

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRIA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS

Factores Socioculturales relacionados al Cumplimiento Oportuno
del Esquema de Vacunación en niños menores de cinco años en el
Centro de Salud San Ignacio, 2016

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

SANDRA JULISSA SAAVEDRA TOCTO

Asesora:

Dra. ELENA VEGA TORRES

CAJAMARCA, PERÚ

2018

COPYRIGHT © 2018 by
SANDRA JULISSA SAAVEDRA TOCTO
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRIA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA

Factores Socioculturales relacionados al Cumplimiento Oportuno del Esquema de Vacunación en niños menores de cinco años en el Centro de Salud San Ignacio, 2016

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

SANDRA JULISSA SAAVEDRA TOCTO

Comité Científico

Dra. Elena Vega Torres
Asesora

Dra. Albila B. Rodríguez Palacios
Miembro de Comité Científico

M.Sc. Doris E. Bringas Abanto
Miembro de Comité Científico

M.Sc. Francisca E. Díaz Villanueva
Miembro de Comité Científico

Cajamarca - Perú

2018



Universidad Nacional de Cajamarca

"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"

Escuela de Post Grado

CAJAMARCA - PERU

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Siendo las *once* de la mañana, del día 15 de enero de 2018, reunidos en el auditorium de la Universidad Nacional de Cajamarca Sede Jaén, los miembros del Jurado Evaluador, presidido por la **Dra. ALBILA B. DOMINGUEZ PALACIOS, M.Cs. DORIS E. BRINGAS ABANTO** y **M.Cs. FRANCISCA E. DÍAZ VILLANUEVA**, como integrantes del Jurado Titular, como Asesora **Dra. ELENA VEGA TORRES**; actuando de conformidad con el Reglamento de la Escuela de Post Grado, se dio inicio a la **SUSTENTACIÓN** de la tesis titulada: **FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS AL CUMPLIMIENTO OPORTUNO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN IGNACIO, 2016**, presentada por la alumna **SANDRA JULISSA SAAVEDRA TOCTO**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS, MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado, y luego de la deliberación, se acordó... *aprobar* la mencionada Tesis con la calificación de *diecisiete*; en tal virtud, la alumna **SANDRA JULISSA SAAVEDRA TOCTO**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS, Mención: SALUD PÚBLICA**.

Siendo las *12:45* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Elena Vega Torres
Dra. Elena Vega Torres
ASESORA

.....
Albila B. Domínguez Palacios
Dra. Albila B. Domínguez Palacios
JURADO

.....
Doris E. Bringas Abanto
M.Sc. Doris E. Bringas Abanto
JURADO

.....
Francisca E. Díaz Villanueva
M.Sc. Francisca E. Díaz Villanueva
JURADO

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mis padres, por su apoyo constante para lograr mi superación personal y profesional y por su gran cariño en todas las etapas de mi vida.

A mis hermanas por todo el apoyo brindado para continuar con mis estudios, de posgrado, y por sus consejos.

SANDRA JULISSA SAAVEDRA TOCTO

AGRADECIMIENTOS

A la asesora Dra. Elena Vega Torres, por su valiosa orientación, apoyo y motivación constante en todo el proceso de la investigación.

Al director del establecimiento del Centro de Salud San Ignacio, por brindarme las facilidades para la ejecución del estudio.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a las madres de los niños menores de cinco años, quienes aportaron con la información, sin su apoyo no hubiera sido posible la realización de la tesis.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Antecedentes de la investigación.....	5
2.2. Base teórica.....	8
2.2.1. Generalidades de las vacunas.....	8
2.2.2. Factores socioculturales.....	19
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1. Ámbito de estudio.....	29
3.2. Población, muestra y unidad de análisis.....	30
3.3. Tipo y diseño de investigación.....	31
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
3.5. Procesamiento y análisis de los datos.....	33
3.6. Aspectos éticos de la investigación.....	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	35
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
APÉNDICES.....	66

LISTA DE ILUSTRACIONES

TABLAS		Páginas
Tabla 1.	Factores sociales de las madres de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud San Ignacio.....	35
Tabla 2.	Factores culturales de las madres de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud San Ignacio.....	36
Tabla 3.	Cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud San Ignacio.....	37
Tabla 4	Factores sociales y cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de un año y de un año atendidos en el Centro de Salud San Ignacio.....	38
Tabla 5.	Factores sociales y cumplimiento del esquema de vacunación en niños de dos y tres años atendidos en el Centro de Salud San Ignacio.....	41
Tabla 6.	Factores sociales y cumplimiento del esquema de vacunación en niños de cuatro años atendidos en el Centro de Salud San Ignacio.....	44
Tabla 7.	Factor cultural y cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de un año y de 1 año atendidos en el Centro de Salud San Ignacio.....	46
Tabla 8.	Factor cultural y cumplimiento del esquema de vacunación en niños de dos y tres años atendidos en el Centro de Salud San Ignacio.....	47
Tabla 9.	Factor cultural y cumplimiento del esquema de vacunación en niños de cuatro años atendidos en el Centro de Salud San Ignacio.....	47

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud San Ignacio. El estudio descriptivo correlacional y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 300 madres de niños menores de cinco años, se determinó probabilísticamente utilizando el muestreo estratificado; a quienes se les aplicó una guía de entrevista estructurada. Se concluye que los factores sociales de las madres de niños menores de cinco años en su mayoría pertenecen al grupo etario adulto joven (20-24 años), de estado civil conviviente, con educación secundaria completa, ocupación amas de casa. Las madres de niños menores de un año y de un año de edad proceden de zona rural y las que tienen niños de dos a cuatro años provienen de zona urbana; acuden al servicio en vehículos y el tiempo de espera es mayor a treinta minutos. Los factores culturales de las madres de los niños menores de cinco años respecto a las costumbres, creencias y conocimientos son inadecuados. Las madres de niños menores de un año y de un año cumplieron oportunamente con el esquema de vacunación y las que tienen niños de dos a cuatro años de edad no cumplieron. Existe relación significativa entre el cumplimiento del calendario de vacunación y la edad, ocupación y acceso geográfico en niños de un año ($P < 0,05$). Y entre el cumplimiento del calendario de vacunación y el acceso geográfico-en niños de dos años de edad ($P < 0,05$).

Palabras clave: Factores socioculturales, cumplimiento oportuno, esquema de vacunación.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between sociocultural factors and the timely compliance of the vaccination scheme in children under five years of age served at the San Ignacio Health Center. The descriptive correlational study and cross section. The sample consisted of 300 mothers of children under the age of five, was determined probabilistically using stratified sampling; to whom a structured interview guide was applied. It is concluded that the social factors of mothers of children under five years of age mostly belong to the young adult age group (20-24 years old), of cohabiting civil status, with full secondary education, housewife occupation. Mothers of children under one year of age and one year of age come from rural areas and those who have children between two and four years old come from an urban area; they go to the service in vehicles and the waiting time is greater than thirty minutes. The cultural factors of the mothers of children under five with respect to customs, beliefs and knowledge are inadequate. Mothers of children under one year and one year of age complied with the vaccination schedule in a timely manner and those with children between two and four years of age did not comply. There is a significant relationship between compliance with the vaccination schedule and age, occupation and geographical access in one-year-old children ($P < 0.05$). And between the fulfillment of the vaccination calendar and geographical access in two-year-old children ($P < 0.05$).

Key words: Sociocultural factors, timely compliance, vaccination scheme.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial más de un millón de lactantes y niños menores de cinco años mueren cada año a causa de la enfermedad neumocócica o de diarrea por rotavirus, muchas de estas muertes se pueden prevenir mediante las vacunas¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 22,6 millones de niños no reciben las vacunas básicas; de ellos el 50% viven en India, Indonesia y Nigeria². Según el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID) señalan que, las personas que quedan al margen de los programas de vacunación sistemática son las que viven en lugares aislados, barriadas pobres de las ciudades, zonas fronterizas, y grupos indígenas, entre otros que colocan a los niños en graves situaciones³.

Según evaluaciones institucionales se han encontrado nudos críticos, en el personal de salud que no brinda la información que los padres necesitan como: naturaleza, consecuencias, beneficios de las vacunas, solo se limitan a la necesidad de vacunar, de ahí, que las madres no regresan con sus hijos al servicio de vacunación, además, el personal capacitado en actividades de inmunización rota permanentemente⁴. También, la constante migración de la población vacunada y comunidades dispersas lo que limita el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en los niños menores de cinco años⁵.

En el Perú, la Encuesta Nacional de Estadística e Informática (INEI), indicó que en el área urbana (75,1 %) y rural (71,5 %) los niños menores de 36 meses tienen todas las vacunas para su edad, lo que implica que un 28,5 % se encuentra vulnerable ante enfermedades inmunoprevenibles⁶. En las zonas de difícil acceso de la selva y sierra, las coberturas tienden a ser menores que el promedio nacional, implicando mayores riesgos

para estos niños y para la población en general, siendo esta situación una preocupación y motivo para la extensión de la oferta de los servicios⁷.

El sistema de inmunización es una política del sector salud; sin embargo, hay quienes se quedan al margen de los programas de vacunación sistemática, sobre todo aquellos niños que viven en zonas indígenas, grupos vulnerables por situaciones de pobreza, bajo nivel de educación de los padres, personas que carecen de información o de motivación, se niegan a vacunar a sus hijos; es decir, estas poblaciones no tienen acceso a la vacunación a causa de distintas barreras sociales y culturales.

En el Centro de Salud de San Ignacio; según la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones en su informe estadístico del año 2015 se encontró la tasa de deserción para la vacuna Pentavalente de 3,1 % y para las vacunas Sarampión, Paperas y Rubeola (SPR) 1 % en los niños menores de cinco años⁸.

A pesar, que se vienen implementando estrategias para cubrir la brecha de vacunación como: “la Semana de Vacunación en las Américas”, que se realiza en la última semana de abril a mayo de todos los años, no se logra obtener una cobertura óptima, por cuanto esta actividad coincide con la cosecha de café, actividad productiva por excelencia en el distrito de San Ignacio, esto indudablemente dificulta el cumplimiento del calendario de inmunizaciones. Los vacunadores informan que la mayoría de los niños no se encuentran en su domicilio y otros quedan al cuidado de sus hermanos o familiares quienes no pueden brindar información fidedigna, ni cuentan con el carné de vacunas, documento indispensable para corroborar el estado vacunal del niño.

El profesional de enfermería en el primer nivel de atención, es quien promueve la salud física, mental y emocional del niño, así como prevenir enfermedades que alteren el proceso de crecimiento y la detección temprana de riesgo y retraso en el desarrollo, estos

procesos sistemáticos y oportunos deben ser realizados mediante actividades de prevención de riesgos y promoción de la salud respetando su cultura.

Al entrevistar algunas madres refieren que cuando vacunan a sus niños presentan reacciones como *“fiebre, dolor en la pierna, se fastidian y lloran mucho [...] por lo que el esposo y otros familiares no quieren que los vacunen a sus niños”*. Otras expresaron, que tienen que *“esperan más de una hora para ser atendidos”*.

De lo expuesto, surgió la necesidad de formular la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre los factores socioculturales de las madres y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud de San Ignacio, 2016?

La hipótesis que guio la investigación fue: Existe relación significativa entre algunos factores socioculturales de las madres y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en niños menores de cinco años.

El objetivo general de la investigación estuvo orientado a: Determinar la relación que existe entre los factores socioculturales de las madres y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud San Ignacio. Y los objetivos específicos fueron: a) Identificar los factores socioculturales de las madres de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud San Ignacio; b) Determinar el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños atendidos en el Centro de Salud San Ignacio.

El estudio encontró justificación, debido a que en nuestro país existen jurisdicciones que tienen bajas coberturas en inmunizaciones, a pesar de sus beneficios de prevenir enfermedades y ser gratuitas no se está cumpliendo oportunamente el esquema nacional

de vacunación de los niños menores de cinco años. En consecuencia, puede incrementar la incidencia o prevalencia de algunas enfermedades inmunoprevenibles.

Los resultados del estudio constituirán un aporte a los directivos y profesionales de la salud, en particular a los enfermeros, para el desarrollo de acciones y estrategias que permitan generar una cultura preventiva informada sobre los beneficios de las vacunas, contribuyendo de esta manera al cumplimiento oportuno del calendario de vacunación, lo que permitirá incrementar la cobertura en inmunizaciones, disminuir las tasas de deserción y el riesgo a enfermar en los niños. Asimismo, servirá de base a la comunidad científica para realizar investigaciones posteriores.

El estudio se ha organizado de la siguiente manera: Capítulo I: Introducción, la misma que detalla el planteamiento del problema, la hipótesis, los objetivos y la justificación del estudio. Capítulo II: Marco teórico, donde considera los antecedentes del estudio, la base teórica; Capítulo III: Diseño metodológico, incluye ámbito de estudio, población, muestra, unidad de análisis, unidad de observación, tipo y diseño de investigación, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y aspectos éticos de la investigación. Capítulo IV: contiene los resultados y discusión del objeto del estudio. Finalmente, se presenta las referencias bibliográficas, y los apéndices.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Alves⁹ en el año 2011, estudió Experiencias de familias en inmunización de niños brasileños menores de dos años. Investigación de naturaleza descriptiva, con análisis cualitativo; se obtuvo la información aplicando la entrevista no estructurada a 22 sujetos. Los resultados fueron agrupados en: Conocimientos prácticos sobre inmunización, responsabilidad y obligatoriedad en inmunización, ampliación de la práctica de inmunización. En las conclusiones se identificaron los elementos que mejoran la inmunización: experiencia y realización personal en la maternidad, miedo de enfermedades, reconocer como un buen cuidado, conocimientos, acceso, flexibilidad del horario, divulgación, gratuidad, carné de vacunas, campañas de vacunación, disponibilidad de vacunas y de profesionales de la salud.

Boscan¹⁰ en Valencia, en el año 2012, realizaron un estudio denominado Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de seis años, en un servicio del Hospital de niños “Dr. Jorge Lizárraga”, se encontró los siguientes resultados: la mayor proporción de las madres manifestó conocer el calendario de vacunas (94,4 %); negaron haber visto o escuchado mensajes sobre vacunación en el último mes (43 %); desconocen la presencia de nuevas vacunas (40,8 %); tienen la creencia de que las vacunas curan enfermedades en sus niños (47,9 %); creen en falsas contraindicaciones en la aplicación de vacunas (25,4 %); han presentado retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna (56,3 %); afirmaron que deberían haber más centros de vacunación (97,2 %). En conclusión, en el estudio se demostró que las madres refieren

tener conocimiento acerca del calendario de inmunizaciones de sus hijos, así mismo, se observó falta de información a través de mensajes y/o programas educativos que reciben las madres y desconocimiento de éstas sobre nuevas inmunizaciones.

Doño¹¹ en el estudio Factores asociados a niñas y niños no vacunados y a los que no completan el esquema básico de vacunación de la República de Guatemala, en el año 2012. Investigación de diseño descriptivo, retrospectivo, comparativo, concluyó que los factores asociados con esquema de vacunación incompleta son: residir en área urbana, tener madres que trabajan y no tiene pareja, son madres multíparas atendidas su parto en domicilio, no asisten a control de niño sano, además, en su hogar se observó violencia familiar.

Lombardo¹² en el estudio Oportunidades perdidas de vacunación en la consulta externa de pediatría, en el año 2012 realizado en México, en el cual hace énfasis en los esquemas de vacunación incompletos y las Oportunidades Perdidas de Vacunación (OPV) en los niños. Los resultados fueron 68,4 % de los pacientes tienen cartilla de vacunación, pero de estos, el 53,2 % tenían esquema de vacunación incompleto y el 17,5 % de las madres desconocían la fecha de la próxima vacuna. El 96,7 % de los pacientes tenían esquema incompleto se basaba en falsas contraindicaciones; de estas, 26,3 % era por prematurez; Infección de Vías Aéreas Superiores (IVAS). Dentro de las conclusiones se encontró una proporción elevada de OPV debido principalmente a falsas contraindicaciones y falta de información sobre las vacunas a los padres. Estos hechos permitieron enfatizar que se deben realizar programas de educación continua para el personal de salud con objeto de reforzar dicha información.

Estudio realizado por Bernal¹³ sobre los Factores relacionados con bajas coberturas de vacunación en niños menores de dos años en el municipio de Amatitlán del área de salud Guatemala Sur, en el año 2015. Los resultados obtenidos fueron: reside en el área urbana (80 %), viven en casa propia (59 %), alquilada (32 %); dispone de agua potable (52 %); escolaridad de la madre o responsable con nivel básico (37 %). En relación a la etnia se determinó que en su mayoría pertenecen a la etnia Ladina (89 %) y Maya (11 %); profesan los padres religión católica (46 %); el tipo de transporte que utiliza para el traslado al Centro de Salud es colectivo (50,5 %); tiempo requerido para el traslado al Centro de Salud es menos de 60 minutos (67 %); llevan a su niño a vacunar cuando le toca (88,5 %). Concluyó que el hijo pertenece a una familia numerosa con cuatro o más hijos, la escolaridad de los padres es bajo, residen en área urbana corren el riesgo de no ser vacunados, oportunamente, y no completan los esquemas de vacunación. La religión no parece influir sobre la decisión de vacunar a los niños. Y son las madres las que deciden cuándo llevar a los niños a vacunar (92 %).

Gonzales⁵ realizó un estudio sobre los Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año, en el Centro de Salud de Mala, 2011-Perú. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Se utilizó el muestreo aleatorio simple conformado por 44 madres. Los resultados fueron que, el 68 % tienen calendario de vacunación completa, el 32 % vacunación incompleta de acuerdo a su edad. Conclusiones: un porcentaje considerable de madres refieren que, por la ocupación, por el gasto de pasajes, contraindicación de las vacunas, la accesibilidad al servicio, el tiempo de espera, son factores que no permiten llevar a vacunar a sus niños.

2.2. Base teórica

2.2.1. Generalidades de las vacunas

2.2.1.1. Vacunas

La vacuna, es la suspensión de micro organismos vivos (bacterias o virus), inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad¹⁴.

Las vacunas se clasifican en:

Vacunas vivas atenuadas

Son derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus o bacteria. Estos virus o bacterias son atenuados, es decir, debilitados en el laboratorio generalmente por cultivos repetidos. Para producir una respuesta inmune, las vacunas vivas deben replicarse en la persona vacunada. Cuando estas vacunas se replican generalmente no causan enfermedad tal como lo haría la enfermedad natural. Cuando en algunos casos se produce enfermedad, esta es generalmente leve y se refiere como un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI). La respuesta del sistema inmune es semejante a la de la enfermedad natural, debido a que el sistema inmune no puede diferenciar entre una infección por una vacuna atenuada y una producida por el virus o bacteria “salvaje” o de la calle. Son generalmente efectivas con una sola dosis salvo cuando se administran por vía oral (OPV), o cuando se quiere dar una dosis adicional. La inmunidad que generan estas vacunas puede ser interferida por anticuerpos circulantes de cualquier fuente (transfusiones, transplacentarios) y en estos casos no hay respuesta a la vacuna. Estas vacunas son frágiles y se pueden dañar o destruir con la luz

o el calor. Entre las vacunas vivas atenuadas de uso en la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) son: vacuna anti sarampión, vacuna de rubéola, paperas, vacuna antipolio, vacuna de la fiebre amarilla y vacuna BCG)¹⁵

Vacunas inactivas o muertas

Estas vacunas son producidas por el crecimiento de la bacteria o del virus en un medio de cultivo, y se inactivan con calor o con productos químicos generalmente formalina. En el caso de vacunas inactivas que derivan de una fracción, el organismo es tratado para purificar solamente ese componente. Estas vacunas no son vivas, por lo tanto, no pueden replicar y tampoco pueden causar enfermedad, aun en personas inmuno comprometidas. La respuesta de la vacuna no se afecta con la presencia de anticuerpos circulantes. Estas vacunas pueden ser administradas aun con anticuerpos presentes en sangre por pasaje transplacentario o por la administración de sangre o derivados.

Generalmente, requieren múltiples dosis, en general la primera dosis no genera inmunidad, es decir, no produce anticuerpos protectores, solamente “pone en alerta” al sistema inmune y la protección se desarrolla recién después de la segunda o tercera dosis. La respuesta inmune no se parece tanto a la infección natural como de las vacunas vivas atenuadas, el tipo de respuesta es humoral y no mediada por células. Estos anticuerpos disminuyen en el tiempo y muchas veces es necesario administrar dosis de refuerzo. En general, las vacunas inactivas en uso pueden ser inactivas a partir de todo el virus (IPV), a partir de subunidades o partes del antígeno (Hepatitis B, Pertusis acelular), toxoides (Difteria, Tétanos) o polisacáridos conjugados (Hib)¹³

2.2.1.2. Tipos de vacunas

Vacuna monovalente

Es la vacuna que contiene un solo serotipo de un micro organismo específico.

Vacuna polivalente

Es la vacuna que contiene varios serotipos de un micro organismo específico; por ejemplo, Antigripal trivalente, antipolio, antineumocócica, entre otras.

Vacuna combinada

Es la vacuna constituida de dos o más antígenos de micro organismos diferentes; por ejemplo: DPT.

Vacuna conjugada

La vacuna conjugada resulta de la combinación del antígeno (mucopolisacárido) con proteínas transportadoras, con el objeto de generar respuesta inmunológica en el menor de dos años.

Vacunas recombinantes

Es la vacuna compuesta por partículas proteicas producidas en células huésped, generalmente levaduras, en las que se ha insertado, por técnicas de recombinación de ADN, el material genético responsable de su codificación¹⁵.

Descripción de las vacunas

Vacuna BCG

Es una vacuna liofilizada del Bacilo Calmette y Güerin y protege contra las formas graves de tuberculosis, se administra en una dosis de 0,1 cc al recién nacido dentro de las 24 horas de nacimiento. Teniendo en consideración el peso a partir de 2500 gramos a más; y sin cuadro clínico manifiesto. En caso que se detecte un niño menor de 12 meses que no ha sido vacunado con BCG, deberá aplicarse la vacuna en aquellos niños entre 1 a 4 años, 11 meses, 29 días y son contactos de casos de TB pulmonar deben recibir la terapia preventiva con isoniacida (quimioprofilaxis) al término del esquema de administración deberá aplicarse la vacuna BCG.

Vacuna contra la hepatitis B

Es una vacuna inactivada recombinante, se administra una dosis de 0,5 cc al recién nacido inmediatamente durante las primeras 12 horas hasta un máximo de 24 horas de nacimiento. Se vacuna a los recién nacidos sanos que tengan un peso igual o mayor de 2000 gramos. La vacuna es de presentación monodosis, y se administra por vía intramuscular en el tercio medio del músculo vasto externo del muslo.

Vacuna pentavalente

Vacuna combinada contiene cinco antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivadas de Bordetella pertussis, polisacárido conjugado de Haemophilus Influenza tipo b y antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. Se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente, cada dosis comprende la administración de 0,5 cc por

vía intramuscular en la cara antero lateral externo del muslo. Los niños que no han completado su esquema de vacunación en las edades que corresponde, podrán completar el esquema hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, con un intervalo de dos meses entre dosis y dosis.

Vacuna toxoide diftrotétano pediátrico

La vacuna DT pediátrico es una vacuna combinada que contiene dos antígenos. Se administra en los menores de cinco años que han presentado reacciones adversas a la aplicación de la primera dosis de vacuna Pentavalente o DPT, se aplica en dos dosis con intervalos de dos meses, cada dosis de 0,5 cc administrada por vía intramuscular.

Vacuna Haemophilus Influenza de tipo B (HIB)

La vacuna HIB en el menor de cinco años, se administra a los niños que han presentado reacciones adversas a la aplicación de la primera dosis de vacuna Pentavalente, se aplica en dos (02) dosis con intervalos de dos meses, cada dosis de 0,5 cc por vía intramuscular.

Vacuna contra la poliomielitis (IPV)

Es una vacuna inyectable, de presentación multidosis y monodosis, se administra a los 2 y 4 meses de edad. Cada dosis de 0,5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral externo del muslo. Aquellos niños que constituyen población en riesgo, por ser portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o nacidos de madres portadoras de VIH, deberán recibir exclusivamente las 3 dosis de la vacuna IPV.

Vacuna antipolio oral (APO).

Es una vacuna de virus vivo atenuado de presentación multidosis, se administra tres dosis, a los 6 meses, 18 meses y 4 años de edad. Cada dosis comprende 02 gotas de la vacuna por vía oral.

Vacuna contra rotavirus

Es una vacuna de virus vivos atenuados, se administra por vía oral, indicada para la prevención de diarrea severa por rotavirus en menores de 8 meses de edad. No se debe aplicar después de los 8 meses.

La vacuna contra Rotavirus se aplica en dos (02) dosis en el 2do y 4to mes, de presentación monodosis, cada dosis de 1,5 cc por vía oral. Cuando la vacunación con rotavirus no se administró con oportunidad, el niño o niña podrá iniciar la primera dosis hasta los 5 meses con un intervalo mínimo de 1 mes para la aplicación de la segunda dosis.

Vacuna contra neumococo

Vacuna Antineumocócica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de dos años, previene las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media, o niños hasta los 12 meses, 3 dosis: al 2do mes, 4to mes y 12 meses. Se aplica 0.5cc, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. Niños entre 12 y 23 meses y 29 días no vacunados previamente 2 dosis con intervalo de al menos 1 mes entre dosis. Cada dosis de 0,5 cc por vía

intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. Niños de 2 años a 4 años, con comorbilidad no vacunados previamente, 1 dosis de 0,5 cc por vía intramuscular en la región deltoidea.

Vacuna contra Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)

Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se administra dos dosis a los niños menores de cinco años: la primera a los 12 meses y la segunda a los 18 meses de edad respectivamente. La vacuna es de presentación monodosis y multidosis, se administra 0,5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de la región deltoidea. Los niños que no hayan completado su esquema de vacunación con la vacuna SPR en las edades que corresponden, deberán recibir las dosis faltantes hasta los 4 años, 11 meses y 29 días; con intervalo mínimo de 6 meses entre dosis y dosis.

Vacuna antiamarílica (AMA)

La vacuna contiene virus vivo atenuado, se aplica a los 15 meses de edad de manera universal en todo el país. Se administra una dosis de 0,5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de la región deltoidea. Para la población de áreas endémicas y expulsoras de migrantes a zonas endémicas comprendidas entre los 2 años y 59 años 11 meses y 29 días no vacunados deberá recibir una dosis descrita anteriormente. Las personas que se trasladen a zonas de riesgo de fiebre amarilla, deberán vacunarse con un margen mínimo de 10 días antes de viajar. La duración de la protección de una dosis de vacuna es de por vida, no es necesario revacunar. Está contraindicada en pacientes con problemas de inmunidad.

Vacuna contra la Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)

Esta vacuna triple bacteriana, se administra como refuerzo en los niños de 18 meses y 4 años, 11 meses y 29 días, solo como primera y segunda dosis de refuerzo respectivamente, se administra por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. La vacuna es de presentación multidosis. De no recibir el segundo refuerzo en la edad correspondiente hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, ya no se aplicará la vacuna DPT. A partir de los 5 años debe administrarse la vacuna Toxoide Diftotetánica (dT).

Vacuna contra influenza

Es una vacuna trivalente de virus inactivado, incluye dos cepas de influenza A y una cepa de influenza B (actualmente incluye AH1N1 yAH3N2). Se destaca la importancia de realizar la vacunación anual antes de la época de invierno de acuerdo a la zona. La protección se obtiene generalmente en dos a tres semanas luego de administrada la vacuna. La duración de la inmunidad después de la vacunación es de un año, de acuerdo a la correspondencia existente entre las cepas circulantes y las contenidas en la vacuna. Se administra a los niños de 7 a 23 meses y 29 días, dos dosis de 0,25 cc con intervalo de un mes por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa de muslo.

Vacunación oportuna

Permite calcular el número y porcentaje de niños que completaron su esquema de 3 dosis de pentavalente más 2 dosis de rotavirus a los seis meses de edad. El denominador lo constituyen todos los niños menores de un año que recibieron sus 3 dosis de vacunación¹⁵.

Se conoce como oportunidad perdida de vacunación a todas aquellas situaciones en las que un niño con su madre o acompañante concurren a una unidad, puesto de salud o son visitados por las brigadas de vacunación en su localidad (en un puesto de vacunación o con visitas casa a casa) y no se le aplica las vacunas necesarias, a pesar de no tener contraindicaciones.

Las causas de oportunidades perdidas se pueden agrupar en 3 grandes grupos:

- Falsas contraindicaciones: fiebre, diarrea, vómito, resfrío o tos.
- Actitud del personal: resistencia a abrir un frasco por un niño, no ofrecen el servicio, no consultan sobre el esquema de los niños.
- Logística y organización del servicio (desabastecimiento de vacunas, horarios y días de vacunación, personal ausente o poco capacitado).

El propósito de las estrategias para evitar oportunidades perdidas de vacunación debe ser:

- Aprovechar las oportunidades que se presenten para vacunar a la población especialmente a los niños, adolescentes, las mujeres en edad fértil (15 a 44 años) y mayores de 60 años.
- Todo niño debe recibir oportunamente los servicios de vacunación.

Debe consistir en:

- Involucrar activa y conscientemente al personal institucional y a la población en general en las actividades de vacunación.
- Programación adecuada de biológicos y otros insumos.

- Instalar la unidad de vacunación en un lugar adecuado, cerca de la puerta de entrada o de la salida debidamente señalizada.
- Programación adecuada de biológicos y otros insumos.
- Evitar los horarios restrictivos a la vacunación.
- Participación activa de los profesionales de salud, involucra a todo el personal de salud en las actividades de vacunación.
- El personal de salud debe estar capacitado y tener siempre oportunidad de actualizarse mediante lectura de reportes técnicos, asistencia a charlas, a conferencias, cursos y participar en reuniones del personal para el análisis del desempeño.
- Modificar las actitudes del personal de salud para que la vacunación sea activa y no pasiva mejorando la comunicación entre profesionales de salud y la comunidad. Y, lo más importante: ganarse la confianza de la población¹⁴.

2.2.1.3. Cumplimiento del calendario de vacunación

Niño menor de cinco años que ha recibido todas las vacunas del Esquema Nacional de Vacunación según cronograma estipulado para su edad.

2.2.1.4. Esquema Nacional de Vacunación

El esquema Nacional de Vacunación contempla la administración de vacunas entre actividades regulares y complementarias de vacunación¹⁴.

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Niños menores de un año	Recién nacido	BCG
	Recién nacido	HVB monodosis
	2 meses	1ra dosis Pentavalente 1ra dosis Antipolio inactivada inyectable (IPV) 1ra dosis Vacuna contra rotavirus** 1ra dosis Antineumocócica
	4 meses	2da dosis Pentavalente 2da dosis Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2da dosis Vacuna contra rotavirus** 2da dosis Antineumocócica
	6 meses	3ra dosis Pentavalente Dosis única Antipolio APO
Niños desde los 7 a 23 meses	A partir de los 7 meses	1ra dosis Influenza
	Al mes de la primera dosis de Influenza	2da dosis Influenza
Niños de un año	12 meses	1ra dosis SPR 3ra dosis Antineumocócica
	15 meses de edad	Una dosis de Vacuna Antiamarílica
	18 meses de edad	Primer refuerzo de vacuna DPT 1er refuerzo Antipolio APO Segunda dosis de SPR
Niños de 2, 3 y 4 años con Comorbilidad	2,3,4 años 11 meses y 29 Días	Una dosis Influenza (***) Una dosis Antineumocócica (***)
Niños de 4 años	4 años hasta 4 años 11 meses 29 días	2do. refuerzo DPT 2do. refuerzo Antipolio oral

FUENTE: NTS N° 080- MINS/A7DGSP V.03

2.2.1.5. Aplicación del esquema nacional de vacunación

El estado peruano a través del Ministerio de Salud (MINS/A), garantiza la aplicación oportuna del Esquema Nacional de Vacunación. Es de carácter obligatorio para todo el territorio nacional, y para todas las entidades públicas, privadas y mixtas del sector salud.

2.2.1.6. Gratuidad del Esquema Nacional de Vacunación

El Estado garantiza la gratuidad de las vacunas y su administración en las actividades regulares y complementarias del Esquema Nacional de Vacunación¹⁴.

2.2.1.7. Calendario de vacunación

Es la secuencia cronológica de vacunas que se administra sistemáticamente a toda la población en un país o área geográfica con el fin de obtener una inmunización adecuada en la población frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficaz. Estos calendarios se van modificando en función de la disponibilidad de nuevas vacunas y de la evolución de la situación epidemiológica de las diferentes enfermedades prevenibles mediante vacunación¹⁶.

2.2.1.8. Carné de vacunación

Es un documento personal tanto para niños como adultos vacunados, es importante valorarlo y cuidarlo. Instrumento fundamental para la evaluación y seguimiento del Programa de vacunación, además facilita la interpretación de los padres sobre el estado de vacunación de sus hijos, permite conocer las fechas de cumplimiento de las citas de vacunación previniendo retrasos en el esquema de vacunación¹⁷.

2.2.2. Factores socioculturales

2.2.2.1. Factores sociales

Conjunto de normas, leyes, principios que determinan o influyen en el proceder o comportamiento de los individuos de una sociedad. Aquellas cualidades, que sirven para

distinguir a alguien o algo de sus semejantes. Comprende: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, y procedencia.

Edad

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento; marca hechos trascendentales en nuestra vida o también, se define como la capacidad para mantener los roles personales y la integración del individuo en la comunidad, para lo cual, es necesario mantener niveles razonables de capacidad física y mental.

Estado civil

Definida como la condición conyugal de la madre y su relación con los derechos civiles.

Se medirá a través de los siguientes índices:

- Soltera: aquella persona que no se encuentran comprometida legalmente con otra.
- Casado: persona que ha contraído matrimonio civil o eclesiástico.
- Conviviente: término que se utiliza para aquella persona que convive junto a su pareja por más de 2 años.
- Viuda: aquella persona que no tiene pareja producto de la muerte del cónyuge¹⁸.

Grado de Instrucción

Definida como el nivel de estudio sistemático escolarizado y constituye el último grado cursado y aprobado por la persona. Se medirá a través de los siguientes índices:

- Primaria: cuando la persona ha cursado educación primaria completa o incompleta.
- Secundaria: la persona ha cursado educación secundaria completa o incompleta.

- Superior: cuando la persona refiere que ha cursado educación superior técnica o universitaria completa o incompleta.

Ocupación

Empleo o actividad que ejerce la persona sea remunerado o no, se clasifica en:

Trabajador independiente

Es aquella persona que no está vinculada a una empresa mediante un contrato de trabajo, sino mediante un contrato de servicios y es remunerado bajo la figura de honorarios o comisiones. Estas personas, tienen un tratamiento especial desde el punto de vista tributario e incluso de seguridad social¹⁹.

Trabajadora dependiente:

Toda persona natural que preste servicios personales en el proceso social de trabajo bajo dependencia de otra persona natural o jurídica. La prestación de su servicio debe ser remunerado²⁰.

Lugar de procedencia

Es el medio natural, en el cual la persona nace y vive con sus tradiciones y costumbres: de la costa, sierra y selva. Cada miembro de su grupo presenta características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque cambian cuando emigran de un lugar a otro, adaptándose al medio social donde migra. Las personas de la sierra generalmente presentan actitudes de desconfianza hacia los demás, limitando su posibilidad de comunicación y están más sujetos a sus hábitos y costumbres propios de

su territorio. En cambio, los de la costa son más extrovertidos y han superado sus hábitos y costumbres de sus antecesores por tener un ritmo de vida ligero, rápido especialmente en las grandes ciudades²¹.

Urbano

Es aquella porción geográfica altamente poblada, característica de las grandes ciudades acompañadas del comercio y la tecnología, el turismo y muchas veces, las desigualdades sociales. El criterio para considerar zona urbana, es a partir de 2000 habitantes aproximadamente²².

Rural

Es aquella área geográfica ubicada a las afueras de la ciudad. Es decir, cualquier zona que no pertenezca a la ciudad es rural. Las zonas rurales se caracterizan por contar con una densidad poblacional bastante baja, a menudo con viviendas aisladas o asentamientos pequeños de gente²³.

Periferie

Es aquella proporción geográfica que se encuentra a las afueras de la ciudad donde la gente vive en extrema pobreza, algunos han vivido ahí toda su vida desde que nacieron en ese lugar, pero muchas personas emigran de esta zona por la falta de empleo y posibilidades de desarrollo buscando algo mejor para ellos y sus hijos, pero son golpeados por la discriminación de la ciudad, obligados a vivir en los cinturones de pobreza de las zonas urbanas²⁴.

La accesibilidad de los servicios de salud

Representa la capacidad del paciente para obtener, cuando necesita cuidado de salud, de manera conveniente²⁵. En el acceso a los servicios de salud interactúan condiciones como: la accesibilidad económica, geográfica, organizacional y cultural.

Accesibilidad económica

Se refiere a la capacidad financiera de las personas para costear la atención en los servicios de salud. Cuando la persona no está en condiciones económicas para utilizar este servicio no puede ser considerado accesible²⁶. En el estudio, esta dimensión no se mide porque la población objeto de estudio se encuentran afiliadas al Seguro Integral de Salud, y por ser un sistema público la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones es gratuita a nivel nacional.

Accesibilidad geográfica

Está relacionada con la distancia entre los beneficiarios, los servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles²⁷. Esta accesibilidad depende del número y de la ubicación de los establecimientos de salud. En el medio rural, la proporción de la población reside a menos de 5 kilómetros de un puesto de salud, pero la medida suele ser compleja, si existe la presencia de un centro de salud en una localidad sin médico, por lo que se considera poco útil. Además, indica que uno de los factores de los esquemas incompletos de vacunación es la residencia a más de 3 km y el tener que trasladarse a pie o en vehículo²⁸.

Accesibilidad organizacional

Está comprendido por los siguientes indicadores: recursos humanos, materiales, horario de atención y el tiempo de espera.

Recurso humano

Chiavenato²⁹ conceptualiza el recurso humano como “una capacidad desarrollable, susceptible de transformarse en una ventaja competitiva de la (...) [organización]”. Las personas no son recursos que la organización consume, utiliza y producen costos; por el contrario, las personas constituyen un factor de competitividad de la misma forma que el mercado y las tecnologías. En consecuencia, para el autor “es mejor hablar de gestión del personal para resaltar la gestión con las personas -como socios- y no sobre las personas como meros recursos”. Las personas bajo sus concepciones invierten dedicación, esfuerzo,²⁹ responsabilidad y compromiso con la esperanza de recibir retornos de estas inversiones.

Mientras tanto, Davenport³⁰ conceptualiza los recursos humanos como “inversores de capital humano en lugar de activos”. Además, establece un vínculo entre el individuo y la organización, con independencia de la propiedad, del paternalismo o de una lealtad ciega. Para él, el lazo que los liga deriva de la capacidad y voluntad de cada uno para proporcionar beneficios al otro. La relación supone un provecho mutuo sin que ninguna de las dos partes prospere a costa de la otra.

Se puede decir, que ambos autores consideran a los recursos humanos como inversores del capital humano, esfuerzos, dedicación, responsabilidad, compromiso, con mutuo intereses de éxitos y reciprocidad. En este enfoque, se observa la relación entre los recursos humanos y la organización.

Recursos materiales

Son bienes tangibles que disponen una institución, empresa u organización con el fin de cumplir y lograr sus objetivos como: instalaciones, materia prima como, equipos, herramientas, disponibilidad del biológico e insumos entre otros³¹.

Horarios de atención

Está vinculado al periodo temporal durante el que se lleva a cabo una actividad. Los responsables de los establecimientos de salud deben evaluar los horarios de vacunación al menos una vez al año y modificarlos, si fuera necesario, para responder a las necesidades de las madres.

Tiempo de espera

Es el tiempo transcurrido desde la hora de cita programada hasta el momento en que el paciente es atendido en el servicio solicitado, catalogándose el tiempo de espera como uno de los indicadores de calidad de atención³¹. Maldonado³² señala que el elevado tiempo de espera es causa de insatisfacción. La satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud, debido a que un alto nivel de satisfacción promueve conductas positivas tales como conformidad y continuidad con los proveedores de salud. Es decir, evaluar la satisfacción del usuario puede ayudar a la mejora continua de la calidad de atención.

Accesibilidad cultural

Es considerada como una interfaz social, es decir, como un espacio conflictivo en el que se articulan marcos de sentido diferentes, en este caso el de los profesionales y el de los

pacientes. Esto permite abordar los procesos complejos de apropiación, traducción y reconfiguración de los conocimientos y recomendaciones que se dan en este vínculo. Esta categoría es de análisis del estudio³³.

2.2.2. Factores culturales

La cultura se expresa a través de las manifestaciones de un pueblo: tradiciones, costumbres, creencias, conocimientos. Y son determinantes en la formación de la personalidad y el desarrollo de los seres humanos. La cultura forma parte del medio social con el que interacciona el individuo humano desde el nacimiento hasta la muerte.

Tradiciones.

Es cuando una generación hereda de las anteriores. El conjunto de prácticas, regidas normalmente por reglas manifiesta o aceptada tácitamente y de naturaleza ritual o simbólica, que buscan inculcar ciertos valores y normas de comportamiento por medio de la repetición, lo que implica de manera automática una continuidad con el pasado³⁴.

Costumbres

Es una práctica social arraigada, también, es la repetición constante de ciertos actos o modos de obrar, dentro de una colectividad, con la convicción de su necesidad.

Creencia

Es el sentimiento de certeza sobre el significado de algo percibida como afirmación personal que consideramos verdadera, las creencias, que en muchos casos son subconscientes, afectan a la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás, de las cosas y situaciones que nos rodean.

Las creencias son una fuerza muy poderosa dentro de la conducta. Si una persona cree que puede hacer algo, lo hará, y si cree que es imposible hacerlo, ningún esfuerzo por grande que este sea logrará convencerlo de que se puede realizar. La persona tiene creencias que le sirven como recurso y también creencias que le limitan. Las creencias se pueden moldear, influir e incluso determinar el grado de inteligencia, la salud, la creatividad, la manera en que se relaciona e incluso el grado de felicidad y de éxito. Los padres consideran que las vacunas que se aplica a sus niños son dolorosas, aunque las inyecciones cada vez se ejecutan de forma más adecuada y experta, sigue siendo una experiencia no deseada por los niños, la espera, y el miedo fomentan este sentimiento de rechazo tanto en los niños como en sus padres³⁵.

La negativa de los padres de familia hacia la aceptación de la inmunización es marcada ya que aducen que luego de la aplicación de la vacuna el niño se enferma. Además, creen que los niños están protegidos contra enfermedades prevenibles por vacunas por un ser religioso o sobrenatural que vela por ellos; y que los niños están completamente protegidos porque recibieron algunas vacunas, y que estas causan esterilización.

Por ello, los profesionales de la salud deben dar a conocer a la población el objetivo final de las vacunas que es proporcionar protección y disminuir el índice de morbi-mortalidad.

Conocimiento

Bunge³⁶ define como un conjunto de ideas, conceptos, que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario y vulgar. El conocimiento se adquiere como consecuencia de la captación del objeto, se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros.

Información acerca de las vacunas:

Gran parte de los padres carecen de información fidedigna sobre inmunizaciones y los servicios, desconocen la importancia que tienen los biológicos, consideran que si la vacuna fuera realmente importante, el personal de salud vendría a su casa o a su comunidad como lo hacen durante las campañas. Además, no tienen conocimiento que el niño puede ser vacunado en cualquier unidad de salud del país, y que la vacuna en los servicios de salud es gratuita.

Los trabajadores de salud tienen un rol particularmente importante en mejorar el nivel de conciencia de las personas y brindar información a las poblaciones beneficiarias. La información a los padres se debe dar en términos generales: vacunas y enfermedades que previenen, calendario de vacunación, importancia de recibir a tiempo; todo ello, en lenguaje adecuado; es una medida eficaz.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. **Ámbito de estudio**

El distrito de San Ignacio es uno de los siete distritos de la provincia de San Ignacio, el cual pertenece al departamento de Cajamarca. Limita por el norte con Ecuador, por el sur con el distrito de Chirinos; por el este con el distrito de San José de Lourdes y, por el oeste con el distrito de Namballe. Tiene una superficie de 381,88 km² y una altitud de 1324 m.s.n.m.

El Centro de Salud de San Ignacio se encuentra ubicado en la Av. Abelardo Quiñones, sector Santiago; pertenece al Ministerio de Salud es de primer nivel de atención categoría I-4, según Resolución Directoral N°111-2011-GR.CAJ-DSRSJ-DG/OE-GD-RR.HH de fecha 14 de febrero del 2011, cuenta con una área de 10 007,19 m². La población infantil que se atiende aproximadamente al año es de 5 166 atendidos y 35 744 atenciones con una distribución geográfica dispersa y algunos con difícil acceso al establecimiento de salud debido a que sus viviendas se encuentran ubicadas en zonas distantes y dispersas. Los servicios que presta son prevención de riesgo y promoción de la salud e internamiento.

La atención asistencial ofrece los servicios de: Medicina General, Consultas Odontológicas, Obstetricia, Psicología, Nutrición, Estrategia de Control y Prevención de Tuberculosis, También cuentan con los servicios de: Farmacia, Laboratorio, Ecografía, Rayos “X”, Admisión, Consultorio de Enfermería donde se realiza la atención de crecimiento y desarrollo, así como la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones, que cuenta con cuatro profesionales de enfermería.

3.2. Población, muestra, unidad de análisis y unidad de observación

3.2.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por 1 360 madres de niños menores de cinco años, según registro oficial del Centro de Salud San Ignacio en el año 2016. Se consideró criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Niños menores de cinco años inscritos en la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones del Centro de Salud de San Ignacio.
- Madres con niños menores de cinco años que residen seis meses como mínimo en el distrito de San Ignacio.

Criterios de exclusión

- Hijos de madres con VIH.

3.2.2 Muestra

La muestra se obtuvo a través de la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas donde la confiabilidad Z: 1,96, error E: 0,05, proporción estimada p: 0,5 y complemento de la proporción estimada q: 0,5. La muestra quedó conformada por 300 madres de niños menores de cinco años (Apéndice 1), determinada probabilísticamente utilizando el muestreo estratificado.

3.2.3. Unidad de análisis

Cada una de las madres de los niños menores de cinco años.

3.2.4 Unidad de observación

Cada uno de los niños menores de cinco años que conformaron la muestra.

3.3. Tipo y diseño de investigación

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal.

Cuantitativo porque los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de los datos investigados son expresados cuantitativamente, se utilizó la prueba estadística para probar la hipótesis planteada y dar respuestas al problema de investigación.

Descriptivo, porque permitió, observar, registrar y describir las variables objeto del estudio de manera independiente.

Correlacional, porque consistió en relacionar las variables características socioculturales y el cumplimiento oportuno del calendario de vacunación en los niños menores de cinco años del Centro de Salud de San Ignacio.

Transversal, porque permitió observar, registrar y describir el comportamiento de las variables, factores socioculturales y el cumplimiento oportuno del calendario de vacunación en un tiempo determinado³⁷.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica para la recolección de datos fue la entrevista y el instrumento guía de entrevista (Apéndice 2), a través del cual se obtuvo la información sobre las características socioculturales de las madres de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud de San Ignacio y para la variable cumplimiento oportuno del esquema de vacunación se verificó mediante la técnica lista de cotejo y el instrumento guía de lista de cotejo. (Apéndice 3)

Los ítems indican 0 (-) y 1 (+), expresa incumplimiento o cumplimiento del esquema de vacunación según la edad del niño.

Para determinar la variable factores culturales, se trabajó los siguientes puntos de cortes para su evaluación:

Puntaje de conocimientos:

De 4-6 Conocimiento adecuado y menor a 3 conocimiento inadecuado

Puntaje de costumbres:

De 7 conocimiento adecuado y menor a 6 conocimiento inadecuado.

Puntaje de creencias:

De 6 a 12 conocimiento adecuado y menor de 5 conocimiento inadecuado.

Para controlar la calidad de la información, antes del trabajo de campo se validó el instrumento mediante juicio de expertos (Apéndice 4) que estuvo conformado por tres especialistas en el tema con el fin de evaluar claridad, precisión, pertinencia, congruencia de los ítems, amplitud del contenido, redacción de los ítems y se realizaron los ajustes

correspondientes. Posteriormente se hizo la prueba piloto a un grupo de participantes equivalente al diez por ciento de la muestra seleccionada para el estudio, con el fin de analizar la coherencia interna en la redacción de las preguntas. Los resultados fueron evaluados con el método de intercorrelación de ítems cuyo coeficiente alfa de Cronbach alcanzó una confiabilidad de 0.835 (Apéndice 5), que significa que es confiable para su aplicación en el estudio.

Para tal efecto, se solicitó por medio de la coordinación de la Escuela de Posgrado el permiso al Director del Centro de Salud de San Ignacio con el fin de obtener la autorización respectiva e informar el objetivo de la investigación (Apéndice 6), posteriormente se solicitó permiso a la enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones para que brinde las facilidades respecto a la dirección del domicilio de las madres de los niños menores de cinco años, asimismo, la recolección de los datos se realizó previa autorización de la entrevistada a través del consentimiento informado (Apéndice 7). El instrumento fue aplicado por la investigadora según disponibilidad de las madres.

3.5. Procesamiento y análisis de los datos

Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 21.0. Para la medición de la variable se utilizó el análisis univariado mediante la estadística descriptiva, a través de porcentaje, frecuencia absoluta presentando en tablas estadísticas. Posteriormente, se realizó el análisis bivariado, para determinar la correlación de las variables, mediante la prueba estadística de chi-cuadrado(X^2).

3.6. Aspectos éticos de la investigación

Principio de respeto a la dignidad humana, este principio tiene que ver con la Autodeterminación. Las participantes del estudio decidieron sin presión, si participan o no en la investigación, luego de conocer los objetivos del estudio. A través del consentimiento informado expresaron su decisión de participar en el estudio.

Principio de justicia, las participantes del estudio recibieron un trato justo y no discriminatorio y se tuvo cuidado de no afectar la salud física y mental de las participantes en todo el proceso de la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1. Factores socioculturales de las madres de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud de San Ignacio.

Tabla 1. Factores sociales de las madres de los niños menores de 5 años

Edad	< 1 año		1 año		2 años		3 años		4 años	
	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15 - 19 años	7	13,5	6	10,3	4	5,8	2	3,2	2	3,4
20 - 24 años	8	15,4	23	39,7	18	26,1	19	30,2	11	19,0
25 - 29 años	16	30,8	11	19,0	23	33,3	15	23,8	15	25,9
30 - 34 años	11	21,2	10	17,2	11	15,9	8	12,7	10	17,2
35 a más años	10	19,2	8	13,8	13	18,8	19	30,2	20	34,5
Estado civil										
Soltera	5	9,6	9	15,5	8	11,6	5	7,9	3	5,2
Casada	4	7,7	4	6,9	6	8,7	8	12,7	4	6,9
Conviviente	43	82,7	45	77,6	55	79,7	50	79,4	51	87,9
Grado Inst.										
Primaria	22	42,3	17	29,3	14	20,3	21	33,3	20	34,5
Secundaria	24	46,2	36	62,1	47	68,1	33	52,3	33	56,9
Superior	6	11,5	5	8,6	8	11,6	9	14,3	5	8,6
Ocupación										
Trab.Indep.	6	11,5	9	15,5	11	15,9	18	28,5	9	15,5
Ama de casa	44	84,6	48	82,8	56	81,2	45	71,4	48	82,8
Estudiante	2	3,8	1	1,7	2	2,9			1	1,7
Procedencia										
Rural	26	50,0	30	51,7	32	46,4	27	42,9	30	51,7
Periferie	17	32,7	-	-	4	5,8	1	1,6	2	3,4
Urbano	9	17,3	28	48,3	33	47,8	35	55,6	26	44,8
Acces. Servicios.:										
-Acces. Geográf..										
Ambos	10	19,2	14	24,1	24	34,8	19	30,2	14	24,1
Vehículo	29	55,8	30	51,7	33	47,8	35	55,6	27	46,6
Caminando	13	25,0	14	24,1	12	17,4	9	14,3	17	29,3
-Acces.Organiza										
Tiempo de espera										
> 30 minutos	45	86,5	56	96,6	63	91,3	59	93,7	54	93,1
Igual a 30 minutos	6	11,5	2	3,4	5	7,2	3	4,8	4	6,9
< 30 minutos	1	1,9	-	-	1	1,4	1	1,6	-	-
TOTAL	52	100,0	58	100,0	69	100,0	63	100,0	58	100,0

Los resultados encontrados en la variable factores sociales muestran que el 92,3 %, de las madres de niños menores de cinco años tienen edad que oscila entre 20 a 35 años a más; el 81,3 % con estado civil conviviente; el 57,6 % tienen secundaria completa; el 80,3 % se dedican a las tareas del hogar; el 48,3 % proceden del área rural; el 51,3 % acceden a los servicios de salud en vehículos y el 92,3 % esperan de 30 minutos a más para ser atendidos.

Tabla 2. Factores culturales de las madres de niños menores de cinco años

Factores culturales	< 1 año		1 año		2 años		3 años		4 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Nº	%
Costumbres										
Adecuado	2	3,8	4	6,9	6	8,7	6	9,5	6	10,3
Inadecuado	50	96,2	54	93,1	63	91,3	57	90,5	52	89,7
Creencias										
Adecuado	-	-	3	5,2	-	-	1	1,6	-	-
Inadecuado	52	100,0	55	94,8	69	100,0	62	98,4	58	100,0
Conocimientos										
Adecuado	-	-	-	-	1	1,4	-	-	2	3,4
Inadecuado	52	100,0	58	100,0	68	98,6	63	100,0	56	96,6
TOTAL	52	100,0	58	100,0	69	100,0	63	100,0	58	100,0

Al observar la variable factor cultural (Tabla 2) de las madres de niños menores de cinco años en lo que respectan a las costumbres (92,0 %), creencias (98,0 %,) y conocimientos (99 %) son inadecuadas.

4.1. 2. Cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en los niños atendidos en el Centro de Salud San Ignacio

Tabla 3. Cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de cinco años

Cumplimiento del esquema de vacunación	<1 año		1 año		2 años		3 años		4 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Nº	%
No cumplió	8	15,4	16	27,6	50	72,5	51	81,0	39	67,2
Cumplió	44	84,6	42	72,4	19	27,5	12	19,0	19	32,8
TOTAL	52	100,0	58	100,0	69	100,0	63	100,0	58	100,0

En la tabla 3, se observa que el 78,1 % de las madres de niños menores de un año y de un año cumplieron con el esquema de vacunación; y el 73,6 % de las madres de niños de dos a cuatro años no cumplieron con el calendario de vacunación.

4.1.3. Factores socioculturales y cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud San Ignacio.

Tabla 4. Factores sociales y cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de un año y un año.

Factores Sociales	Esquema de vacunación									
	Menor de 1 año				p – valor	Niño de 1 año				p-valor
	No cumplió		Cumplió			No cumplió		Cumplió		
Nº	%	N	%	N	%	N	%			
Edad										
15 - 19 años	-	-	7	15,9	0,027	1	6,2	5	11,9	0,633
20 - 24 años	4	50,0	4	9,1		5	31,2	18	42,9	
25 - 29 años	3	37,5	13	29,5		5	31,2	6	14,3	
30 - 34 años	-	-	11	25,0		3	18,8	7	16,7	
35 a más años	1	12,5	9	20,5		2	12,5	6	14,3	
Estado civil										
Soltera	-	-	5	11,4	0,543	2	12,5	7	16,7	0,913
Casada	1	12,5	3	6,8		1	6,2	3	7,1	
Conviviente	7	87,5	36	81,8		13	81,2	32	76,2	
Ocupación										
Trab. Independiente	1	12,5	5	11,4	0,003	2	12,4	7	16,7	0,264
Ama de casa	5	62,5	39	88,6		14	87,5	34	81,0	
Estudiante	2	25,0	-	-		-	-	1	2,4	
Grado de instrucción										
Primaria	2	25,0	20	45,5		4	25,0	13	31,0	0,708
Secundaria	5	62,5	19	43,2	0,677	10	62,5	26	61,9	
Superior	1	12,5	5	11,3		2	12,5	3	7,2	
Procedencia										
Rural	5	62,5	21	47,7	0,743	9	56,2	21	50,0	0,670
Urbano marginal	2	25,0	15	34,1						
Urbano	1	12,5	8	18,2		7	43,8	21	50,0	
Accesibilidad al servicio:										
-Acceso geográfico										
Vehículo	4	50,0	25	56,8	0,029	8	50,0	22	52,4	0,987
Caminando	-	-	13	29,5		4	25,0	10	23,8	
Ambos	4	50,0	6	13,6		4	25,0	10	23,8	
-Acceso organizacional										
Tiempo de espera										
> 30 minutos	6	75,0	39	88,6	0,059	16	100,0	40	95,2	0,374
Igual a 30 minutos	1	12,5	5	11,4		-	-	2	4,8	
< 30 minutos	1	12,5	-	-						
TOTAL	8	100,0	44	100,0		16	100,0	42	100,0	

Después de analizar la relación entre los factores sociales y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación (Tabla 4), los resultados confirman que el 29,5 % de las madres de niños menores de un año tienen entre 25 a 29 años de edad, cumplieron con el esquema de vacunación. Existe relación directa entre edad de la madre y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en los niños menores de un año $p < 0,05$. El 62,4 % de las madres de niños de un año tienen entre 20 a 29 años de edad. No existe relación directa entre edad de la madre y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de un año $p > 0,05$.

Las madres de niños menores de un año (81,8 %) y de un año (81,2 %), que tienen estado civil conviviente, cumplieron y no cumplieron con el esquema de vacunación respectivamente. No se encontró asociación directa entre el estado civil de la madre y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación $p > 0,05$.

Respecto a la ocupación, las madres de niños menores de un año (88,6 %) y de un año (87,5 %), que se dedican a las tareas del hogar cumplieron y no cumplieron con el esquema de vacunación respectivamente. Existe relación directa entre la ocupación y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños menores de un año de edad $p < 0,05$, y no existe relación directa entre la ocupación y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de un año de edad $p > 0,05$.

En relación al grado de instrucción, el 45,5 % de las madres de niños menores de un año tienen primaria cumplieron con el esquema de vacunación y el 62,5 % y 61,9 % de las madres de niños de un año de edad, no cumplieron y cumplieron con el esquema de vacunación respectivamente. No existe relación directa entre el grado de instrucción y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en los niños menores de un año y de un año $p > 0,05$.

En cuanto a la procedencia, el 58,3 % de las madres de los niños menores de un año y de un año que proceden de la zona rural no cumplieron con el esquema de vacunación. No existe relación directa entre la procedencia y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en los niños menores de un año y un año de edad $p > 0,05$.

Las madres de niños menores de un año (56,8 %) y de un año (52,4 %) que acuden al servicio en vehículo cumplieron y no cumplieron con el esquema de vacunación. Existe relación directa entre la accesibilidad geográfica y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños menores de un año $p < 0,05$. Y no existe relación directa entre la accesibilidad geográfica y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de un año de edad $p > 0,05$.

En cuanto al tiempo de espera, las madres de niños menores de un año (88,6 %) y de un año (100 %), que esperan más de 30 minutos, cumplieron y no cumplieron con el esquema de vacunación. No existe relación directa entre el tiempo de espera y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños menores de un año y de un año $P > 0,05$.

Tabla 5. Factores sociales y cumplimiento del esquema de vacunación en los niños de dos y tres años de edad.

Edad	Esquema de vacunación									
	Niños de 2 años					Niños de 3 años				
	No cumplió		Cumplió		p-valor	No cumplió		cumplió		p-valor
Nº	%	N	%	N		%	N	%		
15 - 19 años	4	8,0	-	-	0,293	2	3,9	-	-	0,145
20 - 24 años	15	30,0	3	15,8		13	25,5	6	50,0	
25 - 29 años	16	32,0	7	36,8		13	25,5	2	16,7	
30 - 34 años	8	16,0	3	15,8		5	9,8	3	25,0	
35 a más años	7	14,0	6	31,6		18	35,3	1	8,3	
Estado civil										
Soltera	8	16,0	-	-	0,099	4	7,8	1	8,3	0,213
Casada	3	6,0	3	15,8		7	13,7	1	8,3	
Conviviente	39	78,0	16	84,2		40	78,4	9	75,0	
Viuda						-	-	1	8,3	
Ocupación										
Trab. dependiente	1	2,0	-	-	0,449	6	11,8	-	-	0,056
Trab. Independiente	9	18,0	1	5,3		7	13,7	5	41,7	
Ama de casa	39	78,0	17	89,5		38	74,5	7	58,3	
Estudiante	1	2,0	1	5,3						
Grado de instrucción										
Primaria	11	22,0	3	15,8	0,540	17	33,3	4	33,3	0,643
Secundaria	33	66,0	14	73,7		26	50,9	7	58,3	
Superior	6	12,0	2	10,5		8	15,7	1	8,3	
Procedencia										
Rural	23	46,0	9	47,4	0,990	20	39,2	7	58,3	0,454
Periferie	3	6,0	1	5,3		1	2,0	-	-	
Urbano	24	48,0	9	47,4		30	58,8	5	41,7	
Accesibilidad al servicio:										
-Acceso geográfico										
Vehículo	28	56,0	5	26,3	0,037	26	51,0	9	75,0	0,321
Caminando	9	18,0	3	15,8		8	15,7	1	8,3	
Ambos	13	26,0	11	57,9		17	33,3	2	16,7	
-Acceso organizacional										
Tiempo de espera										
> 30 minutos	44	88,01	19	100,0	0,287	48	94,13	11	91,78	0,727
Igual a 30 minutos	5	0,02,	-	-	-	2	,9	1	,3	-
< 30 minutos	1	0	-	-		1	2,0	-	-	
TOTAL	50	100	19	100		51	100	12	100	

La tabla 5, muestra que, el 56,4 % de las madres de los niños de dos años y tres años, tienen entre 20 a 29 años de edad, no cumplieron con el esquema de vacunación. No existe relación directa y significativa entre edad de la madre y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de dos y tres años de edad $p > 0,05$.

El 78,2 % de las madres de niños de dos y tres años con estado civil conviviente, no cumplieron con el esquema de vacunación. No se encontró relación directa entre el estado civil de la madre y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en niños de dos y tres años de edad $p > 0,05$.

Respecto a la ocupación, el 76,2 % de las madres de niños menores de dos y tres años, que se dedican a las labores del hogar, no cumplieron con el esquema de vacunación. Se concluye que no existe relación directa ni significativa entre la ocupación y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de dos y tres años de edad $p > 0,05$.

En relación al nivel de escolaridad, el 66,0 % de las madres de niños de dos años y el 50,9 % de las madres de niños de tres años de edad tienen secundaria, no cumplieron con el esquema de vacunación. No existe relación directa entre el grado de instrucción y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de dos y tres años de edad $p > 0,05$.

En cuanto a la procedencia el 53,4 % de las madres niños de dos y tres años, que proceden de la zona urbana, no cumplieron con el esquema de vacunación. No existe relación directa entre la procedencia y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de dos y tres años de edad $p > 0,05$.

Respecto a la accesibilidad geográfica, el 56 % de las madres de niños de dos y 75,0 % de las madres de tres años de edad, que acuden al servicio en vehículos, no cumplieron y cumplieron con el esquema de vacunación respectivamente. Existe relación directa y significativa entre la accesibilidad geográfica y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de dos años $P < 0,05$. Y no existe relación directa y significativa entre la accesibilidad geográfica y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de tres años de edad $p > 0,05$.

En cuanto al tiempo de espera, el 100 % de las madres de niños de dos años y el 94,1% de tres años, que esperan más de 30 minutos para la atención, cumplieron y no cumplieron con el esquema de vacunación respectivamente. No existe relación directa entre el tiempo de espera y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de dos y tres años de edad $p > 0,05$.

Tabla 6. Factores sociales y cumplimiento del esquema de vacunación en niños de cuatro años de edad

Edad	Esquema de vacunación				p - valor
	No cumplió		Cumplió		
	Nº	%	Nº	%	
15 - 19 años	2	5,1	-	-	
20 - 24 años	6	15,4	5	26,3	
25 - 29 años	10	25,6	5	26,3	0,757
30 - 34 años	7	17,9	3	15,8	
35 a más años	14	35,9	6	31,6	
Estado civil					
Soltera	3	7,7	-	-	
Casada	3	7,7	1	5,3	0,301
Conviviente	33	84,6	17	89,5	
Viuda	-	-	1	5,3	
Ocupación					
Trab. Independiente	7	17,9	2	10,5	
Ama de casa	31	79,5	17	89,5	0,578
Estudiante	1	2,6	-	-	
Grado de instrucción					
Primaria	12	30,8	8	42,1	
Secundaria	23	59,0	10	52,7	0,419
Superior	4	10,3	1	5,3	
Procedencia					
Rural	20	51,3	10	52,6	
Urbano marginal	1	2,6	1	5,3	0,852
Urbano	18	46,2	8	42,1	
Accesibilidad al servicio:					
-Acceso geográfico					
Vehículo	17	43,6	10	52,6	0,626
Caminando	13	33,3	4	21,1	
Ambos	9	23,1	5	26,3	
-Acceso organizacional					
Tiempo de espera					
> 30 minutos	35	89,7	19	100,0	0,148
Igual a 30 minutos	4	10,3	-	-	
TOTAL	39	100,0	19	100,0	

En la tabla 6, se evidencia que el 35,9 % de las madres de niños de cuatro años no cumplieron con el esquema de vacunación y tienen más de 35 años de edad. No existe relación directa entre edad de la madre y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de cuatro años de edad $p > 0,05$.

El 89,5 % de las madres de niño de cuatro años con estado civil conviviente cumplieron con el esquema de vacunación. No se encontró asociación entre el estado civil de la madre y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de cuatro años de edad $p > 0,05$.

Respecto a la ocupación, el 89,5 % de las madres de niños de cuatro años que se dedican a las labores del hogar, cumplieron con el esquema de vacunación. Se concluye que no existe relación directa y significativa entre la ocupación y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de cuatro años de edad $p > 0,05$.

En relación al grado de instrucción, el 59 % de las madres de niños de cuatro años de edad tienen secundaria, no cumplieron con el esquema de vacunación. No existe relación directa entre el grado de instrucción y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de cuatro años de edad $p > 0,05$.

En cuanto a la procedencia, el 52,6 % de las madres de niños de cuatro años que proceden de la zona rural cumplieron con el esquema de vacunación. No existe relación directa entre la procedencia y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de cuatro años de edad $p > 0,05$.

Respecto al acceso geográfico, el 52,6 % de las madres de niños de cuatro años que acceden al servicio en vehículos cumplieron con el esquema de vacunación. No existe

relación directa entre la accesibilidad geográfica y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de cuatro años de edad $p > 0,05$.

En cuanto al tiempo de espera, el 100,0 % de las madres de niños de cuatro años que esperan más de 30 minutos cumplieron con el esquema de vacunación. No existe relación directa entre el tiempo de espera y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de cuatro años de edad $P > 0,05$.

Tabla 7. Factor cultural y cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de un año y de un año de edad

Factor Cultural	Menores de 1 año				p-valor	De 1 año				p-valor
	No cumplió		Cumplió			No cumplió		Cumplió		
	Nº	%	Nº	%		N	%	N	%	
Costumbres										
Adecuado	1	1,9	1	1,9	0,166	2	3,4	2	3,4	0,299
Inadecuado	7	13,5	43	82,7		14	24,1	40	69	
Creencias										
Adecuado	-	-	-	-	-	1	1,7	2	3,4	0,819
Inadecuado	8	15,4	44	84,6	-	15	25,9	40	69	
Conocimientos										
Inadecuado	8	15,4	44	84,6	-	16	27,6	42	72,4	-
Total	8	15,4	44	84,6		16	27,6	42	72,4	

La tabla 7, muestra que las madres de los niños menores de un año y de un año que presentan costumbres (75,4 %), creencias (69 %) y conocimientos (72,4 %) inadecuados, cumplieron con el esquema de vacunación. No existe relación entre el factor cultural de las madres y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de niños menores de un año y de un año de edad $p > 0,05$.

Tabla 8. Factor cultural y cumplimiento del esquema de vacunación en niños de dos y tres años de edad

Factor Cultural	Esquema de vacunación									
	No cumplió		2 años Cumplió		p-valor	No cumplió		3 años Cumplió		p-valor
Nº	%	Nº	%	N		%	N	%		
Costumbres										
Adecuado	3	4,3	3	4,3	0,197	5	7,9	1	1,6	0,876
Inadecuado	47	68,1	16	23,2		46	73,0	11	17,5	
Creencias										
Adecuado					-	1	1,6	-	-	0,625
Inadecuado	50	72,5	19	27,5		50	79,3	12	19,1	
Conocimientos										
Adecuado	1	1,4	-	-	0,535					-
Inadecuado	49	71,0	19	27,5		51	80,9	12	19,1	
Total	50	72,5	19	27,5		51	80,9	12	19,1	

La tabla 8, muestra que las madres de niños de dos y tres años, que tienen costumbres (70,4 %), creencias (75,7 %) y conocimientos (75,7 %) inadecuados, no cumplieron con el esquema de vacunación. No existe relación entre el factor cultural de las madres y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños de dos y tres años de edad $p > 0,05$.

Tabla 9. Factor cultural y cumplimiento del esquema de vacunación en niños de cuatro años.

Factor Cultural	Esquema de vacunación				p – valor
	No cumplió		Cumplió		
	Nº	%	Nº	%	
Costumbres					
Adecuado	6	10,3	-	-	0,071
Inadecuado	33	56,9	19	32,8	
Creencias					
Inadecuado	39	67,2	19	32,8	-
Conocimientos					
Adecuado	1	1,7	1	1,7	0,597
Inadecuado	38	65,5	18	31,1	
Total	39	67,2	19	32,8	

$P > 0,05$

Tabla 9, se observa que las madres de niños de cuatro años que muestran costumbres (56,9 %), creencias (67,2 %) y conocimientos (65,5 %) inadecuados, no cumplen con el esquema de vacunación. No existe relación entre el factor cultural de las madres de los niños de cuatro años y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación $p > 0,05$.

4.2. DISCUSIÓN

Al analizar la variable factores sociales, se encontró resultados similares con lo reportado por Huachaca³⁸ y Boscan¹⁰ que el mayor porcentaje de las madres encuestadas tienen edades comprendidas entre 20 a 25 años (69,9 %), pertenecen al grupo etáreo adulto joven. Robles³⁹ indicó que las madres que tienen menos de 35 años de edad son los que asisten en mayor proporción a los establecimientos de salud para la vacunación de sus niños.

El profesional de enfermería es el responsable de estimular a los padres de los diferentes grupos etáreos para que asuman con responsabilidad la salud de sus niños, y diseñen estrategias de información para el cumplimiento oportuno del calendario de vacunación, lo que permitirá asegurar la sostenibilidad de la cobertura de las vacunas y disminuir la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles.

Estado civil conviviente, este resultado encuentra sustento con lo afirmado por Luna⁴⁰ quien encontró que el 49,4 % de las madres de niños menores de cinco años, presentan unión libre. García⁴¹ señala que las madres de estado civil soltera y de unión libre, es un factor de riesgo con asociación significativa para la vacunación de los niños.

En cuanto al grado de instrucción, los resultados del estudio coinciden con los hallazgos de Pin⁴² y Huachaca³⁸ quienes concluyeron que el nivel de instrucción de las madres que

acuden con los niños al área de vacunación tiene secundaria completa. Por el contrario, Luna⁴⁰ encontró que la mayoría de las madres tienen educación superior (50,6 %). Para Bernal¹³ cuando la escolaridad de los padres es bajo corren el riesgo que los niños no se vacunen oportunamente, por lo tanto, no cumplen con el esquema de vacunación.

Por lo expuesto se puede deducir que, a mayor grado de instrucción de los padres, mayor oportunidad de informarse respecto a las vacunas, lo que permitirá que las madres acudan oportunamente a los servicios de vacunación.

Ocupación amas de casa, resultado similar con lo reportado por Robles³⁹, Luna⁴⁰ y Chango⁴³ quienes encontraron que la mayoría de las madres que se dedican a las labores del hogar cuidan a los niños, a pesar del tiempo limitado cumplen con la responsabilidad en la salud familiar y de sus hijos, llevando a su control de pediatría y vacunas.

Se puede decir, que por la ocupación que desempeñan las madres en el estudio, es más fácil que lleven a los niños a vacunar ya que ellas son las que deciden en la familia si el niño se vacuna o no.

Respecto a la procedencia, el resultado se relaciona con los hallazgos de Chango⁴³ y Delgado⁴⁴ que las madres con niños menores de un año proceden de la zona rural (82,5 %), siendo difícil el acceso a los servicios de salud; sin embargo, Bernal¹³ halló que las madres de los niños parcial o tardíamente vacunados residen en área urbana.

Las madres de niños menores de cinco años del estudio, que proceden de zona rural vacunan a sus niños en un gran porcentaje, debido a que el Programa Juntos exige que los hijos de madres beneficiarias del Programa recibir sus vacunas en el establecimiento de salud.

En cuanto a la accesibilidad geográfica, los datos guardan relación con lo reportado por Luna⁴⁰ y Bernal¹³ que el medio para trasladarse al Centro de Salud son los vehículos. Por el contrario, Robles³⁹ no encontró obstáculos en el transporte porque la mayoría de los niños están adscritos al establecimiento y residen en la misma zona (68,3 %).

Respecto a la accesibilidad organizacional, los resultados del estudio no coinciden con el hallazgo de Luna⁴⁰ que el tiempo de espera es menor a 30 minutos, por lo que las madres consideran adecuado. Maldonado³² señala que a un mayor tiempo de espera aumenta la percepción de insatisfacción por parte de los pacientes.

Es importante que el profesional de enfermería, además, de escribir la fecha de la cita en el carné de control, indique verbalmente a la madre que acuda oportunamente a la cita, debido a que algunas madres manifiestan: “[...]”. *nadie me dijo que tengo que venir a la próxima cita*”. Además, se debe tener presente el tiempo de espera, por ser uno de los indicadores de la calidad de atención. El tiempo de espera en el estudio se constituye en una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional

Al evaluar los factores culturales respecto a las creencias que tienen las madres del calendario de vacunación, los datos son semejantes a los reportados por Boscan et al.¹⁰ que un alto porcentaje de las madres tienen algunas creencias, lo que limita para que los niños sean inmunizados oportunamente. Asimismo, Doño¹¹ manifiesta que la principal razón por la cual las madres no vacunan a sus hijos es porque creen que la vacuna los va a enfermar (46 %). Otro estudio, realizado por Boscan et al.¹⁰ hallaron que 23,4 % creen que una enfermedad leve es motivo para dejar de vacunar a su hijo, lo cual se considera una oportunidad perdida. Las madres manejan creencias de acuerdo a sus razones, deciden si vacunan o no a su niño, lo que se ve reflejado en las bajas coberturas de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones.

Respecto a los conocimientos, los resultados del estudio guardan similitud con los hallazgos de Boscan et al.¹⁰ el 40,8 % de las madres desconocen la importancia de las vacunas que recientemente han sido incorporadas al esquema de vacunación como la vacuna contra el rotavirus, Virus de papiloma humano, antineumocócica, hepatitis A, entre otras, las cuales proporcionan protección al niño frente a enfermedades de gran importancia en la salud pública. Sin embargo, Pin⁴² Delgado⁴⁴, Huachaca³⁸ y Boscan¹⁰ concluyeron que las madres conocen sobre la importancia de las vacunas en los niños menores de cinco años.

Por ello, el personal de salud debe informar a las madres respecto a la importancia del calendario oportuno de vacunación, que se administra cronológicamente y sistemáticamente a toda la población infantil, porque estos calendarios se van modificando en función de la disponibilidad de nuevas vacunas y de la evolución de la situación epidemiológica de las diferentes enfermedades prevenibles mediante vacunación.

En relación al cumplimiento oportuno del esquema de vacunación de los niños menores de cinco años. Los resultados del estudio se relacionan con los hallazgos reportados por Boscán et al.¹⁰ quienes encontraron que un alto porcentaje de los niños (56,3 %) presentan retraso en el cumplimiento de la dosis de algunas vacunas; asimismo, Upiachihua⁴ encontró que el 63,6 % tuvieron calendario incompleto de inmunizaciones. A raíz de que muchas madres están dejando de vacunar a sus hijos, Carroll⁴⁵ consideró que los padres que no vacunan a sus niños no es una decisión personal sino de salud pública.

El Ministerio de Salud¹⁴ señala que el cumplimiento de todas las dosis y refuerzos de las vacunas en el momento indicado garantiza la protección de los niños y el derecho a contar con una salud de calidad, protegiendo a cada niño contra más de 25 enfermedades graves.

De ahí, que el calendario nacional obligatorio debe ser cumplido en forma completa y los profesionales de enfermería tienen una gran responsabilidad en el logro de este objetivo, tanto en la indicación de las distintas vacunas como en la detección de niños con esquemas incompletos. Por lo tanto, recibir las vacunas necesarias es un derecho al cual todos los niños deben tener acceso y con criterio de equidad.

Al examinar, los factores sociales: edad y cumplimiento del esquema de vacunación, los resultados no guardan relación con lo reportado por García⁴¹ que existe asociación significativa entre la edad y el cumplimiento del esquema de vacunación ($p=0.01$). Asimismo, en Arequipa Condori⁴⁶ encontró que las madres con promedio de edad de 17 a 19 años no cumplen con el esquema de vacunación de sus niños (77,8 %); sin embargo, las madres de 20 a 30 y 31 a 40 años (59,6 y 61,9 %) cumplieron con el esquema de vacunación. También, Upiachihua⁴ en Iquitos y Gonzales⁵ en Lima hallaron que existe relación estadísticamente significativa entre la edad y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones $p= 0,035$.

Se puede deducir, que conforme avanza la edad, las madres adquieren mayor madurez emocional y de autocuidado, debido a que toman más conciencia en su rol a cumplir en el hogar. Además, adquieren nuevos conocimientos que les permite cumplir su papel de madre con suficiente satisfacción, participando en actividades que estén dirigidas a promover un óptimo estado de salud del niño.

Respecto al estado civil y cumplimiento del esquema de vacunas los resultados no guardan relación con los hallazgos de Upiachihua⁴ en Iquitos Rodríguez⁴⁷ en Ecuador quienes encontraron relación estadísticamente significativa entre estado civil y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones $p= 0,000$.

Por consiguiente, el hecho de ser de estado civil convivientes o casadas no influye en el cumplimiento oportuno del calendario de inmunizaciones.

En relación a la ocupación y cumplimiento del esquema de vacunas. Los resultados del estudio coinciden con Ramón⁴⁸ y Gonzales⁵, quienes encontraron que existe asociación entre la ocupación de la madre con el cumplimiento del esquema de vacunación en los niños menores de un año ($p=0,009$). Sin embargo, en Iquitos Upiachihua⁴ encontró que no guarda relación estadística entre la ocupación y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones en los niños menores de un año $p=0,060$. Además, afirmó que las madres que trabajan independiente tienen significativamente mayor acceso a los programas de salud preventivo y promocional específicamente a inmunizaciones.

En cuanto al grado de instrucción y el cumplimiento del esquema de vacunas, el resultado del estudio no encontró similitud con los hallazgos de Upiachihua⁴ García y Villamar⁴⁹ en Ecuador quienes encontraron que existe relación estadística entre el grado de instrucción y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones $P=0,000$. Asimismo, Condori et al.⁴⁶ reportaron que las madres que tienen grado de instrucción universitario (58,8 %), técnico (75 %) y primario (50 %) cumplieron con el esquema de vacunación; pero, García⁴¹ encontró que las madres que tienen primaria completa o menor se asocian como factor de riesgo a la vacunación incompleta del niño ($P<0,05$).

El grado de instrucción es considerado como un indicador del nivel de vida, ya que, a mayor grado de instrucción, mayor oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permitan tomar conciencia y asumir con responsabilidad su rol dentro del hogar y cuidado de sus hijos.

Es decir, las madres que escalan cada vez más los diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior, deben entender y aceptar la información sanitaria y cumplir con mayor responsabilidad las necesidades pertinentes para el cuidado de la salud de los niños.

Por ello, es importante que el personal de salud brinde educación a las madres no solo a las que van a la consulta, sino también, a las que asisten a los programas sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles.

En cuanto a la procedencia y cumplimiento del esquema de vacunación los resultados no coinciden con Upiachihua⁴ y García y Villamar⁴⁹ quienes hallaron que existe relación estadísticamente significativa entre el lugar de procedencia y cumplimiento del calendario de inmunizaciones $P= 0,00$.

El lugar de procedencia influye directamente en el cumplimiento del calendario de inmunizaciones, porque las madres que proceden de sectores urbanos- marginales tienen mayores posibilidades de acceso a los servicios de salud.

Es importante que conozca el enfermero de donde proceden las madres de los niños menores de cinco años, porque cada persona presenta características peculiares de acuerdo a la zona de donde procede urbana, rural, o periferie.

Respecto al tiempo de espera y el cumplimiento del calendario de vacunas Condori et al.⁴⁶ encontraron que las madres que cumplieron con el esquema de vacunación tuvieron que esperar de 30 a 45 minutos (63,5 %).

Los resultados del estudio no coinciden con los reportados por Ramón⁴⁸ quien encontró que existe asociación entre los factores sociales: ocupación de la madre ($p=0,009$), condición socioeconómica ($p=0,003$) facilidad de acceso ($p=0,013$) con el cumplimiento del esquema de vacunación.

En relación a los factores culturales y el cumplimiento del esquema de vacunación. El Perú se caracteriza por su gran diversidad cultural; el cual se ve reflejada en las diferentes percepciones del proceso salud-enfermedad y en la relación vida-muerte. En las últimas décadas se ha desplegado bajo el marco declarativo de la participación comunitaria, los equipos de salud han desarrollado limitadamente sus capacidades para comprender cómo la población entiende su relación con la vida, la salud, el desarrollo familiar y comunal. Las creencias populares son un saber del diario vivir de las personas constituyendo las relaciones sociales, de lo que escuchan y creen las personas, son tomadas como parte de las prácticas interpersonales, lo cual repercute en las creencias populares que tiene la madre sobre las vacunas de los niños, y pueden variar de un lugar a otro.

Los resultados respecto a las creencias coinciden con lo reportado por Gómez y Sánchez⁵⁰ quienes encontraron que 20,0 % creen que no es necesario vacunarlos cuando reciben lactancia materna exclusiva; estas madres manejan ciertas creencias que si los niños reciben lactancia materna exclusiva no hay necesidad de vacunarlos, dado que reciben anticuerpos que protegen de enfermedades, sin embargo, existen enfermedades que solo son prevenibles a través de la vacunación.

En cuanto a las costumbres, los resultados no encuentran sustento en lo reportado por Landázuri⁵¹ quien concluyó que la mayor parte de las madres manifiestan que con regularidad atiende el esquema de vacunas, que se fijan según la ficha de inmunizaciones que tiene la madre de familia, costumbre que es cumplida por el 60,0 % de progenitoras. Por las condiciones culturales de la población no se logra mantener la confianza de la familia para beneficiarse de los programas nacionales y locales de inmunización.

Respecto al conocimiento y cumplimiento del calendario vacunal los resultados del estudio coinciden con los hallazgos de Izquierdo⁵² y Moukhallalele⁵³ que la mayoría de

las madres con nivel de conocimiento bajo cumplen menos el esquema de vacunación. No obstante, Upiachihua⁴ en Iquitos encontró que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento deficiente y cumplimiento del calendario de vacunación $P= 0,000$

Juhász⁵⁴ señaló que las madres que tiene un conocimiento parcial acerca de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas podrían estar relacionado con el grado de motivación para cumplir con las vacunas de sus hijos y con el grado de instrucción.

Acudir a los controles del niño sano puntualmente le permite a la madre adquirir nuevos conocimientos sobre crecimiento y desarrollo del niño, dentro de ello la importancia del cumplimiento del calendario de inmunizaciones de acuerdo a la edad, esto a su vez contribuye a mantener una vida saludable en el niño.

Por consiguiente, el conocimiento puede estar influenciado por una serie de aspectos inherentes a la persona como edad de la madre, nivel de instrucción, procedencia, pero, también, dependerá de la orientación e información que brinde el profesional de enfermería a las madres de los niños menores de cinco años sobre porqué, para qué, y contra qué, se está vacunado a sus hijos, para que las madres comprendan la importancia de las vacunas para la salud de sus niños, lo que permitirá incrementar el nivel de conocimientos y la cobertura de las vacunas.

Se puede inferir, que las creencias, costumbres y conocimientos de las madres contribuyen al no cumplimiento oportuno del esquema de vacunación, reflejando en la cobertura de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones del Centro de Salud de San Ignacio, para que se mantenga por debajo del 95 %.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los factores sociales de las madres de niños menores de cinco años en su mayoría pertenecen al grupo etario adulto joven (20-24 años), de estado civil conviviente, con educación secundaria completa, ocupación amas de casa. Las madres de los niños menores de un año, de un año y de cuatro años de edad proceden de zona rural y las que tienen niños de dos y tres años provienen de zona urbana; acuden al servicio en vehículos y el tiempo de espera es mayor a treinta minutos.

Los factores culturales de las madres de los niños menores de cinco años respecto a las costumbres, creencias y conocimientos son inadecuados.

Las madres de niños menores de un año y de un año de edad cumplieron oportunamente con el esquema de vacunación y las que tienen niños de dos, a cuatro años de edad no cumplieron con el esquema de vacunación.

Existe relación significativa entre el cumplimiento del calendario de vacunación y la edad, ocupación y acceso geográfico en niños de un año ($P < 0,05$). Y entre el cumplimiento del calendario de vacunación y el acceso geográfico en niños de dos años de edad ($P < 0,05$).

RECOMENDACIONES

- A los responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones deben diseñar estrategias orientadas a sensibilizar a los padres sobre la importancia del cumplimiento del calendario de vacunación, utilizando técnicas participativas que contribuya a promover la cultura preventiva en los padres de los niños menores de cinco años.
- A los profesionales de la salud, realizar estudios de investigación con enfoque cualitativo-cuantitativo para identificar otros factores que pudieran estar relacionados con el cumplimiento oportuno del calendario de inmunizaciones en los niños menores de cinco años.
- Fomentar alianzas estratégicas entre el profesional de enfermería, autoridades locales y agentes comunitarios, para realizar una vigilancia comunal sostenible en la captación de niños con calendario de vacunación incompleto, con la finalidad brindar una atención intra y extramural a los niños menores de cinco años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Semana mundial de la Inmunización; diez datos sobre inmunizaciones; 2012.
2. Organización Mundial de la Salud-OMS. Más de 22,6 millones de niños de todo el mundo no tienen vacunas. [Citado 18 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2013/11/05/5278e227684341971c8b4571.html>
3. Fondo para la Infancia de las naciones Unidas -UNICEF y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo- USAID. Acciones Esenciales en inmunización. Guía Práctica de Campo ISBN. España; 2007.
4. Upiachihua H. Factores sociodemográficos, culturales y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones en lactantes, Puesto de Salud 1-2 Mashua .Punchana; 2015 [Citado 16 de diciembre de 2015] Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3565/Herman_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=
5. Gonzales D. Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala; 2011. [Citado 18 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://ateneo.Unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2515/1/Gonzales_Sotelo_DinaCirila_2012.pdf.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI.Estado de la Niñez en el Perú; 2010. [Citado 20 de diciembre de 2015]. Disponible en URL: www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru_2010.pdf. Revisado el 25 de junio del 2013.
7. Dirección Regional De Salud-Cusco- Deserción en inmunización. Evaluación estrategia regional de inmunizaciones-Perú,2009 [Citado 22 de diciembre de 2015].

Disponible en: [www.derisacusco.gob.pe/inmunizaciones/evaluación](http://www.derisacusco.gob.pe/inmunizaciones/evaluacion).

8. Oficina de Informática. Centro de Salud de San Ignacio; 2015
9. Alves.G, Coehlo. J. Experiencias de familias en la inmunización de niños brasileños menores de dos años, 2011. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(3). [Citado 10 de Enero de 2016]. Disponible en 2011. www.eerp.usp.br/rlae
10. Boscan M, Salinas B, TRestin M, Tomat M. Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. Venezuela; 2012. [Citado 18 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3759/375939531006.pdf>
11. Doño N. Factores asociados a niñas y niños no vacunados y a los que no completan el esquema básico de vacunación. Guatemala. 2012. [en línea] [Citado 24 de Enero de 2016] Disponible en: URL: biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/09/03/Dono-Nusly.pdf. Revisado el 20 de Setiembre del 2014.
12. Lombardo E. Oportunidades perdidas de vacunación en la Consulta Externa de Pediatría”. Méjico. 2012[en línea] [Citado 22 de Febrero de 2016] Disponible en [wactapediatrmex](http://wactapediatrmex.com).
13. Bernal R, Sulma Y. Factores relacionados con bajas coberturas de vacunación en niños menores de dos años en el municipio de Amatitlán del área de salud Guatemala Sur; 2015 [Tesis de Maestría]. Universidad de San Carlos de Guatemala.
14. Ministerio de Salud del Perú: Norma Técnica de Salud- Vacunación-080-MINSA/DGSPV.03-2013[en línea] [Citado 2 de Marzo de 2016]. Disponible en: URL:http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/ESRI/pdf/RM510_2013_MINSA_Esquema%20Nacional%20de%20Vacunaci%C3%B3n.pdf.
15. Ministerio de Salud. “Programa Umbral de Inmunizaciones” Programa de la MCC implementado por USAID. Perú; 2010.

16. Arévalo M, Suarez M, Rocha G. Inmunización en Niños. Revista Papeña Med Fam. 2007.4 (5). [Citado 8 de marzo de 2016]. Disponible en URL: www.mflapaz.com/revista_5_pdf/14%20vacunas%20infancia.pdf. Revisado el 12 de noviembre del 2014.
17. Definición de Carné de vacunación. . [Citado 12 de marzo de 2016]. Disponible en URL: <http://www.webbebes.info/2012/01/carnet-de-vacunacion.html>. Revisado el 12 de noviembre del 2014.
18. Definición de estado civil. [en línea] [Citado 3 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0044/C6-6.htm>.
19. Definición de trabajadora independiente [en línea]. [Citado 13 de abril, de 2016]. Disponible en: URL: <http://www.gerencie.com/trabajadores-inpendientes.html>.
20. Definición de trabajadora dependiente [en línea]. [Citado 12 de mayo de 2016]. Disponible en URL: <https://es.scribd.com/doc/117737885/Definicion-de-trabajador-trabajadora>.
21. Definición de lugar de procedencia [en línea]. [Citado 12 de junio de 2016]. Disponible en: URL: ies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblacion_vivienda.html.
22. Definición de zona urbana [en línea]. [Citado 20 de julio de 2016]. Disponible en url: <http://sobreconceptos.com/zona-urbana#ixzz3lrmfindn>.
23. Definición de zona rural [en línea]. [Citado 20 de junio de 2016]. Disponible en URL: <http://sobreconceptos.com/zona-rural>.
24. Definición de zona urbano Marginal. [Citado 20 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.clubensayos.com/TemasVariados/Zona-UrbanoMarginal/124570.html>
25. Ministério da Saúde. Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: AMAQ-AB. Brasília: MS. Brazil; 2012.

26. Sánchez D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. 2015.[citado 20 de diciembre de 2017]. Disponible en:<http://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749297021/html/index.html>.
27. Solitario R, Comes Y, Garbus P, Mauro M, Stolkiner A . Accesibilidad al sistema de salud de una población de adultos mayores: una experiencia participativa en el proceso de investigación en sistemas y servicios de salud. Revista Científica de la AMBB; 2006
28. Organización Mundial de la Salud. Guía de análisis del circuito medicamento. 2017 [Citado 20 de junio de 2017]. Disponible en:<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2971s/5.1.1.html>.
29. Chiavenato I. Administración de recursos humanos. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 1999.
30. Davenport TO. Capital humano: Creando ventajas competitivas a través de las personas: Gestión; 2000.
31. Alvidrez J. Recursos materiales en una empresa. [Citado 15 de diciembre de 2017] Disponible en: www.monografias.com/docs/Recursos-materiales-en-una-empresa-F3ZGXGECMZ
32. Maldonado G. Tiempo de espera en el primer nivel. México; 2007.
33. Landín F, Gonzáles V, Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural .[Citado 16 de noviembre de 2016]Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231.pdf>
34. . Ministerio de Salud, Características de la población y sus determinantes económicos, culturales y sociales. Modulo1. 2014

35. Ortega T. El poder de tus pensamientos 2014. [Citado 20 de junio de 2016]
Disponible
en:<https://books.google.com.pe/books?id=02zYAgAAQBAJ&pg=PA16&dq=creencias+son+una+fuerza+muy+poderosa+dentro+de+la+conducta.+Si+una+persona+cree+que+puede+hacer+algo,+lo+har%C3%A1,+y+si+cree+que+es+imposible+hacerlo,+ning%C3%BAn+esfuerzo+por+grande+que+este+sea+lograr%C3%A1+convencerlo+de+que&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiAxbjyvPzXAhXERN8KHboWDlcQ6AEILjAB#v=onepage&q&f=false>
36. Bunge M. El conocimiento científico. 2012. [Citado 18 de julio de 2016]. Disponible
en: <https://bilosofia.wordpress.com/2012/02/24/introduccion-a-la-epistemologia-segun-mario-bunge/>
37. Hernández P, Fernández C, Balista P. Metodología de la investigación. 4ª ed. Interamericana- México; 2010
38. Huachaca, C. Conocimientos, prácticas y actitudes de las madres sobre la vacunación en sus hijos menores de 5 años, en el C.S. Jaime Zubieta. Perú, 2014.
39. Robles F. Asistencia al programa de medicina preventiva (vacunación) de niños de 0 a 5 años en el centro de salud zona 3, del ministerio de salud pública y asistencia social. Guatemala; 2014.
40. Luna S. Factores socioeconómicos, culturales y laborales que se relacionan con el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños menores de 13 meses centro de salud metropolitano Tacna- Perú; 2015.
41. García J. Factores de riesgo asociados a una vacunación incompleta de niños entre 6y 36 meses en una comunidad de la sierra peruana; 2015.
42. Pin J. Estrategia para el cumplimiento del esquema de vacunación en menores de 5 años. Centro de atención ambulatoria. Ecuador; 2014

43. Chango M. Factores que influyen en el incumplimiento del esquema de inmunización PAI en niños menores de 2 años que acuden al sub centro de salud de la parroquia Salasaca del cantón Pelileo, periodo enero 2014-mayo 2014. Ecuador, 2016.
44. Delgado Y, Galvis W, Muñoz W. Causalidad de la baja cobertura del programa ampliado de inmunización PAI en el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2010 de los municipios de Santiago y valle de Guamuez del departamento del putumayo. Colombia; 2012.
45. Carroll A. Mapa interactivo de "brotes prevenibles por vacunación" en todo el mundo desde 2008 hasta 2014. En Maltais M. Vaccinating your kids: Is it up to you or up to the government? [Internet] 2014. [Citado 24 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.latimes.com/nation/la-sh-childhood-vaccine-20140122-story.html#axzz2rLmyyLCQ>.
46. Condori A, Jancco B, Oshin M. Factores socioculturales e institucionales relacionados al cumplimiento del esquema de vacunación. Madres de menores de un año. C.S. Maritza Campos Díaz. Arequipa; 2015. [Citado 18 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/354>
47. Rodríguez D “Factores que influyen en el cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones en niños menores de 5 años. Ecuador; 2013. [Citado 18 de abril de 2017]. Disponible en URL: [www.repositorio.upse.edu.ec :8080/bitstream/1987/1/15%20Julio.pdf](http://www.repositorio.upse.edu.ec/bitstream/1987/1/15%20Julio.pdf).
48. Ramón L. Factores socioculturales asociados al cumplimiento del calendario de vacunas en niños menores de un año. Hospital referencial de Ferreñafe.; 2016. . [Citado 8 de abril de 2017]. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=63d2fc4f-110d-4d85-817d-e0214c9983a9%40sessionmgr4010&hid=4111&bdata=JkF1dGhUeXBIPWNvb2tpZSxpcCxc28mbGFuZz11cyZzaXRlPWVkcylsaXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=CONCYTEC.uss.757&db=ir00912a>

49. García A, Villamar J. Determinación del abandono y deserción del esquema de vacunas del ministerio de salud pública en los menores de dos años. Ecuador; 2012. [Citado 12 de mayo de 2017]. Disponible en URL <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/657/1/FCSTGLE2013-0086.pdf>.
50. Gómez Y, Sánchez O. Creencias populares que tienen las madres sobre la vacunación en niños menores de 1 año”. Estado Carabobo. Venezuela; 2009.
51. Landázuri M. Factores socioculturales que inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización de niños menores de un año en consulta externa en el Hospital San Luis, de la ciudad de Otavalo. Venezuela; 2009.
52. Izquierdo R. Conocimiento de madres de niños menores de un año sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario vacunal. Lima; 2015. [Citado 18 de junio de 2017]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/342/1/Izquierdo_rf.pdf.
53. Moukhallalele K. Factores que influyen en el nivel de conocimientos de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas. Maracaibo; 2008. [Citado 18 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bimucla/edocs/textocompleto/TWS135DV4>.
54. Juhász J. Propuesta de un programa educativo para la formación de actitudes preventivas ante el incumplimiento y retraso de la aplicación del esquema nacional de inmunización. Comunidad “Santa Eduvigés”. Puerto la Cruz. Anzoátegui. Venezuela; 2008.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POSGRADO

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se determinó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 p \cdot q \cdot N}{E^2(N-1) + z^2 p \cdot q}$$

$$n_1: 330$$

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

$$n = 300$$

Dónde:

$$N = 1360$$

Z = Coeficiente de confiabilidad (1.96)

P = Probabilidad de ocurrencia del suceso (0.5%)

Q = Probabilidad de no ocurrencia del suceso (0.5%)

E = Error de muestreo (0.05)

n_1 = tamaño de la muestra

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRUPO ETÁREO

Grupo etáreo	Total	%0.1244	Muestra
< de 1 año	236	51,9	52
De 1 año	262	57,6	58
De 2 años	313	68,8	69
De 3 años	286	62,9	63
De 4 años	263	57,8	58
Total	1360		300

APÉNDICE 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POSGRADO

FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO OPORTUNO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS DEL CENTRO DE SALUD DE SAN IGNACIO

GUÍA DE ENTREVISTA

INTRODUCCIÓN:

Buenos días/ tardes señora, estamos realizando un estudio en coordinación con el Centro de Salud de San Ignacio, para determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en el niño; por lo que solicitamos se sirva responder las preguntas con sinceridad. Agradezco anticipadamente su participación.

I. FACTORES SOCIOCULTURALES

1. Edad

a. 15-19a () b.20-24a () c.25-29a () d.30-34a () e.35 a más ()

2. Estado civil

a. Soltera () b. Casada () c. Conviviente () d. Viuda ()

3. Grado de instrucción

a. Primaria incompleta () b. Primaria completa () c. Secundaria incompleta ()

d. Secundaria completa () d. Superior incompleta () e. Superior completa ()

4. Ocupación

a. Trabajadora dependiente () b. Trabajadora independiente ()

c. Ama de casa () d. Estudiante ()

5. Procedencia

1) Rural ()

2) Urbano marginal ()

3) Urbano ()

6.	Costumbres o tradiciones	Si	No
	Acude a su cita programada		
	Considera que antes no vacunaban y no se enfermaban los niños		
	Considera que el niño debe vacunarse cuando tiene un año		
	Su pareja es quien toma la decisión de vacunarse o no su menor hijo		
7	Creencias		
	Cree que las vacunas son dolorosas		
	Cree que las vacunas enferman a sus niños		
	Cree que las vacunas adelgazan al niño		
	Cree que las vacunas esterilizan a los varones		
	Cree que el niño no debe ser vacunado pues está protegido porque recibe lactancia materna exclusiva		
	Cree que el niño que ha recibido algunas vacunas está completamente protegido		
8.	Conocimientos		
	Conoce la importancia de las vacunas		
	El niño puede ser vacunado en otro establecimiento de salud del país		
	Conoce las reacciones post vacunales		
9.	Acceso a instituciones públicas		
	Recibe buen trato por el personal de salud		
	Existe disponibilidad de vacunas		
	Existe alta demanda de pacientes		
10	Horario de atención		
	Está de acuerdo con el horario de atención del Centro de Salud		
11.	Accesibilidad geográfica		
	3) Caminando		
	2) Vehículo		
	1) Ambos		
12.	Tiempo de espera		
	1) Mayor de 30 minutos		
	2) Igual a 30 minutos		
	3) Menor de 30 minutos		

APÉNDICE 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POSGRADO

FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO OPORTUNO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS DEL CENTRO DE SALUD DE SAN IGNACIO

GUÍA DE LISTA DE COTEJO

CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN

1. Esquema de vacunación de acuerdo a su edad (según fecha de nacimiento)

Vacunas administradas	FECHA DE ADMINISTRACIÓN				
	Recién nacido	Menor de 1 año	De 1 año	De 2-3 años	De 4 años
BCG					
HVB					
1° Pentavalente					
2° Pentavalente					
3° Pentavalente					
1° IPV					
2° IPV					
3° APO					
1° Neumococo					
2° Neumococo					
1° Rotavirus					
2° Rotavirus					
1° Influenza					
2° Influenza					
1° SPR					
3° Neumococo					
AMA					
DPT					
2° SPR					
1° RFZO APO					
DPT					
2° RFZO APO					

PÉNDICE 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POSGRADO

VALIDACIÓN DE LOS EXPERTOS

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS

Yo Doris Elizabeth Bringas Abanto
identificado con DNI: 29674599 de profesión Licenciada en Enfermería
Ejerciendo actualmente: en Docencia en la
Institución Universidad Nacional de Cajamarca Por medio de la

Presente hago constar que he revisado el instrumento de la tesis titulada: Factores socio culturales relacionados con el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación del niño menor de cinco años del Centro de Salud de San Ignacio para efectos de su aplicación, luego de realizar las observaciones pertinentes formulo las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				✓
Redacción de ítems				✓
Amplitud de contenido				✓
Claridad y precisión			✓	
Pertinencia				✓

En Jaén a los veintiseis días del mes de Julio del 2016

DBringas A.

INSTRUCCIONES:EVALÚE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA EN "TA" SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO CON EL ITEM O "TD" SI ESTÁ TOTALMENTE EN DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS

DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	EVALUACION
	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____
	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____
	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____
	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____
	TA(X) TD() SUGERENCIAS: _____ _____
	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____
	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____
	TA() TD() SUGERENCIAS: _____ _____

APÉNDICE 5

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POSGRADO

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Estadísticos de Fiabilidad

<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>N° de elementos</i>
0,835	29

APÉNDICE 6

SOLICITUD



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1963

Escuela de Postgrado
Filial Jaén

"Norte de la Universidad Peruana"

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

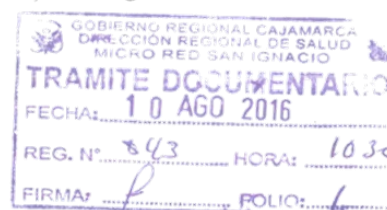
Jaén, 08 de agosto de 2016.

OFICIO N° 098-2016- SJEP -UNC/SJ

Señor

DRA. MITZI VIGO NARRO

JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SAN IGNACIO



PRESENTE

Es grato dirigirme a su digna persona para saludarla cordialmente al mismo tiempo manifestarle que la Lic. Sandra Julissa Saavedra Tocto, alumna de la Maestría en Salud Pública viene desarrollando la tesis titulada: **FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS AL CUMPLIMIENTO OPORTUNO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL CENTRO DE SALUD SAN IGNACIO**. En tal sentido solicitamos a su despacho, se le brinde las facilidades a la mencionada alumna para la aplicación del instrumento.

Agradeciendo la atención que le brinde al presente, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



C.c. Archivo
EVT/lrg

Bolívar N° 1342 - Plaza de Armas - Jaén
Telef. 076-439829
uncepjsj@gmail.com

JAÉN - PERÚ

APÉNDICE 7

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POST GRADO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Anany García Bermeo.....Acepto participar a ser entrevistada en la investigación “**FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS AL CUMPLIMIENTO OPORTUNO DEL ESQUEMA DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN IGNACIO, 2016**”, siendo realizada por la maestrante de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca: **SANDRA JULISSA SAAVEDRA TOCTO**.

Esta investigación tiene como objetivo: Determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en el C. S San Ignacio.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado. No se mencionará los nombres de las participantes, teniendo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que esto genere algún perjuicio.

Por último, declaro que después de las aclaraciones convenientes considero participar de la presente investigación.



FIRMA DEL INVESTIGADOR



FIRMA DEL INFORMANTE