

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



T E S I S

**Motivos de inasistencia de la madre que se asocian al Crecimiento y
Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca**

Soto de Tarma 2024

Para optar el título profesional de:

Licenciada en Enfermería

Autores:

Bach. Betzy Neyli HUARICALLO ALIAGA

Bach. Verónica Lisbeth TORRES GRANADOS

Asesor:

Dr. César Iván ROJAS JARA

Cerro de Pasco – Perú – 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



T E S I S

**Motivos de inasistencia de la madre que se asocian al Crecimiento y
Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca**

Soto de Tarma 2024

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dr. Isaías Fausto MEDINA ESPINOZA
PRESIDENTE

Mg. Vilma Eneida PALPA INGA
MIEMBRO

Mg. Emerson Edwin LEON ROJAS
MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 042-2025

La Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:

TORRES GRANADOS VERÓNICA LISBETH
HUARICALLO ALIAGA BETZY NEYLI

Escuela de Formación Profesional

ENFERMERIA

Tesis

“Motivos de inasistencia de la madre que se asocian al Crecimiento y Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024”

Asesor:

Dr. César Iván, ROJAS JARA

Índice de Similitud: 16 %

Calificativo

APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 10 de agosto del 2025



Firmado digitalmente por PAITA
HUATA Elsa Lourdes FAU
20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10.08.2025 19:02:47 -05:00

Dra. Elsa Lourdes PAITA HUATA
Directora de la Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

A Dios, por otorgarme el regalo de la vida,
guiar mis pasos por el camino correcto y
brindarme fortaleza para avanzar sin
rendirme ante las dificultades.

A mis padres, por ser el motor que impulsa
mis logros, la razón que inspira mis
esfuerzos, y por hacer posible que hoy
sea la persona que soy.

A mis hermanos, por acompañarme
en los momentos más significativos
e inolvidables de mi vida.

AGRADECIMIENTO

La ejecución del presente proyecto de investigación fue posible gracias, en primer lugar, a las enseñanzas proporcionadas por el Dr. Cesar Jara, docente de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, quien desde el comienzo nos orientó ofreciendo las pautas fundamentales.

Asimismo, se extiende un agradecimiento a todas aquellas personas que, directa o indirectamente, aportaron para que esta investigación llegara a concretarse.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue Determinar en qué medida los motivos de inasistencia de la madre se asocian al Crecimiento y Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, siendo descriptivo exploratorio simple, con un diseño descriptivo simple. Se aplicaron los métodos deductivo, analítico y sintético. La técnica utilizada para la recolección de información fue la observación, y el instrumento empleado fue una ficha de registro diseñada para evaluar el desarrollo infantil en menores de 4 años. La población estudiada estuvo integrada por 72 niños menores de 1 año atendidos en la mencionada Estrategia Sanitaria Nacional durante el periodo señalado.

Como resultado, se observó que el 93% de las madres con hijos de crecimiento bajo faltan total o parcialmente. Y los factores socioeconómicos destacan con un 92,6% de inasistencia (51,9% "sí" y 40,7% "a veces"). Y los motivos culturales influyen de forma considerable, registrando un 88,9% de inasistencia en madres de niños con crecimiento bajo y un 96,6% en aquellas con hijos en riesgo de desarrollo.

Palabras Claves: Inasistencia materna al CRED, Control de crecimiento y desarrollo infantil, Prematuro menor de un año.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the extent to which maternal reasons for nonattendance are associated with the growth and development of premature infants under one year of age at the Félix Mayorca Soto Hospital in Tarma. The study had a quantitative approach, being simple descriptive and exploratory, with a simple descriptive design. Deductive, analytical, and synthetic methods were applied. The technique used for data collection was observation, and the instrument used was a record form designed to assess child development in infants under 4 years of age. The study population consisted of 72 children under 1 year of age treated within the National Health Strategy during the aforementioned period.

As a result, it was observed that 93% of mothers with children with stunted growth were totally or partially absent. Socioeconomic factors were prominent, with 92.6% of nonattendance rates (51.9% "yes" and 40.7% "sometimes"). And cultural reasons play a significant role, with 88.9% nonattendance among mothers of children with stunted growth and 96.6% among those with children at risk of development.

Key Words: Maternal nonattendance at CRED, Monitoring of infant growth and development, Premature infants under one year of age

INTRODUCCIÓN

El seguimiento del crecimiento y desarrollo en la infancia temprana constituye una estrategia clave para la promoción de la salud, especialmente en los niños nacidos prematuramente, quienes presentan una mayor vulnerabilidad debido a su inmadurez fisiológica y el incremento del riesgo de morbilidad y mortalidad. En este marco, garantizar una atención constante y oportuna durante el primer año de vida es esencial para evitar retrasos en el desarrollo y favorecer un adecuado progreso nutricional y neurológico. Sin embargo, diversas investigaciones evidencian que la ausencia de las madres en los controles médicos es un obstáculo considerable para el monitoreo efectivo de estos niños, situación reflejada en los elevados índices de ausentismo registrados en múltiples centros de salud del país y de las regiones.

En el Perú, la atención a los recién nacidos prematuros forma parte de las prioridades de las políticas públicas de salud materno-infantil. El Ministerio de Salud (MINSA) establece que el seguimiento en estos casos debe ser exhaustivo y organizado, con especial atención en el primer año, a través de evaluaciones periódicas que aborden el estado nutricional, neurológico, sensorial y psicomotor. No obstante, la asistencia a estos controles depende principalmente del compromiso y disponibilidad de las madres o cuidadores, quienes con frecuencia afrontan barreras que restringen su acceso a la atención médica.

Los factores asociados a la inasistencia incluyen aspectos socioeconómicos como la falta de recursos económicos, la distancia al centro de salud, la ausencia de redes de apoyo y la carga laboral de las madres. También se encuentran influencias culturales, tales como creencias tradicionales, desconocimiento de la importancia de los controles y percepciones equivocadas sobre la salud del menor. A ello se suman limitaciones institucionales como la poca flexibilidad horaria, tiempos de espera prolongados, deficiencias en la atención y trato inadecuado del personal sanitario.

La literatura científica, tanto nacional como internacional, advierte que la falta de controles regulares en niños prematuros puede derivar en consecuencias graves, como la detección tardía de problemas nutricionales, alteraciones sensoriales sin tratamiento oportuno

o retrasos en el desarrollo motor y cognitivo, los cuales repercuten de manera negativa en la calidad de vida. Investigaciones como las realizadas por Díaz (2022) y Samudio y Migdalia (2020) destacan la relación entre el nivel socioeconómico, las motivaciones culturales y la adherencia a los programas de control infantil. Además, se ha señalado que una organización deficiente y un servicio ineficaz pueden desincentivar la asistencia de las madres, conduciendo al abandono progresivo del seguimiento.

En el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, reconocido por su labor en la atención materno-infantil, se ha identificado una proporción importante de inasistencia en los controles de prematuros, sobre todo en menores de un año. Esta situación es preocupante no solo por sus efectos sobre la salud de los niños, sino también por la necesidad de comprender los factores que la originan y su conexión con el desarrollo y crecimiento infantil.

Considerando que el primer año de vida es crucial para cimentar el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social, es necesario producir evidencia local que permita entender esta problemática y proponer intervenciones eficaces.

En este sentido, la investigación plantea la siguiente pregunta: ¿En qué medida los factores que motivan la inasistencia materna se relacionan con el crecimiento y desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma durante el año 2024? A través del estudio de variables socioeconómicas, culturales e institucionales, y su vínculo con los indicadores de crecimiento y desarrollo, se busca generar información útil para orientar acciones en la atención primaria.

Este trabajo posee relevancia tanto desde la perspectiva clínica, al identificar las barreras que impiden un seguimiento adecuado, como desde la gestión en salud, al facilitar la formulación de estrategias que promuevan la asistencia continua y reduzcan las brechas en la atención de estos niños. En consecuencia, la investigación se respalda por su contribución a optimizar la calidad de los cuidados, fortalecer los programas de crecimiento y desarrollo, y prevenir retrasos en el neurodesarrollo que puedan condicionar la vida futura del menor.

INDICE

Pagina

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

INDICE

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema.....	1
1.2. Delimitación de la investigación	3
1.3. Formulación del problema.....	3
1.3.1. Problema general	3
1.3.2. Problemas específicos.....	3
1.4. Formulación de objetivos	4
1.4.1. Objetivo general	4
1.4.2. Objetivos específicos.....	4
1.5. Justificación de la investigación	5
1.5.1. Justificación teórica	5
1.5.2. Justificación práctica	6
1.6. Limitaciones de la investigación.....	7

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio.....	8
2.1.1. Internacional.....	8
2.1.2. Nacionales.....	11
2.2. Bases teóricas – científicas.....	16

2.2.1. Crecimiento y Desarrollo del menor de 1 Año.....	16
2.2.2. Motivos que Intervienen en la Inasistencia del Control de Crecimiento y Desarrollo.	35
2.2.3. Motivos Socioeconómicos.	35
2.2.4. Motivos Culturales.	36
2.2.5. Motivos Institucionales.....	37
2.2.6. Motivos que Intervienen en la Inasistencia del Control de Crecimiento y Desarrollo.	39
2.3. Definición de términos básicos.....	41
2.4. Formulación de hipótesis	42
2.4.1. Hipótesis general.....	42
2.4.2. Hipótesis específicas.....	42
2.5. Identificación de variables.....	43
2.6. Definición operacional de variables e indicadores.....	44

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación	48
3.2. Nivel de Investigación	48
3.3. Métodos de investigación.....	49
3.4. Diseño de investigación	49
3.5. Población y muestra	50
3.5.1. Población muestral	50
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
3.6.1. Técnica.....	51
3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación	52
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	52
3.9. Tratamiento estadístico.....	52
3.10. Orientación ética filosófica y epistémica.....	53

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo	55
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	55
4.3. Prueba de hipótesis	66
4.4. Discusión de resultados.....	73

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

	Pagina.
Tabla 1. Operacionalización de variables	44
Tabla 2. Motivos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.....	55
Tabla 3. Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	57
Tabla 4. Motivos culturales de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	58
Tabla 5. Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	59
Tabla 6. Motivos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.....	61
Tabla 7. Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	62
Tabla 8. Motivos culturales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.....	63
Tabla 9. Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	65
Tabla 10. Motivos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.....	66
Tabla 11. Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	67
Tabla 12. Motivos culturales de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	68
Tabla 13. Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	69
Tabla 14. Motivos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor	

de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.....	70
Tabla 15. Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	71
Tabla 16. Motivos culturales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	72
Tabla 17. Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pagina
Gráfico 1. Motivos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.....	56
Gráfico 2. Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024	57
Gráfico 3. Motivos culturales relacionados con la inasistencia materna y su asociación con el crecimiento de niños prematuros menores de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, 2024.....	58
Gráfico 4. Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	60
Gráfico 5. Motivos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.....	61
Gráfico 6. Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	62
Gráfico 7. Motivos culturales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	64
Gráfico 8. Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024....	65

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema

El control del crecimiento y desarrollo es una labor constante y planificada que ejecuta el personal de enfermería para verificar de manera adecuada el avance integral de los niños, con la finalidad de prevenir complicaciones futuras. (1)

Los elementos socioeconómicos, culturales e institucionales pueden incidir de forma favorable o desfavorable en las condiciones de vida y, en ciertos casos, ser responsables de que las madres no asistan al Programa de Crecimiento y Desarrollo, afectando así la salud de los menores. (1)

Pese al progreso notable alcanzado a nivel mundial, diariamente nacen millones de niños con limitaciones intelectuales, peso insuficiente y talla baja, lo que más adelante se refleja en problemas de aprendizaje y en la ejecución de actividades básicas en la edad escolar. (1)

Por tal motivo, es indispensable que las madres mantengan un seguimiento apropiado durante el embarazo y cumplan con las revisiones periódicas de crecimiento y desarrollo, para detectar de forma temprana cualquier alteración o dificultad. (1)

Aun cuando los niños poseen derechos universales como recibir atención médica, acceder a la educación y gozar de una infancia segura que les permita un futuro prometedor, muchos continúan privados de estos servicios esenciales, restringiendo su desarrollo integral. (1)

Esta situación está relacionada con determinantes sociales, económicos, culturales e institucionales que influyen en el desarrollo infantil. Un menor que no recibe el cuidado y protección necesarios no logrará su máximo potencial físico y cognitivo. (2)

Desde el nacimiento, se pueden identificar riesgos que incrementan la posibilidad de padecer problemas de salud o de fallecer en el periodo neonatal, lo que repercute negativamente en su desarrollo. Entre los factores biológicos figuran el bajo peso al nacer, la prematuridad y las malformaciones congénitas, presentes en las fases prenatal, perinatal o postnatal. En el ámbito social y ambiental, sobresalen la falta de cuidados apropiados, la escasa interacción familiar, el maltrato, la negligencia y el abuso.

La anemia infantil es un problema de carácter global, originado en gran medida por la carencia de hierro en la alimentación de niños y madres, y constituye una de las principales preocupaciones nutricionales del país. (2) La insuficiencia de hierro durante el crecimiento y desarrollo compromete las defensas celulares e intestinales, el rendimiento físico, la conducta, la función hormonal, la regulación de la temperatura y el desempeño del sistema nervioso central, pudiendo provocar secuelas permanentes. (3) Las madres que viven en extrema pobreza y en zonas rurales, debido a su desconocimiento, creencias culturales, hábitos alimenticios inadecuados, escasez de recursos y limitaciones económicas, no pueden brindar una nutrición adecuada a sus hijos, lo que incrementa el riesgo de anemia. Estas familias presentan las mayores deficiencias nutricionales del país, carecen de satisfacción de necesidades básicas, muestran bajo nivel educativo y afrontan condiciones adversas que limitan el desarrollo óptimo. (4)

En el Hospital Félix Mayorca Soto, en 2023, el 7,6% de los recién nacidos tuvo bajo peso. La estadística mensual evidenció picos en abril (48 nacimientos) y octubre (54 nacimientos). Las defunciones neonatales aumentaron en marzo (5 casos) y en agosto (6 casos). En abril se reportó el mayor número de casos de bajo peso al nacer (50 casos). Respecto a los prematuros, marzo registró la cifra más alta (38 casos), seguido de septiembre (40 casos). (5)

En la provincia de Tarma, la principal actividad económica es la agricultura y la crianza de animales en pequeña escala, lo que contribuye a la ausencia frecuente de las madres en los controles CRED. (4)

La situación se ve agravada por la falta de información y, en algunos casos, por fallas en los servicios de salud, lo que reduce la disponibilidad de atención y refuerza el ausentismo. Por ello, es prioritario analizar sus causas para implementar medidas correctivas efectivas. (4)

1.2. Delimitación de la investigación

Delimitación teórica: Este estudio examinó en profundidad el marco teórico referente a dos variables: los factores que originan la inasistencia y la apreciación del avance y desarrollo de niños menores de un año en situación de vulnerabilidad.

Delimitación temporal: El estudio tuvo una duración aproximada de 6 meses.

Delimitación espacial: La investigación se efectuó en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿En qué medida los motivos de inasistencia de la madre se asocian al Crecimiento y Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿En qué medida los motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre

se asocian al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024?

- ¿En qué medida los motivos culturales de inasistencia de la madre se asocian al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024?
- ¿En qué medida los motivos institucionales de inasistencia de la madre se asocian al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024?
- ¿En qué medida los motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024?
- ¿En qué medida los motivos culturales de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024?
- ¿En qué medida los motivos institucionales de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar en qué medida los motivos de inasistencia de la madre se asocian al Crecimiento y Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

1.4.2. Objetivos específicos

- Establecer en qué medida los motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre se asocian al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.
- Establecer en qué medida los motivos culturales de inasistencia de la

madre se asocian al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

- Establecer en qué medida los motivos institucionales de inasistencia de la madre se asocian al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.
- Establecer en qué medida los motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.
- Establecer en qué medida los motivos culturales de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma
- Establecer en qué medida los motivos institucionales de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica

Este estudio se orientó a identificar las razones que explican la no asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo en bebés en condición de riesgo, tomando como sustento las teorías de Nola Pender y Madeleine Leininger, con el propósito de aportar al progreso del campo de la enfermería.

De igual manera, es esencial examinar y comprender los factores que pueden incidir en la valoración del desarrollo y crecimiento de niños menores de un año en un contexto específico. La literatura existente subraya la importancia de ofrecer cuidados de calidad y atención temprana durante la infancia para garantizar un desarrollo adecuado. Dentro de este proceso, la implicación constante y el compromiso activo de la madre representan componentes clave.

La ausencia materna puede originarse por diversos motivos, entre ellos problemas de salud, compromisos laborales o carencia de apoyo familiar. Estos factores pueden impactar de forma negativa en la atención y cuidado del niño, con efectos en su crecimiento y desarrollo. Por esta razón, es imprescindible realizar evaluaciones periódicas del crecimiento y desarrollo de los menores de un año, con el fin de identificar a tiempo posibles dificultades o retrasos y aplicar intervenciones pertinentes. Determinar la relación entre las causas de inasistencia materna y el estado de crecimiento y desarrollo infantil permitiría detectar áreas de mejora en la atención y diseñar estrategias para contrarrestar las consecuencias de dicha ausencia.

1.5.2. Justificación práctica

La propuesta metodológica para abordar este problema contempla la recopilación de datos tanto cuantitativos como cualitativos. En este sentido, se realizarán encuestas y se aplicarán instrumentos de evaluación a las madres, buscando obtener información sobre su participación en el cuidado de los niños y las causas que motivan su ausencia.

Paralelamente, se reunirán datos objetivos sobre el estado de crecimiento y desarrollo infantil, los cuales serán analizados mediante métodos estadísticos y herramientas cuantitativas, con el propósito de identificar posibles asociaciones entre la inasistencia materna y el desarrollo de los menores.

Los resultados obtenidos podrían repercutir significativamente en la mejora de la salud infantil y en la elaboración de políticas y programas de intervención dirigidos a madres y niños vulnerables. Del mismo modo, servirían de base para que los profesionales de la salud adopten decisiones fundamentadas y promuevan activamente la presencia y participación de las madres en el cuidado y desarrollo de sus hijos. Los resultados de esta investigación proporcionaron información valiosa para los directivos y/o encargados de las empresas de transporte de bienes por vía terrestre en Pasco. En este sentido, pudieron utilizar estos hallazgos para mejorar la

administración de su capital de trabajo, ajustando sus estrategias financieras y operativas frente a las políticas de detracción del IGV. Además, el estudio ofreció indicadores útiles para la formulación de políticas públicas sobre los efectos prácticos de sus regulaciones.

1.6. Limitaciones de la investigación

No se han encontrado limitaciones en el estudio, determinándose que será un éxito su ejecución

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1. Internacional

Monzón M. Et.al. (2021). Cuba. ““Motivos de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el municipio Pinar del Río”

Objetivo: Analizar los factores de riesgo vinculados con la ocurrencia de bajo peso al nacer en el municipio Pinar del Río.

La investigación se llevó a cabo con una muestra conformada por 95 recién nacidos vivos con bajo peso, recopilando información referente a la edad materna, la edad gestacional al momento del parto, la existencia de condiciones como hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, entre otras, además de la ganancia de peso alcanzada durante el embarazo.

Los resultados indicaron que la incidencia de bajo peso al nacer fue del 4,4%, observándose mayor frecuencia en madres de 27 a 34 años. El 52% de los nacimientos correspondió a bebés con menos de 37 semanas de gestación; el 42,6% de las madres presentó sepsis vaginal, y en el 54,7% la ganancia de peso en la gestación superó los 8 kilogramos.

Se concluye que resulta prioritario reconocer y actuar sobre estos factores de riesgo para abordar de forma efectiva la incidencia de bajo peso al nacer. (6)

Chacón Lozada. Et. al. (2021). Cuba. Artículo; “Bajo peso al nacer, un desafío en la atención primaria de salud”

Objetivo: Analizar el bajo peso al nacer en gestantes atendidas en un centro médico de Santiago de Cuba.

Se efectuó un estudio de casos y controles, integrando 8 mujeres con recién nacidos de bajo peso como grupo de casos y 16 mujeres con bebés de peso adecuado como grupo de control.

Los resultados mostraron una elevada presencia de enfermedades previas y concurrentes al embarazo, principalmente anemia e infección vaginal, junto con una alta frecuencia de partos pretérmino. Los factores de riesgo biológicos más relevantes incluyeron la desnutrición durante la gestación y las patologías preexistentes o asociadas al embarazo. Igualmente, se identificaron como factores importantes la prematuridad y los intervalos intergenésicos cortos. Se evidenció, además, una asociación entre la edad gestacional, el bajo peso al nacer, los nacimientos pretérminos y el retraso en el crecimiento intrauterino. (7)

Fernández E. (2021) Cuba. “Motivos de riesgo asociados al bajo peso al nacer en un área de salud de Camagüey”

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Policlínico Universitario de Previsora, ubicado en Camagüey.

El estudio, de carácter descriptivo y transversal, incluyó a 19 madres con hijos cuyo peso al nacer fue inferior a 2 500 gramos. Se consideraron variables vinculadas a aspectos sociodemográficos, ambientales y propios de la gestación.

Los hallazgos revelaron que las patologías más comunes en los casos de bajo peso fueron la hipertensión arterial y la anemia, ambas con una prevalencia del 26,3%. Asimismo, el 57,8% de las participantes eran multíparas y tres experimentaron embarazos con intervalos cortos.

Se concluyó que el bajo peso al nacer resulta de la combinación de múltiples factores biológicos, socioeconómicos, ambientales y psicológicos, lo cual impide identificar una única causa determinante. (8)

Díaz Morales S. (2021) México. “Nivel socioeconómico de los padres correlacionado con el desarrollo infantil en niños de un año en la Unidad de Medicina Familiar No. 11, Delegación Aguascalientes”

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel socioeconómico de los padres y el desarrollo infantil en niños de un año que recibieron atención en la unidad correspondiente.

El estudio, de carácter descriptivo y correlacional, incluyó a 88 niños evaluados con la prueba de tamizaje del neurodesarrollo infantil. Los padres respondieron un cuestionario para recolectar datos sociodemográficos y calcular el índice de Niveles Socioeconómicos AMAI 2018.

Los análisis revelaron una asociación positiva y significativa desde el punto de vista estadístico entre el nivel socioeconómico de los padres y el desarrollo neurocognitivo de los niños. Se observó que, a medida que aumentaba el nivel socioeconómico, mejor era el desarrollo infantil.

En conclusión, se identificó una correlación directa entre el nivel socioeconómico parental y el desarrollo infantil en niños de un año. (9)

Cataño M. (2020). España. “Motivos que influyen en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en la población infantil”

Objetivo: Analizar los factores que influyen en la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo en niños.

El estudio se fundamentó en una revisión de literatura que incluyó 46 trabajos de investigación publicados entre 2013 y 2019, enfocados en las razones que determinan la participación en dichos controles.

Los resultados evidenciaron que la asistencia está principalmente condicionada por la calidad del servicio brindado por el personal de enfermería y por aspectos sociodemográficos, en especial la edad de la madre y la del niño. (10)

Samudio D. y Migdalia Y. (2019). ““Motivos socioculturales asociados con inasistencia al control de crecimiento y desarrollo en Alto Quiel, Panamá, 2019”

Objetivo: Investigar la asociación entre aspectos socioculturales y la ausencia en los controles de crecimiento y desarrollo en Alto Quiel, Boquete.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental y transversal, de carácter descriptivo– correlacional. La muestra incluyó a madres y tutores responsables de niños menores de cinco años.

Para la obtención de datos se empleó la encuesta como técnica principal, utilizando un cuestionario con preguntas cerradas. Los resultados revelaron que factores como la edad, el nivel de estudios, los cambios de domicilio y la raza están estrechamente relacionados con la inasistencia a dichos controles. (11)

2.1.2. Nacionales

Damiano E. (2023). Lima. “Perfil sociocultural de la inasistencia en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 1 año del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján, Ate – 2023” Objetivo: Determinar las particularidades socioculturales de las madres que no asisten con sus hijos menores de un año al control de crecimiento y desarrollo (CRED) en un centro de salud específico.

Se aplicó una encuesta elaborada por la investigadora, encontrándose que el factor principal que limita la asistencia son las obligaciones laborales. Predominaban madres jóvenes y con vida en pareja.

Además, se identificó que la mayoría conocía el programa CRED, lo consideraba importante y valoraba de forma favorable la información proporcionada por el centro de salud, destacando su claridad y utilidad. Igualmente, manifestaron que el personal de salud siempre estaba disponible durante las consultas.

En conclusión, el perfil sociocultural hallado indica que, aunque las

responsabilidades laborales constituyen la causa más común de inasistencia, estas madres no perciben obstáculos para atender a otros hijos o realizar tareas del hogar, y opinan que el centro de salud presta un servicio de calidad. (12)

Mucha E. y Valenzuela N. (2022). Huancavelica. "Motivos de la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 2 años en Ica, 2022"

Objetivo: Analizar los factores que contribuyen a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo en menores de dos años atendidos en un centro de salud de Ica.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal, que incluyó a 50 niños y a sus madres como participantes.

En el aspecto demográfico, los niños ausentes presentaron variabilidad en edad y género. En lo que respecta al perfil sociodemográfico materno, predominaban las mujeres jóvenes, en convivencia con el padre del niño, con educación secundaria y dedicadas principalmente al hogar.

En el plano socioeconómico, se destacaron como limitantes el empleo de las madres, la rigidez de los horarios laborales y los altos gastos de transporte. En el plano cultural, se encontró falta de información sobre la relevancia del control CRED y desconocimiento del calendario de atenciones. En el nivel institucional, se reportaron horarios poco accesibles, demoras excesivas y un trato inadecuado por parte del personal de salud.

En síntesis, los principales factores asociados a la inasistencia fueron la actividad laboral materna, la falta de coincidencia con los horarios de atención y las prolongadas esperas en el servicio. (13)

Contreras T. y Mendoza M. (2022). Callao "Factores socioculturales e institucionales relacionados con la falta de asistencia al control de crecimiento y desarrollo en madres de niños menores de 24 meses en el Puesto de Salud La Huerta – Quilmaná, 2022".

El propósito de esta investigación fue analizar la relación de los factores

socioculturales e institucionales con la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de madres con hijos menores de 24 meses en el Puesto de Salud La Huerta – Quilmaná, 2022.

El estudio adoptó un diseño cuantitativo, de tipo correlacional y transversal, en el que participaron 50 madres de niños menores de dos años. Para la recopilación de información se utilizaron dos herramientas: un cuestionario orientado a identificar factores sociales, culturales e institucionales, y una ficha de cotejo sustentada en el carné de salud infantil para confirmar la inasistencia.

Los resultados indicaron que el 70% de las madres que laboran tienen problemas para acudir por incompatibilidad horaria. Asimismo, aunque el 72% afirmó llegar a tiempo, el 76% reportó dificultades para asistir. De igual manera, el 72% opinó que la información brindada es limitada, el 76% no acude por las extensas esperas y el 72% mencionó la escasez de personal de enfermería (14)

Coico L. (2021). Jaén. "Factores que influyen en la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo en niños menores de dos años en el primer nivel de atención, Jaén 2021".

Objetivo: Examinar los factores asociados a la no asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en niños menores de dos años en Jaén.

El estudio se realizó con 77 madres que asistieron al Centro de Salud Morro Solar. Entre los hallazgos, se determinó que la causa principal de inasistencia fue el olvido de la fecha programada. Solo el 36,4% de las madres encuestadas manifestaron entender la importancia de este control. Además, se detectaron problemas institucionales, como la carencia de personal de enfermería y un trato desfavorable por parte del equipo de salud, que influyeron negativamente en la participación de las madres en dichas evaluaciones.

Toro C. et.al. (2021). Trujillo. "Motivos maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú".

Objetivo: Identificar los factores maternos asociados a la ocurrencia de partos prematuros.

Método: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo con diseño caso- control, incluyendo a 2000 recién nacidos vivos atendidos en un hospital público. La muestra se dividió en grupos de acuerdo con la edad gestacional. Se evaluaron variables clínicas de las madres, emparejadas según la condición de parto prematuro o a término, y se aplicaron análisis bivariados y multivariados mediante regresión logística, controlando posibles factores de confusión. Se evidenció que realizar menos de cuatro controles prenatales durante el embarazo incrementa el riesgo de prematuridad, mientras que la ausencia de infección urinaria se asocia con una menor probabilidad de esta condición.

Conclusiones: Un número reducido de controles prenatales se relaciona estrechamente con la prematuridad, en tanto que la ausencia de infecciones del tracto urinario podría representar un factor protector frente a este desenlace en mujeres embarazadas con riesgo. (16)

Cusque D. y Nizama E. (2020). Tumbes “Razones de la inasistencia materna al control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 1 año en el Centro de Salud Andrés Araujo Morán, Tumbes – 2019”.

Objetivo: Determinar los motivos que explican la ausencia de las madres en los controles de crecimiento y desarrollo de niños menores de un año.

Método: La investigación se basó en entrevistas semiestructuradas y en la recolección de datos mediante un cuaderno de campo, abarcando a 16 madres seleccionadas. Los hallazgos se clasificaron en tres ejes principales: falta de reconocimiento de la importancia de los controles, afecciones de salud en la madre y restricciones económicas. Asimismo, se identificaron factores sociales, como las responsabilidades laborales, y factores institucionales, entre ellos las largas esperas y el trato poco adecuado del personal de salud. De igual modo, se determinó que ciertos elementos culturales influyen en la inasistencia a estos controles. (17)

Shepherd R. y Alvarez A. (2020). “Actividades de enfermería y duración promedio de atención en niños menores de 1 año durante el control de crecimiento y desarrollo en el Puesto de Salud Chambara, Chupaca – Junín 2019”.

El propósito de la presente investigación fue examinar las funciones realizadas por enfermería y determinar el tiempo medio de atención que reciben los menores de un año en su Control de Crecimiento y Desarrollo en el Puesto de Salud Chambara, ubicado en Chupaca. La población de estudio estuvo conformada por 14 niños y niñas menores de un año. Los datos se recopilaron a través de observación directa, utilizando una lista de chequeo. Los resultados evidenciaron que las labores de enfermería se desarrollan de acuerdo con las directrices establecidas en la Norma Técnica de Salud N.º 137 del Ministerio de Salud. No obstante, se observó que el tiempo promedio de atención, de 45 minutos, no resulta suficiente. En conclusión, aunque las acciones de enfermería se ajustan en gran medida a lo estipulado, se identifican oportunidades de optimización en la valoración del desarrollo y en el registro de datos, así como la necesidad de alinear el tiempo de atención con lo exigido por la norma. (18)

Jorge, E. (2019). Lima. “Motivos de inasistencia al control de crecimiento y desarrollo en infantes menores de 1 año de madres adolescentes Centro Materno Infantil Pachacutec Perú-Corea, Ventanilla – 2019”.

El objetivo de este estudio fue identificar los factores que influyen en la ausencia a los controles de crecimiento y desarrollo en bebés menores de un año de madres adolescentes, en el Centro Materno Infantil Pachacútec Perú-Corea de Ventanilla, durante el año 2019.

La investigación, de tipo aplicativo y con enfoque cuantitativo, incluyó a treinta madres adolescentes con hijos menores de un año, a quienes se aplicó un cuestionario para medir la asistencia a los controles de niños menores de dos años. Se determinó que el 70,5% de las inasistencias correspondían a causas de índole

institucional, destacando la insuficiencia de personal de enfermería para cubrir las necesidades de la comunidad.

Se resalta la importancia de que el equipo de enfermería interdisciplinario, tanto interno como externo al centro, brinde un servicio que inspire confianza y garantice la atención de los cuidadores. (19)

2.2. Bases teóricas – científicas

2.2.1. Crecimiento y Desarrollo del menor de 1 Año.

Evaluación de motivos de riesgo biopsicosociales.

En el marco de los controles CRED, se identifican posibles riesgos que podrían afectar adversamente el crecimiento y desarrollo de los niños. Desde el control inicial se realiza una valoración psicosocial que incluye tanto los riesgos detectados durante el embarazo como los que puedan manifestarse con el tiempo.

La primera valoración psicosocial se efectúa en la consulta inicial, correspondiente al recién nacido, integrando y reexaminando las causas detectadas en el control prenatal. En las evaluaciones subsiguientes, se revisa nuevamente el estado de los riesgos encontrados previamente.

Entre los factores individuales, sociales y ambientales que, de acuerdo con la evidencia científica, inciden en el desarrollo infantil y que deben tenerse en cuenta en el control de crecimiento y desarrollo, se encuentran:

- Niño o niña sin controles.
- Niño o niña en adopción.
- Ausencia de cuidador estable.
- Menor de 34 semanas de gestación o peso de nacimiento menor de 2.500 gr.
- Enfermedad biológica y congénita en el recién nacido.
- Enfermedad crónica en la niña o niño.
- Alteración del desarrollo psicomotor (DSM).
- Malnutrición por déficit en la niña o niño.

- Discapacidad física en la niña o niño.
- Comportamiento alterado del sueño, alimentación y/o sedentarismo en la niña o niño.
- Alteración de la salud mental en la niña o niño: abuso sexual, maltrato físico, psicológico y emocional
- Niña o niño sin acceso a educación por ruralidad extrema y/o sin vacante.
- Niña o niño fuera del sistema escolar formal.

El abordaje de los motivos de riesgo sicosociales y familiares requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario capacitado.

Para el manejo de casos de niñas y niños con riesgo psicosocial, el profesional de la salud responsable del control del crecimiento y desarrollo deberá:

- Identificarse y se mantenerse conectado permanentemente con los diferentes actores que conforman la red de protección y apoyo familiar o materno infantil en el ámbito de su jurisdicción.
- Establecer un sistema de referencia y contra referencia local con instituciones o entidades especializadas en el manejo de niñas y niños con vulnerabilidad psicosocial.

Si se identifica motivos de riesgo ambientales, el profesional de la salud responsable del control del crecimiento y desarrollo informará a la instancia encargada del saneamiento ambiental correspondiente a su ámbito.

A. Evaluación física y neurológica

Durante cada control CRED se realiza un examen físico que se ajusta a la etapa de desarrollo de la niña o el niño, garantizando en todo momento la bioseguridad, la confidencialidad y una comunicación clara con el cuidador. La evaluación neurológica, incluida dentro del examen físico, se adapta a la edad y condición del menor, aplicando técnicas como inspección, auscultación, palpación y percusión, además del uso de instrumentos pertinentes.:

- Estetoscopio pediátrico/neonatal.
- Linterna.
- Cinta métrica acrílica.
- Guantes.
- Pantoscopio.
- Podoscopio.
- Termómetro de uso personal (digital).
- Tensiómetro pediátrico.
- Camilla pediátrica.
- Solera.
- Papel toalla, jabón líquido, y/o alcohol gel.
- Estufas o ventilador (de acuerdo con la necesidad de cada región).

El lugar y la posición para realizar el examen físico variarán según la edad del niño o la niña, pudiendo efectuarse en una camilla, sobre una colchoneta, en brazos de la madre o sentado en la falda del padre o cuidador. Sin importar la edad, es esencial explicar previamente el procedimiento con términos claros, simples y directos, tanto al menor como a la madre, padre o cuidador principal. Durante la exploración se debe mantener un trato respetuoso, preservar la intimidad y fomentar la participación del niño o la niña. Si bien la norma define los aspectos esenciales a evaluar en cada control de crecimiento y desarrollo, el juicio clínico y las necesidades específicas de cada caso prevalecen al momento de la atención. La evaluación neurológica forma parte de la exploración física y debe adecuarse a la edad del menor. Antes de iniciar, resulta imprescindible asegurar la aplicación de medidas de bioseguridad — incluyendo el lavado de manos y la desinfección de los instrumentos y equipos—, así como garantizar privacidad y una temperatura ambiental comfortable.

B. Evaluación de la función visual.

La función visual se examina en cada control de crecimiento y desarrollo, dado que la detección oportuna de alteraciones visuales es crucial para evitar secuelas permanentes. Los menores prematuros o con antecedentes genéticos, malformaciones congénitas o enfermedades neurológicas requieren derivación al especialista ante la presencia de señales de alerta. No identificar a tiempo los defectos refractivos puede comprometer de forma irreversible la capacidad visual, pues la ausencia de estímulo visual disminuye la agudeza. El objetivo principal de esta evaluación es diagnosticar tempranamente problemas de visión en el niño o niña y remitirlos oportunamente para su atención especializada. Los casos que presenten factores de riesgo en la función visual deben ser evaluados de inmediato por un especialista.

Se consideran motivos de riesgo en los recién nacidos para la función visual:

- Recién nacidos prematuros, especialmente los de menos de 1500 gr de peso al nacer.
- Niños con hipoxia al nacer, sufrimiento fetal.
- Síndrome de Down y otras cromosomopatías.
- Anormalidades congénitas de otros órganos o sistemas (especialmente neurológicas: microcefalia, hidrocefalia, agenesia de cuerpo calloso, entre otros).
- Retardo en el crecimiento intrauterino o bajo peso al nacer.
- Historia familiar de retinoblastoma, catarata o glaucoma congénitos.
- Familiar cercano con ceguera o visión subnormal de causa no traumática.
- Ametropías altas de padre, madre, hermanos, hermanas (uso de lentes de potencia alta).
- Traumas craneofaciales.
- Enfermedades sistémicas: síndrome de Marfán, neurofibromatosis, síndrome

de Sturge Weber, entre otros.

C. Evaluación de la función auditiva

La evaluación de la audición es esencial para el adecuado desarrollo del lenguaje. Es fundamental identificar signos de hipoacusia y actuar antes de los seis meses, a fin de garantizar un tratamiento oportuno. Los niños con antecedentes de infecciones, prematuridad, exposición a medicamentos ototóxicos o con historial familiar de pérdida auditiva requieren un seguimiento especializado.

Durante el control de crecimiento y desarrollo, el profesional de salud debe reconocer la relevancia de la audición en el desarrollo integral del niño o la niña, ya que su alteración puede provocar déficits irreversibles en la comunicación, las habilidades psicosociales, la cognición y el aprendizaje de la lectoescritura. Por ello, se prioriza el diagnóstico temprano (antes de los tres meses), la implementación precoz de prótesis auditivas bilaterales (antes de los seis meses) y un seguimiento adecuado. Asimismo, la educación a la familia es clave para que los niños con hipoacusia alcancen un desarrollo comparable al de sus pares normo oyentes o acorde con su capacidad cognitiva.

El propósito de esta evaluación es detectar tempranamente cualquier factor de riesgo o antecedente que pueda asociarse a hipoacusia, ya sea congénita o adquirida, y derivar oportunamente para su valoración y tratamiento especializado.

Se consideran motivos de riesgo para hipoacusia en el recién nacido:

- Permanencia por más de cinco días en UCI/UTI neonatal.
- Infecciones neonatales (citomegalovirus, toxoplasmosis, meningitis bacteriana, sífilis, rubeola, virus herpes).
- Infecciones durante el periodo de lactante (meningitis bacteriana o viral).
- Alteraciones craneofaciales, especialmente las que comprometen hueso

temporal y pabellón auricular (fisura labio palatino).

- Peso menor a 2.000 g.
- Prematurez.
- Hiperbilirrubinemia que requirió transfusión sanguínea.
- Historia familiar de hipoacusia sensorioneural.
- Síndromes asociados a hipoacusia: neurofibromatosis, osteopetrosis, síndrome de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange-Nielson.
- Uso de ototóxicos (gentamicina o furosemida).
- Ventilación mecánica por más de 10 días.
- Distress respiratorio.
- Fractura del hueso temporal.
- Quimioterapia.

Se considera motivos de riesgo para hipoacusia en preescolares y escolares:

- Antecedente familiar de hipoacusia.
- Retraso severo del lenguaje.
- Antecedente de meningitis bacteriana.
- Fractura de hueso temporal.
- Presencia de algún síndrome que se asocie a hipoacusia tales como neurofibromatosis, osteopetrosis, síndrome de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange-Nielson.
- Uso de ototóxicos (gentamicina, furosemida o quimioterápicos).
- Otorrea intermitente indolora
- Otitis media aguda a repetición.
- En el menor de 24 meses, sospechar de hipoacusia si están ausentes los siguientes antecedentes conductuales:
- Desde el nacimiento hasta los 3 meses: se sobresalta con ruidos fuertes, se despierta con algunos ruidos, parpadea o abre los ojos en respuesta a los

ruidos.

- De 3 a 6 meses: se tranquiliza con la voz de la madre, detiene sus juegos cuando escucha sonidos nuevos y busca la fuente de sonidos nuevos fuera de su alcance.
- De 6 a 9 meses: disfruta con juguetes nuevos, gorjea con inflexión, dice disílabos (8-9 meses) o ma-má.
- De 12 a 15 meses: responde a su nombre y al “no”, sigue órdenes simples, utiliza vocabulario de 3 a 5 palabras e imita algunos sonidos.

D. Evaluación para descartar enfermedades prevalentes

Durante cada evaluación de crecimiento y desarrollo, el personal de salud comprobará la existencia de enfermedades y registrará si el menor presentó algún episodio desde el último control.

Para la identificación de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, se empleará la estrategia AIEPI.

El dosaje de hemoglobina se efectuará en niñas y niños a los 4, 9 y 18 meses, y posteriormente, de manera anual a partir de los 24 meses.

Ante un diagnóstico de anemia, se procederá según lo estipulado en la NTS N.º 134-MINSA/2017, “Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas”.

El examen para descartar parasitosis deberá realizarse anualmente desde el primer año de vida.

Cuando el establecimiento de salud carezca de los recursos para los métodos de tamizaje o dosaje, el paciente será referido a un establecimiento de mayor complejidad.

E. Evaluación del cumplimiento del calendario de vacunación y esquema de suplementación de hierro.

Durante la evaluación del crecimiento y desarrollo, corresponde al personal de salud revisar el cumplimiento del Esquema Nacional de Vacunación

actualizado y aplicar la vacuna en caso de ser requerida. Asimismo, se confirmará que el menor reciba la suplementación de hierro indicada, entregándola cuando corresponda. El dosaje de hemoglobina se efectuará en niñas y niños a los 4, 9 y 18 meses, y posteriormente, de manera anual a partir de los 24 meses.

Ante un diagnóstico de anemia, se procederá según lo estipulado en la NTS N.º 134-MINSA/2017, “Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas”.

El examen para descartar parasitosis deberá realizarse anualmente desde el primer año de vida.

Cuando el establecimiento de salud carezca de los recursos para los métodos de tamizaje o dosaje, el paciente será referido a un establecimiento de mayor complejidad.

F. Evaluación del crecimiento y estado nutricional.

Valoración antropométrica: peso, longitud/talla y perímetro cefálico

En todos los controles de crecimiento y desarrollo, se llevará a cabo la evaluación antropométrica de niñas y niños desde el nacimiento hasta los 4 años, 11 meses y 29 días. Esta medición puede realizarse mediante oferta fija (en centros de salud u otros puntos comunitarios) o por oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes), e incluye peso y talla.

Los valores obtenidos de peso, talla y perímetro cefálico se anotarán en la historia clínica y en el carné de atención integral de salud del menor de 5 años.

La medición del perímetro cefálico se efectuará hasta los 36 meses de edad en todos los niños, tanto nacidos a término como prematuros, priorizando aquellos que viven en zonas con riesgo endémico de Zika.

La información de peso y talla sirve para valorar el crecimiento y determinar el estado nutricional, tomando en cuenta la edad y el sexo, ya que cada menor sigue un ritmo de desarrollo particular. Debido a la rapidez del crecimiento en los primeros años, se requiere mayor precisión en la medición.

La curva de crecimiento se construye al graficar dos o más mediciones de peso y talla, uniéndolas para identificar la tendencia y la velocidad de crecimiento del menor.

G. Evaluación del Desarrollo.

La evaluación del desarrollo en niños menores de un año se efectuará utilizando la Escala del Test Peruano de Evaluación del

Desarrollo del Niño (TPED), herramienta simplificada basada en la EEDP y el TEPSI, que puede ser aplicada por personal de salud profesional o no profesional.

Para los menores prematuros, se tendrá en cuenta la edad cronológica corregida.

Conforme a los principios de autonomía, seguridad y juego libre, la aplicación de este instrumento debe centrarse en la observación de interacciones espontáneas de juego, exploración y movimiento, evitando provocar o dirigir las respuestas.

Se considerará que un indicador está logrado únicamente cuando el niño o la niña lo realice de forma voluntaria y sin ayuda.

H. Tamizaje de violencia y maltrato.

En cada control de crecimiento y desarrollo se lleva a cabo la detección de casos de maltrato y violencia contra la infancia, ya sea mediante atención fija en centros de salud u otros espacios comunitarios, o a través de oferta móvil como brigadas y equipos itinerantes.

Para ello, se aplica la Ficha de Tamizaje de Maltrato Infantil y Violencia Familiar.

Si se identifican signos de violencia o maltrato, se procederá a la derivación inmediata siguiendo la normativa establecida, y se notificará a las entidades locales de apoyo pertinentes, como las Defensorías o la Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente (DEMUNA), entre otras.

I. Evaluación bucal.

En el primer control de crecimiento y desarrollo, el profesional de salud responsable —ya sea enfermero(a), médico pediatra o médico general— evaluará la cavidad bucal del menor para comprobar la aparición de los primeros dientes y reconocer signos de caries u otras alteraciones.

Antes de cumplir el primer año, todo niño o niña debe ser atendido por un odontólogo o un especialista en odontopediatría, con el objetivo de aplicar barniz de flúor y reforzar las pautas de higiene oral.

Ante la detección de alteraciones o malformaciones congénitas, el caso será derivado de inmediato al nivel de atención que corresponda para su valoración por un especialista.

J. Evaluación ortopédica.

Durante el control del crecimiento y desarrollo se deberá realizar el descarte de displasia de cadera, marcha y pie plano.

a) Displasia de cadera.

El descarte de displasia congénita de cadera se evaluará a través del signo de Ortolani, signo de Barlow y limitación de la abducción. (20)

Control Del Crecimiento Y Desarrollo: Diagnóstico.

A. Crecimiento.

El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia y velocidad del proceso se clasifica en:

a. Crecimiento adecuado.

Corresponde a la condición en la que el menor presenta un aumento de peso y de longitud o talla que se ubica dentro de los límites considerados normales para su edad (± 2 desviaciones estándar respecto a la mediana). La progresión de su curva de crecimiento se conserva paralela a las curvas del patrón de referencia establecido.

b. Crecimiento inadecuado.

Se diagnostica esta situación cuando el menor no presenta avance en la curva de crecimiento (manteniendo un patrón plano) o registra un aumento muy limitado en longitud o talla; en lo que respecta al peso, abarca pérdida, escasa ganancia o incremento desproporcionado. El crecimiento de cada niño o niña sigue un ritmo propio, que se espera se mantenga en una trayectoria ascendente y próxima a la mediana.

Si la curva presenta un cambio de carril, debe analizarse cuidadosamente, ya que podría señalar un desarrollo insuficiente o un riesgo de alteración, aun cuando los índices peso/talla (P/T) o talla/edad (T/E) estén dentro de los parámetros normales (± 2 desviaciones estándar).

El personal de salud encargado del control CRED está obligado a utilizar el Kit del Buen Crecimiento Infantil en todos los menores de 12 meses, como parte de las acciones de consejería y atención integral de la infancia.

B. Clasificación del estado nutricional.

a. Recién nacidos.

➤ Peso para la edad gestacional.

Para determinar el estado nutricional de un recién nacido, se recurre al indicador peso en relación con la edad gestacional. Esto implica contrastar el peso obtenido al momento del nacimiento con la edad gestacional, que debe establecerse aplicando el Test de Capurro inmediatamente tras el parto. El resultado debe anotarse en la boleta de alta de la madre y del recién nacido, conforme a las recomendaciones del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).

Según este criterio, los recién nacidos se clasifican en:

Punto de corte	Clasificación
<P10	Pequeño para la edad gestacional (retraso en el crecimiento intrauterino)
P10 a P90	Adecuado para la edad gestacional
>90	Grande para la edad gestacional (macrosómico)

➤ **Peso al nacer.**

Clasificar el peso al momento del nacimiento es esencial para evaluar el pronóstico de vida o el riesgo en el recién nacido. La valoración del estado nutricional mediante la comparación entre el peso inicial y el peso al momento del alta facilita la detección de aumentos o reducciones en los primeros días posteriores al parto.

La clasificación del peso al nacer se determina de la siguiente manera:

Punto de corte	Clasificación
<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	Macrosómico

➤ **Según indicadores antropométricos en la niña y el niño.**

Se utilizarán los siguientes indicadores de acuerdo con la edad y sexo:

Indicador	Definición	Grupo de edad a utilizar
Peso para la edad (P/E)	Peso global	≥ a 29 días a < 5 años
Peso para la talla (P/T)	Estado nutricional actual	≥ a 29 días a < 5 años
Talla para la edad (T/E)	Crecimiento longitudinal	≥ a 29 días a < 5 años
Perímetro cefálico para la edad (PC/E)	Macrocefalia microcefalia	≥ a 29 días a < 3 años

La normalidad en las curvas antropométricas se establece

utilizando como criterio la Desviación Estándar (DS), considerándose dentro de este rango los valores comprendidos entre +2 DS y -2 DS.

La clasificación nutricional según los indicadores antropométricos es:

- **Bajo peso o desnutrición global:** se obtiene de acuerdo con el indicador P/E cuando el punto se ubica por debajo de - 2 DS.
- **Desnutrición aguda:** se obtiene de acuerdo con el indicador P/T cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS.
- **Talla baja o desnutrición crónica:** se obtiene de acuerdo con el indicador T/E cuando el punto se ubica por debajo de - 2 DS.
- **Sobrepeso:** se obtiene de acuerdo con el indicador P/E cuando el punto se ubica por encima de + 2 DS.
- **Obesidad:** se obtiene de acuerdo con el indicador P/T cuando el punto se ubica por encima +3 DS. Se deriva al especialista a partir de los 3 años.

Clasificación del estado nutricional.

Punto de corte DS	Peso para la edad	Peso para la talla	Talla para la edad
>+3	----	Obesidad	Muy alto
>+2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+2a-2	Normal	Normal	Normal
<-2a-3	Bajo de peso	Desnutrición aguda	Talla baja
<-3	Bajo peso severo	Desnutrición severa	Talla baja severa

C. Observaciones con relación a la valoración nutricional.

a. Niños alimentados con lactancia materna exclusiva.

Para los lactantes menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna, no corresponde clasificarlos como con sobrepeso u obesidad con fines de intervención. Generalmente, estos niños experimentan un crecimiento más acelerado en los primeros tres meses. Un aplanamiento de la curva posterior al cuarto

mes no justifica interrumpir la LME ni comenzar con suplementos lácteos.

La interpretación de la ganancia de peso debe basarse en el canal de crecimiento y en una evaluación clínica exhaustiva.

b. Prematuros:

En lactantes prematuros o con peso reducido al nacer, es crucial que la curva de crecimiento mantenga una progresión ascendente y se mantenga paralela a las curvas de referencia estipuladas

D. Índice nutricional de la ganancia de peso y talla por mes y/o día:

Después del nacimiento y durante los meses posteriores, además de registrar los indicadores antropométricos, se efectúa el cálculo de la ganancia en peso y talla de la niña y del niño según la siguiente fórmula:

Peso actual menos el peso anterior -----= grs/día Fecha actual menos la fecha anterior
Talla actual menos la talla anterior ----- = cm/día Fecha actual menos la fecha anterior

E. Índice nutricional de la ganancia de peso y talla.

Edad	Incremento por mes/año	Gramos por días	Gramos Por mes
0 – 3 meses	4 cm. / mes	40	1000 – 1200
4 – 6 meses	2 cm. / mes	30	800 – 900
7 – 12 meses	1 cm. / mes	25	700 - 800

Basado en Patrón de referencia OMS 2006

Es relevante tener en cuenta que el cálculo puede efectuarse antes de cumplir los 30 días, mediante la comparación de dos mediciones de peso; en cuanto a la talla, la evaluación se hará según los meses registrados con anterioridad. El resultado deberá cotejarse con las tablas del índice nutricional y, si los valores se sitúan por debajo de lo establecido como normal, se considerará una ganancia deficiente.

F. Desarrollo.

➤ **Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED) para el niño de 0 a 30 meses.**

El diagnóstico derivado de este tamizaje se establece señalando la edad cronológica con un círculo y dibujando una línea en cada área examinada. Después, las marcas de los hitos logrados se conectarán, formando una línea continua que permitirá identificar el perfil del desarrollo psicomotor del menor evaluado.

El diagnóstico que se obtiene puede ser:

- a. Desarrollo normal:** Si el perfil de desarrollo psicomotor obtenido no muestra desviación.
- b. Adelanto del desarrollo psicomotor:** Si la línea de desarrollo está desviada a la derecha de la edad cronológica actual.
- c. Trastorno del desarrollo:** Si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual.
- d. Riesgo para trastorno del desarrollo:** Si no hay desviación de la línea a la izquierda, pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo. (20)

Control Del Crecimiento Y Desarrollo: Intervención.

1. Todo control del crecimiento y desarrollo debe ser acompañada por una consejería según sea el caso.
2. Para brindar la consejería a las madres, padres o cuidadores de las niñas y niños que están creciendo bien o que presentan problemas en su crecimiento y/o desarrollo, el personal de la salud debe tener en consideración lo siguiente:
3. Escuchar a las madres, padres o cuidadores para conocer sus antecedentes e inquietudes:
 - Realizar preguntas abiertas: ¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Quién?

- Atender y expresar gestos que demuestren interés como mover la cabeza y manifestar algunas afirmaciones. Así se comunica a los padres o cuidadores que se les escucha y que es interesante lo que están diciendo.
 - Demostrar empatía, es decir, tener capacidad de ponerse en el lugar del otro, imaginar cómo se está sintiendo y entenderlo, de tal manera que la otra persona se sienta cómoda y comprendida.
 - Evitar utilizar diminutivos (mamita, hijita, señito, entre otros), aludiéndolos por sus nombres a las madres, padres o cuidadores de la niña o niño.
4. Crear un ambiente de confianza y ofrecer apoyo:
- Reconocer y elogiar aquello que las madres, padres o cuidadores estén haciendo bien.
 - Evitar palabras que suenen como juicios de valor.
 - Tomar en cuenta lo que las madres, padres o cuidadores piensan y sienten, considerando sus costumbres y prácticas culturales.
 - Brindar información relevante con un lenguaje sencillo y entonación adecuada.
 - Dar sugerencias, evitar dar órdenes.
 - Ofrecer ayuda práctica
5. Dependiendo de la edad y necesidad de la niña y del niño, para la realización de la consejería el personal de la salud se tendrá en cuenta prioritariamente los siguientes temas:

a. Lactancia materna.

En el marco del control de crecimiento y desarrollo, se proporcionará orientación sobre lactancia materna, tratando temas como la práctica exclusiva de la lactancia, la técnica de extracción de leche — particularmente durante los primeros seis meses—, y su vínculo con la alimentación complementaria.

Tendrán prioridad los lactantes prematuros y/o con bajo peso al nacer, de acuerdo con la metodología señalada en la Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna, aprobada por Resolución Ministerial N.º 462-2015-MINSA.

b. Nutrición.

La actividad se ejecuta dentro del control de crecimiento y desarrollo, priorizando las edades de 0 a 6 meses, 6 a 8 meses,

9 a 11 meses, de 1 a 2 años y de 2 a 4 años, según lo establecido en el documento técnico Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil, aprobado mediante Resolución Ministerial N.º 870-2009-MINSA.

En cuanto a la suplementación con hierro o micronutrientes, toda entrega —ya sea en gotas, jarabe o micronutrientes— deberá ir acompañada de una orientación que detalle su importancia, posibles reacciones secundarias y las recomendaciones para su almacenamiento adecuado.

c. Salud bucal.

Durante cada control de crecimiento y desarrollo, el profesional de salud a cargo —ya sea enfermero(a), médico u otro— tiene la responsabilidad de proporcionar a madres, padres o cuidadores pautas sobre el cuidado de la salud oral y consejería en nutrición, buscando prevenir enfermedades bucales y adaptando las sugerencias a la etapa de desarrollo del menor.

6. En el marco del control de crecimiento y desarrollo, el personal de salud deberá programar sesiones demostrativas siguiendo lo indicado en el Documento Técnico “Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para Población Materno Infantil”, así como las sesiones de atención temprana del desarrollo.
7. El profesional de salud encargado del control de crecimiento y desarrollo es responsable de la entrega de micronutrientes, conforme a la normativa vigente.
8. El personal de salud que realiza el control es también responsable de derivar a la

niña o al niño al médico para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la parasitosis y la anemia, de acuerdo con lo establecido en la norma técnica y en las guías de práctica clínica vigentes. (20)

Control Del Crecimiento Y Desarrollo: Seguimiento.

1. El personal de salud que realiza el control de crecimiento y desarrollo en el establecimiento es responsable del seguimiento y debe implementar estrategias que garanticen la atención de las niñas y niños.
2. El seguimiento se llevará a cabo mediante un sistema de citas programadas, acordadas en cada control de manera conjunta con la madre, padre o cuidador.
3. Las citas deberán fijarse respetando los intervalos mínimos establecidos en el esquema de periodicidad del control de crecimiento y desarrollo.
4. La frecuencia de citas se incrementará en caso de identificar riesgos o problemas en la salud de la niña o el niño.
5. Cuando existan problemas de crecimiento o nutricionales, las citas se programarán con intervalos de 7 días, ajustándose a la necesidad, hasta que se logre la recuperación.
 - La visita domiciliaria es la estrategia principal para realizar el seguimiento y reforzar las prácticas de cuidado infantil, ya que permite:
 - Hacer el acompañamiento a la familia para fortalecer las prácticas clave.
 - Evaluar el avance y ajustar los acuerdos negociados.

Se realizarán visitas domiciliarias con prioridad en los siguientes casos:

 - Niñas y niños nacidos en domicilio.
 - Niñas y niños prematuros y/o bajo peso al nacer.
 - Niñas y niños que no acuden a citas programadas.
 - Niñas y niños que presentan crecimiento inadecuado.
 - Niñas y niños con riesgo para el desarrollo.
 - Niñas y niños con trastornos del desarrollo.
 - Niñas y niños que reciben tratamiento para la anemia o suplementación con

hierro deberán ser monitorizados a través de la visita domiciliaria, con el objetivo de ofrecerles una buena consejería y asegurar la adherencia. Esta actividad está a cargo de todo el personal 6 de salud del establecimiento.

- Niñas y niños en riesgo y víctimas de violencia o maltrato infantil.
- Se debe promover la participación de los Agentes Comunitarios de Salud, definiendo los mecanismos de seguimiento más efectivos a las niñas, niños y gestantes de acuerdo con su realidad.

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

Es obligatorio que todo recién nacido reciba cuatro controles: el primero a las 48 horas de recibir el alta y los demás de forma semanal. Estas evaluaciones pueden llevarse a cabo en el centro de salud o en el domicilio, asegurando la implicación activa de la familia.

Para niñas y niños menores de 1 año, el esquema contempla 11 controles, con un intervalo mínimo de 30 días entre cada uno.

A los 12 meses, corresponde realizar 6 controles de acuerdo con lo establecido.

En el grupo de 2 a 4 años, 11 meses y 29 días, se realizan 4 controles anuales.

El control de crecimiento y desarrollo se desarrolla en el establecimiento de salud, dedicando en promedio 45 minutos por consulta.

- A las 24 horas de haber salido de alta.
- Cada 72 horas los primeros 15 días. (Semanalmente hasta salir de método canguro).
- Cada 15 días hasta los tres meses de edad.
- Mensualmente hasta el año. (20)

2.2.2. Motivos que Intervienen en la Inasistencia del Control de Crecimiento y Desarrollo.

De acuerdo con el MINSA (2019), los motivos hacen referencia a causas o elementos que pueden cambiar dependiendo de las condiciones del entorno y del contexto social de una persona, pudiendo originar consecuencias que afecten su salud.

La Real Academia Española (RAE) considera que un factor es todo elemento o causa que interviene junto con otros.

En la misma línea, Gonzales, citado por Villanueva, plantea que un factor corresponde a un hábito personal o una exposición del ambiente asociada con un incremento en la probabilidad de que se produzca un determinado suceso (21)

2.2.3. Motivos Socioeconómicos.

- a. Se describe como una situación, condición o acción que comprende dimensiones sociales y económicas. El estado de salud de los peruanos constituye un reflejo de su realidad social, donde el riesgo de enfermedad o muerte está influenciado por variables como la clase social y el grado de instrucción de las personas y de la comunidad en general.
- b. Horario de trabajo. Implica respetar un horario determinado con anterioridad para realizar labores dentro o fuera de la vivienda. En el contexto de un empleo formal, la madre debe desempeñar las funciones, obligaciones y responsabilidades inherentes a su puesto de trabajo.
- c. Quehaceres del hogar. En muchos casos, las tareas del hogar se convierten en una limitante para la disponibilidad de las madres. Por ello, la enfermera ha de plantear alternativas y trabajar junto con la madre en la organización de sus labores domésticas, con el fin de facilitar la realización oportuna de los controles CRED. (22)
- d. Cuidado de niños menores de edad. La responsabilidad principal de los padres es velar por la atención y protección de sus hijos, dado que su

implicación incide de forma significativa en el desarrollo y crecimiento infantil.

- e. Gasto alto para el CRED. La fuente laboral de las madres influye directamente en sus ingresos. En el caso analizado, la mayoría se emplea en actividades agrícolas y gana un salario diario insuficiente para cubrir adecuadamente sus necesidades, haciendo que el pago por una consulta sea un desembolso importante. (23)

2.2.4. Motivos Culturales.

El aspecto cultural influye directamente en el proceso salud- enfermedad, abarcando las prácticas, conocimientos, creencias y modos de vida de una comunidad particular. El equipo de salud del establecimiento tiene una función esencial en incentivar y formar de manera continua a los usuarios, con el objetivo de eliminar obstáculos originados por el desconocimiento o ideas erróneas, proporcionando información clara y pertinente a la población.

- a. **Importancia y beneficios del Control de Crecimiento y Desarrollo**”. La evaluación del bebé constituye una parte crucial del cuidado pediátrico. El programa CRED se basa en una perspectiva preventiva que permite detectar tempranamente la desnutrición, valorar el estado nutricional tanto en cada niño como en grupos, y realizar un seguimiento comunitario que refleja el estado general de salud y bienestar.

Conocimiento de la importancia del programa de control de crecimiento y desarrollo. La comprensión que tengan las madres, padres o cuidadores sobre el papel que desempeña el personal de enfermería durante el control CRED favorece su colaboración y la asistencia oportuna a las citas programadas. La forma en que perciben la salud de sus hijos está influida por sus valores, creencias y la evaluación que hagan sobre la gravedad o amenaza de una condición.

Es esencial que todos reconozcan la relevancia de acudir a los controles CRED, ya que esto asegura la detección temprana de alteraciones y facilita el

seguimiento y tratamiento necesario. Sin este reconocimiento, el niño corre el riesgo de sufrir problemas que no serán detectados ni controlados.

El personal de enfermería debe emplear técnicas comunicativas efectivas y respetuosas, respetando las creencias, valores y contextos de cada familia. Asimismo, el Ministerio de Salud y las redes de salud deben coordinar acciones para promover el conocimiento sobre el CRED y estimular la **participación** en las actividades programadas conforme a la edad del menor.

- b. Control de la frecuencia del CRED.** La frecuencia con la que se realizan los controles depende de la edad del niño y de los intervalos mínimos indicados en el cronograma oficial. El profesional de salud debe informar a la madre acerca de las fechas de los chequeos preventivos y asegurarse de que estos se lleven a cabo de manera adecuada, respetando las actividades programadas. (23)

2.2.5. Motivos Institucionales.

Se refiere a los factores relacionados con la gestión y dinámica de los servicios de salud, que pueden afectar de manera favorable o desfavorable la afiliación y el uso de dichos servicios. En el contexto del sistema peruano, resulta necesario reforzar la capacidad operativa para brindar atención en condiciones óptimas, con calidad y oportunidad. El desafío clave consiste en desarrollar un modelo de salud enfocado en el ciudadano, atendiendo las particularidades culturales, garantizando un trato digno e igualitario, y proporcionando información clara que facilite la toma de decisiones acertadas por parte de los usuarios.

- a. El horario de atención.** Se trata del horario que establece la Autoridad Sanitaria para la prestación del control CRED en el área de enfermería. La organización de los horarios en los establecimientos de salud debe garantizar que sean prácticos y accesibles para los padres. Igualmente, los directores de las unidades de salud tienen el deber de evaluar anualmente los programas de vacunación y realizar las modificaciones necesarias para satisfacer de manera adecuada las demandas de la población (23)

- b. **Tiempo dedicado a la atención del niño.** Corresponde al periodo estimado para llevar a cabo el control del niño, el cual, conforme a la Norma Técnica CRED, es de alrededor de 45 minutos. (20)
- c. **Dentro del equipo multidisciplinario de salud,** el profesional de enfermería tiene una función esencial en el programa CRED, siendo responsable de informar a las madres acerca de los horarios y días disponibles para la atención. (20)
- d. **Duración de la espera para la atención.** Se trata del tiempo transcurrido entre la llegada del usuario al centro de salud y el inicio de la atención. En algunos casos, la espera excesiva puede ocasionar molestias, incluso obligando al usuario a permanecer en el establecimiento por toda la mañana (23)
- e. **Trato del Personal de enfermería.** La adopción de una actitud empática por parte de la enfermera resulta crucial, ya que favorece el fortalecimiento de las acciones encaminadas a brindar un trato de mayor calidad a los usuarios.
- f. **Trato en el servicio de admisión.** La unidad de admisión Representa el punto inicial de interacción entre los usuarios y el establecimiento de salud, influyendo significativamente en la percepción que estos tienen sobre la calidad del servicio. Por esta razón, el personal asignado a esta área debe ofrecer un trato cálido, individualizado y de alta calidad, asegurando satisfacer las necesidades específicas de los usuarios y resolver sus consultas. Igualmente, es vital que exhiba una actitud optimista y una clara vocación de servicio.
- g. **Distancia entre su domicilio y el establecimiento de salud.** Hace referencia al espacio o trayecto que separa la residencia de la comunidad del centro donde se ofrecen los servicios de salud.
- h. **Información brindada por la enfermera no es clara,** El Código de Ética y Deontología de la Enfermería establece, en su artículo 10, que el profesional de enfermería tiene la obligación de brindar información veraz, clara y oportuna. Asimismo, en el artículo 12 se reafirma que el profesional debe garantizar que la persona, la familia y la comunidad reciban información clara, suficiente y oportuna

que respalde el consentimiento informado

- i. **La información brindada por la enfermera no es útil.** Se refiere a evidenciar la efectividad del control CRED en la mejora de la salud infantil, la promoción de prácticas de alimentación adecuadas, el fortalecimiento del estado nutricional y la calidad de vida de niñas y niños, así como en la reducción de la desnutrición crónica, la morbilidad y la mortalidad infantil. (23)

2.2.6. Motivos que Intervienen en la Inasistencia del Control de Crecimiento y Desarrollo.

Las teorías de enfermería consideradas son las siguientes:

a. Nola Pender y su “Modelo de Promoción de la Salud”

Este modelo identifica en el individuo los motivos cognitivos perceptuales que son modificados por características situacionales, personales e interpersonales, lo que se traduce en participación en conductas promotoras de salud, cuando existe un modelo de acción”. (24)

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) permite identificar conceptos clave relacionados con las conductas de promoción de la salud, así como integrar los hallazgos obtenidos a través de la investigación.

Este modelo presenta los siguientes Metaparadigmas:

La salud es entendida como un estado de bienestar elevado. Cada persona es considerada el foco de estudio, definida de manera particular por su patrón cognitivo-perceptual y por diferentes motivaciones. Aunque el entorno no se define explícitamente, se reconocen las interacciones entre motivos cognitivo-perceptuales y factores que modifican el comportamiento hacia prácticas saludables.

En cuanto a la enfermería, el bienestar ha tenido un desarrollo significativo en los últimos diez años. La autorresponsabilidad en el cuidado de la salud es esencial para cualquier estrategia de mejora en la salud pública, y la enfermera

desempeña un papel crucial como facilitadora y motivadora para que los usuarios mantengan su salud personal. (24)

b. Madeleine Leininger “Teoría de la diversidad la universalidad de los cuidados culturales”

Desde la antropología, Leininger fue la primera enfermera en reconocer la coexistencia de aspectos universales y diversos en el cuidado enfermero, lo que llevó a diversos autores a investigar múltiples culturas para comprender las percepciones, sentimientos y comportamientos de las personas en relación con su atención sanitaria.

Cada individuo o grupo tiene un conjunto particular de costumbres, creencias, valores y tradiciones, por lo que no es posible estandarizar los cuidados ni aplicar directamente las prácticas de una cultura a otra.

Leininger plantea que el cuidado es el eje central tanto en la teoría como en la práctica de la enfermería, que incluye actividades de asistencia, soporte o acompañamiento a personas o grupos con necesidades reales o potenciales.

En su teoría se desarrollan los siguientes metaparadigmas:

Persona: Se define como un individuo capaz de cuidarse a sí mismo y también de cuidar a otros. Aunque el cuidado es universal, sus formas varían dependiendo de la cultura.

Entorno: No se especifica explícitamente, pero abarca elementos como la cosmovisión, la estructura social y el ambiente que rodea a la persona.

Salud: Es vista, definida y valorada culturalmente como un estado de bienestar, que refleja la habilidad de la persona para cumplir con sus actividades y roles diarios.

Leininger plantea que la enfermería es un arte científico y humanista que se aprende y se enfoca en conductas y procesos personalizados, dirigidos a promover y mantener la salud, o a recuperar a la persona frente a la enfermedad.

El presente estudio toma como base estas teorías, debido a que ambas resaltan los procesos sociales, económicos y culturales de la población, además de la importancia de la prevención y promoción de la salud en la infancia. (25)

2.3. Definición de términos básicos

- **Inasistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo.**

Este concepto alude a la no asistencia regular a las citas periódicas de control durante la infancia, cuyo propósito es monitorear el crecimiento y desarrollo físico, emocional y psicológico de los menores.

La inasistencia puede deberse a múltiples razones, tales como la falta de conocimiento sobre la relevancia de estas evaluaciones, restricciones económicas o la carencia de servicios de salud accesibles.

Cabe señalar que la ausencia en estos controles dificulta la identificación temprana de alteraciones en la salud o el desarrollo, restringiendo la implementación de medidas preventivas o correctivas oportunas.

Dimensiones:

- **Motivos Socioeconómicos.**

Se trata de un conjunto de indicadores que analizan los aspectos sociales y económicos que podrían estar relacionados con la inasistencia de las madres al programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED) enfocado en niños menores de un año. En esta investigación, dichos factores socioeconómicos se identificarán a partir de la información proporcionada por las madres a través de un cuestionario.

Estos elementos pueden influir significativamente en la salud y el desarrollo infantil, ya que la falta de seguimiento regular puede derivar en diagnósticos retrasados o en la no identificación de problemas de salud o desarrollo. Por ello, es vital abordar estas causas para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud para todas las madres.

- **Motivos Culturales.**

Los motivos culturales pueden diferir según el contexto específico, y no todas las madres de una misma cultura se verán afectadas de igual manera. Resulta esencial abordar estas barreras culturales con respeto y comprensión, a fin de fomentar la asistencia de las madres a los controles de crecimiento y desarrollo infantil.

- **Motivos Institucionales.**

Los motivos institucionales se refieren a las acciones y condiciones que favorecen una mayor asistencia de las madres a los controles de crecimiento y desarrollo infantil. Estas pueden incluir la mejora en la accesibilidad, la oferta de horarios adecuados, la provisión de servicios a costos accesibles, la atención a las barreras culturales y sociales, así como la entrega de información y educación apropiadas.

- **Control de Crecimiento y Desarrollo del menor de un año.**

El crecimiento y desarrollo en niños menores de un año comprende transformaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales que les permiten explorar y comprender su entorno, interactuar con otras personas y adquirir las habilidades esenciales para su desarrollo futuro.

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Hg. Los motivos de inasistencia de la madre se asocian significativamente en el Crecimiento y Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

2.4.2. Hipótesis específicas

He1. Los motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre se asocian significativamente al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

He2. Los motivos culturales de inasistencia de la madre se asocian significativamente al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

He3. Los motivos institucionales de inasistencia de la madre se asocian significativamente al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

He4. Los motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre se asocian significativamente al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

He5. Los motivos culturales de inasistencia de la madre se asocian significativamente al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

He6. Los motivos institucionales de inasistencia de la madre se asocian significativamente al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

2.5. Identificación de variables

En este estudio se establecen dos variables principales:

- **Variable 1:** Motivos de inasistencia de la madre.
- **Variable 2:** Crecimiento y Desarrollo del prematuro menor de un año.

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

Tabla 1. *Operacionalización de variables*

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	PARÁMETRO DE MEDICIÓN	TÉCNICA/INSTRUMENTO
Motivos de inasistencia de la madre.	Hace referencia a un conjunto de elementos que están relacionados con la falta de seguimiento y supervisión adecuada del crecimiento físico y el desarrollo psicomotor en los niños. Estos motivos pueden incluir aspectos socioeconómicos, culturales, e institucionales.	La falta de seguimiento y supervisión adecuada del crecimiento físico y del desarrollo psicomotor en los niños se refiere a la ausencia de atención adecuada y continua a los aspectos físicos y psicomotores del crecimiento de los niños.	Motivos socioeconómicos.	Horario de trabajo. Dificultad por horario de trabajo Quehaceres del hogar. Cuidado de otros hijos menores. Gasto alto para llevar al CRED.	Si No A veces Llevar a la escuela a mis otros hijos No tengo ayuda de su papa Ir al mercado Llevar a la escuela a mis otros hijos Mi centro de trabajo Cocinar Me dificultad mucho. Me dificulta poco No me dificulta Sí, mucho gasto Poco gasto Si No A veces Si	Técnica. Encuesta. Instrumento. Cuestionario sobre motivos de inasistencia a CRED.
			Motivos Culturales	Porque llevar a su niño al control de CRED Importancia del control de CRED. Conocimiento del cronograma de control de CRED.		

				Llevar solo si el niño enferma.	No	
					a. Si	
					b. No	
					c. A veces	
				Horario de atención.		
				Tiempo para el control de CRED.	Si	
				Tiempo de espera.	No	
				Trato de la enfermera.	A veces	
				Trato en el servicio de Admisión.	Si	
				Distancia entre su domicilio y el	No	
				hospital.	Si	
				Dificultad para obtener una cita de	No	
				control CRED.	A veces	
				Personal de enfermería	Si	
				insuficiente.	No	
				Ambiente físico para recibir	Sí	
				atención.	No	
				Claridad de la información brindada	A veces	
				por la enfermera.		

					Si No Muy lejos Cerca Más o menos Oportuno A veces no me favorece Me es difícil conseguir una cita adecuada Suficiente Muy poco personal Se debe poner más personal Adecuado Le falta equipamiento. Es inadecuado Claro Me confunde No la entiendo	
--	--	--	--	--	--	--

Crecimiento y Desarrollo de niños prematuros menores de un año.	La evaluación de crecimiento y desarrollo de niños con riesgo menores de un año se refiere a un proceso mediante el cual se evalúa y monitoriza precozmente crecimiento físico, así como el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños menores de un año para que presenten motivos de riesgo que podrían afectar su crecimiento y desarrollo normal.	La evaluación de crecimiento y desarrollo de niños con riesgo menores de un año busca identificar precozmente posibles retrasos en su desarrollo y proporcionarles el apoyo necesario para maximizar su crecimiento y desarrollo óptimos.	Crecimiento y Desarrollo	Peso para la edad niñas y niños Talla para la edad niñas y niños Área de lenguaje Área social Área coordinación Área motora	Normal Sobrepeso Bajo para su edad Normal Sobrepeso Bajo para su edad Desarrollo normal Trastorno del desarrollo (retraso) Adelanto en el desarrollo	Técnica. Valoración de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año. Instrumentos. Curvas de crecimiento de FENTON para niñas y niños. Test peruano de evaluación de desarrollo del niño.
---	--	---	--------------------------	--	--	--

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación adoptará un enfoque cuantitativo, centrado en la recolección y análisis de datos numéricos con el propósito de descubrir relaciones entre diversas variables. De acuerdo con Sampieri R., este enfoque se basa en un modelo lógico y deductivo que plantea preguntas de investigación e hipótesis, las cuales son posteriormente verificadas (26).

Este trabajo tendrá un diseño no experimental, lo que significa que no se realizará una manipulación intencional de las variables estudiadas. En cambio, los datos serán obtenidos tal como ocurren en su contexto natural, sin intervención directa del investigador.

Finalmente, en cuanto a su dimensión temporal, el estudio será de tipo transversal, lo que implica que la información se recogerá en un único punto en el tiempo, sin realizar un seguimiento continuo de los participantes. (26)

3.2. Nivel de Investigación

La investigación se enmarca en el nivel relacional, el cual se orienta al análisis de los vínculos que pueden establecerse entre distintas variables o componentes del estudio. De acuerdo con Sampieri, este tipo de enfoque permite identificar y analizar

posibles asociaciones, correlaciones o interacciones entre las variables, con el objetivo de comprender cómo se afectan entre sí y cuál es la dinámica de su relación.

3.3. Métodos de investigación

Se aplicará el método deductivo debido a que se basa en principios lógicos y permite obtener información sobre las variables analizadas. Este enfoque parte de teorías o postulados generales ya establecidos, que se emplean para interpretar situaciones específicas, con la finalidad de alcanzar conclusiones concretas. Su base está en la premisa de que, al utilizar conocimientos generales y aplicarlos de manera adecuada a un caso particular, se pueden obtener resultados precisos. Este método se apoya en un proceso de razonamiento lógico, el cual comienza con premisas iniciales y avanza mediante pasos ordenados hasta llegar a una conclusión.

Asimismo, se utilizará el enfoque analítico, el cual permite descomponer y examinar detalladamente la información recogida durante el estudio. Este enfoque busca profundizar en el entendimiento de las relaciones e influencias entre las variables, mediante el análisis de los componentes fundamentales de los datos.

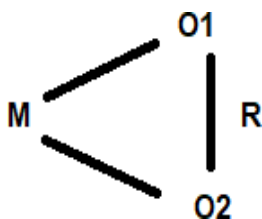
Por otro lado, se recurrirá al método sintético, dado que facilita la integración de los resultados obtenidos a partir del análisis previo. Esta estrategia permite construir una visión general de los hallazgos, lo cual favorece una comprensión más completa de la información y apoya la formulación de conclusiones sólidas y bien fundamentadas.

3.4. Diseño de investigación

Se empleará un diseño de tipo correlacional. Este tipo de diseño se utiliza ampliamente en distintas disciplinas científicas con el propósito de analizar la relación existente entre dos o más variables, sin que ello implique necesariamente una conexión de causa y efecto entre ellas.

En este enfoque, se recolectan datos relacionados con las variables que se desean estudiar y se analiza el nivel de asociación entre ellas mediante el cálculo de coeficientes de correlación.

El propósito fundamental del diseño correlacional es identificar si existe una relación significativa entre las variables y, de ser así, determinar tanto su dirección como su intensidad. No obstante, dado que las variables no se manipulan de manera experimental, este diseño no permite establecer vínculos causales entre los elementos analizados.



Donde:

M: Muestra de estudio

O1: Motivos de inasistencia de la madre.

O2: Crecimiento y Desarrollo del prematuro menor de un año.

R: Relación entre las dos variables.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población muestral

La población objetivo del estudio estará compuesta por madres de niños menores de un año en condición de riesgo, que reciben atención en el Hospital Félix Mayorca Soto de la ciudad de Tarma. Durante un periodo de tres meses, se ha registrado un total de 60 madres cuyos hijos han sido atendidos dentro de la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

En esta investigación no se realizará una estimación muestral, ya que se trabajará con la totalidad de madres cuyos hijos menores de un año acuden al consultorio de CRED.

La técnica de muestreo será no probabilística por demanda, seleccionando a las participantes conforme acudan al servicio, hasta alcanzar el número requerido para el estudio.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnica.

- **Encuesta:** Mediante esta técnica se aplicará el Cuestionario sobre los motivos de inasistencia de las madres al Control de Crecimiento y Desarrollo, con el propósito de recolectar directamente en el lugar de los hechos la información requerida para el presente estudio.
- **Evaluación de la curva de crecimiento e hitos de desarrollo del niño:**
A través de esta técnica se procederá a aplicar la ficha de crecimiento de FANTON y el TPED a cada niño menor de 1 año.
- **Encuesta:** Mediante esta técnica se aplicará el Cuestionario sobre los motivos de inasistencia de las madres al Control de Crecimiento y Desarrollo, con el propósito de recolectar directamente en el lugar de los hechos la información requerida para el presente estudio.
- **Instrumentos**

Ficha de crecimiento FENTON para prematuros en niñas y niños.

El instrumento incluye tres dimensiones y está compuesto por un total de 16 ítems, cada uno con tres opciones de respuesta, lo que permite que las madres puedan expresar su elección de manera clara.

Test peruano de evaluación del desarrollo del niño (TPED). Este instrumento mide el perfil de desarrollo del niño, y está constituido por 12 líneas de desarrollo distribuidas en áreas:

- Comportamiento motor postural, (3 líneas de desarrollo)
- Comportamiento viso motor, (2 líneas de desarrollo)
- Comportamiento del lenguaje, (3 líneas de desarrollo)
- Comportamiento personal social, (3 líneas de desarrollo)
- Inteligencia y Aprendizaje. (L)

Lo que permitirá valorar al menor en:

- a. Riesgo para trastorno del desarrollo.
- b. Desarrollo normal
- c. Trastorno del desarrollo (retraso)

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

Ficha de crecimiento FENTON para prematuros en niñas y niños.

Peso:

Sensibilidad (%) 78,3

Especificidad (%) 98,46

Índice de validez (%) 95,26

Talla:

Sensibilidad (%) 62,50

Especificidad (%) 98,37

Índice de validez (%) 90,95

Test peruano de evaluación del desarrollo del niño (TPED).

Respecto a la confiabilidad del instrumento, el coeficiente más bajo de consistencia interna registrado fue del 68,3 % en los ítems aplicados a la edad de 11 meses.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos obtenidos durante la investigación se procederá a:

- Ordenar cada uno de los instrumentos.
- Se construirá la base de datos en el SPSS V26.
- Se codificará y vaciará la información de los datos a la base electrónica.

3.9. Tratamiento estadístico

- Elaboración de tablas estadísticas que permitan responder a cada uno de los problemas planteados, cumplir con los objetivos propuestos y validar o refutar las hipótesis formuladas en la investigación.

- Exposición de tablas estadísticas acompañadas de las pruebas para la contrastación de hipótesis, con el fin de determinar el grado de relación entre las variables y evaluar las hipótesis nula y alterna, empleando un nivel de significancia del 95%.
- Se aplicará la prueba estadística de Kendall.
- Se realizará el análisis bivariado de los resultados de investigación.
- Se procederá a formular las conclusiones, resultados y recomendaciones del estudio.

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica

Al analizar los aspectos éticos involucrados en una investigación, se destaca su importancia fundamental para proteger el bienestar y los derechos de quienes participan.

El consentimiento informado es un requisito, ya que las participantes deben comprender plenamente los objetivos del estudio, los procedimientos que se aplicarán, así como los posibles riesgos y beneficios. Además, deben contar con la libertad de retirarse en cualquier momento sin sufrir repercusiones negativas.

Garantizar la confidencialidad y la privacidad es esencial para asegurar que los datos proporcionados se manejen de forma adecuada y que la identidad de las participantes se mantenga resguardada en todo momento. Esto requiere que la recolección, almacenamiento y uso de la información se realicen bajo estrictas medidas de seguridad.

El principio de no maleficencia obliga a las investigadoras a prevenir cualquier daño físico, emocional o psicológico a las participantes. Por ello, es necesario evaluar y minimizar los riesgos que pueda implicar la investigación, asegurándose de que los beneficios superen a los posibles perjuicios.

La beneficencia implica que las investigadoras deben procurar que el estudio genere ventajas tanto para los participantes como para la sociedad. Asimismo, deben

considerar la justicia en los procedimientos, evitando generar desigualdades y corrigiéndolas en caso de que existan.

La honestidad y transparencia son valores esenciales durante todo el proceso investigativo. Las investigadoras deben exponer con claridad los propósitos del estudio y divulgar los resultados de forma íntegra, sin alterar o manipular los datos para favorecer sus hipótesis o intereses personales.

Finalmente, la equidad es un principio clave que demanda un trato justo e imparcial hacia todas las participantes, sin discriminación basada en raza, género, edad, religión, orientación sexual, discapacidad u otras características personales.

En conjunto, estos principios éticos son imprescindibles para llevar a cabo una investigación responsable, que respete los derechos y el bienestar de los participantes, y que contribuya al avance del conocimiento en beneficio de la sociedad

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

La investigación se ha realizado en los tiempos y periodos definidos, para ello se contactó con las madres de familia en el servicio de CRED del hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

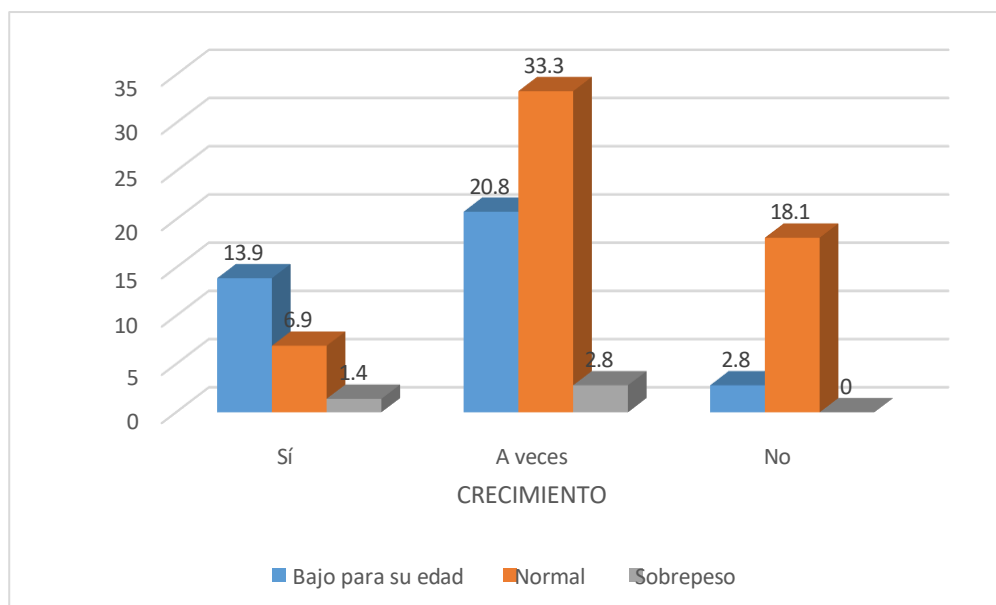
A continuación, se detallan los resultados del estudio.

Tabla 2. *Motivos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Crecimiento MOTIVOS INASISTENCIA								
	Nº	%	Bajo para su edad		Normal		Sobrepeso	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	10	13,9	5	6,9	1	1,4	16	22,2
A veces No	15	20,8	24	33,3	2	2,8	41	56,9
	2	2,8	13	18,1	0	0,0	15	20,8
Total	27	37,5	42	58,3	3	4,2	72	100,0

Fuente: Cuestionario sobre motivos de inasistencia al control de Crecimiento. Curvas de Crecimiento de FENTON.

Gráfico 1. *Motivos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*



Interpretación:

Se observa una clara relación entre el crecimiento insuficiente y una mayor frecuencia de inasistencia por parte de las madres. Aproximadamente el 93% de las madres cuyos hijos presentan bajo crecimiento faltan total o parcialmente a las citas. Esta situación podría estar influenciada por factores como problemas de salud del menor que dificultan la asistencia, la falta de apoyo familiar o económico, y la necesidad de priorizar el cuidado del niño en el hogar frente a otras responsabilidades.

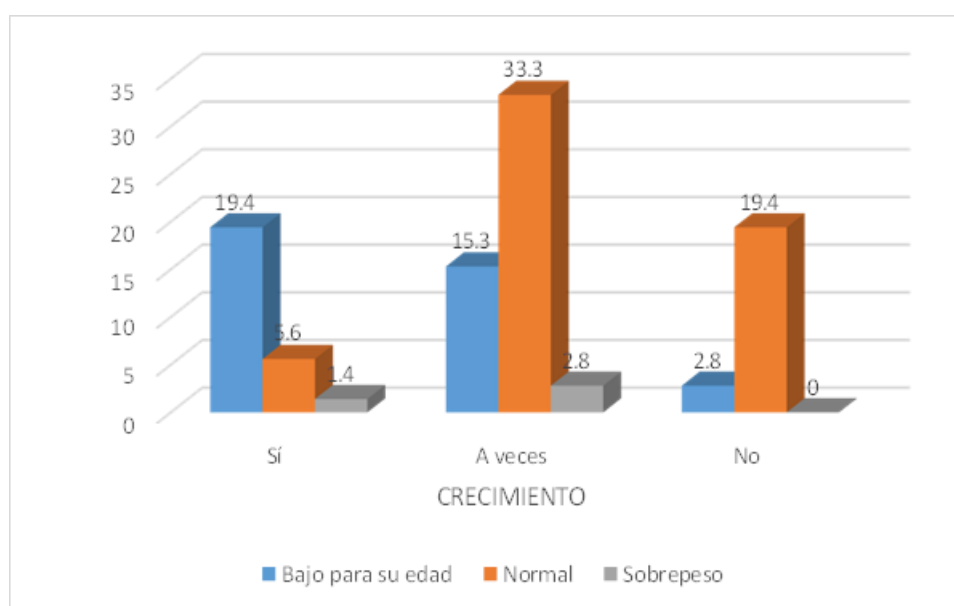
En contraste, las madres de bebés prematuros con crecimiento normal muestran una menor tasa de inasistencia completa; sin embargo, un 57 % de ellas ausentarse ocasionalmente, posiblemente debido a situaciones intermitentes o de menor gravedad.

Por otro lado, aunque las madres de prematuros con sobrepeso constituyen un grupo pequeño, también presentan casos de inasistencia, lo que indica que además del estado nutricional, otros factores pueden estar influyendo en su participación.

Tabla 3. *Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Crecimiento	Motivos socioeconómicos	Crecimiento para su edad							
				Normal		Sobrepeso		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí		14	19,4	4	5,6	1	1,4	19	26,4
A veces		11	15,3	24	33,3	2	2,8	37	51,4
No		2	2,8	14	19,4	0	0,0	16	22,2
Total		27	37,5	42	58,3	3	4,2	72	100,0

Gráfico 2. *Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024*



Interpretación:

Los resultados indican que los factores socioeconómicos constituyen una causa significativa de la inasistencia materna, especialmente entre las madres de bebés prematuros con bajo crecimiento para su edad. En este grupo, el 92,6 % de las madres reportaron faltar total o parcialmente a las citas por motivos económicos, con un 51,9 % respondiendo “sí” y un 40,7% “a veces”.

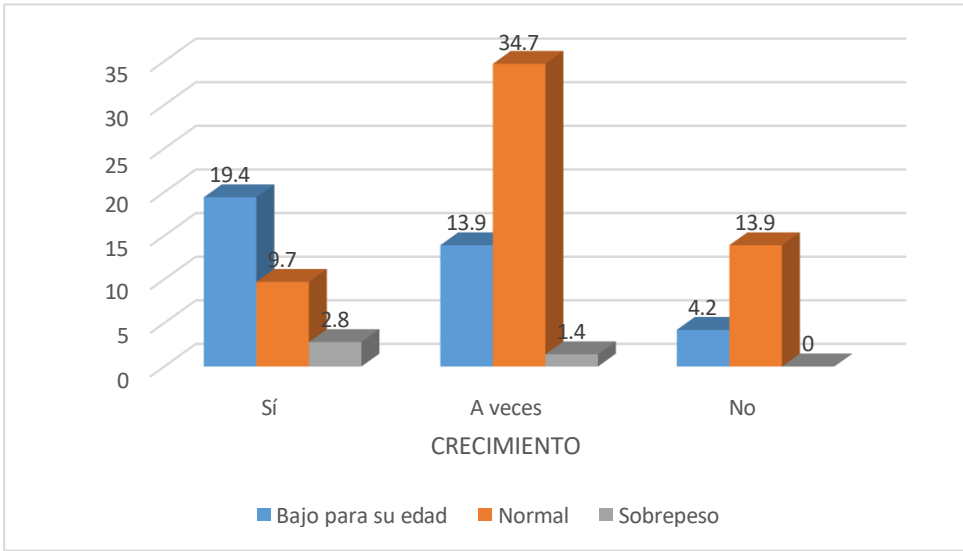
Por otro lado, en el grupo con crecimiento normal, solo el 5,6% de las madres faltan de forma constante, aunque un 57,1 % lo hacen de manera ocasional. Aunque las madres de prematuros con sobrepeso representan un grupo reducido, todas ellas (100 %) presentaron algún grado de inasistencia. En términos generales, el 77,8 % del total de madres manifestaron que su inasistencia está vinculada a dificultades económicas, lo cual demuestra que las condiciones socioeconómicas actúan como un obstáculo para el acceso oportuno a los controles de salud, especialmente en familias con mayores vulnerabilidades.

Tabla 4. *Motivos culturales de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Crecimiento	Motivos culturales	Crecimiento para su edad							
				Normal		Sobrepeso		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí		14	19,4	7	9,7	2	2,8	23	31,9
A veces	No	10	13,9	27	34,7	1	1,4	36	50,0
		3	4,2	10	13,9	0	0,0	13	18,1
Total		27	37,5	42	58,3	3	4,2	72	100,0

Fuente: Cuestionario sobre motivos de inasistencia al control de Crecimiento. Curvas de Crecimiento de FENTON.

Gráfico 3. *Motivos culturales relacionados con la inasistencia materna y su asociación con el crecimiento de niños prematuros menores de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, 2024*



Interpretación:

Los resultados evidencian que los factores culturales tienen un impacto significativo en la inasistencia materna, sobre todo entre las madres de prematuros con bajo crecimiento para su edad. En este grupo, 14 madres (51,9 %) afirmaron faltar debido a motivos culturales, mientras que 10 (37,0%) indicaron que lo hacen ocasionalmente, sumando un 88,9 % de inasistencia total o parcial. En contraste, dentro del grupo con crecimiento normal, solo 7 madres (16,7 %) reportaron ausencias constantes, pero 27 (64,3 %) reconocieron faltar de forma intermitente, lo que refleja una influencia moderada de estos factores.

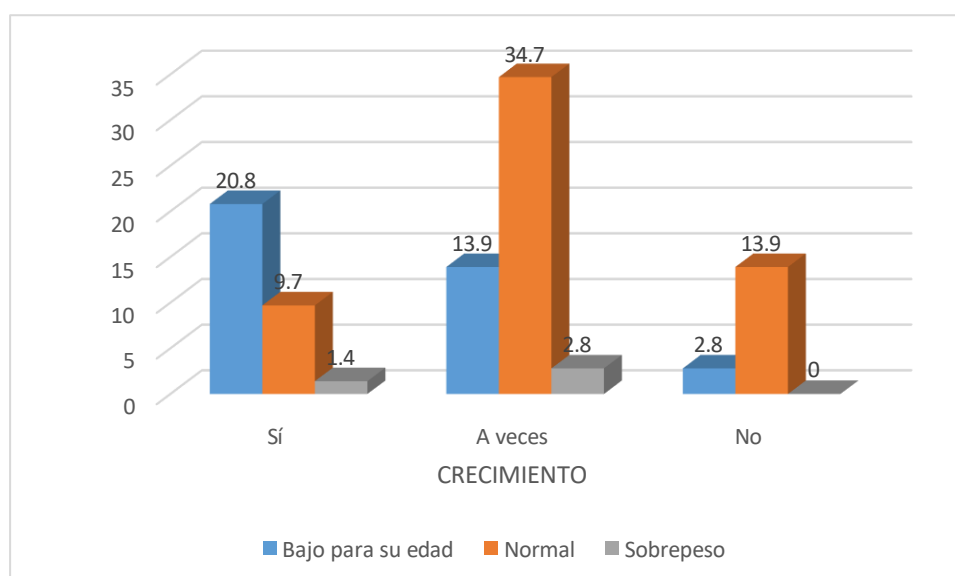
Aunque las madres de prematuros con sobrepeso mostraron bajos niveles de inasistencia, todas registraron al menos algún grado de ausencia. En conjunto, el 50 % de todas las madres señalaron que ocasionalmente faltan por razones culturales, y un 31,9 % admitieron ausencias frecuentes, lo cual sugiere que creencias, prácticas tradicionales o la desconfianza hacia el sistema de salud siguen constituyendo barreras importantes para el seguimiento adecuado del crecimiento infantil, especialmente en contextos andinos como el de Tarma.

Tabla 5. *Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Crecimiento Motivos institucionales	Bajo para su edad							
	Normal		Sobrepeso		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	15	20,8	7	9,7	1	1,4	23	31,9
A veces No	10	13,9	25	34,7	2	2,8	37	51,4
	2	2,8	10	13,9	0	0,0	12	16,7
Total	27	37,5	42	58,3	3	4,2	72	100,0

Fuente: Cuestionario sobre motivos de inasistencia al control de Crecimiento. Curvas de Crecimiento de FENTON.

Gráfico 4. *Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*



Interpretación:

Los resultados indican que los motivos institucionales, tales como deficiencias en la atención, insuficiencia de personal y tiempos prolongados de espera, también inciden significativamente en la inasistencia materna. En el grupo de prematuros con bajo crecimiento, el 55,6 % de las madres reportaron faltar con frecuencia, mientras que un 37 % indicaron ausencias ocasionales, sumando un total del 92,6 % de inasistencia parcial o total.

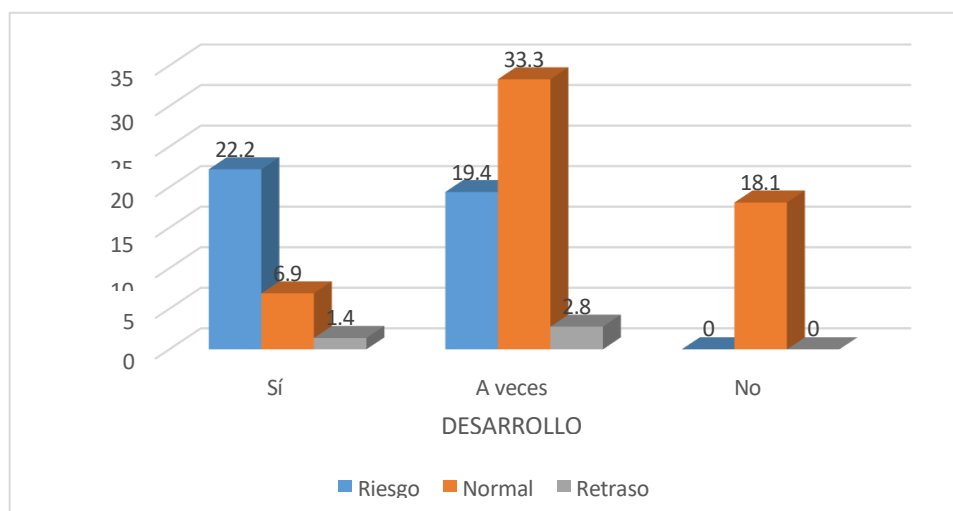
En el grupo con crecimiento normal, el 9,7 % de las madres faltan constantemente y un 59,5 % lo hace de manera intermitente. Por su parte, en el grupo con sobrepeso, todas las madres reconocieron algún grado de inasistencia, con un 33,3 % afirmando faltar regularmente y un 66,7 % ocasionalmente.

En términos generales, el 83,3 % de las madres señalaron que su inasistencia está relacionada con factores institucionales, lo que refleja problemas en la calidad y accesibilidad de los servicios de salud.

Tabla 6. *Motivos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Motivos de inasistencia	Desarrollo							
	Riesgo		Normal		Retraso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	16	22,2	1	6,9	1	1,4	16	22,2
A veces	14	19,4	22	33,3	2	2,8	41	56,9
No	0	0,0	10	18,1	0	0,0	15	20,8
Total	30	41,7	33	45,8	9	12,5	72	100,0

Gráfico 5. *Motivos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*



Interpretación:

La tabla muestra una posible relación entre la inasistencia materna y el desarrollo del niño prematuro: en el grupo de prematuros con desarrollo en riesgo (n=30), 16 madres (53,3 %) afirmaron faltar regularmente, mientras que 14 (46,7 %) indicaron hacerlo ocasionalmente; ninguna reportó asistencia constante.

En el grupo con desarrollo normal (n=33), la mayoría (66,7 %) asiste de manera parcial o completa: solo una madre (3 %) falta siempre, 22 (66,7 %) lo hacen de forma intermitente y 10 (30,3 %) no presentan ausencias. Por otro lado, en el grupo con retraso en el desarrollo (n=9), todas las madres registraron algún grado de inasistencia, siendo el 11,1 % ausencias totales y el 22,2 % ausencias ocasionales.

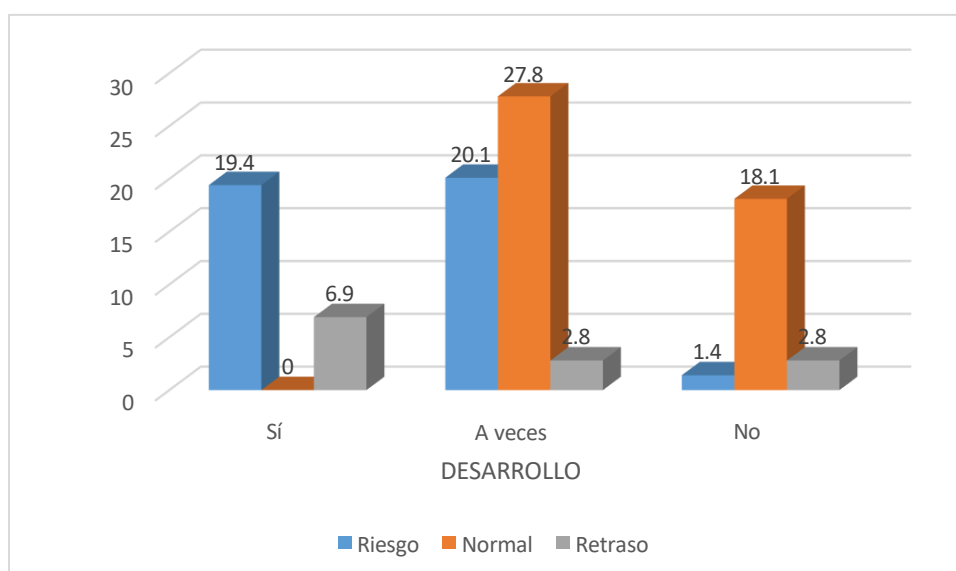
En conjunto, el 79,1 % del total de madres mostró algún nivel de inasistencia, concentrándose mayormente en los prematuros con desarrollo en riesgo o con retraso.

Tabla 7. *Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Motivos socioeconómicos	Desarrollo						Total	
	Riesgo		Normal		Retraso			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	14	19,4	0	0,0	5	6,9	19	26,4
A veces No	15	20,8	20	27,8	2	2,8	37	51,4
	1	1,4	13	18,1	2	2,8	16	22,2
Total	30	41,7	33	45,8	9	12,5	72	100,0

Fuente: Cuestionario sobre motivos de inasistencia al control de Desarrollo. Test peruano.

Gráfico 6. *Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*



Interpretación:

La tabla muestra cómo los factores socioeconómicos afectan la inasistencia materna según el estado de desarrollo del prematuro. En el grupo con desarrollo en

riesgo (n=30), 14 madres (46,7 %) afirmaron faltar regularmente y 15 (50 %) indicaron ausencias ocasionales, constituyendo este el grupo con mayor porcentaje de inasistencia total o parcial (96,7 %). En el grupo con desarrollo normal (n=33), ninguna madre reportó ausencias totales, aunque 20 (60,6 %) señalaron faltar de manera intermitente.

En el grupo con retraso en el desarrollo (n=9), 5 madres (55,6 %) reportaron faltas constantes, 2 (22,2 %) ausencias ocasionales y solo 2 (22,2 %) no registraron ausencias.

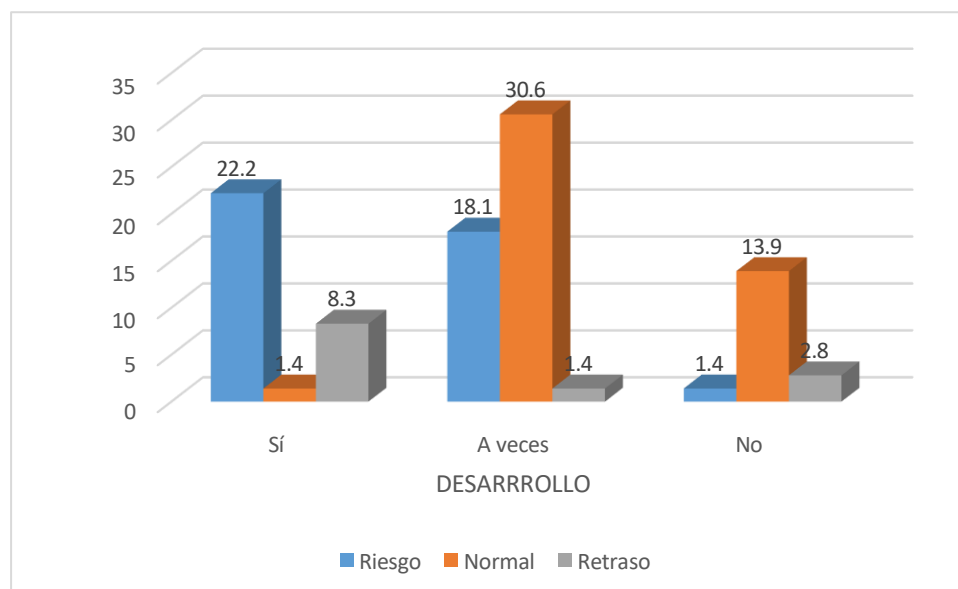
En términos generales, el 77,8 % de todas las madres manifestaron inasistencia relacionada con dificultades económicas, siendo esta situación más prevalente entre los niños con desarrollo en riesgo o con retraso.

Tabla 8. *Motivos culturales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Motivos culturales	Desarrollo							
	Riesgo		Normal		Retraso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	16	22,2	1	1,4	6	8,3	23	31,9
A veces No	13	18,1	22	30,6	1	1,4	36	50,0
	1	1,4	10	13,9	2	2,8	13	18,1
Total	30	41,7	33	45,8	9	12,5	72	100,0

Fuente: Cuestionario sobre motivos de inasistencia al control de Desarrollo. Test peruano.

Gráfico 7. *Motivos culturales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*



Interpretación:

Los resultados muestran que los factores culturales, tales como las creencias tradicionales, las costumbres familiares y la manera en que se percibe la enfermedad influyen notablemente en la inasistencia materna, sobre todo en prematuros con desarrollo en riesgo. En este grupo (n=30), 16 madres (53,3 %) reportaron faltar con regularidad y 13 (43,3 %) mencionaron ausencias ocasionales, sumando un total del 96,6 % de inasistencia atribuida a motivos culturales.

Dentro del grupo con desarrollo normal (n=33), únicamente una madre (3%) indicó ausencias constantes, mientras que 22 (66,7 %) reconocieron faltar de forma intermitente.

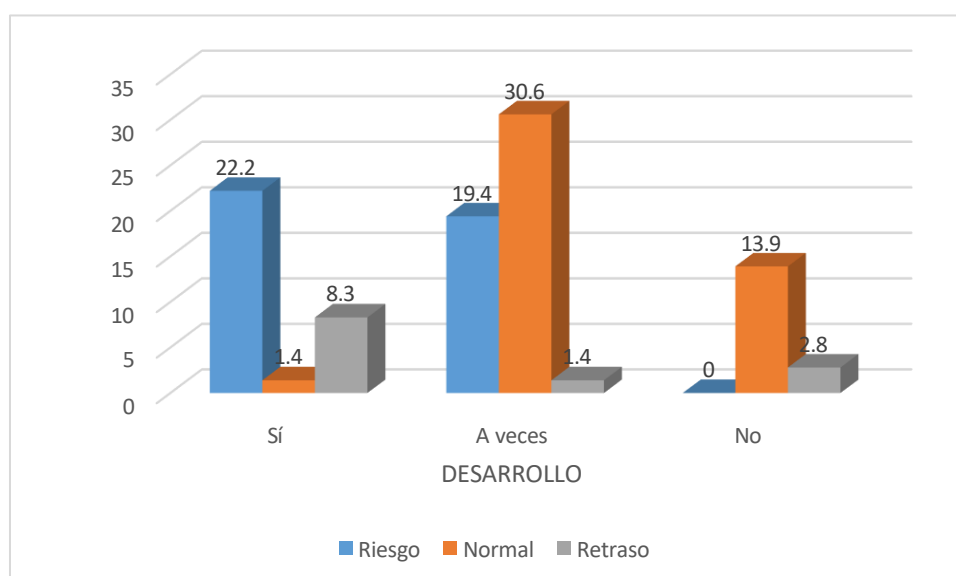
En el grupo con retraso en el desarrollo (n=9), 6 madres (66,7 %) señalaron ausencias frecuentes, 1 (11,1 %) ausencias ocasionales y 2 (22,2 %) asistencia continua. En conjunto, el 81,9 % de las madres manifestaron algún nivel de inasistencia relacionado con factores culturales, evidenciando que estas barreras persisten y dificultan el acceso y la continuidad en el cuidado infantil.

Tabla 9. *Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Motivos institucionales	Desarrollo							
	Riesgo		Normal		Retraso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	16	22,2	1	1,4	6	8,3	23	31,9
A veces No	14	19,4	22	30,6	1	1,4	37	51,4
	0	0,0	10	13,9	2	2,8	12	16,7
Total	30	41,7	33	45,8	9	12,5	72	100,0

Fuente: Cuestionario sobre motivos de inasistencia al control de Desarrollo. Test peruano.

Gráfico 8. *Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*



Interpretación:

La tabla indica que los motivos institucionales, tales como mala atención, escasez de personal y horarios poco adecuados, afectan de manera considerable la inasistencia materna, especialmente en los prematuros con desarrollo en riesgo o con retraso. En el grupo con desarrollo en riesgo (n=30), 16 madres (53,3 %) afirmaron faltar regularmente y 14 (46,7 %) mencionaron ausencias ocasionales, sin que ninguna asistiera de forma constante.

En el grupo con desarrollo normal (n=33), una madre (3 %) reportó ausencias totales, 22 (66,7 %) indicaron faltas ocasionales y 10 (30,3 %) no presentaron inasistencia.

En el grupo con retraso en el desarrollo (n=9), 6 madres (66,7 %) afirmaron faltar con frecuencia, 1 (11,1 %) ocasionalmente y solo 2 (22,2 %) asistieron de forma continua.

En conjunto, el 83,3 % de las madres manifestaron algún grado de inasistencia atribuible a factores institucionales.

4.3. Prueba de hipótesis

Tabla 10. *Motivos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Correlaciones			Motivos de Inasistencia	Crecimiento
Rho de Spearman	Motivos de Inasistencia	Coefficiente de correlación	1,000	,284*
		Sig. (bilateral)	.	,015
		N	72	72
	Crecimiento	Coefficiente de correlación	,284*	1,000
		Sig. (bilateral)	,015	.
		N	72	72

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Decisión estadística (basada en la prueba de Spearman)

- Coeficiente de correlación de Spearman (ρ): 0.284
- Valor p (Sig. bilateral): 0.015
- Tamaño de muestra (N): 72
- Nivel de significancia asumido (α): 0.05

Interpretación

El coeficiente $\rho = 0.284$ señala una correlación positiva pero débil, lo que implica que a medida que aumenta la inasistencia materna, también se incrementa el riesgo de crecimiento bajo en los prematuros, aunque esta relación no es muy fuerte.

El valor de $p = 0.015$, al ser menor que 0.05, indica que esta correlación es estadísticamente significativa.

Tabla 11. *Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Correlaciones			Motivos socioeconómicos	Crecimiento
Rho de Spearman	Motivos Socioeconómicos	Coeficiente de correlación	1,000	,397**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	72	72
	Crecimiento	Coeficiente de correlación	,397**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	72	72

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Datos de la correlación de Spearman

- Coeficiente de correlación (Rho de Spearman): 0.397
- Significancia (bilateral): 0.001
- Nivel de significancia asumido (α): 0.05
- Tamaño de la muestra (N): 72

Interpretación

El coeficiente $\rho = 0.397$ indica una correlación positiva moderada entre los motivos socioeconómicos de inasistencia y el crecimiento del prematuro.

El valor $p = 0.001 < 0.05$, por lo que la correlación es estadísticamente significativa.

Decisión estadística

Se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1): Existe una asociación significativa entre los motivos socioeconómicos de inasistencia materna y el crecimiento del prematuro menor de un año.

Tabla 12. *Motivos culturales de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Correlaciones

		Motivos culturales	Crecimiento
Rho de Spearman	Motivos Culturales	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,037
		N	72
	Crecimiento	Coeficiente de correlación	,246*
		Sig. (bilateral)	,037
		N	72

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Datos del análisis de correlación (Spearman)

- Coeficiente de correlación (Rho de Spearman): 0.246
- Significancia bilateral (p): 0.037
- Nivel de significancia asumido (α): 0.05
- Tamaño de la muestra (N): 72

Interpretación

El valor $p = 0.246$ indica una correlación positiva débil, lo que sugiere que, a mayor inasistencia por motivos culturales, mayor probabilidad de alteraciones en el crecimiento del prematuro.

El valor $p = 0.037 < 0.05$, por lo tanto, la correlación es estadísticamente significativa.

Decisión estadística

Se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1): Existe una correlación significativa entre los motivos culturales de inasistencia de la madre y el crecimiento del prematuro menor de un año.

Tabla 13. *Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Crecimiento del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Correlaciones				
Rho de Spearman	de Motivos Institucionales	Coeficiente de correlación	Motivos institucionales	Crecimiento
			1,000	,344**
		Sig. (bilateral)	.	,003
		N	72	72
	Crecimiento	Coeficiente de correlación	,344**	1,000
		Sig. (bilateral)	,003	.
		N	72	72

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Datos del análisis de correlación (Spearman)

- Coeficiente de correlación (Rho de Spearman): 0.344
- Significancia bilateral (p): 0.003
- Nivel de significancia asumido (α): 0.05
- Tamaño de la muestra (N): 72

Interpretación

El valor de $p = 0.344$ indica una correlación positiva de magnitud moderada, lo que sugiere que a mayor inasistencia por causas institucionales (como mala atención, horarios inadecuados, falta de personal, etc.), mayor probabilidad de presentar problemas en el crecimiento del prematuro.

El valor $p = 0.003 < 0.05$, por lo tanto, la correlación es estadísticamente significativa.

Decisión estadística

Se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1): Existe una correlación significativa entre los motivos institucionales de inasistencia materna y el crecimiento del prematuro menor de un año.

Tabla 14. *Motivos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Correlaciones			
Rho de Spearman	Motivos de Inasistencia	Motivos de Desarrollo	
		de Inasistencia	de Desarrollo
		de Inasistencia	de Desarrollo
	Desarrollo	de Inasistencia	de Desarrollo
		de Inasistencia	de Desarrollo
		de Inasistencia	de Desarrollo
		Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,245*
		N	72
		Coeficiente de correlación	,245*
		Sig. (bilateral)	,038
		N	72

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Datos del análisis de correlación (Spearman)

- Coeficiente de correlación (Rho de Spearman): 0.245
- Significancia bilateral (p): 0.038
- Nivel de significancia (α): 0.05
- Tamaño de la muestra (N): 72

Interpretación

El valor $p = 0.245$ indica una correlación positiva débil, es decir, a mayor inasistencia materna, mayor probabilidad de alteraciones en el desarrollo del prematuro.

El valor $p = 0.038 < 0.05$, lo que indica que la correlación es estadísticamente significativa.

Decisión estadística

Se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1):

Existe una correlación significativa entre los motivos de inasistencia de la madre y el desarrollo del prematuro menor de un año.

Tabla 15. *Motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Correlaciones			Motivos socioeconómicos	Desarrollo
Rho de Spearman	Motivos Socioeconómicos	Coefficiente de correlación	1,000	,330**
		Sig. (bilateral)	.	,005
		N	72	72
	Desarrollo	Coefficiente de correlación	,330**	1,000
		Sig. (bilateral)	,005	.
		N	72	72

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Datos del análisis de correlación (Spearman)

- Coeficiente de correlación (Rho de Spearman): 0.330
- Significancia bilateral (p): 0.005
- Nivel de significancia (α): 0.05
- Tamaño de la muestra (N): 72

Interpretación

El coeficiente $p = 0.330$ indica una correlación positiva de magnitud moderada, lo que sugiere que, a mayor inasistencia materna por motivos socioeconómicos, mayor probabilidad de alteraciones en el desarrollo del prematuro.

El valor $p = 0.005 < 0.05$, por lo tanto, esta correlación es estadísticamente significativa.

Decisión estadística

Se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1):

Existe una correlación significativa entre los motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre y el desarrollo del prematuro menor de un año.

Tabla 16. *Motivos culturales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Correlaciones					
Rho de Spearman	de Motivos Culturales	Coeficiente correlación	de	Motivos culturales 1,000	Crecimiento ,294*
		Sig. (bilateral)		.	,012
		N		72	72
	Desarrollo	Coeficiente correlación	de	,294*	1,000
		Sig. (bilateral)		,012	.
		N		72	72

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Datos del análisis de correlación (Spearman)

- Coeficiente de correlación (Rho de Spearman): 0.294
- Significancia bilateral (p): 0.012
- Nivel de significancia (α): 0.05
- Tamaño de muestra (N): 72

Interpretación

El coeficiente $\rho = 0.294$ indica una correlación positiva débil a moderada, lo que sugiere que, a mayor inasistencia materna por motivos culturales, mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo del prematuro.

Dado que el valor $p = 0.012 < 0.05$, la correlación es estadísticamente significativa.

Decisión estadística

Se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1): Existe una correlación significativa entre los motivos culturales de inasistencia de la madre y el desarrollo del prematuro menor de un año.

Tabla 17. *Motivos institucionales de inasistencia de la madre asociados al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024.*

Correlaciones			Motivos institucionales	Crecimiento
Rho de	Motivos	Coeficiente de correlación	1,000	,319**
Spearman	Institucionales	Sig. (bilateral)	.	,006
		N	72	72
	Desarrollo	Coeficiente de correlación	,319**	1,000
		Sig. (bilateral)	,006	.
		N	72	72

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Datos del análisis de correlación (Spearman)

- Coeficiente de correlación (Rho de Spearman): 0.319
- Significancia bilateral (p): 0.006
- Nivel de significancia (α): 0.05
- Tamaño de la muestra (N): 72

Interpretación

El coeficiente $p = 0.319$ indica una correlación positiva de magnitud moderada, lo cual sugiere que a mayor inasistencia materna por motivos institucionales (mala atención, horarios rígidos, falta de recursos, etc.), mayor probabilidad de alteraciones en el desarrollo del prematuro.

El valor $p = 0.006 < 0.05$, por lo tanto, la correlación es estadísticamente significativa.

Decisión estadística

Se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1): Existe una correlación significativa entre los motivos institucionales de inasistencia de la madre y el desarrollo del prematuro menor de un año.

4.4. Discusión de resultados

Los resultados del estudio muestran que el 93 % de las madres con hijos de crecimiento bajo presentan algún grado de inasistencia, y se identifica una relación

clara entre esta inasistencia y el riesgo en el desarrollo de prematuros, donde el 100 % reporta ausencias. Esto coincide con Monzón et al., quienes destacaron condiciones prenatales y perinatales de riesgo, como bajo peso al nacer y partos prematuros, que requieren seguimiento cuidadoso posnatal. Sin embargo, la elevada inasistencia observada revela barreras significativas para un control continuo, situación que coincide con Mucha y Valenzuela, quienes atribuyen esta problemática a motivos culturales y a deficiencias institucionales, como horarios inadecuados y trato poco empático. Estos hallazgos resaltan la importancia de intervenir en factores socioculturales e institucionales para mejorar la adherencia a los controles en poblaciones vulnerables.

Asimismo, los factores socioeconómicos muestran una fuerte influencia en la inasistencia, con un 92,6 % de madres que reportan ausencias, cifra que asciende al 96,7 % en prematuros con riesgo de desarrollo. Esto confirma que la vulnerabilidad económica representa un obstáculo crítico para el acceso y continuidad en la atención infantil, en línea con Cusque y Nizama, quienes destacan causas como la falta de recursos, problemas de salud materna y baja valoración del control. Díaz aporta que existe una correlación significativa entre nivel socioeconómico y desarrollo neurocognitivo, lo que subraya que las condiciones económicas no solo afectan la asistencia, sino también el crecimiento y desarrollo del niño. En conjunto, estos resultados evidencian que el bajo nivel socioeconómico es un factor determinante en la inasistencia materna, lo que requiere acciones integrales que aborden barreras económicas, educativas, sociales e institucionales.

En cuanto a los motivos culturales, se observa una influencia notable en la inasistencia, especialmente en madres de niños con crecimiento bajo (88,9 %) y con riesgo de desarrollo (96,6 %). Esto refleja que creencias, tradiciones y percepciones sobre la salud constituyen barreras para la asistencia regular. Estos hallazgos están en consonancia con Samudio y Migdalia, quienes encontraron que factores como la edad, nivel educativo y pertenencia étnica influyen en el comportamiento maternal

frente a la atención. Damiano añade que, aunque las madres valoran la atención, las exigencias laborales afectan la continuidad, mostrando que factores culturales y estructurales pueden coexistir. Por tanto, se enfatiza la necesidad de implementar un enfoque intercultural en la atención primaria, que reconozca y dialogue con las prácticas locales, fomente la educación comunitaria y mejore la adherencia a los controles.

Finalmente, los motivos institucionales se revelan como un factor crucial en la inasistencia materna. Se observa un 92,6 % de ausencias en niños con crecimiento bajo y 100 % en aquellos con riesgo de desarrollo, con más de la mitad faltando de manera constante. Estos resultados concuerdan con Contreras y Mendoza, quienes reportaron que largas esperas, falta de personal y escasa información limitan la asistencia. Jorge complementa esta visión señalando que la carencia de personal de enfermería impacta en el seguimiento adecuado, y que el personal de salud debe brindar un acompañamiento integral para fomentar la confianza y adherencia, especialmente en poblaciones vulnerables. En conjunto, estas evidencias indican que las debilidades en infraestructura y atención comprometen la continuidad del seguimiento infantil, lo que demanda mejorar la capacidad operativa, la calidad del trato y la disponibilidad de personal capacitado para asegurar una atención integral y sostenida.

CONCLUSIONES

1. El 93% de las madres con hijos de crecimiento bajo faltan total o parcialmente.
2. Los factores socioeconómicos destacan con un 92,6% de inasistencia (51,9% "sí" y 40,7% "a veces").
3. Los motivos culturales influyen de forma considerable, registrando un 88,9% de inasistencia en madres de niños con crecimiento bajo y un 96,6% en aquellas con hijos en riesgo de desarrollo.
4. Los motivos institucionales, como mala atención o falta de personal, también tienen un peso importante, con un 92,6% de inasistencia en casos de crecimiento bajo y un 100% en prematuros con riesgo de desarrollo.
5. Se observa una clara relación entre la inasistencia materna y el riesgo en el desarrollo del prematuro, ya que el 100% de las madres de este grupo reporta algún grado de inasistencia: el 53,3% de forma constante y el 46,7% de manera ocasional.
6. Los factores socioeconómicos influyen significativamente en la inasistencia materna, especialmente en prematuros con riesgo en el desarrollo, donde el 96,7% de las madres reporta inasistencia total o parcial (46,7% constante y 50% ocasional).
7. Los motivos culturales influyen notablemente en la inasistencia materna, especialmente en prematuros con riesgo en el desarrollo, donde el 96,6% de las madres presenta inasistencia total o parcial por creencias y prácticas tradicionales (53,3% constante y 43,3% ocasional).
8. Los motivos institucionales impactan significativamente en la inasistencia materna, sobre todo en prematuros con riesgo en el desarrollo, donde el 100% de las madres reporta ausencias: el 53,3% de forma constante y el 46,7% ocasional, sin casos de asistencia regular.

RECOMENDACIONES

A continuación, se realiza las siguientes recomendaciones derivadas del tema de investigación:

1. Se recomienda al establecimiento de salud implementar estrategias de intervención diferenciadas, orientadas a mejorar la adherencia a los controles de crecimiento.
2. Se sugiere implementar mecanismos de apoyo social como bonos de transporte, coordinación con programas asistenciales y priorización de visitas domiciliarias, a fin de reducir barreras económicas que limitan el acceso a los controles de salud del prematuro.
3. Se recomienda fortalecer el enfoque intercultural en los servicios de salud mediante estrategias de educación comunitaria, participación de agentes locales y adecuación cultural de las intervenciones, con el fin de promover la asistencia continua y oportuna al control del crecimiento y desarrollo del prematuro.
4. Se recomienda mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, optimizar la disponibilidad de personal, reducir los tiempos de espera y fortalecer el trato humanizado, a fin de garantizar una atención oportuna y continua en prematuros con crecimiento o desarrollo comprometido.
5. Se sugiere priorizar estrategias de seguimiento continuo, como visitas domiciliarias, alertas comunitarias y consejería personalizada, que aseguren la asistencia regular de las madres a los controles de desarrollo infantil.
6. Se recomienda implementar apoyos focalizados como subsidios de transporte, acompañamiento social y coordinación intersectorial, con el objetivo de reducir las barreras económicas que limitan el acceso a los controles de desarrollo infantil.
7. Se recomienda fortalecer la atención con enfoque intercultural mediante la inclusión de promotores de salud, diálogo respetuoso con las creencias locales y estrategias educativas adaptadas al contexto comunitario.
8. Se sugiere optimizar la calidad del servicio mediante una atención oportuna, trato humanizado, horarios flexibles y mejora en la capacidad operativa del personal de salud, con el fin de garantizar una asistencia continua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Lima – Perú: MINSA; 2019.

OPS/OMS Perú - Perú asume importante reto de reducir la anemia infantil de 44% a 19 % en el 2021 | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2019 [consultado 2022 marzo 31]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3952:peru-asume-importante-reto-de-reducir-la-anemia-infantil-de-44-a-19-en-el-2021&Itemid=900

MINSA. Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes y mujeres gestantes y puérperas. [Internet]. Vol. 1. 2018.

Gamarra García H. Motivos de deserción al control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 3 años de un centro de salud Lima, 2019 [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2019 [consultado 2022 marzo31]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00912a&AN=C ONCYTEC.UPEU.2164&lang=es&site=eds-live&scope=site>.

Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. Boletín Estadístico de Salud, año 2022.

Monzón Tamargo MJ, Peterssen Sánchez MG, González García X, Díaz Díaz JA, Sánchez Jaida Y. Motivos de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Municipio Pinar del Río. 2018. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 25(3): e5024. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5024>

Emilio Chacón Lozada, Mariela Chacón Veranes, Sailin Del Toro Felipe, Isnelvis del Carmen Felipe Fuentes y Yanet Damarys Acosta Perdomo: “Bajo peso al nacer, un desafío en la atención primaria de salud”, Revista Observatorio de las Ciencias Sociales en Iberoamérica, ISSN: 2660-5554 (Vol 2, Número 14, septiembre 2021, pp.26-41).

En línea: <https://www.eumed.net/es/revistas/observatorio-de-las-ciencias-sociales-en-iberoamerica/ocsiseptiembre21/bajo-peso-nacer>

Fernández Brizuela E de J, Del Valle Piñera F, López Labarta L, Motivos de riesgo asociados al bajo peso al nacer en un área de salud de Camagüey. MEDISAN. agosto de 2021;25(4):856-67.

Díaz M, David S. Nivel socioeconómico de los padres correlacionado con el desarrollo infantil en niños de un año en la unidad de medicina familiar no 11 delegación Aguascalientes. febrero de 2021 [citado 1 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2038>

Cataño MPH, Comas MAP, Guzmán ERB, Benavides IRL. Motivos que influyen en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en la población infantil. Revista Neuronum. 25 de junio de 2020;6(3):25- 39.

Samudio DC, Migdalia Y. Motivos socioculturales asociados con inasistencia al control de crecimiento y desarrollo en Alto Quiel, 2019. 16 de octubre de 2019 [citado 1 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio2.udelas.ac.pa/handle/123456789/291>

Damiano Ramírez. Perfil sociocultural del incumplimiento en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 1 año del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan, Ate – 2023 [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/1663>

Mucha Romucho EM, Valenzuela Quispe NN. Motivos del incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 2 años en Ica, 2022. 24 de octubre de 2022 [citado 2 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/5032>

Contreras Sanchez TK, Mendoza Torres MM. “Motivos socioculturales e institucionales asociados a la inasistencia del control de crecimiento y desarrollo en madres de niños menores de 24 meses en el puesto de salud la Huerta – Quilmaná, 2022”. 2022 [citado 1 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6996>

- Coico Mestanza LY. Motivos que intervienen en el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años en el primer nivel de atención, Jaén 2021. Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. 23 de junio de 2022 [citado 1 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4946>
- Toro-Huamanchumo CJ, Barboza JJ, Pinedo-Castillo L, Barros- Sevillano S, Gronerth-Silva JK, Gálvez-Díaz N del C, et al. Motivos maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. julio de 2021;14(3):287-90.
- Cusque Mestanza DM, Nizama Barranzuela EY. Motivo de inasistencia materna al control de crecimiento y desarrollo en menores de 1 año del Centro de Salud Andrés Araujo Morán, Tumbes - 2019. Universidad Nacional de Tumbes [Internet]. 2020 [citado 1 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/2079>
- Shepherd Yabar RA, Alvarez Chancasanampa AL. Actividades de enfermería y tiempo promedio de atención que reciben los niños menores de 1 año durante su control de crecimiento y desarrollo a nivel del puesto de salud Chambara, Chupaca – Junín 2019. Repositorio Institucional - UNAC [Internet]. 2020 [citado 1 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5687>
- Jorge Becerra EG. Motivos de inasistencia al control de crecimiento y desarrollo en infantes menores de 1 año de madres adolescentes Centro Materno Infantil Pachacutec Perú-Corea, Ventanilla - 2019. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2019 [citado 1 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/42743>
- Ministerio de Salud. Norma técnica N° 537 MINSA para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima-Perú: MINSA; 2017.
- Villanueva Izarra SP, Yauri Minaya PR. Motivos que intervienen en el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo en los niños menores de 3 años en un Centro de Salud de la provincia de Lima 2021 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2021

[consultado 2022 marzo 31]. Disponible en:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip, sso&db=ir00912a&AN=CONCYTEC.20.500.12692.73864&lang=es&site=eds-live&scope=site>

Real Academia Española. Definición de factor. ed. 23°. RAE.2019. Disponible en:
<https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=factor>

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Glosario Básico de Términos. MTPE. [citado el 14 noviembre 2018].

Cisneros F. Introducción a los Modelos y Teoría de Enfermería. Colombia: Universidad del Cauca; 2002.16 pp. [consultado 2022 marzo 31]. Disponible en:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionA LasTeorias y Modelos de Enfermeria.pdf>

Muñoz de Rodríguez L, Lucia Vasquez M. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colombia Médica. 2007; 38(4). [consultado 2022 marzo 31]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a11.pdf>.

Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018 [consultado 2022 marzo 31]. Disponible en:
<http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>

ANEXOS

ANEXO N° 1 CUESTIONARIO SOBRE MOTIVOS DE INASISTENCIA DE LA MADRE AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

I. DATOS GENERALES:

De la madre:

Edad por grupos:

Adolescente ()

Joven ()

Adulta ()

Estado civil:

Conviviente ()

2. Soltera ()

3. Casada ()

Escolaridad:

1. Primaria ()

2. Secundaria ()

3. Superior ()

Ocupación:

1. Ama de casa ()

2. Trabaja ()

3. Estudia ()

Procedencia:

1. Urbana ()

2. Rural ()

Del menor de un año:

Edad en meses **Sexo** Masculino () Femenino ()

Número de controles

Peso ()

Prematuro ()

RN. Con morbilidades ()

II. DATOS ESPECÍFICOS:

MOTIVOS SOCIOECONÓMICOS

1. ¿Su horario de trabajo influye para llevar a su niño al control de crecimiento y desarrollo?
 - a. Si
 - b. No
 - c. A veces
2. ¿Qué dificultades se presentan para llevar a su niño a su control de CRED?
Responsabilidades para con mi familia.
 - a. Llevar a la escuela a mis otros hijos
 - b. No tengo ayuda de su papa
3. ¿Cuál de sus quehaceres en el hogar le afectan para llevar a su niño a su control de crecimiento y desarrollo?
 - a. Ir al mercado
 - b. Llevar a la escuela a mis otros hijos

- c. Mi centro de trabajo
- d. Cocinar
- 4. ¿En qué medida el cuidado de sus otros hijos menores le dificulta llevar a su niño a su control?
 - a. Me dificulta mucho.
 - b. Me dificulta poco
 - c. No me dificulta
- 5. ¿Llevar a su niño a su control de crecimiento y desarrollo le ocasiona gasto?
 - a. Sí, mucho gasto
 - b. Poco gasto

MOTIVOS CULTURALES

- 6. ¿Cree Usted que es importante los controles de crecimiento y desarrollo?
 - a. Si
 - b. No
 - c. A veces
- 7. ¿Conoce usted el cronograma de control de su niño?
 - a. Si
 - b. No
- 8. ¿Debe llevar a su niño al control de CRED solo si está enfermo?
 - a. Si
 - b. No
 - c. A veces

MOTIVOS INSTITUCIONALES.

- 9. ¿Es adecuado el horario de atención para el control de su niño?
 - a. Si
 - b. No
- 10. ¿El tiempo que dedica la enfermera en la evaluación de su niño es adecuado?
 - a. Si
 - b. No
 - c. A veces
- 11. ¿Considera que el tiempo de espera para el control de su niño es adecuado?
 - a. Si
 - b. No
- 12. ¿El trato que le da la enfermera influye en su decisión para llevar a niño a su control de crecimiento y desarrollo?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. A veces
- 13. ¿El trato del personal en el servicio de admisión le motiva para llevar a su niño a su control?
 - a. Si
 - b. No
- 14. ¿La distancia que hay de su domicilio al hospital es:
 - a. Muy lejos
 - b. Cerca
 - c. Más o menos

15. Las citas para el control de CRED de su niño es:
- a. Oportuno
 - b. A veces no me favorece
 - c. Me es difícil conseguir una cita adecuada
16. Cree que el personal de enfermería que atiende en el establecimiento de salud es:
- a. Suficiente
 - b. Muy poco personal
 - c. Se debe poner más personal
17. El ambiente físico del consultorio es:
- a. Adecuado
 - b. Le falta equipamiento.
 - c. Es inadecuado
18. ¿La información brindada por la enfermera es:
- a. Claro
 - b. Me confunde
 - c. No la entiendo

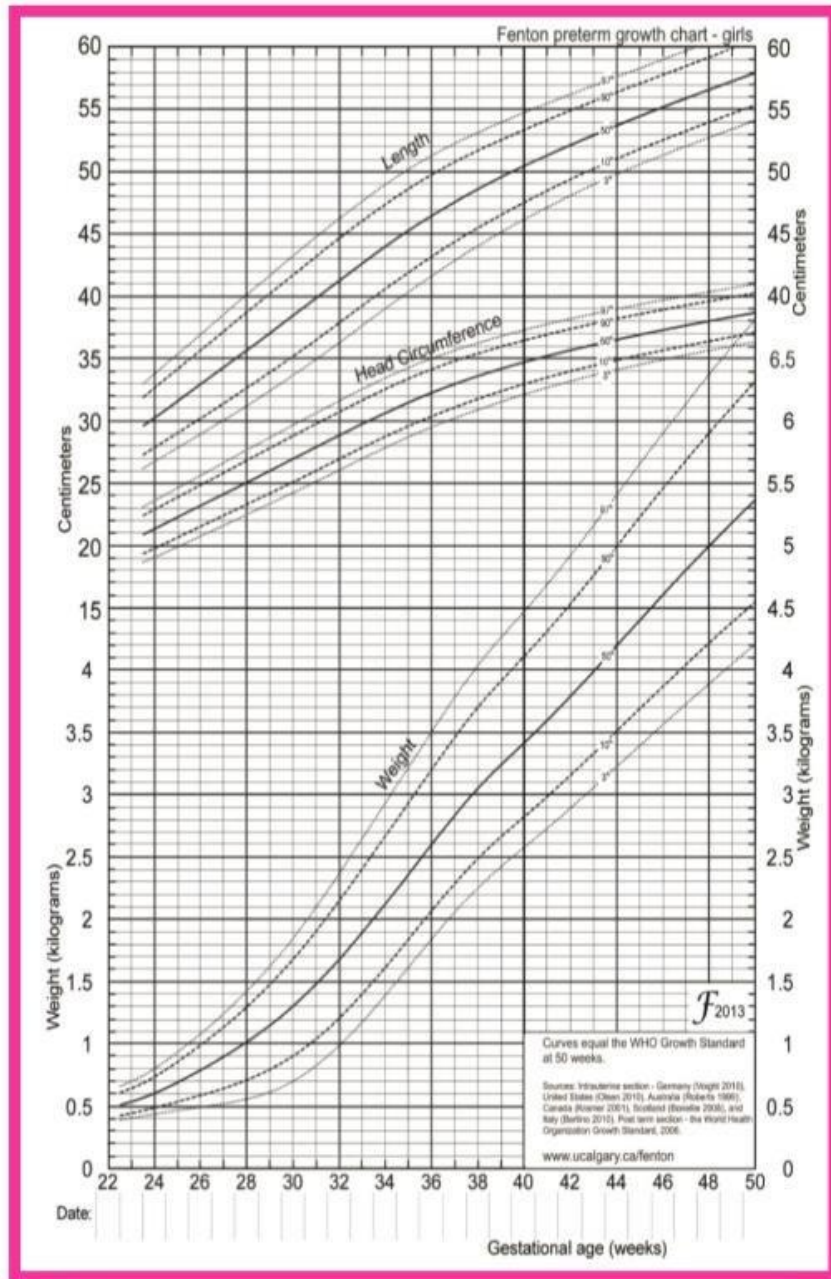
ANEXO 02. MATRIZ DE CONSISTENCIA

[illegible]

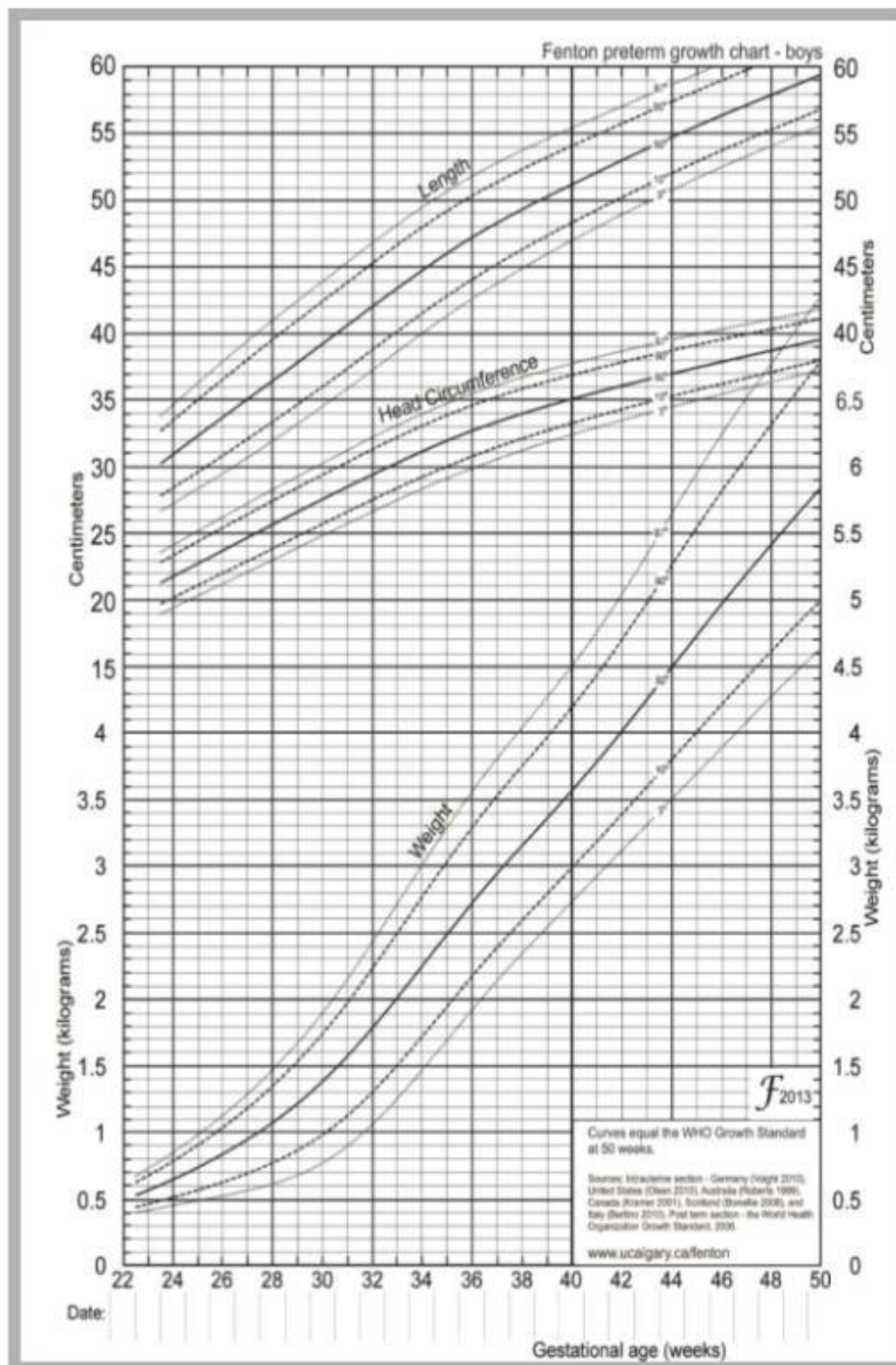
		Los motivos socioeconómicos	año.		FENTON para niñas y niños.
2024? ¿En qué medida los motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024? ¿En qué medida los motivos culturales de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024? ¿En qué medida los motivos institucionales de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2024?	Tarma. Establecer en qué medida los motivos socioeconómicos de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma. Establecer en qué medida los motivos culturales de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma. Establecer en qué medida los motivos institucionales de inasistencia de la madre se asocian al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.	de inasistencia de la madre se asocian significativamente al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma. Los motivos culturales de inasistencia de la madre se asocian significativamente al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma. Los motivos institucionales de inasistencia de la madre se asocian significativamente al Desarrollo del prematuro menor de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.			Test peruano de evaluación del Desarrollo del niño. Técnicas. Encuesta. Valoración del Crecimiento y Desarrollo del niño menor de un año. Análisis de datos Estadística descriptiva e inferencial para establecer la contrastación de la hipótesis a través de la prueba de correlación de Kendal.

ANEXO 03. FICHA DE CONTROL DEL CRECIMIENTO DEL MENOR DE UN AÑO

CURVAS DE CRECIMIENTO FENTON PARA PREMATUROS - NIÑAS



CURVAS DE CRECIMIENTO FENTON PARA PREMATUROS - NIÑOS



ANEXO 04. TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O NIÑO DE 1 A 30 MESES DE EDAD (TPED).

TEST PERUANO DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O NIÑO DE 1 A 30 MESES DE EDAD

FECHA	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
A Control de cabeza y tronco sentado																	
B Control de cabeza y tronco en relaciones																	
C Control de cabeza y tronco de marcha																	
D Uso del brazo y mano																	
E Unión																	
F Audición																	
G Lenguaje comprensivo																	
H Lenguaje expresivo																	
I Comportamiento Social																	
J Alimentación, nutrición e higiene																	
K Juego																	
L Intelectual y aprendizaje																	

RECUERDA A partir de los 3 años se aplica el TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR (TEPSI)

RECUERDA A partir de los 3 años se aplica el TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR (TDP)

ANEXO 05. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Sra.

Somos estudiantes de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, responsables del trabajo de investigación titulado: **“MOTIVOS DE INASISTENCIA DE LA MADRE Y SU REPERCUCIÓN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PREMATURO MENOR DE UN AÑO EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA 2024”**.

La presente es para invitarle a participar del estudio, y les hacemos presente que la información que UD. Brindará al estudio será de uso exclusivo de las investigadoras y se mantendrá la debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede decidir retirarse del estudio en cualquier etapa del mismo.

Yo..... Dejo constancia que se me ha explicado en que consiste dicho estudio y, sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejan confidencialmente y que en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Po todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Nombre..... DNI:.....

FECHA:.....