



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**FACTORES SOCIOECONÓMICOS DE PADRES Y/O REPRESENTANTES  
QUE INTERVIENEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE  
VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS. AMBULATORIO  
URBANO TIPO II “LEONARDO RUIZ PINEDA”, CARACAS, TERCER  
TRIMESTRE 2010.**

**(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al  
título de Licenciado en Enfermería)**

**TUTOR:**

Mgs. Zaida Domínguez

**AUTORES:**

T.S.U: Fernández Francis

C.I: 18.358.103

T.S.U: García Alejandro

C.I: 18.540.620

T.S.U: Ossio Ana

C.I: 17.141.495

Caracas, noviembre de 2010.

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS DE PADRES Y/O REPRESENTANTES  
QUE INTERVIENEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE  
VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS. AMBULATORIO  
URBANO TIPO II “LEONARDO RUIZ PINEDA”, CARACAS, TERCER  
TRIMESTRE 2010.**

## DEDICATORIA

A *Dios Padre Madre*, por ser mi refugio y llevarme sobre sus alas para no tropezar contra piedra alguna en mi camino.

Al *Doctor José Gregorio Hernández*, por darme la fe en los momentos que lo necesité en el transcurso de mis estudios.

A *mi mamá Zoraida y mi papá Francisco*, por darme la vida y ser mi guía, por su confianza, respeto, comprensión y amor. Los amo.

A *mis Hermanos, Alexandra, Gabriela y Francisco Javier*, por ser mis ejemplos a seguir y orgullos, la inteligencia de cada uno de ellos en su profesión me ayudó a lograr mi sueño.

A *Piero Figueroa*, por el apoyo que me ha dado durante todo este tiempo, por su sinceridad, inteligencia, confianza, respeto, amor y sobre todo comprensión. Gracias mon T.C.

Al *Odontólogo Marco Marcial* gran ser humano y amigo, por su confianza y apoyo brindado.

Al *Profesor Santiago Guerrero* por haber confiado en mí e instruirme como estudiante y persona.

A *toda mi familia*, por el apoyo y amor que me han dado. Los llevo a todos en mi corazón.

A *todos*, con sinceridad Muchas Gracias...

**FRANCIS ALDERNEY.**

## DEDICATORIA

Realizar un Trabajo Especial de Grado no es un proceso fácil; pues requiere de paciencia, empeño y dedicación, así como la intención de aportar conocimientos; en específico al Área de la Salud como Profesionales de Enfermería capacitados para ayudar a quien lo necesita de una manera holística.

En primer lugar, *a Dios* por haberme permitido la posibilidad de llegar hasta el final de la carrera, que desde un principio en lo personal requirió de mucho sacrificio y dedicación; así como también me ha encaminado a lo largo de la misma teniendo cada día una visión mucho más valiosa de la vida.

*A mi Madre*, por ser la persona que más me ha apoyado desde un inicio por su constancia y dedicación siempre a mi lado en las buenas y en las malas; superando obstáculos a lo largo de este tiempo que se nos han presentado y que, a pesar de ello hemos salido adelante sin mirar atrás.

*A mi Padre*, que aunque físicamente no está a mi lado se que desde algún lugar me apoya y me da fortaleza ante los momentos más difíciles y recordando sus enseñanzas mientras permaneció junto a mí.

*A Gregory*, por estar siempre a mi lado sin dudarlo, apoyándome en lo bueno y lo malo; hasta en los momentos en los que flaqueo, me brinda siempre una respuesta positiva ante las dificultades y celebra las buenas que nos ocurren.

A todos, de corazón... Gracias.

**ANA OSSIO.**

## DEDICATORIA

*A Dios* por permitirme estar en este mundo, darme Fortaleza y Sabiduría para superar las adversidades de la vida.

*A mis Padres, Hermanos y demás Familiares* por estar presente en todo momento de mi vida para darme consejos y guiarme por el camino del bien.

*A la familia Mendoza García* en especial a: *Iris de Mendoza y Joymar Mendoza*; por extenderme una mano amiga de forma incondicional y estar presente siempre para servirme de apoyo en las adversidades encontradas durante mi formación académica.

A todos, muchas Gracias.

***ALEJANDRO GARCÍA.***

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios*, ser Omnipotente; por darnos vida, salud y las fuerzas para culminar nuestro Trabajo Especial de Grado con éxito.

*A la Universidad Central de Venezuela*, la casa que vence la sombra, por la oportunidad de pertenecer al Alma Mater, además de la educación brindada para formarnos como unos grandes ciudadanos.

*A la Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería*, por darnos el crecimiento educativo a través de los estudios y así ejercer nuestra profesión con responsabilidad, competencia, y dignidad, respetando los principios fundamentales de la vida y aplicando la ética profesional.

*A nuestra tutora Zaida Domínguez*, excelente profesional, por su constancia y dedicación para salir adelante en nuestra investigación, además de sus consejos y enseñanzas en el transcurso de la carrera.

*Al ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”*, por permitirnos elaborar la investigación en el servicio de inmunización. A la coordinadora de enfermería, T.S.U Sofía Vielma por su colaboración brindada y ser una gran amiga y profesional. A los demás compañeros: Doctoras Veleiro y Gallegos, Enfermeros: Carlos, Mara y Gabriela, Personal: Sr. Jesús y Sr. Julio, los estudiantes del internado rotatorio y el resto del personal del ambulatorio.

*Al Sociólogo Piero Figueroa*, por los conocimientos aportados en nuestra investigación y su gran ayuda para el desarrollo de la misma.

A todas las personas que fueron parte del proceso: familiares, amigos, compañeros de estudio, y otros...

A todos muchas Gracias.

Los Autores.

# **ACTA TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**

## TABLA DE CONTENIDO

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| Dedicatoria.....  | iii         |
| Agradecimientos.....  | vi          |
| Acta Trabajo Especial de Grado.....                         | vii         |
| Lista de cuadros.....                                       | x           |
| Lista de gráficos.....                                      | xiii        |
| Resumen.....  | xvi         |
| Introducción.....   | 1           |
| Capítulo I: EL PROBLEMA                                     |             |
| Planteamiento del problema.....                             | 4           |
| Objetivos.....  | 8           |
| Justificación.....  | 9           |
| Capítulo II: MARCO TEÓRICO                                  |             |
| Antecedentes.....   | 11          |
| Bases teóricas.....   | 15          |
| Sistema de variable.....                                    | 33          |
| Operacionalización de variable.....                         | 35          |
| Definición de términos.....                                 | 37          |
| Capítulo III: MARCO METODOLÓGICO                            |             |
| Tipo de investigación.....                                  | 41          |
| Diseño de investigación.....                                | 42          |
| Población y muestra.....                                    | 43          |
| Técnica e instrumento.....                                  | 44          |
| Validez y confiabilidad del instrumento.....                | 45          |
| Procedimiento para la recolección de la información.....    | 46          |
| Plan de tabulación y análisis de los datos.....             | 47          |
| Capítulo IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..... | 48          |
| Capítulo V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....             | 77          |
| Referencias bibliográficas.....                             | 83          |



|   |     |
|---|-----|
| Anexos                                  |     |
| Anexo A: Instrumento.....               | 88  |
| Anexo B: Certificado de Validez.....    | 95  |
| Anexo C: Aceptación del tutor.....      | 100 |
| Anexo D: Comunicaciones entregadas..... | 102 |
| Anexo E: Esquema de Vacunación.....     | 105 |

## LISTA DE CUADROS

| Cuadro |   | Pág |
|--------|---|-----|
| 1      | Distribución absoluta y porcentual relacionada con los datos demográficos: sexo de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asistieron al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.                          | 48  |
| 2      | Distribución absoluta y porcentual relacionada con los datos demográficos: edad de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asistieron al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.                          | 50  |
| 3      | Distribución absoluta y porcentual relacionada con los datos demográficos: parentesco de los padres y/o representantes con los niños menores de cinco años que asistieron al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.                   | 52  |
| 4      | Distribución absoluta y porcentual relacionada con los datos demográficos: edad de los niños menores de cinco años que asistieron con los padres y/o representantes con pérdidas de vacunas al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010. | 54  |

|   |  |    |
|---|--|----|
| 5 | Distribución absoluta y porcentual relacionada con los datos demográficos: cantidad de niños menores de cinco años que tienen los padres y/o representantes que asistieron al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.   | 56 |
| 6 | Distribución absoluta y porcentual relacionada con la escolaridad, en cuanto al nivel de los padres y/o representantes en que asistieron con los niños menores de cinco años con pérdidas de vacunas al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.   | 58 |
| 7 | Distribución absoluta y porcentual relacionada con la conducta de los padres y/o representantes, en cuanto a la importancia de cumplir el esquema, la responsabilidad con el niño y la conservación de la tarjeta de vacunación, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.                               | 60 |
| 8 | Distribución absoluta y porcentual relacionada con las prácticas de los padres y/o representantes, en cuanto a la asistencia a los centros de salud, frecuencia de asistencia al ambulatorio, pérdidas de vacunas por enfermedad y la participación familiar, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010. | 64 |

- 9 Distribución absoluta y porcentual relacionada con la profesión u oficio de los padres y/o representantes, en cuanto a la calificación, horario laboral y horario del ambulatorio, su coincidencia y los permisos en los trabajos, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010. 67
- 10 Distribución absoluta y porcentual relacionada con la fuente de ingreso de los padres y/o representantes, en cuanto al tipo de ingreso y cantidad del ingreso, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010. 70
- 11 Distribución absoluta y porcentual relacionada con la distribución del ingreso de los padres y/o representantes, en cuanto al pago de transporte del hogar al ambulatorio y vacunación en instituciones privadas, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010. 73

## LISTA DE GRÁFICOS

| Gráfico |  | Pág |
|---------|--|-----|
| 1       | Distribución porcentual relacionada con los datos demográficos: sexo de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asistieron al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.                          | 49  |
| 2       | Distribución porcentual relacionada con los datos demográficos: edad de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asistieron al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.                          | 51  |
| 3       | Distribución porcentual relacionada con los datos demográficos: parentesco de los padres y/o representantes con los niños menores de cinco años que asistieron al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.                   | 53  |
| 4       | Distribución porcentual relacionada con los datos demográficos: edad de los niños menores de cinco años que asistieron con los padres y/o representantes con pérdidas de vacunas al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010. | 55  |

|   |   |    |
|---|---|----|
| 5 | Distribución porcentual relacionada con los datos demográficos: cantidad de niños menores de cinco años que tienen los padres y/o representantes que asistieron al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.   | 57 |
| 6 | Distribución porcentual relacionada con la escolaridad, en cuanto al nivel de los padres y/o representantes que asistieron con los niños menores de cinco años con pérdidas de vacunas al servicio de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.  | 59 |
| 7 | Distribución porcentual relacionada con la conducta de los padres y/o representantes, en cuanto a la importancia de cumplir el esquema, la responsabilidad con el niño y la conservación de la tarjeta de vacunación, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.                               | 61 |
| 8 | Distribución porcentual relacionada con las prácticas de los padres y/o representantes, en cuanto a la asistencia a los centros de salud, frecuencia de asistencia al ambulatorio, pérdidas de vacunas por enfermedad y la participación familiar, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010. | 65 |

- |    |  |    |
|----|--|----|
| 9  | Distribución porcentual relacionada con la profesión u oficio de los padres y/o representantes, en cuanto a la calificación, horario laboral y horario del ambulatorio, su coincidencia y los permisos en los trabajos, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010. | 68 |
| 10 | Distribución porcentual relacionada con la fuente de ingreso de los padres y/o representantes, en cuanto al tipo de ingreso y cantidad del ingreso, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.   | 71 |
| 11 | Distribución porcentual relacionada con la distribución del ingreso de los padres y/o representantes, en cuanto al pago de transporte del hogar al ambulatorio y vacunación en instituciones privadas, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.                  | 74 |



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**FACTORES SOCIOECONÓMICOS DE PADRES Y/O REPRESENTANTES QUE  
INTERVIENEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS  
MENORES DE CINCO AÑOS, AMBULATORIO URBANO TIPO II “LEONARDO RUIZ  
PINEDA”, CARACAS, TERCER TRIMESTRE 2010.**

**AUTORES:**

T.S.U: Fernández Francis

T.S.U: García Alejandro

T.S.U: Ossio Ana

**TUTOR:**

Mgs. Zaida Domínguez

**Año 2010**

**Resumen**

La investigación tiene como propósito determinar los factores socioeconómicos de padres y/o representantes, que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años que asisten a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, comunidad de San Agustín del Sur Caracas, tercer trimestre del año 2010. La misma, contó con un tipo de investigación descriptiva, univariable; con un diseño de campo no experimental ya que no se manipularon las variables a estudiar. La población estuvo constituida por 237 personas, y la muestra accesible por 70 sujetos que acudieron con los niños al ambulatorio con esquema incompleto de vacunas. Los datos se obtuvieron a través de la encuesta; y el instrumento fue un cuestionario estructurado en 18 preguntas referentes a los factores socioeconómicos, distribuidas en 13 de selección y 5 dicotómicas o cerradas. Antes de su aplicación se sometió a juicio de expertos para su validación. Además, se realizó una prueba piloto para su confiabilidad en el ambulatorio urbano tipo II “Dr. Urbano Marín”, ubicado en Parque Central, parroquia San Agustín. Para el estudio de la confiabilidad, se aplicó el Alpha de Cronbach y el resultado arrojado fue de un 0,64 entrando en rango alto, lo que garantizó confiable el instrumento para la aplicación a la población de estudio. Una vez aplicado, se determinó a través de los análisis de resultados, que el nivel de estudio, la ocupación laboral y el ingreso económico intervienen de alguna manera en el cumplimiento del esquema de vacunación en los niños menores de cinco años recomendado.







## INTRODUCCIÓN

La salud de los seres humanos forma parte de un proceso en el cual confluyen factores tanto biológicos, psicológicos, fisiológicos, físicos, como socioeconómicos, los cuales variarán según las particularidades de cada uno de los individuos que componen la sociedad. Estos pueden variar a través del espacio y el tiempo, condicionando de esta manera el proceso salud-enfermedad y la calidad de vida que permitan satisfacer sus necesidades.

En efecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de sus estudios anuales referentes a los factores que inciden en dicho proceso, ha evidenciado numerosas muertes de niños menores de cinco años por enfermedades que pueden ser prevenibles por vacunas, lo que ha generado ciertas inquietudes en cuanto al cumplimiento efectivo del esquema de vacunación para cada nación, ya que las mismas representan uno de los aspectos fundamentales para prevenir enfermedades y promover la salud en la población; y de esta manera garantizar un derecho humano debidamente consagrado.

Con respecto al caso venezolano, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en sus artículos 83 y 84 contempla que la salud: “es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios”. (p 87). En este sentido, el Sistema Público Nacional de Salud, elabora Políticas para lograr tales objetivos, entre las cuales se encuentra el esquema de vacunación como uno de los elementos fundamentales para conservar la vida de la población, en especial la de los niños menores de cinco años ya que estos suelen ser más susceptibles a adquirir enfermedades que pueden ser prevenibles.

El presente trabajo de investigación, intenta abordar los factores socioeconómicos de padres y/o representantes que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años que asisten a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, en la comunidad de San Agustín del Sur – Caracas, durante el tercer trimestre del año 2010.

Para dar respuesta a lo anteriormente señalado, el estudio se desarrolló en torno a dos temáticas: el aspecto social el cual está comprendido por los indicadores de escolaridad, conductas y prácticas; además del aspecto económico, constituido por los indicadores profesión u oficio, fuente de ingreso y distribución del ingreso. El mismo fue estructurado en cinco capítulos, de la siguiente manera:

Capítulo I: El problema: En esta sección se abordó de manera integral cada uno de los elementos que se deben tomar en cuenta al momento de analizar las pérdidas de vacunas en los niños menores de cinco años en la comunidad de San Agustín del Sur- Caracas, y su relación con los distintos factores que intervienen para el cumplimiento del esquema. En este sentido, se planteó como objetivo general de la investigación determinar los factores socioeconómicos de padres y/o representantes que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunación en los niños menores de cinco años que asistieron al ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”. Posteriormente, se hizo referencia a la importancia de dicho estudio como futuro antecedente para otras investigaciones, seguido del aporte a la Universidad Central de Venezuela. Además, los conocimientos brindados a la comunidad en cuanto a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Capítulo II: Marco Teórico: En él se expresan las bases teóricas que le dan el soporte a la investigación. Estuvo constituido por teorías fundamentadas en la profesión de Enfermería, los antecedentes de investigaciones referentes a factores socioeconómicos en el campo de la salud, las bases legales con respecto a los

artículos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y la Ley Orgánica de Protección al niño y Adolescente que dan base al estudio en el marco legal, además de las definiciones y análisis de los conceptos apreciados en la operacionalización y sistema de variables. Documentando de esta manera, el valor que agrega la investigación en la literatura existente.

Capítulo III: Marco Metodológico: A través de este capítulo se demuestra el tipo de investigación utilizada para abordar el fenómeno de estudio. Para ello se asumió la investigación tipo descriptiva ya que no se manipuló el objeto de estudio, y aporta una amplitud de foco univariable. El diseño de investigación es de campo no experimental y transversal, ya que la información, se va a recolectar directamente de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asistan con pérdidas de vacunas al ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda” en la unidad de inmunización, sin manipular o controlar las variables en la realidad y el tiempo. Finalmente, la técnica utilizada fue la encuesta, la cual permitió recabar la información suministrada por la muestra del estudio, mientras que el instrumento fue el cuestionario, el cual está estructurado en preguntas de selección simple y dicotómica.

Capítulo IV: Presentación y análisis de los resultados: Una vez tabulados los datos obtenidos en los instrumentos, se elaboró en este capítulo los respectivos cuadros, gráficos y análisis de los ítems e indicadores. Describiendo estos, los porcentajes y su relación con los valores absolutos arrojados.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones: Este apartado presenta los posibles aportes y recomendaciones que surgieron en la investigación; además, se invitan a entes gubernamentales, instituciones públicas y privadas, y demás actores involucrados; a evaluar lo presentado y de igual manera avocarse a un fenómeno tan complejo como lo es el sector salud.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del problema.**

La salud del individuo forma parte de un proceso que depende no sólo de aspectos biológicos, psicológicos, fisiológicos y físicos, sino más bien, va a estar condicionada por factores socioeconómicos que puedan estar presentes en la familia. Estos pueden variar a través del espacio y el tiempo, condicionando de esta manera el proceso salud-enfermedad y la calidad de vida que permitan satisfacer sus necesidades.

Por consiguiente, la salud de los niños puede verse alterada debido a la susceptibilidad que ellos poseen, en cuanto a su crecimiento y desarrollo; de manera que existen diferentes enfermedades que pueden presentarse en el niño de acuerdo a su condición, y que simplemente, éstas pueden ser evitadas tan sólo con la administración de una vacuna de forma gratuita. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su informe del año 2005, muestra la evidencia de 2,1 millones de muertes por enfermedades prevenibles por vacunas, de las cuales 1,4 millones de fallecidos se trataban de niños menores de cinco años, lo que representa un 66,6% del total de los fallecimientos. De estas muertes infantiles más de 500.000 se debieron al Sarampión, cerca de 400.000 al Haemophilus influenzae tipo B (Hib), casi 300.000 a la Tos ferina y 180.000 al Tétanos neonatal.

Dentro de este orden de ideas, es evidente la presencia de enfermedades prevenibles por vacunas, produciendo estas altos índices de defunciones en los niños menores de

cinco años. Ahora bien, si existen programas que pueden prevenir esta situación y que estos son brindados sin distinción alguna y de forma gratuita, no resulta claro lo que ha venido ocurriendo en ese proceso de salud del niño menor de cinco años, ya que no es probable que se este llevando a cabo el cumplimiento efectivo del esquema de vacunación.

En atención a lo expuesto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006), menciona que el Programa Ampliado de Inmunización, tiene como objetivo reducir la morbilidad y mortalidad producidas por aquellas enfermedades prevenibles por vacunas. Estas vacunas provienen de principios orgánicos que se inoculan en el ser humano para la prevención de enfermedades; su uso permite obtener resultados positivos en el individuo, permitiendo así ampliar las coberturas de inmunidad.

En Venezuela, el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS); planifica y controla las Políticas que emana el Estado para toda la población; en este sentido, las Políticas se encargan de brindar distintos programas para el fomento de la salud y la prevención de enfermedades. A través del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social (MPPSPS), se brinda el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), en cuanto al esquema nacional de vacunación, esté cuenta con la finalidad de proteger de enfermedades a los niños menores de cinco años a través de las vacunas y producir inmunidad. Además protege en específico al personal o profesional del área de la salud, mujeres embarazadas y adulto mayor. Esto ha permitido establecer principios en la población venezolana y así afianzar los canales del primer nivel de prevención.

De esta manera, los niños cuentan con la posibilidad de ser vacunado desde su nacimiento, por lo tanto, se debe administrar distintas vacunas de acuerdo a su edad, y cumplir con dosis posteriores dependiendo de la vacuna. Cabe considerar que las causas de muerte debido a enfermedades prevenibles por vacunas han generado inquietudes, incluso se ha convertido en un problema a nivel mundial, ya que están

íntimamente ligadas a factores socioeconómicos como el nivel de estudio, la ocupación laboral y el ingreso económico, y de esta manera estar produciendo alteraciones en los procesos de salud. Estos factores pueden estar interviniendo en el cumplimiento del esquema de vacunación, y se evidencia en la ausencia o simplemente en el abandono del mismo, debido a consecutivas dosis de vacunas que lo requieran para generar la inmunidad. En estos casos se observa en las vacunas de la Anti- polio, Pentavalente, Anti- rotavirus y de otras que sólo requieren una dosis pero que la misma debe ser administrada en una edad específica, como son la Anti- amarílica, la Triple bacteriana y la Trivalente viral. Estas pérdidas de intervalos de vacunas pueden estar dadas entre seis meses hasta un año o más. Los casos más frecuentes de pérdidas se relacionan con los refuerzos al año de la tercera dosis, y las correspondientes al año de edad de los niños.

Por esta razón, es importante determinar cuáles son los factores socioeconómicos de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años, debido a la protección que brinda cada vacuna, y si ocurren pérdidas de intervalos, ponen en riesgo la salud del niño debido a la susceptibilidad que ellos poseen. Esto es considerado un problema, ya que si no se mantiene la eficacia en la adquisición de la inmunidad contra dichas enfermedades, puede conllevar a brotes epidémicos, aparición de enfermedades que ya han sido erradicadas, aumento de la morbimortalidad y un descenso en la calidad de vida de la población.

La identificación de los factores socioeconómicos de esta investigación, se llevará a cabo en la comunidad de San Agustín del Sur, específicamente en la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”. Actualmente la comunidad de San Agustín del Sur cuenta con un total de 47.120 habitantes, según las proyecciones de población para el año 2009 realizada por el Distrito Sanitario número IV “El Valle”. Éste ambulatorio tiene como objetivo dar respuestas a la población residente de este sector, enfocando sus actividades hacia lo curativo y preventivo.



Se considera que en la comunidad de San Agustín del Sur, existen pérdidas de intervalos de vacunas en los niños menores de cinco años, ya que los padres y/o representantes se ausentan del ambulatorio o asisten con pérdidas de vacunas; evidenciándose en el libro de control de inmunización del centro de salud ambulatorio urbano Tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”; y estableciendo una relación con los factores socioeconómicos se puede mencionar que pueden estar interviniendo el nivel de estudio, en cuanto a la escolaridad de los padres y/o representantes y si está influenciada por las conductas a través de la importancia de cumplir el esquema de vacunación; en quién tiene la responsabilidad de llevar al niño a vacunar y el estado o existencia de la tarjeta de vacunas. Además de las prácticas, referente a cuales centros acuden para vacunar al niño, la frecuencia de asistencia al ambulatorio y su relación con la pérdida de intervalos de vacunas, si existe una enfermedad en el niño y esto no le permite vacunar, y la participación de algún miembro de la familia para llevar al niño a vacunar en caso de que el padre y/o representante no lo pueda hacer.

En relación con la ocupación laboral, la profesión u oficio se enfoca en la calificación que poseen los padres y/o representantes, si existe coincidencia con el horario laboral y el del ambulatorio lo que no les permite acudir, además de los permisos en el trabajo para poder cumplir con la inmunización del niño. El ingreso económico determina el tipo de ingreso y cual es el monto estimado mensual de los padres y/o representantes, además de la distribución para los gastos al momento de adquirir la vacuna; estos son: el pago de pasaje para poder trasladarse al ambulatorio y si tienen que acudir a algún centro privado para vacunar al niño, enfocándose en la posibilidad económica de pagar una vacuna que no este incluida en el esquema nacional de vacunación.

En atención a lo expuesto, se busca identificar los factores socioeconómicos de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que puedan estar

interviniendo para que se cumpla el esquema de vacunación. Por lo tanto se han generado inquietudes referentes a: ¿El nivel de estudio es un factor de los padres y/o representantes que incide en el cumplimiento del esquema de vacunación en los niños menores de cinco años? ¿Es un factor de los padres y/o representantes el ingreso económico para el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años? ¿Es la ocupación laboral de los padres y/o representantes un interviniente en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años?

Al relacionar todas estas inquietudes surgió la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores socioeconómicos de los padres y/o representantes que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años?

### **Objetivos de Investigación.**

#### **Objetivo General.**

Determinar los factores socioeconómicos de padres y/o representantes que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años que asisten a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda” ubicado en la comunidad de San Agustín del Sur Caracas, durante el tercer trimestre del año 2010.

#### **Objetivos Específicos.**

- Identificar el nivel de estudio de padres y/o representantes como factor interviniente en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años.

- Identificar el ingreso económico de padres y/o representantes como factor interviniente en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años.
- Identificar la ocupación laboral de padres y/o representantes como factor interviniente en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años.

### **Justificación.**

Es fundamental para el desarrollo del país, controlar y mantener la salud de los niños. Por esta razón se debe asumir que todos los planes para su crecimiento y desarrollo deben estar orientados hacia el logro de un mayor bienestar a través de Políticas de salud.

En el país existe el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), y su aplicación directa a los niños menores de cinco años se hace a través del esquema de vacunación. Es muy importante su cumplimiento, debido que este le permite prevenir enfermedades debilitantes e incapacitantes.

La presente investigación busca determinar los factores socioeconómicos de padres y/o representantes que están interviniendo en niños menores de cinco años para el cumplimiento del esquema de vacunación, y de esta manera resaltar los que más prevalecen, para así buscar soluciones futuras por medio de la coordinación del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social (MPPSPS).

La comunidad de San Agustín del Sur será beneficiada en cuanto a la posibilidad de generar una atención directa a padres y/o representantes de los niños menores de cinco años y así poder brindarles información acerca de la importancia de cumplir el esquema de vacunación. Además, se podrán realizar equipos de monitoreo de vacunación que permitan hacer llegar el beneficio de las vacunas hacia las zonas

menos accesibles. Y de esta manera, disminuir las tasas de morbimortalidad de enfermedades prevenibles por vacunas.

Por otra parte, en la investigación se encuentra una relevancia social, ya que se está realizando un enfoque en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; dirigido de tal forma a mejorar la calidad de vida de los habitantes de esta comunidad. En efecto, puede ser estudiada en cualquier comunidad del territorio nacional, lo cual sería muy conveniente, de manera que se evidenciaría si los mismos factores que se encontraron en esta investigación son distintos para el cumplimiento del esquema de vacunación en los niños; y así, poder generar posibles soluciones a las problemáticas presentadas.

En relación con el aspecto investigativo, cuando se indaga sobre hechos no estudiados con anterioridad en esta comunidad, se están generando nuevos conocimientos e innovando. Es decir, se aporta esta investigación para los avances científicos a futuro referentes al tema.

Por consiguiente, la investigación obtendrá un enfoque institucional, ya que la misma puede utilizarse como referencia de futuras investigaciones que busquen estudiar similares o distintos factores socioeconómicos. Además, se generará un aporte investigativo para la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, y de esta manera ser consultado como antecedente.

Por último, es conveniente realizar esta investigación, para así poder evidenciar deficiencias que puedan estar presentes en el primer nivel de prevención, con respecto a la promoción de la salud en el ambulatorio; lo que puede dar alternativas para la mejora en la prevención de enfermedades y así disminuir la asistencia de personas enfermas a los ambulatorios, sino más bien acudirían con pensamientos de prevención y promoción. Esto permitirá obtener una satisfacción personal por parte de los profesionales de Enfermería.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

En este capítulo se señalan los aspectos teóricos que dan base a la investigación. Se presentan los antecedentes de investigaciones relacionadas, además las principales teorías de enfermería que apoyan la investigación y enfocan su importancia; las bases legales, el sistema de variables y su operacionalización y las definiciones de los conceptos básicos que le dan el soporte a las bases teóricas.

Para Hernández, R (2003) “el marco teórico es un compendio escrito de artículos, libros y otros documentos que describen el estado pasado y actual del conocimiento sobre el problema de estudio. Nos ayuda a documentar cómo nuestra investigación agrega valor a la literatura existente”. (p 64).

#### **Antecedentes.**

Para el año 2003, Escalona, Y y Fernández, A; realizaron un trabajo de investigación titulado “Factores Socioeconómicos que intervienen en la multiparidad de las adolescentes embarazadas atendidas en la consulta prenatal del “Instituto Pastor Oropeza del 23 de Enero”. El objetivo general de la investigación fue: “Determinar los Factores Socioeconómicos que intervienen en la multiparidad de las adolescentes embarazadas atendidas en la consulta prenatal del Instituto Pastor Oropeza del 23 de Enero”. El presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, el cual tiene como objetivo describir los

factores socioeconómicos que intervienen en la condición de multiparidad de las adolescentes. Para esta investigación se tomó una población de 40 adolescentes, en edades comprendidas entre 16 y 19 años, representando esta un 50% de la población total; a los mismos se les aplicó un cuestionario conformado por 18 preguntas con alternativas múltiples, el instrumento fue sometido a juicio de tres expertos, en donde la confiabilidad arrojó un coeficiente de 0,97; estimado como correlación alta en el Alfa de Crombach.

En cuanto a los factores sociales las investigadoras plantean que pueden tener mayor intervención en la multiparidad de las adolescentes, el nivel de instrucción como un indicador resaltante del fracaso escolar y su consiguiente deserción, disminuyendo así sus oportunidades como participante dentro de la sociedad. Por su parte en los factores económicos se evidencia la influencia de las características específicas de la zona en la que habitan, en donde se tiene que el 50% de ellas proviene de zonas de barrio, lo cual caracteriza que su situación económica sea limitada, existe inestabilidad en la ocupación del jefe de la familia, a un 70% de ellas las mantienen los padres y los gastos son inexplicables. En las recomendaciones plantean determinar los aspectos donde el profesional de enfermería puede intervenir y planificar las acciones pertinentes.

Con respecto al antecedente mencionado, esta investigación se relaciona, ya que al evidenciar la intervención de los factores socioeconómicos en la multiparidad de las adolescentes se destacan indicadores específicos de esta investigación, estos son: el nivel de instrucción y el aspecto económico, entre otras características que resultan importantes identificar. Su determinación en cuanto a los factores socioeconómicos en las adolescentes, se aplica en toda la sociedad; que en este caso será los factores de padres y/o representantes que intervienen en niños menores de cinco años para el cumplimiento del esquema de vacunación, en la comunidad de San Agustín del Sur, que al igual que la población investigada por las autoras

mencionadas anteriormente, corresponde a los sectores más desposeídos quienes se ven inmersos en grandes carencias tanto a nivel económico como social.

Durante el primer trimestre del año 2005 Estanga, R y Portillo, L; realizaron un trabajo especial de grado titulado Programa de Orientación con respecto al Programa Ampliado de Inmunización (PAI); el objetivo general de la investigación fue “Desarrollar un Programa de Orientación con respecto al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) dirigido a los padres y representantes de niños menores de tres años, que asisten al IVSS Hospital “Dr. Cesar R”; cuyo diseño de investigación se describe como no experimental, de tipo descriptivo y de campo. El mismo está dirigido a los padres y representantes de niños menores de tres años que asisten al IVSS Hospital Dr. Cesar Rodríguez de Guaraguao en la ciudad de Puerto La Cruz, Edo. Anzoátegui.

La recolección de la información se realizó a través de un pre-test y post-test de 20 ítems. Se tiene como conclusión el significado de cuál es la importancia de la capacitación de los padres y representantes sobre el PAI, como un instrumento de salud preventiva que se debe aplicar a todo niño para protegerlo de algunas enfermedades infecciosas y que pueden ser prevenidas mediante la aplicación de una vacuna.

Esta investigación se constituye como un antecedente ya que después de culminar el programa, se evidencia que no hay un 100% de conocimientos por parte de los padres y representantes de los niños menores de tres años, por lo que es probable que existan pérdidas de vacunas en estos niños, lo cual se puede referir a ciertos factores que puedan estar interviniendo en el desconocimiento del esquema de vacunación tanto sociales como económicos y así producir aquellas enfermedades que pueden ser prevenibles por vacunas en los niños.

En el año 2008, los investigadores González, A, Martínez, B y Ramírez, N; ejecutaron un estudio enfocado en los Factores Socioeconómicos que caracterizaban a las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en la consulta prenatal del ambulatorio Boyacá V Barcelona Edo. Anzoátegui, primer semestre año 2008, siendo este su objetivo general. En el aspecto metodológico, la investigación fue no experimental y de campo, seleccionándose una muestra de 99 adolescentes que completaron un cuestionario de 26 preguntas con alternativas de respuestas cerradas. El mismo fue validado por juicio de experto y sometido a una prueba piloto para garantizar su confiabilidad. Los resultados que arrojaron los investigadores fue una evidencia de frecuencia de embarazos en adolescentes en edades comprendidas entre 13 y 19 años, además de bachilleratos incompletos; e inicios de vida sexual entre 13 y 15 años. De igual modo, la mayoría no trabaja, el ingreso mensual del grupo familiar no llega a los 1000 Bsf. Se evidenció que estas adolescentes no mantienen relaciones familiares operativas, existiendo maltrato físico, verbal, psicológico y sexual.

Dentro de sus recomendaciones consideraron hacer entrega a las autoridades de este centro de salud de los resultados obtenidos a fin de que se aboque un plan que ponga en práctica acciones tales como: diseñar e implementar una intervención que involucre a todos los actores sociales que formen parte del problema, así como establecer un servicio de consejería y psicología permanente para las adolescentes que acuden al ambulatorio.

El enfoque investigativo de lo antes mencionado, prevalece como antecedente debido a los factores socioeconómicos que se mencionan. Esto se evidencia en lo social con respecto a los aspectos personales y la relación familiar, además de lo económico en cuanto al ingreso y la ocupación como factores intervinientes. Constituyendo todos como indicadores de la investigación y que de alguna manera puedan estar interviniendo en los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asisten a la unidad de inmunización.



## **BASES TEÓRICAS.**

Las bases del desarrollo y evolución de los cuidados de enfermería en beneficio del paciente, y para satisfacción del profesional como carácter humanístico, es avanzar en busca de mejoras en la calidad de la prevención de enfermedades, cumpliendo así un enfoque en una correcta aplicación de los conocimientos científicos.

Las teorizantes que se mencionan a continuación, sustentan a través de lo científico, las teorías que constituyen la promoción de la salud como aspecto fundamental para el desarrollo de la vida. Además, se menciona como está relacionado el individuo o persona con el entorno y la salud; y que de esto va a depender el proceso salud- enfermedad, entrando de esta manera el aspecto socioeconómico como factor presente en la persona y su entorno.

Según Pender, N. Citada por Marriner, T. (1995) en su modelo de promoción de la salud, considera algunos conceptos y definiciones como factores cognitivo-perceptuales y se definen como:

Mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud. Estos son: importancia de la salud, control de la salud percibida, auto-eficacia percibida, definición de salud, estado de salud percibido, beneficios percibidos de las conductas y barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud. (p511).

Su modelo consiste en mantener un estado de salud altamente positivo, el cual dependerá de la percepción que posean las personas, del autocuidado y de las actitudes para mantener un concepto de salud que permita tener equilibrado el estado biopsicosocial. Por lo tanto, es fundamental la vacunación en los niños para mantener su estado de salud óptimo. Además, se debe considerar las conductas y prácticas que tengan los padres y/o representantes en cuanto a las inmunizaciones, de manera de

generar principios de prevención y promoción para así mantener un aspecto positivo en la vida de los niños a través de su crecimiento y desarrollo.

Por otra parte, la teorizante Newman, M. Citada por Marriner, T. (1995) en su modelo de salud, manifiesta que:

La salud abarca la enfermedad y la ausencia de enfermedad. La salud puede ser considerada como la explicación del patrón subyacente de la persona y el entorno. El patrón es lo que identifica al individuo como persona particular. La consciencia se define como la “capacidad del sistema para interactuar con su entorno”. (p 477).

De esta manera, la teorista plantea un modelo de salud basado en el proceso de la vida, además de la relación con la salud y las condiciones que tenga cada individuo; en donde el estado biopsicosocial depende de su desenvolvimiento. Se establece tres criterios: la salud, el patrón y la consciencia; siendo estos los que identifican al individuo en cuanto a como percibe su realidad. Los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años, poseen características basadas en la interrelación de su entorno con la salud; de tal forma, se ve influenciada de acuerdo a factores que puedan estar presentes en su familia y que la aplicación de mecanismos para la salud va a depender de cada individuo que la componga.

En el marco legal de la investigación; la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), en sus artículos 83 y 84 menciona que la salud: “es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios”. (p 87).

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. (p 88).

Según lo antes expuesto, se puede afirmar que la salud es un derecho social. El Estado está en la obligación de garantizar la salud como parte del derecho a la vida y promover Políticas que eleven la calidad de vida. Además, crea y controla un sistema público de salud regido por principios como el de la gratuidad; dicho sistema promoverá la prevención de enfermedades y garantizará el tratamiento oportuno.

Por otra parte, la ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA), (2007). En su artículo 41 párrafo primero, menciona que:

El Estado debe garantizar a todos los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Así mismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad. (p 16).

De acuerdo a esta Ley, el Estado tiene el deber de garantizar atención en salud a los niños y adolescentes, considerando todas las posibilidades que puedan estar presentes en cada uno. Además, estos servicios deben ser brindados con la más alta calidad de manera de generar bienestar. A través del esquema nacional de vacunación que proporciona el Estado, se cumple el acceso a los niños para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, además de los aspectos de universalidad, igualitario y gratuito que están presentes para que se lleve a cabo.

En cuanto a la responsabilidad de los padres, representantes o responsables en materia de salud, en su artículo 42, establece:

Los padres, representantes o responsables son los gerentes inmediatos de la salud de los niños y adolescentes que se encuentren bajo su patria potestad, representación o responsabilidad. En

consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños y adolescentes. (p 42).

Con respecto a lo anterior, los padres y/o representantes tienen la responsabilidad obligatoria de velar por la salud de los niños, por lo cual se debe cumplir con el esquema de vacunación y de esta manera producir inmunidad. Además, deben llevar el control constante en todos los aspectos de salud, en especial las dosis posteriores de vacunas y refuerzos.

La misma Ley en su artículo 47: “Derecho a ser vacunado. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a la inmunización contra las enfermedades prevenibles”. (p 47).

El estado debe asegurar programas gratuitos de vacunación obligatoria dirigida a todos los niños y adolescentes. En estos programas, el Estado debe suministrar y aplicar las vacunas, mientras que los padres, representantes o responsables deben garantizar que los niños y adolescentes sean vacunados oportunamente. (p 48).

De acuerdo con lo antes mencionado, es de gran importancia que los niños obtengan una atención en materia de salud, y en este caso la administración de las vacunas en las edades correspondientes; siendo además un derecho de los niños ser vacunados de acuerdo a la Ley. Es responsabilidad de los padres y/o representantes que el niño posea una salud óptima y libre de enfermedades que pueden ser prevenibles y es su deber garantizarlo, por lo que el cumplimiento del esquema de vacunación debería realizarse a cabalidad.

Los factores socioeconómicos en cada individuo van a tener relación con todos los aspectos de la salud. Salleras, citado por Sánchez Moreno A (2000),

menciona a la salud como el más alto bienestar, y que además se relaciona con los aspectos sociales en los que vive inmerso el individuo.

Según Méndez Castellano, H, Méndez, M y Carrera, G (1995) mencionan “en cuanto a lo psico-social y cultural, la especie humana está esencialmente condicionada por lo socio-económico y físico ambiental, factores de gran importancia en el desarrollo integral del hombre”. (p 57).

Es decir, los aspectos socioeconómicos intervienen en la formación y desenvolvimiento del niño menor de cinco años, además en su salud. Por lo tanto, se debe tomar de igual manera lo socioeconómico y la salud, y así generar modelos para la resolución de posibles intervenciones.

Existen factores que de alguna manera van a intervenir en la salud de una población. Para Pratt Fairchild, H (2001), “un factor va a ser una causa determinante o condición necesaria de un acontecimiento o cambio. Las clasificaciones de los factores varían según el sistema teórico a que se refieren”. (p 120). Un factor conlleva a una condición que puede determinar la salud, y este varía en el tiempo, ya que dependerá del ambiente y el entorno. En este marco de ideas, se va a determinar la intervención principal de lo socioeconómico.

Sánchez Moreno, A (2000), menciona que lo socioeconómico “constituye una de las variables que mejor explican la distribución de la enfermedad. El indicador fundamental es la ocupación laboral, matizado por los ingresos y por el nivel de estudios”. (p 293). Es imprescindible que el aspecto socioeconómico se encuentre en unas condiciones positivas, y así de esta manera serán satisfactorios los procesos de salud en la población.

A través de la construcción de factor socioeconómico; los investigadores expresan que: Los factores socioeconómicos van a ser aquellas causas determinantes

o que condicionan un acontecimiento de salud- enfermedad, siendo un indicador fundamental la ocupación laboral, los ingresos y el nivel de estudios.

De esta manera los factores socioeconómicos se refieren a los aspectos presentes o expresados en el individuo, sociedad y entorno. Estos tienen relación en cuanto a: el nivel de estudio, la ocupación laboral y el ingreso; y que de alguna manera van a intervenir en los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años para el cumplimiento del esquema de vacunación cuando asisten a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda” ubicado en la comunidad de San Agustín del Sur, Caracas.

La implicación de lo educativo en los aspectos socioeconómicos permite establecer una relación en cuanto al estado de salud de las personas y el nivel de estudio en un momento determinado, enfocándose en si existe una alteración y que esto afecte su bienestar. En el nivel de estudio para Sánchez Moreno, A (2000), establece que:

Es un buen indicador del nivel socioeconómico. Su grado de asociación con el nivel de salud es bastante similar al de las medidas basadas en la ocupación y el nivel de ingresos. Por lo tanto, el nivel de instrucción da acceso a una determinada ocupación y, por tanto, a un nivel de ingresos. Además el nivel académico está relacionado con las conductas y prácticas de los estilos de vida saludables. (p 295).

Se considera entonces que el nivel de estudio de los padres y/o representantes, va a intervenir en el cumplimiento del esquema de vacunación; es decir, la escolaridad, las conductas y prácticas como hábitos para el cumplimiento del esquema de vacunación en los niños menores de cinco años. La escolaridad determina el grado de estudios de los padres y/o representantes, esto se establecerá en las posibles respuestas que se presentan a través de las conductas y prácticas, debido a que se desarrollaran en función de las condiciones sociales.

De acuerdo a lo mencionado, Muñoz, C (2004) en su desarrollo socioeconómico y educación de América Latina establece: “Los impactos sociales de la escolaridad son fenómenos multifactoriales, en los que intervienen diversos fenómenos y cuya magnitud depende del cumplimiento de diferentes condiciones. Además, esos impactos se producen en ambientes complejos e inestables” (p 96).

La contribución de la escolaridad en las personas permite la prevención de enfermedades y promoción de salud a través de la adopción de patrones de vida más sanos, por lo que se puede ver relacionada con las tasas de mortalidad. En función de esto, Muñoz, C (2004) menciona que “la escolaridad contribuye a prolongar la vida, especialmente en los sectores de la población de menos recursos” (p 150).

Según la oficina regional de educación para América Latina y el Caribe, a través de la UNESCO (2001), define el nivel de escolaridad de la población adulta como: “el perfil educativo de la población para determinados grupos de edad” (p 17). Este indicador muestra los procesos educativos alcanzados en un país, en población adulta de diferentes edades de acuerdo al nivel de estudio. Por lo tanto, los niveles de escolaridad a considerar en los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años de la comunidad de San Agustín del Sur, son los siguientes: analfabeta, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, universitaria completa y universitaria incompleta.

De acuerdo con Sánchez Moreno, A (2000) un buen nivel académico está relacionado con conductas saludables, con lo que resulta importante destacar que a mayor nivel de estudio mejor será la salud de un individuo, y a menor nivel de estudio, menor serán las posibilidades de mantener una salud óptima de acuerdo a distintos factores sociales que se presenten en cada familia.

Con respecto a la conducta, el individuo tiende a dar respuestas que no se atribuyen a una sola causa, muchas son el resultado de factores que actúan para generar acciones, interactuando de esta manera todo el entorno. La conducta suele manifestarse a través de aspectos objetivos y socioeconómicos que pueden alterar la salud. Esta parte de la manera de cómo los padres y/o representantes dirigen sus acciones. Según Merani, A. Citado por Ramírez Reyna, J (2006), “la conducta se refiere al modo de conducirse una persona en las relaciones con los demás, según una norma moral, social, cultural”. (p 30).

Para Costa M y López E, citado por Sánchez Moreno, A (2000), “mencionan que las variables que más influyen en el estado de salud de la población vienen determinadas por la conducta de los individuos y el contexto social en el que se desenvuelven”. (p 290).

Existe relación entre los procesos de aprendizaje de los individuos y la conducta, sus propias experiencias van a ser fundamentales para desarrollar y mantener un comportamiento, este puede mantenerse o desaparecer de acuerdo a situaciones inmediatas y no a mediano o largo plazo. La conducta para Sánchez Moreno, A (2000), “puede entenderse como la expresión objetiva de los estilos de vida de las personas”. (p 290). Pero estos comportamientos no pueden ser estudiados sólo en los padres y/o representantes, sino además en todos los aspectos socioeconómicos, ya que cada persona forma parte de un grupo social y la sociedad puede modificar la conducta.

El contexto social de los individuos está estrechamente influenciado por los procesos de salud y enfermedad; para esto Huici, citado por Sánchez Moreno, A (2000), menciona en las conductas orientadas a la salud, lo siguiente: “Cada comunidad fomentará en sus miembros unas actitudes y unos comportamientos orientados hacia la salud. Los grupos desempeñan un papel importante como



elementos de referencia para tomar decisiones sobre el cuidado y la atención de la salud”. (p 291).

La respuesta a la conducta en los padres y/o representantes, es el resultado a muchos factores que actúan en conjunto para producir una acción de comportamiento, he aquí la importancia de cumplir el esquema para así generar inmunidad en los niños y no padecer enfermedades que pueden prevenirse por medio de la vacunación. Según Vásquez, L, Romero, M, León, R y Contreras, M (1998) mencionan que es importante cumplir con el esquema además de: “no debe recomendarse un nuevo esquema después de cada interrupción, sino continuar con la dosis que corresponda, independientemente del intervalo desde la interrupción”. (p 115).

Es decir, la importancia de cumplir el esquema, conlleva a la eficacia del efecto de las vacunas en los niños menores de cinco años. Además, informar a los padres y/o representantes acerca de las contraindicaciones de las vacunas y de esta manera no se generen pérdidas. Por consiguiente, Según Sánchez Moreno, A (2000) la eficacia de una vacuna está definida por su capacidad inmunizante y condicionada por factores propios de la vacuna, como la capacidad para provocar una reacción inmunitaria detectable, o la producción de una inmunidad duradera. (p 252). Es decir, la mayoría de las vacunas tienen una eficacia de un 90% para producir inmunidad y prevenir de enfermedades a los niños menores de cinco años.

En cuanto a la responsabilidad, es importante que los padres y/o representantes asuman el deber que tienen con los niños en casos de salud y enfermedad, principalmente en el cumplimiento del esquema; a pesar de la marcada presencia de la figura materna en los casos de salud de los niños en Venezuela; Sánchez Moreno, A (2000) en la responsabilidad de la familia, establece lo siguiente:

Decir que en la familia se asumen y se da respuesta a los problemas relacionados con la salud de sus integrantes es un eufemismo; en realidad, son las mujeres las que dan respuesta a las necesidades

derivadas de estos problemas, como consecuencia de la división sexual del trabajo, que regala a la mujer a las actividades relacionadas con lo doméstico. (p 307).

En relación con la conservación de la tarjeta de vacunación, se hace énfasis en la preservación que esta debe tener, debido a que sirve de guía o antecedente de vacunación para posteriores dosis de vacunas y así generar inmunidad. Por otra parte, es considerada como un documento de identificación del niño menor de cinco años, el cual pueda ser solicitado como requisito de ingreso a una institución educativa. Su enfoque viene dado en, si los padres y/o representantes la han conservado, extraviado, deteriorado, olvidado al momento de ir al ambulatorio o nunca se la han dado; y su relación con las pérdidas de vacunas.

Además, de la continuidad del calendario de vacunas, Sánchez Moreno, A (2000) resalta: “es una secuencia cronológica de vacunas que se administran de forma sistemática, marcando las pautas de administración (número de dosis, población diana a vacunar, edad e intervalos entre dosis de repetición)”. (p 252).

La realización de actividades genera efectos continuos a través de los hábitos y por medio de acciones. En las prácticas, el efecto de llevar a cabo una cosa se puede ver intervenida por factores socioeconómicos, es por esto que suelen ser la aplicación de una idea para luego ser ejecutada; es decir proviene de la conducta. Para Warren, H (2008) “la práctica consiste en la repetición de un acto como medio de mejorar su ejecución o para formar un hábito. Acción habitual o acostumbrada”. (p 271).

En los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años, las prácticas consisten en actos repetitivos que pueden llevarse a cabo pero quizás el beneficio en la salud del niño en cuanto a las vacunas para que sea efectivo se debe cumplir a cabalidad. Está relacionado con la asistencia a los centros de salud en

relación a cual centro acuden constantemente para cumplir con el proceso de vacunación, si es al ambulatorio, clínicas privadas, módulos de Barrio Adentro, hospitales u otros; además, la frecuencia de asistencia al ambulatorio y su relación con el tiempo de pérdida de intervalos de vacunas, si el sujeto asiste de manera frecuente al ambulatorio y así obtener información con respecto al esquema de vacunación; la frecuencia de asistencia de los padres y/o representantes se enfoca en tiempos de siempre (cada dos meses), casi siempre (cada tres meses), algunas veces (cada 6 meses), casi nunca (una vez al año) y nunca.

Por otra parte, evitar que el niño presente pérdida de vacunas por enfermedades que no la justifiquen. En cuanto a lo mencionado anteriormente, la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (2008) en el Manual de Vacunas mencionan contraindicaciones específicas para cada vacuna, además de la vacunación en situaciones especiales, tales como: inmunocomprometidos y prematuros. Es decir, las causas de pérdidas en el niño menor de cinco años, como malestar, gripes y decaimiento, no suelen entrar en las contraindicaciones de las vacunas.

Por último, la participación familiar, identifica el apoyo por parte de otro miembro para llevar al niño a vacunar cuando los padres y/o representantes no se encuentren en el hogar. La familia, como principal grupo, influye en la salud de las personas y determina las actividades diarias de la vida relacionadas con la salud, en específico, la de los niños menores de cinco años.

Para Parsons, citado por Sánchez Moreno, A (2000), “la familia es una red de relaciones emocionalmente cargadas, y se considera que el efecto mutuo entre sus miembros es la base de su solidaridad y su lealtad”. (p 304). Por esto se debe contar con la participación familiar en todos los aspectos de la vida diaria. En las prácticas familiares, Potter, P (2001) menciona que:

La manera en que la familia del cliente utiliza los servicios sanitarios generalmente afecta sus prácticas de salud. Sus percepciones de la gravedad de enfermedades y su historia de conductas de salud preventivas (o la ausencia de estas) pueden influir en lo que los clientes piensan acerca de la salud. (p 10).

Las prácticas de los individuos se pueden relacionar con la funcionalidad de los aspectos socioeconómicos en una familia determinada. Además, que las formas de llevar a cabo los cuidados se aprenden en la familia, incluyendo la promoción y mantenimiento de la salud, y la prevención de enfermedades.

Las condiciones socioeconómicas son las que indican con gran importancia la salud de los individuos; su relación con la educación, la ocupación y el ingreso económico determinan los aspectos que pueden estar interviniendo en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años.

La ocupación laboral se establece a través de la responsabilidad actual que tienen los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años. Para Monasterios, R y Monasterios, L. Citado por Perozo, D (2002) “la ocupación actual se refiere a la actividad económicamente productiva que principalmente desempeña un sujeto; puede ser igual a “Profesión u oficio”, o cualquier otra; abarca entre otras posibilidades, las de ama de casa, estudiante, rentista, jubilado o pensionado”. (p 468).

La misma determina la profesión u oficio que tengan los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años; enfocados en la calificación, si coincide el horario laboral con el horario del ambulatorio lo que les imposibilita llevar al niño a vacunar y si se les brinda permisos laborales para poder llevar al niño al ambulatorio.

La profesión u oficio para Monasterios, R y Monasterios, L. Citado por Perozo, D (2002) “se refiere a la calificación que tiene una persona para desempeñar roles laborales, o económicamente productivos”. (p 467). Vendrá referida a los roles laborales o productivos que poseen los padres y/o representantes.

La ocupación laboral se refiere en gran medida, a la calificación que posean los padres y/o representantes en cuanto a si es obrero no calificado o del sector informal, obrero calificado, empleado, profesión técnica o profesión universitaria. De esta va a depender la disponibilidad de acudir al ambulatorio para poder cumplir con el proceso de vacunación de los niños menores de cinco años; por lo tanto, se hace énfasis en el número de horas que trabajan y si coincide con el horario del ambulatorio “Leonardo Ruiz Pineda, siendo este de 8 de la mañana a 12 del medio día, y de 1 a 4 de la tarde. Considerando lo antes expuesto, la Ley Orgánica del Trabajo (1997) menciona en su artículo 195, que la jornada diurna no podrá exceder de ocho (8) horas diarias, ni de cuarenta y cuatro (44) semanales. Del mismo modo, se enfocarán las horas laborales de los padres y/o representantes distribuidas en: menos de 4 horas, de 4 a 6 horas, de 6 a 8 horas, más de 8 horas, o ninguna.

Por otra parte, las jornadas laborales intervienen de alguna manera en el tiempo que puedan tener los padres y/o representantes para llevar al niño menor de cinco años a vacunar; es decir, los permisos que puedan existir en instituciones públicas o privadas en sus normativas internas deberían ser constantes, debido a que en caso de poder acudir cuando les corresponda las vacunas a los niños, y así evitar las pérdidas de intervalos y dosis únicas.

También se considera como factor socioeconómico presente en los padres y/o representantes el ingreso económico; que según Méndez Castellano, H, Méndez, M y Carrera, G (1995), “va a ser un aspecto que incide de forma determinante en la vida familiar, ya que su insuficiencia y/o inestabilidad repercuten negativamente en su adecuado desenvolvimiento”. (p 65).

Para Sánchez Moreno, A (2000), en relación con el ingreso:

Cuanto más elevado sean el nivel socioprofesional y los ingresos económicos, mayor será el nivel de salud. Todas las investigaciones, coinciden en que las personas del nivel socioeconómico más alto presentan una menor morbimortalidad que las personas de rentas más bajas. Es decir; la salud no puede mejorarse ingresando repentinamente una gran suma de dinero. Debe pasar el tiempo para que ello se traduzca en un incremento del nivel sociocultural. (p 294).

Es decir; va a depender del ingreso, la fuente económica de los padres y/o representantes y la distribución del ingreso para los gastos que se generen durante el proceso de vacunación del niño menor de cinco años, y esta conllevara a un nivel de salud mayor.

La fuente de ingreso según Monasterios, R y Monasterios, L. Citado por Perozo, D (2002) “puede presentarse en una o varias de las siguientes posibilidades: donaciones fijas o eventuales, salario, sueldo, honorarios profesionales y renta”. (p 470).

Su enfoque viene dado por el tipo de ingreso de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años, si poseen ayudas suministradas por el estado, si son remuneraciones diarias o semanales, otros por concepto quincenal o mensual, por retribuciones percibidas en fortunas o pensiones y la cantidad del ingreso del mismo. Además, de la cantidad de bolívares que perciben por concepto de ingreso mensual, enfocados en sueldo mínimo (1.233,89 Bs), más del sueldo mínimo y menos del sueldo mínimo.

La distribución del ingreso por Monasterios, R y Monasterios, L. Citado por Perozo, D (2002) la enfocan de la siguiente manera: “consiste en la forma como se dispersa el ingreso real por partidas de gasto”. (p 471).

Con respecto a la distribución del ingreso que poseen los padres y/o representantes en cuanto a los gastos de la vacuna, se relaciona en si tienen que pagarlas en un centro privado debido a que el esquema nacional de vacunación otorgado por el Estado no incluye las vacunas de Neumococo y la Antihepatitis A, ocasionando estas pérdidas en los niños, ya que algunos padres y/o representantes quizás no les alcance el ingreso para pagarlas, así como otros que hacen el esfuerzo por considerarlo una prioridad.

De acuerdo con lo mencionado, la Agencia Bolivariana de Noticias (2008), a través de las opiniones emitidas por el Director del Programa Ampliado de Inmunizaciones, Héctor Sarmiento, planteó incluir la vacuna contra el Neumococo, inicialmente dirigida a adultos mayores de 65 años y posteriormente a la población infantil. Además exhortó a los padres a que acerquen a sus hijos a los centros de vacunación de manera de facilitar el desarrollo del programa. Actualmente, se encuentra en proceso de inclusión esta vacuna, por lo que en algunos casos es suministrada a la comunidad por medio de la Misión Barrio Adentro.

De igual forma, Sánchez Moreno, A (2000) menciona en cuanto al suministro de las vacunas, lo siguiente:

Para disponer de vacunas permanentemente se precisa realizar una programación del suministro periódico de vacunas desde los centros de aprovisionamiento, a los puntos de vacunación (PV). Esta programación se realiza según los grupos de población incluidos en el calendario de vacunación sistemática y vacunación de adulto (niños pequeños, escolares, preescolares, mujeres en edad fértil, adultos, etc). (p 257).

Por otra parte, en la distribución del ingreso se incluye el alcance para el pago de pasaje de transporte y dirigirse al ambulatorio o simplemente algunos no los

distribuyen en esta necesidad debido a la accesibilidad que tienen al mismo a través del metro cable de San Agustín del Sur o porque habitan en las cercanías.

De acuerdo con el esquema de vacunación, Sánchez Moreno, A (2000), destaca que “inmunización es el acto de inducción artificial de inmunidad o provisión de protección contra una enfermedad; mediante la administración de antígenos, en forma de vacunas (activa), o la administración de anticuerpos específicos (pasiva)”. (p 250).

La acción de la vacunación es la que va a proporcionar la inmunidad; esta viene dada por mecanismos inducidos o artificiales pasivos y activos y por inmunidad natural. Al nacer, la inmunidad se adquiere y se mantiene a lo largo de la vida a través del sistema nervioso y humoral, pudiendo ser adquirida por medio de la administración de una vacuna.

De manera que, si existen factores socioeconómicos en la familia de los niños menor de cinco años, y estos no le permiten obtener la vacuna, no se estará adquiriendo inmunidad en el niño, y por ende no se beneficiará del esquema de vacunación que ofrece el Estado venezolano; provocándoles vulnerabilidad de enfermedades que pueden ser prevenibles por vacunas.

Según Sánchez Moreno, A (2000) menciona que las vacunas son:

Preparados antigénicos que inducen una inmunidad adquirida activa frente a determinadas enfermedades infecciosas o la suspensión de microorganismos vivos y atenuados o muertos, o fraccionados obtenidas a partir de ellos administrada para inducir inmunidad y así prevenir enfermedades infecciosas. (p 251).

La inmunidad artificial se adquiere a través de las vacunas. Estas vacunas contienen diferentes características que van a permitir que la inmunización sea



efectiva y prevenir las enfermedades en los niños menores de cinco años. Dentro de estas características se encuentran: la edad recomendada, la vía de administración, la dosificación, el número de dosis como una de las más importantes ya que se debe cumplir todas las correspondientes según el esquema para que se produzca la inmunidad efectiva; además, el intervalo entre dosis y los refuerzos. (Ver anexo E).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003), por ser un ente internacional, tiene como interés principal el que cada Estado cumpla con todas las vacunas, con el fin de lograr la cobertura de aquellas enfermedades prevenibles, siendo así, un deber del Estado para beneficio de la población, en especial de los niños menores de cinco años.

En el caso de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años, tienen la posibilidad de acceso a todas aquellas vacunas que son de obligatoriedad para los niños y siendo estas gratuitas, a pesar de que algunas aún no las incluya el esquema y sean pagas. Así mismo, la OPS se encarga de apoyar aquellas acciones a resaltar y otorgar las vacunas para cada nación dependiendo de la distribución geográfica.

De esta manera, las vacunas incluidas en el esquema nacional de vacunación, están disponibles para toda la población en general; cumpliendo de esta manera con lo expuesto por la OPS y la OMS en relación con: “las vacunas son un derecho de toda la población y un deber del Estado garantizarlo”.... también se deben mantener niveles de protección adecuados mediante programas de vacunación de refuerzo a todas las edades.

El esquema de vacunación, que ofrece el Estado venezolano a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social (MPPSPS), va dirigido desde los recién nacidos hasta los niños menores de diez años, adultos,

mujeres embarazadas y en edad fértil, adulto mayor y personal de salud. Siendo los niños menores de cinco años los resaltantes en la investigación.

El Estado a través del esquema de vacunación aprobado para Mayo 2009, les proporciona una vacunación gratuita que permite la prevención de enfermedades, tomando en cuenta la educación y la promoción del mismo en cuanto a número de dosis, intervalos, edad, enfermedad que previene, entre otras; con el fin de hacer cumplir de manera adecuada, eficaz y preventiva todo el esquema. (Ver anexo E).

Se observó la modificación de algunas vacunas del esquema nacional de vacunación las cuales demuestran cambios en las edades a aplicar, así como en la dosificación y refuerzos según antecedentes vacunales. Fueron modificadas en función a cada grupo de edad, en embarazadas para la vacuna del Toxoide Tetánico y la cantidad de dosis a administrar.

Para el año 2010, se afianza la importancia de vacunar a los niños; en la cual se toma partida con el “Reimpulso del Programa Nacional de Inmunización”, el cual fue iniciado en Febrero de 2010 por el Gobierno Nacional con el objetivo de aumentar las coberturas de vacunación de la población para lograr la reducción de la incidencia de las Enfermedades Prevenibles por Vacunas (EPV). Entre las estrategias que se utilizaran para el reimpulso del programa se tienen: aumento de accesibilidad de la población a los centros de vacunación, monitoreo de cobertura de vacunación y sectorización de la población.

Este reimpulso tomado por el Estado venezolano, mantiene la inclusión de la aplicación gratuita de 10 vacunas contra 14 enfermedades infecciosas y que en general la población acceda a todas las vacunas que le falten según su esquema; teniendo como meta entre sus acciones, visitar a 6.242.621 hogares para incentivar a la población a que se vacune.

En el “Reimpulso del Programa Ampliado de Inmunización” resalta la evaluación de cobertura y el conocimiento como objetivos, y así poder conocer la realidad venezolana para actuar a través de la identificación territorial de los estratos con déficit de cobertura vacunal.

Si no existe un cumplimiento del esquema de vacunación en los niños menores de cinco años debido a los factores socioeconómicos de los padres y/o representantes que puedan estar interviniendo, estarían susceptibles a las 14 enfermedades que comprende el esquema, las cuales pueden ser cubiertas a través de las vacunas. De tal manera que, es fundamental la promoción del esquema de vacunación como parte de la educación para la salud de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años, por medio del primer nivel de prevención.

Las vacunas que ofrece el Ministerio del Poder Popular para la Salud, protegen contra las siguientes enfermedades: Tuberculosis, Poliomiélitis, Influenza, Haemophilus influenzae Tipo b, Difteria, Tos ferina, Tétanos, Meningitis, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Fiebre amarilla, Rotavirus y Hepatitis b. (Ver anexo E).

## **SISTEMA DE VARIABLES.**

**VARIABLE:** Factores socioeconómicos de padres y/o representantes que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Sánchez Moreno, A (2000) y Pratt Fairchild, H (2001). Los factores socioeconómicos van a ser aquellas causas determinantes o que condicionan un acontecimiento de salud- enfermedad, siendo un indicador fundamental la ocupación laboral, matizado por los ingresos y por el nivel de los estudios. (p120 y 293).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Los factores socioeconómicos se refieren a los aspectos presentes o expresados en el individuo, sociedad y entorno. Estos tienen relación en cuanto a: el nivel de estudio, la ocupación laboral y el ingreso; y que de alguna manera van a intervenir en los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años para el cumplimiento del esquema de vacunación en la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda” ubicado en la comunidad de San Agustín del Sur, Caracas.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

### VARIABLE:

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS:** Se refieren a los aspectos presentes o expresados en el individuo, sociedad y entorno. Estos tienen relación en cuanto a: el nivel de estudio, la ocupación laboral y el ingreso; y que de alguna manera van a intervenir en el cumplimiento del esquema de vacunación en padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asisten a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruíz Pineda” ubicado en la comunidad de San Agustín del Sur, Caracas.

| DIMENSIONES   | INDICADORES   | SUB-INDICADORES   | ÍTEMS           |
|---|---|---|-----------------|
| <p><b>Nivel de estudio:</b> Se considera que el nivel de estudio de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años, va a intervenir en el cumplimiento del esquema de vacunación en relación con la escolaridad que presenten y las conductas y prácticas que estos poseen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Escolaridad:</b> Va a estar dada por el nivel de escolaridad que posean los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años.</li> </ul>  | - Nivel de escolaridad.   | 1               |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Conductas:</b> La respuesta a la conducta en los padres y/o representantes, produce una acción de comportamiento en cuanto a la importancia de cumplir el esquema, la responsabilidad que deben tener con el niño para que sea vacunado y la conservación de la tarjeta de vacunación.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia de cumplir el esquema.</li> <li>- Responsabilidad.</li> <li>- Conservación de la tarjeta de vacunación.</li> </ul> | 2 – 3<br>4<br>5 |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas:</b> Las prácticas consisten en actos repetitivos, relacionado con</li> </ul>   | - Asistencia a los centros de salud.  | 6               |

| DIMENSIONES   | INDICADORES   | SUB-INDICADORES  | ÍTEMS  |
|---|---|--|--|
|   | <p>el centro de salud que acuden, la frecuencia de asistencia al ambulatorio, si ha tenido el niño pérdidas de vacunas con respecto a la presencia de alguna enfermedad y la participación familiar de otro miembro para llevar al niño a vacunar cuando los padres y/o representantes no se encuentren.</p>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia de asistencia al ambulatorio.</li> <li>- Pérdidas de vacunas por enfermedad.</li> <li>- Participación familiar.</li> </ul>                                 | <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p>                   |
| <p><b>Ocupación laboral:</b> Determina la profesión u oficio que tengan los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años.</p>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Profesión u Oficio:</b> Se refiere a la calificación de roles laborales o productivos que poseen los padres y/o representantes, relacionado con la coincidencia del horario laboral y del ambulatorio, además de los permisos laborales otorgados para llevar al niño a vacunar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calificación.</li> <li>- Horario laboral - horario del ambulatorio.</li> <li>- Permisos.</li> </ul>   | <p>10</p> <p>11 – 12</p> <p>13</p>           |
| <p><b>Ingresos:</b> Va a estar dado por la fuente económica de los padres y/o representantes, y la distribución del mismo para los gastos de la vacuna.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fuente de ingreso:</b> Se presenta por el tipo de ingreso y la cantidad de dinero que perciben los padres y/o representantes.</li> <li>• <b>Distribución del ingreso:</b> Se enfoca en los gastos de los padres y/o representantes para la adquisición de la vacuna.</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de ingreso.</li> <li>- Cantidad del ingreso.</li> <li>- Pago de transporte del hogar al ambulatorio.</li> <li>- Vacunación en instituciones privadas.</li> </ul> | <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17 - 18</p> |



## DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Difteria: Enfermedad contagiosa aguda producida por la bacteria *Corynebacterium diphtheriae* que se caracteriza por la producción de una toxina sistémica y una falsa membrana que recubre las mucosas faríngeas.
- Epidémico: Que afecta a un número significativamente grande de personas al mismo tiempo. Enfermedad transmisible que suele producirse periódicamente. Se aplica a la enfermedad que se transmite rápidamente en un segmento demográfico humano que puede oscilar entre un área geográfica delimitada.
- Fiebre amarilla: Es una zoonosis que ocurre en las regiones tropicales de América del Sur y África, y que ha sido históricamente responsable de extensos brotes de fiebre hemorrágica, con elevada letalidad.
- Hepatitis: Trastorno inflamatorio del hígado caracterizado por ictericia, hepatomegalia, anorexia, molestias gástricas y abdominales, trastornos de la función hepática y producción de heces de color claro y orina oscura.
- Hib: *Haemophilus influenzae* tipo b. Bacteria parasitaria pequeña, gramnegativa, inmóvil, que adopta dos formas, una encapsulada y otra no encapsulada.
- Inmunidad: Calidad de no ser susceptible o no verse afectado por una enfermedad o proceso.



- Inmunización: Proceso por el que se induce o aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa.
- LOT: Ley Orgánica del Trabajo.
- LOPNNA: Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes.
- Morbilidad: Frecuencia con la que se produce una enfermedad o anomalía; se calcula dividiendo el número total de personas de un grupo por el número de las afectadas por la enfermedad o anomalía. Frecuencia con la que se produce una enfermedad en una determinada población o área.
- Mortalidad: Número de muertes por unidad de población en cualquier región, grupo de edad o enfermedad específica; generalmente se expresa como muertes por 1000, por 10.000 o por 100.000 habitantes.
- MPPSP: Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social.
- Multípara: Mujer que ha dado a luz más de un hijo viable.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

- PAI: Programa Ampliado de Inmunización.
- Parotiditis: Inflamación aguda o crónica de la glándula parótida.
- Poliomiелitis: Enfermedad infecciosa producida por uno de los tres poliovirus. Esta enfermedad adopta una forma asintomática, otra leve y una tercera paralítica.
- Rotavirus: Responsable de la gastroenteritis aguda con diarrea. Molécula de ARN de doble cadena con aspecto de una rueda diminuta, con una capa externa o llanta, y una capa interna de radios.
- Rubéola: Enfermedad contagiosa, de origen vírico, caracterizada por fiebre, síntomas de enfermedad del tracto respiratorio superior, engrosamiento de los ganglios linfáticos, artralgias y erupción difusa, fina y roja de tipo maculopapular.
- Sarampión: Enfermedad vírica aguda muy contagiosa que afecta a las vías respiratorias y se caracteriza por la aparición de una erupción cutánea maculopapular muy extensa.
- SPNS: Sistema Público Nacional de Salud.
- Susceptibilidad: Estado o condición que hace más vulnerable de lo normal a una enfermedad o trastorno.
- Tétanos: Infección aguda, potencialmente fatal, del sistema nervioso central producida por una exotoxina, la tetanospamina, elaborada por un bacilo anaerobio, *Clostridium tetani*.

- Tos ferina: Enfermedad respiratoria aguda muy contagiosa que se caracteriza por accesos de tos paroxístmicos que terminan en una inspiración sibilante muy sonora.
- Vacuna: Suspensión de microorganismos atenuados o muertos que se administran por vía intradérmica, intramuscular, oral o subcutánea para inducir inmunidad activa frente a una enfermedad infecciosa.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

A continuación, se presenta la metodología utilizada para ejecutar la investigación; la identificación del tipo y diseño de investigación, la población y su respectiva muestra. Posteriormente, la técnica e instrumento para la recolección de la información para luego ser aplicada la validación a través de expertos y su consecutiva confiabilidad. Además, se menciona el procedimiento a realizar para la recolección de la información, la tabulación del mismo y su análisis como resultado para llegar al objetivo planteado.

#### **Tipo de Investigación**

El tipo de investigación es descriptiva. De acuerdo a esto, Hernández, R (2003), en la investigación descriptiva menciona que se caracteriza por buscar especificar las propiedades y las características más importantes que poseen las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a una investigación.

La investigación busca identificar los factores socioeconómicos de padres y/o representantes que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años, para luego describir la situación actual. El objetivo de ello es recolectar información sobre los factores intervinientes y de esta manera ser analizados de acuerdo a como se manifiestan.

De acuerdo con la amplitud de foco según Hurtado, J (2007) es univariable debido a que se estudia una sola característica, por cuanto se considera que el estudio posee una sola variable; en este sentido la variable es factores socioeconómicos.

### **Diseño de Investigación**

El diseño de investigación va referido a la estrategia utilizada para la recolección de los datos en la población de estudio. El diseño de investigación de campo según Arias, F (2006) consiste en la recolección de los datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes. (p 31).

El diseño no experimental según Hernández, R (2003) se refiere a la investigación que se realiza sin manipular la variable, es decir solo se mantienen los fenómenos de acuerdo a su ambiente natural y posteriormente ser analizados. Además menciona que las investigaciones transeccionales o transversales son aquellas que: “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado “o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos”. (p 270).

Por esta razón, el diseño de investigación es de campo no experimental y transversal, ya que la información se va a recolectar directamente de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asistan con pérdidas de vacunas al ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda” en la unidad de inmunización, sin manipular o controlar las variables en la realidad y el tiempo.

## **Población y Muestra**

Según Hurtado, J. (2007), la población es el conjunto de seres que poseen las características o evento de estudio, y que se encuentran dentro de los criterios de inclusión determinado por el investigador. Estas van a presentar características comunes para llevar a cabo la recolección de datos efectiva.

La población de la investigación fueron los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años. Se considera como una población accesible; sustentado en lo que plantea Arias, F (2006)“...es la porción finita de la población objetivo a la que realmente se tiene acceso... el tamaño de la población accesible depende del tiempo y de los recursos del investigador” (p 82). De acuerdo a lo antes mencionado, se considera como población accesible aquellos padres y/o representantes que asisten al ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”.

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional, debido a que no se conoce la probabilidad de que cada elemento forme parte de la población. Es de tipo intencional, ya que se emplearon criterios de inclusión en la investigación, entendiendo que la lógica utilizada para el muestreo, no es la lógica de la representatividad (porque ninguna unidad puede representar a las demás) sino la lógica de la significatividad, ya que resulta más conveniente identificar a las unidades de estudio que pueden proporcionar la información pertinente para la investigación. (Hurtado, 2007). Estos criterios fueron: padres y/o representantes con niños menores de cinco años que acudieron con pérdidas de intervalos y dosis únicas en el esquema de vacunación. Para esto, se tomó la población asistente contenida dentro del registro de vacunas durante el mes de abril del año 2010, asistiendo de esta manera 237 padres y/o representantes de niños menores de cinco años. Se seleccionó 70 sujetos que acudieron a la unidad de inmunización, representando un 30% de la población durante un mes y cinco días, obteniendo así una muestra significativa.

## **Técnica e Instrumento**

Ambos van a representar el cómo se recolectó la muestra de acuerdo a la técnica y el con qué referido al instrumento para la aplicación. La técnica para la recolección de datos, se refiere a el procedimiento llevado a cabo para la recolecta y el logro de los objetivos planteados. En la investigación la técnica a utilizar es la encuesta, la misma, según Arias, F. (2006) es la que pretende recabar la información suministrada por un grupo o muestra de sujetos acerca de características de sí mismo, o en relación a un tema en particular.

El instrumento a utilizar es el cuestionario, según Hurtado, J. (2007) menciona que consiste en un conjunto de preguntas que están muy relacionadas con los objetivos de la investigación. El cuestionario utilizado en la investigación fue mixto, el mismo contiene 18 preguntas dicotómicas o cerradas y preguntas de selección. El cuestionario es la manera más adecuada para recolectar la información directamente de la realidad que en este caso viene dado por los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años; el mismo estuvo constituido de una portada donde señalaba el nombre de la universidad, título de la investigación, las instrucciones para su mayor entendimiento, resaltando el carácter educativo, confidencial e investigativo; y la fecha correspondiente para el momento. Posteriormente, contaba con un preámbulo de datos demográficos, como la edad, el sexo, el parentesco con los niños menores de cinco años, edad del niño y la cantidad de niños menores de cinco años que poseía cada sujeto. Luego se encontraban las 18 preguntas referentes a los factores socioeconómicos distribuidas en 13 de selección y 5 dicotómicas o cerradas.

## **Validez y Confiabilidad del Instrumento**

Referente a la validez del instrumento, según Palella, S. (2006) establece que la validez representa la relación entre el instrumento y aquello que se busca medir en la investigación. En este caso para determinar la validez del instrumento, se sometió a juicio de cuatro expertos en Investigación Aplicada en Enfermería, Bioestadística y Epidemiología, Metodología de la Investigación y Pediatría; los cuales emitieron su juicio a través de la revisión de la estructura y contenido del instrumento. Esto contemplo el contenido, redacción, claridad, entre otras. A través de esto se realizó la reestructuración del instrumento para proceder a la aplicación de la confiabilidad.

La confiabilidad según Hernández, R (2003), es un instrumento que se utiliza para medir el grado en el que el instrumento produce resultados consistentes y coherentes en la investigación con el propósito de determinar la confiabilidad. Para esto se aplicó una prueba piloto en el ambulatorio urbano tipo II “Dr. Urbano Marín”, ubicado en Parque Central, parroquia San Agustín. El instrumento fue aplicado a cinco (5) padres y/o representantes que asistieron con niños menores de cinco años con pérdidas de vacunas a la unidad de inmunización.

La confiabilidad fue de consistencia interna (homogeneidad), el cual permite determinar el grado en que los ítems de una prueba se relacionan; además homogéneo porque mide una sola variable. Dentro de la consistencia interna se aplicó el Alpha de Cronbach. Palella, S (2006) menciona que el “Cronbach mide la confiabilidad a partir de la consistencia interna de los ítems, entendiéndolo por tal el grado en que los ítems de una escala se correlacionan entre sí” (p 181). El resultado arrojado fue de un 0,64 entrando en la confiabilidad de rango alto, lo que determinó confiable el instrumento para la aplicación a la población de estudio. La interpretación para los rangos y magnitud de confiabilidad en el Alfa de Cronbach son los siguientes:



| <b>Rangos</b>      | <b>Magnitud</b> |
|--------------------|-----------------|
| 0, 81 a 1,00 ----- | Muy Alta        |
| 0, 61 a 0,80 ----- | Alta            |
| 0, 41 a 0,60 ----- | Moderada        |
| 0, 21 a 0,40 ----- | Baja            |
| 0, 01 a 0,20 ----- | Muy Baja        |

### **Procedimiento para la recolección de la información**

En primera instancia se realizó las cartas de solicitud de permiso para la aplicación del instrumento, la primera dirigida a la directora médica del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, y la segunda carta para la coordinación de Enfermería del ambulatorio. En la misma se especifica el nombre de la universidad y de los investigadores, título de la investigación, técnica e instrumento, su fin confidencial, educativo y el carácter investigativo.

Posteriormente, a través del consentimiento informado se les dio a conocer las bases de la investigación a los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asistieron a la unidad de inmunización con pérdidas de vacunas, una vez aceptado éste, se hizo entrega del instrumento tipo cuestionario; el cual fue respondido por el sujeto. El proceso se llevó a cabo de lunes a viernes en horario de 8 de la mañana a 12 del medio día, recolectándose los 70 instrumentos durante 1 mes y 5 días.

### **Plan de Tabulación y Análisis de los Datos**

Para el plan de tabulación se utilizó el programa Excel de Microsoft en la cual se recolectaron los datos obtenidos de cada cuestionario y se clasificaron para su

mayor entendimiento. Los datos de cada ítem fueron tabulados de forma manual y luego computarizados mediante cuadros de distribución absoluta y porcentual, además de su análisis y graficación. Galán, M (2008) menciona que la tabulación consiste en determinar grupos, subgrupos, clases o categorías en los que puedan ser clasificadas las respuestas del cuestionario aplicado en la investigación, resumiendo de esta manera los datos en tablas estadísticas.

Para el proceso del análisis de los datos según Galán, M (2008) refiere que el análisis es la descomposición de los elementos que conforman la totalidad de datos, para clasificar y reclasificar el material recogido desde diferentes puntos de vista hacia optar por el más preciso y representativo. La tabulación y análisis de los datos facilita la comprensión de los resultados obtenidos.

Según Berenson, M y Levin, D (1992); las representaciones gráficas constituyen un elemento básico en el análisis y representación de trabajos estadísticos; su importancia reside en la capacidad de resumir los datos recolectados, en forma apropiada a fin de que estos sean más manejables y significativos. Es decir, facilita la interpretación para mayor entendimiento.

**CAPÍTULO IV**  
**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Cuadro 1.

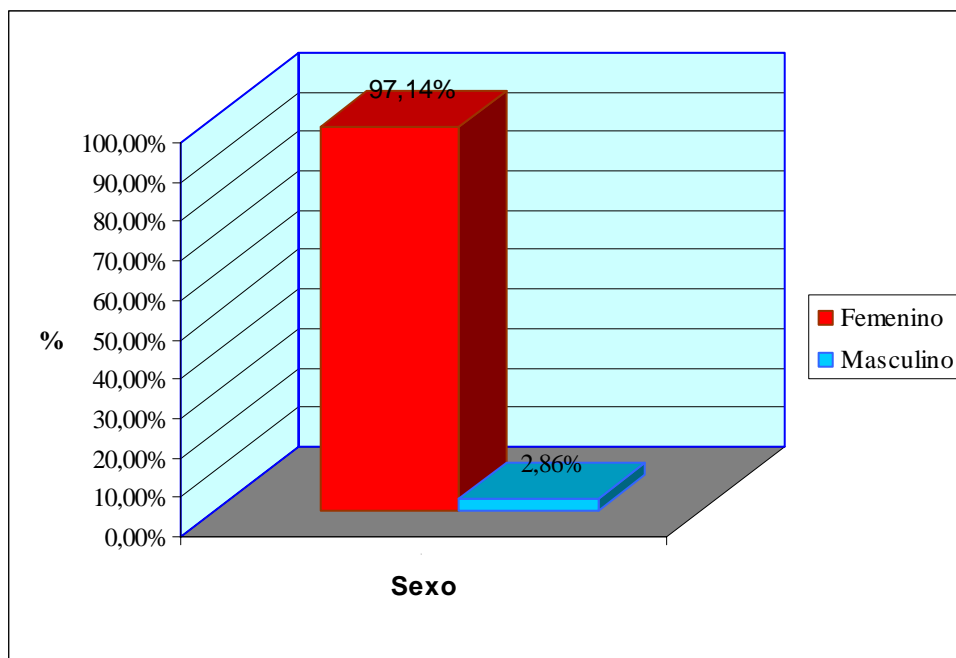
Distribución absoluta y porcentual relacionada con los datos demográficos: sexo de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asistieron a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.

| <b>Sexo</b> | <b>Valor Absoluto</b> | <b>Valor Porcentual (%)</b> |
|-------------|-----------------------|-----------------------------|
| Masculino   | 02                    | 2,86%                       |
| Femenino    | 68                    | 97,14%                      |
| Total:      | 70                    | 100%                        |

Fuente: Cuestionario aplicado (2010).

Gráfico 1.

Distribución porcentual relacionada con los datos demográficos: sexo de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asistieron a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.



Fuente: Cuadro N° 1

De acuerdo con el gráfico 1 se puede observar, que de los 70 sujetos encuestados 02 son masculinos, lo que representa un 2,86% mientras que 68 son femeninos lo que supone un 97,14% de la población total. Es decir; la mayoría de las personas encuestadas que acudieron al ambulatorio con los niños menores de cinco años son mujeres; lo que demuestra una marcada presencia de la figura femenina en los casos de salud y enfermedad en los niños de la comunidad de San Agustín del Sur.

Cuadro 2.

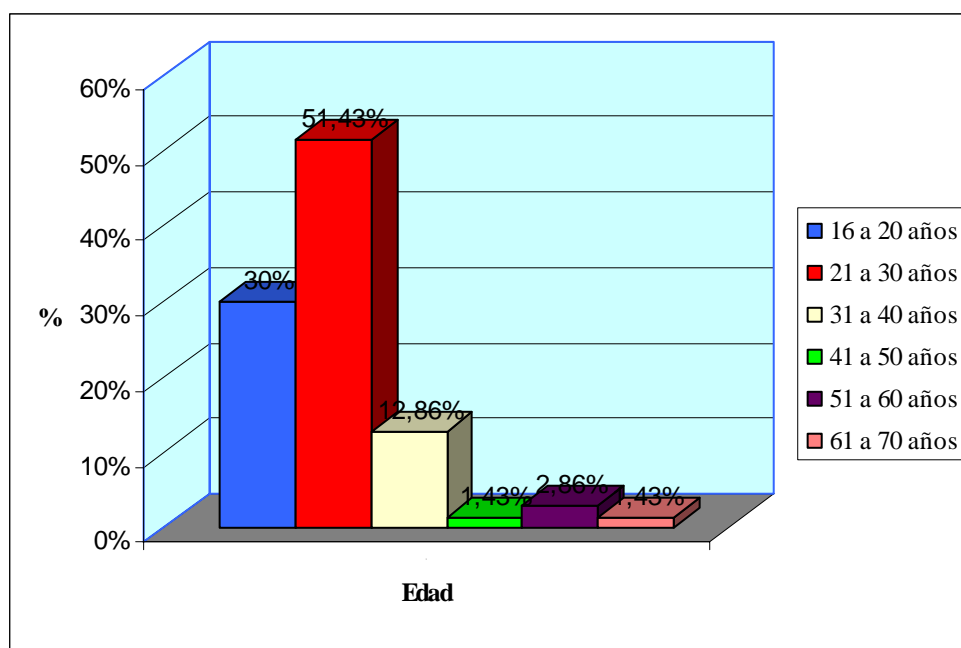
Distribución absoluta y porcentual relacionada con los datos demográficos: edad de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asistieron a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.

| <b>Edad</b>   | <b>Valor Absoluto</b> | <b>Valor Porcentual (%)</b> |
|---------------|-----------------------|-----------------------------|
| 16 a 20 años  | 21                    | 30%                         |
| 21 a 30 años  | 36                    | 51,43%                      |
| 31 a 40 años  | 09                    | 12,86%                      |
| 41 a 50 años  | 01                    | 1,43%                       |
| 51 a 60 años  | 02                    | 2,86%                       |
| 61 a 70 años  | 01                    | 1,43%                       |
| <b>Total:</b> | <b>70</b>             | <b>100%</b>                 |

Fuente: Cuestionario aplicado (2010).

Gráfico 2.

Distribución porcentual relacionada con los datos demográficos: edad de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años que asistieron a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.



Fuente: Cuadro N° 2

Con respecto a la edad de los padres y/o representantes, se evidencia que del 100% de los encuestados, el grupo etáreo comprendido entre 16 y 20 años representa un 30% mientras que el grupo etáreo comprendido entre 21 y 30 años representa un 51,43% lo que supone más de la mitad de la población en estudio. De igual manera se pudo constatar que los sujetos con edades comprendidas entre 31 y 40 años representan un 12,86%. Por último, es necesario destacar que los sujetos con edades comprendidas entre 41 y 70 años representan un 5,72% lo que muestra ser un porcentaje menos significativo que los anteriormente señalados.

Cuadro 3.

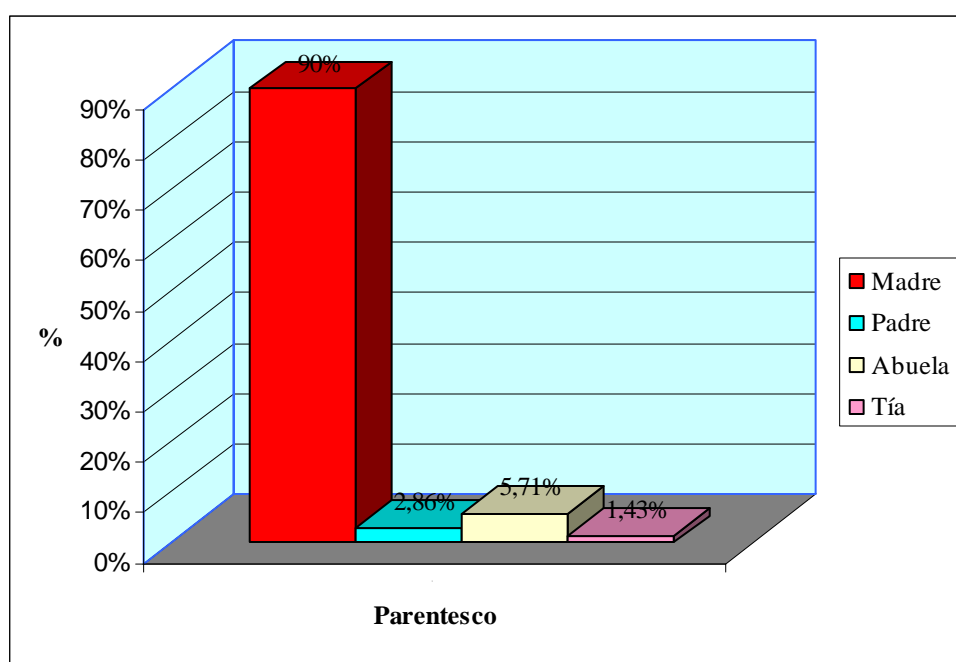
Distribución absoluta y porcentual relacionada con los datos demográficos: parentesco de los padres y/o representantes con los niños menores de cinco años que asistieron a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.

| <b>Parentesco</b> | <b>Valor Absoluto</b> | <b>Valor Porcentual (%)</b> |
|-------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Madre             | 63                    | 90%                         |
| Padre             | 02                    | 2,86%                       |
| Abuela            | 04                    | 5,71%                       |
| Tía               | 01                    | 1,43%                       |
| Total:            | 70                    | 100%                        |

Fuente: Cuestionario aplicado (2010).

Gráfico 3.

Distribución porcentual relacionada con los datos demográficos: parentesco de los padres y/o representantes con los niños menores de cinco años que asistieron a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.



Fuente: Cuadro N° 3

En función de los datos anteriormente expuestos, se pudo constatar que el parentesco de los padres y/o representantes con los niños menores de cinco años está caracterizado por la presencia de 63 madres, lo que representa un 90% de la población en estudio, en comparación con la presencia de 2 padres, 4 abuelas y 1 tía, lo que representa un 2,86%, 5,71% y 1,43% respectivamente. Lo que demuestra la significativa presencia de la figura materna en la asistencia a los centros de salud.



Cuadro 4.

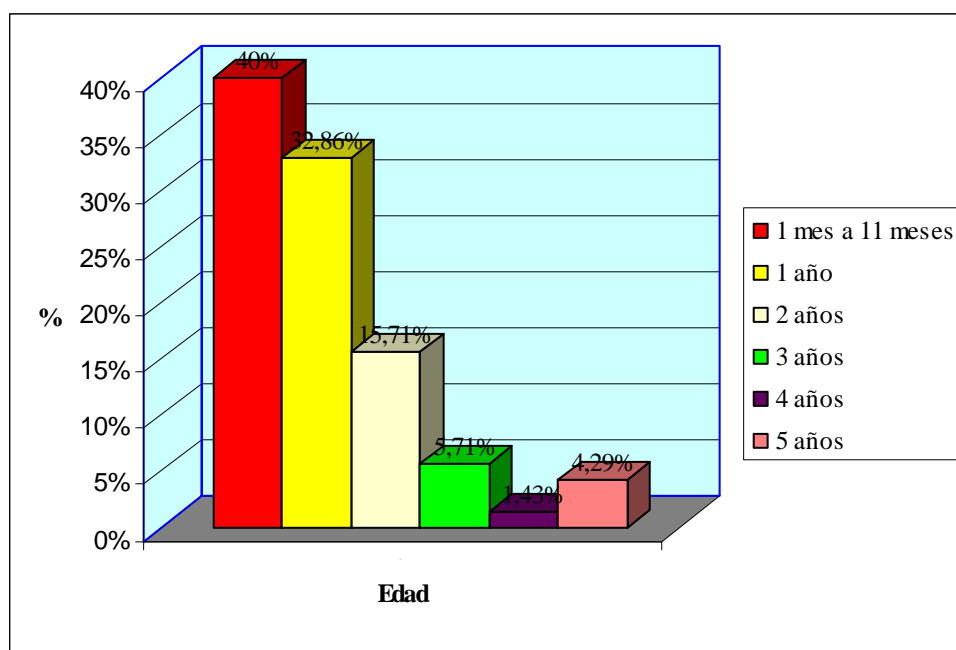
Distribución absoluta y porcentual relacionada con los datos demográficos: edad de los niños menores de cinco años que asistieron con los padres y/o representantes con pérdidas de vacunas a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.

| <b>Edad de los niños</b> | <b>Valor Absoluto</b> | <b>Valor Porcentual (%)</b> |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 1 mes a 11 meses         | 28                    | 40%                         |
| 1 año                    | 23                    | 32,86%                      |
| 2 años                   | 11                    | 15,71%                      |
| 3 años                   | 04                    | 5,71%                       |
| 4 años                   | 01                    | 1,43%                       |
| 5 años                   | 03                    | 4,29%                       |
| <b>Total:</b>            | <b>70</b>             | <b>100%</b>                 |

Fuente: Cuestionario aplicado (2010).

Gráfico 4.

Distribución porcentual relacionada con los datos demográficos: edad de los niños menores de cinco años que asistieron con los padres y/o representantes con pérdidas de vacunas a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.



Fuente: Cuadro N° 4

De acuerdo con las edades de los niños menores de cinco años que presentaron pérdidas de vacunas; en el grupo de 1 mes a 11 meses se observan 28 niños, representando un 40% del total. En este sentido, las pérdidas de intervalos de 4 semanas de vacunas observadas en este grupo etáreo correspondían a las vacunas de Antipolio oral, Pentavalente y Antirrotavirus, siendo estos el porcentaje mayor de la población total. Así mismo, en los niños de 1 año se encontraban 23 sujetos, lo que representa un 32,86% del total, evidenciándose un porcentaje significativo en las pérdidas de vacunas correspondientes al año de edad (Antiamarílica y Trivalente

viral). Por otra parte, se observan 11 niños de 2 años (15,71%), 4 niños de 3 años (5,71%), 1 niño de 4 años (1,43%), y 3 niños de 5 años (4,29%); por consiguiente, las pérdidas de vacunas que presentaron estos grupos etáreos fueron: Antiamarílica, Trivalente viral, refuerzos al año de las terceras dosis de Pentavalente y Antipolio oral, los refuerzos a los cinco años de edad con DPT (Difteria, Tos ferina y Tétanos), Antipolio oral y Trivalente viral.

Cuadro 5.

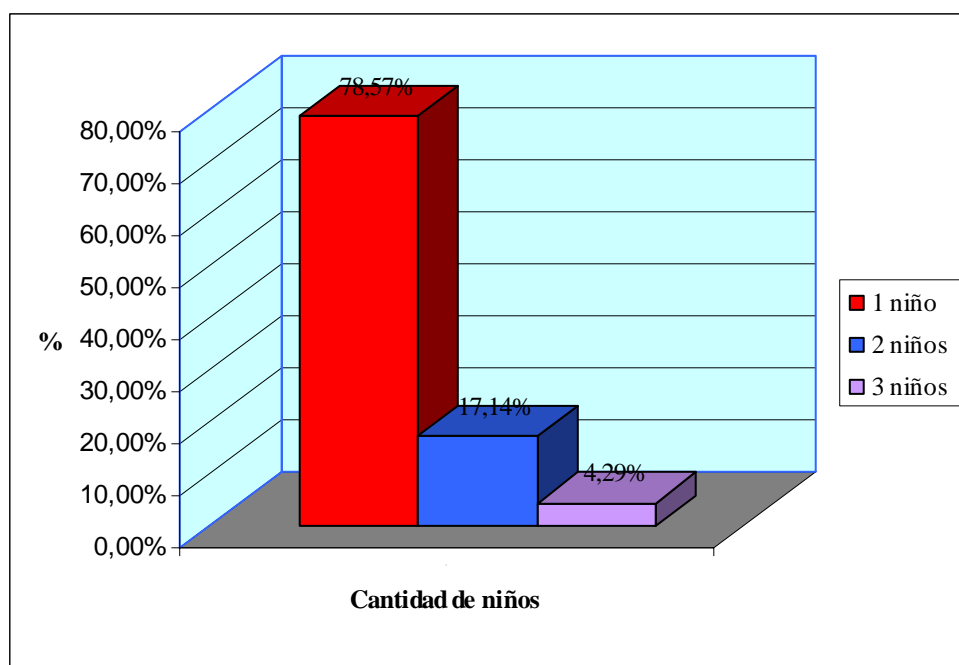
Distribución absoluta y porcentual relacionada con los datos demográficos: cantidad de niños menores de cinco años que tienen los padres y/o representantes que asistieron a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.

| <b>Cantidad de niños menores de cinco años</b> | <b>Valor Absoluto</b> | <b>Valor Porcentual (%)</b> |
|--|-----------------------|-----------------------------|
| 1  | 55                    | 78,57%                      |
| 2  | 12                    | 17,14%                      |
| 3  | 03                    | 4,29%                       |
| <b>Total:</b>                                  | <b>70</b>             | <b>100%</b>                 |

Fuente: Cuestionario aplicado (2010).

Gráfico 5.

Distribución porcentual relacionada con los datos demográficos: cantidad de niños menores de cinco años que tienen los padres y/o representantes que asistieron a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.



Fuente: Cuadro N° 5

Tomando en cuenta los datos anteriormente señalados, se evidencia que 55 sujetos de 70 tienen un niño menor de cinco años, representando un 78,57% del total de la población, siendo este el porcentaje más alto. Por otra parte, con dos niños menores de cinco años se observan 12 sujetos, lo que supone un 17,14%, mientras que, con tres niños menores de cinco años se encuentran 3 sujetos (4,29%), lo que expresa que la pérdida de vacunas no necesariamente está ligada al número de niños menores de cinco años que componga la familia ni al tiempo que los padres y/o representantes deban dedicarle al proceso de vacunación de cada uno de ellos.

Cuadro 6.

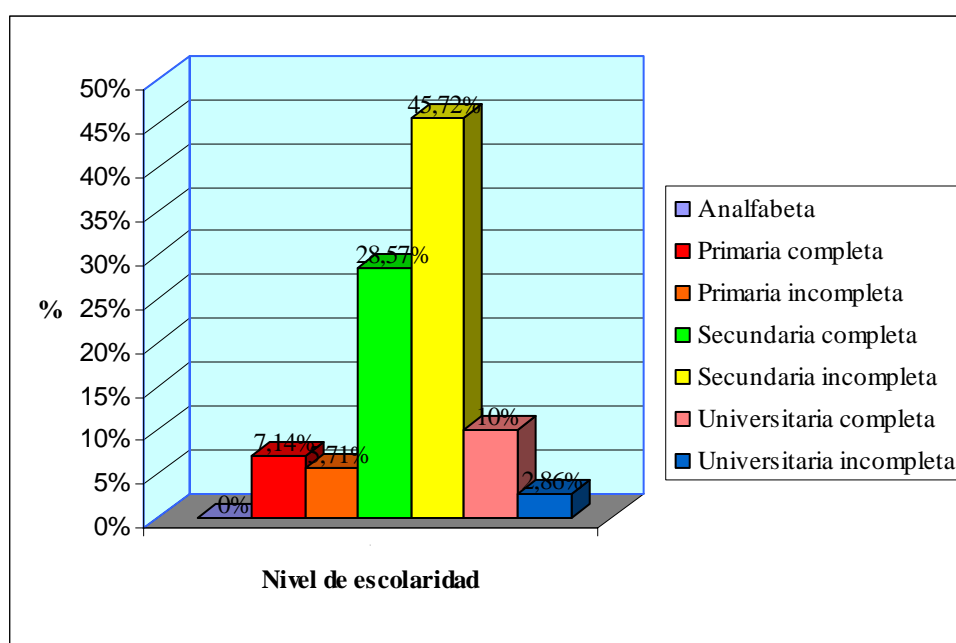
Distribución absoluta y porcentual relacionada con la escolaridad, en cuanto al nivel de los padres y/o representantes en que asistieron con los niños menores de cinco años con pérdidas de vacunas a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.

| <b>Nivel de escolaridad</b> | <b>Valor Absoluto</b> | <b>Valor Porcentual (%)</b> |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Analfabeta                  | 0                     | 0%                          |
| Primaria completa           | 05                    | 7,14%                       |
| Primaria incompleta         | 04                    | 5,71%                       |
| Secundaria completa         | 20                    | 28,57%                      |
| Secundaria incompleta       | 32                    | 45,72%                      |
| Universitaria completa      | 07                    | 10%                         |
| Universitaria incompleta    | 02                    | 2,86%                       |
| <b>Total:</b>               | <b>70</b>             | <b>100%</b>                 |

Fuente: Cuestionario aplicado (2010).

Gráfico 6.

Distribución porcentual relacionada con la escolaridad, en cuanto al nivel de los padres y/o representantes que asistieron con los niños menores de cinco años con pérdidas de vacunas a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.



Fuente: Cuadro N° 6

De acuerdo con los datos anteriores, en el nivel de escolaridad de los padres y/o representantes se pudo observar que 32 sujetos no alcanzaron aprobar la secundaria, representando un 45,72% siendo el porcentaje mayor. Por otra parte, 20 sujetos manifestaron haber aprobado la secundaria, lo que supone un 28,57%. En relación con los de menor relevancia, primaria completa 05 sujetos (7,14%), primaria incompleta 04 sujetos (5,71%), universitaria completa 07 sujetos (10%), universitaria incompleta 02 sujetos (2,86%), se encontraron en menor porcentaje. Finalmente, se pudo constatar que los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años

que presentaron pérdidas de vacunas, no aprobaron la secundaria, por lo que a menor nivel de escolaridad mayor pérdidas de vacunas. Esto puede deberse a la importancia que los padres y/o representantes le den al esquema de vacunación en cuanto a la prevención de enfermedades en los niños.

Cuadro 7.

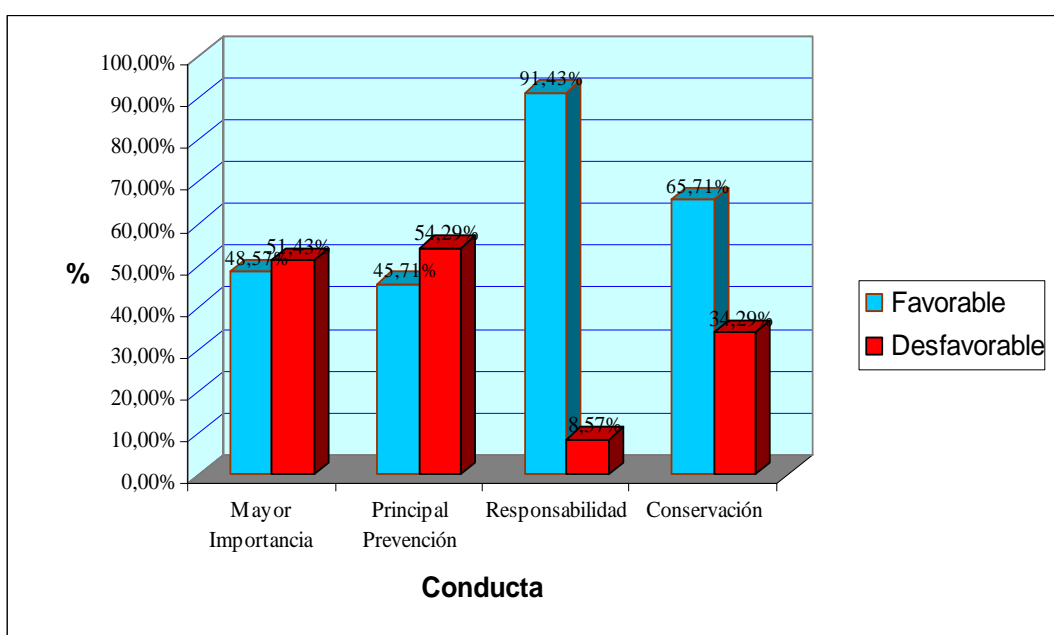
Distribución absoluta y porcentual relacionada con la conducta de los padres y/o representantes, en cuanto a la importancia de cumplir el esquema, la responsabilidad con el niño y la conservación de la tarjeta de vacunación, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.

| CONDUCTA                | Favorable |        | Desfavorable |        | Total    |      |
|-------------------------|-----------|--------|--------------|--------|----------|------|
|                         | Absoluto  | %      | Absoluto     | %      | Absoluto | %    |
| Mayor Importancia       | 34        | 48,57% | 36           | 51,43% | 70       | 100% |
| Principal<br>Prevención | 32        | 45,71% | 38           | 54,29% | 70       | 100% |
| Responsabilidad         | 64        | 91,43% | 6            | 8,57%  | 70       | 100% |
| Conservación            | 46        | 65,71% | 24           | 34,29% | 70       | 100% |

Fuente: Cuestionario aplicado (2010).

Gráfico 7.

Distribución porcentual relacionada con la conducta de los padres y/o representantes, en cuanto a la importancia de cumplir el esquema, la responsabilidad con el niño y la conservación de la tarjeta de vacunación, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.



Fuente: Cuadro N° 7

De acuerdo con los datos observados, se puede señalar que los padres y/o representantes consideran de mayor importancia y favorable una vez que los niños nacen, cumplir con el esquema de vacunación, así lo manifiestan 34 sujetos de los 70 de estudio, lo que representa un 48,57% en contra posición a los 36 sujetos que consideran que es más importante llevarlo inmediatamente al pediatra, lo que supone un 51,43% del total. Por otra parte, 6 sujetos (8,57%) consideraron que limpiar constantemente el ombligo del niño es de mayor importancia, mientras que 1 sujeto



(1,43%) manifestó que mantenerlo abrigado es de mayor relevancia. De esta manera, es necesario señalar que si se comparan los 34 sujetos (48,57%) que consideraron que vacunar y cumplir con el esquema de vacunación del niño era de mayor importancia, con el resto de los sujetos que consideraron opciones desfavorables (36), se puede evidenciar que estos representan un 51,43%, es decir, más de la mitad de la población en estudio. Esto demuestra lo fundamental que es concienciar a los padres y/o representantes acerca de la prevención de enfermedades que les brinda el cumplimiento del esquema de vacunación a través de los ambulatorios y centros de salud públicos.

En efecto, de acuerdo con la opinión emitida por los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años, la principal prevención de las enfermedades infecto-contagiosas obedece a la vacunación, representada por un 45,71% lo que es igual a 32 sujetos del total de la población, lo cual resulta favorable en el análisis. Así mismo, 14 sujetos (20%) manifiestan que se previenen principalmente por la higiene que se le dé a los niños, en contra posición a los 10 sujetos (14,29%) que señalaron que es la fiebre. De igual manera, 07 sujetos por citas médicas y medicamentos, representando cada uno 10% respectivamente. Por consiguiente, al agrupar los resultados de los sujetos que consideraron que la vacunación no es favorable, se determina que el 54,29% correspondiente a 38 sujetos del total de la población es el porcentaje mayor en relación con el 45,71% representado en 32 sujetos. Lo que demuestra que menos de la mitad de los encuestados considera favorable el esquema de vacunación y su cumplimiento como principal prevención de las enfermedades infecto-contagiosas.

Ahora bien, tomando en cuenta los datos anteriores, efectivamente, se puede deducir que 64 de los sujetos en estudio señalaron que la responsabilidad de llevar al niño menor de cinco años a vacunar corresponde a la madre, considerando esta la opción más favorable, lo que representa un 91,43% del total de la población, esto demuestra la presencia de la figura materna en los procesos de salud y enfermedad de los niños menores de cinco años. Con respecto a los que manifestaron que debe ser otro miembro del grupo familiar (padre, abuelos, todos) se observó un 2,86% lo que

supone dos sujetos por cada uno, siendo estas las opciones menos favorables. De acuerdo a lo anterior, la responsabilidad de llevar al niño menor de cinco años a vacunar según los padres y/o representantes en estudio, les corresponde en gran medida a las madres, observándose un porcentaje más alto en relación con los demás.

Finalmente, se pudo constatar que 46 sujetos de los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años, manifestaron que han conservado la tarjeta de vacunación, lo que señala la opción favorable en un 65,71% del total, encontrándose en un porcentaje más alto con respecto a las opciones desfavorables que fueron: 7 sujetos (10%) que señalaron que la han extraviado, 14 sujetos (20%) que la deterioraron, 1 sujeto (1,43%) que la olvidó al momento de ir al ambulatorio y 2 sujetos (2,86%) que nunca se la han dado. Por esto, es evidente que la pérdida de vacunas con respecto a la conservación de la tarjeta de vacunación, está directamente relacionada, a pesar de que el mayor porcentaje la han conservado; es decir, se observaron pérdidas debido al deterioro, por no verificar con exactitud las fechas correspondientes, y además del extravío, lo que no permitía verificar las siguientes dosis.

Cuadro 8.

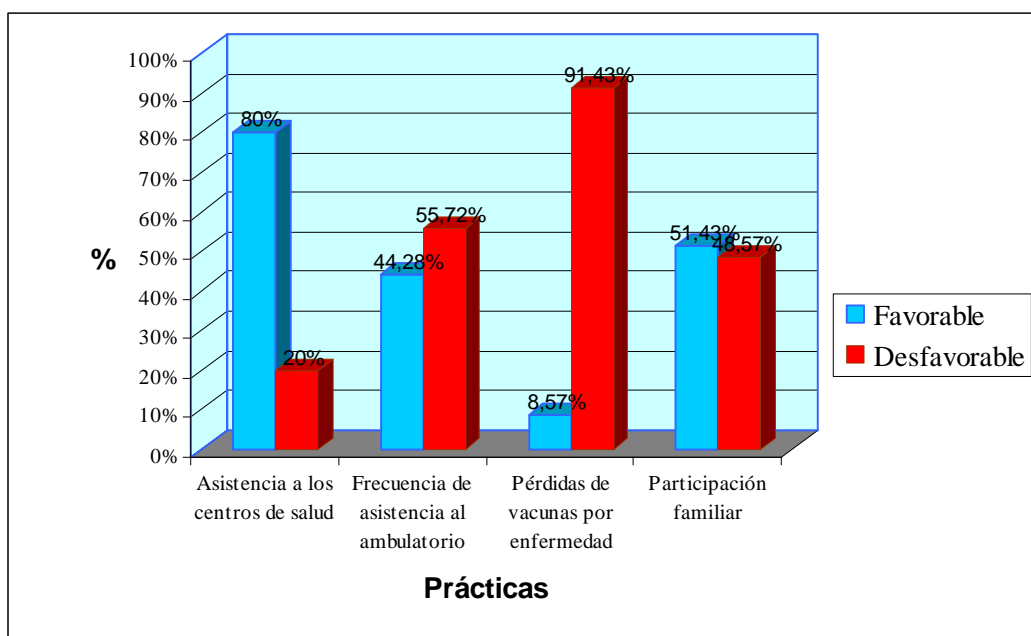
Distribución absoluta y porcentual relacionada con las prácticas de los padres y/o representantes, en cuanto a la asistencia a los centros de salud, frecuencia de asistencia al ambulatorio, pérdidas de vacunas por enfermedad y la participación familiar, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.

| PRÁCTICAS                               | Favorable |        | Desfavorable |        | Total    |      |
|---|-----------|--------|--------------|--------|----------|------|
|   | Absoluto  | %      | Absoluto     | %      | Absoluto | %    |
| Asistencia a los centros de salud       | 56        | 80%    | 14           | 20%    | 70       | 100% |
| Frecuencia de asistencia al ambulatorio | 31        | 44,28% | 39           | 55,72% | 70       | 100% |
| Pérdidas de vacunas por enfermedad      | 6         | 8,57%  | 64           | 91,43% | 70       | 100% |
| Participación familiar                  | 36        | 51,43% | 34           | 48,57% | 70       | 100% |

Fuente: Cuestionario aplicado (2010).

Gráfico 8.

Distribución porcentual relacionada con las prácticas de los padres y/o representantes, en cuanto a la asistencia a los centros de salud, frecuencia de asistencia al ambulatorio, pérdidas de vacunas por enfermedad y la participación familiar, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.



Fuente: Cuadro N° 8

Partiendo de los datos anteriores, se observa que 56 sujetos de los 70 en estudio manifestaron que el ambulatorio es el centro de salud más constante y favorable para llevar al niño a vacunar, encontrándose en un 80% del total. En menor medida y menos favorables, se encuentran 6 sujetos que expresaron que las clínicas privadas y los módulos de Barrio Adentro eran los más constantes, lo que significa un 8,57% para cada uno. Además de 2 sujetos (2,86%) que señalaron otros centros de salud en los que se encontraban la clínica popular y un preescolar, lo que representa

un 20% al agruparlos. De esta manera, los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años prefieren en su mayoría, acudir al ambulatorio debido a la accesibilidad con la comunidad de San Agustín del Sur.

De igual manera, se pudo apreciar con mayor porcentaje, las opciones desfavorables, es decir, aquellas en donde la frecuencia de asistencia eran periodos más largos (cada seis meses, una vez al año y nunca), representando un 55,72% mientras que, entre las opciones más favorables se encuentran siempre (cada dos meses) y casi siempre (cada tres meses), lo que supone un 44,29% del total de sujetos en estudio. Es por ello que, al relacionar la frecuencia de asistencia al ambulatorio con las pérdidas de vacunas en los niños, se pudo constatar que las mismas estaban dadas en un rango de dos a seis meses.

Seguidamente, con respecto a las pérdidas de vacunas debido a la presencia de alguna enfermedad en el niño menor de cinco años, se pudo observar que un 45,71% de la población en estudio manifestó que los niños no habían sido vacunados cuando les correspondía debido a la presencia de gripe. Del mismo modo, se observa en un 31,43% otras causas manifestadas por malestar del niño. En menor porcentaje un 14,29% no acudieron por presentar el niño fiebre menor de 38° C. Ahora bien, al agrupar las opciones expuestas anteriormente, se puede deducir que las opciones desfavorables representan un 91,43% mientras que, las favorables como presencia de diarreas y enfermedades inmunosupresoras representaron un 8,57% del total, siendo estas las únicas a considerar como contraindicación en algunas vacunas. En atención a lo expuesto, es evidente la desinformación que poseen los padres y/o representantes en cuanto a las contraindicaciones de las vacunas en los niños, y la fundamental orientación del equipo de salud al momento de vacunar.

Finalmente, considerando los datos expuestos en la tabla N° 8, se observa que 34 sujetos (48,57%) manifestaron no contar con ningún miembro de la familia para llevar al niño a vacunar en caso de que el padre y/o representante se encuentre fuera del hogar, evidenciándose de esta manera como la opción desfavorable para los sujetos en estudio. Por otra parte, se aprecia en 24 sujetos (34,29%) la colaboración de los abuelos en la vacunación de los niños, en un 11,43% los tíos y un 5,71% otros,

las cuales al ser agrupadas representan un porcentaje más alto y favorable (51,43%) para el resto de los sujetos. Por consiguiente, se determina que la participación familiar en los casos de salud de los niños se encuentra discretamente más alta, por lo que la madre cuenta mayormente con la colaboración de otro miembro para llevar al niño a vacunar cuando no lo puede hacer en el momento que le corresponde, a pesar de tener pérdidas de intervalos de vacunas y dosis únicas los niños.

Cuadro 9.

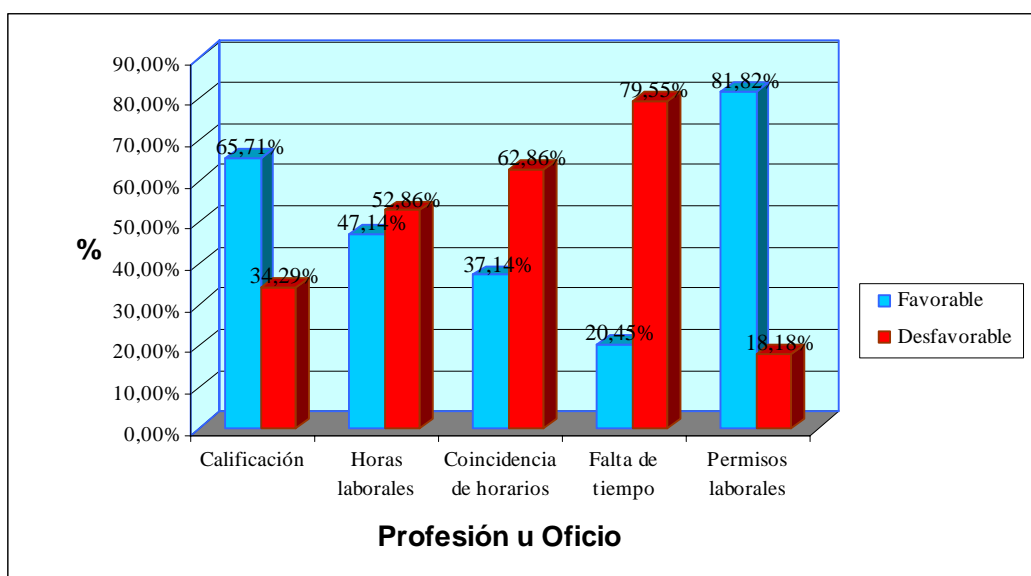
Distribución absoluta y porcentual relacionada con la profesión u oficio de los padres y/o representantes, en cuanto a la calificación, horario laboral y horario del ambulatorio, su coincidencia y los permisos en los trabajos, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.

| <b>PROFESIÓN U<br/>OFICIO</b> | Favorable |        | Desfavorable |        | Total    |      |
|-------------------------------|-----------|--------|--------------|--------|----------|------|
|                               | Absoluto  | %      | Absoluto     | %      | Absoluto | %    |
| Calificación                  | 46        | 65,71% | 24           | 34,29% | 70       | 100% |
| Horas laborales               | 33        | 47,14% | 37           | 52,86% | 70       | 100% |
| Coincidencia de horarios      | 26        | 37,14% | 44           | 62,86% | 70       | 100% |
| Falta de tiempo               | 9         | 20,45% | 35           | 79,55% | 44       | 100% |
| Permisos laborales            | 36        | 81,82% | 8            | 18,18% | 44       | 100% |

Fuente: Cuestionario aplicado (2010).

Gráfico 9.

Distribución porcentual relacionada con la profesión u oficio de los padres y/o representantes, en cuanto a la calificación, horario laboral y horario del ambulatorio, su coincidencia y los permisos en los trabajos, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.



Fuente: Cuadro N° 9

Considerando lo antes señalado, se pudo constatar que en la calificación laboral de los padres y/o representantes, 24 sujetos de 70 no poseen calificación debido a que no laboran, siendo esta la opción desfavorable debido a la ausencia de un ingreso económico propio, representando de esta manera un 34,29% del total. De otro modo, se observan 16 sujetos como obreros no calificados (sector informal), lo que supone un 22,86% además, 12 obreros calificados (17,14%), 10 empleados (14,29%), 3 profesiones técnicas (4,29%) y 5 profesiones universitarias (7,14%) es decir, un 65,71% favorable al agruparlos. En otras palabras, la mayoría de los sujetos

encuestados se desempeñan en la economía informal, evidenciándose una relación con el alto porcentaje del nivel de escolaridad en secundaria incompleta.

Por consiguiente, se observa que 27 sujetos de 70 manifestaron trabajar de 6 a 8 horas, lo que demuestra un 38,57% del total; además, 10 sujetos señalaron trabajar más de 8 horas, representando un 14,29% siendo estas las opciones desfavorables y en mayor porcentaje (52,86%), debido al poco tiempo que existe para brindarle atención en salud a los niños menores de cinco años. Por otra parte y en menor medida, se encontraban 7 sujetos (10%) de 4 a 6 horas, 2 sujetos (2,86%) menos de 4 horas, además de los 24 sujetos que no laboraban, representando todos un 47,14%. Por lo que se considera que a menor cantidad de hora laboral mayor será favorable la vacunación de los niños debido a la disponibilidad.

Finalmente, se pudo apreciar que de los 46 sujetos que tenían empleo, 44 manifestaron que su horario laboral coincide con el horario del ambulatorio, lo que supone un 62,86% ocasionando desfavorablemente la posibilidad de llevar al niño a vacunar cuando le corresponde. Por otra parte, y favorable, 26 sujetos refirieron no coincidir dichos horarios (37,14%). Además, de los 44 sujetos de los cuales su horario laboral coincide con el horario del ambulatorio, 35 sujetos lo que significa un 79,55% afirman que las coincidencias de los horarios hace que no le de tiempo de llevar al niño a vacunar y a su vez mencionaron que en sus trabajos le dan permiso pero no de manera frecuente, tomando en cuenta las situaciones que pueden ocurrir y que esto no le permita hacerlo; entre estas tenemos: carencia de vacunas, la vacunación se realice un día específico, entre otras; ocasionando que les sea negado en otra oportunidad; en contra posición a los 09 sujetos (20,45%) que manifestaron si darle tiempo de asistir al ambulatorio. Por todo esto, se deduce que las pérdidas de vacunas se ven relacionadas con el tiempo que tienen los padres y/o representantes de acudir en el momento que le corresponde vacunar al niño menor de cinco años, debido a que se encuentran trabajando.



Cuadro 10.

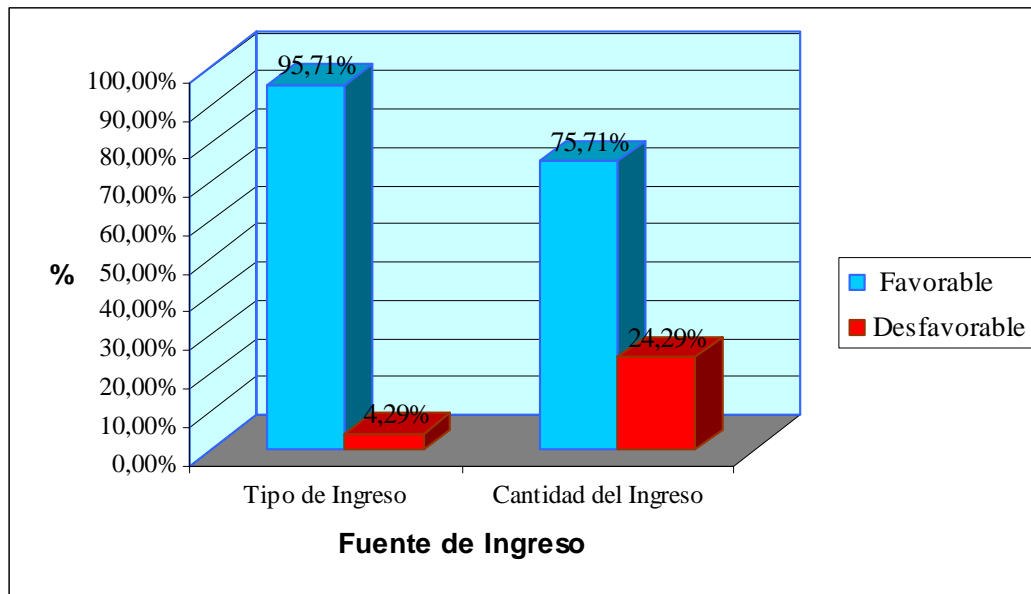
Distribución absoluta y porcentual relacionada con la fuente de ingreso de los padres y/o representantes, en cuanto al tipo de ingreso y cantidad del ingreso, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.

| <b>FUENTE DE INGRESO</b> | <b>Favorable</b> |        | <b>Desfavorable</b> |        | <b>Total</b> |      |
|--------------------------|------------------|--------|---------------------|--------|--------------|------|
|                          | Absoluto         | %      | Absoluto            | %      | Absoluto     | %    |
| Tipo de Ingreso          | 67               | 95,71% | 3                   | 4,29%  | 70           | 100% |
| Cantidad del Ingreso     | 53               | 75,71% | 17                  | 24,29% | 70           | 100% |

Fuente: Cuestionario aplicado (2010).

Gráfico 10.

Distribución porcentual relacionada con la fuente de ingreso de los padres y/o representantes, en cuanto al tipo de ingreso y cantidad del ingreso, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.



Fuente: Cuadro N° 10

De acuerdo con lo antes mencionado, se observa que de los 70 sujetos del total de la población, 31 sujetos (44,29%), manifestaron tener un ingreso económico de forma quincenal siendo este el porcentaje más alto, en relación con 11 sujetos (15,71%) que indicaron percibir un sueldo mensual; siendo estas personas las que laboran en instituciones públicas o privadas, ya sea como obrero o empleado. Por otra parte, en 25 sujetos (35,71%) señalando tener ingresos económicos de forma semanal o diario, algunos provenientes de trabajadores del sector informal u obreros no calificados, siendo estas favorables debido al ingreso seguro en los padres y/o representantes, representando un (95,71%) al agruparlos. Además, el ingreso

económico proveniente de donaciones públicas o privadas y desfavorables, se encontraba en 03 sujetos, lo que significó un 4,29%.

Finalmente, y en relación con la cantidad de bolívares que perciben mensualmente los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años, se evidenció que 37 sujetos (52,86%), reciben la cantidad de sueldo mínimo, siendo el valor más alto dentro de la distribución, además, los que perciben más del sueldo mínimo fueron 16 padres y/o representantes (22,85%), representado en menor cantidad de sujetos encuestados pero aún así las opciones favorables al agruparlas (75,71%). Por otra parte, se observa que perciben menos del sueldo mínimo 17 padres y/o representantes, lo que significa un 24,29% del total, significando de manera desfavorable para los gastos que se puedan generar durante el proceso de vacunación.

Cuadro11.

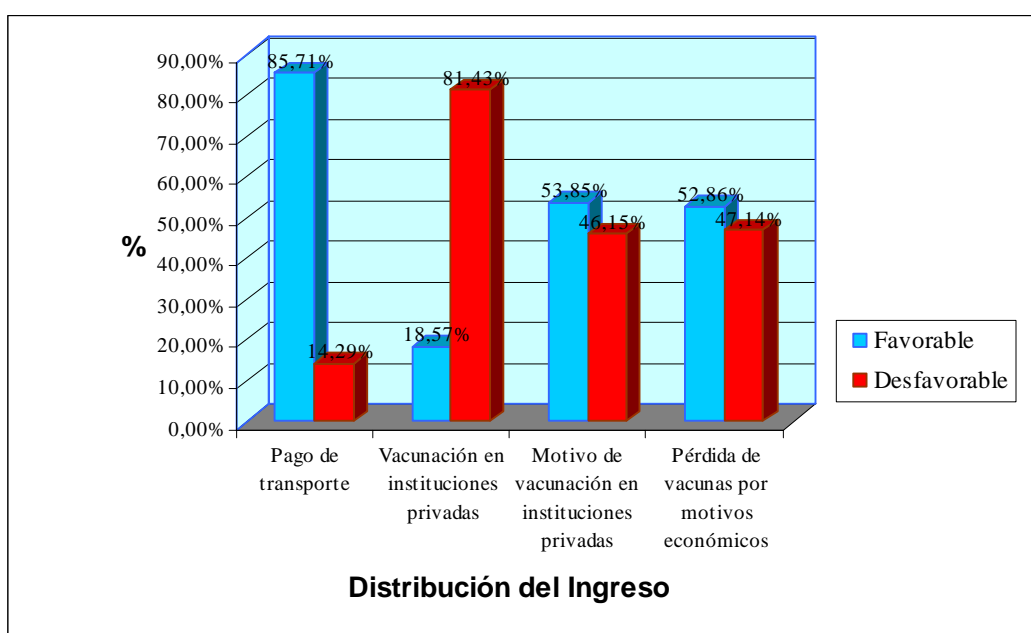
Distribución absoluta y porcentual relacionada con la distribución del ingreso de los padres y/o representantes, en cuanto al pago de transporte del hogar al ambulatorio y vacunación en instituciones privadas, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.

| <b>DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO</b>                | Favorable          |        | Desfavorable |        | Total    |      |
|--|--------------------|--------|--------------|--------|----------|------|
|  | Absoluto           | %      | Absoluto     | %      | Absoluto | %    |
|  | Pago de transporte | 60     | 85,71%       | 10     | 14,29%   | 70   |
| Vacunación en instituciones privadas           | 13                 | 18,57% | 57           | 81,43% | 70       | 100% |
| Motivo de vacunación en instituciones privadas | 7                  | 53,85% | 6            | 46,15% | 13       | 100% |
| Pérdida de vacunas por motivos económicos      | 37                 | 52,86% | 33           | 47,14% | 70       | 100% |

Fuente: Cuestionario aplicado (2010).

Gráfico11.

Distribución porcentual relacionada con la distribución del ingreso de los padres y/o representantes, en cuanto al pago de transporte del hogar al ambulatorio y vacunación en instituciones privadas, para el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años, en el ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, San Agustín del Sur, año 2010.



Fuente: Cuadro N° 11

De acuerdo a los datos anteriormente señalados, el alcance del ingreso económico de los padres y/o representantes, en relación con el pago del transporte para asistir al ambulatorio, se observó que 60 sujetos contestaron que sí les alcanza, representando un 85,71% del total, siendo el valor más alto y favorable, lo que demuestra que su ingreso económico puede cubrir este gasto para beneficio de los niños menores de cinco años. Además, en su mayoría eran sujetos que tenían accesibilidad al ambulatorio.

Por otra parte, se observó que desfavorablemente en 10 sujetos no les alcanza su ingreso económico en el pago del pasaje para asistir al ambulatorio, lo que significa un 14,29%, refiriendo en algunos casos que adquirirían el pasaje por aporte de otro integrante de la familia o persona externa al hogar.

Seguidamente, la vacunación de los niños menores de cinco años en centros privados de acuerdo con los padres y/o representantes, se evidenció que en 57 sujetos (81,43%) contestaron que no han vacunado en un centro privado, representando esta una opción desfavorable para los niños; además, 13 sujetos (18,57%) contestaron que sí han vacunado en un centro privado, alegando en su mayoría que ha sido porque la vacuna no se encontraba presente en el ambulatorio, por lo que acudían a los centros privados para así favorecer al niño. Todo esto indica que a pesar de contar con la vacunación de forma gratuita en los ambulatorios, muchas personas se dirigen a los centros privados para colocarle la vacuna al niño menor de cinco años, ya que se le dificulta conseguirla en los ambulatorios u otras instituciones públicas.

Los motivos dados a través de los sujetos, se representó de la siguiente manera: 7 sujetos (53,85%) vacunaron al niño en un centro privado porque la vacuna no la hay en el ambulatorio, siendo está una opción favorable ya que los padres y/o representantes buscan solución para el beneficio del niño; además, 3 sujetos (23,08%) que afirmaron que es más confiable las vacunas y 3 sujetos (23,08%) consideraron que siempre se consiguen todas la vacunas, resultando ser las opciones desfavorables al agruparlas, representadas en un 46,15% del total. Es decir, se observa que en su mayoría, estos sujetos se ven obligados a dirigirse a centros privados para vacunar al niño menor de cinco años ya que en los ambulatorios no han encontrado la vacuna; además de la desinformación que existe por parte de los padres y/o representantes en cuanto a la confiabilidad de las vacunas.

Para concluir, se apreció que 37 sujetos respondieron que los niños favorablemente no han tenido pérdidas de vacunas como la Neumococo y Antihepatitis A, ya que tienen dinero para pagarla, representando un 52,86% del total. Considerando que en este grupo de sujetos han vacunado a los niños menores de cinco años en centros privados y en clínicas populares. Por otra parte, se evidenció que 33 sujetos presentaron desfavorablemente pérdidas de estas vacunas por no tener dinero para pagarla en un centro privado, lo que supone un 47,14%. Esto evidencia que el ingreso económico de este grupo de sujetos no es suficiente para cubrir los gastos en la adquisición de estas vacunas, además no han tenido la oportunidad de colocarla en las clínicas populares de forma gratuita o en jornadas que no suelen ser frecuentes.





## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Conclusiones:

La investigación realizada tiene como objetivo general “Determinar los factores socioeconómicos de padres y/o representantes que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años que asisten a la unidad de inmunización del ambulatorio urbano tipo II “Leonardo Ruiz Pineda” ubicado en la comunidad de San Agustín del Sur, Caracas, durante el tercer trimestre del año 2010”. Por consiguiente, se desprenden las siguientes conclusiones una vez analizadas las variables de estudio:

1.- El sexo que predomina en los padres y/o representantes que acudieron al ambulatorio con los niños menores de cinco años es femenino, encontrándose estos a su vez en los grupos etáreos menores de 30 años. Lo que demuestra una marcada presencia de la figura femenina (sobre todo materna) en la responsabilidad del cumplimiento del esquema de vacunación. Es importante destacar, que el argumento anteriormente descrito tiene relación con los patrones culturales de la sociedad venezolana. Además, cerca de la mitad de los sujetos en estudio, no cuenta con otra persona para llevar al niño menor de cinco años a vacunar en caso de encontrarse fuera del hogar, lo que evidencia que la participación de otro miembro de la familia para la madre, está directamente relacionada con las pérdidas de vacunas.

2.- El 60% de los niños que presentaron pérdidas de vacunas se encontraban en edades comprendidas entre 1 y 5 años, siendo estas en su mayoría, vacunas que se administran en intervalos de un año o más, es decir, los intervalos más largos. De manera que el tiempo entre la dosis de una vacuna y otra, seguido de la frecuencia con las que estos asistan al ambulatorio, representan elementos que deben ser considerados al momento de analizar de manera integral el cumplimiento del esquema de vacunación.

3.- El número de niños menores de cinco años que integra una familia no necesariamente representa una justificación para incumplir el esquema de vacunación. En efecto, los resultados obtenidos demostraron que la mayor parte de las personas que no cumplieron con el esquema tenían tan sólo un niño, lo que representó un 78,57% del total.

4.- En cuanto al nivel de estudio de los padres y/o representantes que acudieron con pérdida de vacunas, quedó evidenciado que la mayoría no poseía la educación secundaria completa, lo que se invita a los responsables (Estado, organismos y sociedad en general) a impulsar políticas educativas que permitan tener mayor conocimiento del tema en estudio y de esta manera ser menos vulnerables al desconocimiento del esquema de vacunación. Por lo tanto, la mayor parte de la población en estudio consideró que ni la vacunación ni el cumplimiento del esquema, son los principales elementos para prevenir las enfermedades infecto-contagiosas. De tal manera que, esto está vinculado con el desconocimiento que tienen los padres y/o representantes de los niños menores de cinco años, y la importancia que tiene el cumplimiento del esquema de vacunación para la prevención de enfermedades. Por lo que, a menor nivel de estudio, menor serán las posibilidades de mantener una salud óptima.

5.- Con respecto al estado de la tarjeta de vacunación, del total de los sujetos que asistieron con pérdidas de vacunas, un 65,71% conservó la tarjeta, lo que quiere decir

que las pérdidas estaban relacionadas con otras causas. En efecto, menos de la mitad de los sujetos (34,29%) tuvieron pérdidas por deterioro, extravío, olvido al momento de ir al ambulatorio, o porque simplemente nunca se la han dado; evidenciándose estas pérdidas en menor porcentaje pero no por ello poco significativas. Finalmente, es importante la consideración que se le debe dar a la tarjeta de vacunación ya que representa una fuente de información para el cumplimiento del esquema, así como la orientación que debe brindar el equipo de salud a los padres y/o representantes de los niños que acuden al ambulatorio.

6.- En la asistencia a los centros de salud, se evidenció que el 80% de la población acude constantemente al ambulatorio para vacunar al niño menor de cinco años, lo que demuestra el carácter gratuito de las vacunas y la importancia de considerar los factores influyentes para que ocurran las pérdidas, ya que de igual manera las personas continúan asistiendo al ambulatorio.

7.- La desinformación existente de las contraindicaciones de las vacunas por parte de los padres y/o representantes está relacionada directamente con las pérdidas de vacunas en los niños, evidenciándose en más de la mitad de la población en estudio, pérdidas por presentar el niño menor de cinco años gripe y malestar. Lo que se invita al equipo de salud a orientar a la población con respecto a las contraindicaciones exactas para cada vacuna, al momento de llevar a cabo el proceso de vacunación.

8.- Las horas laborales de los padres y/o representantes y su coincidencia con el horario del ambulatorio hace que no les dé tiempo de llevar al niño menor de cinco años a vacunar, lo que demuestra que la ocupación laboral incide directamente en el cumplimiento efectivo del esquema de vacunación, esto debido a que los permisos laborales son limitados, ocasionando no poder acudir en el momento que le corresponde la vacuna al niño. Por tal razón, se hace un llamado a los entes gubernamentales, sectores laborales no calificados e instituciones privadas, a elaborar

permisos constantes en sus normativas internas que permitan cumplir con los procesos de vacunación en los niños.

9.- El 52,86% de los sujetos generan sueldo mínimo mensual y un 44,29% un tipo de ingreso quincenal, siendo estos los porcentajes más altos del total de la población en cuanto al tipo y cantidad de ingreso económico. Esto les permitía pagar el pasaje del transporte para acudir al ambulatorio, considerando que estos vivían cerca del mismo, lo que se les hacía accesible. En menor porcentaje de sujetos, no les alcanzaba el dinero para el pasaje, manifestando utilizarlo para cubrir otras necesidades. Por este motivo, se convoca a las autoridades de los Distritos Sanitarios a elaborar jornadas de vacunación casa por casa, y de esta manera facilitar el beneficio a la población menos accesible, para así proteger de enfermedades a los niños menores de cinco años.

10.- La vacunación en los centros privados es mínima, no obstante, del 18,57% de los sujetos que manifestaron acudir a los mismos, es importante señalar los motivos que fueron dados, entre estos se encuentran: porque la vacuna no la hay en el ambulatorio y que en los centros privados siempre se consiguen todas y es más confiable. Por otra parte, la mayoría de los sujetos les alcanza el ingreso económico para cubrir el gasto de vacunas como la Neumococo y Antihepatitis A, considerando que algunos las adquirieron en clínicas populares de forma gratuita. De otra manera, cerca de la mitad no tiene dinero para pagar estas vacunas debido a que el esquema de vacunación nacional aún no las incluye.

- Recomendaciones:

De acuerdo con las conclusiones anteriores, se indicaran las siguientes recomendaciones:

1.- Elaborar estrategias por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud, que permitan incluir a todo el núcleo familiar en los procesos de vacunación de los niños menores de cinco años. Además, incentivar a la familia venezolana con respecto a

bases de solidaridad y lealtad que permitan contar con un integrante en los casos de salud y enfermedad de los niños.

2. – Evaluar el tiempo de los refuerzos de las vacunas a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social. De igual manera, ejecutar programas que permitan asistir a los padres y/o representantes con más frecuencia al ambulatorio.

3.- Elaborar jornadas de información con el propósito de concienciar a la población, en relación con la prevención de enfermedades y promoción de la salud, a través del esquema de la vacunación.

4.- Impulsar políticas de salud educativas sobre el esquema de vacunación, por medio del Ministerio del Poder Popular para la Salud en los Distritos Sanitarios y ambulatorios, dirigidas a toda la población, referentes a enfermedades que previene el esquema nacional de vacunación y su respectiva vacuna, programas de orientación permanentes en el ambulatorio e importancia de cumplir dosis de las vacunas para generar inmunidad.

5.- Orientar a los padres y/o representantes, acerca de la importancia de conservar la tarjeta de vacunación de los niños menores de cinco años, para sí llevar el control de las vacunas que le corresponden.

6. - Afianzar las jornadas de salud del Ambulatorio urbano Tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, de manera que las personas continúen asistiendo en mayor porcentaje pero con más frecuencia al ambulatorio.

7. - Orientar a los padres y/o representantes, con respecto a las contraindicaciones de las vacunas en los niños menores de cinco años, y así disminuir las incidencias de pérdidas por razones que no se incluyan en esos motivos.

8. - Establecer principios de promoción de la salud en las normativas internas de los entes gubernamentales, sectores no calificados e instituciones privadas para ejecutar permisos constantes que permitan cumplir con los procesos de vacunación en los niños.

9. - Crear grupos que integren el equipo de salud por cada ambulatorio, para la realización de jornadas de vacunación casa por casa, a través de los Distritos Sanitarios.

10.- Incluir las vacunas que aún son pagas en el esquema nacional de vacunación gratuito, por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Además, de evaluar la carencia de algunas vacunas en días y meses en los ambulatorios, a través de la distribución de las mismas por los Distritos Sanitarios.

En líneas generales, se sugiere:

1.- Hacer entrega de los resultados obtenidos en la investigación al Ministerio del Poder Popular para la Salud y al ambulatorio urbano Tipo II “Leonardo Ruiz Pineda”, para así presentar un soporte al momento de generar futuras soluciones a la problemática presentada.

2.- Aportar a la comunidad la investigación realizada en caso de posibles consultas.

3.- Incentivar a otras investigaciones que puedan realizarse en comunidades de nuestro país y que puedan arrojar los mismos o distintos resultados, con respecto a los factores socioeconómicos intervinientes en las pérdidas de vacunas de los niños menores de cinco años.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, F. (2006). El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. Quinta Edición. Editorial Episteme.
- Berenson, M y Levin, D; (1992). Estadística Básica en Administración, conceptos y aplicaciones. Cuarta Edición. Prentice Hall. México.
- Castillo, V. (2009). Proyecciones de población por ambulatorios y grupo etéreos, Distrito Sanitario N<sup>o</sup> 4, El Valle.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Art. 83, 84 y 85.
- Diccionario de Medicina OCÉANO MOSBY. Barcelona España, 4ta Edición, MCMXCIV.
- Escalona, Y. y Fernández, A. (2003). Factores Socioeconómicos que intervienen en la multiparidad de las adolescentes embarazadas atendidas en la consulta prenatal del “Instituto Pastor Oropeza del 23 de Enero”. Trabajo Especial de Grado. Universidad Central de Venezuela. Distrito Capital.
- Estanga, R.; Portillo, L. (2005). Programa de Orientación con respecto al Programa Ampliado de Inmunización (PAI), dirigido a los padres y representantes de niños menores de tres años, que asisten al IVSS Hospital Dr. Cesar Rodríguez, de Guaraguao en la ciudad de Puerto La Cruz, Edo. Anzoátegui. Trabajo Especial de Grado. Universidad Central de Venezuela.
- Frías, A. (2000) Salud pública y educación para la salud. Elsevier España Edición: Ilustrate.

Fundacredesa (2001). Método Graffar- Méndez Castellano.

González, A, Martínez, B y Ramírez, N (2008). Factores socioeconómicos que caracterizan a las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en la consulta prenatal del ambulatorio Boyacá V Barcelona Edo. Anzoátegui. Trabajo Especial de Grado. Universidad Central de Venezuela.

Hernández, R (2003). Metodología de la Investigación. Tercera Edición. Editorial Mc Graw Hill.

Hurtado, J (2007). El proyecto de Investigación. Quinta edición. Caracas, Venezuela.

Ley Orgánica del Trabajo (LOT), (1997). Artículo: 195.

Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA), (2007). Artículos: 41, 42, 47.

Marriner - Tumey, A. (1995). Modelos y teorías en enfermería. Mosby/Doymas, Tercera Edición.

Méndez Castellano, H, Méndez, M y Carrera, G. (1995) La situación agroalimentaria y la pobreza; su impacto en la nutrición de la familia y el niño en Venezuela. Caracas- Venezuela. 2da edición. Edición: Fundacredesa.

Ministerio del Poder Popular Para La Salud. (2004). Módulo de enfermedades.

Ministerio del Poder Popular Para La Salud y Protección Social. (2010). Esquema Nacional de Vacunación.



Muñoz Izquierdo, C (2004). Educación y Desarrollo Socioeconómico en América Latina y el Caribe. 1ra Edición Universidad Iberoamericana, A.C. México, D.F.

Organización Mundial de la Salud (2005). (Documento OMS). Inmunización contra enfermedades de importancia para la salud pública.

Organización Panamericana de la Salud (2003). Módulo del PAI.

Organización Panamericana de la Salud (2006). Unidad de inmunización salud familiar y comunitaria. Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Módulo I: Enfermedades del PAI.

Parella, S. (2006). Metodología de la Investigación Cualitativa, Editorial FEDEUPEL.

Perozo, D (2002). Congreso de Trabajo Social, II Internacional, IV Nacional: Memorias. Universidad del Zulia, Escuela de Trabajo Social. Edición Ilustrada. Venezuela.

Potter, P (2001). Fundamentos de Enfermería. Volumen I. 5ta Edición. Editorial Elsevier Mosby.

Pratt Fairchild, H (2001). Diccionario de Sociología.

Ramírez Reyna, J (2006). Racismo, derechos humanos e inclusión social afrodescendiente en el Perú. Editorial Grijalbo. México.

Sampieri, R. (2007). Metodología de la Investigación, Mc Graw Hill, cuarta edición.

- Sampieri, R. (2003). Metodología de la Investigación, Mc Graw Hill, tercera edición.
- Sánchez Moreno A, (2000). Concepto de Salud y Factores que la Condicionan, Tomo I. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana, España.
- Sánchez, A. (2000). Actuación de Enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud, Tomo III. Caracas: Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- Smith, K; Smith, W (1967). La conducta del hombre. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (2008). Manual de vacunas. Editorial Médica, Panamericana.
- UNESCO (2001). Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. Proyecto Regional de Indicadores Educativos, II Cumbre de las Américas. Santiago, Chile.
- Vásquez, L, Romero, M, León, R y Contreras, M. (1998). Introducción a la Bioestadística y a la Epidemiología. Mc Graw Hill. Interamericana. Caracas, Venezuela.
- Vila, I (1998). Cuadernos de Educación, Familia, Escuela y Comunidad. Editorial Horsori, 1ra Edición Mayo. I.C.E Universidad Barcelona.
- Warren, H (2008). Diccionario de Psicología: Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis. Editorial: Fondo de Cultura Económica. 3ra Edición.

### *Fuentes Electrónicas*

Agencia Bolivariana de Noticias (2008). Esquema Nacional de Inmunización [Página web en línea]. Disponible en: <http://www.abn.info.ve>.

Galán, M. (2008) Consulta en línea. Metodología de la Investigación. Disponible en: [<http://manuelgalán.blogspot.com>]

**ANEXO A**  
**INSTRUMENTO**



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LOS FACTORES  
SOCIOECONÓMICOS DE PADRES Y/O REPRESENTANTES QUE  
INTERVIENEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE  
VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.**

**INSTRUCCIONES:**

A continuación, se presenta una serie de preguntas las cuales deberán ser contestadas con una “X” una sola opción de respuesta por cada pregunta. Su finalidad es lograr una mayor aproximación a la situación en estudio. El siguiente cuestionario no revelará su identidad, y su ejecución será para fines educativos e investigativos.

Gracias por su colaboración....

Cuestionario n°: \_\_\_\_\_

Caracas; Julio de 2010.

**Datos demográficos:**

Sexo: M: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño menor de 5 años: \_\_\_\_\_

Edad del niño(s): \_\_\_\_\_

¿Cuántos niños menores de cinco años tiene? \_\_\_\_\_

**1.- Nivel de escolaridad:**

1. Analfabeta: \_\_\_\_\_ 2. Primaria completa: \_\_\_\_\_ 3. Primaria incompleta: \_\_\_\_\_

4. Secundaria completa: \_\_\_\_\_ 5. Secundaria incompleta: \_\_\_\_\_

6. Universitaria completa: \_\_\_\_\_ 7. Universitaria incompleta: \_\_\_\_\_

**2.- Desde que el niño nace, usted considera que tiene mayor importancia:**

1. Limpiar constantemente el ombligo: \_\_\_\_\_

2. Llevarlo inmediatamente al pediatra: \_\_\_\_\_ 3. Mantenerlo abrigado: \_\_\_\_\_

4. Vacunarlo y cumplir con el esquema: \_\_\_\_\_ 5. Ninguna de las anteriores: \_\_\_\_\_

**3.- Las enfermedades infecto-contagiosas se previenen principalmente por:**

1. Fiebre: \_\_\_\_\_ 2. Vacunación: \_\_\_\_\_ 3. Citas médicas: \_\_\_\_\_

4. Higiene: \_\_\_\_\_ 5. Medicamentos: \_\_\_\_\_

**4.- La responsabilidad de llevar al niño a vacunar la tiene:**

1. Madre: \_\_\_\_ 2. Padre: \_\_\_\_ 3. Tíos: \_\_\_\_ 4. Abuelos: \_\_\_\_ 5. Todos: \_\_\_\_  
6. Otros: \_\_\_\_\_

**5.- En relación con la tarjeta de vacunación del niño, Ud. la ha:**

1. Conservado: \_\_\_\_ 2. Extraviado: \_\_\_\_ 3. Deteriorado: \_\_\_\_  
4. Olvidado al momento de ir al ambulatorio: \_\_\_\_ 5. Nunca se la han dado: \_\_\_\_

**6.- ¿A cuál centro de salud Ud. lleva al niño constantemente para ser vacunado?**

1. Hospital: \_\_\_\_ 2. Clínicas privadas: \_\_\_\_ 3. Módulos de Barrio Adentro: \_\_\_\_  
4. Ambulatorio: \_\_\_\_ 5. Otros: \_\_\_\_\_

**7.- La frecuencia de asistencia al ambulatorio con el niño es:**

1. Siempre (Cada dos meses): \_\_\_\_ 2. Casi siempre (Cada tres meses): \_\_\_\_  
3. Algunas veces (Cada 6 meses): \_\_\_\_ 4. Casi nunca (Una vez al año): \_\_\_\_  
5. Nunca: \_\_\_\_

**8.- El niño en su esquema de vacunación, ha tenido pérdida de vacunas por presentar:**

1. Fiebre menor de 38°C: \_\_\_\_ 2. Diarreas: \_\_\_\_ 3. Gripe: \_\_\_\_  
4. Enfermedades inmunosupresoras: \_\_\_\_ 5. Otras: \_\_\_\_\_

**9.- Si se encuentra fuera del hogar, ¿Quién lleva al niño a vacunar?:**

1. Abuelos: \_\_\_\_\_ 2. Tíos: \_\_\_\_\_ 3. Primos: \_\_\_\_\_ 4. Vecinos: \_\_\_\_\_

5. Ninguno: \_\_\_\_\_ 6. Otros: \_\_\_\_\_

**10.- ¿Qué calificación dentro de su trabajo posee Ud.?:**

1. Obrero no calificado (sector informal): \_\_\_\_\_ 2. Obrero calificado: \_\_\_\_\_

3. Empleado: \_\_\_\_\_ 4. Profesión Técnica: \_\_\_\_\_ 5. Profesión Universitaria: \_\_\_\_\_

**11.- ¿Cuántas horas trabaja diariamente?**

1. Menos de 4 horas: \_\_\_\_\_ 2. De 4 a 6 horas: \_\_\_\_\_ 3. De 6 a 8 horas: \_\_\_\_\_

4. Más de 8 horas: \_\_\_\_\_ 5. Ninguna: \_\_\_\_\_

**12.- ¿El horario de su trabajo coincide con el horario del ambulatorio?**

1. Sí: \_\_\_\_\_ 2. No: \_\_\_\_\_

**En caso de ser afirmativa: ¿Esto hace que no le dé tiempo de llevar al niño a vacunar?**

1.1. Si: \_\_\_\_\_ 1.2.No: \_\_\_\_\_

**13.- ¿Se le da algún permiso en su trabajo para llevar al niño a vacunar?**

1. Sí: \_\_\_\_\_ 2. No: \_\_\_\_\_



**14.- Tipo de ingreso económico:**

1. Fortuna heredada o adquirida: \_\_\_\_\_ 2. Pensión: \_\_\_\_\_ 3. Sueldo mensual: \_\_\_\_\_  
4. Sueldo quincenal: \_\_\_\_\_ 5. Salario semanal o por día: \_\_\_\_\_  
6. Donaciones públicas o privadas: \_\_\_\_\_

**15.- ¿Cuántos Bolívares Fuertes (Bs.F) percibe Ud. por concepto de ingreso mensual?**

1. Sueldo mínimo (1.223,89 BsF): \_\_\_\_\_ 2. Menos del sueldo mínimo: \_\_\_\_\_  
3. Más del sueldo mínimo: \_\_\_\_\_

**16.- ¿Su ingreso económico le alcanza para pagar el pasaje del transporte para ir al ambulatorio?**

1. Sí: \_\_\_\_\_ 2. No: \_\_\_\_\_

**17.- ¿Ha vacunado al niño en un centro privado?**

1. Si: \_\_\_\_\_ 2. No: \_\_\_\_\_

**En caso de ser afirmativa: ¿Por qué lo ha vacunado en un centro privado? :**

- 1.1. La vacuna no la hay en el ambulatorio: \_\_\_\_\_  
1.2. Es más confiable las vacunas: \_\_\_\_\_  
1.3. Es mejor el trato del personal: \_\_\_\_\_  
1.4. Siempre se consiguen todas las vacunas: \_\_\_\_\_  
1.5. Ninguna de las anteriores: \_\_\_\_\_

**18.- ¿El niño menor de cinco años ha tenido pérdida de vacunas como por ejemplo la Neumococo o la Antihepatitis A, por no tener Ud. dinero para pagarla?**

1. Si: \_\_\_\_\_ 2.No: \_\_\_\_\_



**ANEXO B**  
**CERTIFICADOS DE VALIDEZ**

**ANEXO C**  
**ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

**ANEXO D**  
**COMUNICACIONES ENTREGADAS**

**ANEXO E**  
**ESQUEMA DE VACUNACIÓN**

# **ANEXOS**





Esquema Nacional de Vacunación

| Grupo de Edad   | Vacuna           | Enfermedad que Previene  | Edad de Aplicación | Vía de Administración  | Dosificación | Numero de Dosis | Intervalo entre Dosis   | Refuerzo  | Indicaciones para personas con esquemas atrasados  |
|-----------------|------------------|--|--------------------|------------------------|--------------|-----------------|---|---|--|
| Recién Nacidos. | BCG              | Tuberculosis   | <28 días           | Intradérmico           | 0,1cc        | 1               | _____   | _____   | Aplicar solo hasta los 7 años.   |
|                 | Antihepatitis B  | Hepatitis B  | primeras 24 horas  | intramuscular profunda | 0,5cc        | 1               | _____   | _____   | _____  |
| < 1 Año de Edad | Antiinfluenza    | Influenza Estacional   | 6 a 23 meses       | Intramuscular          | 0,25cc       | 2               | 8 semanas   |   | Aplicar de 2 a 9 años solo a personas de riesgos   |
|                 | Antirotavirus    | Diarreas severas por Rotavirus   | 2, 4 meses         | Oral                   | 1cc          | 2               | 8 semanas   | _____   | 1era dosis antes de cumplir 4 meses.<br>2da dosis antes de cumplir 8 meses.  |
|                 | Pentavalente     | Difteria<br>Tosferina<br>Tétanos<br>Hepatitis B<br>Meningitis y<br>Neumonías por Hib | 2, 4, 6 meses      | Intramuscular profunda | 0,5cc        | 3               | 8 semanas   | 1er refuerzo al año de la 3era dosis de pentavalente  | Niños de 1 a 5 años susceptibles deben recibir su esquema básico de 3 dosis y sus refuerzos según esquema.<br><br>Niños susceptibles de 6 a 9 años completar esquema de 3 dosis con Antihepatitis B. |
|                 |                  |  |                    |                        |              |                 |   | 2do refuerzo a los 5 años de edad con DPTa  | Niños susceptibles de 6 a 10 años completar esquema de 5 dosis con toxoide tetánico diftérico según antecedentes de vacuna.  |
| Antipolio       | poliomielitis    | 2, 4, 6 meses  | Oral               | 2 gotas                | 3            | 8 semanas       | 1er refuerzo al año de la tercera dosis<br>2do a los 5 años de edad | Niños de 1 a 5 años susceptibles deben recibir su esquema básico y sus refuerzos según esquema. |  |
| 1 Año           | Antiamarílica    | Fiebre Amarilla  | 12 meses           | Subcutáneo             | 0,5cc        | 1               | _____   |   | Aplicar 1 dosis en susceptibles de 2 a 9 años.   |
|                 | Trivalente viral | Sarampión<br>Rubéola<br>Parotiditis  | 12 meses           | Subcutáneo             | 0,5cc        | 1               | _____   | 1 refuerzo a los 5 años de edad   | Niños de 6 a 9 años aplicar dosis única.   |

|                                     |                            |                      |   |                        |       |           |  |   |  |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------|---|------------------------|-------|-----------|--|---|--|
| 10 a 59 años                        | Anti amarilla              | Fiebre Amarilla      | 10 a 59 años  | Subcutáneo             | 0,5cc | 1         | _____  | _____   | Únicamente a personas susceptibles   |
| 10 a 49 años                        | Antiinfluenza              | Influenza Estacional | Grupo de riesgo personal de salud trabajadores avícolas o porcinos Inmunoscomprometidos Embarazadas personal de seguridad | Intramuscular          | 0,5cc | 1         | _____  | Anual   | _____  |
| 50 y más                            | Antiinfluenza              | Influenza Estacional | 50 años y más   | Intramuscular          | 0,5cc | 1         | _____  | Anual   | _____  |
|                                     | Antineumococo 23 Valente   | Neumonías            | 50 años y más   | Intramuscular          | 0,5cc | 1         | _____  | A los 5 años  | _____  |
| 10 años                             | Toxoide Tetánico Diftérico | Tétanos Difteria     | 10 años escolares   | Intramuscular Profunda | 0,5cc | 1         | _____  | _____   | En personas con esquema completo de 5 dosis, aplicar una dosis adicional cada 10 años.<br><br>Esquemas atrasados continuar de acuerdo a antecedentes de vacuna.  |
| Hombres y mujeres de 11 años y más. |                            |                      | De 11 años y más Hombres y mujeres según antecedentes de vacunas.   |                        |       | 5         | 1era al contacto<br>2da al mes<br>3era 6 meses<br>4ta al año<br>5ta al año de la última dosis. | cada 10 años  |  |
| Embarazadas                         |                            |                      | Al contacto   |                        |       | 4 Semanas | _____  | Gestantes que hayan completado esquema de 5 dosis no necesitan dosis adicionales. |  |
| 10 a 49 años                        | Antihepatitis B            | Hepatitis B          | 10 a 49 años  | Intramuscular Profunda | 1cc   | 3         | 8 semanas  | _____   | Iniciar y completar esquema de 3 dosis según antecedentes de vacunas.<br><br>Grupos de riesgos personal de salud, Embarazadas, Trabajadoras sexuales, VIH SIDA y otros que determine el personal médico. |

Actualizado Mayo 2009.

Ministerio del Poder Popular Para la Salud y Protección Social.

**Integrantes:**

Fernández Francis.

García Alejandro.

Ossio Ana.