



UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”

ESCUELA DE POSTGRADO

**FACTORES LIMITANTES AL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA
DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CENTRO DE SALUD
NICRUPAMPÀ-HUARAZ -2014**

Tesis para optar el grado de Doctor

En Enfermería

BIBIANA MARÍA LEÓN HUERTA

Asesora: **Dra. MAGNA GUZMÁN AVALOS**

Huaraz – Ancash - Perú

2016

Registro: TE0018.

MIEMBROS DEL JURADO

Doctora: Yuliana Mercedes De La Cruz Ramírez Presidente

Doctora: Rocio del Pilar Mercedes Pajuelo Villarreal Secretaria

Doctora: Magna Guzmán Avalos Vocal

ASESORA

Doctora: Magna Guzmán Avalos

AGRADECIMIENTO

La elaboración de esta investigación demandó tiempo, trabajo y dedicación, así como requirió la cooperación y asesoría de algunas personas, en especial tuve la suerte de contar con ellos y expreso un profundo agradecimiento:

A la Doctora Magna Guzmán Avalos, por el apoyo como asesora de la presente investigación, por brindarme su confianza, calidad humana y profesionalismo.

Al Doctor Dante Sánchez Rodríguez, asesor estadístico de la investigación, por brindarme su tiempo en la parte estadística de esta investigación.

A todos los docentes del Doctorado en Enfermería, por sus enseñanzas, comprensión y apoyo en la adquisición de nuevos y valiosos conocimientos de Enfermería.

DEDICATORIA

A Luís, mi esposo, por ser un gran compañero y apoyo
a Nathalie mi hija, mi gran apoyo y esperanza, a mis padres,
por la gracia de aún tenerlos en la vida y sobre todo por
sus esfuerzos e infinito amor, a mis hermanas y hermanos,
por su apoyo moral en la culminación de mi tesis.

Bibiana

ÍNDICE

| | |
|--|----------------|
| Resumen | |
| Abstract | Pág. |
| I INTRODUCCIÓN | 1- 9 |
| Objetivos | 9 |
| Hipótesis | 9 |
| Variables | 10 |
| II MARCO TEÓRICO | 12 - 36 |
| 2.1. Antecedentes de la Investigación | 12 - 17 |
| 2.2. Bases Teóricas | 17 - 36 |
| 2.3. Definición de términos | 36 |
| III METOLOGIA | |
| 3.1. Tipo y diseño de la Investigación | 42 |
| 3.2. Plan de Recolección de Datos y/o diseño estadístico | 43 |
| Población y Muestra | 44 |
| 3.3. Instrumento de recolección de la información | 45 |

| | |
|--|----|
| 3.4. Plan de Procesamiento de la Información | 48 |
| IV RESULTADOS | 51 |
| V DISCUSIÓN | 65 |
| VI CONCLUSIONES | 69 |
| VII RECOMENDACIONES | 70 |
| VIII REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA | 71 |
| ANEXO | 76 |

RESUMEN

El propósito de la investigación fue conocer los factores limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años, en el Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz-2014. La metodología que se utilizó fue: Investigación aplicada. Correlacional por que se evaluó la relación de las variables del estudio, con un diseño no experimental debido a que no se realizó la manipulación intencional la variable independiente. La población 1368 madres y la muestra 104 madres. Para la contrastación de la hipótesis se utilizó la prueba Chi-Cuadrado con un nivel del 5 % de error. Se concluyó los factores que limitan en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años son: Los factores socioculturales, relacionado a la comodidad de la vivienda, calidad de vida, necesidades básicas, distancia del hogar al centro de salud, entre los factores socioeconómicos se destaca, el trabajar fuera del hogar, gasto adicional y el no contar con otros ingresos, mientras que ente los factores institucionales primó la insatisfacción en la atención que se brinda en el centro de salud.

Palabras clave: Factores, esquema, control, crecimiento, desarrollo

ABSTRACT

The purpose of the research was to determine the limiting factors in implementing the control scheme growth and development by mothers of children under 2 years in the Health Center Nicrupampa, Huaraz-2014. The methodology used was: Applied research. Correlational that the relationship of the study variables with a non-experimental design because the intentional manipulation the independent variable was not performed was evaluated. Population 1368 mothers and 104 mothers sample. Chi-square test was used with a level of 5% error for contrasting the hypothesis. the limiting factors in implementing the control scheme growth and development by mothers of children under 2 years concluded are: sociocultural factors related to the comfort of housing, quality of life, basic needs, distance from home to health center, between socioeconomic factors stand out, working outside the home, additional expense and other income not count, while institutional factors prevailed body dissatisfaction in the care provided in the health center.

Keywords: Factors, scheme, control, growth, development

I. INTRODUCCION

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad. El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras psíquicas, neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. Es un proceso que comienza desde la vida intra-uterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño. Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas¹. Cada año, más de 200 millones de niños menores de cinco años no alcanzan su pleno potencial cognitivo y social, debido al desarrollo deficiente, muchos niños son propensos al fracaso escolar y, por consiguiente, sus ingresos económicos en la edad adulta suelen ser bajos. También es probable que estas personas tengan hijos a una edad muy temprana y que proporcionen a sus hijos una atención de salud, nutrición y estimulación deficientes, contribuyendo así a la transmisión intergeneracional de la pobreza y al desarrollo deficiente.² La ausencia o inadecuada estimulación temprana en los menores de 5 años tienen efectos irreversibles en el desarrollo de las funciones cerebrales, ya que se altera su organización y disposición al aprendizaje. En la

primera infancia intervienen en el desarrollo cerebral, ayudando a los niños en la adquisición del lenguaje, desarrollo de destrezas, resolución de problemas y en la formación de relaciones saludables con iguales y adultos. Según la Organización Mundial de la Salud refiere que el 39% de los menores de cinco años de edad en países en vías de desarrollo presentan retraso en el crecimiento, lo cual indica la existencia de ambientes perjudiciales que ponen en riesgo el desarrollo infantil.³ En nuestro país, uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos son los niños, siendo los más afectados por la pobreza, no sólo porque su bienestar y calidad de vida dependan de las decisiones de sus padres, del entorno familiar y comunitario, sino también por las condiciones en la que se desenvuelve el niño. En un estudio realizado en familias de bajo nivel socioeconómico, se encontró un 16% de déficit en el desarrollo psicomotor en menores de 2 años y un 40% en el grupo de 2 a 5 años.⁴ El Perú en el año 2012 presenta un total de niños y adolescentes menores de 15 años 8 438 717, lo que representa el 31% del total de la población, es uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos, la tasa de Pobreza total de niños y niñas menores de 15 años es del 65%, además la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años se ha incrementado a un 25.4%. Por todos los factores de riesgo en nuestra realidad 20 000 niños y niñas mueren cada año sin haber cumplido su primer año de vida. Las condiciones desfavorables empiezan a desarrollar además de la cultura y los estilos de vida que tenga su núcleo familiar, van a determinar si este niño presenta una alteración en su desarrollo integral. Por ello se debe de realizar la capacitación necesaria en los consultorios, en las salas de espera, a través de visitas domiciliarias y otras instituciones que atienden niños. Según los datos estadísticos del Componente de Atención Integral del Niño de 0-

5 años del MINSA, se tiene que estos últimos años la deficiencia del desarrollo psicomotor, en los menores de 5 años ha incrementado de 7% al 12%, además de tener bajas coberturas en los centros de salud.⁵ El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en la presentación de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, dio a conocer que, la desnutrición crónica (Patrón OMS) en niñas y niños menores de cinco años de edad, se redujo de 23,8% en el año 2009 a 14,6% en el año 2014, por efecto de las mejoras en el acceso a servicios de salud madre-niño, en la alimentación, en los servicios básicos; aspectos que incidieron en una mejor calidad de vida de la población de menores recursos. Un niño con desnutrición crónica es aquel que presenta una estatura por debajo de la esperada para su edad, evidenciando deficiencias crónicas en nutrición y/o salud. Por sexo, en el año 2014, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 2,3 puntos porcentuales (15,7% en niños y 13,4% en niñas).⁶ Según datos de la Encuesta nacional de la Demografía y salud (ENDES), la anemia en el Perú en niñas y niños de 6 a 35 meses desde el año 2000 presentó una caída de 19,3 puntos porcentuales en 11 años, pasando de 60,9% a 41,6%, en el año 2011, sin embargo desde el 2011 y contrario a la tendencia anterior, las cifras se han incrementado paulatinamente hasta llegar a 46,4% en el año 2013.⁷ En el ámbito del Programa Juntos el 61,9% de niñas y niños menores de 36 meses tienen controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos para su edad. A fines del 2013 se aprobó el Decreto Legislativo N° 1164 que incorpora al Seguro Integral de Salud a todos los niños y niñas de 0 a 5 años, que no cuenten con otro tipo de seguro; por lo que se espera el incremento de la cobertura para atenciones CRED a nivel nacional.⁸ En el Plan Nacional Concertado de Salud sostiene como compromiso,

que el Estado ha asumido en materia de salud los objetivos de desarrollo del milenio, según prioridades de salud y teniendo como uno de sus objetivos: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; y como meta: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.⁹

El Ministerio de salud reporto en el año 2012 coberturas del control de crecimiento y desarrollo (CRED) inferiores al 50 % en todos los grupos etarios así: de 0 a 29 días 38.2%, de 01 a 11 meses 37%, mayores de 01 año 30.7%, mayores de 02 años 30.2%. Las cifras en Ancash fueron de 0 a 29 días 51.8%, de 1 a 11 meses 41.7%, mayores de 01 año 40.4%. Mayores de dos años 41.6%.¹⁰ El no cumplimiento al control del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años constituye un problema que afecta a los países en subdesarrollo, incluyendo a Perú, ya que a pesar de ser de mucha importancia para la salud del binomio madre- hijo, y a los esfuerzos de todas las unidades de salud del país y sus equipos de trabajo, teniendo como consecuencias bajas coberturas en el control de crecimiento y desarrollo del niño sano y estrategia de inmunizaciones de los niños menores de 5 años.¹⁰ La población debe tener en cuenta que la prevención de enfermedades en los niños se basa en el conocimiento y evaluación oportuna de su crecimiento, mediante las medidas antropométricas; y el desarrollo adecuado, medido a través de pruebas psicomotriz para proceder a la intervención oportuna sobre diversas áreas, cubriendo sus necesidades de forma íntegra.¹¹

La atención al niño es prioritaria para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual desarrolla actividades enfocadas a mejorar la calidad de vida del niño menor de cinco años en los diferentes servicios de salud. Las coberturas del

programa de atención a la niñez se ven afectadas por inaccesibilidad a los servicios de salud, tardanza en la atención por falta de personal, pobreza, demanda poblacional, falta de conocimiento en educación para la salud, falta de recursos económicos y de motivación personal así como la calidez de atención al usuario. Estos factores influyen directa o indirectamente en la actitud de las madres, quienes no acuden al control de crecimiento y desarrollo, o si van no muestran interés, no siguen las indicaciones, tienen falta de convencimiento sobre la importancia del monitoreo del niño periódicamente.¹²

En el Perú , se inicio el control de crecimiento y desarrollo en el año 1974, cuando un grupo de enfermeras fueron capacitadas a través del Ministerio de Salud durante tres meses, el 02 de Agosto de 1996, se resuelve aprobar con Resolución Ministerial las Normas de Atención del Niño Menor de 05 años por consiguiente, se crea el Manual de Procedimientos para el Control de crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño.¹³ Dentro de las diversas actividades regulares del Ministerio de Salud, aquellas en las que mejor se concreta salvaguardar este propósito a través de la promoción y prevención de la salud; es la evaluación de crecimiento y desarrollo como componente de la atención integral de salud de la niña y el niño según la Norma Técnica 040-MINSA en el 2006, y en la NTS 087-2010 RM 990-2010/MINSA para el control crecimiento y desarrollo en la niña y el niño menor de 5 años; que tiene como finalidad contribuir a mejorar el desarrollo integral de la población infantil, a través de la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años, promoviendo la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos del crecimiento y desarrollo, para su atención y referencia oportuna; promoviendo

prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario, considerando como responsable, al profesional de enfermería, en todos los niveles de atención¹³

En el Centro de Salud de Nicrupampa, en los últimos 5 años los datos estadísticos revelan que los niños menores de 1 año cumplen con el calendario estandarizado en el consultorio de crecimiento y desarrollo en un 80 % y de 1 a 5 años de edad el 52%; notándose claramente la deserción al consultorio de CRED, constituyendo un problema que involucra a todo el equipo multidisciplinario ya que el consultorio de CRED se detecta oportunamente las posibles alteraciones en la Salud del niño, para la oportuna intervención del profesional competente y por lo tanto disminuye los gastos por parte del estado, y de la población, lográndose con todo esto mejorar la calidad de vida de los niños y por ende de la comunidad en general.

El estudio es de gran importancia para Enfermería, porque según la Norma Técnica de Salud vigente, es la Enfermera o Enfermero, responsable del control de crecimiento y desarrollo en todos los niveles de atención. Por tanto, teniendo referentes de tiempos promedios de los grupos etáreos según necesidades prioritarias para el niño, le permitirá organizar la atención que brinda. Fortaleciendo así, su desempeño en el desarrollo de las actividades que realiza como esencia de su profesión que es el cuidado que brinda al ser humano desde la concepción hasta la muerte.

En el estudio se identificó algunos factores importantes que limitaron a las madres en el no cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo

de sus hijos menores de 2 años, a quienes les corresponde 17 controles, estos primeros años de vida son cruciales, los niños y niñas que reciben protección y cariño durante su primera infancia tienen más probabilidades de sobrevivir y crecer saludablemente, de padecer menos enfermedades, trastornos y de desarrollar completo sus aptitudes cognitivas, lingüísticas, emocionales y sociales. Es también más probable que sean buenos estudiantes cuando comiencen la escuela, como adolescentes tendrán una mayor autoestima, más adelante en la vida, tendrán más posibilidades de convertirse en miembros creativos y productivos de la sociedad, así mismo durante este período las niñas y los niños aprenden más rápidamente que en cualquier otra etapa, los recién nacidos y los lactantes se desarrollan con mayor rapidez y aprenden más cuando reciben amor, afecto, cuidado, aliento y estímulos mentales, así como alimentos nutritivos y una buena atención de la salud, identificado los factores se planteo, implementar y ejecutar estrategias que permitan educar y concientizar a la población acerca de la importancia de la prevención frente a las enfermedades, mediante el control de crecimiento y desarrollo de sus hijos, con la finalidad de contribuir a disminuir las tasas de morbilidad y prevalencia de las enfermedades, así como también en la deserción al programa CRED, que afecta a la población infantil originados por el desconocimiento que tiene los padres acerca de este tema.

Es de relevancia social, por cuanto los resultados podrán ser utilizados para diseñar planes y estrategias en el campo de la estrategia de crecimiento y desarrollo, el cumplimiento de la misma generara gran impacto social, concretamente en prevención de enfermedades infantiles.

Por último, la ejecución del trabajo se enmarcó dentro de un contexto factible de realizar por tener los recursos necesarios para su realización, que es el consultorio de crecimiento y desarrollo, la disponibilidad de fuentes de información secundaria – Oficina Estadística e Informática, así como la colaboración de las madres de los niños menores de 2 años.

La viabilidad del Estudio radicó, porque se dispuso de los recursos necesarios: Recursos Humanos: La investigadora, la asesora como guía en el desarrollo de la investigación, las usuarias al Centro de Salud de Nicrupampa consultorio de crecimiento desarrollo. Recursos Financieros: Fueron asumidos en su totalidad por la investigadora. Recursos Documentales: Se conto con libros de texto, Publicaciones, Trabajos de investigación. Recursos Tecnológicos: Computadora internet, consultas en red. Recursos Temporales: El tiempo necesario para el estudio, tal como se indico en el cronograma de actividades. Por las consideraciones antes señaladas se planteó la interrogante. ¿Cuáles son los factores limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años, en el Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz-2014?

Objetivos del estudio

Objetivo general

Determinar los factores limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años, en el Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz-2014.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los factores socioculturales limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de los niños menores de 2 años.
2. Analizar los factores económicos limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de los niños menores de 2 años.
3. Analizar los factores institucionales limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de los niños menores de 2 años.
4. Relacionar los factores limitantes con el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de los niños menores de 2 años.

Hipótesis:

Los factores socioculturales, económicos e institucionales limitan al cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de dos años en el Centro de salud de Nicrupampa, Huaraz-2014.

Variables Variable Independiente: Factores

Variable Dependiente: Cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | CATEGORIAS |
|-------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------------|
| INDEPENDIENTE Factores | Conjunto de elementos que rodean al niño y que actúan sobre este dando lugar al incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo | Factores Socioculturales | Comodidad de la vivienda. | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | No cumplimiento de sus necesidades básicas | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | La distancia de su hogar | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | Trabajo | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | Número de hijos | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | Evaluación completa del niño. | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | Factores Institucionales | Satisfacción con la información recibida | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | Brinda atención | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | Trato que recibe en el consultorio | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | Tiempo de atención | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | Horario de atención | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | | |

| | | | | |
|---|--|---------------------|-------------------|-----------------------------------|
| | | Factores Económicos | Ingreso Económico | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | Actividad Laboral | Siempre Algunas veces Nunca |
| | | | Traslado al C.S | Siempre Algunas veces Nunca |
| DEPENDIENTE Cumplimiento del esquema de CRED | Concurrencia regular a un establecimiento para el control del niño. | Control de CRED | Cumplimiento | Sí No |

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mariaca, C. Berbesi Y. (2013). Factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo Municipio de Antioquia. Artículo. El programa de detección temprana de las alteraciones del menor de 10 años realiza acciones de prevención y educación a madres y cuidadores, pero los resultados de este programa se ven afectados por deficiencias en la calidad de la atención y la deserción de la población infantil. Esta investigación buscaba identificar la percepción y las características sociales y demográficas de las madres o 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.

Métodos. Se realizó un estudio transversal, seleccionando una muestra a conveniencia de 50 niños que asistían periódicamente al programa y 50 Niños inasistentes el último año al programa. Se realizó un análisis bivariado con el fin de explorar posibles asociaciones comparando los niños que asistían al programa con los que no asistían, según variables demográficas y sociales de los acudientes, con un nivel de significación estadística del 5%. Resultados. El promedio de los padres que llevaban a los hijos al programa fue de 31,7 años, mientras que los que no asistieron el promedio fue de 40,9 años de edad; Se observaron diferencias estadísticamente en el parentesco del cuidador y el nivel socio-económico entre los cuidadores asistentes e inasistentes; además las madres con edades más avanzadas y que tienen más de un hijo, son los cuidadores que menos

asisten al programa. Se concluyó que los niños asistentes al programa, son llevados periódicamente por madres jóvenes, amas de casa, de estratos medios, interesadas en pautas de crianza y prácticas de cuidado para mejorar los hábitos de vida saludables de sus hijos. A diferencia de las madres que no llevan sus hijos, por contar el apoyo de otros cuidadores para sus hijos, tener otros niños mayores de 10 años, y considerar que tienen los conocimientos suficientes para la crianza de sus hijos¹².

Estrada, V. (2010). Motivo de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo en el Hospital San Vicente De Paul Caldas-Antioquia, Colombia 2009-2010. Tesis. El cual tuvo como objetivo general, identificar las principales causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de los niños Hospital San Vicente de Paul Municipio de caldas, Estudio Descriptivo, Retrospectivo. Los resultados fueron al indagar por la persona responsable económicamente de los niños se evidenció que el 55% son las madres, de este grupo el 60% son solteras, el 35% tienen un grado de escolaridad básica primaria y el 14% son menores de 20 años, así mismo el 97% de la población estudiada pertenecen al estrato socioeconómico 1 y 2 y solo el 3% pertenece al estrato. Las conclusiones a los que arribó fueron: Los factores sociales, económicos, culturales y la educación están directamente relacionados con los motivos de inasistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo del niños sano, además se encontró factores como el olvido de la cita programada es una de los motivos más relevantes para la inasistencia al programa que además se relaciona con

otros factores como falta de un adulto que acompañe al menor, vivir lejos de la institución y falta de recursos económicos¹⁴.

Aguirre, L. (2010). Factores asociados a deserción a la estrategia sanitaria de inmunizaciones y el control de crecimiento y desarrollo de los menores de 5 años en la microred metropolitana Tacna. Enero 2009 a marzo del 2010. Tesis llegó a la conclusión de que el 63% de las madres no cumplen con el control de crecimiento y desarrollo de sus hijos, siendo el principal indicador: Entre los factores culturales, el nivel de conocimiento en un 44% de los casos, el grado de instrucción primaria (41%) y madres con hijos mayores de 3 años de edad registraron un 73% de deserción. Así mismo los factores institucionales relevantes fueron: Los recursos profesionales insuficientes (45%) y el tiempo de espera para recibir la atención entre una y dos horas (57%). Concluyendo, que a mayor nivel de conocimientos y nivel educativo, mayor será el cumplimiento de las madres al control de crecimiento y desarrollo de sus hijos. Estudio Descriptivo, retrospectivo.¹⁵

Castro, C. (2009). Factores socioculturales e institucionales que influyen en el no cumplimiento de las madres al control de crecimiento y desarrollo en niños de 2 años en el hospital y santa rosa Piura – Perú. El estudio permitió develar que los factores socioculturales como la creencia y el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre el control de crecimiento y desarrollo influyen significativamente debido a que estas 2 categorías tienen un porcentaje elevado para que las madres no cumplan con el control de crecimiento y desarrollo de los niños. Trabajo Retrospectivo-Descriptivo.¹⁶

León, A. (2010), Factores socioeconómico culturales maternos y deserción del preescolar al control de Crecimiento y desarrollo - Piura, 2010”. Tesis .Llego a la conclusión de Casi la mitad de los preescolares estudiados tienen un alto grado de deserción a la estrategia de crecimiento y desarrollo seguido de un grado medio y un porcentaje significativo debajo. Se encontró relación estadística significativa entre los factores socioeconómicos culturales: estado civil, procedencia, sin grado de instrucción, ingreso económico mensual y la actividad laboral con la deserción del preescolar a la estrategia de crecimiento y desarrollo. Estudio Descriptivo-Correlacional.¹¹

Mendoza, F. (2002) “Factores que influyen en la deserción de los niños a los programas preventivos promocionales del componente niño” realizado en el Hospital de Apoyo de Huaraz “Víctor Ramos Guardia”. Tesis. El estudio fue tipo descriptivo – retrospectivo – transversal, la muestra estuvo conformada por 184 madres de los niños menores de 5 años, en donde se obtuvo mayor deserción en madres que tienen más de un hijo (72,8%) de las cuales el 41,3% de las madres con menor grado de instrucción (primaria) y el 59,7% de las madres manifestaron estar insatisfechas con el tipo de atención; por lo tanto se concluyó que esta influenciado por los factores sociales, culturales e Institucionales.¹⁷

Bravo C. (1996) “Factores que influyen en la asistencia irregular de los niños menores de 5 años al consultorio de crecimiento y desarrollo” Lima Tesis. Estudio descriptivo transversal, la muestra comprendió 60 niños de ambos sexos menores de 5 años los cuales fueron seleccionados al azar; para

su respectivo análisis se hizo uso de las variables: antropométricas, la inspección física y el desarrollo psicomotriz empleados como indicadores de crecimiento y desarrollo del niño sano, para esto se utilizó el sistema de clasificación de Waterloo; donde se concluyó: Que el estrato socioeconómico en el que se desenvuelve la familia y el grado de conocimiento de la madre sobre el control de crecimiento del niño influye fuertemente en la asistencia irregular (75%).¹⁸

González, R. (1999). Coberturas del programa ampliado de inmunizaciones y de crecimiento y desarrollo en dos localidades urbano marginales, Piura 1995, realizó una encuesta por muestreo para determinar las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones y del Programa de Crecimiento y Desarrollo, en dos localidades urbano marginales de la ciudad de Piura. Fueron incluidos en el estudio 136 menores de 1 año y 516 niños entre 1 y 4 años, que representaban el 21,7% y el 22,1% de la población total para cada grupo etareo. Se encontró una cobertura con la dosis de 8 Polio DPT de 83,9% en el grupo de 0 a 4 años, mientras que entre los menores de 1 año y el grupo de 1 a 4 años las coberturas fue de 60,3% y de 96,7% respectivamente. La cobertura del Programa de Crecimiento y Desarrollo observada en los grupos de 0 a 4 años, de menores de 1 año y de entre 1 y 4 años fue de 39,4%; 59,6% y 34,1% respectivamente. Resultan llamativas la diferencia entre las coberturas observadas correspondientes a las diferentes dosis de la vacuna contra la polio y la DPT y la de la vacuna contra el sarampión, y la existente entre estas y la cobertura registrada oficialmente. Igualmente llamativa resultó la pobre cobertura del Programa de

Crecimiento y Desarrollo. El principal proveedor de inmunizaciones fue el Ministerio de Salud (MINSA), seguido por el Instituto Peruano de Seguridad Social y otras instituciones (Organismos no gubernamentales ONG). Los resultados enfatizan la necesidad de contar con información integrada que permita al MINSA planificar sus actividades realistamente.¹⁹

2.2. BASES TEÓRICAS:

Factores Sociales.

En el más amplio sentido el término incluye toda clase y grado de relaciones en que entran los hombres sean ellas organizadas o desorganizadas, directas o indirectas, conscientes o inconscientes de colaboración o antagonismo. George Simmel uno de los fundadores de la sociología consideraba una sociedad como: “un cierto número de individuos unidos por la interacción”, mientras que el antropólogo Ralph Linton identificaba una sociedad como todo un grupo de gentes que han vivido y trabajado juntos durante el tiempo suficiente para organizarse y considerarse como una unidad social, con límites bien definidos²². Además de identificar los hechos sociales los sociólogos también buscan determinar las fuerzas sociales que las producen. Las explicaciones del tipo social, que son: “Las causas para un hecho en particular que forma parte de los aspectos de la vida en comunidad”²³

Entre los factores sociales destacan:

El estado civil de la madre, como atributo de la personalidad, es la relación en que se hallan las personas en el agrupamiento social, respecto a los demás miembros del mismo agrupamiento. El estado civil influye en la deserción del control de crecimiento y desarrollo se cree que la madre que

se encuentra casada acude con más frecuencia al control de crecimiento y desarrollo, que la mujer soltera.²⁰

De esta manera se puede encontrar las clases de estado civil:

Soltera: Es el estado civil, con reconocimiento legal, en la que se encuentra aquella persona que no ha contraído matrimonio. En este sentido es la opción contraria al casamiento o matrimonio. Aquellas personas que están en esta situación se les denominan solteras o solteras.²⁰

Casada: Es el estado civil que adquiere una persona en el momento que contrae matrimonio.²⁴

También encontramos como factor influyente el tipo de familia, debido a que algunos integrantes de esta, ejercen una gran influencia en las madres para la asistencia o inasistencia del control de crecimiento y desarrollo.²⁰ El Ministerio de Salud, considera los siguientes tipos de familia:

Familia nuclear o elemental: Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.²⁰

Familia extensa o consanguínea: Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás.²⁰

Familia Incompleta: Está compuesta por un solo progenitor (padre o madre) y los hijos. Esta familia se gesta por múltiples motivos, como por ejemplo el fallecimiento de uno de los cónyuges, o el abandono del hogar por uno de ellos.

Familia de crianza: Es el padre o madre que ha recibido entrenamiento para ser padre o madre sustituta de forma temporal para niños que están al cuidado del estado.²⁰

Familia Reconstituida: Uno de los padres vuelve a formar pareja, luego de una separación o divorcio, donde existía a lo menos un hijo de una relación anterior. Estas familias las componen dos adultos que forman una nueva familia en la cual, al menos uno de ellos, trae un hijo fruto de una relación anterior.²⁰

El número de hijos también es un factor social influyente en la deserción del control de crecimiento y desarrollo, debido a que mayor número de hijos en la madre, mayor deserción, debido al tiempo que demanda la crianza de los hijos. El número de hijos es la cantidad determinada de descendientes, es decir el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.²¹

Un hijo, dos hijos, tres hijos, cuatro hijos a más.

Entre los factores culturales: El grado de instrucción, que es el nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo. El nivel de instrucción materno es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela), el mayor riesgo

corresponde a los niños hijos de madres con bajo Nivel de Instrucción y el menor riesgo a los hijos de madres con alto Nivel de Instrucción²²

El grado de instrucción, influye primordialmente en la conducta que este adopte, en donde se puede observar que el nivel superior y/o secundario, asegura los conocimientos científicos de salud básicos siendo los más importante los que se refieren aspectos higiénicos y de prevención de enfermedades. Las características socio-culturales y del comportamiento pueden influir en los factores de riesgo descritos anteriormente.²²

Al respecto Ausbel, asegura que individuos con un nivel educativo bajo y/o los analfabetos decepcionarían muy poco los conocimientos, en relación a aquellos que han cursado un nivel superior o por lo menos sus años de estudios completos en la educación secundaria.²²

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), considera que el grado de instrucción y la progresión en niveles educativos por parte de la mujer específicamente de la madre, es un factor importante para el desarrollo infantil, ya que permitirá mantener las condiciones necesarias para la promoción de la salud de toda su familia, en especial de los niños en sus diferentes etapas. En conclusión considera que la educación es la variable predictiva más íntimamente relacionada con el estado de salud. Con lo mencionado anteriormente, se rescata que el nivel educativo materno influye en el mantenimiento de la salud de los niños preescolares, considerando todos los medios necesarios para conservar su

integridad física y mental, cumpliendo con los programas de control del niño como el programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED)

Siendo entre ellos:

Sin instrucción: Es la persona que no recibió ningún grado de instrucción en el tiempo indicado, no sabe leer ni escribir.

Primaria Completa: Es el grado de instrucción donde la madre logro concluir el grado de primaria, pero no inicio los estudios secundarios.

Secundaria Completa: Es el grado de instrucción donde la madre además de culminar los estudios de primaria también culmino sus estudios secundarios.

Superior: Es el grado de instrucción donde la madre culmino estudios primarios, secundarios y siguió estudios superiores universitarios o no universitarios.

Entre los factores económicos se puede mencionar a:

El ingreso económico familiar, parece influir en la deserción al control de crecimiento y desarrollo, a mayor ingreso económico menor posibilidad que las madres hagan deserción al control de crecimiento y desarrollo según León A.¹¹

Su clasificación es de la siguiente manera según el Ministerio de salud del Perú:

Pobre: Incluye a las familias cuyo ingreso per cápita sea igual o inferior a s/. 250.00.²³

No Pobre: Corresponde a todas las familias cuyo ingreso per cápita sea igual o superior a s/. 250.00.²³

La actividad laboral, es entendida como una actividad que genera bienes o servicios que tienen valor económico en el mercado. Según León A en su trabajo de investigación, concluye que las madres de familia que laboran tienen mayor tendencia a hacer deserción en el control de crecimiento y desarrollo por motivos de tiempo que implica su labor.²³

La clasificación laboral consta de:

Ama de casa: Se le denomina a la mujer que tiene, como ocupación principal, el trabajo en el hogar con los quehaceres domésticos tales como: el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, la compra de víveres y otros artículos, la preparación de los alimentos, la administración parcial o total del presupuesto familiar²³

Comerciante: Es en términos generales, la persona que se dedica habitualmente al comercio.²³

Agricultora: Se considera a la mujer que realiza las labores en el campo, con animales o en la chacra.²³

Estudiante: Persona que se encuentra cursando estudios, pero que no realiza ningún trabajo, dedicándose exclusivamente al estudio.

Otros: Aquí se considera a las mujeres que trabajan en diferentes actividades del estado, o aquellas que tienen trabajos independientes.²³

La Afiliación al sistema integral de salud, es considerada un beneficio al cubrir la mayor parte de los gastos de salud de las personas, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de

salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. Por lo tanto el no contar con este seguro, aparentemente actúa de manera negativa en la asistencia del control de crecimiento y desarrollo.

Los programas sociales, tienen como finalidad beneficiar a un grupo determinado de personas, con el fin de mejorar su calidad de vida, entre ellos tenemos: El Programa JUNTOS, tiene por finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y a romper la transmisión de la pobreza extrema y como propósito generar Capital Humano en hogares en pobreza en corresponsabilidad Estado – Hogar, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud – nutrición y educación. El programa de Vaso de Leche tiene como objetivo proveer apoyo en la alimentación, principalmente a niños entre 0 y 13 años de edad y madres gestantes. Estos programas son de mucha ayuda para las familias, la ausencia de estos podría influenciar en el aumento del gasto familiar por lo tanto, podrían presentarse de manera negativa para la asistencia del control de crecimiento y desarrollo.²⁴

Factores institucionales: En términos ambientales involucran factores más importantes que causan modificaciones en la conducta y problemas en la percepción y en las relaciones interpersonales. El hacinamiento, el aislamiento, así como el intercambio social, puede resultar causa de estrés y sobrestimación ambiental a nivel institucional. Tales condiciones ambientales crean riesgos que representan una amenaza mucho mayor para la salud que cualquier falla del sistema de atención médica²⁴.

Entre los que se considera:

La accesibilidad al establecimiento de salud es un factor aparentemente predominante en la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo, debido a que si existe inaccesibilidad dependiendo por cual sea mayor será el porcentaje de deserción.

Entre ellas son:

Geográfica: Se relaciona con las características del recurso para favorecer u obstaculizar la accesibilidad que tiene la madre de familia para asistir al control de crecimiento y desarrollo como por ejemplo si el establecimiento de salud se encuentra a una distancia considerablemente alejada de su hogar.²⁶

Cultural: La accesibilidad que le genera a la madre el trato que le fue brindado en anteriores controles de crecimiento y desarrollo, que influencia en asistir o no asistir por el trato recibido clasificamos así:²⁴

Buen trato.

Regular Trato.

Mal Trato.

La indiferencia del personal de enfermería.

Escaso recurso humano.

Económica: Es la accesibilidad que tiene la madre de familia de acuerdo a sus ingresos económicos para ver si el gasto que realiza para ir al control de crecimiento y desarrollo es factible o le ocasiona gastos afectando así su canasta básica familiar.²⁴

El tiempo de espera para la atención del control de crecimiento y desarrollo es influyente en la inasistencia del control de crecimiento y desarrollo, debido a que las madres de familia no cuentan con suficiente tiempo para esperar el tiempo que llevara su atención, muchas veces dejando de realizar ciertas actividades por falta de tiempo que implica esta actividad.²⁴ Como por ejemplo:

Menos de una hora.

Mayor a una hora.

De 2 a 3 horas.

De 4 a más horas.

Cuidado de Enfermería: La práctica de la enfermería del primer nivel de atención requiere cada vez más acercarse al domicilio, a la escuela, al trabajo; cuidar el crecimiento y desarrollo del niño, es hoy la meta de este profesional que a lo largo de su historia ha sabido adaptarse a las necesidades de la sociedad²⁵.

La naturaleza del cuidado de enfermería en la edad infantil se propone asegurar el desarrollo de las capacidades físicas, afectivas, mentales y sociales del individuo para asegurar la continuidad de la vida, a pesar de ello se observa que los profesionales de enfermería poco o nada realizan por cumplir con sus funciones emanadas en el Reglamento del Colegio de Enfermeros del Perú.

Enfermería en el Cuidado de la salud del niño menor de cinco años. El primer nivel de atención y con una responsabilidad compartida en el cuidado del menor de cinco años debe estar informado sobre los signos

indicativos de que un niño no está progresando a un ritmo normal. La vigilancia y control de la nutrición, el crecimiento y desarrollo proporcionan elementos para evaluar la salud del niño, en forma periódica. En el primer año de vida se requiere de seis controles y de dos controles por año en la edad de uno a cuatro años. Orientar y capacitar a la madre, es otro pilar fundamental, que contribuye al logro de conductas favorables en el fomento de la salud del niño. La vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño menor de cinco años permite conocer a tiempo problemas de mal nutrición, por lo que periódicamente se deben realizar los procedimientos de medición del peso y la estatura, interrogatorio a la madre para conocer el tipo de alimentación y orientarla con los siguientes criterios. La monitorización del crecimiento (peso, talla y perímetro cefálico) y del desarrollo (motor, lingüístico, afectivo, psicosocial y sexual) en el periodo de su máxima variación constituye una medida efectiva de prevención específica de problemas del área de nutrición, crecimiento y maduración, pero también representa un indicador global muy apreciable de la salud orgánica del niño, así como de la idoneidad de su entorno.²⁶

Deserción del control de crecimiento y desarrollo: La deserción del control de crecimiento y desarrollo, no tiene una definición precisa sin embargo se acepta como la interrupción de la asistencia del niño al control de crecimiento y desarrollo en las citas programadas, debido a varios factores, quedando fuera los niños enfermos o fallecidos, sin embargo si el problema persiste a pesar que la enfermedad haya sido solucionada queda sin efecto esta última premisa. Entre los que podría estar ocasionando la

deserción de las madres de familia al control de crecimiento y desarrollo, se han agrupado como socioculturales y económicos para un mejor análisis del problema a investigar.¹²

Crecimiento: Proceso de intercambio de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento de células (hiperplasia) o el tamaño de estas (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores socioeconómicos, nutricionales, económicos, genéticos y neuroendocrinos, etc. Se mide por las variables antropométricas: peso, talla y perímetro cefálico.²⁷

Desarrollo: Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación y integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional sexual, ecológico, cultural, ético y social se encuentra influenciado por factores genéticos, ambientales y culturales.²⁷

Control de crecimiento y desarrollo: Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera o medica 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.²⁷

Riesgo para el trastorno del desarrollo: Es la probabilidad que tiene una niña o niño por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del

medio ambiente o de su entorno (factores de riesgo), de presentar en los primeros años de vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos o motores, sensoriales o de comportamiento pudiendo ser estos transitorios o definitivos.²⁷

Crecimiento adecuado normal: Condición en la niña o el niño que evidencia ganancia de peso y longitud de talla de acuerdo a los rangos de normalidades esperados. La tendencia de las curvas es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.²⁷

Crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento: Condición en la niña o niño que evidencia pérdida, ganancia mínima o excesiva de peso, longitud o talla, por lo tanto la tendencia de la curva no es paralela a las curvas de patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad.²⁷

Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo del niño:

Son variable de origen genético y ambiental con componentes nutricionales neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psico emocionales y políticos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.²⁷

Factores protectores: Modelos individuales y de relación tales como actitudes , conductas, circunstancias individuales y colectivas adecuadas, que se van conformado en un medio social y que incluyen aspectos

relacionados con la salud , educación, vivienda afectos y conductas sanas y saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.²⁷

Factores de riesgo: Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.²⁷

Normatividad del crecimiento y desarrollo: La preceptiva existente está plasmada en la norma técnica de CRED: Durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de cinco años se realizan en conjunto de procedimientos para la evaluación periódica de ambos procesos así mismo, se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes de riesgo, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención y promover practicas adecuadas de cuidado de la niña y niño, para ello el profesional utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos, para valoración del crecimiento físico entre otros, entre otros esta información es consignada en la historia clínica.²⁷

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual integral, oportuna, periódica y secuencial.²⁷

Es individual, porque cada niño es un ser, con características propia y específicas; por lo tanto, debe ser visto desde su propio contexto y entorno.

Es integral, porque aborda todos los aspectos del crecimiento y desarrollo, es decir la salud, el desarrollo psicoafectivo y la nutrición del niño. Es oportuna, cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar su crecimiento y desarrollo que corresponde a su edad. Es periódico, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual y de acuerdo a la edad de la niña o niño. Es secuencial, porque cada control actual debe guardar relación con el anterior control observando el progreso en el crecimiento y desarrollo, especialmente en los periodos considerados críticos.

La infancia temprana es aquella que comprende a los niños y niñas de 0 a 3 años, periodo en que se sientan las bases de todo el desarrollo posterior del individuo.

Este periodo es de crucial importancia, puesto que tiene lugar procesos neurofisiológicos que configuran las conexiones y las funciones del cerebro, las cuales definen en parte importante la naturaleza y la amplitud de las capacidades adultas. Se sabe que el cerebro es el órgano que controla las principales funciones de todos los mamíferos (metabolismo, reproducción, respiración, sistema cardiovascular, sistema inmunitario, emociones, comportamiento, respuesta a la tensión y a los peligros, aprendizaje y otras funciones), este cerebro se desarrolla en un 80% en los tres primeros años de vida y los en los siguientes dos años se desarrolla en un 10 por ciento más, es decir que hasta los 5 años, el cerebro humano se ha desarrollado en un

90%²⁷. El cerebro está formado por miles de millones de neuronas y son los estímulos (la experiencia) a los que están expuestas esas neuronas en los períodos esenciales y sensoriales tempranos del desarrollo (inclusive en el útero) los que determinan muchas de las funciones del cerebro. Las experiencias que tenga el niño afectaran la formación de las conexiones (sinapsis) entre las neuronas para establecer vías del cerebro que rigen o controlan nuestras respuestas intelectuales, emocionales, psicológicas y físicas a los estímulos. El desarrollo del cerebro es, en los tres primeros años de vida, es el eje central del desarrollo integral del niño, ya que es en este período cuando deben ocurrir los eventos más importantes de su maduración. El trato amoroso, la estimulación de sus capacidades lingüísticas, motoras e intelectuales y el juego son esenciales para que los niños tengan un potencial integro para ser excelentes estudiantes y ciudadanos, listos para seguir formando sus capacidades durante el resto de la vida. Los cuidados y atenciones que reciba el niño en esta etapa, es lo que le permitirá sobrevivir y estar físicamente sano²⁷.

Ventanas de oportunidad: Para alcanzar los más altos niveles de desarrollo cerebral a través de la interacción con el ambiente es crucial la oportunidad, es decir, el momento de la vida en que ésta ocurre: si bien el aprendizaje continúa a través de todo el ciclo de vida, hay tiempos específicos para que se realice en forma óptima.

Puesto que las diferentes regiones del cerebro maduran en distintos momentos, cada una de ellas es más sensible a distintas experiencias en

diferentes edades y, por esta razón, durante estos períodos críticos, el cerebro es particularmente eficiente ante particulares tipos de aprendizaje y susceptible de ser alterado en su arquitectura, a esto se llama plasticidad cerebral. Así, por ejemplo, al mes de vida hay intensa actividad en las áreas cortical y subcortical, las cuales controlan las funciones sensorial y motriz.

La actividad cortical se eleva entre el segundo y el tercer mes de vida, tiempo primordial para la estimulación visual y auditiva. Cerca del octavo mes, la corteza frontal muestra una actividad metabólica incrementada; esta área del cerebro regula las emociones y el pensamiento, y se encuentra en plena actividad al momento en que el niño avanza en la autorregulación y fortalece su apego con sus cuidadores primarios²⁷.

Periodicidad del control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años:²⁶

Recién nacido (2 controles): al 7º y 15 días de vida.

De 01 a 11 meses (11 controles): A 1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11 m

De 12 a 23 meses (6 controles): 12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22 meses.

De 2 a 4 años 4 controles por año: 24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45 m, 48m, 51m, 54m y 57 meses.

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).²⁶ La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento.²⁶

A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia.²⁶

El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por un alineamiento denominada curva o carril de crecimiento que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño. El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:

a) **Crecimiento adecuado:** Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad, la tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.²⁶

b) **Crecimiento inadecuado:** Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima 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 paralelo 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.²⁶

Clasificación del estado nutricional: Se realiza en cada control o contacto con la niña o niño en los servicios de salud. Para la clasificación del estado nutricional de acuerdo a la edad de la niña y el niño se utilizará los siguientes indicadores

Peso para la edad (P/E) : \geq a 29 días a < 5 años

Peso para la talla (P/T) : \geq a 29 días a < 5 años

Talla para la edad (T/E) : \geq a 29 días a < 5 años

a) Clasificación del estado nutricional en recién nacidos

Peso para la edad gestacional para determinar el estado nutricional del recién nacido utilizando el indicador peso para la edad gestacional se debe comparar el peso de la niña o niño al nacimiento con respecto a la edad gestacional.²⁶

El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso para la edad gestacional se clasifica en:

Punto de corte Clasificación

P10 a P90: Adecuado para la edad gestacional (AEG)

< P 10: Pequeño para la edad gestacional (PEG)

>90: Grande para la edad gestacional (macrosómico).

Peso al nacer. El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño, el estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en:

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| < 1000 gramos | : Extremadamente bajo |
| 1000 a 1499 gramos | : Muy bajo peso al nacer |
| 1500 a 2499 | : Bajo peso al nacer |
| De 2500 a 4000 gramos | : Normal |
| > 4000 gramos | : Masónico |

Clasificación del estado nutricional de niñas y niños de 29 días a menores de 5 años.

Puntos de corte Peso para edad, Peso para talla, Talla para edad

> +3 D.E Obesidad

+2 D.E Sobrepeso Sobre peso Alto

+2 a -2 D.E Normal

< - 2 a -3 D.E Desnutrición aguda Talla baja

< -3 D.E Desnutrición severa

Evaluación del desarrollo:

- La evaluación del desarrollo se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses y 29 días, de acuerdo a la periodicidad y es de responsabilidad de la enfermera. La evaluación del desarrollo se realiza en cada control según el esquema vigente y de ser posible en cada contacto con la niña y el niño con los servicios de salud, tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud).

•La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta.²⁶

Instrumentos para la evaluación del desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años de edad: Niños y niñas de 0 a 30 meses: Test peruano de desarrollo del niño (TDP) el test determina el perfil en 12 líneas de desarrollo, correspondientes a diferentes comportamientos. Niñas y niños de 3 a 4 años:

test abreviado de evaluación del desarrollo psicomotor (TA) (PB) el test mide el rendimiento en las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora.

Criterios para la interpretación de resultados:

La interpretación de resultados será de acuerdo al instrumento utilizado.

Evaluación de niñas y niños de 0 a 30 meses utilizando el test peruano de desarrollo del niño.⁽²⁾ Los resultados pueden ser:

a) Desarrollo Normal: Cuando el niño y la niña ejecuta toda las conductas evaluados según la edad cronológica y correspondiente

b) Riesgo Para trastorno del desarrollo: Cuando el niño y la niña ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y presenta un factor de riesgo.

c) Trastorno del desarrollo: Cuando el niño la niña no ejecuta una o más conductas evaluadas según la edad cronológica y correspondiente.

Evaluación de la niña o niño de 3 a 4 años de edad utilizando de 3 a 4 años utilizando el test abreviado de evaluación del desarrollo Psicomotor, (TA) o pauta breve (PB).²⁶ Los resultados pueden ser:

a) **Desarrollo Normal:** Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.

b) **Déficit del desarrollo:** Cuando una o más de las conductas evaluadas del niño están en proceso o no las ejecuta.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Factores limitantes: Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.

Cumplimiento: Concurrencia regular a un establecimiento cumpliendo la programación calendarizada.

Esquema: Es la periodicidad de controles de acuerdo a la edad de los niños.

Incumplimiento: Abandonar, los controles programados de acuerdo a su edad.

Crecimiento: Se define como crecimiento al aumento irreversible de tamaño en un organismo, como consecuencia de la proliferación celular, misma que conduce al desarrollo de estructuras más especializadas del organismo, comenzando por las propias células y, pasando por tejidos, hasta llegar a órganos y sistemas. Estas estructuras, más desarrolladas, se hacen cargo de realizar el trabajo biológico más importante.

Desarrollo: desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. Es un proceso que comienza desde la vida intra-uterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el

crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño²⁷.

Control de Crecimiento y desarrollo: Actividad que se realiza con los niños con el fin de controlar adecuadamente la ganancia de peso y de talla en el niño sano, además de evaluar el desarrollo psicomotor, diagnosticando precozmente alguna anomalía que afecte al niño.²⁷

Aporte al trabajo. En la actualidad un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud. De manera general se puede afirmar, que "La práctica se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud" (Kérouac, 1996). Por lo tanto, " la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona. La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas²⁸.

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado

del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue²⁸. Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar si no la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: La reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio crítico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.²⁸

En tal sentido los hallazgos de la investigación reportaron que:

El factor sociocultural es limitante para que las madres cumplan con llevar a sus hijos al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud de Nicrupampa, manifestando la mayoría que trabaja, la distancia, el tener más tres hijos, la enfermera como responsable del cuidado de la persona debe tener en cuenta que, el ser humano está dotado de capacidades elementales asociadas a su sobrevivencia y a un amplio conjunto de potencialidades de distinta índole que pueden ser desplegadas a lo largo de su desarrollo. Al momento de nacer el cerebro de las personas no ha completado su maduración y se encuentra más bien en las fases primarias de este proceso. Aún cuando está conformado en su estructura, posee mínimas conexiones y senderos neuronales, de manera que su organización y funciones no están todavía definidas. En los primeros tres años de vida, el desarrollo del cerebro

es el eje central del desarrollo integral del niño y la niña, ya que es en este período cuando deben ocurrir los eventos más importantes de su maduración, por tanto la enfermera no debe esperar en su establecimiento de salud que las madres lleguen con su niño al consultorio, si no tiene la responsabilidad de hacer visita domiciliaria afín de realizar el control de crecimiento y desarrollo tratando de completar el esquema del CRED y por ende detectar oportunamente daños y secuelas²⁷.

El factor económico así mismo dicho factor es considerado como limitante, debido a que la mayoría de las madres trabajan fuera del hogar, por contar con insuficientes recursos económicos para el traslado de su hogar al centro de salud, la enfermera frente a este problema debe realizar campañas de control de crecimiento y desarrollo en los lugares poco accesibles para las madres que les impida acudir al centro de salud, para que además de realizar el control brindar educación e información de la gran importancia que tiene el control de crecimiento y desarrollo si se realiza en forma oportuna, para detectar anomalías y /o retazo en crecimiento o desarrollo los cuales deben ser tratadas de forma inmediata, los cuidados que se brindan y la información que se tenga en relación a las características inherentes de este grupo de edad permite obtener una mejor comprensión del mismo, y todos los esfuerzos estarán encaminados a desarrollar estilos de vida más seguros y confortables en los niños/as. La individualización de las actividades de enfermería va a contribuir a que se puedan satisfacer necesidades tanto de los padres en su rol de cuidados como de sus hijos, formando a estos últimos en un ambiente de

seguridad, confianza y relaciones interpersonales adecuados dentro de la sociedad.

Finalmente el factor institucional es también limitante en el cumplimiento del esquema de CRED por las madres de los niños menores de 2 años, refiriéndose al mal trato, horario inadecuado, que la enfermera solo se limita al peso y talla, pocos minutos de atención y la escasa información acerca de la importancia del desarrollo y crecimiento de su niño (a). Sabiendo que el rol fundamental de la enfermera es el cuidado integral del ser humano. Cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias como el peso y talla, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación y consejería que es un proceso educativo comunicacional que se desarrolla de manera participativa entre la enfermera y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizando los problemas encontrados en la evaluación, además de identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo,

además focalizando en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia, se realiza en cada control de acuerdo a las necesidades identificadas (alimentación de acuerdo a la edad, estimulación temprana, alimentación durante la, enfermedad, higiene personal/lavado de manos, prevención de complicaciones de enfermedades prevalentes, fomento de vínculos afectivos, prevención de accidentes, alimentación y cuidado de la madre etc.)²⁸.

La consejería es una forma de trabajar con las personas en la cual se trata de entender cómo se sienten y les ayudan a decidir qué hacer; por lo que se considera que es una comunicación interpersonal; para lograr este objetivo se tiene que tener en cuenta:

- Establecer una relación cordial con el usuario
- Identificar las necesidades de información, preocupaciones o temores (utilizar preguntas claras y abiertas).
- Responder a las necesidades del usuario (hablándole en forma ordenada y sencilla). Verificar si comprendió el mensaje (emplear ejemplos adecuados a su contexto sociocultural).²⁸

III.

METODOLOGIA

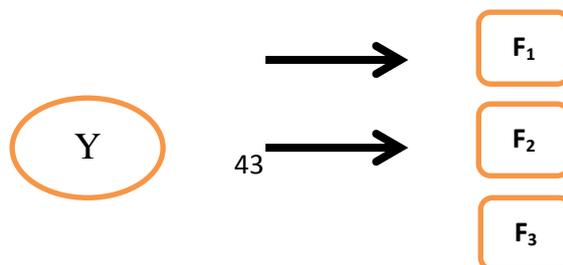
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Investigación Aplicada: Porque se utilizaron los conocimientos obtenidos en las investigaciones, en la práctica, con el propósito de contribuir que las madres cumplan con el esquema de control de decrecimiento y desarrollo de niños menores de 2 años que son atendidos en el Centro de Salud de Nicrupampa.

Según el alcance de la investigación fue **correlacional** por que permitió relacionar los factores que limitan para que las madres no cumplan con el esquema de control de decrecimiento y desarrollo de niños menores de 2 años atendidos en el Centro de Salud de Nicrupampa.²⁹

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

El Diseño de la investigación fue **no experimental** porque no se ha hecho variar en intencional la variable independiente, es decir que se ha observado el fenómeno tal como se dio en el contexto luego se analizo, y como consecuencia el diseño empírico de contrastación que se planteo fue el **transversal** debido a que la información se recolecto en un solo momento al aplicar el instrumento y se consideró como diseño específico el **correlacional causal**, porque se ha descrito la relación entre las categorías de la variable independiente y la variable dependiente, como se muestra en el esquema²⁹.





Y: Variable Dependiente: Cumplimiento al Control de crecimiento y desarrollo

F_i : Variable Independiente

Factores de influencia: F₁: Factor sociocultural

F₂: Factor Institucional

F₃: Factor Económico

NATURALEZA O ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN:

El enfoque de la investigación que se usó por sus características fue mixto (Cuantitativa-Cualitativa), con predominancia del enfoque Cuantitativo por las características y técnicas utilizadas.

3.2. PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN Y/O DISEÑO ESTADISTICO.

POBLACIÓN: La población en estudio estuvo conformada por 1368 madres de niños menores de 2 años que acudieron al Centro de salud de Nicrupampa durante el año 2014.

Criterios de Inclusión

- Madre de niños menores de 2 años que estuvieron comprendidos dentro del programa de Crecimiento y Desarrollo, del Centro de Salud Nicrupampa que no asisten regularmente.

- Madre de los niños menores de 2 años que no cumplieron con los 13 controles según esquema programado por el MINSA.
- Madre que aceptó participar de la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Madre de los niños mayores de 2 años que estuvieron comprendidos dentro del programa de Crecimiento y Desarrollo, jurisdicción del Centro de Salud de Nicrupampa.
- Madres de niños menores de 2 años que se registran como transeúntes, emigrantes.
- Madre que no quiso participar de la investigación.

UNIDAD DE ANALISIS Y MUESTRA

Unidad de Análisis.- Madre de niño menor de 2 años que fueron asistidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del centro de Salud de Nicrupampa en el año 2014.

Muestra:

Se utilizó la siguiente fórmula

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

Dónde:

$Z_{1-\alpha/2}$: Nivel de confianza 95%

$$Z_{1-\alpha/2}=1.96$$

p = Proporción estimada = 5 %

(1 - p) = Nivel de confianza del 95 %

e = imprecisión máxima aceptada = 3%

N = Población

Reemplazando en la formula tenemos:

$$n = \frac{(1,96)^2 * (0,05) * (0,95) * 1368}{0.03^2(1367) + 1,96^2 * (0,05) * (0,95)} = 104$$

Entonces desarrollando la formula se tiene que:

$$n = 104 \text{ unidades de análisis}$$

3.3. INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de los datos se utilizo:

TÉCNICA: La técnica para la recolección de datos fue *la encuesta* la que nos permitió registrar la opinión de las madres de los niños menores de 2 años, referente al cumplimiento del esquema del programa de Crecimiento y Desarrollo de la jurisdicción del Centro de Salud de Nicrupampa.

INSTRUMENTO: El instrumento usado en la recolección de datos fue *el Cuestionario* con preguntas cerradas (anexo N° 01) con alternativas con escalamiento tipo Likert, distribuido de la siguiente manera:

| | | |
|------|-----------------------------------|----------|
| I. | Datos Generales | |
| II. | Factor socio-cultural | 8 Ítems |
| III. | Factor Institucional | 10 Ítems |
| IV. | Factor Económico | 4 Ítems |
| V. | Incumplimiento de la Programación | 5 Ítems |

Escalamiento de las respuestas

Siempre 3

Algunas veces 2

Nunca 1

Determinación de los niveles limitantes del cumplimiento:

I. Factor socio-cultural

Limitante 8 - 1

Medianamente limitante 14 - 19

No limita 20 - 25

II. Factor Institucional

Limitante 10 - 16

Medianamente limitante 17 - 23

No limita 24 - 30

III. Factor Económico

Limitante 4 - 6

| | | | |
|-----------------------------------|----|---|----|
| Medianamente limitante | 7 | - | 9 |
| No limita | 10 | - | 12 |
| Incumplimiento de la Programación | | | |
| Cumple | 5 | - | 9 |
| Medianamente Cumple | 10 | - | 14 |
| No cumple | 15 | - | 20 |

Para la aplicación del instrumento previamente fue validado mediante el juicio de expertos, solicitando para ello la colaboración de 05 expertos cuyos resultados se muestran en el Anexo N ° 02.

Para la Confiabilidad del instrumento se calculó el Coeficiente Alfa de Crombach, usando para ello una muestra piloto de 15 madres, el resultado fue:

| N° de Participantes | N° de ítems | Coeficiente Alfa de Crombach, |
|---------------------|-------------|-------------------------------|
| 15 | 27 | $\alpha = 0,862$ |

3.4. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y/O DISEÑO ESTADISTICO

La información recolectada a través del instrumento (cuestionario) fueron codificados y se procedió a realizar una base de datos usando para ello el software estadístico SPSS Versión 22. El análisis se realizó haciendo uso de la Estadística descriptiva usando cuadros y/o gráficos de distribución de

frecuencias, y para la contrastación de la hipótesis en cuanto a la determinación de los factores, se utilizó la prueba Chi-Cuadrado para determinar la relación de los factores con la variable dependiente con un nivel del 5 % de error.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para realizar la investigación e tuvo en cuenta la normatividad vigente de la Ética en Investigación como: Declaración Universal sobre Bioética y los derechos Humanos de la UNESCO: Dignidad Humana y Derechos Humanos, Autonomía y Responsabilidad del individuo, Consentimiento, Privacidad, Confidencialidad, Igualdad, no Discriminación y no Estigmatización, Respeto a la diversidad Cultural y del Pluralismo, Protección de Medio Ambiente y la Biodiversidad.³⁰

Así mismo se ha considerado los principios inherentes al estudio sobre la Declaración de HELSINKI, la cual fue promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la investigación con seres humanos, siendo considerado como documento importante en la ética de la investigación en ciencias de la salud.

a) Principios Básicos:

Principio de la Privacidad y Confidencialidad.

No se expuso la privacidad de las encuestas de las madres, por lo que no se tomo en cuenta nombres, ningún dato que pudo perjudicar la

integridad de las personas en estudio, todo esto en cumplimiento de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

Así mismo, se presento especial vigilancia sobre el reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos (Artículo 8).

Principio de Justificación.

Todas las encuestas de las madres consideradas en el presente estudio merecieron la misma consideración, sin discriminación de edad, creencias, costumbres, religión e ideologías políticas.

Principio de Beneficencia.

Se procuró el mayor beneficio posible, basado en la potenciales aplicadas de los resultados de la presente investigación en beneficio de los niños.

Principio de Ambiente.

Al realizar el estudio se presto atención a los posibles factores que pudieron dañar el medio ambiente.

b) Principios Operacionales:

La presente tesis se basa en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11) y fue conducida y manejada por la investigadora bajo la supervisión de la asesora (Artículo 15) usando protocolos aprobados, sujeta a una revisión ética independiente y una supervisión de jurado correctamente convocado y previamente asesorado (Artículo

13); existiendo el compromiso de la publicación responsable de sus resultados (Artículo 16).³⁰

IV. RESULTADOS

TABLA N° 01: Análisis del cumplimiento de las madres que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud Nicrupampa, Huaraz -2014

| Cumplimiento | N° | % |
|--------------|-----------|-------------|
| Cumple | 6 | 5,8 |
| Medianamente | 39 | 37,5 |
| No Cumple | 59 | 56,7 |
| Total | 104 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a las madres del programa CRED de Nicrupampa

Los resultados que se presentan en la tabla representan el cumplimiento por parte de las madres del esquema de control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 2 años, en el centro de salud de Nicrupampa, en que se aprecia que el mayor porcentaje 56,7% de las madres que conformaron la muestra refirieron que no cumplen con el esquema.

TABLA N° 02: Resultados de los indicadores de la dimensión factor sociocultural limitante en el cumplimiento por madres al esquema de control de crecimiento y desarrollo en el centro de salud Nicrupampa – 2014.

| Comodidad de la vivienda | Cumplimiento de las madres | | | | | | Total | p <0,05 | |
|---------------------------------|----------------------------|------------|----------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|-------|
| | Cumple | | Medianamente | | No Cumple | | | | |
| | N° | % | N ^a | % | N° | % | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 38 | 36,5 | 83 | 79,8 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 21 | 20,2 | 21 | 20,2 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |
| Necesidades básicas | | | | | | | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 37 | 35,6 | 4 | 3,8 | 47 | 42,5 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 02 | 1,9 | 55 | 52,9 | 57 | 54,8 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |
| Distancia del hogar | | | | | | | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 35 | 33,7 | 41 | 39,4 | 82 | 78,8 | 0,024 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 4 | 3,8 | 18 | 17,3 | 22 | 21,2 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |
| Trabajo | | | | | | | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 28 | 26,9 | 73 | 70,2 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 31 | 29,8 | 31 | 29,8 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |
| Número de hijos | | | | | | | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 37 | 35,6 | 25 | 24,0 | 68 | 65,4 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 02 | 1,9 | 34 | 32,7 | 36 | 34,6 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta a las madres del programa CRED de Nicrupampa

Al analizar los resultados de los indicadores de la dimensión factor sociocultural como limitante en el cumplimiento de del esquema de control de crecimiento y desarrollo que se muestran en la tabla se aprecia que, en mayor proporción:

El 79,8% en el indicador comodidad de la vivienda respondieron que siempre.

El 54,8% en el indicador el no cumplimiento de las necesidades básicas opinaron que algunas veces. El 78,8% en el indicador la distancia de su hogar respondieron

que siempre. El 70,2% en el indicador trabajo manifestaron que siempre. El

65,4% en el indicador número de hijos respondieron que siempre. La prueba Chi-

cuadrado en todos los casos demostró, que existe una influencia de los indicadores del factor sociocultural sobre el cumplimiento de del esquema de control de crecimiento y desarrollo por las madres del niños menores de 2 años del centro de salud Nicrupampa.

TABLA N° 03: Resultados de la dimensión factor sociocultural limitante de cumplimiento de las madres al esquema de control de crecimiento y desarrollo en el centro de salud Nicrupampa – 2014.

| Factor Sociocultural | N° | % |
|------------------------|-----------|-------------|
| Limitante | 74 | 71,2 |
| Medianamente limitante | 30 | 28,8 |
| No limita | 00 | 00,0 |
| Total | 104 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a las madres del programa CRED de Nicrupampa

En la tabla se observa referente al factor socio-cultural, que el mayor porcentaje 71,2% de las madres que conformaron la muestra opinaron, que este factor es limitante para el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 2 años, en el centro de salud de Nicrupampa, Huaraz-2014

TABLA N° 04: Resultados de los indicadores de la dimensión factor institucional como limitante del cumplimiento de las madres al esquema de control de crecimiento y desarrollo en el centro de salud Nicrupampa – 2014.

| Evaluación completa | Cumplimiento de las madres | | | | | | Total | | χ^2 p < 0,05 |
|-----------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|-------------|------------------|-------------|--------------|--------------|----------------------|
| | Cumple | | Medianamente | | No Cumple | | N° | % | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 16 | 15,4 | 0 | 0,0 | 22 | 21,2 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 23 | 22,1 | 33 | 31,7 | 56 | 53,8 | |
| Nunca | 0 | 0,0 | 00 | 0,0 | 26 | 25,0 | 26 | 25,0 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |
| Información recibida | | | | | | | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 2 | 1,9 | 0 | 0,0 | 8 | 7,7 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 36 | 34,6 | 42 | 40,4 | 78 | 75,0 | |
| Nunca | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 17 | 16,3 | 18 | 17,3 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |
| Atención Brindada | | | | | | | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 15 | 14,4 | 00 | 0,0 | 21 | 20,2 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 23 | 22,1 | 04 | 3,8 | 27 | 26,0 | |
| Nunca | 0 | 0,0 | 01 | 1,0 | 55 | 52,9 | 56 | 53,8 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |
| Trato recibido | | | | | | | | | |
| Siempre | 5 | 4,8 | 28 | 26,9 | 0 | 0,0 | 30 | 31,7 | 0,000 |
| Algunas veces | 1 | 1,0 | 10 | 9,6 | 9 | 8,7 | 20 | 19,2 | |
| Nunca | 0 | 0,0 | 01 | 1,0 | 50 | 48,1 | 51 | 49,0 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |
| Tiempo de atención | | | | | | | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 19 | 18,3 | 00 | 0,0 | 25 | 24,0 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 19 | 18,3 | 19 | 18,3 | 38 | 36,5 | |
| Nunca | 0 | 0,0 | 01 | 1,0 | 40 | 35,8 | 41 | 39,4 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |
| Horario de atención | | | | | | | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 23 | 22,1 | 00 | 0,0 | 29 | 27,9 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 15 | 14,4 | 10 | 9,6 | 25 | 24,0 | |
| Nunca | 0 | 0,0 | 01 | 1,0 | 49 | 47,1 | 50 | 48,1 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta a las madres del programa CRED de Nicrupampa.

Los resultados de los indicadores de la dimensión factor institucional analizados como limitante en el cumplimiento de del esquema de control de crecimiento y desarrollo, que se muestran en la tabla, en ella se aprecia que, en mayor porcentaje: El 53,8% en el indicador evaluación completa del niño, respondieron a este indicador que siempre. El 75,0% en el indicador de la información recibida es completa las madres opinaron que algunas veces. El 49,0% en el indicador del buen trato que recibe en el consultorio las madres manifestaron que nunca. El 39,0% en el indicador si es atendida a tiempo, las madres respondieron que nunca. El 48,1% en el indicador referente al horario de atención, las madres refiere que algunas veces. La prueba Chi-cuadrado en todos los casos demostró, que existe una influencia de los indicadores del factor institucional sobre el cumplimiento de del esquema de control de crecimiento y desarrollo por las madres del niños menores de 2 años del centro de salud Nicrupampa.

TABLA N° 05: Análisis del Factores Institucional, de las madres que asisten al Programa CRED del Centro de Salud Nicrupampa – Huaraz, Huaraz -2014

| Factor Institucional | N° | % |
|------------------------|-----------|-------------|
| Limitante | 19 | 18,2 |
| Medianamente limitante | 50 | 48,1 |
| No limita | 35 | 33,7 |
| Total | 104 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a las madres del programa CRED de Nicrupampa

Referente al Factor Institucional, se aprecia, que el mayor porcentaje 48,1% de las madres que conformaron la muestra opinaron, que este factor es medianamente limitante para el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 2 años, en el centro de salud de Nicrupampa, Huaraz-2014

TABLA N° 06: Resultados de los indicadores de la dimensión factor económico como limitante del cumplimiento de las madres al esquema de control de crecimiento y desarrollo en el centro de salud Nicrupampa – 2014.

| Ingreso Económico | Cumplimiento de las madres | | | | | | Total | | χ^2 p < 0,05 |
|--------------------------|----------------------------|------------|--------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|----------------------|
| | Cumple | | Medianamente | | No Cumple | | N° | % | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 38 | 36,5 | 2 | 1,9 | 46 | 44,2 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 00 | 0,0 | 19 | 18,3 | 19 | 18,3 | |
| Nunca | 0 | 0,0 | 01 | 1,0 | 38 | 36,5 | 39 | 37,5 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |
| Actividad laboral | | | | | | | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 38 | 36,5 | 3 | 2,9 | 47 | 45,2 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 01 | 1,0 | 42 | 40,4 | 43 | 42,3 | |
| Nunca | 0 | 0,0 | 00 | 0,0 | 14 | 13,5 | 14 | 13,5 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |
| Traslado al C. S. | | | | | | | | | |
| Siempre | 6 | 5,8 | 38 | 36,5 | 0 | 0,0 | 44 | 42,3 | 0,000 |
| Algunas veces | 0 | 0,0 | 01 | 1,0 | 45 | 43,2 | 46 | 44,2 | |
| Nunca | 0 | 0,0 | 00 | 0,0 | 14 | 13,5 | 14 | 13,5 | |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta a las madres del programa CRED de Nicrupampa

El factor económico cuyos resultados se presentan en la tabla analizados como limitante en el cumplimiento de del esquema de control de crecimiento y desarrollo, en mayor porcentaje se aprecia que: El 44,2% en el indicador ingreso económico, las madres respondieron a este indicador que siempre es limitante. El 45,2% en el indicador actividad laboral las madres opinaron que siempre lo limita. El 44,2% en el indicador referente al traslado al centro de salud las madres refieren algunas veces es limitante. La prueba Chi-cuadrado en todos los casos demostró, que existe una influencia de los indicadores del factor económico

sobre el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por las madres de niños menores de 2 años del centro de salud Nicrupampa.

TABLA N° 08: Análisis del Factores Económico, de las madres que asisten al Programa CRED del Centro de Salud Nicrupampa – Huaraz, Huaraz -2014

| Factor Económico | N° | % |
|------------------------|-----------|-------------|
| Limitante | 48 | 46,2 |
| Medianamente limitante | 18 | 17,3 |
| No limita | 38 | 36,5 |
| Total | 104 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a las madres del programa CRED de Nicrupampa

En cuanto al Factor Económico, se observa en la tabla, que el mayor porcentaje de las madres 46,2% que conforman la muestra opinaron, que este factor es limitante para el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 2 años, en el centro de salud de Nicrupampa, Huaraz-2014

TABLA N° 09: Relación del factor socio-cultural y el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años, en el centro de salud de Nicrupampa, Huaraz -2014

| Factor Socio-Cultural | Cumplimiento | | | | | | | |
|------------------------|--------------|-----|---------------------|------|-----------|------|-----|------|
| | Cumple | | Medianamente cumple | | No cumple | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Limitante | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 29 | 27,9 | 74 | 71,2 |
| Medianamente Limitante | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 28,8 | 30 | 28,8 |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100 |

Fuente: Encuesta a las madres del programa CRED de Nicrupampa

$$\chi^2 = 32,158$$

$$\text{g.l.} = 2$$

$$P = 0,000$$

En la tabla se muestra la relación del factor socio-cultural como limitante del cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 2 años, la prueba Chi-cuadro con un nivel de error $p < 0,05$ demuestra que este factor influye como limitante en el cumplimiento de este esquema por parte de las madres que participaron en la muestra.

TABLA N° 10: Relación del factor institucional y el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años, en el centro de salud de Nicrupampa, Huaraz -2014

| Factor Institucional | Cumplimiento | | | | | | | |
|------------------------|--------------|-----|---------------------|------|-----------|------|-----|------|
| | Cumple | | Medianamente cumple | | No cumple | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Limitante | 6 | 5,8 | 13 | 12,4 | 0 | 0 | 19 | 18,2 |
| Medianamente Limitante | 0 | 0 | 26 | 25,1 | 24 | 23,0 | 50 | 48,1 |
| No limita | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 | 33,7 | 35 | 33,7 |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100 |

Fuente: Encuesta a las madres del programa CRED de Nicrupampa

$$\chi^2 = 70,616$$

$$\text{g.l.} = 4$$

$$P = 0,000$$

En relación al Factor Institucional como limitante del cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 2 años, la prueba Chi-cuadro con un nivel de error $p < 0,05$, demuestra que este factor influye como limitante en el cumplimiento de este esquema por parte de las madres que participaron en la muestra.

TABLA N° 11: Relación del Factor Económico y el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años, en el centro de salud de Nicrupampa, Huaraz -2014

| Factor Económico | Cumplimiento | | | | | | | |
|------------------------|--------------|-----|---------------------|------|-----------|------|-----|------|
| | Cumple | | Medianamente cumple | | No cumple | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Limitante | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 3 | 2,9 | 48 | 46,2 |
| Medianamente Limitante | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | 17,3 | 18 | 17,3 |
| No limita | 0 | 0 | 0 | 0 | 38 | 36,5 | 38 | 36,5 |
| Total | 6 | 5,8 | 39 | 37,5 | 59 | 56,7 | 104 | 100 |

Fuente: Encuesta a las madres del programa CRED de Nicrupampa

$$\chi^2 = 92,542$$

$$g.l. = 4$$

$$P = 0,000$$

En la tabla se muestra la relación del Factor Económico como limitante del cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 2 años, la prueba Chi-cuadro con un nivel de error $p < 0,05$, demuestra que este factor influye como limitante en el cumplimiento de este esquema por parte de las madres que participaron en la muestra.

INFERENCIA DE LA PROPORCION MUESTRAL RESPECTO A LA PROPORCION POBLACIONAL DE CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DEL PROGRAMA CRED EN EL CS DE NICRUPAMPA - HUARAZ

Población: 1367

Muestra : 104

P : Proporción Poblacional a estimar

Proporción Muestra de No cumplimiento: $p = 0,567$

Coefficiente d confiabilidad con un nivel de confianza del 95 %:

$$Z_{\alpha/2} = 1,96$$

Intervalo de Prueba:

$$p \pm Z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

Reemplazando en la fórmula:

$$0,5673 \pm 1,96 \sqrt{\frac{0,5673(0,4327)}{104}}$$

$$0,5673 \pm 1,96 (0,0486) = 0,5673 \pm 0,0952$$

$$0,4721 \leq P \leq 0,6625$$

La proporción poblacional de No Cumplimiento de las madres del programa CRED del Centro de Salud de Nicrupampa con un nivel de confianza del 95% se encuentra entre el 4,21% y 66,25%.

Conclusión: De la proporción estimada *se infiere* que en la población de las madres del programa CRED del Centro de Salud de Nicrupampa, **no cumplen** con el esquema de control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 2 años.

V. DISCUSION

Los hallazgos que se evidenciaron en la investigación muestran que; de los posibles factores en estudio todas están asociados como limitantes al cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo de menores de 2 al Centro de Salud de Nicrupampa.

Respecto al factor sociocultural, se encontró que la comodidad de la vivienda con el 79,8%, la distancia de su hogar al centro de salud 78,8%, el tener que trabajar 70,2%, el número de hijos 65,4% y el no contar con necesidades básicas 54,8% son limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años, la prueba Chi-cuadro con un nivel de error $p < 0,05$, demuestra que este factor es limitante en el cumplimiento del esquema CRED. Similar a la investigación de: Castro C. Factores socioculturales e institucionales que influyen en el no cumplimiento de las madres al control de crecimiento y desarrollo en niños de 2 años en el Hospital Santa Rosa Piura – Perú. El estudio permitió develar que los factores socioculturales como la creencia y el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre el control de crecimiento y desarrollo influyen significativamente, siendo estas 2 categorías con porcentaje elevado para que las madres no cumplan con el control de crecimiento y desarrollo de los niños.¹⁶ De igual forma León A. Factores socioeconómico culturales maternos y deserción del preescolar al control de crecimiento y desarrollo - Piura, 2010, llegó a la conclusión: Entre los factores socioeconómicos culturales: estado civil, procedencia, sin grado de instrucción, ingreso económico mensual y la actividad laboral influyen en la con la deserción del preescolar a la estrategia de

crecimiento y desarrollo.¹¹ Así mismo Aguirre L. Factores asociados a deserción a la estrategia sanitaria de inmunizaciones y el control de crecimiento y desarrollo de los menores de 5 años en la micro red metropolitana Tacna. Enero 2009 a marzo del 2010. Llegó a la conclusión que el 63% de las madres no cumplen con el control de crecimiento y desarrollo de sus hijos, siendo el principal indicador: Los factores culturales, el nivel de conocimiento en un 44% de los casos, el grado de instrucción primaria 41% y madres con hijos mayores de 3 años de edad registraron un 73% de deserción.¹⁵ Mendoza F. Factores que influyen en la deserción de los niños a los programas preventivos promocionales del componente niño, realizado en el Hospital de Apoyo de Huaraz “Víctor Ramos Guardia”. Donde se encontró mayor deserción en madres que tienen más de un hijo 72,8% de las cuales el 41,3% de las madres con menor grado de instrucción (primaria) y el 59,7% de las madres manifestaron estar insatisfechas con el tipo de atención; por lo tanto se concluyó que esta influenciado por los factores sociales, culturales e Institucionales¹⁷

Referente a la relación del factor económico, se encontró que el ingreso económico del hogar en un 44%, el trabajo fuera del hogar 45,2% y el costo para el traslado al centro de salud 44,2% son limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años, la prueba Chi-cuadro con un nivel de error $p < 0,05$, demuestra que este factor influye como limitante en el cumplimiento del esquema CRED. Similares tal como se evidencia en los trabajos de investigación de Estrada V. Motivo de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo en el Hospital San Vicente De Paul Caldas-Antioquia, Colombia 2009-2010. Los resultados obtenidos fueron los factores sociales,

económicos, culturales y la educación están directamente relacionados con los motivos de inasistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo del niño sano, Además se encontró factores como el olvido de la cita programada es una de los motivos más relevantes para la inasistencia al programa que además se relaciona con otros factores como falta de un adulto que acompañe al menor, vivir lejos de la institución y falta de recursos económicos.¹⁴ Bravo C. Factores que influyen en la asistencia irregular de los niños menores de 5 años al consultorio de crecimiento y desarrollo, concluyó: Que el estrato socioeconómico en el que se desenvuelve la familia y el grado de conocimiento de la madre sobre el control de crecimiento del niño 75%.¹⁸ Finalmente León A. Factores socioeconómico culturales maternos y deserción del preescolar al control de crecimiento y desarrollo - Piura, 2010. Los recursos profesionales insuficientes 45% y el tiempo de espera para recibir la atención entre una y dos horas 57%.¹⁵

En relación al Factor Institucional, la información que recibe si, la información que recibe es completa 75,0%, si el niño recibe evaluación completa 53,8%, si recibe buen trato 49,0%, si el horario de atención es adecuado 48,1% y si es atendida a tiempo 39,0% son limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años, la prueba Chi-cuadro con un nivel de error $p < 0,05$, demuestra que este factor influye como limitante en el cumplimiento del esquema CRED. Similares a la investigación de Mendoza F. Factores que influyen en la deserción de los niños a los programas preventivos promocionales del componente niño” realizado en el Hospital de Apoyo de Huaraz “Víctor Ramos Guardia”. Donde se obtuvo mayor deserción en madres que tienen más de un hijo 72,8% de las cuales el 41,3% de las

madres con menor grado de instrucción (primaria) y el 59,7% de las madres manifestaron estar insatisfechas con el tipo de atención por los responsables de del CRED.¹⁷ Castro C. Factores socioculturales e institucionales que influyen en el no cumplimiento de las madres al control de crecimiento y desarrollo en niños de 2 años en el hospital y santa rosa Piura – Perú. El estudio permitió develar que los factores socioculturales como la creencia y el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre el control de crecimiento y desarrollo influyen significativamente debido a que estas 2 categorías tienen un porcentaje elevado para que las madres no cumplan con el control de crecimiento y desarrollo de los niños¹⁶.

VI. CONCLUSIONES

1. Dentro de los factores socioculturales limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de los niños menores de 2 años son la comodidad de la vivienda el 79,8%, la distancia de su hogar al centro de salud 78,8%, el tener que trabajar 70,2%, el número de hijos 65,4% y el no contar con necesidades básicas 54,8%
2. En los factores económicos limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de los niños menores de 2 años, el ingreso económico del hogar en un 44%, el trabajo fuera del hogar 45,2% y el costo para el traslado al centro de salud 44,2%
3. Al analizar los factores institucionales limitantes en el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de los niños menores de 2 años se encontró que, si la información que recibe es completa 75,0%, si el niño recibe evaluación completa 53,8%, si recibe buen trato 49,0%, si el horario de atención es adecuado 48,1% y si es atendida a tiempo 39,0%.

VII. RECOMENDACIONES

1. Los resultados de esta investigación deben dar a conocer al personal de salud multidisciplinario, así como también a los directivos que conducen y gerencian los diferentes establecimientos de salud, especialmente del Centro de Salud de Nicrupampa para que se tomen algunas medidas para el logro del cumplimiento de las metas propuestas en el control de crecimiento y desarrollo de los niños.
2. A partir de este trabajo de investigación lograr elaborar planes de capacitación, talleres de sensibilización, a los profesionales de Enfermería ya que el rol fundamental es la parte preventiva promocional, así como realizar visitas domiciliarias para que todos los niños tengan sus controles completas de acuerdo al grupo de edad del Centro de Salud de Nicrupampa.
3. A los Directivos de la Facultad de Ciencias Médicas, Director de la Escuela profesional de Enfermería para que la formación de futuros enfermeros se de mayor énfasis en la parte preventivo promociona de salud, ya que la población por diversos factores no cumplen realizar los controles de sus hijos.
4. Lograr publicar el presente trabajo de investigación para el conocimiento de la población en general, de esta manera hacer llegar los resultados y conclusiones finales, que ayudaran de base para próximos trabajos.
5. Realizar investigaciones referente al tiempo promedio que brinda atención en el consultorio de crecimiento y desarrollo la Enfermera.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM N°990-2010/MINSA. Perú. DGSP/MINSA 2011.
2. Mundial De La Salud. [Articulo en línea]. 2009 Desarrollo en la primera infancia. [Fecha de consulta: 20 de Noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/>
3. Organización Mundial De La Salud. [Articulo en línea]. 2005. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. [Citado el 20 de Noviembre del 2015]. Ginebra Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/paho/2005/927532588Xspa.pdf>
4. Uárez, E. Desarrollo Integral Del Niño. Perú. [Articulo en línea]. 2000. [Citado el 20 de Octubre del 2015].Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/paho/2005/927532588Xspa.pdf>
http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/130/24_Quispe_Gutierrez_HD_FACS_Enfermeria_2012.pdf?sequence=1
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la pobreza en la niñez del Perú. 2009.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disminución de Desnutrición Crónica en Niños Menores de 5 Años. [Serie en Internet]. 2014 [Citado el 7 de Enero del 2016]; Disponible en:

<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/disminuyo-desnutricion-cronica-en-menores-de-cinco-anos-de-238-a-146-8352/>.

7. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 028-2015. Guía Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niña Niño y Adolescentes en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención. Perú. 2015.
8. Ministerio de Salud. Indicadores de resultados de los Programas Estratégicos, 2007 - 2013 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. [Serie en Internet]. 2014 [Citado el 7 de Enero 2016]; Disponible en: <http://encuestas.inei.gob.pe/endes/images/ppr2013.pdf>
9. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Segundo Informe Anual De Avances Del Plan Nacional De Acción Por La Infancia y La Adolescencia 2012-2021. [Serie en Internet]. 2013 [Citado el 12 de Diciembre 2015.]; Disponible en: Disponible en URL;
<http://www.unicef.org/peru/spanish/informe-anual-avances-plan-nacional-accion-ninos-adolescentes.pdf>
10. Ministerio de Salud: Coberturas de Crecimiento y Desarrollo a nivel Nacional por departamentos. Lima. Perú. MINSA. 2012.
11. León, A. Factores socioeconómico culturales maternos y deserción del preescolar al control de Crecimiento y desarrollo Piura. [Tesis de maestría]. Piura: Universidad de Piura; 2010.

12. Mariarca, C. Berbesi, Y. Factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo Municipio de Antioquia. [Tesis doctoral].Universidad CES. Medellín. Colombia. 2013.
13. de Salud. Cobertura CRED Anualizada Enero-Mayo 2010. [Serie en Internet]. 2013 [Citada 2015 Diciembre 12]; Disponible en URL;
<http://www.minsa.gob.pe/transparencia/default.aspx.54-58>
14. Estrada V. Motivo de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la Ese Hospital San Vicente De Paul Caldas-Antioquia 2009-2010. [Tesis de maestría].Universidad CES Medellín. Colombia. 2010.
15. Aguirre L. Factores asociados a deserción a la estrategia sanitaria de inmunizaciones y el control de crecimiento y desarrollo de los menores de 5 años en la Micro Red Metropolitano Tacna. Enero 2009 a marzo del 2010. Tacna. [Tesis de licenciatura].Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2010.
16. Castro, C. Factores socioculturales e institucionales que influyen en el cumplimiento de las madres al control de crecimiento y desarrollo en niños de 2 años en el Hospital y Santa Rosa Piura. [Tesis licenciatura].Piura: Universidad de Piura; 2010.
17. Mendoza F. Factores que influyen en la deserción de los niños a los programas preventivos promocionales del componente niño en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2002. [Tesis de licenciatura]. Huaraz; Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo”.2010.

18. Bravo C. Factores que influyen en la asistencia irregular de los niños menores de 5 años al consultorio de crecimiento y Desarrollo Perú, 1996.
19. González, R. Coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones y de Crecimiento y Desarrollo en dos localidades Urbano Marginales Piura 1999. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 1999.
20. Llght, Donald; Seller, Suzanne; Calhoun, Graig Sociología. Interamericana. 5º.ed. México. 2009. Pag.8
21. Fuentes L. La Familia: Intervenir en una Familia es Asegurar el Mejor Desarrollo de la sociedad [Serie en Internet]. 2009 [Citado el 22 de Agosto 2014]. Disponible en URL: <http://luisfuertes.blogspot.com/>.
22. Organización Mundial de salud: Estadísticas Sanitarias Mundiales. [Serie en Internet]. 2010. [Citado el 26 Octubre 2013]. Disponible en URL: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf.
23. Ministerio de Salud, Sección Clasificación de Ingresos Económicos Familiares Perú. MINSA.2012.
24. Kérouac, S. Pepín, J. F. Duquette A. Mayor El Pensamiento Enfermero .Maisson. S.A. Rio de Janeiro. Brasil. 2012.
25. Vera W. Enseñanza de Enfermería Centrada en el Cuidado. [Serie en Internet]. 1999. [Citado el 06 de Octubre 2014]. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a05.pdf>.

26. Ministerio de Salud, Norma Técnica MINSA/DGSP: V: 01 Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño menor de cinco años, Perú 2011.
27. Menenghello, J. Pediatría. Edit. El Mediterráneo. Chile.2012.
28. Zarate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. [Serie en Internet]. 2012. [Citado el 06-10-2015]. Disponible en URL:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009
29. Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. Metodología de Investigación, McGraw-W-HILL. Interamericana Editores, S.A 5° Ed. México. 2010.
30. Compendio de Normativa Ética para Uso por los Comités de ética en Investigación. INS-MINSA. Lima. Perú. 2012.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL
"Santiago Antúnez de Mayolo"
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA
ENCUESTA

INTRODUCCION

Estimada señora soy la Enfermera BIBIANA LEON HUERTA, estoy realizando un trabajo en el cual investigaré y trataré de explicar cuáles son las causas o situaciones que impiden a su niño (a) asistir al Control de Crecimiento y Desarrollo según las citas dadas en éste consultorio del Centro de Salud de Nicrupampa. Sus respuestas u opciones son de mucha importancia para realizar el estudio por lo que le pido sean muy sinceras en su respuesta, ya que esto favorecerá a que la atención de la Enfermera sea cada vez mejor y ustedes vayan a su casa satisfecha por el servicio brindado, agradeciéndole por su apoyo y comprensión

I. Datos Generales:

- 1.1. Edad del Niño(a):.....
- 1.2. Edad de la Madre:.....
- 1.3. Grado de Instrucción:.....
- 1.4. Lugar de residencia: Urbana () Peri Urbana () Rural ()
- 1.5. Número de integrantes de la Familia:.....
- 1.6. Número de hijos:.....
- 1.7. Tipo de vivienda: Ladrillo () Adobe ()
Rancho o Choza () Otros materiales:.....
- 1.8. Su Casa es: Propia () Alquilada () Cedida/prestada ()
- 1.9. Servicios básicos: Energía Eléctrica () Rede de Agua ()
Red de Desagüe ()
- 1.10 Estado Civil:.....
- 1.11 Religión:.....
- 1.12 Tipo de Familia: Nuclear: Papá, Mamá, Hijos ()
Extensa: Padres, hijos, tíos, abuelos, ()
Incompleta: Solo papá o mamá y los hijos ()

II. Factor Social – Cultural

2.1. La comodidad de su vivienda limita derivar a su niño (a) al consultorio CRED

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

2.2. La calidad de vida en su residencia le impiden llevar a su niño (a) al consultorio CRED

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

2.3. El no cumplimiento de sus necesidades básicas le limitan para llevar a su niño (a) al consultorio CRED

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

2.4. La distancia de su hogar al centro de salud dificulta la asistencia al Programa CRED

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

2.5. El Jefe de familia le obliga a trabajar y le impide asistir al centro de salud

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

2.6. Participa Ud., en Programas Sociales como: Juntos, Vaso de Leche, Qaliwarma, otros.

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

2.7. La actividad laboral que realiza le impide llevar a su niño (a) al consultorio CRED

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

2.8. El periodo Inter-genésico ha sido corto

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

III. Factor Institucional

3.1. Cuando ha asistido al Consultorio del Programa CRED la Enfermera ha cumplido con la evaluación física, neurológica, del crecimiento y ganancia de peso.

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

3.2. La Enfermera del Consultorio del Programa CRED cumple con informarle sobre la importancia del Desarrollo y Crecimiento de su niño (a).

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

3.3 Le Enfermera del programa CRED hizo la Identificación y/o verificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno que podrían interferir en el desarrollo integral del niño o niña

3.4 La Enfermera del Programa CRED evaluó los Factores biológicos: bajo peso, o las malformaciones congénitas.

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

3.5 La Enfermera del Programa CRED realizó la Verificación de vacunas según el esquema vigente

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

3.6 Recibió Ud., buen trato en el Consultorio del Programa CRED

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

3.7 El horario de atención del Programa CRED es adecuado con el tiempo que dispone

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

3.8 Cuando asiste al programa CRED se le brinda comodidad a Ud., y su niño (a) en la espera para ser atendida

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

3.9 La Enfermera del Programa CRED Informa a la madre sobre programas de apoyo social o protección de derechos a nivel local.

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

3.10 Se encuentra satisfecha con la cobertura CRED que ofrece el Centro de salud

IV. Factor Económico

4.1 Los ingresos del responsable de la manutención de la familia satisface las necesidades básicas de la familia (alimentación, educación, salud, servicios básicos)

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

4.2 Cuenta con otros ingresos adicionales para cubrir los gastos de la familia.

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

4.3 Los ingresos Familiares no le permite asistir al centro de salud para cumplir con el programa de CRED.

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

4.4 Para colaborar con ingreso familiar Ud, trabaja fuera de su hogar

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

V. Incumplimiento a la Programación

5.1. Cumple Ud. Con la programación calendarizada del Programa CRED.

1. Siempre () 2. Algunas veces () 3. Nunca ()

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL “SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

DETERMINACION DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

“FACTORES LIMITANTES AL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR MADRES DE NIÑOS MENORE 2 AÑOS CENTRO DE SALUD NICRUPAMPA-HUARAZ- 2014”

El instrumento para la recolección de datos de la investigación, será validado por jueces o expertos, la validación consta de ocho aspectos que se describen a continuación:

1. El instrumento persigue los fines de los objetivos generales
2. El instrumento no persigue los fines de los objetivos específicos
3. La hipótesis es atingente (atingencia: conexión, relación de una cosa con otra,) al problema y a los objetivos planteados
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto
5. Los ítems están redactados correctamente
6. Los ítems despiertan ambigüedades
7. El instrumento que se va aplicar llega a la comprobación de la hipótesis
8. La (s) hipótesis está formulada correctamente

RESULTADOS DE LA VALIDACION

LEYENDA

PUNTUACIÓN

DA: De Acuerdo

1

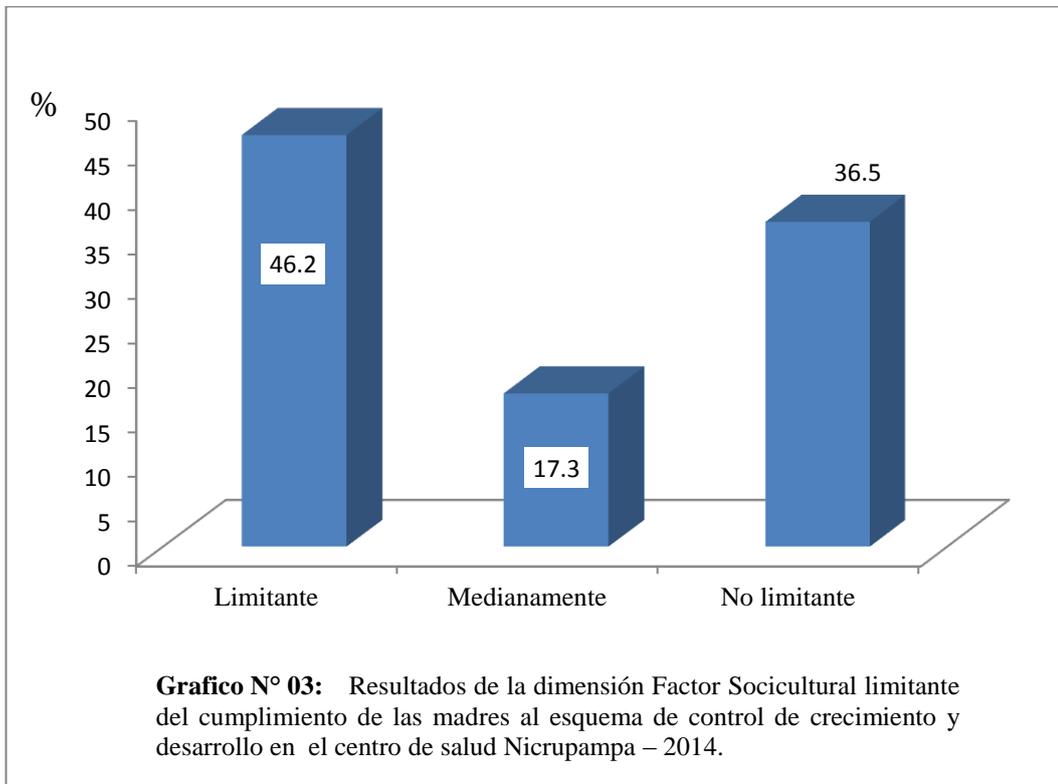
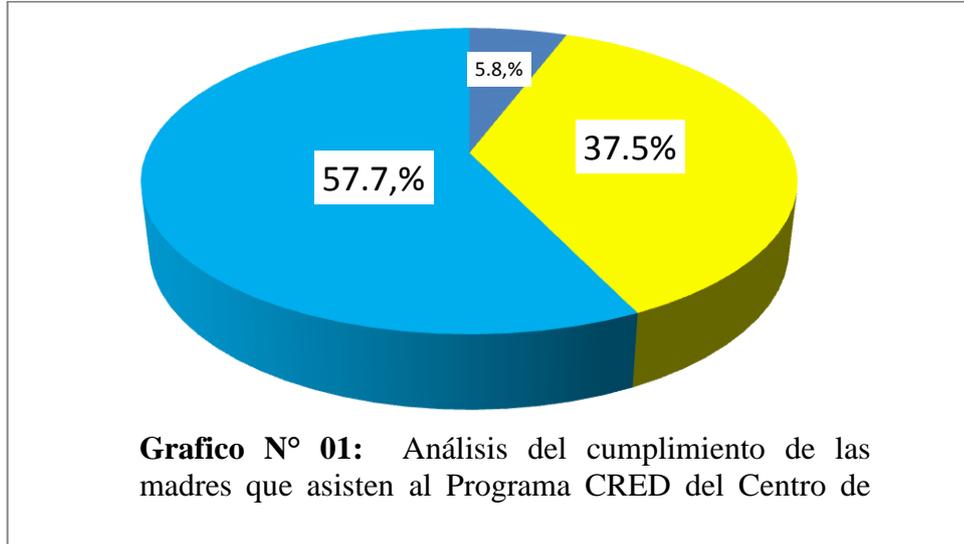
ED: En Desacuerdo

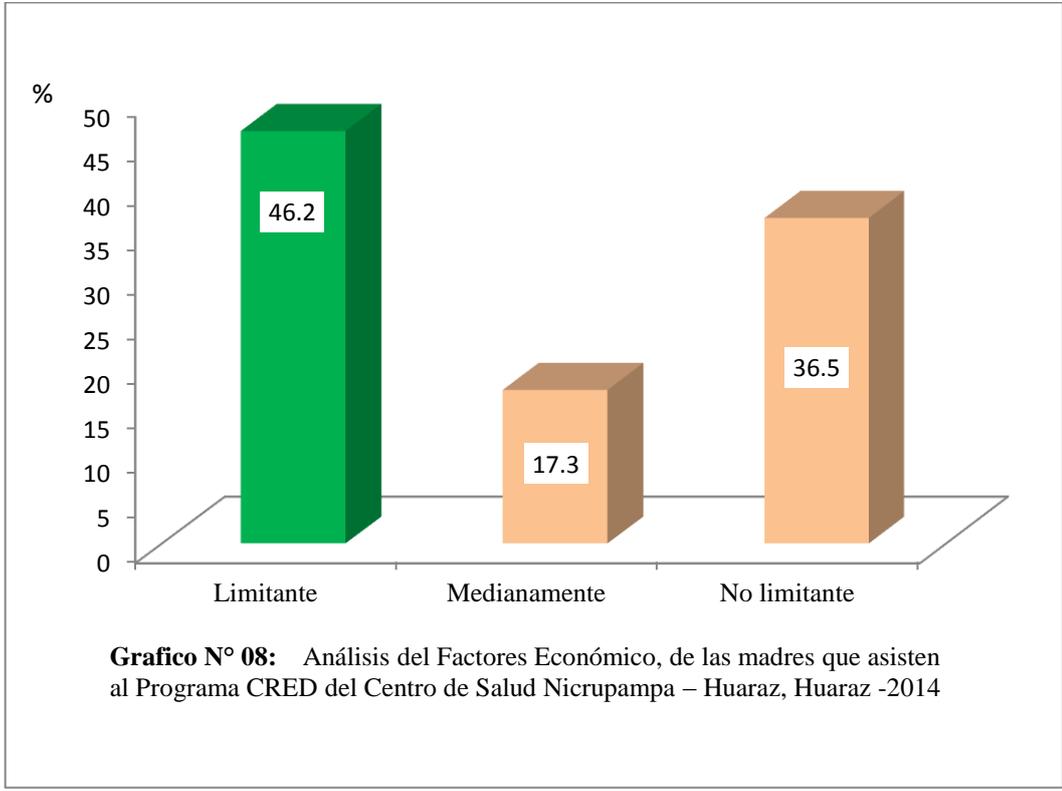
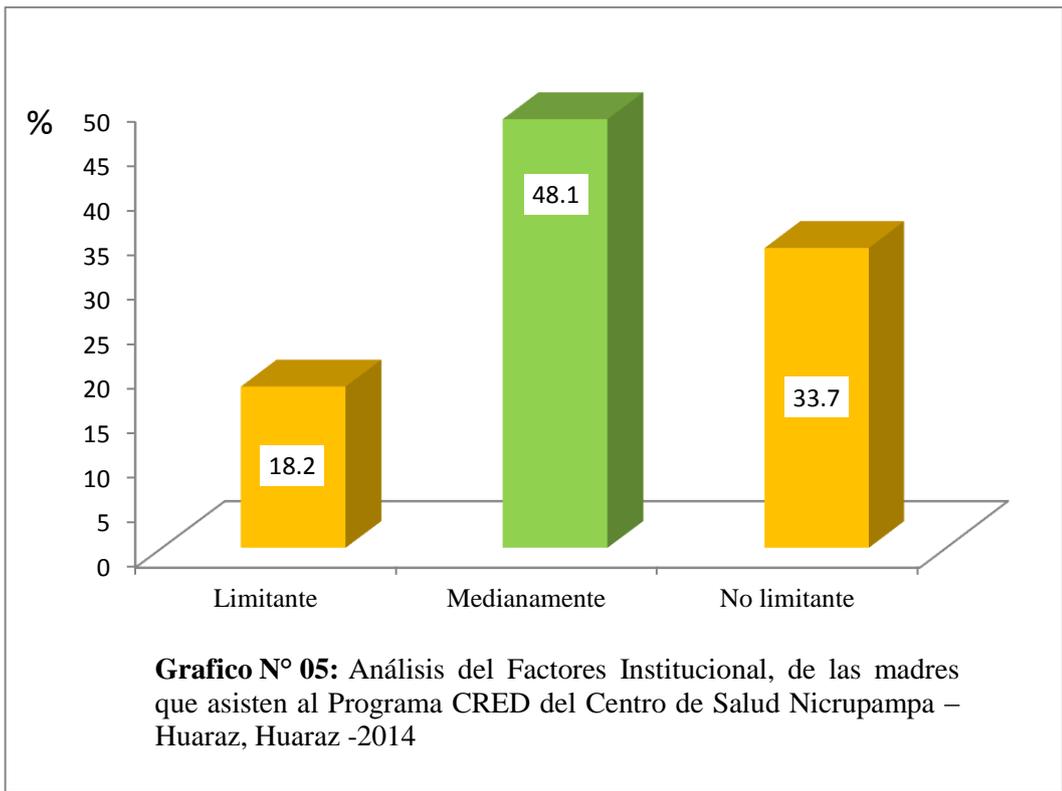
0

Validez del Contenido:

| JUEZ | Ítem | TOTAL |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| I. Enfermero | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| II. Enfermero | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| III. Enfermero | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| IV. Enfermero | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 7 |
| V. Enfermero | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| TOTAL | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 38 |

GRAFICOS





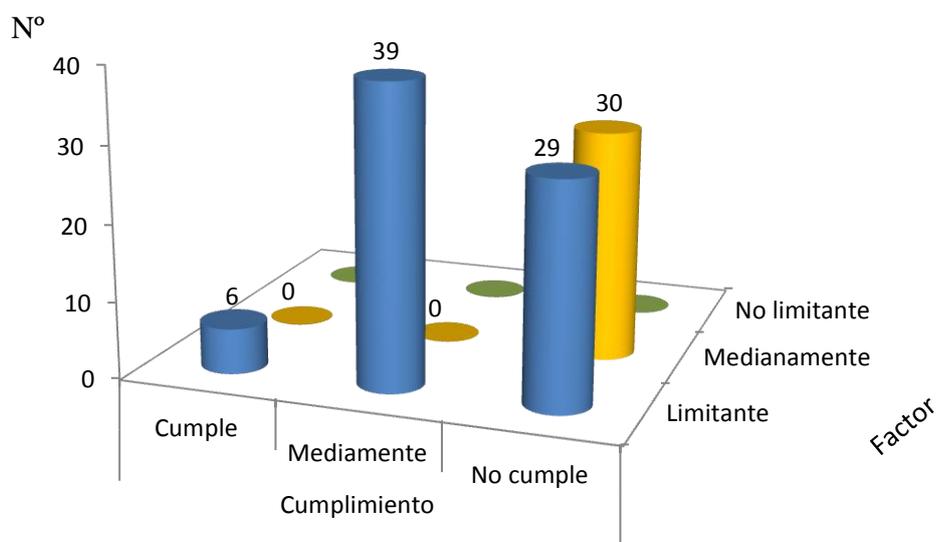


Grafico N° 09: Relación del Factor Socio-cultural y el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años, en el centro de salud de Nicrupampa, Huaraz -2014

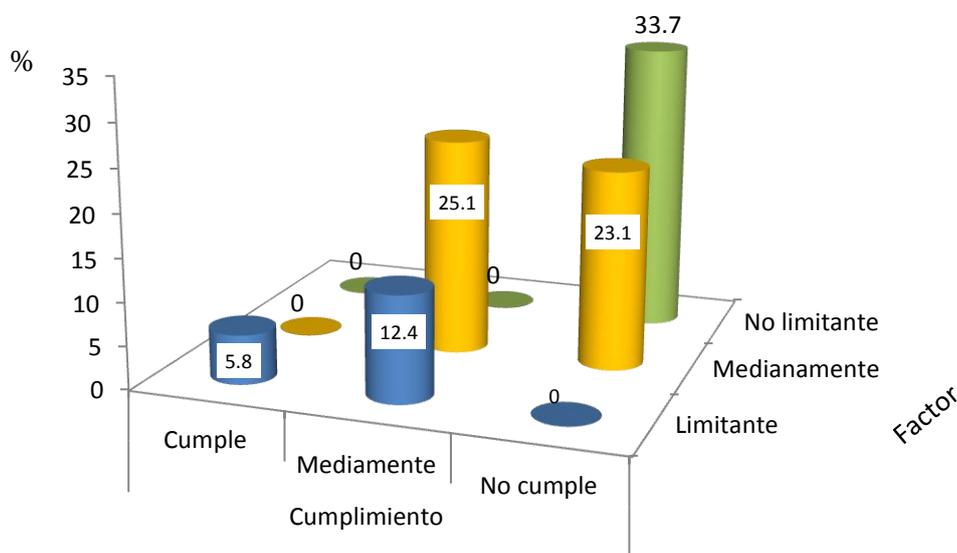


Grafico N° 10: Relación del Factor Institucional y el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo por madres de niños menores de 2 años, en el centro de salud de Nicrupampa, Huaraz -2014

