coordinación General de Posgrado e Investigación

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“Conocimiento y actitudes de los padres hacia el esquema de vacunación, antes y después de un taller de sensibilización”

Trabajo para obtener el diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta

Alumno Tesista:

Dr. Jesús Ramón Soto Urías

Investigador principal/responsable:

Dra. Vanessa Johanna Caro

Investigadores Asociados:

Dr. Walter Jiménez

Dr. Alberto Barreras Serrano

Mexicali, Baja California, 25 de mayo de 2023

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Alumno Tesista: Dr. Jesús Ramón Soto Urías

Médico Residente de Medicina Familiar

Matrícula: 97023398

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.28 Mexicali B.C.

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: 668 150 5566

Correo electrónico: jesus.soto.urias@uabc.edu.mx

Investigador principal/responsable: Dra. Vanessa Johanna Caro

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Matricula: 99264825

Lugar de Trabajo: UMF No.28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: 686 555 5550, extensión 31409

Correo electrónico: vanessa.caro@imss.gob.mx

Investigador Asociado: Dr. Walter Jiménez

Académico de la Residencia de Medicina Familiar

Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.28 Mexicali B.C.

Teléfono: 686 555 5550, extensión 31409

Correo electrónico: docjimenez@hotmail.com

Investigador Asociado: Dr. Alberto Barreras Serrano

Adscripción: Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias

Lugar de Trabajo: Universidad Autónoma de Baja California

Teléfono: 686 225 5343

Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO	8
ANTECEDENTES	16
JUSTIFICACIÓN	23
OBJETIVOS	25
HIPÓTESIS	25
MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
Tipo de diseño o estudio	26
Universo de trabajo.....	26
Tamaño de muestra.....	26
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	27
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	28
CLASIFICACIÓN DE VARIABLES.....	30
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	32
ASPECTOS ÉTICOS.....	33
PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN.....	35
ORGANIZACIÓN	35
Recursos humanos.....	35
Recursos materiales	36
Recursos financieros	36
Factibilidad	36
RESULTADOS.....	36
Características sociodemográficas de la población de estudio	36
Identificar la frecuencia de esquemas completos de vacunación en población menor de cinco años	39
Evaluar el conocimiento de los padres de niños menores de cinco años y después de un taller de sensibilización	40
Analizar las actitudes de los padres de niños menores de cinco años y después de un taller de sensibilización	41
DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47

ANEXOS	54
ANEXO 1. CARTA DESCRIPTIVA SOBRE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	54
ANEXO 2. CARTA DE NO INCONVENIENTE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD	55
ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	56
ANEXO 4. CRONOGRAMA	57
ANEXO 5. ENCUESTA CONOCIMIENTO DE VACUNAS A PADRES.....	58
ANEXO 6. ENCUESTA ACTITUDES DE VACUNAS A PADRES.....	59
ANEXO 7. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	60
ANEXO 8. DICTAMEN DE APROBADO	61

RESUMEN

TÍTULO: Conocimiento y las actitudes de los padres hacia el esquema de vacunación, antes y después de un taller de sensibilización

Jesús Ramón Soto Urías, Vanessa Johanna Caro, Walter Jiménez, Alberto Barreras Serrano, IMSS, UABC.

INTRODUCCIÓN: El conocer la información correcta sobre las vacunas, puede elevar los índices de vacunación en la población mexicana y, por ende, evitar enfermedades prevenibles y costos para el Estado.

OBJETIVO: Evaluar el conocimiento y las actitudes de los padres hacia el esquema de vacunación, antes y después de un taller de sensibilización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Previa aceptación de Comités de Investigación y Ética, y autoridades UMF No. 28, se realizó un estudio cuasi-experimental, donde asistieron 79 padres a un taller de sensibilización sobre el esquema de vacunación, con previa firma del consentimiento informado, a quienes se aplicaron dos cuestionarios antes y después del taller para evaluar el conocimiento y las actitudes sobre el esquema de vacunación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se utilizó estadística descriptiva en las variables cuantitativas y análisis de frecuencias para variables nominales y ordinales. Se construyeron tablas de doble entrada y en la evaluación del taller de sensibilización se aplicó Chi-cuadrada en la prueba de McNemar. Para la presentación de los datos se utilizó gráficos de barras, líneas y circulares.

RESULTADOS: Se obtuvo un aumento en la proporción de padres con conocimiento alto después de atender al taller ($p < 0.01$), del 39.24% al 89.87%, además indicó un aumento en la proporción de resultado positivo en la actitud ($p < 0.01$) de los padres del 68.35% al 97.46%.

CONCLUSIONES: El taller de sensibilización incrementó el conocimiento sobre vacunación al 89.87% en comparación al momento original de solo el 39.24%. En actitud, el cambio fue del 68.35% al 97.46%.

PALABRAS CLAVES:

Inmunización, Vacuna, Conocimiento, Sensibilización.

MARCO TEÓRICO

Definición

La NOM-036-SSA2-2012 define a la vacunación como *“la aplicación de un producto inmunizante a un organismo con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada, esta acción no necesariamente produce inmunización, ya que la respuesta inmune varía de un individuo a otro”*.¹

Tipos de vacunas

En la actualidad hay tres métodos principales para la creación de las vacunas. Los métodos de su elaboración se diferencian de acuerdo si en ellos se usan bacterias o virus íntegros; únicamente las fracciones del agente patógeno que producen una reacción del sistema inmune; o únicamente el material genético que tiene las indicaciones para ensamblar proteínas específicas y no todo el virus como tal.²

A) Agente patógeno íntegro

1. Vacunas inactivadas

Uno de los primeros métodos que se pudiesen usar para diseñar una vacuna es aislar a la bacteria o virus, o uno muy semejante, e inactivarlos o destruirlos mediante técnicas químicas, térmicas o radiación. Para la realización de este proceso se necesita tener laboratorios diseñados para cultivar de manera segura a las bacterias y virus, el método toma un periodo de elaboración respectivamente prolongado, y comúnmente dichas vacunas elaboradas tienden su aplicación ser de dos o tres dosis como refuerzo.³

2. Vacunas atenuadas

En el desarrollo de vacunas atenuadas se usan virus o uno que sea muy similar, los cuales permanecen activos, sin embargo, debilitados. Ejemplos de este tipo de vacuna: vacuna triple viral SPR (componentes anti-sarampión, anti-parotiditis, y anti-rubéola), y vacunas contra varicela y herpes-zóster. Este método trabaja de manera similar al de las vacunas inactivadas. Pero, en ciertas situaciones no se recomienda emplear este tipo de vacunas, tal es el caso en personas inmunocomprometidas.⁴

3. Vacunas basadas en vectores víricos

En la elaboración de este tipo de vacunas se usan virus inocuos para acarrear fragmentos específicos o proteínas del agente causal de estudio, logrando así sin producir la enfermedad, una activación del sistema inmune. Las instrucciones para producir fragmentos específicos del agente causal se colocan en un virus inocuo. El virus inocuo hace la función de una plataforma o vector para insertar la proteína dentro del organismo. Finalmente, la proteína activa una respuesta del sistema inmune. Un ejemplo de este tipo de vacuna es la inmunización contra el Ébola.⁵

B) Vacunas por obtención de fragmentos o subunidad antigénica

Este tipo de vacunas son las que usan los fragmentos específicos llamados subunidades antigénicas de un virus o bacteria, que es primordial para que el sistema inmune lo distinga. Este tipo de vacunas no tienen el agente patógeno íntegro ni usan un virus inocuo como vector. Las subunidades antigénicas generalmente son proteínas o carbohidratos. Gran parte de las vacunas que están en los esquemas de vacunación infantil son de este tipo de vacunas y previenen enfermedades como tosferina, tétanos, la difteria y meningitis meningocócica.⁶

C) El método genético (vacunas de ácido nucleico)

En las vacunas de ácido nucleico no se utiliza el agente patógeno, únicamente se usa una secuencia del material genético, la cual da las instrucciones para ensamblar las proteínas específicas. Las instrucciones que nuestras células usan para ensamblar proteínas son el ADN y ARN. En nuestras células, el código de ADN se transduce en ARN mensajero, el cual se utiliza como plantilla para fabricar diferentes proteínas específicas. En este tipo de vacunas, un grupo específico de instrucciones se introduce en nuestras células, sea de forma de ADN o ARNm, para que éstas fabriquen la proteína específica que se necesita para que el sistema inmune reconozca y se produzca una respuesta inmunitaria específica.⁷

Enfermedades prevenibles en el esquema de vacunación mexicano (niños menores de 5 años)

BCG

La tuberculosis es una enfermedad que agrede sobre todo a pulmones, sin embargo, puede infectar a otras partes del organismo de la persona. Está dispersa por todos los países del mundo, mayoritariamente en países pobres. Es motivo de una importante mortalidad esta patología. La vacuna BCG, toma su nombre del bacilo modificado que la conforma: el bacilo de Calmette y Guérin. Es una vacuna viva que contiene gérmenes, los cuales están atenuados, produciendo así defensa al organismo mediante una activación inmunológica.⁸

Difteria

La difteria es una patología infecciosa respiratoria, pudiendo en ocasiones ser mortal, ocasionada por una bacteria, el bacilo diftérico (*Corynebacterium diphtheriae*), que afecta de manera grave las vías respiratorias altas (garganta y nariz), conduciendo a la asfixia a los pacientes que la sufren.⁹

Tosferina

Es una enfermedad respiratoria causada por una bacteria llamada *Bordetella pertussis*. Se transmite por el aire o por contacto con superficies contaminadas con la bacteria. Al inicio de la enfermedad, se asemeja a una gripe común, posterior se inicia con una tos persistente típica, por varias semanas, aparecen en episodios que casi no permiten respirar, por tal motivo, en ocasiones se escucha el característico gallo en el intento por tomar aire, luego de un ataque de tos en repetidas ocasiones. Frecuentemente estos ataques de tos terminan con vómitos.¹⁰

Influenza

La influenza es una patología que puede complicarse de manera grave, las cuales pueden ser neumonía bacteriana, infecciones del oído, sinusitis y empeoramiento de padecimientos crónicos concomitantes del paciente (insuficiencia cardíaca, asma o diabetes). La vacunación contra la influenza disminuye el riesgo de padecerla, hospitalizaciones y el riesgo de muertes por dicha enfermedad.¹¹

VHB

La hepatitis B es una infección de tipo vírica que ataca al hígado. La vacunación en lactantes contra VHB se había incluido en 189 países a finales del 2019. La cobertura a nivel mundial de tres dosis de vacuna anti VHB es un estimado de 85%. La OMS calcula que hay alrededor de 257 millones de personas que tienen infección crónica causada por el virus de la hepatitis B.¹²

Tétanos

El tétanos es una enfermedad causada por *Clostridium tetani*, una bacteria anaerobia, Produce esporas, las cuales se encuentran en el medio ambiente. También crea toxinas capaces de complicar la evolución de la enfermedad, pudiendo llegar a la muerte. El tétanos materno y neonatal sigue siendo un problema de salud pública, principalmente en África y Asia.¹³

Poliomielitis

La poliomielitis es una patología de tipo vírica altamente infecciosa que pudiese ocasionar parálisis irreversible. El 86% de los lactantes a nivel mundial se inmunizaron con tres dosis de la vacuna anti poliomiéltica en el año 2019. La poliomielitis se ha erradicado de todos los países, excepto en Afganistán y Pakistán, por tal motivo, es objeto de acciones para su eliminación a nivel mundial.¹⁴

Haemophilus influenzae tipo b (Hib)

La *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), es una bacteria causante de meningitis y neumonía. En 2019, la vacuna contra Hib se había incluido en 192 Estados miembros de la OMS. A nivel mundial, la cobertura de tres dosis de la vacuna contra Hib se estima que es del 72%, aunque hay diferencias grandes en las distintas regiones del planeta.¹⁵

Rotavirus

Los rotavirus son el agente causal más común de patologías de tipo diarreicas graves en pacientes pediátricos a nivel mundial. La cobertura de inmunización contra rotavirus a nivel mundial era un estimado del 39%. En el año de 2019 esta inmunización estaba presente en 108 países.¹⁶

Enfermedades por neumococos

Las patologías producidas por neumococos son: neumonía, meningitis y bacteriemia febril, además de otitis media, sinusitis y bronquitis. La cobertura mundial de la inmunización con su tercera dosis tenía un estimado del 48%. En 2019 la vacuna neumocócica conjugada estaba presente en 149 Estados miembros de la OMS.¹⁷

Sarampión

El sarampión es una patología de tipo vírica, muy contagiosa. Generalmente produce fiebre alta, erupciones cutáneas, puede producir en los casos más graves ceguera, encefalitis o muerte. En el 2019, los pacientes pediátricos habían recibido una segunda dosis anti sarampión en un estimado de 85%. En 178 Estados miembros de la OMS han incluido en su esquema de vacunación una segunda dosis.¹⁸

Rubéola

La rubéola es una patología de tipo vírica, comúnmente es de afectación leve en niños, sin embargo, la enfermedad en el inicio del embarazo puede provocar muerte fetal o el síndrome de rubeola congénita, el cual puede provocar daños en cerebro, corazón, ojos y oídos del producto. En el año de 2019, la vacuna contra la rubéola se había incluido en 173 Estados miembros de la OMS y su cobertura de inmunización tenía un estimado del 71%.¹⁹

Parotiditis

La parotiditis es una enfermedad viral, la cual es muy contagiosa. Produce una inflamación dolorosa las glándulas parótidas, fiebre, cefalea y mialgias. En el 2019, en 122 Estados miembros de la OMS la vacuna contra la parotiditis se había aplicado a nivel nacional.²⁰

Percepción de la vacunación a nivel mundial (movimiento antivacunas)

Actualmente la inmunización previene millones de enfermedades contagiosas que afectan a la población. Sin embargo, la discusión sobre el uso de las vacunas es un tema controversial. Se pone en juego la efectividad y la seguridad de las vacunas en la desinformación por ignorancia o malintencionada. La evidencia científica demuestra que los beneficios de la inmunización son mayores, en comparación con los probables efectos adversos que pudieran presentar los pacientes. Algunos padres retrasan o se niegan a las inmunizaciones en la infancia debido a la preocupación de la seguridad de las vacunas (la preocupación sobre el uso de mercurio como ingrediente) y baja percepción de susceptibilidad.²¹

En 1998, el médico Andrew Wakefield, publicó una investigación en la prestigiosa revista The Lancet, que tras la aplicación de la vacuna triple viral (sarampión, rubeola, paperas) en 12 niños, desarrollaron autismo y problemas gastrointestinales. Años posteriores, se descubrió que Wakefield había presentado un financiamiento, motivo por el cual se tomó como un conflicto de intereses. Además, varios científicos intentaron recrear el experimento de Wakefield, ninguno logró repetir los resultados. En 2010 The Lancet se retractó sobre el estudio publicado, calificándolo como fraudulento.²²

Desde entonces los índices de vacunación bajaron, aumentando los casos de enfermedades prevenibles, como ejemplo hace unos años, el brote de sarampión en Europa.²³

Mitos y realidades de las vacunas

Un mito que hay es que con una buena higiene no es necesario vacunarse, la realidad es que a pesar de que la higiene es importante, hay patologías que solo se pueden prevenir mediante vacunación. Otro mito es que la inmunización puede producir efectos secundarios a largo plazo y en ciertos casos hasta la muerte, la realidad es que no existe tales efectos, aunque en el momento de aplicación puede haber dolor, edema o irritación del área. Se dice que la vacuna DTPa (difteria, tétanos y tosferina) y la anti-polio pueden producir síndrome de muerte súbita en lactantes, la realidad es que ninguna vacuna provoca tal síndrome. Se puede llevar a pensar que, si una patología o agente causal es erradicado de un país o región, no es necesaria la inmunización, la realidad es que la única enfermedad erradicada a nivel mundial hasta el momento es la viruela, por tal motivo dicha vacuna no se aplica más.²⁴

Se cree que si se aplican más de una vacuna puede producir una especie de sobrecarga al sistema inmune, la realidad es que hace 30 años los pacientes recibían una cantidad mayor de antígenos. También se presume que las vacunas no sirven, la realidad es que son eficaces para protegernos contra los principales agentes patógenos que producen enfermedades graves o demasiado infectocontagiosas. Pudiera llegarse a creer que después de una enfermedad el organismo queda inmune y que es mejor que vacunarse, la realidad es que las inmunizaciones dan mayor protección en comparación si enfermamos y obtenemos defensa. Se ha difundido que las vacunas tienen mercurio y que es perjudicial para la salud, la realidad es que en el pasado sí incluían mercurio, pero en poca cantidad, las vacunas para menores de 6 años de edad no presentan mercurio en su composición.²⁵

Un último mito, que las vacunas pueden producir autismo, la realidad es que no existe estudios científicos que avalen o respalden la relación entre las inmunizaciones y el autismo.²⁶

Beneficios y riesgos de las vacunas

Las inmunizaciones salvan millones de vidas al año. Ayudan previniendo enfermedades, permitiendo su control, eliminación, y hasta posiblemente su erradicación, como lo fue en su momento con la viruela. Previene complicaciones de enfermedades infecciosas. Forma parte de un estilo de vida saludable en el paciente. Protección de los no vacunados. Prevención de la infección, reducción de la gravedad de la enfermedad, prevención de resistencia a medicamentos. Aumento de la esperanza de vida, seguridad en viajes, ahorro de costes de salud, ganancias en salud de la población. Los riesgos de la vacuna pueden ser reacción adversa grave a una dosis previa de misma vacuna, e hipersensibilidad o reacción alérgica grave a algún componente de la vacuna. También se debe valorar la edad de administración, embarazo, inmunodeficiencias, enfermedad aguda que esté presentando en el momento el paciente.²⁷

Impacto de los esquemas incompletos de vacunación

Las consecuencias que tienen los infantes no vacunados o con el esquema incompleto de vacunación, enfrentan uno de los grandes problemas que aquejan a la salud pública a nivel mundial. La falta de inmunización deja a las personas expuestas a enfermedades infectocontagiosas que pueden ser prevenibles o disminuir su grado de gravedad al contraerlas. Con la inmunización, se previenen millones de muertes a nivel mundial, además que reduce costos para los países. Se evitan brotes, epidemias o resurgimiento de enfermedades que ya se consideraban controladas o erradicadas de ciertas regiones del planeta. Existen diferentes factores por los cuales los padres de familia no vacunan o dejan incompleto el esquema de vacunación en sus hijos. Los motivos más frecuentes son noticias falsas sobre las vacunas, falta de conocimiento, que padres o personal de salud desconozcan el esquema, falsa contraindicación a la vacuna, escolaridad, nivel socioeconómico y estado civil de los padres.²⁸

ANTECEDENTES

Durovic A. et al. (2020), en Basilea, Suiza, realizaron una investigación para obtener más información sobre las actitudes de los trabajadores de la salud hacia la vacunación contra la influenza para guiar futuras intervenciones para aumentar las tasas de vacunación. Se envió un cuestionario anónimo estandarizado a todos los empleados del Hospital Universitario de Basilea, Suiza, después de la temporada de influenza 2013/2014. Las tasas de vacunación variaron del 14,7% al 31% entre 2007 y 2019. Un total de 1,454 trabajadores de la salud participaron en la encuesta, de los cuales el 62% informó haber sido vacunado. Los trabajadores sanitarios no vacunados eran más comúnmente mujeres y diferían según el grupo ocupacional y el departamento. Las principales razones de la no vacunación fueron el temor a las reacciones adversas a corto plazo, seguido de la evaluación de la evidencia sobre los beneficios de la vacunación como insuficientes y el temor a la violación del derecho a la autodeterminación. Concluyeron que éste estudio proporciona una idea de las diferencias con respecto a las barreras a la vacunación entre diferentes grupos ocupacionales, que podrían no haberse abordado adecuadamente hasta ahora. Los formuladores de políticas deben considerar tales diferencias al diseñar campañas para aumentar la aceptación de la vacuna contra la influenza entre los trabajadores de la salud.²⁹

Lo Vecchio A. et al. (2018), en el sur de Italia, se realizó un estudio transversal para investigar los determinantes de la falta de vacunación en niños, durante el brote de 2016. Se utilizó un cuestionario estandarizado cara a cara para registrar los datos demográficos, el estado de vacunación y las razones por las que se omitió la vacunación. Se inscribió un total de 1141 niños (mediana de edad 86 meses, hombres 47,2%), 77,8% de los niños fueron vacunados adecuadamente para la edad, 6,3% fueron vacunados de forma incompleta para la edad y 15,9% no recibió ninguna dosis de vacuna. La tasa de vacunación y las razones para no vacunar variaron significativamente según la edad, siendo los niños ≤ 24 meses los que mostraron la tasa más baja (67,8%). Las razones para no vacunarse incluyeron temor a los efectos secundarios (51%), presencia de afecciones crónicas subyacentes (12,2%), omisión de la cita programada (12,2%), rechazo de la vacunación (10,3%), enfermedades agudas (7,2%) y alergia a huevos (4,6%). La presencia de una enfermedad subyacente fue un factor de riesgo de inmunización inadecuada ($p < 0,0001$). Solo el 4,7% de las condiciones eran contraindicaciones verdaderas para la administración de la vacuna. En conclusión, se informó una tasa inadecuada

de inmunización contra el sarampión en el sur de Italia, con tasas más bajas en niños ≤ 2 años o con enfermedades subyacentes. Solo una minoría tenía verdaderas contraindicaciones para la absorción de la vacuna. Las estrategias de implementación dirigidas a los profesionales de la salud y las familias deben centrarse en los determinantes notificados para aumentar la cobertura de vacunación contra el sarampión.³⁰

Di Martino G. et al. (2021) en Abruzzo, Italia, se realizó un estudio, cuyo objetivo fue evaluar las coberturas de vacunación en 2019, después de la introducción de las vacunas obligatorias. En este estudio se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores: coberturas de vacunación a los 24 meses de edad (cohorte de nacimiento 2017), coberturas de vacunación a los 36 meses de edad (cohorte de 2016), coberturas de vacunación a los 5/6 años de edad (2013 y 2014). Cohortes de vacunación a los 16 y 18 años (cohortes de 2001 y 2003). Las tasas de cobertura de vacunación se calcularon como el número de pacientes vacunados para cada enfermedad sobre el número total de pacientes nacidos en el año considerado. A finales de 2019, la cohorte de 2017 alcanzó una cobertura del 95% para todas las vacunas excepto la varicela (87,9%). Por el contrario, la cohorte de 2016 mostró tasas bajas de MMR y varicela, hasta 90,8% y 52,1% respectivamente. Además, las cohortes de adolescentes de 2013 y 2014 mostraron tasas de cobertura inferiores al 95% para todas las vacunas obligatorias. En conclusión, después de dos años de ley de vacunación obligatoria en Italia, las coberturas de vacunación han alcanzado el umbral del 95% solo entre los pacientes de 24 meses de edad. Las cohortes más antiguas aún muestran coberturas de vacunación inadecuadas a pesar de la introducción de la ley de vacunación obligatoria. Los servicios de salud a nivel regional deben desarrollar políticas y estrategias destinadas a mejorar las coberturas de vacunación y alcanzar la inmunidad colectiva.³¹

Kiely M. et al. (2018) en Quebec, Canadá, en este estudio la puntualidad en la administración de las vacunas recomendadas a menudo se evalúa mediante demoras en las vacunas y proporciona más información sobre la susceptibilidad de los niños a enfermedades prevenibles por vacunación en comparación con la cobertura de la vacuna a una edad determinada. La importancia de la administración puntual de las vacunas programadas en la primera visita está bien documentada, pero los datos sobre el impacto de los retrasos en las vacunas en otras visitas sobre el estado de vacunación a los 24 meses de edad son escasos. Utilizando los retrasos de la

vacuna para las primeras tres dosis de vacunas que contienen DTaP y para la primera dosis de vacunas que contienen sarampión como marcadores de puntualidad en las visitas de 2, 4, 6 y 12 meses, estimamos la proporción de estado de vacunación incompleta a los 24 meses de edad atribuible a un retraso de la vacuna en cada una de estas visitas. Se usaron los datos de seis encuestas de cobertura transversal realizadas en la provincia de Quebec de 2006 a 2016 que incluyeron a 7183 niños seleccionados al azar de la base de datos del seguro de salud universal. Una dosis de vacuna se consideró retrasada si se recibía 30 días o más después de la edad recomendada. Se calculó el impacto de los retrasos en las vacunas nuevas en cada visita sobre el estado de vacunación incompleta a los 24 meses de edad con el riesgo atribuible en la población. La proporción de niños con demora en la vacunación fue del 5,4% a los 2 meses, 13,3% a los 4 meses, 23,1% a los 6 meses y 23,6% a los 12 meses. En general, el 72,5% de todos los niños de 2 años con un estado incompleto a los 24 meses fueron atribuibles a un retraso de la vacuna, de los cuales el 16,1% fueron atribuibles a un retraso de la primera vacuna a los 2 meses, el 10,6% a los 4 meses, el 14,0% a los 6 meses y 31,8% a los 12 meses. En conclusión, si bien se ha puesto gran énfasis en los retrasos de la vacuna en la primera visita de vacunación, la prevalencia de los retrasos de la vacuna fue mayor con las visitas posteriores y la mayoría de los niños con un estado de vacunación incompleto a los 24 meses tuvieron un retraso de la vacuna durante estas visitas posteriores. Las intervenciones para mejorar la puntualidad deben abordar los retrasos en las vacunas en cada visita y no solo centrarse en la primera visita.³²

Navin M.C. et al. (2019) en Michigan, E.U.A., se realizó un estudio para conocer las razones por las que los padres rechazan las vacunas para sus hijos. En 2017 y 2018, los investigadores analizaron un conjunto de datos combinados que incluía registros médicos electrónicos (n = 4098) generados por un departamento de salud de Michigan durante las sesiones de educación sobre vacunación de 2015, y registros de vacunación de un informe de agosto de 2016 del registro de vacunación del Michigan Care Improvement Registry. Los niños cuyos padres manifestaron su compromiso con un esquema alternativo en la sesión educativa recibieron posteriormente una vacuna que sus padres habían rechazado en una tasa mucho más alta (39,2%) que los niños cuyos padres se negaron por motivos de religión (4,4%), preocupaciones sobre los riesgos de las vacunas (8,1%), o creencias de que las vacunas aportan pocos beneficios (10,5%). En conclusión, las diferentes razones de rechazo están asociadas con diferentes patrones de comportamiento de vacunación. Además, los resultados sugieren que las sesiones

educativas pueden superar el rechazo de la vacuna en algunos casos, y que las distintas razones del rechazo marcan diferencias reales en las motivaciones de los padres con respecto a las opciones de vacunación. Estas diferencias en las motivaciones de los padres pueden indicar la existencia de diferentes sitios para posibles intervenciones a favor de la vacunación.³³

Kepka D. et al. (2018), en Utah, E.U.A., este estudio evalúa los facilitadores sociodemográficos y las barreras para la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) para diversos adolescentes en una región con bajas tasas de vacunación contra el VPH. Se encuestaron a familiares adultos de adolescentes de 11 a 17 años de edad de grupos comunitarios afroamericanos, refugiados africanos, indios americanos / nativos de Alaska, hispanos / latinos y nativos de Hawái / isleños del Pacífico. En Salt Lake City, Utah, los análisis bivariados evaluaron las asociaciones entre las características sociodemográficas y, respectivamente, la recepción de la vacuna contra el VPH y las intenciones de vacunación. También se investigaron las barreras a la vacunación. Solo el 20% de los participantes había vacunado al menos a uno de sus hijos con al menos una dosis de la vacuna contra el VPH. La vacunación contra el VPH se relacionó significativamente con la edad del cuidador ($p = 0,035$), raza / etnia ($p = 0,001$), nivel educativo ($p = 0,006$), ingreso familiar anual ($p = 0,0454$), años en los Estados Unidos ($p = 0,023$) y lugar de nacimiento de los padres cuidadores ($p = 0,008$). Entre los cuidadores con niños no vacunados, la intención de vacunar se relacionó significativamente con la raza / etnia ($p = 0,048$ para las hijas; $p = 0,003$ para los hijos), el lugar de nacimiento de los padres del cuidador ($p = 0,023$ para los hijos), la cobertura del seguro médico ($p = 0,028$ para las hijas; $p = 0,047$ para hijos) y tipo de cobertura del seguro médico ($p = 0,008$ para hijos). Las barreras que se citaron con más frecuencia para la vacunación contra el VPH fueron la falta de conocimiento sobre la vacuna contra el VPH, los costos, los efectos secundarios y la falta de actividad sexual del niño. Los resultados mostraron una cobertura de la vacuna contra el VPH sustancialmente más baja que las tasas nacionales y estatales, lo que indica la necesidad urgente de intervenciones de vacunación contra el VPH en múltiples frentes en estas comunidades; se discuten las estrategias.³⁴

Arellan-Regalado M. et al (2018), en Lima, Perú, el objetivo del estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de las madres sobre las vacunas de sus hijos menores de cinco años. El estudio fue descriptivo y correlacional de diseño transversal.

La muestra fue de 100 madres que tengan hijos menores de cinco años en el Centro de Salud de Lima, Perú. El 58 % de las madres tuvo un conocimiento medio sobre las vacunas y el 51 % demostró una actitud desfavorable sobre las vacunas. Las encuestadas que presentaron una actitud desfavorable tenían un nivel de conocimiento medio sobre las vacunas (66 %). Aquellas que solo estudiaban (66 %), con ingresos mayores a 1000 soles (80 %) y con primaria (100 %) presentaron un conocimiento medio sobre vacunas. Por otro lado, las madres con más de dos hijos (66 %), las empleadas informales (100 %), con ingresos mayores a 1000 soles (\$5400MXN) (80%) manifestaron una actitud desfavorable sobre las vacunas. Como conclusión las madres con un conocimiento medio presentaron una actitud desfavorable sobre las vacunas. Aquellas que solo estudian, con ingresos mayores y con primaria presentan un conocimiento medio sobre vacunas. Por otro lado, las que cuentan con un empleo, más de dos hijos e ingresos mayores manifestaron una actitud desfavorable sobre las vacunas.³⁵

Delgado-Cabanillas G. (2018) en Pimentel, Perú. El objetivo del estudio fue determinar la efectividad de la intervención educativa para elevar los conocimientos de las madres de niños menores de un año, en el cumplimiento de las vacunas. La muestra estuvo constituida por 51 madres de niños menores de un año que acudieron a la estrategia sanitaria de Inmunizaciones del centro de salud de Monsefú. Se realizó una encuesta y como instrumento el cuestionario estructurado por 15 preguntas de alternativa múltiple. Resultados: Antes de la intervención educativa el 100% de las madres encuestadas presentan un nivel bajo de conocimientos: destacándose un alto porcentaje de respuestas incorrectas: calendario de vacunación (90.2%), cuidados brindados frente a las reacciones tras la vacunación (92.8%), importancia de la vacunación (88.2%), y enfermedades prevenibles a través de la vacunación (85.8%), resultados que se modificaron post intervención educativa evidenciando un 73% de madres con nivel de conocimiento alto, incrementando el porcentaje de respuestas correctas 86%, 95.4%, 86.3%, 85.3% respectivamente a los ítems mencionados. Concluyendo que se comprueba la efectividad de la intervención educativa al obtener una diferencia de medias significativa entre resultados de pre y post test.³⁶

Gil-Vásquez M.E. (2019), en Lima, Perú. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre el conocimiento de la importancia de la vacunación en infantes en madres. La muestra estuvo constituida por 30 madres de niños menores de 2 años

usuarias del Centro de Salud Medalla Milagrosa, a quienes se les aplicó un instrumento (cuestionario) validado. Los resultados obtenidos posterior a la intervención educativa tuvo un efecto positivo donde muestra un incremento el nivel de conocimiento alto sobre generalidades de la vacunación de 36.7% a 100%, se incrementó mínimamente el nivel de conocimiento medio sobre las enfermedades que previene cada vacuna de 53.3% a 56.7% y se incrementó el nivel de conocimiento alto sobre efectos secundarios y cuidados post vacunación de 23.3% a 93.3%. Se concluyó que la intervención educativa tuvo un efecto positivo en el nivel de conocimiento sobre la importancia de la vacunación.³⁷

Berrospi-Salvatierra M. (2020), En Lima, Perú. El objetivo de la investigación fue determinar el efecto de una intervención educativa en el nivel de conocimientos en madres de niños menores de un año sobre inmunizaciones en el Centro de Salud Milagro de la Fraternidad. La muestra estuvo conformada por 30 madres de niños menores de un año. La técnica que se empleó fue la encuesta, se aplicó un pre y un post test. Los resultados fueron antes de la intervención educativa, en el pre test la mayoría de las madres mostraron un nivel de conocimientos bajo en 57%, regular 27%, bueno 13% y muy bueno 3%. Después de la intervención educativa, en el post test, obtuvieron un puntaje bajo 7%, regular 13%, bueno 20% y muy bueno 60%. Se concluyó que la intervención educativa en el nivel de conocimiento fue efectiva sobre inmunizaciones en madres de niños menores de un año.³⁸

Collazos-Eche M.H. et al (2020), en Piura, Perú. El objetivo del estudio fue mejorar el nivel de conocimiento a través del taller educativo sobre vacunas en madres que asisten al Centro de Salud Tacalá. La muestra estuvo formada por 75 madres de familia de niños menores de 5 años, a quienes se les realizó un cuestionario dicotómico validado de 15 preguntas; el cuestionario se aplicó antes y después de las sesiones para medir el nivel de conocimiento sobre calendario de vacunas. Los resultados obtenidos mostraron que el nivel de conocimiento sobre el esquema de vacunas antes del taller fue de deficiente 45%, medio 44%, alto 11%, después de aplicar el taller, se encontró nivel deficiente 25%, medio 50% y alto 25%. Se concluyó que el taller de calendario de vacunas mejoró significativamente el nivel de conocimiento sobre vacunas en las madres de familia.³⁹

Jihuallanca A.L. et al (2021), en Juliaca, Perú. El objetivo fue determinar la relación que existe entre el conocimiento y las actitudes frente al esquema de vacunación en las madres de menores

de 5 años de edad del centro de Salud Santa Adriana Juliaca, 2020. Con una muestra conformada por 130 madres de menores de 5 años las cuales son pacientes del centro de Salud Santa Adriana, se les aplicó dos instrumentos para evaluar el conocimiento y actitudes sobre el esquema de vacunación. Los resultados de conocimiento fueron 64.6% en nivel medio, mientras que las actitudes fue 50% en nivel positivo frente al esquema de vacunación. El estudio no realizó un taller de sensibilización. Se concluyó que las madres se encontraban en un nivel de conocimiento medio y el nivel de actitudes en nivel positivo, y que una sesión educativa podría mejorar los niveles de conocimiento y actitudes en madres sobre el esquema de vacunación.⁴⁰

Contreras-Miranda M.J. et al (2021), en Veracruz, México, el objetivo del estudio fue establecer si el conocimiento determina en las actitudes de las madres, el cumplimiento del esquema de vacunación de sus hijos menores de cinco años. Fue un estudio observacional, descriptivo, transversal, correlacional, muestra por conveniencia. Los sujetos de estudio fueron madres con hijos menores de cinco años que acudieron a unidad de salud en Veracruz, México. Los resultados fueron 51.2% son madres jóvenes de entre 14 a 24 años. El 95.2% procede de la zona rural. 41.7% alcanza el nivel secundario. El 78.6% es ama de casa. 63.1% tiene conocimiento medio sobre vacunas. 97.6% tiene actitudes adecuadas ante el esquema de vacunación. Como conclusión, el nivel de conocimiento fue medio y la actitud adecuada en madres entre edades de 14 a 24 años, comprobando la hipótesis, existió relación de las variables de estudio, por tanto, a mayor conocimiento del esquema de vacunación en madres con hijo menor de 5 años, mayor actitud de aceptación hacia la aplicación de este.⁴¹

JUSTIFICACIÓN

Cada año, casi 20 millones de niños se quedan sin el paquete básico de vacunas que podría protegerles, y en total cerca de dos millones de personas mueren a consecuencia de enfermedades que podrían haberse prevenido con las vacunas recomendadas por la OMS: DTP (difteria, tétanos y tosferina), hepatitis B, Hib (gripe tipo B), BCG (tuberculosis), virus del papiloma humano, sarampión, neumococo, poliomielitis, rotavirus y fiebre amarilla. La inmunización a nivel mundial ha sido un reto para todos los países desde que iniciaron los programas de vacunación, para tratar de prevenir enfermedades causantes de muertes y costos para el Estado. En la UMF No. 28, Mexicali, BC., es importante incentivar la vacunación en niños menores de 5 años debido a los antecedentes mundiales antes mencionados.⁴²

En años recientes, la inseguridad o la desconfianza por las vacunas ha ido en aumento en la población en general. Todo esto debido a las falsas noticias, sobre todo transmitidas por las redes sociales, creando desinformación y desconfianza hacia la inmunización, trayendo consigo rebrotes de enfermedades que se creían controladas, como el sarampión. La inmunización es todo un reto para el personal sanitario y los gobiernos de los países. Se pretende lograr la aceptación de las inmunizaciones en los padres de familia mediante la promoción de la vacunación en la Unidad, lo cual podría ayudar en un aumento en las tasas de vacunación y prevención de enfermedades infectocontagiosas.

Se ha visto en países sin recursos o afectados por la inestabilidad y la violencia, los planes de inmunización están en crisis y en demasiadas ocasiones las vacunas no llegan hasta las personas que más las necesitan. El exponencial aumento de los precios en los últimos años, la falta de adaptación de las vacunas a la realidad de los países sin recursos y el complicado calendario de inmunización son las principales causas de esta situación.

Las vacunas previenen enfermedades graves que pueden ser incapacitantes o mortales, sobre todo para los niños. La inmunización es una de las intervenciones médicas en salud pública más eficientes en términos de coste y, evitándose millones de muertes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es indiscutible que la vacunación beneficia tanto a las personas vacunadas como a las personas no vacunadas y susceptibles que viven en su entorno. En esta época nos encontramos con una población que no conoce la información correcta sobre el Esquema Nacional de Vacunación en México, pudiendo llegar a afectar la inmunización de la población, llevando consigo al resurgimiento de enfermedades consideradas controladas.

El movimiento antivacunas ha surgido por la desinformación, sobre todo en redes sociales, ha propiciado al declive de las tasas de vacunación, así como en la confianza en la efectividad de las vacunas. La desinformación que circula principalmente es que las vacunas producen ciertos tipos de enfermedades (autismo), que introducen el agente casual al organismo induciendo una enfermedad (COVID-19), que las vacunas contienen algún tipo de material que es dañino para el organismo (mercurio), o el simple hecho que las vacunas no funcionan para prevenir enfermedades.

La escolaridad, nivel socioeconómico y el estado civil de los padres, actúan como factores familiares que alteran el cumplimiento o el incumplimiento de las inmunizaciones de los infantes en tiempo y forma, acorde a la cartilla de vacunación nacional.

Otra causa encontrada es el desconocimiento sobre el esquema de vacunación de los padres. Por tal motivo es indispensable que padres de familia de la UMF 28 asistan al taller para educarlos sobre el Esquema Nacional de Vacunación y evitar sesgos sobre el calendario de vacunación acorde a la edad de los pacientes pediátricos. Por lo anterior mencionado, es importante realizar un taller de sensibilización en padres de familia de la UMF No. 28 para promover la inmunización completa en los pacientes pediátricos, mejorar el conocimiento y una conducta hacia la aceptación de este.

Surgiendo así, la siguiente pregunta de investigación, la cual servirá para la realización del presente protocolo:

¿Cuál es el conocimiento y actitudes de los padres hacia las vacunas, antes y después de un taller de sensibilización?

OBJETIVOS

General:

Evaluar el conocimiento y las actitudes de los padres hacia el esquema de vacunación, antes y después de un taller de sensibilización.

Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio (edad, sexo, número de hijos, escolaridad, estado civil).
- Identificar la frecuencia de esquemas completos de vacunación en población menor de cinco años.
- Evaluar el conocimiento de los padres de niños menores de cinco años antes y después de un taller de sensibilización.
- Analizar las actitudes de los padres de niños menores de cinco años antes y después de un taller de sensibilización.

HIPÓTESIS

El taller de sensibilización tiene un efecto positivo sobre los conocimientos y actitudes hacia el esquema de vacunación en los padres de niños menores de cinco años.

HIPÓTESIS NULA

El taller de sensibilización no tiene un efecto positivo sobre los conocimientos y actitudes hacia el esquema de vacunación en los padres de niños menores de cinco años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño o estudio

Cuasi-experimental

Universo de trabajo

Padres de familia con mayoría de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, IMSS, Mexicali, B.C. con hijos menores de cinco años de edad.

Periodo de trabajo

Mayo 2022 – mayo 2023

Lugar de realización

Unidad de Medicina Familiar No. 28, IMSS, Mexicali, Baja California.

Tipo de muestreo

Muestreo simple aleatorio por atributos.

Tamaño de muestra

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \pi (1 - \pi)}{\delta^2}$$

dónde:

Z = valor de Z para una confianza del 95% = 1.96

π = proporción de padres con conocimiento sobre las vacunas que debiera colocarse su hijo
= 0.29

δ = cambio esperado en la proporción de conocimiento al final de la prueba = +10%

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.29) (1 - 0.29)}{(.10)^2} = 79 \text{ sujetos de estudio}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

De inclusión:

- Padres con hijos menores de cinco años.
- Que acepten participar en el estudio previa firma de consentimiento informado.

De exclusión:

- Padres menores de 18 años de edad.
- Padres con hijos mayores de cinco años.
- Padres derechohabientes de otra Unidad.
- Padres que no sean los cuidadores primarios de los hijos.

De eliminación:

- Encuestas incompletas
- Padres que hayan aceptado participar en el estudio y firmado el consentimiento informado, que en algún momento del estudio decidan retirarse o que no completen el 80% del tiempo del taller de sensibilización.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para el presente estudio de investigación se utilizaron dos herramientas validadas para evaluar conocimiento y actitudes de los padres, hacia el esquema de vacunación. Las herramientas fueron creadas por Jihuallanca Tuero Ana Luz y Cutipa Córdova Erika Diana, aplicadas en el estudio titulado “Conocimientos y actitudes frente al esquema de vacunación en las madres de menores de 5 años de edad del centro de salud Santa Adriana Juliaca, 2020”, en Perú. Los expertos que validaron las herramientas son Damasco Sagua Betza, Condori Mesco Luis Felipe y Gutiérrez Quispe Patricia Anick, de la Universidad Autónoma de Ica, en Perú.

Herramienta Conocimiento del Esquema de Vacunación

El primer cuestionario, el cual evalúa los conocimientos, se compone de 20 ítems. Cada pregunta tiene tres opciones de respuesta: No (1 punto), Indeciso (2 puntos), Sí (3 puntos). Ver anexo. Valorando así, su conocimiento sobre inmunizaciones previa y posterior a la toma del taller de sensibilización.

Su interpretación es la siguiente:

- Conocimiento bajo (≤ 36 puntos)
- Conocimiento medio (37-47puntos)
- Conocimiento alto (≥ 48 puntos)

Confiabilidad del instrumento

En el presente estudio de investigación para conocer la fiabilidad del instrumento se ha elegido por el método de Alfa de Cronbach para evaluar la fiabilidad o la homogeneidad de las preguntas (ítems).

El estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach, señala un valor de 0.717 para un total de 20 ítems o elementos formulados, contrastando con la escala de valoración se obtiene que el coeficiente alfa >0.717 , por lo cual se considera que es aceptable el instrumento y presenta fiabilidad para ser utilizado en la presente investigación.

Herramienta Actitudes del Esquema de Vacunación

El segundo cuestionario, el cual evalúa las actitudes, se compone de 18 ítems, el cual se calificó a través de escala Likert (1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= indeciso, 4= de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo). Ver Anexo. Evaluando de esta manera, su actitud sobre inmunizaciones previa y posterior a la participación en el taller de sensibilización.

Su interpretación es la siguiente:

- Actitud negativa (≤ 40 puntos)
- Actitud media positiva (41-62 puntos)
- Actitud positiva (≥ 63 puntos)

Confiabilidad del instrumento

En el presente estudio de investigación para conocer la fiabilidad del instrumento se ha elegido por el método de Alfa de Cronbach para evaluar la fiabilidad o la homogeneidad de las preguntas (ítems).

El estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach, señala un valor de 0.702 para un total de 18 Ítems o elementos formulados, contrastando con la escala de valoración se obtiene que el coeficiente alfa >0.702 , por lo cual se considera que es aceptable el instrumento y presenta fiabilidad para ser utilizado en la presente investigación.⁴⁰

CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente:

- Esquema de vacunación.

Variable independiente:

- Conocimientos y actitudes sobre esquema de vacunación.

NOMBRE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Expresada en años de acuerdo con el interrogatorio durante aplicación de cuestionario.	Cualitativa Ordinal	1. 18-21 años 2. 22-25 años 3. 26-29 años 4. 30-34 años 5. 35-39 años 6. 40-44 años 7. 45-49 años 8. ≥ 50 años
Sexo	Condición anatómica que diferencia al hombre de la mujer.	Se expresa en masculino o femenino de acuerdo con el interrogatorio durante la aplicación del cuestionario	Cualitativa Nominal	- Masculino - Femenino
Número de hijos	Se refiere al número de hijos de los padres de familia que han tenido en algún momento de su vida, alguno nacido vivo, incluyendo los hijos que luego fallecieron.	Expresado en número de hijos con el interrogatorio durante aplicación de cuestionario.	Cualitativa Ordinal	1. 1-2 hijos 2. 3-4 hijos 3. ≥ 5 hijos
Escolaridad	Último grado que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo.	Expresado en grado académico por el sujeto de estudio.	Cualitativa Ordinal	- Analfabeto - Preescolar - Primaria - Secundaria - Preparatoria - Licenciatura - Postgrado
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación referida por el sujeto de estudio.	Cualitativa Nominal	- Soltero - Unión libre - Casado - Separado - Divorciado - Viudo

NOMBRE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Conocimiento	El conocimiento se refiere a la facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.	Evaluación de los conocimientos mediante la herramienta a aplicar en padres, antes y posterior a la asistencia del taller, compuesta de 20 ítems. En donde se evalúan las dimensiones de conocimiento personal, personas que informan, profesionales que informan y medios de información. ⁴⁰	Cualitativa Ordinal	- Bajo: ≤ 36 puntos - Medio: 37-47 puntos - Alto: ≥ 48 puntos
Actitudes	La actitud es la manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.	Evaluación de las actitudes mediante la herramienta a aplicar en padres, antes y posterior a la asistencia del taller, compuesta de 18 ítems. En donde se evalúan las dimensiones de actitud cognitiva, actitud conductual y actitud afectiva. ⁴⁰	Cualitativa Ordinal	- Negativa: ≤ 40 puntos - Media positiva: 41-62 pts - Positiva: ≥ 63 puntos
Esquema de vacunación	El esquema de vacunación es una guía de inmunizaciones, que indica, cuáles son las edades de aplicación, el número de dosis, la vía de aplicación y la cantidad de vacuna por dosis.	Referido como completo o incompleto de acuerdo a Cartilla Nacional de Salud en el apartado de esquema de vacunación.	Cualitativa Nominal	- Completo - Incompleto
Asistencia	Acción de acudir a un sitio o a un hecho.	Referido como cursado o no cursado de acuerdo con la asistencia al taller de sensibilización.	Cualitativa Nominal	- Cursado - No cursado

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información obtenida de los padres de familia partícipes de la investigación fue capturada en una hoja electrónica empleando Excel. Las variables edad y número de hijos se expresaron en clases. Para la descripción de las variables sociodemográficas: edad, sexo, número de hijos, escolaridad, estado civil, esquema de vacunación y asistencia al taller se construyeron tablas de frecuencia simples y de doble entrada, además se construyeron gráficas de barras verticales y de pastel. Se describieron a los padres por conocimiento y actitudes haciendo uso de cada pregunta del cuestionario, expresando frecuencias y valores porcentuales por afinidad para cada una de las opciones: sí, no, no sé. El efecto del taller de sensibilización sobre el conocimiento y actitudes de los padres hacia el esquema de vacunación fue evaluado con Chi-cuadrada en la prueba de McNemar para muestras relacionadas. En todos los análisis, un valor de $P < 0.05$ fue considerado como significativo. El análisis se realizó con el apoyo del paquete estadístico SPSS ver 26.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio, fue sometido a evaluación del Comité de Ética en Investigación No. 2048 (CEI No. 2048) y al Comité Local de Investigación en Salud No. 204 (CLIS No. 204) ambos con sede en el Hospital General Regional No. 20, en la ciudad de Tijuana, Baja California.

La presente investigación se realizó de acuerdo a los lineamientos de la Declaración de Helsinki respetando el derecho del individuo para su autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante su curso de la investigación; el Código de Nuremberg el sujeto tiene la capacidad legal para dar su consentimiento, mediante elección libre, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o coerción, teniendo conocimiento y comprensión de los elementos implicados que le capaciten para hacer una decisión razonable; el Informe Belmont basándose en los tres principios fundamentales para usar en sujetos humanos en la investigación el respeto a las personas, protegiendo la autonomía de las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado, el principio de beneficencia maximizando los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación, principio de justicia, usando los procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente; y se efectuó a pego del artículo 98 de la Ley General de Salud atendiendo a los principios básicos para la investigación médica en seres humanos, así como el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, y los lineamientos del manual de procedimientos para la evaluación, registro y seguimiento de proyectos de investigación en salud que se llevan a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Los datos personales recabados fueron usados, resguardados y protegidos de acuerdo con lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

Este estudio fue clasificado con riesgo mínimo debido a la toma de cuestionarios y entrevistas, conforme al capítulo I, artículo 17, categoría I del Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Aspectos de Bioseguridad: Esta investigación no precisó de medidas específicas que transgredan situaciones de bioseguridad. No se usaron residuos peligrosos biológico-infecciosos por lo que las acciones que se hicieron para el desarrollo del estudio en la UMF 28 no generaron ningún conflicto para su proceso.

Proporción Riesgo/Beneficio: El presente estudio no presentó riesgos potenciales que sobrepasen los beneficios en los participantes, ya que sólo fueron partícipes en la aplicación de dos encuestas y asistencia al taller.

PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

Previa aceptación de Comité Local de Investigación, del Comité de Ética en Investigación y de las autoridades de la Unidad Médica No. 28, se efectuó el siguiente proceso:

UNO. Se localizó e invitó a participar en el estudio de investigación a los padres con hijos menores de cinco años, se les explicó los riesgos y beneficios de su participación, en qué consistía el estudio y se les solicitó firmar el consentimiento informado posterior a explicación del procedimiento, esto en el consultorio de PrevenIMSS una vez que acuden a aplicar esquema de vacunación o a realizar tamiz al recién nacido, en las consultas de medicina familiar, donde se les abordó.

DOS. Antes de iniciar el taller se aplicó una encuesta. La sesión tuvo una duración de 90 minutos, en donde se abordaron los siguientes temas: tipos de vacunas, mitos y realidades sobre vacunas, riesgos y beneficios de las vacunas, posterior a los temas se realizó un taller sobre el esquema de vacunación. Se eligieron esos temas ya que son de mayor transcendencia para conocimiento de los padres porque es donde se presentaban más dudas sobre la información correcta del esquema de inmunizaciones en los infantes. El taller consistió en formación de grupos, donde respondieron unas preguntas referentes a los temas impartidos durante el curso, para evaluar su grado de conocimiento obtenido en clase, promoviendo la competencia y el trabajo en equipo entre los padres asistentes al curso.

TRES. La encuesta posterior al taller fue aplicada al momento de terminar el mismo, para revalorar los resultados con la primera encuesta. Se les informó que se les iba a localizar por el investigador principal para explicarles los resultados de la investigación, después de su análisis.

CUATRO. Se inició con la recolección de la información obtenida en una hoja de cálculo del programa Excel, posteriormente fue analizada y se realizó el reporte de datos.

ORGANIZACIÓN

Recursos humanos

- Alumno tesista: Dr. Jesús Ramón Soto Urías

- Investigador responsable/principal: Dra. Vanessa Johanna Caro
- Investigador asociado: Dr. Walter Jiménez
- Investigador asociado: Dr. Alberto Barreras Serrano
- Participantes: Padres de familia que acudieron al taller con previa firma de consentimiento informado.

Recursos materiales

- Salón de juntas, sillas, pantalla, proyector
- Escritorio para recolección de datos.
- Formato en papel impreso: recolección datos participantes, hoja consentimiento informado
- Bolígrafos, lápices, correctores, borradores
- Computadora personal

Recursos financieros

El financiamiento de los materiales necesarios fue otorgado por parte del investigador principal, tales objetos como computadora personal, artículos de papelería (hojas, plumas).

Factibilidad

Fue posible llevar a cabo esta intervención educativa ya que se contó con los materiales accesibles y recurso humano necesario, para llevar a término todo éste protocolo de estudio.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la población de estudio

En la Figura 1, se muestra la distribución de la variable edad agrupada en grupos etarios, en donde la mayor frecuencia (34.18%) se presentó en el grupo etario de 26-29 años.

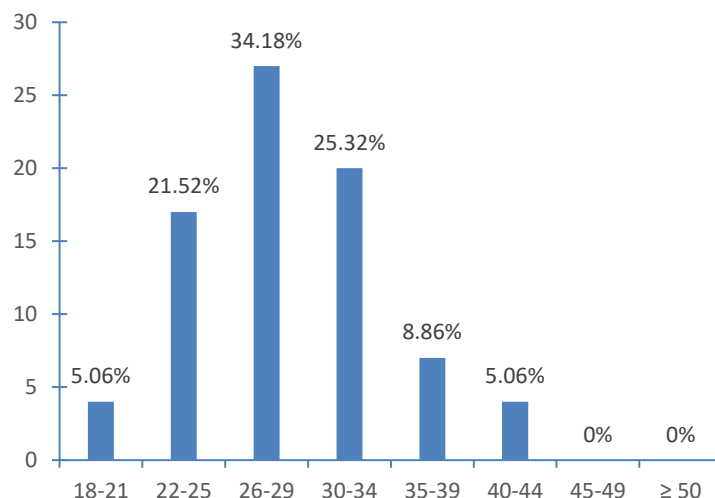


Fig. 1 Distribución de población por grupos etarios.

En cuanto a la variable sexo, la mayor frecuencia fue para femenino con un 81% (64/79), mientras que el masculino solo fue el 19% (15/79), como se muestra en la Figura 2.

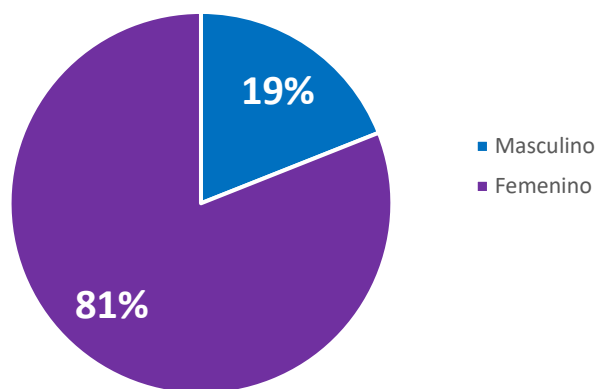


Fig. 2 Distribución de población por sexo.

En la figura 3, se muestra la distribución de la variable número de hijos agrupada en rangos, donde la mayor frecuencia se presentó en el rango de 1-2 hijos con un 63%.

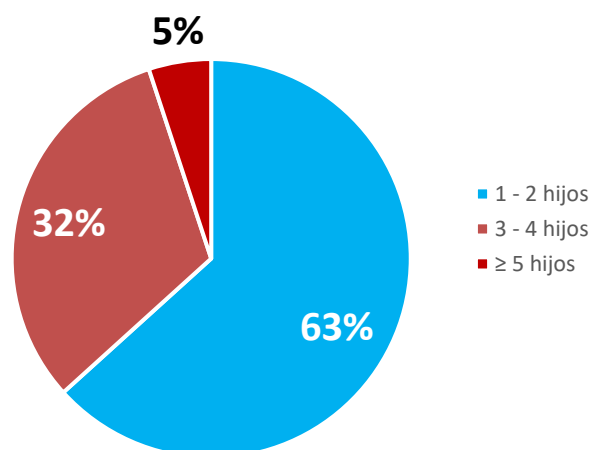


Fig. 3 Distribución de la población por número de hijos por rangos.

En la variable de escolaridad, la mayor frecuencia que se presentó fue secundaria con un 47% (45/79), como se muestra en la Figura 4.

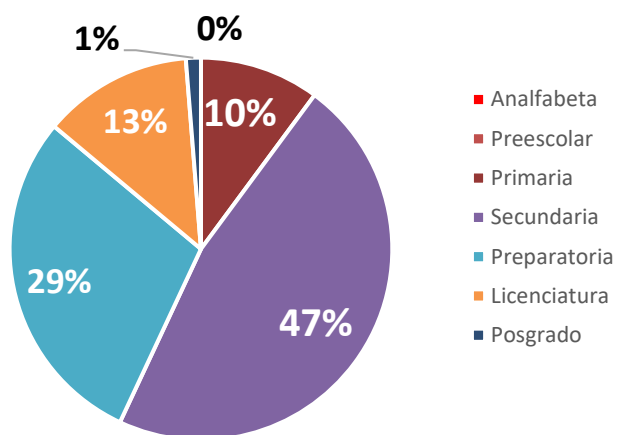


Fig. 4 Distribución de la población por escolaridad.

En la Figura 5, se muestra la variable del estado civil, donde la mayor frecuencia (37%) fue unión libre.

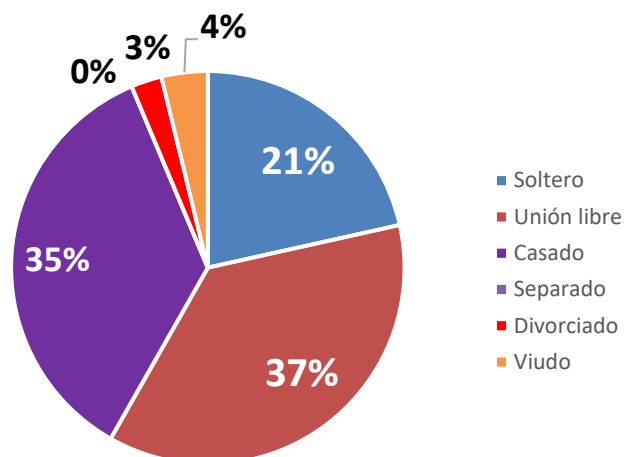


Fig. 5 Distribución de la población por estado civil.

Identificar la frecuencia de esquemas completos de vacunación en población menor de cinco años

En cuanto a la variable de esquema de vacunación, la mayor frecuencia fue para completo con un 72%, mientras que el incompleto solo fue el 28% (Figura 6).

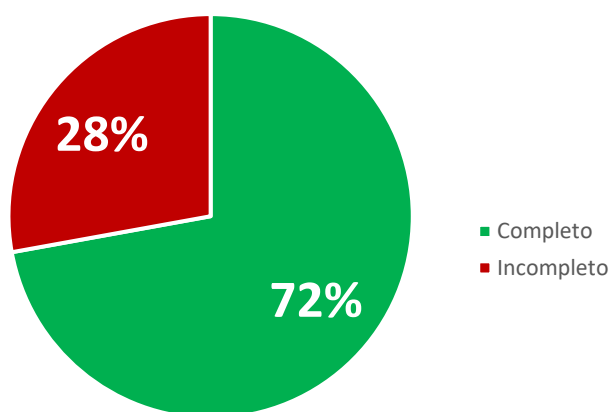


Fig. 6 Distribución de esquemas completos de vacunación en población menor de cinco años.

Evaluar el conocimiento de los padres de niños menores de cinco años y después de un taller de sensibilización

En la Figura 7, se muestra la comparación entre las variables de conocimiento donde la mayor frecuencia antes y después del taller fue conocimiento medio (53.16%) y conocimiento alto (89.87%) respectivamente.

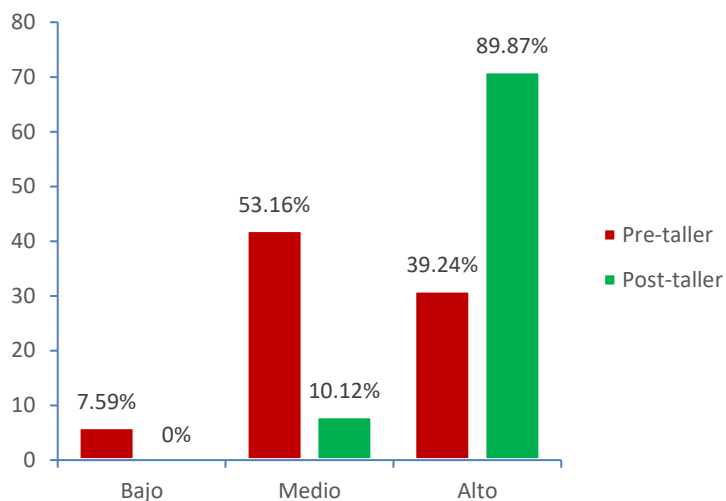


Fig. 7 Distribución del conocimiento de los padres de niños menores de cinco años antes y después del taller de sensibilización.

Para la evaluación del efecto del taller de sensibilización sobre el conocimiento de los padres de niños menores de cinco años hacia el esquema de vacunación fue eliminada la clase de conocimiento Baja debido a la no presencia de conteo alguno en la fase post-taller y evaluado con Chi-cuadrada aplicando la prueba de McNemar para datos relacionados, la cual indicó un aumento en la proporción de padres con conocimiento alto después de atender al taller de sensibilización ($p < 0.01$), del 39.24% al 89.87%.

Analizar las actitudes de los padres de niños menores de cinco años y después de un taller de sensibilización

En cuanto a la variable actitudes comparada antes y después del taller, la mayor frecuencia fue actitud positiva con 68.35% y 97.46% en ambos casos. (Figura 8).

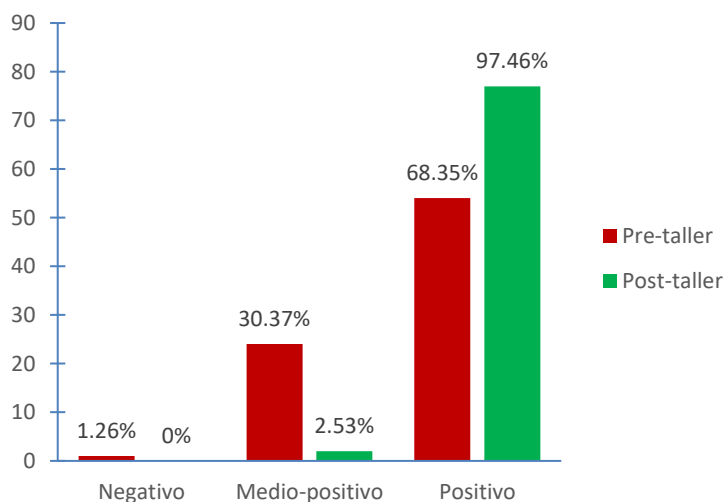


Fig. 8 Distribución de la actitud de los padres de niños menores de cinco años antes y después del taller de sensibilización.

Para la evaluación del efecto del taller de sensibilización sobre la actitud de los padres de niños menores de cinco años hacia el esquema de vacunación fue eliminada la clase de actitud Negativa debido a la no presencia de conteo alguno en la fase post taller y evaluado con Chi-cuadrada aplicando la prueba de McNemar para datos relacionados, la cual indicó un aumento en la proporción de resultado positivo en la actitud ($p < 0.01$) de los padres de niños menores de cinco años hacia el esquema de vacunación del 68.35% al 97.46%.

DISCUSIÓN

En este estudio realizado a los padres de familia de la UMF 28, se encontró que 72% de los niños presentaban un esquema completo, y un 28% de los niños presentaba un esquema incompleto de vacunación. Los padres mencionaban que era porque ocurrió la pandemia y las vacunas estaban en desabasto. Resultados similares al estudio de Lo Vecchio A. et al. (2018), en el sur de Italia, quienes, al investigar los determinantes de la falta de vacunación en niños, encontraron que el 77.8% de los niños fueron vacunados adecuadamente para la edad, y 22.2% con esquema incompleto (6.3% fueron vacunados de forma incompleta para la edad y 15.9% no recibió ninguna dosis de vacunas).

En el estudio de Navin M.C. et al. (2019) en Michigan, E.U.A., realizado para conocer las razones por las que los padres rechazan las vacunas para sus hijos, además se realizó un taller de sensibilización. Posterior al taller los niños recibieron una vacuna que sus padres habían negado en un porcentaje más alto (39.2%), que en los que rechazaron por cuestiones religiosas (4.4%), preocupaciones por riesgos de la vacunación (8.1%), o creer que las vacunas no tienen beneficios (10.5%). En el estudio realizado en la UMF 28, donde las variables de después del taller, en actitudes la mayor frecuencia fue positiva con 97.46%; en conocimiento fue alto con 89.87%. Lo que nos resulta en ambos estudios que los talleres de sensibilización en los padres de familia pueden ayudar a la aceptación en el esquema de vacunación.

En el estudio realizado en la UMF 28 antes de la intervención, se encontró que el 53.16% de los padres de familia tuvo un conocimiento medio sobre las vacunas y 68.35% demostró una actitud positiva sobre las vacunas. En Lima, Perú, se realizó un estudio por Arellan-Regalado M. et al (2018), su objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de las madres sobre las vacunas de sus hijos menores de cinco años. El 58% de las madres tuvo un conocimiento medio sobre las vacunas y el 51% demostró una actitud desfavorable sobre las vacunas. En el estudio de Perú, las madres que cuentan con un empleo, más de dos hijos e ingresos mayores manifestaron una actitud desfavorable sobre las vacunas. En ambos estudios se encontró que los padres tenían un conocimiento medio, sin embargo, hay una diferencia significativa en la actitud, donde en Perú se encontraba en desfavorable o negativa, en cuanto a la UMF 28 se categorizaba como actitud positiva.

Delgado-Cabanillas, G.V. (2018), en Pimentel, Perú, realizó un taller de sensibilización para conocer el nivel de conocimientos sobre vacunación en madres. Antes de la intervención el nivel de conocimiento fue bajo 100%, después de la intervención el nivel cambió positivamente a nivel alto 73%. Se encontró un efecto positivo después del taller. En comparación con el estudio de la UMF 28, antes del taller el nivel de conocimiento era medio 53.16%, después del taller cambió a alto 89.87%. Se observó también un cambio positivo después del taller de sensibilización en los padres de familia.

Gil-Vásquez, M.E. (2019), en Lima, Perú, llevó a cabo un estudio para conocer el nivel de conocimiento sobre vacunación. Evaluó antes y después de un taller de sensibilización. El nivel de conocimiento antes del taller fue bajo 3.3%, medio 60%, y alto 36.7%, y después del taller fueron bajo y medio ambos con 0%, alto 100%. En la investigación llevada a cabo en la UMF 28 antes del taller fueron nivel bajo 7.59%, medio 53.16% y alto 39.24%, después del taller fueron bajo 0%, medio 10.12% y alto 89.87%. En ambos estudios se encontró aumento en los niveles de conocimiento en los padres de familia sobre el esquema de vacunación.

Berrosپی-Salvatierra, M. (2020), en Lima, Perú, realizó una investigación en madres de familia para conocer el efecto de un taller de sensibilización antes y después en el nivel de conocimiento sobre inmunizaciones. El resultado antes del taller el nivel de conocimientos fue bajo 57%, después del taller fue muy bueno 60%. En el estudio de la UMF 28, el resultado antes del taller de sensibilización fue medio 53.16%, el resultado después del taller fue alto 89.87%. En ambos estudios se encontró que el taller de sensibilización fue efectivo sobre el nivel de conocimiento en los padres de familia participantes.

En una investigación realizada por Collazos-Eche, M.H. et al (2020), en Piura, Perú, se realizó un taller de sensibilización sobre esquema de vacunación para mejorar el nivel de conocimiento sobre vacunas en madres. Se determinó que el nivel de conocimiento sobre el esquema de vacunas antes del taller fue de deficiente 45%, medio 44%, alto 11%, después de aplicar el taller, se encontró nivel deficiente 25%, medio 50% y alto 25%. Se obtuvo un cambio positivo con respecto antes y después del taller. En el estudio realizado en la UMF 28, también se encontró un efecto positivo después del taller de sensibilización sobre conocimientos, donde los resultados antes del taller fueron nivel bajo 7.59%, medio 53.16% y alto 39.24%, después del taller fueron bajo 0%, medio 10.12% y alto 89.87%.

Jihuallanca A.L. et al (2021), en Juliaca, Perú, realizó una investigación para determinar la relación entre el conocimiento y las actitudes frente al esquema de vacunación en las madres. Los resultados de conocimiento fueron 64.6% en nivel medio, mientras que las actitudes fue 50% en nivel positivo frente al esquema de vacunación. El estudio no realizó un taller de sensibilización. Se concluyó que las madres se encontraban en un nivel de conocimiento medio y el nivel de actitudes en nivel positivo, y que una sesión educativa podría mejorar los niveles de conocimiento y actitudes en madres sobre el esquema de vacunación. En el estudio de la UMF 28 se realizó un taller de sensibilización en padres sobre el esquema de vacunación, donde se aplicó una encuesta antes y después del taller. Los resultados obtenidos antes del taller en comparación con el estudio de Perú, se obtuvo que el nivel de conocimiento fue medio 53.16% y el nivel de actitudes fue positivo 68.95%. Encontrándose ciertas similitudes en los niveles basales de conocimiento y actitudes en padres sobre el esquema de vacunación.

Contreras-Miranda M.J. et al (2021), en Veracruz, México, en un estudio cuyo objetivo fue establecer si el conocimiento determina en las actitudes de las madres el cumplimiento del esquema de vacunación de sus hijos menores de cinco años. El 63.1% tuvo conocimiento medio sobre vacunas y el 97.6% tuvo actitudes adecuadas sobre el esquema de vacunación. En el estudio no se consideró realizar un taller de sensibilización. En el estudio de la UMF 28, antes del taller, el 53.16% de los padres de familia tuvo un conocimiento medio sobre las vacunas y 68.35% demostró una actitud positiva sobre las vacunas. En ambos estudios, mostraron un conocimiento medio y una actitud adecuada o positiva de manera basal, es decir, sin una sensibilización sobre el esquema de vacunación.

CONCLUSIONES

El taller de sensibilización incrementó el conocimiento sobre vacunación al 89.87% en comparación al momento original de solo el 39.24%. En actitud, el cambio fue del 68.35% al 97.46%.

Los resultados sugieren que los talleres de sensibilización pueden superar el rechazo o el desconocimiento del esquema de vacunación en los padres, y pueden marcar diferencias reales en el cumplimiento del esquema de vacunación.

RECOMENDACIONES

Considero que un taller de sensibilización sobre el esquema de vacunación en padres de familia puede dar mejores resultados en la prevención de enfermedades y mantener los buenos niveles de vacunación en la población que ya existen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norma Oficial Mexicana de Prevención y control de enfermedades. Aplicación de Vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. NOM-036-SSA2-2012. Diario Oficial de la Federación [En línea]. 2012 [Consultado el 21 de octubre de 2021]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012
2. Gil Miguel A., Jiménez García R. Sistema Inmunológico y Vacunas. Soc. Esp. Epi. [En línea]. 2016 [Consultado el 22 de octubre de 2021]. 10(43) [25-30] Disponible en: https://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/monografia1_vacunas.pdf#page=25
3. Ortiz de Lejarazu R., Tamames Gómez S. La gripe y las vacunas frente a la gripe. Presente y futuro. Rev. Pediatr. Aten. Primaria. [En línea]. 2014. [Consultado el 22 de octubre de 2021]. 16(1) [253-258] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v16n63/colaboracion2.pdf>
4. Campins Martí M., Moraga-Llop F.A. Vacunación en niños con enfermedades crónicas, inmunodeprimidos y receptores de trasplantes. Pediatr. Integral. [En línea]. 2020 [Consultado el 22 de octubre de 2021]. XXIV(8) [490.e1–490.e9] Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/01/Pediatrica-Integral-XXIV-8_WEB.pdf#page=86
5. O’Ryan M. Norovirus y otras futuras vacunas. Vac. Amé. Lat. [En línea]. 2018 [Consultado el 22 de octubre de 2021]. 1(1) [79-88] Disponible en: https://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/la_vacunologia_en_america_latina_un_recurso_para_los_gerentes_de_inmunizacion_0.pdf#page=83
6. Shaukat A. COVID-19 vaccines: Development, strategies, types and vaccine usage hesitancy. VaccinMonitor [En línea]. 2021 [Consultado el 22 de octubre de 2021]. 30(3) [145-152] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/vac/v30n3/1025-0298-vac-30-03-145.pdf>
7. Reina J. La nueva generación de vacunas de ARN mensajero (ARNm) frente a la gripe. Enferm. Infecc. Microbiol. Clín. [En línea]. 2021 [Consultado el 22 de octubre de 2021]. 2469(1) [1-4] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X21002299>

8. Monge M. Biopoder y nosopolítica en España: el Estado contra la tuberculosis, 1900-1936. Cuadernos de historia. Serie economía y sociedad. [En línea]. 2020 [Consultado el 23 de octubre de 2021]. 25(1) [53-77] Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cuadernosdehistoria/aeys/article/view/31748/32599>
9. Ramos-Villegas AA, Rivera-Tigua JA, Salazar-Nieto PS, Rodríguez-Parrales DH. Sensibilidad y especificidad del cultivo y prueba de toxicidad en la difteria. Dom. Cien. [En línea]. 2021 [Consultado el 23 de octubre de 2021]. 7(2) [1446-1466] Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1908/3891>
10. Yesquen P, Herrera-Perez E, Escalante-Kanashiro R. Características clínicas y epidemiológicas de tosferina en pacientes hospitalizados en un hospital de tercer nivel de Perú. Rev. Bras. Ter. Intensiva. [En línea]. 2019 [Consultado el 23 de octubre de 2021]. 31(2) [129-137] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/p5zwjSsChg6kbdQBLqNSsjr/?lang=es&format=pdf>
11. Kuri-Morales PA, Castillo-Flores GDD, Castañeda-Prado A, Pacheco-Montes SR. Perfil clínico-epidemiológico de las defunciones por influenza con antecedente de vacunación oportuna, México 2010-2018. Gac. Med. Mex. [En línea]. 2019 [Consultado el 23 de octubre de 2021]. 155(1) [457–463] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gm195b.pdf>
12. Borda-Olivas A, Florián ÁF, Santillan EM, Alegría MD, Sánchez CC, Toscano FD. Cumplimiento de la vacunación contra el virus de la hepatitis B en recién nacidos de Lima y Callao. Rev. Peru Med. Exp. Salud Publica. [En línea]. 2018 [Consultado el 23 de octubre de 2021]. 35(3) [465–470] Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2018.v35n3/465-470/es>
13. Peláez LS. Análisis de la cobertura vacunal frente a tétanos en adolescentes: evolución y situación actual en Extremadura (España). Rev. Pediatr. Aten. Primaria. [En línea] 2019 [Consultado el 24 de octubre de 2021]. 21(1) [e-193-e200] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n84/1139-7632-pap-21-84-e193.pdf>

14. López D, Peña N, Benítez E, Samudio S, Vecino P, Benvenuto ME. Análisis biomecánico de la marcha en paciente con secuelas de poliomielitis y artroplastia de rodilla. *Enferm. Cuid. Humaniz.* [En línea]. 2021 [Consultado el 23 de octubre de 2021]. 10(1) [75–88] Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v10n1/2393-6606-ech-10-01-75.pdf>
15. Ramos-Rodríguez A. Análisis de la investigación mundial sobre vacunas conjugadas con la plataforma BD-BiPat. *VacciMonitor.* [En línea]. 2020 [Consultado el 26 de octubre de 2021]. 29(2) [68-74] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/vaccimonitor/vcm-2020/vcm202e.pdf>
16. Álvarez Aldeán J. Recomendaciones para la vacunación frente al ROTAVirus de los recién nacidos PREMaturos (ROTAPREM). *An. Pediatr.* [En línea]. 2019 [Consultado el 26 de octubre de 2021]. 91(3) [205.e1-205.e7]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1695403319302413?token=27A6FED94E0B8A6DAC0CF07F49538109706C692E15C531D4EE18C7A612AFEB55B39602852F195BBA8B2DB70243E5B3EA&originRegion=us-east-1&originCreation=20211026002726>
17. Rico-Fontalvo JE, Daza-Arnedo R., Pájaro-Galvis N. Enfermedad por neumococo: desafíos actuales en los pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus. *Rev. Colomb. Nefrol.* [En línea]. 2021 [Consultado el 26 de octubre de 2021]. 8(3) [1-13] Disponible en: <http://www.revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/510/873>
18. Vargas-Almanza IJ, Aragón-Nogales R, Miranda-Novales MG. Situación actual del sarampión en México y en el mundo. *Rev. Mex. Pediatr.* [En línea]. 2019 [Consultado el 26 de octubre de 2021]. 86(4) [133–137]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmp/v86n4/0035-0052-rmp-86-04-133.pdf>
19. Román-Pedroza JF. Algoritmo diagnóstico para la confirmación de casos de sarampión y rubéola en México. *Gac. Med. Mex.* [En línea]. 2019 [Consultado el 26 de octubre de 2021]. 155(1) [532–536]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gm195l.pdf>

20. Izaguirre González A, Zerón Moreno J. Parotiditis reemergente: Un nuevo brote epidémico [Internet]. Rev. Med. Hondur. [En línea]. 2018 [Consultado el 26 de octubre de 2021]. 86(1) [64-70] Disponible en: <https://www.revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol86-1-2-2018-21.pdf>
21. Troupe D, Carrol M. Homeschoolers' Vaccination Perception and Rate: A comparison with a Public/Private school population. Calif. Journ. Heal. Promo. [En línea]. 2017 [Consultado el 30 de octubre de 2021]. 15(2) [46-58] Disponible en: <https://journals.calstate.edu/cjhp/article/view/1899/1724>
22. Wakefield AJ. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis and pervasive developmental disorder in children. The Lancet. [En línea]. 1998. [Consultado el 30 de octubre de 2021]. 351(1) [637-641] Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2897%2911096-0>
23. Wilder-Smith AB, Qureshi K. Resurgence of measles in Europe: A systematic review on parental attitudes and beliefs of measles vaccine. Jour. Epidem. Glob. Heal. [En línea]. 2019. [Consultado el 30 de octubre de 2021]. 10(1) [46-58]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310814/pdf/JEGH-10-1-46.pdf>
24. Guevara-Saldaña L. Mitos y realidades sobre alergias a vacunas. Act. Med. Colomb. [En línea] 2019. [Consultado el 30 de octubre de 2021]. 44(2) [96-102] Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1631/163162170007/163162170007.pdf>
25. Löffler P. Review: Vaccine myth-buster - cleaning up with prejudices and dangerous misinformation. Front. Immunol. [En línea] 2021. [Consultado el 30 de octubre de 2021]. 12(1) [1-13] Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2021.663280/full>
26. Geoghegan S, O'Callaghan KP, Offit PA. Vaccine safety: Myths and misinformation. Front. Microbiol. [En línea]. 2020. [Consultado el 30 de octubre de 2021]. 11(1) [1-7] Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2020.00372/full>
27. Trilla A. Los farmacéuticos y la reticencia a la vacunación. Farm. Hosp. [En línea]. 2019. [Consultado el 31 de octubre de 2021]. 43(5) [149-150]. Disponible en: https://www.redalyc.org/jatsRepo/3659/365961518003/365961518003_1.pdf

28. Valenzuela MT. Importancia de las vacunas en salud pública: hitos y nuevos desafíos. *Rev. Méd. Clín. Condes*. [En línea]. 2020. [Consultado el 31 de octubre de 2021]. 31(3) [233–239] Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864020300407?token=30FB415149332973F0EF877428A535D4B83907DA698A8E6790E841F06C6B0FFAA970C1D18E09E8727A404FBFCA09D757&originRegion=us-east-1&originCreation=20211031224205>
29. Durovic A, Widmer AF, Dangel M, Ulrich A, Battegay M, Tschudin-Sutter S. Low rates of influenza vaccination uptake among healthcare workers: Distinguishing barriers between occupational groups. *Am. J. Infect. Control*. [En línea]. 2020. [Consultado el 31 de octubre de 2021]. 48(10) [1139–1143] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655320300973>
30. Lo Vecchio A, Cambriglia MD, Fedele MC, Basile FW, Chiatto F, Miraglia Del Giudice M. Determinants of low measles vaccination coverage in children living in an endemic area. *Eur. J. Pediatr*. [En línea]. 2019. [Consultado el 31 de octubre de 2021]. 178(2) [243–251] Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-018-3289-5>
31. Di Martino G, Di Giovanni P, Cedrone F, D’Addezio M, Meo F, Scampoli P. Vaccination coverage after the introduction of mandatory law: results from an Italian Southern Region. *Eur. J. Public Health* [En línea]. 2021 [Consultado el 1 de noviembre de 2021]. 31(3) [1101-1262] Disponible en: https://academic.oup.com/eurpub/article/31/Supplement_3/ckab165.480/6406348?login=true
32. Kiely M, Boulianne N, Talbot D, Ouakki M, Guay M, Landry M. Impact of vaccine delays at the 2, 4, 6 and 12 month visits on incomplete vaccination status by 24 months of age in Quebec, Canada. *BMC Public Health*. [En línea]. 2018 [Consultado el 1 de noviembre de 2021]. 18(1364) [1-15] Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6235-6>
33. Navin MC, Wasserman JA, Ahmad M, Bies S. Vaccine education, reasons for refusal, and vaccination behavior. *Am. J. Prev. Med.* [En línea]. 2019. [Consultado el 31 de octubre de 2021]. 56(3) [359–367] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379718323808>

34. Kepka D, Bodson J, Lai D, Sanchez-Birkhead A, Villalta J, Mukundente V. Factors associated with human Papillomavirus vaccination among diverse adolescents in a region with low human Papillomavirus vaccination rates. *Health Equity*. [En línea]. 2018. [Consultado el 31 de octubre de 2021]. 2(1) [223–232] Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/heq.2018.0028>
35. Arellan-Regalado M. Conocimientos y actitudes de madres con hijos menores de cinco años sobre vacunas. *Casus*. [En línea]. 2018. [Consultado el 01 de junio de 2022]. 3(3) [130–137] Disponible en: <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/83/84>
36. Delgado-Cabanillas GV. Intervención educativa para elevar los conocimientos en el cumplimiento de vacunas en madres de niños menores de un año, centro de salud Monsefú. *USS* [En línea]. 2018 [Consultado el 1 de noviembre de 2021]. 620(1) [1-92] Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5024/Delgado%20Cabanillas%20Gladys%20Violeta.pdf>
37. Gil-Vasquez ME. Efectividad de una intervención educativa en madres sobre el conocimiento de la importancia de la vacunación Centro de Salud Medalla Milagrosa. *UCV* [En línea]. 2019 [Consultado el 1 de noviembre de 2021]. 399(1) [1–79] Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40705/Gil_VM..pdf
38. Berrospi-Salvatierra M. Efecto de una intervención educativa en el nivel de conocimiento en madres de niños menores de un año sobre inmunizaciones en el Centro de Salud Milagro de la Fraternidad. *UCV* [En línea]. 2020 [Consultado el 1 de noviembre de 2021]. 1038(1) [1–77] Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62678/Berrospi_SM-SD.pdf
39. Collazos-Eche MH, Sánchez-Chamba EA. Calendario de vacunas para mejorar el nivel de conocimiento sobre vacunas que asisten al Centro de Salud de Tacalá. *UCV* [En línea]. 2020 [Consultado el 1 de noviembre de 2021]. 92(1) [1–105] Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87343/Collazos_EMH-S%a1nchez_CEA-SD.pdf

40. Jihuallanca-Tuero A.L., Cutipa-Córdova E.D. Conocimiento y actitudes frente al esquema de vacunación en las madres de menores de 5 años de edad del centro de salud Santa Adriana Juliaca, 2020. UAI [En línea]. 2021 [Consultado el 30 de noviembre de 2021]. 1(1) [1-95] Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1092/1/Ana%20Luz%20Jihuallanca%20Tuero.pdf>
41. Contreras-Miranda M.J. Influencia del conocimiento en las actitudes en madres con niños menores de 5 años ante el esquema de vacunación. Rev Mex Med Forense. [En línea]. 2021. [Consultado el 01 junio de 2022]. 7(1) [39-55] Disponible en: <https://revmedforense.uv.mx/index.php/RevINMEFO/article/view/2944/4839>
42. Cabezas C. Mantener los logros de la vacunación implica también “inmunizar” contra lo que se oponga. An. Fac. Med. [En línea]. 2019 [Consultado el 1 de noviembre de 2021]. 80(2) [147–149] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n2/a01v80n2.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DESCRIPTIVA SOBRE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CARTA DESCRIPTIVA					
CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN, ANTES Y DESPUÉS DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN			DIRIGIDO A: Padres de familia adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro social, Mexicali, B.C.		
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dr. Jesús Ramón Soto Urías		MODALIDAD: Taller y Clases teóricas.	HORA: 11:30 a 13:00 horas FECHA: mayo - noviembre de 2022 LUGAR: UMF 28, IMSS, Mexicali, B.C. SESIONES: Una sesión DURACIÓN: 90 minutos por sesión		
OBJETIVO: Evaluar el conocimiento y las actitudes de los padres hacia el esquema de vacunación, antes y después de un taller de sensibilización					
FECHA Y HORA	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIAR DIDÁCTICO	
11:30 – 11:40	Llenado de encuestas antes del taller				
11:40 – 11:50	Tipos de vacunas	Conocer los diferentes tipos de vacunas que existen actualmente.	Magistral, técnica expositiva	Proyector de imágenes	
11:50 – 12:00	Mitos y realidades de vacunas	Aprender sobre las verdades y mentiras de la vacunación.	Magistral, técnica expositiva	Proyector de imágenes	
12:00 – 12:15	Riesgos y beneficios de las vacunas	Enseñar sobre los beneficios y riesgos de las vacunas actuales.	Magistral, técnica expositiva	Proyector de imágenes	
12:15-12:40	Esquema de vacunación	Educar, incentivar y promover la vacunación en la población mediante la competencia y trabajo colaborativo entre los padres asistentes.	Taller	Proyector de imágenes, pintarrón, plumones, hojas	
12:40 - 12:50	Preguntas y respuestas				
12:50 - 13:00	Llenado de encuestas después del taller				

ANEXO 2. CARTA DE NO INCONVENIENTE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA REGIONAL BAJA CALIFORNIA
Unidad de Medicina Familiar No. 28
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud



Mexicali, Baja California a 02 de diciembre de 2021

CARTA DE NO INCONVENIENTE

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 204 (CLIS No. 204)

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN 2048 (CEI No. 2048)

PRESENTE

Por este medio, me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

***“Conocimiento y actitudes de los padres hacia el esquema de vacunación,
antes y después de un taller de sensibilización”***

Que, de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la unidad médica familiar No. 28 para lo cual se designa a la Dra. Vanessa Johanna Caro con matrícula 99264825 adscrito a la unidad médica familiar número 28 como investigador responsable, en la cual se harán encuestas y se realizará un taller de sensibilización.

En caso de ser aprobado el proyecto, se brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atenta a sus comentarios

Atentamente:

Dr. José Ramiro Herrera López

Director de la unidad de medicina familiar No. 28 IMSS



ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN			
Nombre del estudio:	Conocimiento y actitudes de los padres hacia el esquema de vacunación, antes y después de un taller de sensibilización		
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28, IMSS, Mexicali, Baja California, Mayo – Noviembre 2022.		
Número de registro:	R-2022-204-081		
Justificación y objetivo del estudio:	El esquema nacional de vacunación es un tema de importancia, ya que, debido a su incumplimiento, aparecen enfermedades prevenibles por vacunación, poniendo en riesgo la vida de los pacientes pediátricos. Por eso la importancia de su cumplimiento de acuerdo a su edad. El objetivo que se persigue con los padres es evaluar los conocimientos y actitudes que tienen sobre el esquema de vacunación.		
Procedimientos:	Si usted autoriza y acepta participar en el estudio, se le invitará a acudir a un taller en donde será informado ampliamente sobre la vacunación, los riesgos y beneficios del mismo. Se aplicarán dos encuestas, una antes del inicio del taller y una posterior al término del taller. Se les explicará que se les comunicará los resultados del análisis de los datos del estudio.		
Posibles riesgos y molestias:	El estudio implica un riesgo mínimo para la salud, ya que se les aplicará una encuesta antes y posterior del taller. Se le preguntarán ciertos datos personales los cuales solo serán utilizados para fines de investigación.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar sus conocimientos acerca de la vacunación, para aprender a hacer cambios en su percepción sobre ellas, y completar el esquema de vacunación en su hijo para la edad.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se externará una invitación a acudir a PrevenIMSS a todos los padres que presenten conocimiento bajo en el esquema de vacunación y/o actitud negativa hacia las vacunas al término del taller.		
Participación o retiro:	La participación en el estudio es totalmente voluntaria, se le ha explicado que usted decide libremente si es su deseo participar o no en el estudio; por lo tanto, entiéndase que me puede retirarse en cualquier momento que decida, sin que eso afecte su atención médica en el instituto.		
Privacidad y confidencialidad:	La información personal no será pública ni se utilizará en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y se guardará siempre la confidencialidad de mi información.		
En caso de colección de material biológico (si aplica):	[] No autoriza que se aplique el cuestionario. [] Sí autorizo que se me aplique el cuestionario para este estudio.		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (no aplica):			
Beneficios al tratamiento del estudio:	Conocer acerca del esquema de vacunación nacional, para evitar enfermedades prevenibles en los hijos		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:	Dra. Vanessa Johanna Caro (vanessa.caro@imss.gob.mx)		
Colaboradores:	Dr. Jesús Ramón Soto Urías (jesus.soto.urias@uabc.edu.mx) Dr. Walter Jiménez (docjimenez@hotmail.com) Dr. Alberto Barreras Serrano (abarreras@uabc.edu.mx)		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			
_____ Nombre y firma del sujeto		_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma		_____ Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.			
Clave: 2810-009-013			

ANEXO 4. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Sept - Dic 2021	Dic 2021 - May 2022	May - Nov 2022	Nov 2022 - Ene 2023	Ene - Mar 2023	Abr 2023	May 2023
Elaboración del protocolo							
Envío de protocolo para evaluación por comités							
Desarrollo del proyecto							
Capturas de datos							
Análisis de resultados							
Reporte final							
Entrega a los asesores							

ANEXO 5. ENCUESTA CONOCIMIENTO DE VACUNAS A PADRES

CONOCIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION

Instrucciones: Estimado paciente lea detenidamente cada ítem, luego marque con un aspa (X) su respuesta, sobre la opción con la cual este de acuerdo. Sírvase responder con total sinceridad, de antemano se le agradece por su cooperación.

NO	INDECISO	SI
1	2	3

Nº	DIMENSION 1 CONOCIMIENTO PERSONAL	1	2	3
1	Conoce usted sobre el esquema de vacunación			
2	Cree usted que las vacunas son medicamentos que ayudan a prevenir enfermedades			
3	Sabe usted cómo funcionan las vacunas.			
4	Cree usted que el esquema de vacunación es una representación cronológica y secuencial para la administración de vacunas			
5	Conoce usted contra que enfermedades protege la vacuna hexavalente			
Nº	DIMENSION 2 PERSONAS QUE INFORMAN	1	2	3
6	Algún familiar, vecino, amigo le hablo del esquema de vacunación			
7	algún familiar, vecino, amigo le comentó que las vacuna son dañinas para la salud de su hijo			
8	Sus familiares le incentivan para que cumpla con el esquema de vacunación			
9	Cree que sus familiares, amigos, vecinos desconocen sobre el esquema de vacunación			
10	Usted busca la opinión de familiares, amigos o vecinos sobre que debe de hacer después que vacunan a su hijo			
Nº	DIMENSION 3 PROFESIONALES QUE INFORMAN	1	2	3
11	El profesional de salud le brinda información sobre el esquema de vacunación			
12	El profesional de salud le brinda información sobre las funciones de cada vacuna			
13	El personal de salud le brinda información sobre las reacciones adversas de las vacunas			
14	Cree usted que el personal de salud está capacitado y actualizado sobre el esquema de vacunación			
15	Logra entender usted la información que le brinda el personal de salud			
Nº	DIMENSION MEDIOS DE INFORMACION	1	2	3
16	Ha escuchado usted sobre el esquema de vacunación en la radio			
17	El personal de salud le brinda afiches sobre el esquema de vacunación			
18	Usted a buscado información por el internet a cerca del esquema de vacunación			
19	Logra informarse sobre el esquema de vacunación en la tv			
20	Cree usted que deberían brindar más información en la radio y tv sobre el esquema de vacunación			

ANEXO 6. ENCUESTA ACTITUDES DE VACUNAS A PADRES

ACTITUDES DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Instrucciones: Estimado paciente lea detenidamente cada ítem, luego marque con un aspa (X) su respuesta, sobre la opción con la cual este de acuerdo. Sírvase responder con total sinceridad, de antemano se le agradece por su cooperación.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

Nº	DIMENSION 1 ACTITUD COGNITIVA	1	2	3	4	5
1	Le interesa conocer más sobre las vacunas que debe recibir su hijo					
2	Conoce usted sobre las reacciones adversa de las vacunas					
3	Sabe usted que vacuna se le administra de acuerdo a su edad					
4	Considera necesario cumplir con el esquema de vacunación					
5	Si a su hijo no le colocan una vacuna en la fecha citada, cree que ya no se debe administrar la vacuna					
6	Cree usted que el esquema de vacunación es igual para todos los niños					
Nº	DIMENSION 2 ACTITUD CONDUCTUAL	1	2	3	4	5
7	Se ha planteado alguna vez no hacer vacunar a su hijo					
8	Usted confía en el personal que vacuna a su hijo					
9	Sugiere a otras madres que vacunen a sus hijos					
10	Usted cree que después de la administración de la vacuna le brinda el cuidado necesario a su hijo					
11	Lleva a su hijo a vacunar en la fecha establecida					
12	Cree en los comentarios negativos que le dan su vecino, amigo o familiar sobre las vacunas					
Nº	DIMENSION 3 ACTITUD AFECTIVA	1	2	3	4	5
13	Cuando vacunan a su hijo siente miedo					
14	Le preocupa cuando su hijo no recibe la vacuna a tiempo					
15	Usted se siente insegura cuando a su hijo le van a colocar una vacuna					
16	Se siente alegre cuando vacunan a su hijo porque sabe que estará protegido					
17	Usted siente que su hijo está seguro, si cumple correctamente el esquema de vacunación					
18	Me desanima llevar a mi hijo a sus vacunas por el llanto y dolor que le produce					

ANEXO 7. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

		Instituto Mexicano del Seguro Social Hoja de recolección de datos	
Nombre del estudio: “Conocimiento y actitudes de los padres hacia el esquema de vacunación, antes y después de un taller de sensibilización”			
Investigador principal: Jesús Ramón Soto Urías			
Ficha de Identificación			
Folio: _____		Asistencia: _____	
Edad: _____		Vacunación: _____	
Sexo: () Masculino () Femenino			
Número de hijos: _____			
Escolaridad: () Analfabeta () Preescolar () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura () Postgrado			
Estado civil: () Soltero(a) () Unión libre () Casado(a) () Separado(a) () Divorciado(a) () Viudo(a)			
Resultados Pre-Taller			
Conocimientos puntaje: _____			
Bajo ≤ 36 puntos () Medio 37-47 puntos () Alto ≥ 48 puntos ()			
Actitudes puntaje: _____			
Negativa ≤ 40 puntos () Media positiva 41-62 puntos () Positiva ≥ 63 puntos ()			
Resultados Post-Taller			
Conocimientos puntaje: _____			
Bajo ≤ 36 puntos () Medio 37-47 puntos () Alto ≥ 48 puntos ()			
Actitudes puntaje: _____			
Negativa ≤ 40 puntos () Media positiva 41-62 puntos () Positiva ≥ 63 puntos ()			

ANEXO 8. DICTAMEN DE APROBADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 204.
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI D2-004 049

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA D2 CE3 004 2018081

FECHA Jueves, 12 de mayo de 2022

Mtra. vanessa johanna caro

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Conocimiento y actitudes de los padres hacia el esquema de vacunación, antes y después de un taller de sensibilización** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-204-081

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un Informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Juan pablo robles noriega
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL