



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD Y
DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL: CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO E INMUNIZACIONES**

Trabajo Académico

Factores que influyen en el incumplimiento del calendario de inmunización en
niños menores de 2 años, del Cap III Amarilis – Pillco Marca – EsSalud
Huánuco, 2026

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Salud y Desarrollo Integral Infantil: Control de
Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones

Presentado por:

Autora: Tucto García, Elena

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7805-3450>

Asesora: Mg. Muñoz Pizarro, Rosa María

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4861-2527>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSION: 01	FECHA: 08/11/2022
		REVISIÓN: 01	

Yo, Elena Tucto García, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Salud y Desarrollo Integral Infantil: Control de Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Factores que influyen en el incumplimiento del calendario de inmunización en niños menores de 2 años, del Cap III Amarilis – Pillco Marca – EsSalud Huánuco, 2026” validado por la coordinadora de Investigación del programa Académico de Enfermería Mg. Sofia Del Carpio Flórez DNI 08442934 ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9105-2102> tiene un índice de similitud de (15) (QUINCE) % con código OID: **14912:591209194** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Elena Tucto Garcia
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI: 43733596



.....
 Sofia Del Carpio Flórez
 Nombres y apellidos del Asesor
 DNI: 08442934

Lima, 28 de mayo del 2026.

1. Autor (es)

1.1. Nombres y apellidos:

Elena Tucto García

1.2. Correo electrónico:

2. Docente / Asesor

2.1. Nombres y apellidos:

Rosa María Muñoz Pizarro

3. Facultad y Programa Académico:

3.1. Facultad:

Ciencias de la Salud

3.1. Programa Académico:

Enfermería

4. Línea y sublínea de investigación

4.1. Línea:

Innovación en salud integral y gestión sanitaria para la mejora de la calidad y equidad en la atención.

4.2. Sublínea:

Enfermería

5. Institución en la que se ejecutará el proyecto

Cap III Amarilis – Pillco Marca – EsSalud Huánuco

6. Título del proyecto

Factores que influyen en el incumplimiento del calendario de inmunización en niños menores de 2 años, del Cap III Amarilis – Pillco Marca – EsSalud Huánuco, 2026.

7. Resumen

Los múltiples factores sociales, culturales, económicos e institucionales a menudo imposibilitan la implementación de programas especiales que buscan proteger la vida y salud de la población y muchas veces impiden el cumplimiento de los calendarios de inmunización. El objetivo es determinar la relación de los factores con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026. El estudio será no experimental, cuantitativo de enfoque, relacional por su nivel, de alcance transversal y básico por su tipo, la población estará conformada por 180 madres y una muestra representativa de 129 madres, para el recojo de datos se empleará la encuesta y su instrumento cuestionario, además de la técnica observación y la guía de observación como instrumento. En el análisis de datos se hará uso de la estadística básica (descriptiva e inferencial).

Palabras claves: Programas de inmunización, vacunación, desarrollo sostenible.

Abstract

Multiple social, cultural, economic, and institutional factors often make it impossible to implement special programs that seek to protect the life and health of the population and often prevent compliance with immunization schedules. The objective is to determine the relationship between these factors and non-compliance with the immunization schedule in mothers of children under two years of age at CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026. The study will be non-experimental, quantitative in approach, relational in scope, cross-sectional and basic in type. The population will consist of 180 mothers and a representative sample of 129 mothers. Data will be collected using a survey and questionnaire, as well as observation techniques and an observation guide. Basic statistics (descriptive and inferential) will be used in the data analysis.

Keywords: Immunization programs, vaccination, sustainable development.

8. Contextualización del problema

8.1. Planteamiento problema

La inmunización en infantes a nivel global compone una de las intervenciones de atención sanitaria comunitaria más eficaces para reducir la morbimortalidad por enfermedades prevenibles por vacunas en la población pediátrica (1). En los Estados Unidos, en 2023 los niños que completaron el esquema de vacunación aumentaron del 62.5% al 69.4%, no obstante, un 30.6% de los niños aún no las había completado, además, los menores con ingresos familiares o sin seguro médico tenían una probabilidad significativamente mayor de seguir un esquema alternativo o no estar al día con las vacunas (2).

En México el cumplimiento de los esquemas de vacunación en niños ha mostrado variaciones significativas, influenciada por múltiples factores que afectan la cobertura y la eficiencia de los programas de inmunización. En el año 2024, se evaluó a un total de 37 infantes y se halló que poco más de la mitad (54,05%) presentaba un adecuado cubrimiento del esquema vacunal, lo que indicó que tenían sus vacunas al día. Sin embargo, una parte considerable (45,95%) no había completado dicho esquema establecido, evidenciando que casi la mitad de los niños aún se encontraba con inmunizaciones pendientes (3).

El cumplimiento de los calendarios de vacunación infantil no constituye un fenómeno meramente técnico o logístico; por el contrario, es un resultado multifactorial profundamente determinado por un entramado de condicionantes sociales, económicos, culturales e institucionales (4). De tal manera, el nivel socioeconómico familiar, el grado de instrucción de los padres o cuidadores, la accesibilidad geográfica y económica a los servicios de salud, así como la eficiencia operativa de los sistemas sanitarios influyen en dicho cumplimiento.

La vacunación (inmunización) se considera parte de las intervenciones dentro del ámbito sanitario colectivo (salud pública) con mayor costo beneficio y costo efectividad, lo que no solo

genera ahorros directos al sistema sanitario, sino que también constituye un pilar para el desarrollo económico. La evidencia contemporánea vincula el mejor estado de salud de la población, sustentado por altas coberturas de vacunación, con mayores niveles de productividad, crecimiento económico y reducción de la pobreza (5). Así, garantizar un acceso equitativo a la inmunización se consolida como un elemento determinante para avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible, desencadenando un círculo virtuoso entre salud y prosperidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que se requiere una cobertura del 95% para lograr la inmunidad colectiva, sin embargo, las tasas de vacunación varían significativamente entre países (81% en Canadá y 30.9% en Sudáfrica) y por tipo de vacuna (86% para difteria-tétanos y 19% para rotavirus a nivel global) (6). Esta brecha dejó a unos 18.7 millones de lactantes sin las vacunas adecuadas para su edad. Globalmente se espera que la vacunación prevenga alrededor de 2,5 millones de muertes infantiles, o enfermedades que puedan limitar el desarrollo y potencial humano; por lo que, esta inmunidad también debe fortalecerse durante la adolescencia y la edad adulta.

Tampoco se han reportado resultados positivos en América Latina, especialmente en regiones populares donde la morbilidad y mortalidad infantil por falta de adherencia a la vacunación sigue siendo alta (7). Los problemas de salud pública no son infrecuentes en el Perú a causa del incumplimiento de los calendarios de vacunación, con consecuencias que afectan la salud humana y a su vez, el desarrollo y crecimiento económico y nacional. Por otro lado, Perú se comprometió con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para 2030. Entre sus 169 metas, la cobertura de vacunación en niños.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reveló una disminución preocupante en la cobertura de vacunación en Perú (7). Asimismo, según datos del Ministerio

de Salud (MINSA) (8), la cobertura para menores de 36 meses cayó del 60.7% en 2019 al 52.9% en 2021. Un ejemplo concreto es la vacuna contra el neumococo, que dejó a casi 160,000 niños sin su esquema completo a los 12 meses, incrementando el riesgo frente a esta enfermedad mortal. La proporción de inmunización en la población infantil (menor de tres años) muestra una tendencia a la baja, sobresaliendo la zona selva. A nivel nacional, la cobertura promedio cayó 12.8% en dos años, del 73.9% en 2012 al 61.1% en 2014.

A posteriori, El MINSA (8) adaptó su calendario de vacunación en respuesta a brotes epidemiológicos. Ante brotes de sarampión en Lima y Callao en 2018, se introdujo una "dosis cero" contra el sarampión para niños de 6 a 11 meses. Asimismo, el calendario incluyó la vacuna contra la varicela para niños de 1 año (9). Todos estos planes buscan prevenir enfermedades infantiles y aumentar las tasas de vacunación. Esta meta se refuerza con iniciativas como la Semana de Vacunación en las Américas, que cada año (de abril a mayo) lleva las vacunas a las zonas más vulnerables y remotas del país (10).

De manera similar, en el ámbito local, en el CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, se observa la necesidad de comprender mejor cómo estos factores asociados al cumplimiento del calendario de inmunización por parte de madres se encuentran en concordancia con la ejecución de dicho calendario en infantes menores de 24 meses. En tal sentido, el análisis de dicha relación permitirá generar información relevante sobre el incumplimiento del calendario de inmunización observado en esta población, contribuyendo a la comprensión de las posibles brechas existentes en el proceso de vacunación infantil en el establecimiento de dispensario comunitario.

8.2. Formulación de problema

a. Problema general

¿Cómo se relaciona los factores con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026?

b. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre los factores sociales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026?

¿Cuál es la relación entre los factores culturales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026?

¿Cuál es la relación entre los factores económicos con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026?

¿Cuál es la relación entre los factores institucionales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026?

8.3. Justificación

a. Teórica

La indagación se justificará teóricamente al profundizar en la naturaleza multifactorial de la inmunización, entendida no solo como un proceso técnico, sino como un fenómeno determinado por un entramado de factores sociales, económicos, culturales e institucionales. Al analizar la relación entre estas

variables en el contexto específico de Huánuco, también, aportará evidencia científica que refuerza el modelo de determinantes sociales de la salud.

b. Metodológica

Desde el punto de vista metodológico, el estudio proporcionará un modelo de análisis replicable en otros establecimientos de la red de EsSalud o del MINSA. Asimismo, se validará instrumentos de recolección de datos que podrán servir de base para futuras investigaciones relacionadas a la presente.

c. Práctica

El estudio contribuirá a precisar la relación entre los factores maternos y el incumplimiento del calendario de inmunización, ofreciendo al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud alternativas para la toma de decisiones y la adopción de medidas que optimicen la cobertura vacunal. La utilidad de estos hallazgos trascenderá el ámbito local, sirviendo como modelo de análisis para otros establecimientos de salud que enfrenten brechas en la inmunización infantil.

8.4. Objetivo general y específicos

a. Objetivo general

Determinar la relación de los factores con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026.

b. Objetivos específicos

Identificar la relación de los factores sociales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026.

Identificar la relación de los factores culturales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026.

Identificar la relación de los factores económicos con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026.

Identificar la relación de los factores institucionales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026.

8.5. Hipótesis

a. Hipótesis general (Hi. y Ho.)

Hi: Existen factores que se asocian de modo significativo con el incumplimiento del calendario de inmunizaciones en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco 2026.

H0: Existen factores que no se asocian de modo significativo con el incumplimiento del calendario de inmunizaciones en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco 2026.

b. Hipótesis específicas (Hi.)

Hi1: Los factores sociales se asocian significativamente con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres niños menores de dos años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco 2026.

Hi2: Los factores culturales se asocian significativamente con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco 2026.

Hi3: Los factores económicos se asocian significativamente con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco 2026.

Hi3: Los factores institucionales se asocian significativamente con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco 2026.

9. Marco teórico

9.1. Antecedentes

Nascimento y colaboradores (11) Brazil, 2025. Tuvieron por objetivo “Analizar los factores como fallas del sistema de salud (escasez de vacunas, evaluación inadecuada del personal) y factores sociales maternos asociados con las oportunidades perdidas de vacunación en niños menores de un año del estado de Piauí en Brasilia”. Con un estudio no experimental, cuantitativo, básico, transversal y relacional. La población estuvo compuesta de 4062 padres o apoderados, de los cuales, 316 conformaron la muestra. Para la congregación de datos emplearon técnicas, tal fue el caso de la encuesta y en instrumento se hizo uso de cuestionario. En sus resultados evidenciaron relación significativa a través de los factores y el incumplimiento de vacunas en niños, con valor pseudo- R^2 de 0,78 y p valor de 0,005.

Asimismo, el 58,5% indicaron un ingreso superior al salario mínimo, el 53,5% de los niños presentaron al menos una pérdida de vacunación. A lo que concluyeron, la alta presencia de oportunidades perdidas de vacunación revela deficiencias en los procesos de inmunización.

Loarte y colaboradores (12) Ecuador, 2023. Tuvieron por objetivo “Identificar las causas y particularidades de la falta de adherencia al programa de vacunación en niños menores de 24 meses, en los establecimientos de salud de cantón en Loja”. En su estudio no experimental, básico, cuantitativo y transversal, conformaron su población con 60 madres, de estas, todas fueron elegidas en la muestra, el recojo de datos lo llevaron a cabo empleando la encuesta como técnica y el cuestionario para el instrumento. En lo hallazgos, encontraron que el 47% de niños con atraso en vacunación se encontraban en edades (meses) comprendidas de siete a nueve, conformando 52% de sexo femenino, el principal factor identificado como causa del retraso fue el componente pediátrico, específicamente la percepción de madres, el niño al estar enfermo no podía ser vacunado. A lo que concluyeron, el incumplimiento del calendario de vacunación involucra aspectos sociodemográficos, culturales, cognitivos e institucionales, siendo el más relevante (componente pediátrico).

Quirola y Herrera (13) Colombia, 2022. Tuvieron por objetivo “Examinar cómo los factores socioculturales incidieron en el cumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de dos años”. La investigación se desarrolló bajo un tipo básico, no experimental, relacional, cuantitativo y transversal. Considerando a una población total de 208 madres (hijos menores de 24 meses), de las cuales se trabajó con 135; determinadas a formar la muestra. Para recolectar la información se llegó a usar la técnica de encuesta, aplicando un cuestionario como instrumento de medición. Los hallazgos evidenciaron actividades laborales fuera del hogar (48%) y los costos de transporte (19%) como dificultades al acceso oportuno a la vacunación. A pesar de que la totalidad de las madres (100%) manifestó conocer la relevancia de las vacunas, este reconocimiento no garantizó el cubrimiento completo del esquema establecido.

A lo que concluyeron, la ausencia de adherencia al esquema vacunal se asoció con diversos elementos de índoles socioeconómicos, sociodemográficos, culturales y sanitarios en las madres.

Villanueva-Méndez y colaboradores (14) México, 2024. Tuvieron por objetivo “Determinar los factores sociales y económicos que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 6 años que asisten a un centro de atención primaria en Guanajuato, México”, efectuando un estudio transversal, analítico, cuantitativo, no experimental y observacional, en la que 1000 madres/padres u tutores (de infantes menores de 72 meses) fueron la población estudiada, de la cual 200 madres/padres/apoderados de dichos niños se seleccionaron como muestra, junto con la revisión de las tarjetas de vacunación para determinar si el esquema estaba completo o incompleto, recolectaron los datos empleando el cuestionario con su técnica encuesta y la guía de observación con su técnica observación. Se evidenció al 71,0% de infantes contaba con esquema vacunal cubierta y el 29% aún incompleto. El análisis bivariado mostró asociaciones significativas con variables sociodemográficas: tales como fueron estado civil ($p < 0,001$), alcance de instrucción ($p < 0,001$) así como número de hijos ($p < 0,001$), con mayor incumplimiento en algunos grupos y en familias más numerosas. En contraste, los conocimientos y actitudes maternas presentaron asociaciones más fuertes: creer que las vacunas no causan enfermedades ($p = 0,00001$), considerarlas seguras ($p = 0,00001$) y esenciales ($p \approx 0,00001$) se relacionó con mayor cumplimiento. Asimismo, conocer su función preventiva ($p < 0,05$) favoreció el esquema completo, mientras que el olvido de las citas ($p = 0,001$) se asoció con incumplimiento. A lo que concluyeron, el incumplimiento del esquema de vacunación no está determinado principalmente por factores socioeconómicos, sino por desinformación, mitos sobre seguridad/efectos adversos y fallas conductuales (olvido).

Evans-Gilbert y colaboradores (15) Bahamas, 2023. Tuvieron por objetivo “Evaluar los marcos legislativos relativos a la vacunación infantil en el Caribe de habla inglesa y neerlandesa y

proponer un modelo de marco legislativo para los países del Caribe” realizando una indagación de tipo cuantitativa, sin usar la experimental en su diseño y según su alcance; transversal, cubriendo una población que consideró a 22 países y territorios del Caribe, todos fueron seleccionados para completar la muestra y entre los cuales estuvo incluido las Bahamas, en el recojo de datos se empleó el análisis documental con formatos de registro. En los resultados, el 77% tenía leyes de vacunación obligatoria y el 94% exigía vacunación para el ingreso escolar. El 47% contaba con presupuesto específico y el 76% carecía de calendarios nacionales establecidos por ley. En cuanto a la base normativa, 6 países y territorios (35%) usaban la ley de educación, 8 (47%) la de salud pública y 29% con un precepto independiente. Un grupo de tres demarcaciones (Jamaica, Montserrat y Santa Lucía) solo presentaban preceptos. Además, el 71% aplicaba sanciones y el 59% permitía exenciones médicas, religiosas o filosóficas. Llegando a la conclusión, en diversos países del Caribe, la omisión de la vacunación infantil ha sido establecida como una infracción penal.

Nacionales

Castro-Fuentes y Mugruza-Vassallo (16) Ica, 2025. Tuvieron por objetivo “Evaluar si el incumplimiento de la vacunación se correlaciona con un mayor riesgo de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación en niños menores de cinco años, en el contexto de la baja cobertura en Sunampe” con un tipo básica, no experimental, transversal, relacional y cuantitativa, cubriendo una población de 123 madres/apoderados (de infantes menores de 60 meses), las mismas conformaron la muestra, para el recojo de datos emplearon el cuestionario procediendo con la técnica encuesta. En los resultados, el 93.5% de las madres contaba con seguro público y el 89.4% tenía pareja; 53.7% de los niños eran varones. Los 123 niños presentaron algún grado de incumplimiento del calendario de vacunación, aunque no se registraron casos de enfermedades prevenibles. Solo 57 de 99 eran mayores de un año tenían esquema completo. Entre las barreras, 59.35% vivía lejos del centro de salud y 91.06% reportó

largas esperas; aunque 89.43% consideró adecuados los horarios, solo 4.88% vio suficientes establecimientos. Pese a que 97.56% reconoció la importancia de las vacunas, 87.80% desconocía cuántas dosis correspondían, 99.19% qué enfermedades prevenían y 70.73% no recibió educación; solo 36.59% conocía el riesgo de infección. Aunque apenas 3.25% reportó reacciones graves, 99.19% temía efectos adversos, 55.28% señaló oposición familiar, 5.69% restricciones religiosas y 16.26% contraindicaciones médicas. Los modelos logísticos mostraron buen desempeño (0.70 – 0.91, precisión > 0.80) y asociaron la no adherencia con barreras de acceso, desinformación y percepciones de riesgo. Concluyendo, aunque la mayoría de madres valora la vacunación, la falta de información, el miedo a efectos secundarios y las barreras de acceso favorecen la no adherencia en Sunampe. Esta situación se explica más por desinformación y limitaciones estructurales que por reacciones adversas reales, evidenciando factores del entorno y del sistema de salud que influyen en las decisiones parentales.

Kaway y colaboradores (17) Loreto, 2022. Tuvieron por objetivo “Analizar los factores sociales y maternos asociados al no cumplimiento del esquema nacional de vacunación en menores de cinco años en la selva peruana” con una indagación que no hizo uso de la experimentación, analítico, transversal en su alcance, además de ser básico y cuantitativo, para el cubrimiento de la población utilizaron los datos de 20,926 niños menores de cinco años de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada en 2019, la muestra lo conformó la selección de 4,373 encuestas de niños en la zona. Para el recojo de datos, emplearon la observación como técnica y su instrumento guía de observación. En los resultados, se evidenció baja cobertura del esquema nacional de vacunación, con 57,5 % de infantes menores a 60 meses que no cumplieron dicho calendario. El incumplimiento se asoció principalmente a pobreza, calculado con el estadístico Razón de Prevalencia Ajustada (RPa) y el intervalo de confianza (IC) (RPa=1,18; IC95%: 1,08–1,29) y lengua primaria propia del lugar (RPa=1,17; IC95%: 1,07–1,30), así como a dificultades para acudir al centro de salud (RPa=1,09; IC95%: 1,04–

1,21) y no disponer de cobertura sanitaria (RPa=1,20; IC95%: 1,11–1,29), lo que refleja barreras sociales y de acceso. En contraste, la edad materna < 24 años (RPa=0,78; IC95%: 0,68–0,89) mostró efecto protector. A lo que concluyeron, el incumplimiento del esquema de vacunación nacional del Perú, en la selva responde a desigualdades estructurales más que a decisiones individuales.

Aquino-Sosa y colaboradores (18) Lima, 2022. Tuvieron por objetivo “Determinar los factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación contra difteria, tos ferina y tétanos (DPT) en el Perú” con un nivel analítico correlacional, un diseño no experimental, transversal y cuantitativo, empleando una población de los datos de 7,187 madres de niños de más de seis meses con calendario de vacunación conseguidos de la ENDES en 2019, la muestra fue la misma población, en recojo de datos lo realizaron con la técnica observación y su instrumento guía de observación. En los resultados, evidenciaron que el esquema de vacunación incompleto se asocia principalmente a condiciones de vulnerabilidad social y materna. Presentaron mayor probabilidad de incumplimiento las madres con baja escolaridad alcanzada (RPa: 1,19; IC95%: 1,02–1,40), no disponer de aseguramiento en salud (RPa: 1,41; IC95%: 1,23–1,60) y con segmento de menor capacidad adquisitiva (RPa: 1,19; IC95%: 1,02–1,40). Asimismo, la edad materna < 20 años (RPa: 2,63; IC95%: 2,06–3,35) y tener ≥ 2 hijos(as) (PRa: 1,36; IC95%: 1,19–1,57) incrementaron notablemente el riesgo. Concluyendo, los factores socioeconómicos y maternos, como bajo índice de riqueza, menor edad materna, un reducido alcance instructivo, ausencia de cobertura de salud y contar con más de dos descendientes se asociaron significativamente con la carencia de adherencia a dicho esquema inmunitario.

Loayza y colaboradores (19) Chota, 2025. Tuvieron por objetivo “Determinar la relación entre el conocimiento de la madre y el cumplimiento del calendario de vacunación para niños menores de un año en un centro de Salud de Chota” con un estudio básico, transversal, relacional, no experimental y cuantitativo, empleando a 64 madres como población, las mismas

que conformaron la muestra. Emplearon para el almacén de datos a la encuesta por parte de técnica acompañado de su herramienta cuestionario; el mismo fue suministrado a las madres, adicionando otra técnica denominada observación con su herramienta que fue guía de observación para el registro de cumplimiento. Los hallazgos dieron a conocer; la mayoría de las madres eran jóvenes (64,1% entre 18–29 años), 84,4% casadas, con 43,8% educación media (secundaria), 68,8% amas o gestoras de hogar y 62,5% de origen urbano. A pesar de estas características, el 68,8% no se ajustó al cronograma previsto de vacunación y solo el 31,2% lo completó. En cuanto al conocimiento, predominó un nivel promedio (65,6%), mientras que 20,3% presentó alto conocimiento y 14,1% bajo conocimiento, lo que sugiere que el limitado dominio de información podría asociarse en la baja adherencia al esquema. Concluyendo que hubo una asociación significativa a través del conocimiento por parte de las madres u apoderados sobre la cobertura de dicho esquema; sin embargo, es necesario reforzar la educación e información para favorecer la aceptación y seguimiento del esquema vacunal.

De la Cruz y Gonzales (20) Lima, 2023. Tuvieron como fin “Determinar como el conocimiento sobre inmunizaciones se relaciona con el cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de 2 años en el Centro de Salud San Carlos, 2023” con una investigación básica, transversal, no experimental, relacional y cuantitativa, la población fueron 90 madres con niños de menos de dos años, recolectando datos con la técnica encuesta y utilizando a la herramienta cuestionario, así mismo a través de observación como segunda técnica, empleando una guía de observación para la capción de datos. Los hallazgos indicaron; la mayoría de las madres tenía entre 30–39 años (57.8%), secundaria 62.2%, eran convivientes 55.6% y presentaban conocimiento medio sobre inmunizaciones (70%). En cuanto al cumplimiento, 51.1% completó el calendario y 48.9% no lo hizo; además, 36.7% de quienes tenían conocimiento medio sí cumplieron. El estadístico de medida de asociación; Spearman; evidenció relación proporcional y significativa a través de dichas variantes (conocimiento sobre

cobertura) (Rho de 0.827; con p de $0.032 < 5\%$). A lo que concluyeron, hay una asociación estadísticamente significativa a través del alcance de instrucción acerca de las inmunizaciones y la adherencia al esquema vacunal en madres de infantes de menos de doce meses en dicho centro.

9.2. Bases teóricas

Variable 1. Factores de incumplimiento

Los factores de incumplimiento se definen como el conjunto de circunstancias sociales, culturales y económicas que actúan como barreras o limitantes para que las madres cumplan adecuadamente el esquema vacunal de sus infantes, afectando el acceso, la continuidad y la adherencia a los programas de inmunización (21). Estos factores operan de manera interrelacionada, influyendo en la percepción de la importancia de la vacunación, la disponibilidad en medios (recursos) y la utilización efectiva de los servicios de sanidad.

Estos factores se centran o caracterizan principalmente en el perfil socioeconómico y cultural materno, analizando su vinculación con el cubrimiento o incumplimiento de dicho esquema vacunal de sus hijos, conforme a los estándares establecidos en el calendario de inmunización (21).

El modelo de determinantes sociales de la salud (DSS) fue propuesto por la OMS, representa un cambio de paradigma en la salud pública contemporánea. A diferencia del enfoque biomédico tradicional, que se centra en la patología y el tratamiento individual, este marco teórico sostiene que la salud es una construcción social. La OMS define estos determinantes como las causas de las causas; es decir, las fuerzas sociales que determinan por qué unas poblaciones tienen mejores oportunidades de salud que otras (22).

El modelo parte de la premisa de que las inequidades en salud no son naturales ni accidentales, sino el resultado de políticas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una gestión del poder que favorece a ciertos grupos sobre otros. Esta distribución desigual de las experiencias de vida se manifiesta en lo que se conoce como el gradiente social: a medida que se desciende en la escala socioeconómica, el acceso a la salud y los resultados sanitarios empeoran sistemáticamente (22).

Para comprender este fenómeno, el modelo propone una estructura bidimensional donde los factores no operan de forma aislada, sino interconectada, los determinantes estructurales y el contexto socio-político constituye la base de la desigualdad. Incluye el marco legal, las políticas macroeconómicas, el mercado de trabajo y los valores culturales sobre la salud. Estos elementos generan una estratificación social que asigna a las personas una posición específica en la sociedad según su nivel de ingresos, educación y ocupación. Esta posición define, desde antes del nacimiento, el grado de vulnerabilidad o protección de un individuo (23).

En cambio, los determinantes intermediarios y el mecanismo de impacto sostienen que la posición social derivada del nivel anterior se traduce en condiciones de vida tangibles. Estas incluyen las circunstancias materiales (vivienda, saneamiento, alimentación), los factores conductuales y biológicos, y los factores psicosociales (estrés, falta de redes de apoyo). El sistema de salud se considera aquí como un determinante intermediario más, que puede actuar remediando o agravando las desigualdades previas (23).

La relevancia de este modelo para el estudio de la inmunización radica en que la elección de vacunar no ocurre en un vacío. El cumplimiento del calendario de vacunación es el punto final de una cadena de determinantes. Si los determinantes estructurales (como el empleo precario) e intermediarios (como la distancia al centro de salud o el costo del transporte) son desfavorables, el resultado sanitario será inevitablemente el incumplimiento,

independientemente de la intención del cuidador (24). Este enfoque permite desplazar la mirada de la culpa individual hacia la responsabilidad estatal y social, fundamentando que para mejorar las tasas de vacunación es imperativo intervenir sobre las condiciones de vida de las familias.

Por otro lado, modelo conductual de uso de servicios de salud de Andersen, propuesto por Ronald Andersen a finales de la década de 1960, y evolucionado en décadas posteriores, sostiene que el uso de los servicios sanitarios es una función de la disposición de las personas a utilizarlos, de los recursos que facilitan dicho uso y de su necesidad de atención. Este modelo es particularmente valioso porque analiza la interacción entre el individuo y el sistema, permitiendo identificar fallos en la equidad del acceso (25).

Para comprender el comportamiento preventivo, como lo es la inmunización, Andersen organiza las variables en una secuencia lógica de tres fases. Los factores predisponentes representan la inclinación de la persona hacia el uso de los servicios antes de que se presente una necesidad específica. Se dividen en sociodemográficas, factores como la edad y el estado civil, que funcionan como medidores de la curva posicional en el lapso de vida. Dentro de la estructura social, el nivel educativo y la ocupación. Una madre con mayor escolaridad suele poseer un capital cognitivo que le permite procesar mejor los beneficios de la inmunización. Las creencias de salud son los valores y actitudes hacia el sistema médico. En la vacunación, las creencias culturales y la confianza en la ciencia son predictores críticos del cumplimiento (25).

Asimismo, los factores facilitadores son las condiciones de posibilidad. Aunque la madre esté predispuesta a vacunar, el acto no se concreta si no existen los medios. Los recursos individuales incluyen el ingreso económico familiar y la tenencia de un seguro de salud. Los recursos comunitarios, se refieren a la infraestructura de salud, la disponibilidad de personal capacitado, la ubicación geográfica de los centros y la eficiencia de los medios de transporte.

Si el costo de oportunidad (dejar de trabajar o gastar en pasajes) es alto, el factor facilitador se convierte en una barrera (26).

Respecto a la necesidad percibida y la necesidad evaluada, este es el motor de la acción. La necesidad percibida es la valoración subjetiva que la madre hace sobre la salud de su hijo. Si no percibe la enfermedad como una amenaza real o no considera la vacuna como una prioridad frente a otras carencias, la demanda del servicio disminuye. En cambio, la necesidad Evaluada representa el juicio clínico o el estándar profesional (en este caso, el calendario oficial de inmunización) que establece cuándo es necesaria la atención (26).

La relevancia de este modelo radica en su capacidad para explicar el incumplimiento como un fallo en el engranaje de estos tres factores. Bajo esta óptica, la inmunización es el resultado de un equilibrio de fuerzas. Una madre puede estar predispuesta (conoce la importancia), puede existir la necesidad (el niño tiene la edad para la dosis), sin embargo, si los factores facilitadores son deficientes (falta de recursos económicos o largas distancias), el modelo predice un alto riesgo de deserción del esquema vacunal. Este enfoque sustenta la hipótesis de que las variables económicas, sociales y culturales actúan como predictores multidimensionales. No se trata de un factor único, sino de una cadena de condiciones que deben cumplirse para garantizar que el menor reciba la atención preventiva oportunamente (27).

En cuanto a las dimensiones de los factores de incumplimiento, el aspecto social en el contexto sociodemográfico y el soporte familiar representa el capital social y la estructura de vida de la madre, estas actúan como el soporte logístico y cognitivo para el cuidado del menor. El capital educativo y alfabetización sanitaria se refiere al nivel educativo de la madre que no solo refleja años de escolaridad, sino su capacidad de alfabetización en salud. Una mayor educación se asocia con la habilidad para interpretar el calendario de vacunación, entender los riesgos de las enfermedades inmunoprevenibles y navegar con éxito la burocracia del sistema de salud (28).

Asimismo, el número de vástagos y el registro, situación o condición en ámbito civil influyen sobre la carga en cuidado. En hogares con múltiples dependientes o en familias monoparentales, la saturación de tareas y la falta de una red de apoyo (pareja o familiar) suelen provocar que la medicina preventiva se postergue frente a las urgencias cotidianas. El aislamiento social es un predictor crítico de incumplimiento. Las redes de apoyo funcionan como recordatorios sociales y facilitadores de la crianza; su ausencia deja a la madre sin respaldo ante imprevistos que impiden acudir a la cita vacunal (28).

Respecto al aspecto cultural, tales como efectos imaginarios, creencias y percepción del riesgo. Esta dimensión analiza el sistema de significados que la madre otorga a la vacunación. El comportamiento sanitario está profundamente arraigado en la cosmovisión y la confianza institucional. La vacilación vacunal engloba el retraso o rechazo a pesar de la disponibilidad de servicios. Se alimenta de mitos sobre efectos adversos (miedo al autismo, fiebre o componentes químicos) y una desconfianza histórica en las instituciones estatales o farmacéuticas (29).

Asimismo, las barreras idiomáticas y de cosmovisión, en contextos de diversidad étnica, el idioma puede ser una barrera infranqueable. Si el personal de salud no habla la lengua materna o si la medicina institucional choca con las prácticas tradicionales (preferencia por remedios naturales), se produce un alejamiento del servicio oficial. La influencia del entorno comunitario en las decisiones de salud está influenciada por el qué dirán o por líderes de opinión locales (religiosos o comunitarios). Si el entorno inmediato desincentiva la vacunación, la presión social puede ser un determinante más fuerte que la recomendación médica (29).

Referente al aspecto económico, la capacidad financiera y el costo de oportunidad, aunque la vacunación suele ser gratuita en el punto de entrega, el acceso conlleva costos indirectos que pueden excluir a las poblaciones más vulnerables. La pobreza y precarización laboral, en la que los bajos ingresos familiares obligan a priorizar la subsistencia inmediata (alimentación) sobre

la prevención a largo plazo. En contextos de empleo informal, la madre no cuenta con permisos laborales remunerados, lo que convierte la visita al centro de salud en una pérdida de ingresos que la familia no puede permitirse (30).

Las barreras de accesibilidad geográfica, como el costo del transporte y el tiempo de traslado actúan como filtros socioeconómicos. En zonas rurales o periféricas, el gasto de bolsillo para llegar al establecimiento de salud puede superar el presupuesto diario familiar, provocando el abandono del esquema. El aseguramiento y recursos materiales, tal es el caso de la falta de afiliación a un seguro de salud, aunque la vacuna sea gratuita, genera temor a cobros adicionales por consultas, carnets o insumos, actuando como una barrera disuasoria para las familias en situación de pobreza extrema (30). En conjunto, estas dimensiones no operan de forma independiente; se entrelazan para configurar la vulnerabilidad sanitaria. Un bajo nivel educativo (social) puede potenciar la creencia en mitos (cultural), mientras que la falta de empleo (económico) materializa la barrera final que impide el cumplimiento del calendario de inmunización.

A los factores mencionados se añade los institucionales, que abarca el acceso al servicio, a pesar de la ampliación de la cobertura del Ministerio de Salud en los servicios del nivel de atención de primera línea, no es posible cubrir en su totalidad las necesidades del país. La presencia de cuantiosas regiones del entorno nacional con poblamientos muy desperdigados representa un elemento relevante en la limitada accesibilidad territorial a los servicios vacunales (30). Los horarios en que se brinda atención en los establecimientos de salud deben diseñarse para que sean convenientes para los padres. Los gestores del sector salud deberían realizar una revisión anual de los esquemas vacunales y efectuar los ajustes necesarios según las necesidades poblacionales.

Asimismo, brindar una atención caracterizada por el respeto, la empatía y la competencia profesional por parte del personal sanitario (enfermeros/as) constituye un elemento esencial para establecer una comunicación clara y efectiva con el paciente, así como para asegurar su bienestar, confianza y confort durante el proceso asistencial. Una interacción humanizada no solo favorece la comprensión de las indicaciones médicas, sino que también fortalece el vínculo terapéutico entre el profesional y el usuario. Por otro lado, la insatisfacción, trato inadecuado o conductas poco empáticas que influyen negativamente en la decisión de las personas de continuar utilizando dichos servicios, generando incluso el abandono del establecimiento. Asimismo, el desconocimiento o la transgresión de los principios éticos y técnicos que rigen la práctica médica puede derivar en fallas asistenciales. Estos errores no solo afectan la calidad de la atención, sino que pueden representar riesgos graves para la integridad física del paciente, comprometiendo su seguridad e incluso su vida (30).

Desde la perspectiva de la calidad asistencial, el bienestar del paciente constituye el objetivo primordial de los Servicios de Salud. Bajo el modelo propuesto por Donabedian, el tiempo de espera no debe analizarse de forma aislada, sino como un indicador que articula la estructura (disponibilidad de recursos), el proceso (eficiencia en la atención y trato interpersonal) y el resultado (satisfacción del usuario). Mientras que el componente técnico busca la optimización de los beneficios clínicos, el aspecto interpersonal garantiza el respeto al paciente como ser holístico, siendo el tiempo de espera un factor determinante en la percepción de una atención digna y de calidad (31). Por otro lado, cuantiosas familias presentan carencia de información veraz acerca de vacunas y ámbito de estos servicios, inmunizaciones y las enfermedades que se previenen, calendarios vacunales, importancia y vacunación oportuna. Estas deben proporcionarse a los padres en el idioma apropiado, como medida eficaz.

Variable 2. Incumplimiento del calendario de inmunización en niños menores de dos años

El incumplimiento del calendario de inmunización se define como la no administración oportuna, incompleta o tardía de las vacunas establecidas en el Esquema Nacional de Vacunación, lo que impide que el niño alcance una protección adecuada frente a enfermedades inmunoprevenibles. Esta situación constituye un problema de salud pública, ya que reduce la cobertura poblacional, favorece la reaparición de brotes epidémicos y aumenta la morbimortalidad infantil (32). Desde la perspectiva de la salud pública, el incumplimiento no solo depende de la decisión individual de la madre o cuidador, sino que está influido por múltiples determinantes sociales, culturales y económicos, que condicionan el acceso, la aceptación y la continuidad de la vacunación.

Dicho incumplimiento presenta características como el retraso en la aplicación de dosis según la edad programada, con esquemas incompletos o abandono de dosis subsecuentes, la baja asistencia a controles de crecimiento y desarrollo, con presencia de barreras de acceso a los servicios de salud, la influencia de creencias, mitos o desinformación sobre vacunas (32). Estas características reflejan que el fenómeno es multifactorial, dinámico y estrechamente relacionado con el entorno familiar y social del niño.

Se entiende a inmunización como el transcurso biológico por medio del cual el organismo gana resguardo o resistencia frente a enfermedades infecciosas, bien sea a través de exposición natural al agente patógeno o a través de la aplicación de inmunógenos. Este proceso estimula las estructuras inmunitarias con el fin de reconocer, combatir y recordar microorganismos específicos, reduciendo el riesgo de infección, complicaciones, secuelas y muerte. Los inmunógenos constituyen una de las intervenciones de sanidad comunitaria más efectivas y vinculadas al costo y su alcance en efectivas, ya que permiten prevenir enfermedades transmisibles que históricamente han ocasionado alta morbimortalidad infantil. Gracias a la inmunización sistemática se han logrado importantes avances como la supresión total de la viruela y la disminución significativa de la poliomielitis en amplias regiones del mundo y la

drástica descensión en la prevalencia de patologías, tal es el caso de sarampión, así como la difteria y sumándose la tos ferina (33).

Actualmente, la inmunización protege contra múltiples patologías prevenibles, entre las cuales se incluyen diversas enfermedades inmunoprevenibles, tales como la tuberculosis, la hepatitis B, la poliomielitis, la difteria, el tétanos, la tos ferina y las infecciones ocasionadas por *Haemophilus influenzae* tipo b, todas ellas consideradas de importancia epidemiológica debido a su impacto en la morbimortalidad infantil, asimismo, se incluyen otras enfermedades inmunoprevenibles como la infección por rotavirus, la neumonía causada por neumococo, la influenza, así como el sarampión, la rubéola, la parotiditis (paperas), la varicela, y virus del papiloma humano, además de contribuir a la prevención de cánceres asociados a agentes infecciosos, como el cáncer de cuello uterino (33).

Existen tipos de inmunización, desde el punto de vista inmunológico, la inmunización puede clasificarse en pasiva y activa. La adquisición pasiva de defensas ocurre en las circunstancias en que el individuo adquiere defensas ya formados generados por otra persona o animal. Proporciona protección inmediata, pero temporal, debido a que no induce memoria inmunológica. Un caso natural es el paso de inmunoglobulinas maternas hacia el feto a través de la placenta en el lapso del embarazo y mediante la lactancia materna. Esta protección suele desaparecer en un periodo de meses comprendido dentro de los seis y 18. De manera artificial, la defensa pasiva puede lograrse mediante la administración de inmunoglobulinas o gammaglobulina, indicadas en situaciones de riesgo específico o exposición reciente a una enfermedad (34).

Por otro lado, la inmunización activa se obtiene mediante la exposición directa a antígenos, ya sea por infección natural o, de forma segura, mediante vacunas. Este tipo de inmunización estimula al sistema inmunitario para producir anticuerpos y células de memoria, generando

protección prolongada o permanente. La vacunación constituye la principal estrategia de inmunización activa, ya que permite desarrollar defensas sin padecer la enfermedad ni sus complicaciones (34).

En cuanto a la importancia de la inmunización en salud pública, esta es reconocida como una estrategia esencial dentro de la atención primaria de salud. Su implementación sistemática permite disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles, prevenir brotes epidémicos, reducir hospitalizaciones y discapacidad, disminuir la mortalidad infantil, generar inmunidad colectiva o de rebaño. La inmunidad colectiva se produce cuando una alta proporción de la población está vacunada, limitando la circulación del agente infeccioso y protegiendo indirectamente a quienes no pueden vacunarse, como recién nacidos o personas inmunodeprimidas (35). Por ello, el cubrimiento oportuno de dicho calendario de vacunación resulta esencial para asegurar la protección tanto a en el ámbito individual (personal) y comunitaria.

Los antecedentes de la inmunización se remontan al siglo XVIII, cuando Edward Jenner fue quien, en el año 1796, introdujo la primera inmunización contra la viruela. Este descubrimiento marcó el inicio de la vacunología moderna. Durante los siglos XIX y XX se desarrollaron inmunógenos frente a múltiples afecciones, dentro de las cuales se encuentran la difteria, el tétanos, así como la tos ferina, sumándose la poliomielitis y agregándose el sarampión. Posteriormente, la creación del Planificación Ampliada de Inmunizaciones (PAI) por la OMS en 1974 consolidó la vacunación sistemática a nivel global, especialmente en la población infantil. Desde entonces, los calendarios de inmunización se han convertido en políticas sanitarias prioritarias en la mayoría de países, contribuyendo significativamente en una marcada disminución de la letalidad en la comunidad infantil mundial (35).

Dentro del Perú, las actividades de vacunación se iniciaron de manera organizada a mediados del siglo XX; sin embargo, fue en 1979 cuando se implementó formalmente el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), alineado con las recomendaciones de la OMS. Posteriormente, el Ministerio de Salud estableció el Esquema Nacional de Vacunación, actualmente denominado Calendario Nacional de Vacunación, el cual garantiza la provisión gratuita y universal de vacunas para la población, especialmente para niños menores de cinco años, gestantes y grupos de riesgo. Gracias a estas políticas, el país ha logrado importantes avances, como la eliminación de la poliomielitis, control del tétanos neonatal, reducción del sarampión y rubéola, disminución significativa de neumonía y diarrea por rotavirus, ampliación progresiva del número de vacunas incluidas (35).

Además, el sistema de inmunización peruano se sustenta en principios de equidad, gratuidad, universalidad y obligatoriedad sanitaria, asegurando el acceso incluso en zonas rurales y poblaciones vulnerables. Actualmente, la vacunación es ejecutada a través de establecimientos del MINSA, EsSalud y otras instituciones públicas, con participación activa del personal de enfermería, quienes cumplen un rol fundamental en la administración, registro, seguimiento y educación sanitaria (35).

Respecto al calendario de inmunización, según la NTS N.º 196, el esquema nacional de vacunación se define como la planificación temporal que define la secuencia de aplicación de las vacunas, especificando el momento y el orden en que deben administrarse cada una de las dosis requeridas, aprobada por la autoridad sanitaria nacional. Para el niño menor de dos años, este calendario constituye una intervención sanitaria de carácter preventivo, obligatorio y gratuito, diseñada para generar inmunidad artificial activa contra enfermedades inmunoprevenibles de alta prevalencia y mortalidad (36).

El calendario de inmunización suele caracterizarse bajo la NTS N.º 196, siendo de carácter obligatorio para los niños, es un derecho del niño y un deber del estado y los padres asegurar su cumplimiento. Asimismo, sirve de estandarización, ya que no existen calendarios alternativos; el único válido para evaluación es el anexo del esquema nacional contenido en la norma. Además de la seguridad, donde el calendario implica el cumplimiento de la vacunación segura, garantizando que el cumplimiento no solo sea en dosis, sino en la calidad de la aplicación (cadena de frío y jeringas descartables). A esto, se suma la justificación epidemiológica, apoyándose en el concepto de control, eliminación y erradicación (36). De igual forma, la NTS N.º 196 establece que la vacuna es un preparado biológico diseñado para generar inmunidad a través de la inducción de una respuesta inmunitaria caracterizada por la formación de inmunoglobulinas. Esta puede consistir en una preparación biológica que contiene agentes infecciosos vivos atenuados o inactivados, como de derivados de estos.

Entre los tipos de vacunas, la monovalente contiene un sólo serotipo de un microorganismo determinado. Las polivalentes incorporan distintas cepas o serotipos de un microorganismo particular, como el VPH (Virus del Papiloma Humano), antipolio, antineumocócica, entre otras. Las combinadas se considera a aquellas formulaciones que incluyen antígenos de diferentes agentes infecciosos, como DPT (Difteria, Pertussis (tos ferina), Tétanos). Las conjugadas se caracterizan por la unión del componente polisacárido a una proteína vehiculizadora, así activar las defensas en infantes de menos de 24 meses, quienes presentan limitada respuesta a antígenos polisacáridos aislados. Las recombinantes se elaboran a partir de proteínas obtenidas mediante técnicas de ingeniería genética. Para su producción, se introduce en células hospedadoras; comúnmente levaduras; el fragmento de ADN que contiene la información necesaria para sintetizar el antígeno deseado. Estas células expresan la proteína específica, la cual posteriormente es purificada y utilizada como componente activo de la vacuna (36).

Desde los últimos años se sobrevalora la importancia de las vacunas, ya que es notable entender que son parte fundamental de la salud de la población, puesto que gracias a ellas se previene el contagio de la transmisión de múltiples enfermedades infecciosas que pueden ser graves e incluso letales, entre ellas el sarampión, la poliomielitis, las paperas, la varicela, la tos ferina, la difteria, el tétanos y la influenza. Asimismo, contribuyen a disminuir el riesgo de ciertos tipos de cáncer, como el hepático, así como el cáncer de cuello uterino (37). En el ámbito peruano, el calendario de inmunización se aplica en todo el territorio y su ejecución es responsabilidad de los distintos establecimientos sanitarios. Su finalidad es garantizar a la población una protección adecuada acorde con cada etapa del ciclo vital, lo cual se logra mediante la prestación de servicios de inmunización tanto en actividades rutinarias como en campañas complementarias (36).

Según la NTS 196, el calendario de inmunización indica que los recién nacidos reciban el inmunógeno BCG, denominada Bacilo de Calmette–Guérin, es una vacuna elaborada a partir de un microorganismo vivo atenuado derivado de *Mycobacterium bovis*. Su producción se realiza mediante cultivo controlado, empleando cepas de referencia internacional. Su principal finalidad es brindar protección contra las presentaciones graves de tuberculosis en la infancia, tales como la afectación meníngea y la tuberculosis miliar. Los recién nacidos también son vacunados contra la Hepatitis B (HvB) que contiene el antígeno de superficie (HBsAg) de la HvB, obtenido por técnicas de recombinación genética (ADN recombinante), sus indicaciones son que los recién nacidos dentro de las 12 horas de nacidos ideal y máximo dentro de las 24 horas reciban esta vacuna, excepcionalmente en partos domiciliarios se podrá vacunar hasta los siete días de nacido (36).

Los bebés de dos meses reciben el inmunógeno pentavalente combinada en su dosis primera (DPT-HepB-Hib). Esta formulación integra diversos componentes antigénicos destinados a proteger contra cinco enfermedades inmunoprevenibles. Incluye células completas inactivadas

de *Bordetella pertussis*, así como toxoides diftérico y tetánico, el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B y el polisacárido capsular conjugado de *Haemophilus influenzae* tipo b. Los toxoides de difteria y tétanos se obtienen a partir de cultivos de *Corynebacterium diphtheriae* y *Clostridium tetani*, cuyas toxinas son posteriormente inactivadas mediante formaldehído y sometidas a procesos de purificación. El componente correspondiente a tos ferina se elabora a partir de cultivos de *Bordetella pertussis*, los cuales son inactivados y purificados para su uso vacunal. En cuanto al componente contra *Haemophilus influenzae* tipo b, este se produce a partir del polisacárido capsular de la bacteria, el cual, tras su procesamiento, se conjuga con una proteína transportadora; generalmente el toxoide tetánico (36).

Asimismo, a los dos meses, reciben la Vacuna Antipolio Inactivada (IPV o Salk) en su primera dosis para la prevención de la poliomielitis, esta se presenta como una solución inyectable que contiene virus de la polio previamente inactivados, lo que permite inducir inmunidad sin riesgo de producir la enfermedad. Cada dosis de 0,5 ml incorpora antígenos correspondientes a los tres serotipos del poliovirus: tipo 1 (cepa Mahoney) con 40 unidades de antígeno D, tipo 2 (cepa MEF-1) con 8 unidades de antígeno D y tipo 3 (cepa Saukett), garantizando así una protección amplia frente a las diferentes variantes del virus. También, reciben la Vacuna Contra Rotavirus (compuesta por virus vivos debilitados) en su primera dosis que previene la diarrea que causa dicha vacuna. Además, reciben la vacuna antineumocócica en su primera dosis, esta busca prevenir las patologías causadas por los serotipos predominantes de *Streptococcus pneumoniae*. Su administración reduce las incidencias severas; como meningitis, bacteriemia y neumonía, además de infecciones menos graves pero frecuentes, como la otitis media y la sinusitis (36).

A los cuatro meses, a los bebés se les suministra la DPT-HvB-Hib en su segunda dosis para reforzar la inmunidad frente a la difteria, el tétanos y la tos ferina, así como contra la hepatitis B y las infecciones invasivas ocasionadas por *Haemophilus influenzae* tipo b, entre ellas meningitis y neumonía. También, se suministra la IPV o Salk en su segunda dosis para

prevención de la poliomielitis. Además, se vacuna contra Rotavirus en su segunda dosis. También se suministra la vacuna antineumocócica en su segunda dosis, así reforzar la protección frente a las infecciones causadas por *Streptococcus pneumoniae*. Esta inmunización contribuye a reducir la aparición de enfermedades invasivas graves, como neumonía, meningitis y sepsis, además de cuadros no invasivos frecuentes, tales como la otitis media aguda y la sinusitis (36).

En lapso de los seis meses, los bebés reciben la DPT-HvB-Hib) en su tercera dosis, en esta misma etapa también se les aplica la IPV o Salk en su tercera dosis para prevención de la poliomielitis. También se les suministra la vacuna contra *Haemophilus Influenzae* Tipo B (Hib), junto con la inmunización anual contra la influenza en población pediátrica, la cual brinda protección frente a las cepas de influenza A (H1N1), influenza A (H3N2) y los virus de influenza tipo B (36). Al cumplir los siete meses de edad, los infantes reciben la segunda dosis de la vacuna antigripal pediátrica, la cual ofrece protección frente a las cepas de influenza A (H1N1), influenza A (H3N2) y los virus de influenza tipo B (36).

Al alcanzar los 12 meses de edad, se administra la primera dosis del inmunógeno triple viral (sarampión, paperas y rubéola). En esta misma etapa también se aplica la tercera dosis de la vacuna antineumocócica, destinada a prevenir infecciones como neumonía, meningitis y otitis media. Asimismo, se aplica la vacuna contra la varicela en dosis única y se continúa con la inmunización anual frente a la influenza pediátrica, que brinda protección contra las cepas A (H1N1), A (H3N2) y los virus de tipo B (36).

Al cumplir los 15 meses de edad, se administra una dosis única de la vacuna contra la fiebre amarilla (antiamarílica). En esa misma etapa, también se aplica el inmunógeno frente al virus de la hepatitis A; como dosis única (36). Al llegar a los 18 meses, se aplica el primer refuerzo de la vacuna DPT, destinada a reforzar la protección frente a difteria, tétanos y tos ferina. En

esta misma etapa, se administra el primer refuerzo de la vacuna antipolio oral (APO), orientada a prevenir la parálisis flácida aguda. Asimismo, se coloca la segunda dosis de la vacuna triple viral (sarampión, paperas y rubéola).

Entre los dos y cuatro años de edad, el esquema de inmunización continúa con aplicaciones específicas según cada año. A los dos años se administra la vacuna antigripal pediátrica correspondiente a ese periodo anual; a los tres años se aplica nuevamente la dosis anual contra la influenza; y a los cuatro años se continúa con la siguiente dosis anual de esta misma vacuna. Asimismo, a los cuatro años se coloca el segundo refuerzo de la vacuna DPT, que fortalece la protección frente a difteria, tétanos y tos ferina. En esa misma etapa también se aplica el segundo refuerzo de la vacuna antipolio oral (APO), destinada a prevenir la parálisis flácida aguda (36).

El cumplimiento del calendario en menores de dos años busca control para reducir la incidencia de enfermedades como la Diarrea por Rotavirus o la Neumonía. Busca la eliminación para evitar la presencia de casos de Sarampión, Rubeola y Congénita. Y se enfoca en la erradicación para mantener a los niños libres de Polio (36).

Referente a los componentes del incumplimiento del calendario de inmunización, además de lo estipulado desde recién nacido hasta los dos años o más, según la norma establece que para evaluar si un niño cumple con el calendario, se deben observar el cubrimiento del esquema completo, la oportunidad de vacunación en las fechas específicas y la continuidad de la vacunación (36).

El esquema completo se basa en la carga antigénica necesaria. No basta con una dosis; el sistema inmunológico infantil requiere de series primarias (tal como las 3 dosis de Pentavalente) para alcanzar niveles protectores de anticuerpos. La oportunidad de vacunación cronológica se sustenta en la ventana de vulnerabilidad inmunológica. La norma dicta edades específicas (2,

4, 6 meses, etc.) porque es cuando el sistema inmune del niño es más capaz de responder al antígeno y cuando más riesgo tiene de contraer la enfermedad en el entorno. La continuidad de vacunación (refuerzos) se basa en la memoria inmunológica. La norma técnica estipula que la inmunidad de las primeras dosis puede decaer, por lo cual los refuerzos de los 18 meses (DPT, APO) y las dosis anuales (Influenza) son indispensables para mantener la vigencia de la protección (36).

Teorías de la enfermería

Teoría de la promoción de la salud

Fue desarrollada por Nola J. Pender, esta explica los factores cognitivos, emocionales y conductuales que influyen en la adopción de prácticas saludables. Este modelo sostiene que la conducta de salud no depende únicamente del conocimiento, sino también de las experiencias previas, las creencias individuales, las percepciones de beneficios y barreras, la autoeficacia y el apoyo social. Pender plantea que las personas tienden a comprometerse con acciones preventivas cuando perciben mayores beneficios que obstáculos, y cuando se sienten capaces de ejecutarlas. Asimismo, reconoce que los antecedentes personales (edad, educación, cultura, experiencias previas con el sistema de salud) condicionan la toma de decisiones (38).

Desde la enfermería, el rol profesional consiste en educar, motivar y facilitar conductas saludables, reduciendo barreras y fortaleciendo la confianza del cuidador (38). Esta teoría sustenta el análisis del incumplimiento del calendario de inmunización, ya que la autonomía de las progenitoras al elegir si cumplen o no con el esquema de inmunización de sus descendientes puede estar influida por experiencias negativas previas, miedo a efectos adversos, falta de tiempo, limitaciones económicas o baja percepción del riesgo de enfermedad. Por tanto, la enfermera debe implementar estrategias educativas y motivacionales que promuevan la adherencia al esquema de vacunación.

Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales

La propuso Madeleine Leininger, este modelo fundamenta la enfermería transcultural y sostiene que el cuidado solo es efectivo cuando es culturalmente congruente con los valores, creencias y prácticas de las personas y comunidades. Leininger distingue dos perspectivas, una visión interna del paciente o comunidad y una visión profesional o institucional del personal de salud. El modelo propone tres modalidades de acción enfermera, primero la conservación o mantenimiento cultural, la negociación o adaptación cultural y la reestructuración cultural (39).

La teoría afirma que ignorar el componente cultural genera resistencia, desconfianza y baja adherencia a las intervenciones sanitarias (39). En el contexto del CAP III Amarilis, el incumplimiento del calendario de vacunación puede relacionarse con creencias tradicionales, mitos sobre las vacunas, costumbres locales o barreras idiomáticas. Esta teoría permite comprender que la vacunación podría ser más efectiva cuando el personal de enfermería adapte la educación y el cuidado a la realidad sociocultural de las madres, promoviendo prácticas culturalmente aceptables.

Teoría del déficit de autocuidado

Fue formulada por Dorothea Orem, sostiene que el autocuidado es una actividad aprendida, orientado a la preservación de la integridad física y el equilibrio personal. Cuando el individuo no puede satisfacer sus necesidades de cuidado, se genera un déficit, requiriendo la intervención de enfermería. El modelo se compone de tres subteorías, autocuidado, déficit de autocuidado, lo que requiere la intervención mediante modelos de asistencia de enfermería. Estos se dividen en acciones de carácter totalmente compensatorio, intervenciones de naturaleza mixta o parcial, y estrategias enfocadas en el respaldo educativo del paciente (40).

Orem introduce el concepto de agente de cuidado dependiente, que es la persona responsable del cuidado de alguien que no puede hacerlo por sí mismo, como los niños pequeños (40). Los menores de dos años dependen completamente de sus madres para recibir las vacunas. Si la madre presenta limitaciones económicas, educativas o sociales, se produce un déficit de cuidado que puede traducirse en el incumplimiento del calendario de inmunización. En este contexto, la enfermera cumple un rol compensatorio y educativo, fortaleciendo las capacidades maternas y garantizando la continuidad del cuidado preventivo.

En conjunto, las teorías de Pender, Leininger y Orem permiten abordar el incumplimiento del calendario de inmunización desde una perspectiva integral, considerando los factores conductuales, culturales y de capacidad de cuidado que influyen en la decisión materna. Estas bases conceptuales fortalecen el rol de la enfermería como disciplina promotora de la salud, garante del cuidado culturalmente pertinente y compensadora de los déficits de autocuidado en poblaciones vulnerables (40).

9.3. Definiciones

Inmunización infantil

Se refiere al curso biológico por medio del cual; el organismo gana amparo u resistencia enfrente a enfermedades infecciosas, fuera por exposición natural al agente patógeno o mediante la administración de vacunas (33).

Vacunación

Intervención sanitaria preventiva que consiste en la aplicación de vacunas para generar inmunidad activa específica frente a determinados agentes patógenos (36).

Calendario nacional de inmunización

Según la NTS N.º 196, el esquema nacional de vacunación se define como la planificación temporal que define la secuencia de aplicación de las vacunas, especificando el momento y el orden en que deben administrarse cada una de las dosis requeridas, aprobada por la autoridad sanitaria nacional (36).

Factores de incumplimiento

Se definen como el conjunto de circunstancias sociales, culturales, económicas e institucionales que actúan como barreras o limitantes para que las madres cumplan adecuadamente el esquema de vacunación de sus hijos, afectando el acceso, la continuidad y la adherencia a los programas de inmunización (21).

Incumplimiento del calendario de inmunización

El incumplimiento del calendario de inmunización se define como la no administración oportuna, incompleta o tardía de las vacunas establecidas en el Esquema Nacional de Vacunación (32).

Padre madre o apoderados del niño

Son las figuras adultas responsables del cuidado, protección, crianza y toma de decisiones relacionadas con el bienestar físico, emocional, social y educativo del niño. Incluyen a los progenitores biológicos, adoptivos o a cualquier persona legalmente designada o reconocida que asuma la tutela, guarda o representación del menor, garantizando el cumplimiento de sus derechos y necesidades básicas dentro del entorno familiar (41).

Factores sociales

Condiciones sociodemográficas y de apoyo familiar, como nivel educativo, estado civil, número de hijos y redes de soporte, que influyen en el acceso y utilización de los servicios de vacunación (28).

Factores culturales

Conjunto de creencias, valores, mitos, costumbres y percepciones que orientan las decisiones de salud de la madre o cuidador respecto a la aceptación o rechazo de la vacunación (29).

Factores económicos

Limitaciones o recursos financieros del hogar que pueden facilitar o dificultar el acceso a los servicios de inmunización, como ingresos, empleo, transporte y aseguramiento en salud (30).

Factores institucionales

Características del sistema y de los establecimientos de salud, tales como disponibilidad de vacunas, horarios de atención, trato del personal, tiempos de espera y accesibilidad geográfica (30).

Determinantes sociales de la salud (DSS)

Condiciones estructurales y contextuales en las que las personas nacen, crecen y viven, que influyen en sus oportunidades de acceso a la salud y generan desigualdades sanitarias (22).

Accesibilidad a servicios de salud

Facilidad con la que la población puede obtener atención sanitaria, considerando distancia, costos, disponibilidad de recursos, horarios y barreras administrativas (36).

Adherencia al esquema vacunal

Grado en que la madre o cuidador cumple de manera constante y responsable con las citas y dosis programadas para la vacunación del niño (36).

Oportunidad de vacunación

Aplicación de cada dosis dentro del intervalo de edad recomendado para asegurar una respuesta inmunológica óptima y evitar periodos de vulnerabilidad (36).

Cobertura vacunal

Proporción de niños que han recibido las vacunas requeridas dentro de una población determinada, expresada generalmente en porcentaje (36).

Inmunidad colectiva

Protección indirecta que se produce cuando una alta proporción de la comunidad está vacunada, reduciendo la circulación del agente infeccioso (36).

Alfabetización en salud

Capacidad de comprender información sanitaria, interpretar indicaciones médicas y tomar decisiones informadas respecto al cuidado preventivo, como la inmunización (28).

Barreras de acceso

Obstáculos sociales, culturales, económicos o geográficos que dificultan la utilización oportuna de los servicios de vacunación (32).

Programas de inmunización

Conjunto organizado de estrategias, políticas y actividades implementadas por el sistema de salud para garantizar la vacunación universal y reducir enfermedades prevenibles (21).

Enfermedades inmunoprevenibles

Patologías infecciosas que pueden evitarse eficazmente mediante la vacunación, tales como sarampión, poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, rotavirus y neumonía neumocócica (36).

10. Metodología

10.1. Enfoque de investigación

La presente indagación corresponderá al enfoque cuantitativo, ya que se harán uso de registros recolectados mediante los instrumentos, para que posteriormente se realice el análisis inferencial o contrastación de las hipótesis, donde serán sustentados por las pruebas y análisis estadísticas (42)

10.2. Tipo de estudio

Implicará al tipo aplicado debido que se orientará a la utilización del conocimiento científico para resolver problemas concretos en contextos específicos, trasladando principios teóricos a soluciones prácticas (43).

10.3. Diseño de investigación

En cuanto al diseño en esta investigación; implicará el no experimental, se caracteriza por el modo en que el investigador se limita a examinar y evaluar los sucesos en su ambiente espontáneo, sin intervenir en el desarrollo de los mismos, es decir sin manipular deliberadamente las variables ni intervenir sobre ellas (44). En cuanto al nivel de estudio será relacional, este tiene como finalidad analizar la asociación o vínculo existente a través de diversos indicadores en un conjunto poblacional determinada, buscando identificar el peldaño y la dirección acerca de su relación (45). El alcance del presente estudio será transversal, consiste en que la recolección de opiniones o información debe ser realizada en un punto

temporal único y delimitado del tiempo, con el propósito de describir o analizar el comportamiento de las variables tal como se presentan en ese instante (46).

10.4. Población y criterios de selección

En los criterios de inclusión se considerará:

- Madres con niños registrados en el CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud.
- Madres con niños menores de dos años.
- Madres que firmen el consentimiento informado.
- Madres que tengan la mayoría de edad

Criterios de exclusión:

- Madres con niños de otro establecimiento de salud.
- Madres que padezcan de alguna discapacidad.

El colectivo seleccionado (población) para esta investigación englobará a las madres que acuden a las citas de inmunización pediátrica con infantes de hasta 23 meses de edad del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud, que son en total 180 madres de familia.

10.5. Muestra y muestreo

Aplicación de fórmula para la obtención de una muestra dentro de una población conocida.

$$n = \frac{N * Z^2 (p * q)}{(N - 1) e^2 + Z^2 (p * q)}$$

n es el tamaño de la muestra, por otro lado, N es el tamaño de la población, Z es el nivel de confianza, p es la probabilidad a favor y q en contra, e es el error de estimación.

Considerando los datos: N = 180, Z= 95% (1.96), p = 0.5, q = 0.5, e = 5% (0,05).

$$n = \frac{180 * 1.96^2 (0.5 * 0.5)}{(180 - 1) 0.05^2 + 1.96^2 (0.5 * 0.5)}$$

$$n = 128.53$$

$$n_0 = 129$$

La muestra lo formaran 129 progenitoras con hijos cuya edad no superará los dos años, captadas durante su asistencia al servicio vacunal del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud

10.6. Variables

Variable 1: Factores de incumplimiento del calendario de inmunización en niños menores de 2 años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA (NIVELES)
Los factores de incumplimiento se definen como el conjunto de circunstancias sociales, culturales y económicas que actúan como barreras o limitantes para que las madres cumplan adecuadamente el esquema vacunal de sus infantes, afectando el acceso, la continuidad y la adherencia a los programas de inmunización (21).	Su medición implicará la valoración correspondiente a sus dimensiones.	“Los factores sociales”	- “Edad”, “Nivel de instrucción”, “Estado civil”, “Lugar de procedencia”	Nominal	“Si (1)” “No (0)”
		“Los factores culturales”	- “Costumbres”, “Creencia”		
		“Los factores económicos”	- “Ingreso económico”, “Ocupación”, “Vivienda”, “El gasto de transporte impide ir al centro de salud”		
		“Los factores institucionales”	“Disponibilidad de vacunas”, “Horario de atención”, “Tiempo de espera”, “Trato del personal de enfermería”		

Variable 2: Incumplimiento del calendario de inmunización en los niños menores de 2 años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA (NIVELES)
El incumplimiento del calendario de inmunización se define como la no administración oportuna, incompleta o tardía de las vacunas establecidas en el Esquema Nacional de Vacunación, lo que impide que el niño alcance una protección adecuada frente a enfermedades inmunoprevenibles. Esta situación constituye un problema de salud pública, ya que reduce la cobertura poblacional, favorece la reaparición de brotes epidémicos y aumenta la morbimortalidad infantil (32).	Su medición será realizada a través de su dimensión.	“Cumplimiento del calendario de inmunización”	“BCG (Rn)”	Nominal	“Oportuno (1)” “Inoportuno (0)”
			“HVB (Rn)”		
			“IPV (2m y 4m)”		
			“Pentavalente (2m, 4m, 6m)”		
			“Antineumocócica (2m,4m, 12m)”		
			“Rotavirus (2m,4m)”		
			“IPV (6m)”		
			"Influenza (7m,8m) (1- 2-3-4-5)"		
			"Varicela (12m)"		
			"SPR (12m,18m)"		
			"Antiamarílica (15m)"		
			"VHA (15m)"		
			“1er DPT y 1er Antipolio (18m)”		

10.7. Procedimientos y técnicas

Se empleará el método hipotético y deductivo en el estudio, el cual consiste en formular hipótesis a partir del planteamiento del problema y del marco teórico, para posteriormente someterlas a comprobación mediante el análisis de los datos recolectados y, con base en los resultados obtenidos, establecer conclusiones (47).

Las técnicas a emplear en el recojo de datos será la técnica encuesta junto a su instrumento cuestionario, dicho instrumento será suministrado a las madres de los niños. Respecto a la encuesta, esta permite obtener información directa de un grupo de personas mediante la formulación sistemática de preguntas relacionadas con las variables de estudio (48). Por otro lado, el cuestionario contiene el conjunto organizado de preguntas previamente elaboradas, diseñadas para recoger información de manera estandarizada y objetiva. Puede incluir preguntas cerradas, abiertas o tipo escala (como Likert), y su finalidad es medir las variables e indicadores del estudio, garantizando uniformidad y confiabilidad en las respuestas de los participantes (49).

Además, se utilizará la técnica de observación junto a su instrumento guía de observación, este instrumento recogerá el registro de cumplimiento del calendario de inmunización de los niños. Como método de captura de información, la observación facilita el registro de datos fácticos directamente desde el escenario de estudio real y detallada sobre las características del fenómeno estudiado, complementando o verificando los datos obtenidos por otros métodos (50). Por su parte, este recurso metodológico sirve como un esquema organizado que pauta y dirige el seguimiento sistemático de los eventos analizados mediante un listado organizado de criterios, categorías o indicadores previamente definidos, que permiten registrar de forma ordenada y uniforme los aspectos relevantes del fenómeno (51).

El instrumento a emplear será el cuestionario sobre factores de incumplimiento de La Rosa

Ascencios quien lo elaboró en 2023, compuesto por factores sociales, económicos, culturales e institucionales con un total de 19 ítems. La validez del cuestionario fue evaluada mediante el juicio de expertos, aplicándose una prueba de concordancia que alcanzó un coeficiente kappa correspondiente a 0.857. Asimismo, la consistencia interna del recurso de medición se verificó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual arrojó un resultado de 0.943 (52). En cuanto al instrumento para recoger los datos del cumplimiento o incumplimiento del calendario de inmunización, se empleará la guía de observación de Millones y Pantoja en el 2024 (53), dicha guía se basó en lo establecido por la NTS N.º 196.

10.8. Plan de análisis

Se empleará la estadística básica (tanto la descriptiva, así como la inferencial), la descriptiva presentará los hallazgos por medio de frecuencias y porcentajes, mientras que en la inferencial se mostrará la corroboración de hipótesis a través de una prueba estadística, dicha prueba estará condicionada a la prueba de normalidad de las variables, si dicha prueba evidencia una distribución no normal se elegirá una prueba no paramétrica, caso contrario se empleará una prueba paramétrica. Para aplicar las pruebas mencionadas se hará uso del software estadístico SPSS versión 26.

10.9. Aspectos éticos y de integridad científica

El estudio presente implicará los principios éticos internacionales de la Declaración de Helsinki y las normativas de redacción vigentes (Vancouver). Bajo dicha implicancia este informe será expuesto a revisión y aprobación por el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Norbert Wiener y, de ser requerido, por las instancias correspondientes de EsSalud Huánuco.

Debido a que el objeto de estudio involucra a madres de familia, se aplicará el proceso de consentimiento informado de manera rigurosa. Cada participante recibirá una explicación

detallada sobre el objetivo del estudio, la naturaleza voluntaria de su participación (el participante goza de la libertad de interrumpir su colaboración cuando lo desee, garantizándose que la asistencia médica que recibe el menor no sufrirá alteración alguna en el CAP III Amarilis), la ausencia de riesgos físicos y los beneficios potenciales (mejora de estrategias de vacunación) y la aceptación se formalizará mediante la firma de un documento escrito, siguiendo el formato oficial del CIEIC.

Se garantizará la protección de la identidad de las madres y sus hijos. Para ello, los cuestionarios serán anónimos y se utilizará un sistema de codificación para el procesamiento de datos. La información recolectada se almacenará en archivos digitales bajo resguardo de la investigadora, a los cuales solo la investigadora tendrá acceso, eliminando cualquier dato que permita identificar a las familias una vez finalizado el análisis. Se ha diseñado un proceso de selección balanceado, donde la incorporación de los individuos queda supeditada al cumplimiento estricto de los requisitos técnicos (inclusión; exclusión), sin distinción de origen étnico, religión o condición socioeconómica. Se evitará cualquier forma de coerción, asegurando que el acceso a las vacunas o servicios de salud del niño no esté condicionado a la participación en la encuesta.

Asimismo, se garantizará la veracidad de los hallazgos mediante el uso de instrumentos validados y un análisis estadístico riguroso (utilizando software como SPSS). En cumplimiento con las normas de integridad científica, como originalidad, el trabajo será sometido a software de similitud (como Turnitin) para garantizar la ausencia de plagio. Considerando la honestidad, se reportarán los resultados encontrados de forma objetiva, sin manipulación de datos para favorecer las hipótesis planteadas.

11. Recursos y presupuestos

11.1. Equipos y bienes duraderos

Se utiliza un equipo de computación (Laptop) para el procesamiento de datos y redacción, y una impresora para impresión de borradores o artículos para lectura.

11.2. Materiales e insumos

Se emplea hojas bond, materiales de escritorio como lapiceros, lápices, borradores y otros.

11.3. Servicios de terceros

Para garantizar la precisión de los hallazgos, se recurrirá al apoyo de un profesional en el área estadística, utilizando el entorno digital SPSS para la sistematización de datos.

11.4. Gastos de gestión y administrativos

Se emplea el uso de internet, movilidad local para asistir al CAP III Amarilis Pilco Marca EsSalud a recolectar datos y un fondo para imprevistos.

Tabla 01. Recursos y presupuestos

TIPOS	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Estadístico	50	5 hrs	250
Asesor externo	80	5 hrs	400
RECURSOS MATERIALES Y EQUIPOS (BIENES)			
Materiales de escritorio	30	1	30
Papelería	25	2	50
Laptop	1500	1	1500

Impresora	250	1	250
SERVICIOS			
Internet	90	8	720
Movilidad	10	20	200
GASTOS ADMINISTRATIVOS Y/O IMPREVISTOS			
Imprevistos	500	1	500
TOTAL			3900

12. Cronograma de actividades

Tabla 02. Cronograma de actividades

N	Actividades	2025				2026	
		Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
	Redacción del informe proyecto	X					
	Planteamiento del problema		x				
	Elaboración de las preguntas de problemas y objetivos			x			
	Aplicar instrumentos				x		
						x	
	Sustentación de la tesis						x

13. Referencias

1. Higgins-Steele A, Shendale S, Grevendonk J, Gacic-Dobo M, Danovaro-Holliday MC. Recording vaccine doses administered: A global analysis of tally sheet design for infant and child immunizations. *PLOS Global Public Health*. 6 de octubre de 2025;5(10):73-89. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004973>
2. Nguyen KH, Zhao R, Mullins C, Corlin L, Beninger P, Bednarczyk RA. Trends in vaccination schedules and up-to-date status of children 19–35 months, United States, 2015–2020. *Vaccine*. enero de 2023;41(2):467-75. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.11.023>
3. López Landero G del J, De La Cruz AM, Guzmán Moreno M, García Hernández JM. Nivel de cumplimiento de esquemas de vacunación en niños 0 a 9 años. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 3 de mayo de 2024;8(2):3671-83. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10788
4. Hindi Albalawi HM, Reza KA. Influences of Cultural Factors on Vaccination Practices Among Parents Prior to School Age: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. 17 de diciembre de 2024;16(12):1-20. doi:<https://doi.org/10.7759/cureus.75845>
5. Olayinka F, Sauer M, Menning L, Summers D, Wonodi C, Mackay S, et al. Building and sustaining public and political commitment to the value of vaccination: Recommendations for the Immunization Agenda 2030 (Strategic Priority Area 2). *Vaccine*. abril de 2024;42(1):43-53. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.11.038>
6. World Health Organization. WHO INT [Internet]. 2025 [citado 18 de enero de 2026]. Immunization Analysis and Insights. Disponible en: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/immunization-coverage>
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas [Internet]. 2025 [citado 18 de enero de 2026]. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores mundiales. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
8. Ministerio de Salud. Gobierno del Perú [Internet]. 2025 [citado 18 de enero de 2026]. Plan Nacional al riesgo de transmisión del virus de sarampión en el Perú. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/211933-971-2018-minsa>
9. Miranda-Soberón U, Pino-Arana I, Pastor-Ramírez N, Figueroa-Cabezudo E, Zevallos-Parra C, Valencia-Borja G. Vaccination Coverage and Adherence to Scheduling in Children Aged 0 to 18 Months: Effects of COVID-19 and Age. *Vaccines (Basel)*. 3 de abril de 2025;13(4):387-400. doi:<https://doi.org/10.3390/vaccines13040387>

10. Organización Panamericana de la Salud. OPS [Internet]. 2025 [citado 18 de enero de 2026]. Semana de Vacunación en las Américas 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/sva>
11. Nascimento WSM, Júnior EB de M, Rodrigues AR de A, Pereira BM, Neto JG de O, Borges P de TM, et al. Factors Associated with Missed Opportunities for Vaccination in Children During the First Year of Life: A Cross-Sectional Study. *Vaccines (Basel)*. 1 de noviembre de 2025;13(11):1129-40. doi:<https://doi.org/10.3390/vaccines13111129>
12. Loarte E, Montaña C, Riofrío A, Caraguay S. Caracterización del incumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 2 años en centros de salud del Cantón Loja. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* [Internet]. 2023 [citado 22 de enero de 2026];8(3):4-10. Disponible en: <https://tinyurl.com/297e3af9>
13. Quirola Gavilánez JC, Herrera López JL. Factores socioculturales relacionados al cumplimiento de los esquemas de vacunación en menores de 2 años durante el confinamiento. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*. 14 de febrero de 2022;3(1):106-17. doi:<https://doi.org/10.51798/sijis.v3i1.219>
14. Villanueva-Méndez E, Arias-Morales M, Pérez-Velázquez L, Flores-Vargas G, Gallardo-Luna M. Relationship among Socio-economic Determinants and Non-compliance with Vaccination in Children under 6 Years of Age in Guanajuato, México: A Cross-sectional Study. *Asian Journal of Pediatric Research*. 2024;14(7):86-98. doi:<https://doi.org/10.9734/ajpr/2024/v14i7369>
15. Evans-Gilbert T, Lewis-Bell KN, Irons B, Duclos P, Gonzalez-Escobar G, Ferdinand E, et al. A review of immunization legislation for children in English- and Dutch-speaking Caribbean countries. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18 de enero de 2023;47(2):1-18. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.19>
16. Castro-Fuentes MN, Mugruza-Vassallo CA. Determinants of Childhood Vaccination Non-Adherence in Sunampe, Peru: A Cross- Sectional Study on Coverage, Parental Concerns, and Mortality. Vol. 7. 2025. p. 1-20. doi:<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7266880/v1>
17. Kaway Caceda LT, Roldán-Arbieto L, Vela-Ruiz JM, Loo-Valverde M, Guillen Ponce R, Luna-Muñoz C, et al. Non-compliance with the national vaccination scheme in children under 5 years old in the peruvian jungle in 2019. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 7 de septiembre de 2022;22(1):689-96. doi:<https://doi.org/10.25176/RFMH.v22i4.4614>
18. Aquino-Sosa BA, Correa-Lopez L, Loo-Valverde M, Guillén-Ponce NR. Factors associated with the non-compliance of the child vaccination of diphtheria, pertussis and tetanus in Peru, year 2019. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 16 de marzo de 2022;22(2):287-96. doi:<https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i2.4775>

19. Loayza Cieza DR, Díaz Cubas CM, Bruno Cerro RC. Conocimiento Materno sobre Inmunizaciones y Cumplimiento del Calendario Vacunacional en Menores de un Año del Centro de Salud Chota, 2022. SAGA: Revista Científica Multidisciplinar. 20 de mayo de 2025;2(2):560-71. doi:<https://doi.org/10.63415/saga.v2i2.99>
20. De La Cruz Ccaico AP, Gonzales Saldaña. SH. Conocimiento sobre inmunizaciones y cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de 2 años en el Centro de Salud San Carlos, 2023. Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería. 20 de diciembre de 2023;3(3):56-67. doi:<https://doi.org/10.33326/27905543.2023.3.1859>
21. Carvajal Bustos MB, Jiménez Peralta AL. Non-compliance causes with the vaccination schedule in children under 5 years of age. Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies. 30 de mayo de 2023;4(1):9-23. doi:<https://doi.org/10.51798/sijis.v4i1.644>
22. Bambra C. Placing intersectional inequalities in health. Health Place. mayo de 2022;75(2):102-20. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102761>
23. Clare B. Levelling up: Global examples of reducing health inequalities. Scand J Public Health. 19 de noviembre de 2022;50(7):908-13. doi:<https://doi.org/10.1177/14034948211022428>
24. Mezzina R, Gopikumar V, Jenkins J, Saraceno B, Sashidharan SP. Social Vulnerability and Mental Health Inequalities in the “Syndemic”: Call for Action. Front Psychiatry. 30 de mayo de 2022;13(2):2-19. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.894370>
25. Alkhawaldeh A, ALBashtawy M, Rayan A, Abdalrahim A, Musa A, Eshah N, et al. Application and Use of Andersen’s Behavioral Model as Theoretical Framework: A Systematic Literature Review from 2012–2021. Iran J Public Health. 23 de julio de 2023;7(2):1-18. doi:<https://doi.org/10.18502/ijph.v52i7.13236>
26. Narcisse MR, Shah SK, Hallgren E, Felix HC, Schootman M, McElfish PA. Factors associated with breast cancer screening services use among women in the United States: An application of the Andersen’s Behavioral Model of Health Services Use. Prev Med (Baltim). agosto de 2023;173(2):107-20. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107545>
27. Alhalaseh L, Alsawalha K, Al-Sabbagh MQ, Al-Khaleefa F. Depression rates and health-seeking behavior in primary care: Andersen model of health-care utilization. Psychol Health Med. 3 de julio de 2023;28(6):1503-12. doi:<https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2093927>
28. Gliedt JA, Spector AL, Schneider MJ, Williams J, Young S. A Description of Theoretical Models for Health Service Utilization: A Scoping Review of the Literature. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. 30 de enero de 2023;60(2):1-20. doi:<https://doi.org/10.1177/00469580231176855>

29. Javan-Noughabi J, Tabatabaee SS, Vahedi S, Sharifi T. Socio-economic determinants of attendance at diabetes self-management education program: using Andersen's behavioral model. *BMC Health Serv Res.* 9 de noviembre de 2022;22(1):1331-50. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08749-x>
30. Chan DNS, Choi KC, Au DWH, So WKW. Identifying the factors promoting colorectal cancer screening uptake in Hong Kong using Andersen's behavioural model of health services use. *BMC Public Health.* 20 de diciembre de 2022;22(1):1228. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13634-7>
31. Yang J, Liu F, Yang C, Wei J, Ma Y, Xu L, et al. Application of Donabedian Three-Dimensional Model in Outpatient Care Quality: A Scoping Review. *J Nurs Manag.* 25 de enero de 2025;2025(1):1-20. doi:<https://doi.org/10.1155/jonm/6893336>
32. Hobani F, Alhalal E. Factors related to parents' adherence to childhood immunization. *BMC Public Health.* 25 de abril de 2022;22(1):819. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13232-7>
33. Le LM, Veettil SK, Donaldson D, Kategeaw W, Hutubessy R, Lambach P, et al. The impact of pharmacist involvement on immunization uptake and other outcomes: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Pharmacists Association.* septiembre de 2022;62(5):1499-513. doi:<https://doi.org/10.1016/j.japh.2022.06.008>
34. Riccò M, Cascio A, Corrado S, Bottazzoli M, Marchesi F, Gili R, et al. Impact of Nirsevimab Immunization on Pediatric Hospitalization Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis (2024). *Vaccines (Basel).* 8 de junio de 2024;12(6):640-58. doi:<https://doi.org/10.3390/vaccines12060640>
35. Kwong K W Y, Xin Y, Lai N C Y, Sung J C C, Wu K C, Hamied Y K, et al. Oral Vaccines: A Better Future of Immunization. *Vaccines (Basel).* 12 de julio de 2023;11(7):1232-43. doi:<https://doi.org/10.3390/vaccines11071232>
36. MINSA. NTS N° 196-MINSA/DGIESP-2022 - NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. 2022.
37. Gül A, Alak SE, Gül C, Karakavuk T, Can H, Karakavuk M, et al. The Importance of Vaccines in a Sustainable Healthy Society. En: *A Sustainable Green Future*. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 183-212. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-031-24942-6_9
38. Rojas-Torres IL, Garizábalo Dávila CM, Ruidíaz Gómez KS, Fernández Aragón SP, Perea-Rojas DM, Rodelo Olmos GM, et al. Effectiveness of Nola Pender's Health Promotion Model: A Comprehensive Approach for Enhancing Healthy Behaviors and Quality of Life in Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 30 de septiembre de 2025;22(10):1506-23. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph22101506>

39. Seima MD, Michel T, Méier MJ, Wall ML, Lenardt MH. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. Escola Anna Nery. diciembre de 2025;15(4):851-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400027>
40. Tanaka M. Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. Nurs Forum (Auckl). 17 de mayo de 2022;57(3):480-5. doi:<https://doi.org/10.1111/nuf.12696>
41. Rahbari L. Marriage, Parentage and Child Registration in Iran: Legal Status of Children of Unmarried Parents. Soc Sci. 10 de marzo de 2022;11(3):120-32. doi:<https://doi.org/10.3390/socsci11030120>
42. Jamieson MK, Govaart GH, Pownall M. Reflexivity in quantitative research: A rationale and beginner's guide. Soc Personal Psychol Compass. 2 de abril de 2023;17(4):1-20. doi:<https://doi.org/10.1111/spc3.12735>
43. Pagano A, Macovei A, Balestrazzi A. Molecular dynamics of seed priming at the crossroads between basic and applied research. Plant Cell Rep. 13 de abril de 2023;42(4):657-88. doi:10.1007/s00299-023-02988-w
44. Aarsman SR, Greenwood CJ, Linardon J, Rodgers RF, Messer M, Jarman HK, et al. Enhancing inferences and conclusions in body image focused non-experimental research via a causal modelling approach: A tutorial. Body Image. junio de 2024;49(2):1017-29. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101704>
45. Zhang G, Luo Z, Cui K, Lu S, Xing EP. Meta-DETR: Image-Level Few-Shot Detection with Inter-Class Correlation Exploitation. IEEE Trans Pattern Anal Mach Intell. 2022;7(2):1-12. doi:<https://doi.org/10.1109/TPAMI.2022.3195735>
46. Sitrin D, Brunie A, Rosenberg R, Wilson L, Lebetkin E, Kagimu R, et al. Assessing the availability and scope of routine data on post-pregnancy family planning: A cross-sectional review of registers and reporting tools in 18 low- and middle-income countries. PLOS Global Public Health. 9 de octubre de 2025;5(10):5205-23. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0005205>
47. Kalinowski ST, Pelakh A. A hypothetico-deductive theory of science and learning. J Res Sci Teach. 22 de agosto de 2024;61(6):1362-88. doi:<https://doi.org/10.1002/tea.21892>
48. Alzubaidi L, Bai J, Al-Sabaawi A, Santamaría J, Albahri AS, Al-dabbagh BSN, et al. A survey on deep learning tools dealing with data scarcity: definitions, challenges, solutions, tips, and applications. J Big Data. 14 de abril de 2023;10(1):46-57. doi:<https://doi.org/10.1186/s40537-023-00727-2>
49. De Gucht V, Woestenburg DHA, Wilderjans TF. The Different Faces of (High) Sensitivity, Toward a More Comprehensive Measurement Instrument. Development and Validation of the Sensory Processing Sensitivity Questionnaire (SPSQ). J Pers Assess. 2

de noviembre de 2022;104(6):784-99.
doi:<https://doi.org/10.1080/00223891.2022.2032101>

50. Rahman MdM, Tabash MI, Salamzadeh A, Abduli S, Rahaman MdS. Sampling Techniques (Probability) for Quantitative Social Science Researchers: A Conceptual Guidelines with Examples. SEEU Review. 1 de junio de 2022;17(1):42-51. doi:<https://doi.org/10.2478/seeur-2022-0023>
51. Fix GM, Kim B, Ruben MA, McCullough MB. Direct observation methods: A practical guide for health researchers. PEC Innovation. diciembre de 2022;1(2):1036-45. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2022.100036>
52. La Rosa Asencios MA. Factores asociados al incumplimiento del calendario de vacunación en niños menores de 5 años del Centro de Salud Sangarará, 2022 [Tesis de grado] [Internet]. Universidad María Auxiliadora ; 2023 [citado 1 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12970/1634>
53. Millones Y, Pantoja LM. Conocimiento y cumplimiento materno sobre el calendario de vacunación en menores de 5 años en Centro de Salud Perú-III Zona-Lima 2023 [Tesis de maestría] [Internet]. Universidad Privada del Norte; 2024 [citado 1 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11537/39943>

14. Anexos

14.1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
General ¿Cómo se relaciona los factores con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026? Específicos ¿Cuál es la relación entre los factores sociales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026? ¿Cuál es la relación entre los factores culturales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026?	General Determinar la relación de los factores con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026. Específicos Identificar la relación de los factores sociales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026. Identificar la relación de los factores culturales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026.	General Hi: Existen factores que se asocian de modo significativo con el incumplimiento del calendario de inmunizaciones en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco 2026. Específicos Hi1: Los factores sociales se asocian significativamente con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres niños menores de dos años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco 2026. Hi2: Los factores culturales se asocian significativamente con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco 2026.	Variable 1 Factores de incumplimiento del calendario de inmunización en niños menores de 2 años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco. Dimensiones 1. Los factores sociales 2. Los factores culturales 3. Los factores económicos 4. Los factores institucionales Variable 2	Tipo de estudio: Básica Diseño de estudio: No experimental Enfoque de estudio: Cuantitativo Nivel de estudio: Relacional Alcance de estudio: Transversal Método de estudio: Hipotético – deductivo. Población Estará conformada por 180 madres de niños menores de 2 años que acuden al servicio de Inmunizaciones del

¿Cuál es la relación entre los factores económicos con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026?	Identificar la relación de los factores económicos con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026.	Hi3: Los factores económicos se asocian significativamente con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco 2026.	Incumplimiento del calendario de inmunización en los niños menores de 2 años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco.	CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud
¿Cuál es la relación entre los factores institucionales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026?	Identificar la relación de los factores institucionales con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026.	Hi3: Los factores institucionales se asocian significativamente con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años que asisten al CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud – Huánuco 2026.	Dimensiones 1. Cumplimiento del calendario de inmunización	Muestra Lo formaran 129 madres. Técnicas Encuesta Observación Instrumentos Cuestionario Guía de observación

14.2. Instrumentos

CUESTIONARIO

Introducción: Madres de familia, en esta oportunidad se le solicita su colaboración respondiendo con sinceridad al presente cuestionario, marcando con una equis (X).

Instructivo: A continuación, se le presenta una serie de ítems referidos al incumplimiento de vacunación en niños menores de 2 años. Responda la opción que más se adapte a usted.

FACTOR SOCIAL

1. Edad de la madre

- a) 15 a 25 años
- b) 26 a 35
- c) 36 a 45

2. Nivel de instrucción

- a) Analfabeto
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Universitaria

3. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Viuda
- d) Otros

4. Lugar de procedencia

- a) Urbano
- b) Rural

FACTOR ECONÓMICO

5. Ingreso económico

- a) Mayor de 1900
- b) 500 - 1000
- c) Menor de 500

6. ¿Para vacunar a su niño, gasta en pasajes?

- a) Si
- b) No
- c) Algunas veces

7. ¿Si gastara en pasajes, esto le hace difícil llevarlo a vacunar a su niño(a)?

- a) Si
- b) No
- c) Algunas veces

8. ¿Actualmente cuál es su ocupación?

- a) Ama de casa
- b) Trabajo independiente
- c) Empleada del sector público

9. La vivienda es:

- a) Propia
- b) Alquilada
- c) Prestada

10. Medio que utiliza para el transporte es:

- a) Bus
- b) Moto taxi
- c) Caminando

FACTOR CULTURAL

11. Usted cree que su niño está protegido de las enfermedades que previene las vacunas, ¿por qué?:

- a) Si
- b) No

¿Por qué? ...

12. Acostumbran a vacunar a sus niños en su familia:

- a) Si
- b) No
- c) Algunas veces

13. Cuando no asiste a la cita programada para vacunar a su niño es porque:

- a) Vive lejos

- b) No alcanza cupo para la atención en el consultorio de vacunación
- c) Se olvidó

FACTOR INSTITUCIONAL

14. ¿Al acudir a su cita para vacunar a su niño, encuentra las vacunas que necesita?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Le cita para otra fecha

15. El horario de atención en el consultorio de vacunación:

- a) Es adecuado para su tiempo disponible.
- b) No es adecuado.
- c) Su trabajo no le permite asistir.

16. ¿El trato que usted recibe del personal de admisión, es amable?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

17. Tiempo que utiliza el personal de salud:

- a) 10-15 min
- b) 25-30 min
- c) 40-50 min
- d) 1-2 horas

18. La información que usted recibió acerca de las vacunas fue dada por:

- a) Personal de salud (enfermera, médico, técnico)
- b) Amistades
- c) Medios de comunicación (radio, otros)

19. ¿Después de vacunar a su niño, la enfermera le informa acerca de las reacciones que tiene la vacuna aplicada?

- a) Si
- b) No
- c) Algunas veces

GUÍA DE OBSERVACIÓN – CUMPLIMIENTO DE CALENDARIO DE VACUNACIÓN
DE MENORES DE 2 AÑOS

Edad:

VACUNA	RN	2 m	4 m	6 m	7 m	8 m	12 m	15 m	18 m
BCG									
HVB									
Rotavirus									
Pentavalente									
Neumococo									
IPV									
APO									
Influenza									
SPR									
AMA									
VHA									
DPT									

Cumple: ()

No cumple: ()

14.3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIE-VRI

Instituciones : Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores : ELENA TUCTO GARCÍA

Título : “FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE INMUNIZACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, DEL CAP III AMARILIS – PILLCO MARCA – ESSALUD HUÁNUCO, 2026”

Propósito del Estudio: Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado: “FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE INMUNIZACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, DEL CAP III AMARILIS – PILLCO MARCA – ESSALUD HUÁNUCO, 2026”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, *ELENA TUCTO GARCÍA*. El propósito de este estudio es: Determinar la relación de los factores con el incumplimiento del calendario de inmunización en madres de niños menores de dos años del CAP III Amarilis Pillco Marca EsSalud Huánuco, 2026. Su ejecución ayudará/permitirá que otras personas puedan seguir investigando y realizando más estudios.

Procedimientos:

Si Usted decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

- Leer detenidamente todo el documento y participar voluntariamente
- Responder todas las preguntas formuladas en la encuesta
- Firmar el consentimiento informado

La encuesta puede demorar unos 20 a 30 minutos y los resultados de la encuesta se le entregaran a Usted en forma individual o almacenaran respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Su participación en el estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Beneficios: Usted se beneficiará con conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del participante:

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con *ELENA TUCTO GARCÍA* y/o al Comité que validará el presente estudio para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, telf. 7065555 anexo 3285. comité.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Investigadora

Nombres:

Nombres:

DNI:

DNI:

15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 13%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 12%

 Fuentes de Internet
- 2%

 Publicaciones
- 13%

 Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uap.edu.pe	2%
2	Trabajos entregados	uwiener on 2023-02-26	2%
3	Trabajos entregados	Universidad Alas Peruanas on 2024-01-05	1%
4	Internet	hdl.handle.net	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-10-15	<1%
6	Internet	repositorio.unc.edu.pe	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-31	<1%
8	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
9	Internet	repositorio.utea.edu.pe	<1%
10	Trabajos entregados	uwiener on 2024-04-23	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-11-11	<1%