



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TITULO

**“FACTORES SOCIO CULTURALES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LAS MADRES DE
NIÑOS DE 1-4 AÑOS DEL DISTRITO DE MESONES – MURO. FERREÑAFE
AÑO 2016”**

TESIS:

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORAS:

**OJEDA MONJA GRACIELA JOHANNA
PAREDES ZULUETA TERESA JESUS**

ASESORA

LIC.ENF. ANA MARIA ALVITES GASCO

2018

DEDICATORIA

A nuestros padres por su sacrificio y esfuerzo, por apoyarnos en el cuidado de nuestros hijos, permitiéndonos para llevar a cabo nuestro desarrollo profesional y así llegar a concluir con satisfacción nuestra carrera.

A nuestros profesores, por su tiempo, su apoyo incondicional, comprensión y por su motivación y así poder llegar a la meta profesional.

A nuestros hijos: Valeria, Juan Carlos y Raizo quienes fueron el motor para el cumplimiento de nuestra meta.

Graciela y Teresa.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirnos concluir la carrera profesional de Enfermería y convertirnos en una profesional de la Salud;

A nuestra alma mater por acogernos estos 5 años maravillosos, compartiendo vivencias, enseñanzas, tristezas y alegrías con los compañeros y docentes que jamás se olvidaran.

A los miembros del jurado por su interés, aportaciones y sugerencias para enriquecer la presente investigación.

Finalmente, a nuestra asesora de tesis por habernos guiado durante el desarrollo de la tesis.

Graciela y Teresa.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Índice.....	VI
Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX
Introducción.....	X
I. Realidad Problemática.....	12
1.1. Situación Problemática.....	12
II. Marco Teórico.....	14
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	14
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	14
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	15
2.1.3. Antecedentes regionales.....	16
2.2. Bases Teórico Científicas.....	17
2.2.1. Factores socioculturales.....	17
2.2.2. Crecimiento y desarrollo del niño.....	25
2.2.3. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.....	27
2.2.4. Nola Pender – modelo de promoción de la salud.....	48
2.2.5. Definición de los términos básicos.....	53

2.3 Hipótesis.....	55
2.4 Variables.....	55
2.5 Objetivos.....	55
2.6 Justificación e Importancia.....	56
2.7 Definición y Operacionalización de Variables.....	57
III. Material y métodos.....	61
3.1. Tipo de Investigación.....	61
3.3. Diseño de Contrastación de Hipótesis.....	61
3.4. Población y Muestra de Estudio.....	62
3.5. Análisis Estadístico.....	64
IV. Discusión de Resultados.....	67
V. Conclusiones.....	71
VI. Recomendaciones.....	72
VII Referencias Bibliográficas.....	74
VIII Anexos.....	83

RESUMEN

Entre los principales resultados El estudio ENDES 2017, sobre la Salud Infantil en el Perú, informo que el departamento de Lambayeque; ocupó el Segundo lugar en la categoría a mayor inasistencia de control de crecimiento, el Cuarto lugar en desarrollo del niño y/o niña., motivando el presente estudio con el objetivo de: determinar los factores socio culturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres con niños de 1-4 años del distrito de Mesones Muro.

La metodología de este estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo, se midió la información de forma independiente. Se tomó una muestra de 207 madres a quienes se les aplicó una encuesta, sobre factores socioculturales, cuyos resultados fueron procesados en Excel.

Los resultados fueron: el 58% de las madres tiene ocupación de ama de casa; 50% son convivientes; el 24,2% no lleva a su niño por el que hacer del hogar y el 41.5% manifiesta que sólo lleva a su niño al control de su peso y talla del niño.

Palabras claves: factores socioculturales, inasistencia al control de crecimiento y desarrollo, niños de 1-4 años.

SUMMARY

Among the main results The ENDES 2017 study, on Child Health in Peru, reported that the department of Lambayeque; ranked second in the category of greatest absence of growth control, the fourth place in the development of the child and / or girl., motivating the present study with the aim of: determining the socio-cultural factors associated with failure to control growth and development of mothers with children from 1-4 years old in the district of Mesones Muro.

The methodology of this study is a quantitative, descriptive approach, the information was measured independently. A sample of 207 mothers was taken to whom a survey was applied, on sociocultural factors, whose results were processed in Excel.

Los resultados fueron; que el 58% de las madres tiene ocupación de ama de casa; 50% son convivientes; el 24,2% no lleva a su niño por el que hacer del hogar y el 41.5% manifiesta que sólo lleva a su niño al control de su peso y talla del niño.

Key words: sociocultural factors, failure to control growth and development, children 1-4 years.

INTRODUCCIÓN

El control de crecimiento y desarrollo del niño sano, es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y niño; el crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla y el desarrollo es definido por los cambios en las estructuras físicas, neurológicas, cognitivas y de comportamiento. Es así como se puede detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones, trastornos así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención temprana para disminuir deficiencias y discapacidades. ⁽¹⁾

En el Perú, el 58,7% de niños menores de 36 meses con controles completos de crecimiento y desarrollo en el año 2017. La encuesta demográfica y salud familiar coloca a Lambayeque en el 2° lugar en la categoría con mayor inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de menores de 1-4 años con un porcentaje de 44.4%. ⁽²⁾

En el centro de salud de Mesones Muro, según el reporte mensual de control de Crecimiento y desarrollo se puede evidenciar que las madres llevan a sus menores hijos hasta los 12 meses ya que se asocia al calendario de vacunación, asumiendo de esta manera que ya cumplió con su menor hijo; posterior al año la madre expone diversos motivos por lo que no lleva a su niño, tales como: la madre trabaja, no tiene tiempo, tiene a cargo a otros niños, su niño esta bien, por lo tanto frente a los expuesto anteriormente hacemos la siguiente pregunta ¿cuáles son los factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1-4 años del distrito de Mesones Muro?.

El presente trabajo se justifica, porque el control de crecimiento y desarrollo es importante en la promoción y prevención de la salud del niño y adolescente, siendo la enfermera eje

importante de esta actividad. Asimismo, permite tomar medidas para mejorar la práctica asistencial para la salud del niño; identificando los factores que influyen en la inasistencia de los niños al programa, viendo estrategias de compromiso en las mamás.

I. REALIDAD PROBLEMÁTICA

1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA:

El control de crecimiento y desarrollo es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, en detectar de manera precoz y oportuno riesgos, alteraciones, trastornos así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencia y discapacidades. ⁽¹⁾

En el ámbito internacional, Uruguay se registró que el 13% de los niños menores de 5 años no acudían a control a los servicios de salud, el 20% no lo hacían con la frecuencia oportuna y que el proceso de vacunación ocurría en forma más lenta que lo esperado de acuerdo a las normas del país. Estas situaciones se observaron especialmente luego de los meses de edad y estuvieron vinculadas a las condiciones sociales, de la pobreza, de los hogares así como los hábitos de fumar y el estado de ánimo de la madre del niño, siempre se sintió agotada. ⁽³⁾

Además muchos niños y niñas no cuentan con las condiciones necesarias que aseguren su derecho a un buen comienzo en la vida. La mayoría de los niños/as que se atienden en los servicios del sector público pertenece a los estratos sociales más pobres y las familias no pueden sustentar económicamente los costos que la salud de cada uno implica, se encuentran en diferentes situaciones de privación que pueden afectar a los integrantes por ello es sumamente importante conocer el crecimiento y desarrollo de estos niños/as. ⁽⁴⁾

En el ámbito nacional según los resultados de la ENDES 2013, la salud infantil en el Perú ha mejorado en la última década. Sin embargo, persisten problemas que merecen preferente atención. ⁽⁵⁾ En el Perú, la proporción de niños menores de 36 meses con controles completos de crecimiento y desarrollo para su edad en el año 2014 fue de 52.4% y según área de residencia, en el área rural alcanzo un 61.7%, mientras que en el área de urbana un 48.6%.⁽⁶⁾

En la región Lambayeque en setiembre del 2015 los indicadores de cobertura de Niños atendidos no llegaron al porcentaje deseado 50%, se encuentra en el 28% en niños de 0-28 días, 39% niños menores de 1 año, 37% niños de 1 año, 22% niños de 2 años, 15% de niños de 3 años, 17% niños de 1-4 años y un 4% niños entre 5-11 años. Reflejando limitaciones para la atención oportuna de estos niños así mismo en relación a los indicadores de cobertura de niños controlados en CRED solo se alcanzó un 20% en niños de 0-28 días, 17% niños menores de 1 año, 12% niños de 1 año, 9% niños de 2 años, 6% niños de 3 años, 4% niños de 4 años y un 4% niños entre 5 a 11 años. ⁽⁶⁾

La encuesta demográfica y de salud familiar titulado “Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo para su edad por departamentos”, presenta resultados alarmantes para el departamento de Lambayeque, ubicándolo en el 2° lugar en la categoría de mayores inasistencias al control de crecimiento y desarrollo del niño o niña, en un 39.8%. ⁽⁷⁾

En el centro de salud de Mesones Muro, el servicio de CRED tiene una meta programada mensual de 100 niños, pero las madres no llevaron a sus niños a sus controles, generalmente acuden hasta los 12 meses de edad, ya que cumplen con el calendario de vacunación posteriormente se desentienden, con el pretexto de que no

tienen tiempo, la mamá trabaja o está a cargo con otros niños. El soporte mensual de actividades de atención integral de salud del niño, de octubre de 2015 del centro de salud de Mesones Muro, si puede evidenciar que en niños de 1 año la meta de captación propuesta fue de 156 niños de los cuales solo asistieron 40, es decir un 25,64%, de 2 años la meta de captación propuesta de 177 de los cuales asistieron 37 es decir un 20,9 %, de 3 años la meta captada propuesta fue de 184 niños de los cuales sólo asistieron 15, es decir un 8.15%, de 4 años la nota de captación propuestas tiene de 190 niños de los cuales solo asistieron 8, es decir un 4,2%. ⁽⁷⁾

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes Internacionales

- Ascarate et al, en el año 2012 en Uruguay, realizaron un estudio titulado: “Causas del incumplimiento del centro de salud de los niños/as menores de 2 años del Centro de Salud Cerro”. Cuyo objetivo fue: Conocer las causas del incumplimiento del control del niño menor a 2 años, en el Centro de Salud del Cerro (Montevideo, Uruguay), en el periodo de tiempo comprendido entre el 16 al 20 de enero de 2012. La investigación fue de carácter cuantitativo, descriptivo transversal. La muestra se obtuvo por conveniencia formada por los adultos referentes de los niños/as menores de 2 años, que tengan al menos 1 falta al control de salud, que concurran al Centro de Salud Cerro, en el período comprendido entre el 16 y el 20 de enero de 2012 y que aceptaron participar de este estudio. Se obtuvo que la principal causa de incumplimiento al control de salud: “me olvide, me dormí”; manifestado por los responsables de los niños; Le siguió dificultades en

cuanto a la accesibilidad administrativa por parte del Centro de Salud según la percepción de los entrevistados. ⁽⁸⁾

- Mariaca et al, en el año 2012, en Colombia, en su estudio titulado “Factores sociales y demográficos relacionado con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo”, cuyo objetivo fue identificar la proporción y las características sociales y demográficas de las madres acudientes frente al programa de crecimiento y desarrollo en una institución de salud con el fin de plantear acciones de mejoramiento y de adherencia al programa. El estudio fue de tipo transversal se seleccionó una muestra por conveniencia de 50 niños que asistían periódicamente al programa de crecimiento y desarrollo y de 50 niños inasistentes el último año al programa. Los resultados obtenidos fueron: las razones por la cual no asisten al programa de crecimiento y desarrollo en su orden citados son: un 24% porque asisten a controles particulares, 14% por descuido, 10% no tenían conocimiento de la existencia del programa y un porcentaje de 6% no pueden salir de casa ya sea por dificultades en el traslado o responsabilidad con otros niños, es el caso de las abuelas que se encuentran a cargo de sus nietos el 6% no asisten al programa porque no es grupal al igual que no asisten porque su niño se encuentra sano o no está de acuerdo con el programa. Finalmente en un porcentaje de 34% es por otras razones. ⁽⁹⁾

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

- Chávez D, en el año 2016, en su estudio “Factores Sociales y Culturales de las madres del menor de 3 años con Inasistencia al control CRED. Centro de Salud La Flor, Carabayllo. Diciembre – 2016”. Cuyo objetivo fue Determinar los factores sociales y culturales de madres del menor de 3 años con inasistencia al

control CRED. El estudio fue tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y no probabilístico. El estudio tuvo como muestra de 33 madres con inasistencias al control CRED. Entre los resultados: los factores sociales están presentes en un 73% mientras los factores culturales en 70%. ⁽¹⁰⁾

- Quevedo SA, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Factores que intervienen en el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de 2 años Centro Materno Infantil Tablada de Lurín. Lima - 2014, cuyo objetivo fue determinar los factores que intervienen en el incumplimiento del control CRED del niño y la niña menor de dos años C.M.I. Tablada de Lurín. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 25 madres. Los resultados fueron: en relación a los factores que intervinieron en el incumplimiento del control CRED del niño y la niña menor de 2 años en el CMI Tablada de Lurín, se encontró: que el 100% de madres entrevistadas refirieron que el número de profesionales de referencias insuficiente , el 88 % horario de atención, el 64% tiempo de espera, el 48% los quehaceres del hogar, el 48% cuidado de hijos menores de edad, el 24 % trabajo, el 24 % horario de atención de trabajo, el 8% información brindada por la enfermera no es clara, 4 % desconocimiento importancia del control CRED inadecuado. ⁽⁵⁾

2.1.3. Antecedentes Regionales

- Parraguez Et al, en el 2015 en Chiclayo, desarrollaron una investigación titulada “Características maternas que intervienen en el incumplimiento de la atención integral del niño preescolar en un Centro de Salud - Lambayeque 2014”. Cuyo objetivo fue describir y estimar la frecuencia de las características maternas que

intervienen en el incumplimiento de la atención integral del niño preescolar del Centro de Salud Toribio Castro. La investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal. La muestra 166 madres, la cual se obtuvo utilizando la fórmula de Cochran con un nivel de confianza de 95%, para la elección de cada madre se utilizó la técnica de muestreo probabilístico estratificado aleatorio. Los resultados mostraron que las edades de las madres que incumplen en dicha asistencia oscilan entre 19 a 34 años, que corresponden a un 83.7%. El 34.9% ha culminado la secundaria, el 42.2% son convivientes y el 95.8% son amas de casa. Así mismo el 48.2% refiere que no encuentra cita en el horario que lo solicita y el 44.6% manifiesta que el tiempo de espera para la atención es más de 2 horas. En conclusión, las madres incumplen en la asistencia a la atención integral por diversas características maternas, siendo éstas: Edad, grado de instrucción, estado civil, número de hijos, estado de salud del niño, horario de atención, tiempo de espera, creencias, costumbres y conocimientos de dicha atención. ⁽¹¹⁾

2.2. BASES TEÓRICOS CIENTÍFICA:

2.2.1. Factores Socioculturales:

2.2.1.1. Factores Sociales:

Se reconoce como factores aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causales de la evolución o transformación de los hechos. Un factor contribuye a que se obtengan determinados resultados, siendo responsable de la variación o de los cambios. ⁽¹²⁾

Los factores sociales son aquellos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en un lugar y en el espacio en que se encuentre. Estos son los factores que afectan el pensamiento y comportamiento en situaciones sociales; caracterizan una generación, pueden promover la división en grupos más pequeños o resolución de conflictos. ⁽¹³⁾

Entre los factores sociales importantes para la salud se incluyen los relacionados con la seguridad, la violencia, el desorden social en general, y de los factores más específicos relacionados son el tipo, la calidad y la estabilidad de las conexiones sociales, incluyendo la participación social, la cohesión social, el capital social y la eficacia colectiva de barrio (o trabajo), medio ambiente, la participación social y la integración en el entorno social inmediato (ejemplo: escuela, trabajo, vecindario) parecen ser importantes tanto para la salud física y mental. También son importantes: la estabilidad de las relaciones sociales tales como la composición, la estabilidad de los hogares y la existencia del entorno social estable, redes de apoyo en la localidad donde viven y trabajan. Una red de relaciones sociales es una fuente importante de apoyo y parece ser una importante influencia en los comportamientos de la salud. ⁽¹⁴⁾

Los determinantes sociales permiten comprender el proceso salud – enfermedad, que representan factores de riesgo de la epidemiología clásica, las condiciones sociales en la que vive una persona influyen sobre manera en su estado de salud. En efecto circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen en otras familias. ⁽¹⁵⁾

Para las investigadoras los factores sociales son aquellos elementos condicionantes que intervienen en el proceso de salud y enfermedad, ya que alteran o transforman algún “Hecho”, e incluso el comportamiento o forma de pensar en el entorno social del ser humano, existen algunos factores como por ejemplo: la edad, estado civil, los conflictos, pobreza, el trabajo, el vecindario entre otros. ⁽¹⁵⁾

- **Estado civil**, estado constituido por un conjunto de situaciones jurídicas que relaciona a cada persona con la familia de donde proviene, o con la familia que lo ha formado y con ciertos hechos fundamentales de la misma. Se entiende por estado civil a la condición particular que caracteriza a una persona al unir sus vínculos personales con individuos de otro sexo, de su mismo sexo, con quien formará lazos que serían reconocidos jurídicamente aunque no sea un pariente familiar directo. ⁽¹⁶⁾

Como estado civil tenemos: soltería (aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente), casado (aquellas que están comprometidas legalmente), divorciados (la personas que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas) y viudas (los que han perdido a sus parejas por deceso). ⁽¹⁷⁾

Para los autoras el estado civil es una circunstancia que obtiene cada persona en alguna etapa de su vida, teniendo o no pareja, el cual será reconocido jurídicamente, adjudicando los derechos y obligaciones de cada uno. Entre ellos: la soltería, el de casado, la convivencia, la viudez o el divorcio. ⁽¹⁶⁾

- **Edad**: es expresada como el periodo transcurrido desde el nacimiento, que se expresa en horas, días, meses o en años. ⁽¹⁸⁾ La edad cronológica es una medida de la edad de un individuo basándose, en la fecha de calendario que nació. La edad cronológica se calcula sobre la mayoría de las pruebas psicológicas. ⁽¹⁹⁾

Las investigadoras concluyen que la edad es un tiempo determinado de una persona representado en años, considerándose desde el nacimiento hasta que la persona fallece. ⁽¹⁸⁾

- **Ocupación:** Al igual que en muchos países los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad peruana han condicionado que la mujer tenga también que trabajar, fuera del hogar, situación que incrementa la sobrecarga de la mujer por la doble presencia: en el hogar y el centro laboral, que puede afectar el desarrollo de los hijos e hijas, la integración del hogar, las relaciones con la pareja y en la propia salud de la mujer. Se clasifican en: No trabaja, trabaja. ⁽²⁰⁾

El oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que pueda estar, empleada o del tipo de estudio que hubiese recibido, se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas en un periodo de tiempo. ⁽²¹⁾

Las investigadoras consideran que la ocupación es una tarea o labor que se desempeña en un lugar y tiempo determinado, teniendo como efecto el pago de la función ejercida, hoy en día el aporte monetario del hombre en una familia, generalmente no es suficiente, por lo tanto la mujer debe ejercer un oficio o labor para el bienestar económico de su familia, ausentándose del hogar, descuidando muchas veces la atención a sus hijos. ⁽²¹⁾

- **Procedencia:** Se emplea para designar el origen, el comienzo que ostenta algo, un objeto, una persona y del cual entonces procede. Normalmente en este sentido del término lo que se puede conocer, ya sea de un objeto o de una persona es la nacionalidad que la misma presenta. ⁽²²⁾

El origen es el principio, el centro o comienzo de algo o el lugar donde una persona vive. Se toma en cuenta este indicador, porque muchas mujeres crían a sus hijos y se encargan de su familia según la región que han nacido, según sus diferentes estilos de vida. ⁽²³⁾

- **Zona de Residencia:** Es un término que procede del latín “residens” y que hace mención a la acción y efecto de residir (establecerse en un lugar). Residir se refiere a vivir o habitar en un lugar determinado de forma permanente o durante un periodo considerable de tiempo. ⁽²⁴⁾

La residencia es el lugar donde un hombre tiene su hogar o en el que habita permanentemente o por un periodo prolongado de tiempo. ⁽²⁵⁾

Para las autoras significa el espacio geográfico donde las personas habitan en un lugar determinado donde permanecen temporal o estable; se clasifica en zona rural y urbana. ⁽²⁴⁾

- **Tipo de familia:** la familia es reconocida universalmente como una unidad básica de la sociedad. A pesar de los muchos cambios sociales que han alterado sus roles y funciones, la familia continua dando la estructura natural en el apoyo esencial, emocional y material para el crecimiento y bienestar de sus miembros. ⁽²⁶⁾

Se reconoce entre los tipos de familia: familia nuclear, es el grupo formado por la madre, el padre y los hijos, que constituyen una unidad diferenciada del resto de la comunidad. También se denomina elemental, simple o básica. Otro tipo es la familia extensa o ampliada en todo el mundo, sobre todo es en las zonas rurales, las familias son un poco más grandes y forman un “clan”. Al casarse, los hijos se quedan en casa, de modo que al cabo de los años la familia está formada por abuelos, padres, madres, primos, sobrinos, nietos y hasta bisnietos.

Llega un momento en que algunos miembros tienen que irse y forman una “Gran Familia” en otro lugar. ⁽²⁷⁾

Y por último la familia monoparental; unidad familiar en la que sólo hay un progenitor el padre o la madre. Desde el punto de vista antropológico los sistemas de parentesco de las sociedades pre industriales son complejos: puedan ser matrilineales (basados en la madre o en la línea femenina de herencia o patrilineales). Las dos formas más tradicionales de este tipo de familia son aquellas en las que los hijos son ilegítimos o huérfanos. ⁽²⁷⁾

Las autoras concluyen que la familia es el conjunto de personas que viven en una casa unidas por un vínculo especial, además comparten las mismas costumbres, valores, entre otros está dividido en: familia monoparental (papá o mamá e hijos), y familia nuclear (habitan como papá, e hijos) y familia extensa conformado por mamá, papá, hijos, abuelos, tíos, primos, etc. ⁽²⁶⁾

- **Tiempo de llegada al centro de salud:** es la distancia que se tarda un individuo o un medio de transporte para llegar a un lugar determinado, esto influye en la inasistencia, pues algunas madres se tardan más tiempo en llegar al centro de salud que otras. ⁽²⁸⁾
- **Accesibilidad:** se refiere a si el niño puede tener o no algún tipo de seguro (ES SALUD, SIS, EPS (particular), o no cuenta con seguro. ⁽²⁸⁾

2.2.1.2. Factores Culturales:

La cultura da a conocer los rasgos distintivos que diferencian a grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de una misma especie, grupo geográfico o social, además comprende a través de ellos, cómo se ha producido el desarrollo histórico, sus tendencias más significativas, ello posibilita explicar los nexos que se establecen entre las actuaciones de individuos, grupos y las dinámicas sociales. Los factores culturales

no son dimensiones, ni elementos, son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad, costumbres y tradiciones aportan un conjunto de significados que no se pueden soslayar en los estudios de las comunidades. ⁽²⁹⁾

Cultura incluye los valores que comparten los miembros de un grupo dado, a las normas que pactan, y a los bienes materiales, que producen. Los valores son ideales abstractos, mientras que las normas son principios definidos que las personas deben cumplir. ⁽³⁰⁾

La cultura es el conjunto de símbolos (como valores, normas, actividades, creencias, idiomas, costumbres, mitos, hábitos, capacidades, educación, moral, arte, etc) y objetos (vivienda, productos, obras, arte, etc.) que son aprendidos, compartidos y transmitidos, de una generación a otras por los miembros de una sociedad, por lo tanto, es un factor que determina, regula y moldea la conducta humana. ⁽³¹⁾

- **Escolaridad de la madre:** El nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actividades y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actividades hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y la violencia intrafamiliar. Ya que cada grado corresponde un conjunto de conocimientos. Para las investigadoras la escolaridad se refiere al nivel de instrucción o educación que ha llegado al ser humano ya que en base a ello podemos distinguir el nivel de conocimiento que la madre posee. Se califica en analfabeta, inicial, primaria, secundaria, técnico, superior. ⁽²⁰⁾
- **Creencias:** Es una forma de comportamiento particular que asumen las personas en toda una comunidad tienen sus prácticas, creencias, valores y

tradiciones que incluyen en la crianza de sus hijos. Para las investigadoras creencias son el conjunto de ideas, pensamientos y tradiciones que tiene los individuos y asumen de manera verdadera.⁽³⁰⁾

- **Influencia familiar en la decisión de asistir al control del niño:** se toma en cuenta ya que la madre puede dejarse llevar de la opinión que tiene los miembros de la familia, por ejemplo: la opinión de la suegra, mamá, criados, tíos, esposo.⁽³¹⁾
- **Conocimiento del control de crecimiento y desarrollo:** una persona informada sobre la importancia de las actividades que realiza la enfermera durante la atención del control de crecimiento y desarrollo a su hijo le permitirá colaborar y asistir oportunamente según cita.⁽²⁸⁾
- **Conocimiento sobre los beneficios del control de crecimiento y desarrollo:** el tener conocimiento del porque debe traer al control a su niño le motivara, a no dejar de asistir a sus respectivos controles según su edad.⁽²⁸⁾
- **Costumbres:** es una forma de conocimiento particular que asume las personas de una comunidad, tiene sus prácticas, creencias, valores y tradiciones influyendo en la crianza de sus hijos.⁽³⁰⁾
- **Priorización de la asistencia al control:** esto influye ya que algunas madres prefieren atender otros asuntos que acudir al centro de salud con su niño.⁽¹¹⁾
- **Información acerca del control:** preguntamos a la madre si tiene con ella algún tipo de información o material educativo, que le informe acerca del control de crecimiento y desarrollo del niño.⁽¹¹⁾

2.2.2. Crecimiento y desarrollo del niño

2.2.2.1. Crecimiento:

Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc. ⁽¹⁾ El crecimiento es un fenómeno cuantitativo, que consiste en el incremento de la masa corporal como consecuencia del aumento del número y tamaño celular así como la incorporación de moléculas nuevas al espacio extracelular. ⁽³²⁾

Crecimiento, es un proceso que ocurre con diferente intensidad en distintos momentos de la vida y origina un aumento de masa y volumen de tejidos, órganos y sistemas. Se manifiesta en un incremento en el peso y talla física, medidas en libras o kilogramos y en centímetros o pulgadas. ⁽³³⁾

Para las autoras el crecimiento es plenamente cuantitativo ya que es aquel proceso por el cual el ser vivo incrementa, el tamaño de la masa corporal y el número de células, definido como hipertrofia e hiperplasia, el cual se puede medir en kilogramos y centímetros. ⁽³²⁾

2.2.2.2. Desarrollo:

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural y ambientales. ⁽¹⁾

El desarrollo es un fenómeno cualitativo, que implica la diferenciación de la forma corporal, la organización y complejidad de sus funciones, lo que condiciona un creciente grado de maduración. Desarrollo, se refiere al aumento progresivo en la función del cuerpo que implica diferenciación, integración y perfeccionamiento de funciones. ⁽²⁸⁾

Requiere de una estructura de su maduración y de la ejercitación de la función. Consiste entonces a la maduración de los órganos y sistemas, adquisición de habilidades y capacidad de adaptación al medio ambiente. ⁽²⁸⁾

Para las investigadoras se refiere al proceso de cambio y crecimiento, relacionada con una situación, individuo el objeto determinado. ⁽¹⁾

2.2.2.3. Control de crecimiento y desarrollo:

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna los riesgos, alteraciones, facilitando su diagnóstico e intervención temprana, disminuyendo deficiencias y discapacidades. ⁽¹⁾

El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona dinámica y rápidamente en los niños durante su ciclo de vida. La vigilancia y acompañamiento de ese crecimiento, así como la detección temprana y atención oportuna de las alteraciones es una oportunidad que tiene el niño a través del programa de crecimiento y desarrollo que se presenta en cada uno de los Centros de Salud. En el control del niño sano, el médico o la enfermera, mediante el interrogatorio y el examen físico permiten darse cuenta de manera temprana de alteraciones que de no ser intervenidas de manera oportuna, podían generar consecuencias graves en el futuro. ⁽³⁴⁾

2.2.3. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años ⁽³⁵⁾

En el 2006, se debe brindar una atención integral de salud con calidad a la niña y niño, que responda a sus necesidades de salud y contribuya a elevar su calidad de vida como base para un desarrollo sostenible del país. Por lo tanto el personal de salud deberá implementar las intervenciones esenciales para la atención de las niñas y niños, tanto individuales como comunitarios. ⁽³⁵⁾

La organización mundial de la salud (OMS), estimo que el 10% de la población de cualquier país está constituido para personas con algún tipo de discapacidad. Los Censos Nacionales de Población Vivienda del 2007, señalan que en 735,334 hogares, que representan el 10.9% del total de hogares del país, existe al menos una persona con discapacidad física o mental, lo contrario en el 89.1% (6 millones 18 mil 740). ⁽³⁵⁾

No es conocido en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia del deficiente estado de salud y nutrición y del ambiente físico desfavorable que rodea la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida en condiciones de exclusión. Sin embargo, los resultados de la ultimo Encuesta Demográfica y de Salud Familia (ENDES) describe que el 17,9% de los menores de cinco años presenta desnutrición crónica y el 50.3% de los niños y niñas de 6 a 36 meses presento anemia nutricional. ⁽³⁵⁾

Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientales desfavorables para el crecimiento y desarrollo. ⁽³⁵⁾

En este contexto resulta de singular importancia realizar el monitoreo del crecimiento y desarrollo de los niñas y niños con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos de estos procesos, para su atención oportuna así como promover practicas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario. ⁽³⁵⁾

El ministerio de salud pone a disposición de todas las organizaciones de gestión y prestadores de los organizaciones del Sector Salud la “Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño Menor, de 5 años”, documento en el que se establecen las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, identificando oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva. ⁽³⁵⁾

La asignación de recursos humanos para realizar el control de crecimiento y desarrollo está determinando, por la meta física; el tiempo promedio utilizado por control (45 minutos) características de la demanda, dispersión de la población, capacidad instalada. (Número de consultorios), categoría 4 capacidad resolutiva del establecimiento de salud. ⁽³⁵⁾

2.2.3.1. Finalidad:

Contribuir al desarrollo integral de niñas y niños de cero a cinco años y mejorar su salud y nutrición. ⁽³⁵⁾

2.2.3.2. Objetivos:

Establecer las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años y difundirlos al personal de salud.⁽³⁵⁾

Identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones para lograr un desarrollo normal.⁽³⁵⁾

Monitorear y evaluar el impacto de las intervenciones realizadas por el equipo de salud en el crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños.⁽³⁵⁾

2.2.3.3. Definiciones Operativas:

- **Riesgo para trastorno del desarrollo:** Es la probabilidad que tiene una niña o un niño por sus antecedentes pre-peri o postnatales, condiciones del medio ambiente a su entorno (factores de riesgo), de presentar en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento, poniendo ser estos transitorios o definitivos.⁽³⁵⁾
- **Trastorno del desarrollo:** Es la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación con el entorno que compromete la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea siendo a menudo la intervención a la que determina la transitoriedad del trastorno operativamente se aprecia al determinar el perfil de desarrollo como resultado de la evaluación a través de instrumento definido en la presente norma.⁽³⁵⁾

- **Crecimiento adecuado o normal:** Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rasgos de normalidad espesados ($\pm 2DE$) la tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento de patrón de referencia vigente. ⁽³⁵⁾
- **Crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento:** Condición en la niña o niño que evidencia pérdida, ganancia mínimo o ganancia excesiva de peso, longitud o talla, por lo **tanto** la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentra dentro de los puntos de corte de normalidad (+ 2 DE). ⁽³⁵⁾
- **Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo del niño:** Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicas socioculturales, psicoemocionales y políticos que condicionan de manera positiva y negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. ⁽³⁵⁾
- **Factores protectores, modelos individuales o de relación, tales como:** Actitudes, conductas, circunstancias individuales y colectivas adecuadas, que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con la salud, educación, vivienda, afectos y conductas sanas y saludables que favorece el crecimiento y desarrollo de la niña o niño. ⁽³⁵⁾
- **Factores de riesgos:** Características, circunstancias o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mordido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándole unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño. ⁽³⁵⁾

- **Estimulación Temprana:** Conjunto de acciones con base científica , aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención de la niña y niño, desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales. ⁽³⁵⁾
- **Programa de crecimiento y desarrollo colectivo:** Actividades grupales con padres y madres cuyos hijos tienen la misma edad, para acompañarles en el proceso de crecimiento de sus niños y demostrarles que la mejor forma de invertir en el futuro de la familia es a través de acciones de prevención que permitan mejorar las habilidades y el desarrollo de los más pequeños. Estas apuestan a fortalecer la comunicación uniendo grupos etarios similares para mejorar la atención infantil en los establecimientos de salud a través de una actividad central y subactividades grupales, al igual que encuentros individuales. El modelo de gestión de control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, implementa una oferta individual y una colectiva, incluyen al padre y se centra en el desarrollo de habilidades de crianza cuidado y protección de los niños y niñas. ⁽³⁵⁾

Todos los establecimiento de la salud, realizan control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años, según el nivel de atención correspondiente. Los establecimientos de segundo de tercer nivel hacen actividades de control de crecimiento y desarrollo de niños y niñas con riesgo detectado o con diagnóstico de alteración / trastorno de crecimiento o desarrollo. ⁽³⁵⁾

2.2.3.4. Disposiciones específicas:

Durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de cinco años se realizan un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica de ambos. Asimismo, se detecta de manera oportuna, riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención y promover prácticas adecuadas de cuidado de la niña o niño. Para ello el profesional utiliza la entrevista, la observación, examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del crecimiento físico entre otros. Esta información es consignada en la historia clínica. ⁽³⁵⁾

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual integral, oportuna, periódica y secuencial. ⁽³⁵⁾

- Es individual porque cada niño es un ser con características propias y específicas, por lo tanto debe ser visto donde su propio contexto y entorno.
- Es integral, porque aborda todos los aspectos del crecimiento y desarrollo, es decir, la salud, el desarrollo de psicoafectivo y la nutrición del niño.
- Es oportuna, cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar el crecimiento y desarrollo correspondiendo a su edad.
- Es periódico porque, se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual de acuerdo a la edad de la niña o niño.

- Es secuencial, porque de cada control actual debe guardar relación con el anterior control, observando el programa en el crecimiento y desarrollo especialmente en los ítems críticos.
- **Periodicidad del control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de 5 años:** desde la concepción del niño o niña debe recibir sus controles cada cierto tiempo: recién nacido(RN) debe recibir 2 controles: al 2° día de alta y 7° día de nacido, de 01 a 11 meses de edad debe recibir 11 controles: al 1m , 2m , 3m , 4m ,5m ,6m, 7m ,8m, 9m, 10m, 11m, del 12 a 23 meses de edad debe recibir 6 controles: a los 12 meses, 14m, 16m, 18m, 20m, 22m, y por ultimo de 2 a 4 años de edad debe recibir 12 controles (4por año):a los 24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m y 57 meses. ⁽³⁵⁾
- **Instrumentos a ser utilizados en el control de crecimiento y desarrollo:** ⁽³⁵⁾
 - Historia Clínica estandarizada, forma parte de una carpeta familiar e incluye:
 - Plan de atención.
 - Datos de filiación y antecedentes.
 - Evaluación de la alimentación.
 - Formato de consulta.
 - Carné de atención integral del menor de 5 años.
 - Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente.
 - Formato de Atención de acuerdo a sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento (SIS u otro).
 - Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño.
 - Curvas de crecimiento P/E, T/E, P/T y PC.

- Instrumentos de evaluación del desarrollo: en el menor de 30 meses:
Test Abreviado peruanos (TAP). De 3 a 4 años: pauta breve.
- Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.

- ***Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado:***

- El profesional responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud socializa con los padres o cuidadores la importancia del plan de atención individualizado de cada niña y niño en el que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades. ⁽³⁵⁾
- El plan de atención orienta al profesional para derivar a las familias de niños y niñas en situación de riesgo psicosocial a equipos de salud especializados y programas de complementación nutricional o de riesgo de identidad así mismo facilita identificar y potenciar factores protectores del desarrollo integral del niño y niña. ⁽³⁵⁾
- El plan de atención permite calendarizar las atenciones a fin de brindar de manera nacional, continua y sistemática; este proceso se hará de acuerdo al instructivo correspondiente. ⁽³⁵⁾
- El monitoreo del plan se realiza en cada contacto que la niña o niño tenga en el establecimiento de salud, en caso que la niña o niño no asista al establecimiento de salud el personal de salud dirigido realizara la

visita domiciliaria correspondiente. Actividades e intervenciones del control de crecimiento y desarrollo. ⁽³⁵⁾

2.2.3.5. Actividades e Intervenciones del Control de Crecimiento y Desarrollo

- **Examen Físico**

- Consideraciones Generales:

Antes de iniciar, el examen, observar a la niña o niño en busca de algún signo de alarma y explorar a través de preguntas sencillas al adulto responsable (...). Explicar a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño, sobre los procedimientos que se van a realizar para obtener su colaboración, así como el de los niños; luego proceder al examen. ⁽³⁵⁾

- Observar como la niña o niño se relaciona con los padres o adulto acompañante, si es irritable o tiene llanto continuo, la postura que tiene su cuerpo o la postura que adopta cuando se realiza el examen físico, durante del cual el niño o niña debe estar con poca ropa o desnudo. Iniciar el examen sin instrumentos, estos se usaran progresivamente según sea necesario. ⁽³⁵⁾
 - Respetar la identidad e individualidad de la niña o niño y de la madre (aprender y recordar el nombre de la niña, niño y padres, usar voz suave y dulce para tratarlos). ⁽³⁵⁾
 - Tomar los signos vitales: temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión actitud. ⁽³⁵⁾
 - Durante la evaluación se debe actuar de manera suave pero firme, con paciencia y delicadeza durante los procedimientos, explicando a los padres o acompañante los resultados obtenidos. ⁽³⁵⁾

- Considerando específicos según edad:

Recién nacido (de 7 y 15 días), en el establecimiento de salud, examinarlo sobre la camilla de examen, empezar con el examen físico en dirección céfalo- caudal, realizado por el profesional médico o enfermero con el objetivo de evaluar el crecimiento y desarrollo, identificar precozmente los signos de peligro en el RN y en la madre, verificar el aprendizaje y la práctica sobre el cuidado integral del recién nacido (lactancia materna, higiene, cuidado del cordón, vacunas, abrigo, afecto e identificación de signos de alarma y acciones a sugerir el control se realiza en el establecimiento de salud. Incluye: ⁽³⁵⁾

- Evaluación física y neurológica.
- Evaluación del crecimiento y la ganancia de peso.
- Evaluación de la alimentación y la práctica de la lactancia materna exclusiva.
- Verificación de la toma de muestras para el tamizaje neonatal y resultados de laboratorio de Rh y grupo sanguíneo, según norma específica.
- Identificación y/o verificación de factores de riesgo individual familiar y del entorno que podían interferir en el desarrollo integral del niño o niña:
 - a. Factores biológicos: bajo peso, prematuro o malformaciones congénitas.
 - b. Factores ambientales: contaminación intradomiciliaria del aire, del agua, pobreza, etc.

- c. Factores familiares: violencia intrafamiliar, disfunción familiar, consumo excesivo de alcohol y/o drogas ilícitas de personas significativas para el cuidado del niño.
- Verificación de la inscripción temprana para la obtención de código único de identidad, partida de nacimiento y/o DNI.
- Verificación de vacunas del recién nacido según el esquema vigente.
- Identificación de signos de alarma.
- Consejería sobre el cuidado integral del R.N (lactancia materna, higiene, cuidado del cordón umbilical vacunas, abrigo, afecto, identificación de signos de alarma y acciones a seguir.
- Verificar la afiliación de recién nacido al sistema de aseguramiento en salud según corresponda.
- Informar a la madre y familia sobre programas de apoyo social o protección de derechos a nivel local.
- Visita domiciliaria:

Actividad realizada por personal de salud capacitado con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia del RN , evaluar el cuidado esencial neonatal, verificar y fortalecer practicas claves en el cuidado del RN (lactancia materna, lavado de manos, higiene cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto , identificación de signos de peligro y acciones a seguir). Pero los que no acuden a control dentro de las 48 horas de vencida la fecha de la cita. ⁽³⁵⁾

- De siete meses a dos años:

Promover la participación activa del niño, empezar con el examen del torax, después continuar de acuerdo a lo descrito, respetar la identidad (llamado por su nombre) y el estado emocional de la niña o niño, verificar acceso a un programa de apoyo social o protección de derechos según corresponda. ⁽³⁵⁾

- De dos años a cuatro años:

Respetar la identidad (llamado por su nombre) y el estado emocional de la niña o niño; permitir la compañía de los padres, empezar con el examen físico siguiendo la dirección cefalo- caudal de acuerdo a lo descrito, examinar sobre la camilla de examen, se puede hacer la mayor parte con la niña y niño deitado o de pie, promoviendo la participación del niño, aprovechar el espacio para enseñar al niño o niña de acuerdo a la edad, sobre sus derechos auto-cuidado, la desconfianza ante extraño, el cuidado en su alimentación e higiene. Incentivan la confianza en el dialogo y contar a sus padres si alguien lo aguda o molesta. ⁽³⁵⁾

- ***Detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato*** ⁽³⁵⁾

- Consideraciones generales.

Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con el servicio de salud a través de la identificación de signos y síntomas o mediante procedimientos de ayuda diagnóstica. ⁽³⁵⁾

Detección de enfermedades prevalentes, la detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda, se realiza siguiendo la metodología atención integrada. A las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) ⁽³⁵⁾

La detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio, en todos los establecimientos de salud, el profesional que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de hacer la solicitud para descarte de anemia y parasitosis a todo niño y niña menor de 5 años, dosaje de hemoglobina o hematocrito para descartar anemia a partir de los 6 meses hasta los 4 años de edad, 1 vez por año. ⁽³⁵⁾

Examen seriado de heces y test de Graham, para descartar parasitosis a partir de año de edad una vez por año, los exámenes se realizan en los establecimientos de salud que cuenten con el equipamiento necesario, de lo contrario los niños y niñas serán referidos al establecimiento con la capacidad resolutoria correspondiente, siguiendo los procedimientos establecidos para la referencia y contra referencia. ⁽³⁵⁾

El tratamiento y seguimiento de los casos es de responsabilidad del personal de salud de acuerdo a la categoría del establecimiento. El procedimiento se realiza en cada caso de acuerdo a los guías de práctica clínica vigente, en los áreas priorizadas por criterio epidemiológico a fin de prevenir el desarrollo de parasitosis intestinal debido a geohelminths el profesional que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de la prescripción de la profilaxis antiparasitaria de acuerdo al siguiente: esquema: Mebendazol (500mg / VO) o Albendazol (400 mg). ⁽³⁵⁾

- Detección de problemas Visuales

La detección de problemas visuales se realizara a través de la evaluación de la visión, la evaluación de la visión en todo el niño o niña menor de 5 años será realizada por el profesional de enfermería, el médico pediatra o médico general responsable de control de crecimiento y desarrollo, en el 100 % de recién nacidos prematuros se verificara el cumplimiento de la prevención secundaria de la retinopatía de la prematuridad. ⁽³⁵⁾

- Detección de problemas de la audición

Durante el control de crecimiento y desarrollo el profesional de enfermería, médico pediatra o médico general responsable a la atención consideraría como signos indirectos de déficit auditivo lo siguiente: no reacciona ante sonidos inesperados, no si no la cabeza en dirección, al sonido de la vez, no comprende los órdenes, pobre desarrollo del lenguaje. ⁽³⁵⁾

Si un niño no balbucea a los 11 meses debe remitirse inmediatamente para su estudio audiológico habla fuerte o no usa el lenguaje apropiado para su edad, en edades preescolares trastornos del aprendizaje de distinto grado, observación e impresiones familiares. ⁽³⁵⁾

En los niños a niñas o niños de 28 días considerar indicadores de riesgo: sospecha de hipoacusia o de retraso del lenguaje, meningitis bacteriana u otras infecciones que puedan causar una hipoacusia, traumatismo craneal con pérdida de conciencia o fractura craneal, uso de fármacos ototoxico y otitis media secretora recurrente o persistente. ⁽³⁵⁾

- Detección de problemas de salud bucal

Durante el control de crecimiento y desarrollo al profesional de enfermería, médico pediatra o médico general responsable de la atención realización el examen de la cavidad bucal, todos los niños y niñas que presenten riesgos, alteraciones o malformaciones congénitas en la cavidad bucal serán referidos al nivel de atención correspondiente para ser evaluados por el especialista. En cada control se debe orientar a la madre o cuidador sobre hábitos de higiene oral para la prevención de caries dental, a partir de dos años de edad las niñas y niños deberán ser evaluadas por profesional odontólogo.⁽³⁵⁾

- Detección de violencia familiar y maltrato infantil

La detección del maltrato y violencia infantil se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si este se da a través de afecta fija (establecimiento de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Se debería aplicar la “Ficha de tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar”.⁽³⁵⁾

La detección del maltrato y violencia infantil se inicia con la búsqueda de factores de riesgo y factores protecciones en la oportuna de la historia clínica recabando información sobre aspectos psicosociales, dinámico familiar, etc. Esta información debe ser actualizada en los controles sucesivos evaluando la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, cuidados que se proveen niños o niñas presencia de síntomas que sugieren abandono, trato negligente, carencia afectiva, actitud de los padres frente al

establecimiento de normas y límites (castigo físico, correcciones verbales, etc).⁽³⁵⁾

- Suplementación con micronutrientes

- Suplementación con hierro

Suplementación preventiva con hierro para niñas o niños de seis meses a treinta y cinco meses de edad. El objetivo de la suplementación es prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente perdida sucesiva, reserva limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La percibe el personal que realiza el control de la niña o niño. En niñas y niños mayores de 12 meses y menores de 36 meses la administración del suplemento de hierro se realiza durante 6 meses en forma cotidiana por año.⁽³⁵⁾

El suplemento de hierro no constituye la totalidad del requerimiento de la niña o niño por lo tanto paralelamente a este debe promoverse el aumento del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro y de alta biodisponibilidad, mejorar la consistencia e incrementar la frecuencia de los comidas, mejorar el consumo de alimentos ricos en vitamina c, el consumo de alimentos fortificados con hierro(harina de trigo u otros destinados a poblaciones de riesgo) y escritos sustancias que realiza el control de crecimiento y desarrollo en el establecimiento es el responsable del surgimiento y desarrollo de estrategias que aseguren la adherencia al proceso de suplementación,(visita domiciliaria, consejería, etc).⁽³⁵⁾

- Esquema de suplemento con hierro:

En niñas y niños de 6 meses a 35 meses a termino con adecuado pero al nacer, administrar de 35.40mg de hierro elemental por semana desde los 6 meses de edad y durante 6 meses del año. ⁽³⁵⁾

En prematuros se prescribe 2mg de hierro elemental/kg de peso/ días desde el segundo mes y durante 12 meses. ⁽³⁵⁾

- Suplementación con vitamina “A”

La suplementación con vitamina “A” se realiza en los niños de áreas priorizadas según criterios de alta prevalencia de morbilidad por enfermedades infecciosas frecuentes y niveles de pobreza y extrema pobreza. En niños de 6—11 meses se administra 100,000 unidades internacionales (VI) una vez cada 6 meses y los niños de 12 a 59 meses, si administra 200,000 V.I. una vez cada 6 meses. ⁽³⁵⁾

- ***Evaluación del crecimiento y estado nutricional***

- Valoración antropométrica: peso, longitud/ talla y perímetro cefálico

Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contrato con los servicios de salud, tanto si este se da a través de la oferta fija (establecimiento de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes y de acuerdo a criterios establecidos. El perímetro cefálico se mide hasta los 36 meses. Los valores de peso, longitud o toalla son utilizados tamaño para de evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional. ⁽³⁵⁾

- Evaluación y monitoreo del crecimiento.

Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).⁽³⁵⁾

La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando los medios antropométricos (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) los mismos que son tomados en cada contacto de la niña y niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinado la tendencia del crecimiento. El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:⁽³⁵⁾

- Crecimiento adecuado:

Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad operados para mi edad (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.⁽³⁵⁾

- Crecimiento inadecuado:

Condición de la niña o niño que no evidencia ganancia (aplanamiento de la curva), de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la

tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (+2 de).

- Clasificación del estado nutricional

Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 año. Se realiza en base a la comparación de indicadores. P/E, T/E y P/T con los valores de los patrones de referencia vigente. Si los indicadores P/E_ T/E se encuentra dentro de los patrones de cohorte de normalidad (+2 a – 2 DS) y la tendencia del grafico de la niña o niño no es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera riesgo nutricional. ⁽³⁵⁾

- Manejo y seguimiento de problemas del crecimiento y nutricionales

Si la causa se relaciona a la presencia de enfermedad, referir al médico para tratamiento y seguimiento de la patología o tratar de acuerdo o guía de práctica clínica. Las citas para el monitoreo del crecimiento se programan con intervalos de 7 días, de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación (tendencia de crecimiento paralelo al patrón de referencia), priorizando en estos controles la consejería en alimentación durante el proceso de enfermedad y posterior al proceso método programar visitas domiciliaria a fin de apoyar a los padres en la adopción de prácticas adecuadas de alimentación y cuidado. ⁽³⁵⁾

Si la causa se relaciona a prácticas inadecuadas de alimentación y cuidado, desarrollar sesiones de consejería nutricional y como parte de establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o adultos

responsables del cuidado de la niña y niño, según se requiera. El manejo y siguiendo de las casos de desnutrición es de acuerdo a los guías de práctica clínica vigente.⁽³⁵⁾

La evaluación del desarrollo se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 14 meses 29 días de acuerdo a la periodicidad indicada y es de responsabilidad del profesional de enfermería la evaluación del desarrollo se realiza en cada control de acuerdo al esquema vigente y de ser posible en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud, tanto si se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).⁽³⁵⁾

La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar en seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica).⁽³⁵⁾

- Instrumentos para la evaluación del desarrollo de la niña y niño menor de 5 años.

- Niños y niñas de 0 – 30 meses:

- Test peruano de desarrollo del niño (TPD). El test determina el perfil correspondiente a diferentes comportamientos: comportamiento motor postural, que incluye los siguientes líneas de desarrollo control de cabeza y tronco – sentado, control de cabeza y tronco-

marcha, comportamiento viso motor, que incluye los siguientes líneas de desarrollo: uso de brazo y mano. Visión. Comportamiento del lenguaje, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: audición, lenguaje expresivo, comportamiento personal social, que incluye los siguientes líneas de desarrollo: alimentación, vestido e higiene, juego, comportamiento social inteligencia y aprendizaje. ⁽³⁵⁾

▪ Niños y niñas de 3 y 4 años:

Test abreviado de evaluación del desarrollo psicomotor (T A) o PB (pauta breve). El test mide el rendimiento en las áreas de lenguaje social, coordinación y motora. ⁽³⁵⁾

▪ Consideraciones previas a la evaluación

La evaluación debe hacerse con la participación de los padres o responsable del cuidado del niño, en un ambiente adecuada (sin ruidos molestos), con ropa cómoda, tratando de que la niña o niño se sienta menos temeroso. Se explicara a los padres los logros del desarrollo que su hijo debe alcanzar según su edad para que puedan estimularlo adecuadamente en su hogar. ⁽³⁵⁾

En la primera evaluación explorar sobre la existencia de factores de riesgo para el desarrollo. Para la aplicación de instrumentos de evaluación, el profesional de enfermería debe ser experto en el manejo de la guía y la batería respectiva para cada prueba, garantizando que durante la evaluación la atención del examinador su centro en la niña o niño y no en el material impreso. ⁽³⁵⁾

Los instrumentos deben administrarse solo si la niña o niño esta tranquilo y muestre condiciones adecuados de salud. Si la niña o niño

llora, esta irritable, con niño o enfermo, orientar y citar a los padres y/o responsables del cuidado de la niña y niño para evaluación posterior.⁽³⁵⁾

El control de crecimiento y desarrollo de los niños o niñas prematuras de deberá realizar en establecimientos de salud de nivel 2 y 3; responsabilidad del médico pediatra, profesional de enfermería o médico general y se debe usar edad corregida hasta los 2 años.⁽³⁵⁾

2.2.4. Nola Pender – modelo de promoción de la salud:

Este modelo identifica en el individuo factores cognitivos – preceptúales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continua siendo perfeccionado y ampliada en cuando su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.⁽³⁶⁾

Nola Pender enfermera, autora del modelo de promoción de la salud (MPS), expreso que la conducta está motivado por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuesta a la forma como las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el sexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos

situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretende lograr.⁽³⁷⁾

El primer contacto de Nola o perder con la enfermería profesional se produjo cuando ella tenía 7 años y observaba el cuidado enfermo que le ofrecía a su tía hospitalizada: “la experiencia de observar los cuidados de las enfermeras a su tía ya su enfermedad crearon en mí una gran fascinación hacia el trabajo de enfermero” afirmó Nola Pender (entrevista personal, 6 de mayo de 2004).⁽³⁸⁾

Esta experiencia y la educación que recibió posteriormente inculcaron en ella un deseo de cuidar de los demás e influyeron en su idea de que la meta de la enfermería era ayudar a los pacientes a que se cuidaron ellos mismos. Perder contribuye al conocimiento enfermo de la promoción de la salud mediante su investigación, enseñanza, presentaciones y escritos.⁽³⁷⁾

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humano de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos de aprendizaje cognitivos y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que estas aprendan y moldeen su comportamiento: atención (estar expectante lo que sucede, retención (recordar lo que ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).⁽³⁶⁾

Aristizabal et al, afirmo que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y define por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad entendida con el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos de metas planeadas. ⁽³⁹⁾

EL MPS expone como las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en dos conceptos. El primer concepto: la conducta previa relacionada, se refiere a experiencias anteriores que pudieron tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. ⁽³⁶⁾

El segundo concepto describe los factores personales categorizados como biológicos, psicológicos y socio culturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas. ⁽³⁶⁾

Los componentes de los factores personales son los controles del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprenden 6 conceptos, el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud, el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la medición

de la conducta y la conducta real, el tercer concepto es la auto eficacia percibida, este constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta conforme en mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. ⁽³⁹⁾

El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son los emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e indujo ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, los cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. ⁽³⁹⁾

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, los demandas y referencias contrapuestas inmediatas. En los primeros se consideran aquellos conductas alternativas sobre los que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno de la familia en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo.

En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones para generar o modificar la conducta promotora de la salud, los resultados de la salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. La promoción de la salud es clave para enfermería, esta consideración fundamenta la relevancia de dicho modelo.⁽³⁷⁾

2.2.4.1. Meta paradigmas ⁽³⁸⁾

- Salud: estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- Persona: es el individuo y el centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo – perceptual y sus factores variables.
- Entorno: no se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivos – perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- Enfermería: el bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

2.2.4.2. Aceptación por parte de la comunidad enfermera.

- **Práctica profesional**

El bienestar como especialidad de la enfermería ha aumentado notablemente durante la última década. La práctica clínica actual como tal implica la

formación en la formación es la promoción de la salud. Los profesionales de la enfermería creen que el MPS es de suma importancia porque se aplica a lo largo de toda la vida es útil en una amplia variedad de situaciones. El interés clínico en las conductas de salud representa un cambio filosófico que enfatiza la calidad de las vidas al lado de la salvación de estas. Además, existen cargas financieras, humanas y del entorno en la sociedad cuando los individuos no se comprometen con la prevención y la promoción de la salud. El MPS aporta una solución enferma a la política sanitaria y la reforma del cuidado de salud, ofreciendo un medio para comprender como los consumidores pueden verse motivadas para alcanzar la salud personal. ⁽³⁹⁾

2.2.5. Definición de los términos básicos:

2.2.5.1. Factores sociales

Factores en el entorno social que son importantes para la salud influyen los relacionados con la seguridad, la violencia, y el desorden social en general, y de los factores más específicos relacionados con el tipo, la calidad y la estabilidad de las conexiones sociales, influyendo la participación social, la cohesión social, el capital social y la eficacia colectiva del barrio (o trabajo) medio ambiente, la participación social y la integración en el entorno social inmediato (por ejemplo, la escuela, el trabajo) el vecindario) parecen ser importantes tanto para la salud física y mental. Lo que también parece importante en la estabilidad de las relaciones sociales, tales como la composición y la estabilidad de los hogares y la existencia de entornos sociales locales estables y de apoyo a barrios en los que viven y trabajan. Una red relaciones sociales es una fuente importante de apoyo y parece ser una importante influencia en los comportamientos de salud. ⁽¹⁴⁾

2.2.5.2. Factores culturales

Los factores culturales facilitan no solo conocer los riesgos distintos que hacen diferentes a grupos hermanos y asentamiento poblaciones dentro de un mismo espacio geográfico y social, sino además, comprender a través de ellos, como se ha producido el desarrollo histórico, sus tendencias más significativos, ello posibilita explicar los nexos que ni establecen entre las actuaciones de individuos y grupos y los dinámicos sociales. Los factores culturales no son dimensiones, ni elementos son condiciones determinantes en tanto reporta esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad, costumbres y tradiciones aportan un conjunto de significados que no se pueden soslayar en los estudios de las comunidades. ⁽²⁹⁾

2.2.5.3. Crecimiento

Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que SE produce por el aumento a el número de células (Hiperplasia) o de su tamaño (Hipertrofia). Está regulado por factores nutricionales, socio económico, cultural, emocional, genético y neuroendocrino. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc. ⁽¹⁾

2.2.5.4. Desarrollo

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico. Cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales. ⁽¹⁾

2.2.5.5. Control de crecimiento y desarrollo

Conjunto de actividades periódicos y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades , facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencia y discapacidades. ⁽³⁵⁾

2.3. HIPÓTESIS

Esta Investigación no tuvo hipótesis ya que es de tipo descriptivo de corte trasversal lo cual es opcional.

2.4. VARIABLES

Variable Independiente: Factores Socioculturales.

2.5. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar los factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1-4 años del distrito de Mesones Muro – Ferreñafe 2016.

Objetivo Específico:

- Identificar los factores sociales a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de los niños de 1-4 años del distrito de Mesones Muro.
- Determinar los factores socioeconómicos a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1-4 años del distrito de Mesones Muro.

2.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El control de crecimiento y desarrollo permanente establece bases en la atención de niño o niña; no sólo por la evaluación antropométrica sino también acciones dirigidas exclusivamente al desarrollo incluyendo todas las dimensiones del ser humano como lo emocional, cognitivo entre otros.

Es responsabilidad de enfermería vigilar y fomentar un buen crecimiento y desarrollo del niño(a) que asiste a sus controles, de este modo asegurar la asistencia de los niños evitando las excusas donde intervienen los factores socioculturales de cada madre. Estos factores propios de la madre interfieren en la educación de del niño(a), su desarrollo social y su desenvolvimiento en la adultez. Por eso es elemental el control y monitoreo de CRED para detectar y prevenir oportunamente cualquier retraso en la formación y desarrollo de todos los niños.

En este sentido la presente investigación identifica los factores socioculturales que influyen en las madres para que no lleven a sus niños al control, cuando son ellas las únicas responsables de llevarlos y hacer cumplir sus evaluaciones en CRED.

La realización de este estudio permite detectar los factores socioculturales que intervienen en la inasistencia de los niños, para modificarlos a través estrategias que eviten problemas en el futuro de la salud del niño.

El estudio sirvió para que el profesional de enfermería realice el monitoreo mediante visitas domiciliarias para así facilitar a aquellas madres que tienen inasistencia en los controles de sus menores hijos educándolas oportunamente sobre la importancia de los controles de Crecimiento y Desarrollo evitando un riesgo de abandono y consecuencias a

futuro que tendrían, pues no sólo perjudicaría su salud, sino su desarrollo social, emocional e intelectual, teniendo en cuenta la labor de enfermería que se centra al cuidado del individuo, familia y comunidad.

2.7. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
FACTORES SOCIOCULTURALES	FACTORES SOCIALES	ESTADO CIVIL	Soltera Casada Viuda Divorciada Conviviente
		EDAD	Menor de 18 años 19 – 29 años. 30 – 35 años. 35 años a más.
		OCUPACION	Ama de casa. Trabajadora Estable Trabajadora Temporal Estudiante.
		TIEMPO DE TRABAJO	Menor de 4 horas. 4 – 6 horas 8 horas a más.

		NUMERO DE HIJOS	1 Hijo. 2 hijos. 3 hijos. Más de 3 hijos.
		PROCEDENCIA	Costa Sierra Selva
		TIEMPO DE LLEGADA AL CENTRO DE SALUD	5 Minutos. 10 Minutos. 30 Minutos. Más de 1 hora.
		ZONA DE RESIDENCIA	Urbanización Pueblo Joven Centro Poblado Calle o Avenida
		TIPO DE FAMILIA	Monoparental Nuclear Extensa
		ACCESIBILIDAD ALGUN TIPO DE SEGURO	EsSalud SIS EPS No tiene seguro

	FACTORES CULTURALES	INGRESO ECONOMICO	Menos de 400 soles. 400 – 850 soles. 850 – 1000 soles. Más de 1000 soles
		NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Superior
		INFLUENCIA DE LA DECISION DE ASISTIR AL CONTROL DEL NIÑO	Suegra / Mama Cuñados / Tíos Esposo No influye nadie
		CONOCIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.	Atención integral del niño (estimulación temprana, peso, talla entrega de micronutrientes, etc.) Solo pesar y tallar. Prevenir Enfermedades o riesgos. Desconozco.

	CONOCIMIENTO DE LA ASISTENCIA OPORTUNA	Una vez al año Desde el momento que nace hasta el año. Desde el momento que nace hasta los 3 años. Desde el momento que nace hasta los 5 años Desconozco
	MOTIVO DE INASISTENCIA	Me olvide. Mi trabajo me complica Igual puedo ir otro dia Atiendo la casa, mi esposo o a mis otros hijos. Porque mi hijo está bien, está sano.
	INFORMACION ACERCA DEL CONTROL	Medios escritos (folletos , trípticos) Propaganda en radio o televisión Ninguna
	CONSIDERA USTED NECESARIO LLEVAR AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Muy necesario. Necesario Poco necesario No es necesario.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue de tipo cuantitativa. Este enfoque de investigación se caracteriza fundamentalmente por la búsqueda y medición de hechos concretos. El enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico. Además se emplea a los números como fundamento, a través de construcciones estadísticas (que se elaboran a partir de las hojas de cálculo, y programas creados específicamente para la articulación de variables y la construcción de indicadores). ⁽⁴⁰⁾ En el enfoque cuantitativo, la forma correcta de construcción de conocimiento es producir un análisis a partir de datos recolectados, de acuerdo con ciertos criterios lógicos. ⁽⁴¹⁾

La investigación cuantitativa ha sido utilizada durante siglos para aportar resultados numéricos. Utiliza como técnicas de investigación la experimentación y la estadística, se basa en la comprobación de una hipótesis. ⁽⁴²⁾

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación se refiere a dónde y cuándo se recopila la información, así como la amplitud de la información a recopilar, de modo que se pueda dar respuesta a la pregunta de investigación de la forma más idónea posible. ⁽⁴³⁾

X: Inasistencia de las madres al control de crecimiento y desarrollo del niño.

Y: Factores Socioculturales.

El diseño fue descriptivo de corte transversal. Se describió la variable en un periodo determinado de tiempo. Los elementos básicos descritos son: persona (edad, sexo, trabajo, etc.), lugar y tiempo (momento de aparición y tendencia). Otra función es la de proporcionar datos que conduzcan la formulación de hipótesis y por lo tanto servir como base a otros estudios analíticos y experimentales. ⁽⁴⁴⁾

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población es el conjunto total de individuos, objetos o medidas con características comunes. ⁽⁴⁵⁾

La población estuvo constituida por todas las madres, con niños de 1 a 4 años de edad, del distrito de Mesones Muro Ferreñafe año 2016, el total obtenido es de 902 madres (centro de estadística informática del centro de salud Mesones Muro).

Muestra:

Es el subconjunto fielmente representativo de la población. ⁽⁴⁵⁾

En la presente investigación, la muestra estuvo conformado por 270 madres, pero se realizó una muestra ajustada obteniendo como resultado final de 207 madres de niños de 1 a 4 años del distrito de Mesones Muro.

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

Donde:

N= Es el total de la población	902
Z= es el nivel de confianza	95% = 1.96
p= es la proporción esperada	p= 0.5

q= es la variabilidad negativa 0.5

e= es la precisión de error 5%= 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 (902) (0.5) (0.5)}{(902-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = 269.62$$

Posteriormente se empleó, la siguiente fórmula para la muestra reajustada:

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

$$n = \frac{269.62}{1 + \frac{269.62}{902}} = 207.57$$

Por lo tanto, recordando la muestra, quedara conformada por 207 madres de niños de 1 a 4 años.

3.3.1. Criterios de Inclusión y de Exclusión:

3.3.1.1. Criterio de Inclusión:

Madres con niños de 1 a 4 años

Madres que acepten resolver el cuestionario

3.3.1.2. Criterios de Exclusión:

Madres con problemas físicos y mentales.

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para llevar a cabo el procesamiento de la información se creó un archivo en Microsoft Excel, en donde se vació los datos obtenidos en la encuesta a las madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud de Ferreñafe. Se realizó con método estadístico de coeficiente de contingencia. Para la presentación de los resultados se elaboró tablas estadísticas facilitando su análisis e interpretación de los datos y que estos respondan a los objetivos de la investigación mediante un análisis de forma descriptiva e inferencial. ⁽⁴⁵⁾

Tabla 1. *Factores Sociales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1 – 4 años del Distrito de Mesones Muro- Ferreñafe. Año 2016.*

Factores	Alternativas					Total
Edad de la madre	Menor 18	19 a 24	25 a 29	30 a 35	35 a más	
	16	55	58	42	36	207
	7.7%	26.6%	28%	20.3%	17.4%	100%
Número de hijos	Un hijo	Dos Hijos	Tres Hijos	Más de tres		Total
	56	75	53	23		207
	27.1%	36.2%	25.6%	11.1%		100%
Ocupación	Ama de casa	Trabajador estable	Trabajador temporal	Estudiante		Total
	120	29	50	8		207
	58%	14%	24.2%	3.9%		100%
Horario Laboral	Menos de 4 horas	4 a 6 horas		8 horas		Total
	82	52		73		207
	39.6%	25.1%		35.3%		100%
Estado Civil	Soltera	Casada	Viuda	Divorciada	Conviviente	Total
	40	57	3	2	105	207
	19.3%	27.5%	1.4%	1%	50.7%	100%
Zona de Residencia	Urbanización	Pueblo Joven	Centro Poblado	Calle o Avenida		Total
	23	72	30	82		207
	11.1%	34.8%	14.5%	39.6%		100%
Procedencia	Costa	Sierra		Selva		Total
	112	75		20		207
	54.1%	36.2%		9.7%		100%
Tipo de Familia	Monoparental	Nuclear		Extensa		Total
	30	112		50		207
	14.5%	58.9%		26.6%		100%
Tipo de Seguro	EsSalud	SIS	EPS	No tiene		Total
	23	141	1	42		207
	11.1%	68.1%	0.5%	20.3%		100%
Ingreso económico familiar	Menos de 400	400 a 850	850 a 1000	Más 1000		Total
	53	95	45	14		207
	25.6%	45.9%	21.7%	6.8%		100%
Tiempo de llegada al Centro de Salud	5 min	10 min	30 min	Más 120 min		Total
	46	92	57	12		207
	22.2%	44.4%	27.5%	5.8%		100%

Fuente: *Factores Socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1 – 4 años del Distrito de Mesones Muro- Ferreñafe. Año 2016.*

En la tabla 1 se aprecia que lo más resaltante en el factor social es la ocupación de la madre representado 58% como ama de casa, con respecto a la condición económica el salario solo llega de 400 a 850 en un 45,9%; residen en pueblos jóvenes con un 34,8%, y de ellas el 50.7% son conviviente.

Tabla 2: Factores Culturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1 – 4 años del Distrito de Mesones Muro- Ferreñafe. Año 2016

Factores		Alternativas				Total
Nivel de Instrucción	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Técnico	Superior	
	30	37	81	29	30	207
	14.5%	17.9%	39.1	14%	14.5%	100%
Personas que influyen a asistir al control	Suegra/Mamá	Cuñado/tíos	Esposo	No influye nadie		Total
	27	8	52	120		207
	13%	3.9%	25.1%	58%		100%
Conocimiento del servicio	Atención integral	Pesar y tallar	Prevenir	Desconozco		Total
	73	86	28	20		207
	35.3%	41.5%	13.5%	9.7%		100%
Motivos de Inasistencia	Me olvide	Por Trabajo	Puedo ir otro día	Quehacer	Mi hijo esta bien	Total
	40	49	35	50	33	207
	19.3%	23.7%	16.9%	24.2%	15.9%	100%
Edad que debe llevar al niño	Al año	Desde que nace hasta el año	Desde que nace hasta 3 años	Desde que nace hasta 5 años	Desconozco	Total
	16	48	49	71	23	207
	7.7%	23.2%	23.7%	34.3%	11.1%	100%
Información recibida	Medios Escritos		Radio o Tv		Ninguna	Total
	106		57		4	207
	51.2%		27.5%		21.3%	100%
Valoración del control de crecimiento y desarrollo	Muy necesario	Necesario	Poco Necesario	No es necesario		Total
	78	88	40	1		207
	37.7%	42.5	19.3%	0.5%		100%

Fuente: Factores Socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1 – 4 años del Distrito de Mesones Muro- Ferreñafe. Año 2016.

En la tabla 2, se puede apreciar que lo más resaltante en el factor cultural, es el conocimiento de lo que se brinda en el servicio, el 41,5%de las madres indicaron que en el control de crecimiento y desarrollo solo se pesa y se talla al niño; por ultimo de ella un 39.1% estudiaron hasta nivel secundario.

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Muchas de las madres de niños de 1 a 4 años, no conocen sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo teniendo como problemática la no asistencia al servicio, tanto a nivel nacional como regional, entonces como profesionales de enfermería nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1 a 4 años del distrito de Mesones Muro Ferreñafe. Año 2016? Teniendo como objetivo general determinar factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1 a 4 años del distrito de Mesones Muro Ferreñafe. Año 2016. En este marco se desarrolló la investigación “Factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de madres de niños de 1 a 4 años del distrito de Mesones Muro – Ferreñafe. Año 2016”.

La muestra en estudio estuvo conformado por 207 madres con niños de 1 a 4 años del distrito de Ferreñafe, de las cuales pertenecen al rango de edad de 25 a 29 años representado por un 28 % , en el estudio de Parraguez et al ⁽¹¹⁾ , cita un rango de edad entre 19 a 34 años representado en un 83.7 %.

En el caso de los servicios de salud parece tener dos elementos básicos: uno físico y otro social. El elemento físico se relación con la distancia geográfica que separa al usuario potencial del punto del servicio, expresa la proximidad espacial entre ambos y representa la accesibilidad locacional del servicio. ⁽⁸⁾

Por otro lado, la accesibilidad es la cualidad de fácil vía para que cualquier persona, incluso aquellas que tengan limitaciones en la movilidad, en la comunicación o el entendimiento, pueda llegar a un lugar, objeto o servicio. ⁽⁴⁶⁾

Según Mariaca et al ⁽⁹⁾ en su estudio nos otorga el rango de no poder salir de casa por dificultades en el traslado o por responsabilidades con otros niños representado en un 6%, en comparación con este estudio dio como resultado que las madres tienen como tiempo de llegada al centro de salud tan solo 10 minutos representado en un 36.2 % de la población.

En cuanto a la ocupación de la madre se encontró que en su mayoría son amas de casa en un 58 %, para justificar su conceptualización es importante definir que la figura del ama de casa está estrechamente ligada al trabajo doméstico; es decir, con el conjunto de actividades no remuneradas que realizan los miembros del núcleo familiar en el hogar para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria. En la mayoría de las sociedades, la distribución tradicional de los cuidados y la producción doméstica otorgan a las mujeres del núcleo familiar su desempeño en diferentes grados y funciones, según la jerarquía que cada una de ellas ocupa dentro del mismo y, al mismo tiempo, las excluye de otras tareas fuera del ámbito doméstico. ⁽²⁾ En comparación del estudio que realiza Parraguez et al Se encuentra similitud con nuestro estudio en un 95.8%. ⁽¹¹⁾

Hoy en día siguen siendo mujeres las que se encuentran en condiciones de subordinación a pesar del transcurso del siglo de civilización. Sigue vigente la división sexual del trabajo, la desigual asignación de tareas en la familia y el desgastante desempeño de las mujeres en el trabajo doméstico que a lo largo de sus vidas les resta oportunidades de un desarrollo pleno e igualitario. En el cual el ingreso económico familiar de esta investigación tiene como resultado que un 45.9 % de familias ganan entre 400 a 850 soles mensuales. En este contexto, la entrada económica familiar en el Perú está definida como la suma de ingresos de todos sus miembros y los que se captan de manera conjunta, tanto efectivo como en especie. ⁽⁴⁶⁾

La canasta familiar se compone actualmente en un 38 % de gastos de alimentos y bebidas, el 16 % en transportes y comunicaciones, el 15 % en educación, 9 % en alquiler, 6 % en muebles y enseres, vestido en 5 %, salud en 4 % y otros gastos en 7 %. Una familia que no posea S/. 1500 al mes para solventar estos gastos, se le puede considerar como pobre. Por lo tanto, los resultados presentados indican que la realidad socioeconómica y la ocupación de la madre como ama de casa estarían intercediendo en las actividades de las madres, lo cual ocasiona que el tiempo que dedican a cumplir con el control y crecimiento y desarrollo de su menor hijo sea limitado. Entonces el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud. ⁽²⁾

Además, tenemos como resultados que el 50.7% de las madres tienen como estado civil el ser convivientes, al igual que la investigación de Parraguez et al. demuestra un porcentaje de 42.2. ⁽¹¹⁾

En el nivel de instrucción encontramos que el 39.1 % de esta población, tienen nivel secundario, al igual que el estudio de Parraguez et al en un 34.9 %. ⁽¹¹⁾

Es importante señalar que dentro de los factores culturales el 41.5% de madres tienen como conocimiento que el servicio brindado en el control de crecimiento y desarrollo es simplemente pesar y tallar, el cual tienen una idea errónea ya que en realidad son actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera (o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades (Norma Técnica) . En cuanto la investigación realizada por Quevedo S A, describe que las madres desconocen de este servicio en un 4 %. ⁽³⁵⁾

Sin embargo los motivos por los cuales las madres no llevan a sus niños al control son porque tiene que hacerse cargo de su hogar manifestándose en un 24.2 %, para conceptualizarse lo manifestado se expresa que, aproximadamente 2 millones 385 mil mujeres cumplen el rol de ama de casa. El cuidado del hogar, la salud de la familia, el cuidado de sus hijos, entre otros temas, se han convertido en responsabilidad y parte del rol que cumple el ama de casa en el hogar.⁽²⁰⁾ En comparación a otras realidades nos muestran diferentes autores tales como, Parraguez et al ⁽¹¹⁾ que refiere en su estudio el motivo principal es el quehacer representado en un 27.10 %, Quevedo S A⁽⁴⁾, lo manifiesta en un 48%, Mariaca et al ⁽⁸⁾ refiere que el motivo es el descuido en un 14 %, otros motivos encontrados son “me dormí, me olvide” representado con un 33.9 % para Ascarate et al⁽⁸⁾, “tengo un niño sano” con un 22.9 % para Parraguez et al ⁽¹¹⁾ y 6 % para Mariaca et al. ⁽⁹⁾

Por otro lado, según la norma técnica establece que los niños deben ser controlados desde que nacen hasta los 5 años, con diferente esquema de periodicidad para cada grupo de edad. En el presente trabajo de investigación se rescata el buen conocimiento que tienen las madres para llevar a sus hijos al control de crecimiento y desarrollo, es decir ellas conocen que deben llevar a sus niños al servicio de CRED desde que nacen hasta los 5 años con un porcentaje de 34.3 %, sin embargo no es un factor contributivo para el cumplimiento de sus controles. A diferencia de Parraguez et al ⁽¹¹⁾ que manifiesta que las madres desconocen el esquema de periodicidad en un 67.6%.

Y por último el primer nivel de atención de salud tiene el deber de informar a la población sobre los programas y servicios que se brindan, así también deben captar a las familias que aún no participan de estos beneficios. Así podemos observarlo en la investigación de Mariaca et al ⁽⁹⁾ ya que el 10 % de su población desconoce sobre el servicio del crecimiento y desarrollo del niño, en contraste con esta investigación, las madres manifestaron que tiene información escrita representado en un 51.2 %.

V. CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación presenta las siguientes conclusiones:

- Los factores sociales más predominantes en las madres son: su ocupación ya que el 58% de las madres cumplen el rol de ama de casa; con respecto a la condición económica el salario solo llega de 400 a 850 nuevo soles en un 45.9%, residen en pueblos jóvenes con un 34.8 %, y de ellas el 50.7 son convivientes.
- Los factores culturales de las madres que presentan un mayor porcentaje son: el conocimiento de lo que se brinda en el servicio, el 41.5 % de las madres indicaron que en el control de crecimiento y desarrollo solo se pesa y se talla al niño, también el motivo por el cual no asisten, es el que hacer en el hogar con un 24.2%, por último sólo el 39.1% de ellas estudiaron hasta nivel secundario.

VI. RECOMENDACIONES

Basado en lo anteriormente expuesto de esta investigación, se plantea las siguientes recomendaciones:

- Trabajar de manera intersectorial, es decir, con diferentes entidades públicas y privadas para fomentar estrategias multidisciplinarias, mediante la capacitación sobre la atención al niño con ayuda de los agentes comunitarios, para una vigilancia comunal sostenible y así poder brindarles una atención oportuna, adecuada y si es posible accesible a sus necesidades familiares presentadas, brindando una atención intra y extramural.
- Sensibilizar a las madres y a los miembros de la familia para la organización de los quehaceres del hogar, además explicarles sobre la importancia, ventajas que trae consigo llevar a sus niños al control de crecimiento y desarrollo de manera oportuna y las consecuencias de no llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo.
- El personal de salud debe brindar sesiones educativas en relación al control de crecimiento y desarrollo, la atención integral brinda al niño, valoración antropométrica (peso adecuado para la edad, talla adecuado para la edad, peso adecuado para la talla, perímetro cefálico y abdominal), evaluación y consejería nutricional, suplemento de multimicronutrientes, desarrollo infantil temprano, y detección de enfermedades prevalentes mediante el examen físico, emocional y social, para tener niños sanos.

- Coordinar con las autoridades de la Gerencia Regional de Salud, con la finalidad de incrementar el presupuesto para obtener los equipos y materiales necesarios para que se pueda brindar una atención adecuada, y por ende acondicionar el ambiente donde se atiende al niño o niña.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años. Perú 2011. Fecha de Acceso: 15 de Abril del 2016. Disponible en : http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio.../NT_CRED_MINS A2011.pdf
- (2) INEI. Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2017: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Resultados Preliminares al 50% de la muestra) [Internet]. Lima; agosto del 2017 [revisado el 12 de septiembre del 2017]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf
- (3) UNICEF. Encuesta de Crecimiento, Desarrollo y Salud Materna en canelones. Uruguay. Diciembre 2012. Fecha de acceso: 15 de Abril del 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/spanish/encuesta_crecimiento_desarrollo_ccc_unicef_para_web.pdf.
- (4) Baubeta L; Pazos A; Gasperi N; Perez D; Piñeiro A. Causas del incumplimiento del control de salud en los niño/as menores a 3 años. Montevideo. Universidad de la República de Uruguay 2011. Fecha de acceso: 15 de Abril del 2016. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2012/FE-0439TG.pdf>

- (5) Quevedo D. Factores que intervienen en el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de dos años centro materno infantil Tablada de Lurín Lima – 2014. Perú – Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marco 2014. Fecha de Acceso: 15 de Abril del 2016. Disponible en : http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/.../Quevedo_Saldaña_Dorita_Ayde_2015.pdf
- (6) Ministerio de salud. Indicadores de cobertura de CRED, proporción de niños menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo Perú 2016. Fecha de acceso: 15 de Abril del 2016. Disponible en : http://www.app.minnsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?cind=9&lcobj=2&lcper=1&lcfreg=7/4/2016.
- (7) Centro de información y estadística del centro de salud de Ferreñafe. Cobertura de CRED, demográfica y de salud familiar ENDES 2015. Disponible en: www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Poblacion/PoblacionMarcos.asp?14
- (8) Ascarate M; Oliveira A; Silva P; Vivian E. Causas del incumplimiento del control de salud de los niños/as menores de 2 años del centro de salud Cerro, Montevideo. Universidad de la República de Uruguay 2012. Fecha de acceso: 15 de Abril de 2015. Disponible en: www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2012/FE-0439TG.pdf
- (9) Mariaca C; Berbesi D. Factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo. Revista CES, Salud Pública 2013. Fecha de Acceso: 15 de Abril de 2016. Disponible en :

http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2493/1980

- (10) Chávez D. Factores sociales y culturales de las madres del menor de 3 años con inasistencia al control CRED Centro de Salud La Flor, Carabayllo. Diciembre – 2016. [Internet]. Lima; agosto del 2017 [revisado el 12 de septiembre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1262/TPLE-Daysi%20Chavez%20Quispe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- (11) Parraguez K; Reque S. Características maternas que intervienen en el incumplimiento de la atención integral del niño Preeescolar en un centro de salud – Lambayeque 2014. Tesis Pre Grado. Perú – Chiclayo. Repositorio de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo 2015. Fecha de Acceso: 15 de Abril de 2015 disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/.../TL_ParraguezOrellanoKristeen_RequeLlontopStefanny.pdf

- (12) Definición ABC.COM. Definición de factores 2016. Fecha de acceso : 15 de abril de 2016 Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/factores.php>

- (13) Psychology Dictionary what is social factors? Definition of social factors 2016. Fecha de acceso: 15 de abril del 2016. Disponible en :
<https://sites.google.com/site/e518tecnofilosofia/-que-entendemos-por-factores-sociales>

- (14) National Academies, Institute of medicine, Wolf S, Aron L. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health 2013. Fecha de Acceso 15 de Abril del 2016. Disponible en : <https://www.nap.edu/read/13497/chapter/12>
- (15) Cartuccia L. Dra Laura D. Cartuccia. Factores sociales y cultura en salud 14 de junio del 2009. Fecha de Acceso: 15 de abril del 2016. Disponible en: <https://auditoriamedica.wordpress.com/2009/06/14/factores-sociales-y- cultura-en-salud/>
- (16) Civilpersonasucc.blogspot.pe Claudia G. Derecho civil personas: estado civil de las personas. Colombia – Cartago 2010. Fecha de acceso: 17 de Abril del 2016. Disponible en : <http://civilpersonasucc.blogspot.com/2010/08/estado-civil-de-las-personas.html>
- (17) DefinicionABC.com Definicion del estado civil 2016. Fecha de Acceso: 17 de abril del 2016. Disponible en : [http:// https://www.definicionabc.com/derecho/estado-civil.php](http://https://www.definicionabc.com/derecho/estado-civil.php)
- (18) Los diccionarios y las enciclopedias sobre el académico. Edad cronológica 1999. Fecha de actualización 2013. Fecha de acceso: 17 de abril del 2016. Disponible en : [http:// www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/33915/edad](http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/33915/edad)
- (19) Study.com chronological age: definition&explanation 2016. Fecha de acceso 17 de abril del 2017. Disponible en acceso: <http://study.com/academy/lesson/mental-age-definition-lesson-quiz.html>

- (20) INEI.gob.pe. Características generales de la mujer 2013. Fecha de acceso 17 de abril de 2016. Disponible en acceso en :
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1231/PDF/cap02.pdf
- (21) Graduadoscolombia.edu.co.ocupacion 2013 fecha de acceso: 17 de abril de 2016. Disponible en acceso : <http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html>
- (22) DefinicionABC.Com definicion de procedencia 2016. Fecha de acceso: 18 de Abril de 2016. Disponible en:
<https://www.definicionabc.com/general/procedencia.php>
- (23) Yourdictionary.com. origin dictionary definition 2010. Fecha de acceso: 18 de abril 2016. Disponible en : [http:// www.yourdictionary.com /origin](http://www.yourdictionary.com/origin)
- (24) Perez J, Gardey A. Definicion de residencia 2008. Fecha de actualizacion 2016. Fecha de acceso: 18 de abril del 2016. Disponible en:<https://definicion.de/resistencia/>
- (25) Thelawdictionary.org.whatis residence? Definition of residence 2016. Fecha de acceso 18 de abril Del 2016. Disponible en :
[http:// thelawdictionary.org/residence/](http://thelawdictionary.org/residence/)

- (26) Aura-ctsv.blogspot.pe Aura M. Ciencias, Tecnologías, sociedad y valores: Definición de familia UNESCO 2009. Fecha de acceso: 18 de abril del 2016. Disponible en :
<http://aura-ctsv.blogspot.pe/2009/10/definicion-de-familia-unesco.html>
- (27) Enciclopediadetareas.net Cornelio L. Tipos de familia 2016. Fecha de acceso: 18 de abril del 2016. Disponible en :
<https://www.enciclopediadetareas.net/2011/05/tipos-de-familia.html>
- (28) Enriquez A.; Pedraza Y. Factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1- 4 años del distrito de Requena – 2016. Tesis Pre Grado. Perú – Chiclayo. Repositorio de la Universidad Señor de Sipán. Fecha de Acceso: 15 de Abril de 2017 disponible en:
<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/2992/Tesis%20Enriquez%20y%20Pedraza.pdf;jsessionid=8F0DAE6B7C2D5D1D42616ACB728DBB0A?sequence=1>
- (29) Eumed.net Masías R. Factores culturales y desarrollo cultural comunitario, reflexiones desde la práctica 2016. Fecha de acceso: 15 de abril del 2016. Disponible en:
<http://www.eumed.net/librosgratis/2011c/985/desarrollo%20cultural%20comunitario.html>

- (30) Colegio 24hs. Civica, cultura y Sociedad (en E- Libro). Buenos Aires. Por colegio 24 hs Enero 2014. Fecha de acceso: 25 de abril del 2016. Disponible en : <http://site.ebrary.com/lib/bibsipansp/reader.action?docLD=10049110>
- (31) Promonegocios.net. Thompson I. Definición de cultura. Setiembre 2006 . fecha de acceso : 25 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/cultura-definicion.html>
- (32) Crespo, M. Manual de residente de Pediatría y sus áreas específicas. Volumen 1 (google Books). España Editorial Norma 1997. Fecha de acceso: 15 de abril del 2016. Disponible en : https://books.google.com.pe/books/about/Manual_del_residente_de_pediatr%C3%ADa_y_sus.html?id=n2gRPwAACAAJ&redir_esc=y
- (33) Casassas, R; Campos C; Jaimovick, S. Cuidados básicos del niño y del enfermo (en E-Libro) Chile. Editorial ebooks Patagonia. Enero 2009. Fecha de acceso: 15 de abril del 2016. Disponible en : <http://site.ebrary.com/lib/bibsipansp/reader.action?docId=1055961&ppg=5>
- (34) E.S.E Hospital la misericordia Sorio C. Bienestar con sentido Humano. Programa de crecimiento y desarrollo 2106. Fecha de acceso 15 de abril del 2016 Disponible en: [http:// hospitalcalarca.gov.co/main-pagina-cat-231.htm](http://hospitalcalarca.gov.co/main-pagina-cat-231.htm)

- (35) Ministerio de salud. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Fecha de acceso: 15 de Abril del 2016. Disponible en :
http://datos.minsa.gob.pe/sites/default/files/norma_cred.pdf
- (36) Cisneros F. Teorias y modelos de Enfermeria. Universidad la Cuaca. Colombia – Popayan 2005. Fecha de acceso : 15 de abril del 2016. Disponible en :
<http://artemisa.unicauca.edu.co/%20pivalencia/archivos/teoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
- (37) Com S; Ackerman E. Metodologia de la Investigacion (en E- Libro). Buenos Aires. Ediciones del aula taller. Enero 2013. Fecha de acceso: 15 de abril del 2016. Disponible en :
<http://site.ebrary.com/lib/bibsipans/reader.action?docLD=10804439>
- (38) Marriner A; Raile M, Modelos y Teorias de Enfermeria 6 ed. España – Barcelon.EL SEVIER 2007
- (39) Aristizábal Hoyos Gladis Patricia, Blanco Borjas Dolly Marlene, Sánchez Ramos Araceli, Ostiguín Meléndez Rosa María. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Oct 17] ; 8(4): 16-23. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es.

- (40) Quintana L. Metodología de la investigación, 2 ed. México. D.f MMC Graw Hill Education, 2013.
- (41) Santos F; Rodriguez C; Rodriguez R. Metodología básica de investigación en enfermería. España – Madrid. Editorial Díaz Santos. Enero 2014. Fecha de Acceso: 15 de abril del 2015. Disponible en : <Http://site.ebrary.com/lib/bibsipansp/reader.action?docLD=11002246>
- (42) Ñaupas H; Mejia E; Novoa Villagomez A. Metodología de la Investigación cuantitativa – cualitativa y redacción de tesis 4 ed. Colombia- Bogota. Editorial de la U, 2014.
- (43) Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta ed. México: McGraw-Hill; 2014.
- (44) Hurtado J. [Internet] 3 de abril del 2018. . [Consultado el 15 de junio del 2017]. *Algunos criterios metodológicos de la investigación*. Disponible en: <http://investigacionholistica.blogspot.com/2008/04/algunos-criterios-metodologicos-de-la.html>
- (45) Velasquez A; Rey N; Metodología de la investigación científica, 1 ed. Perú Editorial San Marcos 1999.
- (46) Ipsos Peru, perfil de la ama de casa. Enero 2015. Fecha de acceso 15 de Octubre 2016. Disponible en: http://www.ipsos.pe/perfil_ama_de_casa.

VIII. ANEXOS

Cuestionario

FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 1-4 AÑOS DEL DISTRITO DE MESONES- MURO. FERREÑAFE AÑO 2016.

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar los factores socioculturales asociados a la inasistencia del control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1 a 4 años del distrito de Mesones – Muro. Ferreñafe año 2016. Sera completamente anónimo y confidencial por lo que se solicita su total veracidad en el desarrollo del mismo.

Marque con un aspa (x) la respuesta que usted crea conveniente.

I.DATOS GENERALES

1. Edad de la madre:

- a. Menor de 18 años.
- b. 19 – 24 años.
- c. 25 – 29 años.
- d. 30 – 35 años.

2. Número de hijos:

- a. 1 hijo.
- b. 2 hijos.
- c. 3 hijos
- d. Más de 3 hijos.

3. Ocupación:

- a. Ama de casa.
- b. Trabajadora estable.
- c. Trabajadora temporal.
- d. Estudiante.

4. Horas que labora en su trabajo:

- a. Menos de 4 horas.
- b. 4 – 6 horas.
- c. 8 horas a más.

II. RESPONDA:

5. Nivel de Instrucción:

- a. Analfabeta.
- b. Primaria.
- c. Secundaria.

- d. Técnico.
- e. Superior.

6. Estado civil de la madre:

- a. Soltera.
- b. Casada.
- c. Viuda.
- d. Divorciada.
- e. Conviviente

7. Zona de residencia:

- a. Urbanización.
- b. Pueblo joven
- c. Centro poblado
- d. Calle o avenida

8. Procedencia:

- a. Costa
- b. Sierra
- c. Selva

9. ¿Quiénes viven en su familia?

- a. Mamá e hijo(s).
- b. Mamá, papá, hijos(s)
- c. Mamá, papá, hijos, abuelos, tíos, etc.

10. ¿Qué seguro tiene el niño(a)?

- a. EsSalud
- b. SIS
- c. EPS (Rimac, Pacifico, etc)
- d. No tienen seguro.

11. ¿Cuánto es el ingreso económico familiar?

- a. Menos de 400 soles.
- b. 400 – 850 soles.
- c. 850 – 1000 soles.
- d. Más de 1000 soles.

12. Tiempo de llegada al centro de salud:

- a. 5 minutos.
- b. 10 minutos.
- c. 30 minutos.
- d. Más de una hora

13. ¿Quién influye en la decisión de que usted asista al control de crecimiento y desarrollo de su niño?

- a. Suegra/mamá.
- b. cuñado/tíos.
- c. Esposo.
- d. No influye nadie.

14. ¿Que se brinda en el servicio de crecimiento y desarrollo?

- a. Atención integral del niño (estimulación temprana, peso, talla, entrega de micronutrientes, Etc).
- b. Solo pesar y tallar.
- c. Prevenir enfermedades o riesgos.
- d. Desconozco.

15. ¿Cuál fue el motivo de no acudir al control de crecimiento y desarrollo?

- a. Me olvide.
- b. Mi trabajo me complica.
- c. Igual puedo ir otro día.
- d. Atendiendo la casa, mi esposo o mis otros hijos.

16. ¿A qué edad debe llevar a su niño a sus controles?

- a. Una vez al año.
- b. Desde el momento que nace hasta el año.
- c. Desde el momento que nace hasta los 3 años.
- d. Desde el momento que nace hasta los 5 años.
- e. Desconozco

17. ¿Qué tipo de información o material educativo ha recibido sobre control de crecimiento y desarrollo?

- a. Medios escritos (folletos, trípticos)
- b. Propaganda en radio o televisión.
- c. Ninguna

18. ¿Considera usted necesario llevar al control de crecimiento y desarrollo a su niño?

- a. Muy necesario.
- b. Necesario.
- c. Poco necesario.
- d. No es necesario.

¡Gracias por su apoyo!

Anexo N° 02

COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION – FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad de Chiclayo

Investigadoras: Ojeda Monja Graciela Johanna

Paredes Zuloeta Teresa

Título: Factores Socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1 – 4 años del Distrito de Mesones Muro- Ferreñafe. Año 2016.

Señora, la invitamos a participar en una investigación que se está realizando con la finalidad de determinar los factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños 1 – 4 años del distrito de Mesones Muro- Ferreñafe. Año 2016.

Procedimientos: Marcar con una aspa o ckeck en la alternativa que usted cree conveniente, eran 18 preguntas, solo tomara 20 minutos en desarrollarla.

Beneficios: conocer los factores sociales y culturales para ayudar a prevenir los riesgos del crecimiento y desarrollo de manera oportuna y por el cual llevaran un desarrollo de manera oportuna y de forma adecuada.

Costo e incentivos: Este cuestionario no tiene costo.

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que usted brinda es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto las investigadoras: Ojeda Monja Graciela Johanna y Paredes Zulueta Teresa Jesús quienes manejan la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocara nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Uso de la información Obtenida:

Deseamos almacenar sus muestras almacenadas por 10 años. Estas muestras serán usadas para evaluar algunas pruebas diagnósticas. También usaremos esto para diagnosticar otros problemas.

Estas muestras solo serán identificadas con códigos.

Si usted no desea que las muestras permanezcan almacenadas ni utilizadas posteriormente, aun puede seguir participando del estudio.

Autorizo a tener mis muestras/ las muestras de mi hijo(a) almacenadas.

☐

SI

☐

NO

Además la información de los resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la problemática y permitiendo la evaluación de medidas de control, se contara con el permiso del comité de Ética en investigación de la Facultad de ciencias de la Salud, cada vez que se requiera el uso de las muestras y estas no serán usadas en estudios genéticos.

Derechos de la persona:

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con los investigadores, Ojeda Monja Graciela Johanna y Paredes Zuloeta Teresa Jesús. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al comité de ética en investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

CONSETIMIENTO

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

Participante
Nombre:
DNI:

Fecha:

Anexo N° 3

Validez alcanzada por juicios de expertos

CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA ENCUESTA

1. NOMBRE DEL JUEZ	
2. PROFESIÓN TITULO Y/O GRADO ACADEMICO OBTENIDO ESPECIALIDAD EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años) INSTITUCION DONDE LABORA CARGO	
3. NOMBRE DE LAS AUTORAS: - Paredes Zuloeta Teresa Jesús - Ojeda Monja Graciela Johanna	
4.- INSTRUMENTO EVALUADO:	Cuestionario: Tipo Encuesta Contexto: Auto administrado
5- OBJETIVO DEL INSTRUMENTO El presente cuestionario tiene como objetivo determinar los factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de la madre de	

familia, con niños de 1 – 4 años en el distrito de Mesones Muro – Ferreñafe año 2016. Sera completamente anónimo y confidencial por lo que se solicita su total veracidad en el desarrollo del mismo.	
EVALUE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA EN “TA” SI ESTA TOTALMENTE DE CAUERDO O CON EL ITEM “TD” SI ESTA TOTALMENTEEN DESACUERDO, SI ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.	
6.- DETALLE DEL INSTRUMENTO: El instrumento consta de 18 preguntas o ítems que han sido construido por las autoras del proyecto, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, luego del juicio de expertos, que determinara la validez del contenido será sometido a prueba de piloto para el cálculo de la confiabilidad con el coeficiente de alfa de cronbach y finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación.	
1.- Edad de la madre a. Menor de 18 años. b. 19 – 29 años. c. 30- 35 años.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- -----
2.- Número de hijos: a. 1 hijo. b. 2 hijos. c. 3 hijos. d. Más de 3 hijos.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- -----

3.- Ocupación: a. Ama de casa. b. Trabajadora estable. c. trabajadora temporal. a. d. Estudiante.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- -----
4.- Horas que labora en su trabajo: a. Menor de 4 horas. b. 4 – 6 horas. c. 8 horas a más.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- -----
5.- Nivel de Instrucción: a. Analfabeta. b. Primaria. c. Secundaria. d. d. Superior.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- -----
6- Estado civil de la madre: a. Soltera. b. Casada. c. Viuda. d. Divorciada.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- -----

7.- Zona de residencia: a. Urbanización. b. Pueblo Joven. c. Centro poblado. d. Calle o Avenida.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- -----
8.- Procedencia: a. Costa. b. Sierra. c. Selva.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- -----
9.- ¿Quiénes viven en su familia? a. Mamá e Hijo(s). b. Mamá, Papá, Hijo(s) c. Mamá, Papá, hijos, abuelos, tíos, etc.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- -----
10.- ¿Qué seguro tiene? a. EsSalud. b. SIS. c. EPS (Rímac, pacifico, etc. d. No tienen seguro.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- -----

11.-¿Cómo es su condición socioeconómica de su familia? a. Menor de 400 soles. b. 400 – 800 soles. c. 8000 – 1000 soles. d. Más de 1000 soles.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- ----- -----
12.- Tiempo de llegada al centro de salud: a. 5 Minutos. b. 10 Minutos. c. 30 Minutos. d. Más de una hora.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- ----- -----
13.- ¿Quién influye en la decisión de que usted asista al control de crecimiento y desarrollo de su niño?: a. Suegra/Mamá. b. Cuñado/tíos. c. Esposo. d. No influye nadie.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- -----

14.- ¿Cuál es el objetivo del control de crecimiento y desarrollo? a. Desarrollo integral del niño b. Pesar y medir la talla c. Prevenir enfermedades o riesgos. d. Desconozco	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- ----- -----
15.- ¿Cuál fue el motivo de no acudir al control de crecimiento y desarrollo? a. Me olvide. b. Mi trabajo, me complica. c. Igual puedo ir otro día. d. Atiendo la casa, mi esposo mis otros hijos. e. Porque mi hijo está bien, está sano.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- ----- -----
16.- ¿A qué edad debe llevar a su niño a sus controles? a. Una vez al año. b. Desde el momento que nace hasta el año. c. Desde el momento que nace hasta los 3 años. d. Desde el momento que nace hasta los 5 años. e. Desconozco.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- ----- -----

17.- ¿Qué tipo de información o material educativo sobre control de crecimiento y desarrollo? a. Folletos. b. Trípticos. c. Medios escritos, radiales o televisivos. d. Ninguna.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- ----- -----
18.- ¿Considera Usted necesario llevar al control de crecimiento y desarrollo a su niño? a. Muy necesario. b. Necesario. c. Poco Necesario d. No es necesario.	TA() TD() SUGERENCIAS: ----- ----- ----- ----- -----
PROMEDIO OBTENIDO	Nº TA ____ Nº TD ____

19.- COMENTARIO GENERALES

20. OBSERVACION:

JUEZ

SELLO Y COLEGIATURA